DER PRÄSIDENT DES
HESSISCHEN RECHNUNGSHOFS

ÜBERÖRTLICHE PRÜFUNG KOMMUNALER KÖRPERSCHAFTEN

Klinikbericht

240. Vergleichende Prüfung „Gesundheitswesen - Kliniken II“

Neununddreißigster Zusammenfassender Bericht

Hessischer Landtag 21. Wahlperiode Drucksache 21/1147

Eingegangen am 10. Oktober 2024 Ausgegeben am 11. Oktober 2024

Klinikbericht

Neununddreißigster Zusammenfassender Bericht

Weitere Veröffentlichungen und Leistungen der Überörtlichen Prüfung kommunaler Körperschaften finden Sie auf unserer Homepage unter:

rechnungshof.hessen.de

Kommunalmonitor

Kommunalberatung

Konsolidierungsbuch

Impressum

Herausgeber: Dr. Walter Wallmann
Präsident des Hessischen Rechnungshofs
• Überörtliche Prüfung kommunaler Körperschaften •
Eschollbrücker Straße 27
64295 Darmstadt

poststelle@uepkk.hessen.de
https://rechnungshof.hessen.de/

Redaktionsschluss: 30. September 2024

Landtagsdrucksache 21/1147

Vorwort

Die Krankenhauslandschaft in Deutschland ist seit 1990 durch mehrere Gesundheitsreformen verändert worden. Deren Ziel war es, die Effizienz der Behandlungen in den Krankenhäusern zu steigern, insbesondere durch Reduzierung der Verweildauer im Krankenhaus. Daneben ist auch eine Reduzierung des Klinikbestands messbar: allein in Hessen sank die Anzahl der Kliniken von 157 im Jahr 2019 auf 149 im Jahr 2022 – auch weil 2020 die Patientenzahlen und die Bettenauslastung infolge der Corona-Pandemie drastisch einbrachen.

Die hessische Kliniklandschaft ist heterogen: Über die Hälfte der Patienten wurde im Regierungsbezirk Darmstadt behandelt (56 Prozent). Hier leben allerdings auch 64 Prozent der Einwohner. Die übrigen Patienten entfielen mit 24 Prozent auf den Regierungsbezirk Kassel und mit 20 Prozent auf den Regierungsbezirk Gießen.

Die angespannte wirtschaftliche Lage der Kliniken hat sich seit unserem ersten Klinikbericht 2013 zu einer Krisenlage weiterentwickelt – obwohl seit Jahren Reformen diskutiert werden. Zugleich fehlen schon jetzt die notwendigen Fachkräfte in den kommunalen Kliniken, um eine bedarfsgerechte Daseinsvorsorge und insbesondere die medizinische Versorgung sicherzustellen.

Unsere Prüfung zeigt Ansätze, wie sowohl das Patientenwohl gestärkt als auch wirtschaftliche Verbesserungen von etwa 140 Millionen Euro pro Jahr ermöglicht werden können. Dies kann jedoch nur durch konsequente Koordination und Kooperation über die Kommunalgrenzen hinweg gelingen. Auch ein Zusammenlegen von klinischen Fachabteilungen muss dabei ins Auge gefasst werden.

Ich danke allen geprüften Stellen, die an der Prüfung mitgewirkt haben, der mit der Prüfung beauftragten Gesellschaft sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Überörtlichen Prüfung für die gute und konstruktive Zusammenarbeit.

Darmstadt, im Oktober 2024

Dr. Walter Wallmann

Präsident des Hessischen Rechnungshofs

Inhaltsverzeichnis

Impressum ..... **II**

Vorwort ..... **III**

Inhaltsverzeichnis ..... **IV**

Ansichtenverzeichnis ..... **VI**

Redaktionelle Hinweise ..... **IX**

1. Vorbemerkung **1**

2. Leitsätze **4**

3. Lage der Krankenhäuser in Hessen **7**

3.1 Die Kliniklandschaft in Hessen im bundesweiten Kontext 7

3.2 Entwicklungen in Hessen 12

3.3 Ausgewählte Daten für Krankenhäuser in Hessen 1990 bis 2022 19

4. Rahmenbedingungen der 240. Vergleichenden Prüfung **20**

4.1 Geplante Krankenhausreform (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) ... 20

4.2 Gesundheits- und Krankenhausversorgung in Hessen 21

4.3 Beteiligungsstruktur der geprüften Kliniken 25

4.4 Prüf- und Unterrichtungsrechte 28

5. Klinikbezogene Feststellungen **34**

5.1 Versorgungsrelevanz der geprüften Kliniken 34

5.2 Wirtschaftliche und finanzielle Leistungsfähigkeit 41

5.3 Leistungsgeschehen – Analyse der Leistungs- und Kapazitätsstruktur 54

5.4 Personal 67

5.5 Organisation und Prozesse 76

5.6 COVID-19-Pandemiegeschehen 84

5.7 Digitalisierung 89

6. Trägerbezogene Feststellungen **92**

6.1 Beurteilung der Haushaltsstabilität 95

6.2 Entwicklung des Teilbereichs „Gesundheitsdienstleistungen“ . 99

6.3 Verlustübernahmen und Gewinnabführungen 101

6.4 Aufbau und Organisation der Beteiligungsverwaltungen 104

6.5 Verwaltung und fachliche Führung der Beteiligungen 107

6.6 Beteiligungscontrolling, Berichterstattung und sonstiges Berichtswesen 112

7. Entwicklung seit der 168. Vergleichenden Prüfung „Gesundheitswesen – Kliniken I“ 114

8. Zusammenfassung und Ausblick 117

ANLAGEN 121

Glossar 122

Methodik 125

Analysemethodik der trägerbezogenen Prüfung 125

Analysemethodik der klinikbezogenen Prüfung 126

Prüfungsbeauftragter 130

Gesetz zur Regelung der überörtlichen Prüfung kommunaler Körperschaften in Hessen (ÜPKKG) 131

Abteilung Überörtliche Prüfung kommunaler Körperschaften 134

Ansichtenverzeichnis

Ansicht 1: „Gesundheitswesen – Kliniken II“ – Lage der geprüften Körperschaften 1
Ansicht 2: Ergebnisverbesserungspotenziale der Kliniken 3
Ansicht 3: Informationsstand und Prüfungsbeauftragter....3
Ansicht 4: Häuser, Betten und Patienten im Vergleich der Jahre 2000, 2013 und 2022 7
Ansicht 5: Personal in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) 2022....8
Ansicht 6: Jahresgewinne und -verluste nach Gewinn- und Verlustrechnung der kommunalen Unternehmen im Gesundheitsbereich 2014 bis 2021 9
Ansicht 7: Pro-Kopf-Betrachtung der wirtschaftlichen Lage der kommunalen Unternehmen im Gesundheitsbereich 2014 bis 2021 (in €/Ew.) 10
Ansicht 8: Durchschnittlicher Jahresgewinn oder -verlust der Kommunalunternehmen im Gesundheitsbereich von 2014 bis 2021....11
Ansicht 9: Personal in den hessischen Krankenhäusern 2004, 2013 und 2022 13
Ansicht 10: Standorte der hessischen Plankrankenhäuser 15
Ansicht 11: Strukturindikatoren der hessischen Krankenhäuser....16
Ansicht 12: Anteil externer Verlegungen an den Gesamtpatienten 2022 18
Ansicht 13: Ausgewählte Daten für Krankenhäuser in Hessen 1990 bis 2022 19
Ansicht 14: Leistungsdaten Krankenhäuser Hessen gesamt 2012 bis 2022 23
Ansicht 15: Beteiligung der Städte und Landkreise an den Kliniken....26
Ansicht 16: Übersicht der Rechtsformen der Kliniken 27
Ansicht 17: Zeitliche Darstellung Einräumung der Prüfrechte bei der Landeshauptstadt Wiesbaden 31
Ansicht 18: Marktübersicht Betten Hessen gesamt und Vergleichsring 2018 bis 2021....35
Ansicht 19: Marktübersicht Fallzahl Hessen gesamt und Vergleichsring 2018 bis 2021....36
Ansicht 20: Patientenherkunft und Marktanteile in den drei relevantesten kommunalen Gebietskörperschaften im Jahr 2021 37
Ansicht 21: Jahresergebnisse der Kliniken im Vergleichsring in den Jahren 2018 bis 2022 41
Ansicht 22: Auswirkungen der Ausgleichzahlungen für Leistungseinbußen im Rahmen der COVID-19-Pandemie in den Jahren 2020 bis 2022 45
Ansicht 23: Eigenkapitalentwicklung der Kliniken im Vergleichsring in den Jahren 2018 bis 2022 47
Ansicht 24: Positivquote Prüfungen Medizinischer Dienst der Kliniken im Vergleichsring in den Jahren 2018 bis 2022 49
Ansicht 25: Ergebnisverbesserungspotenzial Medizinischer Dienst 50

Ansicht 26: Pflegebudget der Kliniken im Vergleichsring in den Jahren 2020 bis 2022 51
Ansicht 27: Ergebnisverbesserungspotenzial Pflegebudget (in Euro) ... 52
Ansicht 28: Stationäre und ambulante Fallzahlen der Kliniken im Vergleichsring in den Jahren 2018 bis 2022 55
Ansicht 29: Stationäre Fallzahlen der Kliniken im Vergleichsring in den Jahren 2018 bis 2022 56
Ansicht 30: Ambulante Fallzahlen der Kliniken im Vergleichsring in den Jahren 2018 bis 2022 57
Ansicht 31: Aufgestellte Betten der Kliniken im Vergleichsring in den Jahren 2018 bis 2022 58
Ansicht 32: Bettenauslastung Montag bis Freitag der Kliniken im Vergleichsring 59
Ansicht 33: Erbrachte Case-Mix Punkte der Kliniken im Vergleichsring in den Jahren 2018 bis 2022 60
Ansicht 34: Verweildauer gegenüber InEK der Kliniken im Vergleichsring in den Jahren 2018 bis 2022 62
Ansicht 35: Ergebnisverbesserungspotenzial Verweildauersteuerung .. 63
Ansicht 36: Ergebnisverbesserungspotenzial Bettenauslastung 64
Ansicht 37: Ergebnisverbesserungspotenziale der Kliniken 66
Ansicht 38: Besetzte Stellen im Vergleichsring in den Jahren 2018 bis 2022 68
Ansicht 39: Pflegekraft (VZÄ) pro Bett im Vergleichsring in den Jahren 2018 bis 2022 68
Ansicht 40: Altersverteilung der Beschäftigten nach Dienstart im Vergleichsring für das Jahr 2022 69
Ansicht 41: Ausbildungsquote in der Pflege (Köpfe pro VZÄ im Pflegedienst) 70
Ansicht 42: Kosten für Arbeitnehmerüberlassungen pro Bett 71
Ansicht 43: Social Media Kampagne vom Klinikum Kassel 72
Ansicht 44: Werbeanzeige für den Flexpool des Klinikums Darmstadt . 73
Ansicht 45: Hochtaunus-Kliniken führen als erstes Krankenhaus in Deutschland die Vier-Tage-Woche für alle Berufsgruppen ein 74
Ansicht 46: Übersicht der beobachteten Kontrollen im Einkaufsprozess 80
Ansicht 47: Übersicht der geprüften Revisionsabteilungen 82
Ansicht 48: Stationäre Versorgungsstruktur während der COVID-19-Pandemie in Hessen 84
Ansicht 49: Lenkung der Patientenströme anhand Versorgungsfähigkeit und Eskalationsstufen 87
Ansicht 50: Web-basierte Software IVENA eHealth 87
Ansicht 51: Bundesweite Ergebnisse des DigitalRadars 2021 90
Ansicht 52: Digitaler Reifegrad der Kliniken nach Dimensionen im Vergleichsring 90
Ansicht 53: Übersicht der Haushaltslage der Städte und Landkreise (31. Dezember 2022) 93
Ansicht 54: Schulden je Einwohner für die Jahre 2018 bis 2022 94

Ansicht 55: Kenngrößen zur Bewertung der Haushaltslage für ein Jahr96
Ansicht 56: Erläuterung zur Bewertung der Haushaltslage 2018 bis 2022 97
Ansicht 57: Gesamtbewertung der Haushaltslage mit Rück- und Vorschau 98
Ansicht 58: Haushaltslage für den Teilbereich Gesundheitsdienste 100
Ansicht 59: Kapitalerhöhungen und Darlehensgewährungen Kliniken 101
Ansicht 60: Bürgschaftsstand des Main-Taunus-Kreises 102
Ansicht 61: Grunddaten der Beteiligungsverwaltung.....106
Ansicht 62: Übersicht über den aktuellen Beteiligungskodex innerhalb der geprüften Kommunen 107
Ansicht 63: Übersicht Compliance/ Anti-Korruptionsrichtlinie zur Anwendung innerhalb der Trägerverwaltung 108
Ansicht 64: Übersicht Mandatsträgervorbereitung 109
Ansicht 65: Übersicht Unabhängigkeitsprüfung innerhalb der geprüften Städte und Landkreise.....111
Ansicht 66: 168. und 240. Vergleichende Prüfung „Gesundheitswesen-Kliniken“ Entwicklung zentraler Kennwerte 116
Ansicht 67: Methodik und Systematik von Box- und Whisker-Plots.....128
Ansicht 68: Prüfungsbeauftragter 240. Vergleichende Prüfung.....130

Redaktionelle Hinweise

Grundsätzlich werden für die herangezogenen Rechtsquellen die jeweils aktuellen Fassungen in den Fußnoten dargestellt. In Einzelfällen werden die im jeweiligen Prüfungszeitraum oder zum Zeitpunkt der örtlichen Erhebungen gültigen Vorschriften angegeben.

Für eine verbesserte Übersichtlichkeit sind Beträge ohne Rücksicht auf die Endsumme gerundet. Das Ergebnis der Summen einzelner Zahlen kann deshalb geringfügig von der Endsumme abweichen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen verzichtet und das generische Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Als öffentliche Stelle im Sinne der Richtlinie (EU) 2016/2102 sind wir bemüht, unseren Kommunalbericht im Einklang mit den Bestimmungen des Hessischen Behinderten-Gleichstellungsgesetz (HessBGG) sowie der Hessischen Verordnung über barrierefreie Informationstechnik (HVBIT) zur Umsetzung der o.g. Richtlinie barrierefrei zu gestalten.

An den geprüften Kliniken in Offenbach am Main und Wiesbaden sind die privatrechtlichen Träger Sana und Helios beteiligt. Diese haben die Mitwirkung an der Prüfung mit dem Hinweis des Schutzes von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen verweigert, einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und die Klinikdaten nicht zur Verfügung gestellt. Im Fall von Wiesbaden widersprach das Verhalten geltendem Recht (siehe Abschnitt 4.4).

Der Schutz von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen gilt auch für die sich im Wettbewerb mit den privatrechtlichen Trägern der Kliniken befindlichen Häuser. Aus diesem Grund wurden sensible Informationen in den einzelnen Schlussberichten anonymisiert oder aggregiert dargestellt. Da die Mitwirkung an der Prüfung verweigert wurde, werden, wenn möglich, im Bericht öffentlich zugängliche Daten dargestellt.

Die zuständige Fachabteilung des Hessischen Ministerium des Innern, für Sicherheit und Heimatschutz (HMdI) hatte Gelegenheit, sich vor Drucklegung zu dem Klinikbericht zu äußern. Darüber hinaus wurde das Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege (HMFG) um Stellungnahme zur 240. Vergleichenden Prüfung „Gesundheitswesen – Kliniken II“ gebeten.

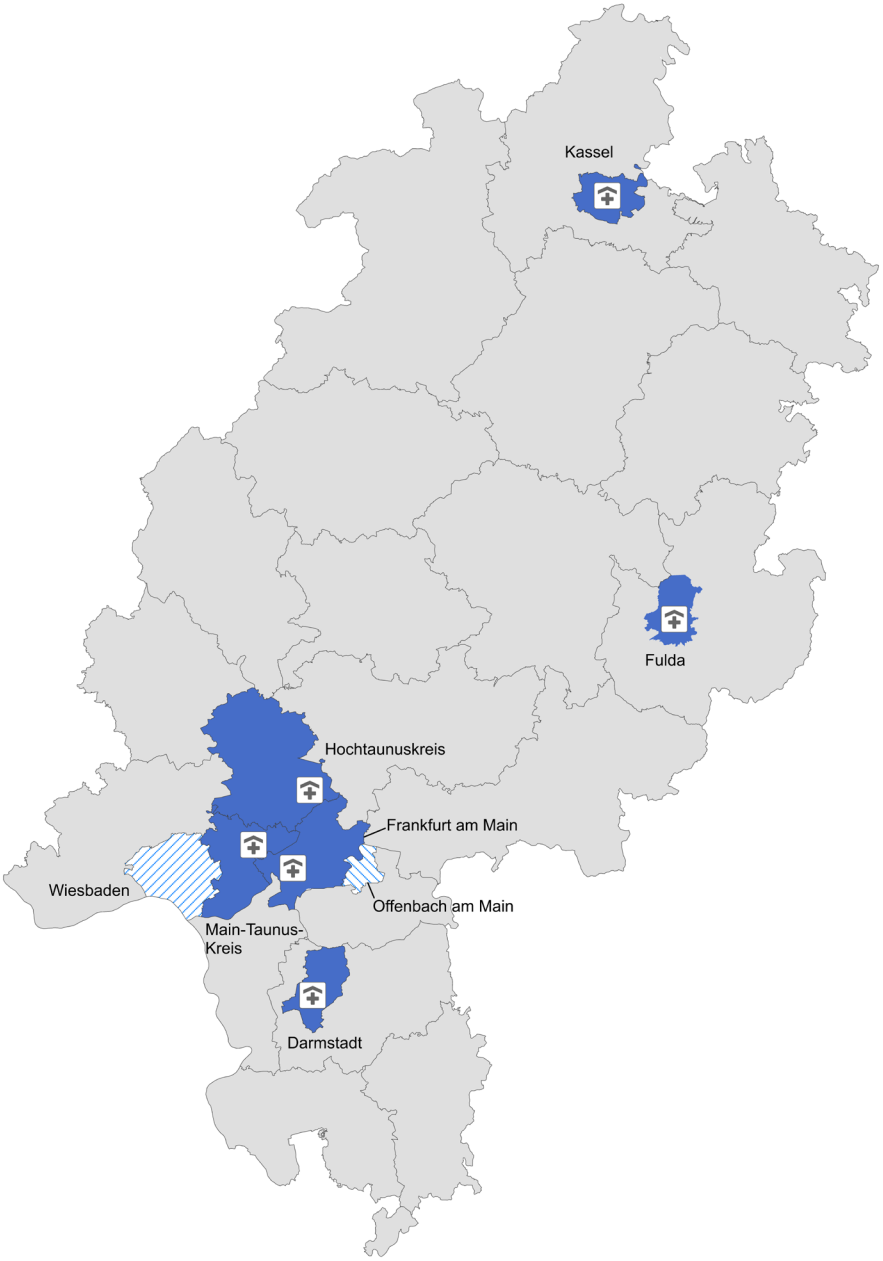
1. Vorbemerkung

Prüfungsziel

Ziel der 240. Vergleichenden Prüfung „Gesundheitswesen – Kliniken II" war es, auf den Ergebnissen der ersten Klinikprüfung (168. Vergleichende Prüfung „Gesundheitswesen – Kliniken"[1]) aufzusetzen, um Entwicklungen und Veränderungen aufzuzeigen. Die methodische Grundlage für die Prüfung basierte auf einem kennzahlenbasierten und standardisierten Prüfverfahren, das eine differenzierte wirtschaftliche Analyse der einzelnen Kommunen und Kliniken sowie eine objektive Vergleichsanalyse mit den früheren Ergebnissen ermöglichte.

Geprüfte Körperschaften

Zum Vergleichsring gehören die Städte Darmstadt, Frankfurt am Main, Fulda, Kassel, Offenbach am Main und Wiesbaden sowie der Hochtaunuskreis und der Main-Taunus-Kreis – jeweils mit ihren Kliniken.



Ansicht 1: „Gesundheitswesen – Kliniken II“ – Lage der geprüften Körperschaften

1 Vgl. Vierundzwanzigster Zusammenfassender Bericht „Gesundheitswesen - Kliniken” vom 28. Mai 2013, LT-Drs. 18/7105; https://rechnungshof.hessen.de/sites/rechnungshof.hessen.de/files/2024-06/24_zb_kliniken.pdf

In Offenbach am Main und Wiesbaden haben die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und die Klinikdaten nicht zur Verfügung gestellt. Die Gemarkungen der städtischen Träger der Kliniken wurden daher in Ansicht 1 schraffiert.

Prüfungshemmnisse

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

Da der Überörtlichen Prüfung durch die privaten Träger in Offenbach am Main und Wiesbaden keine Unterrichtungsrechte nach § 54 HGrG eingeräumt wurden, lieferten die Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden sowie das Sana Klinikum Offenbach im Rahmen der 240. Vergleichenden Prüfung „Gesundheitswesen – Kliniken II“ keine klinikbezogenen Daten. In der Folge konnten die Prüfdimensionen dort nicht oder nur sehr eingeschränkt analysiert und keine entsprechenden Handlungsempfehlungen abgeleitet werden (siehe Abschnitt 4.4).

Die Schaffung von prüfungsfreien Räumen durch die bewusste Nichtanwendung der rechtlichen Vorgaben bleibt inakzeptabel. Das Land Hessen und die beteiligten Städte sind weiterhin aufgefordert, den rechtswidrigen Zustand zu ändern und Prüfungen zu ermöglichen.

Prüfungsvolumen

Das Prüfungsvolumen umfasst die Aufwendungen der in die 240. Vergleichende Prüfung einbezogenen acht Krankenhäuser. Im Jahr 2022 beliefen sich diese auf rund 2,2 Milliarden Euro. Bei den geprüften Körperschaften betrugen die Aufwendungen für Gesundheitsdienste rund 162,9 Millionen Euro. Der Fehlbetrag aus der Summe aller Jahresergebnisse der acht Krankenhäuser betrug im Jahr 2022 rund -19 Millionen Euro.

Ergebnis-verbesserungs-potenziale

Die in dieser Vergleichenden Prüfung festgestellten Ergebnisverbesserungspotenziale (EVP) beliefen sich in der Summe auf 144,8 Millionen Euro pro Jahr. Sie differenziert nach Potenzialen in der finanziellen- und wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit (8,9 Millionen Euro), die zu einer Senkung der Kostenstruktur führen, und nach Potenzialen des Leistungsgeschehens (135,9 Millionen Euro), die eine Erhöhung des Umsatzes zur Folge haben.

Ergebnisverbesserungspotenziale[1] der Kliniken					
	Potenziale der wirtschaftlichen und finanziellen Leistungsfähigkeit		Potenziale des Leistungsgeschehens		
	Pflegebudget	Medizinischer Dienst	Verweildauersteuerung	Betten-Auslastung	Summe
	in T€				
Klinikum Darmstadt	Potenzial ausgeschöpft	Potenzial ausgeschöpft	6.048	Potenzial ausgeschöpft	6.048
Klinikum Frankfurt Höchst	Potenzial ausgeschöpft	622	10.678	27.635	38.935
Klinikum Fulda	1.066	1.128	9.726	26.826	38.746
Hochtaunus-Kliniken	Potenzial ausgeschöpft	631	3.357	923	4.911
Klinikum Kassel[2]	Potenzial ausgeschöpft	4.479	12.768	17.587	34.834
Kliniken des Main-Taunus-Kreises	Potenzial ausgeschöpft	938	3.482	16.878	21.298
Sana Klinikum Offenbach	Angabe verweigert				-
Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden	Angabe verweigert				-
Summe	1.066	7.798	46.059	89.849	144.772

[1] Basierend auf dem Status quo der Kliniken und den darauf aufbauenden Empfehlungen, wurden für jede Klinik im Vergleichsring kurz- bis mittelfristige Ergebnisverbesserungspotenziale identifiziert. Die Potenziale der wirtschaftlichen und finanziellen Leistungsfähigkeit (Pflegebudgetverhandlungen sowie Prüfquoten Medizinischer Dienst) sind hierbei in der Regel in einem kurzfristigen Zeithorizont (1 - 2 Jahre) realisierbar; die Potenziale des Leistungsgeschehens in einem mittelfristigen Zeitraum (3 - 5 Jahre).
[2] Das EVP beim Klinikum Kassel beläuft sich auf 34,9 Millionen Euro. Das Klinikum Kassel hält davon nur rund 3,4 Millionen Euro für wirtschaftlich realisierbar. Begründet wurde dies hauptsächlich mit einer „theoretischen Fiktion einer Bettenauslastung von 85 %“ sowie bestehenden regulatorischen Rahmenbedingungen im DRG-System, die u. a. eine Veränderung der Prüfquoten des MD unter den aktuellen Bedingungen nicht ermöglichen würden.
Quelle: Angaben der Klinik, eigene Berechnung; Stand: 14. März 2024

Ansicht 2: Ergebnisverbesserungspotenziale der Kliniken

Datengrundlage

Sämtliche Zahlen, Daten und Fakten sind mit den jeweils betroffenen Kommunen gemäß dem Gesetz zur Regelung der Überörtlichen Prüfung kommunaler Körperschaften in Hessen (ÜPKKG) im kontradiktorischen Verfahren erhoben, erörtert, erklärt und abgestimmt. Daraus ergeben sich unter anderem die dargestellten Ergebnisverbesserungspotenziale. In diesem Bericht werden die wesentlichen und zentralen Prüfungsergebnisse und -erkenntnisse vorgestellt.

Informationsstand und Prüfungsbeauftragter

Informationsstand und Prüfungsbeauftragter	
Informationsstand:	Januar bis August 2023
Prüfungszeitraum:	2018 bis 2022
Zuleitung der Schlussberichte:	25. Mai 2024
Prüfungsbeauftragter:	Deloitte GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Europa-Allee 91 60486 Frankfurt (vgl. Seite 130)

Ansicht 3: Informationsstand und Prüfungsbeauftragter

2. Leitsätze

Seite 94

Die klinischen Leistungen sind nicht ausfinanziert. Dies gefährdet die medizinische Versorgung der Bevölkerung. Zudem sind die Kommunen als Träger gefordert, die negativen Jahresergebnisse ihrer Kliniken auszugleichen, um Klinikinsolvenzen abzuwenden. Dies gefährdet obendrein die wirtschaftliche Stabilität der Kommunen.

Seite 45

Seit dem Jahr 2018 hat sich das wirtschaftliche Ergebnis der geprüften Kliniken kontinuierlich verschlechtert. Die Kostensteigerungen in den Bereichen Personal, Sachbedarfe sowie Energie wurden durch die Erlöse der Kliniken nicht mehr annähernd gedeckt. So betrug das Jahresergebnis im Jahr 2018 noch 2,3 Millionen Euro im Median; im Jahr 2022 lag es bei - 5,5 Millionen Euro über alle Kliniken. In der Summe ging es im Prüfungszeitraum um rund 30 Millionen Euro zurück.

Seite 116

Die wirtschaftliche Situation lag auch daran, dass eine Kernforderung der ersten Klinikprüfung nicht umgesetzt wurde, Leistungen zu konzentrieren und damit eine am Patientenwohl ausgerichtete Versorgung ohne „Kirchturmdenken“ umzusetzen. Zwar müssen die Kliniken nach wie vor die Daseinsfür- und -vorsorge sicherstellen. Dies ist aber nicht gleichzusetzen mit einem Generalauftrag an jedes kommunale Krankenhaus, als „Vollsortimenter“ aufzutreten. Vielmehr ist es geboten, unter den kommunalen Krankenhäusern, die Krankenhausleistungen arbeitsteilig aufzuteilen. Der Bedarf für eine Steuerung durch das Land Hessen im überversorgten Rhein-Main-Gebiet besteht weiterhin.

Seite 67

Die Leistungsfähigkeit der Kliniken nimmt durch den demografiebedingten Fachkräftemangel zusätzlich ab. Gleichzeitig nehmen strukturelle Vorgaben weiter zu. Die Diskrepanz zwischen stagnierenden Erträgen und steigenden Aufwänden wächst. Die Lage wird zunehmend fragil.

Seite 20

Die kommunalen Träger können nicht dauerhaft die Klinikdefizite ausgleichen. Das werden nicht alle Träger leisten können. Insofern könnte es kurz- und mittelfristig zu einem vermehrten Kliniksterben und damit einem kalten Strukturwandel[2] kommen.

Seite 39

Die Kliniken Darmstadt, Fulda und Kassel sind die versorgungsrelevantesten Kliniken des Vergleichsrings hinsichtlich ihrer aufgestellten Betten (> 700), der versorgten stationären Patientenfallzahl (> 36.000), der Marktanteile (> 30 Prozent) und ihrer Relevanz für die akutmedizinische Notfallversorgung (Stufe 3: Würden diese stationären Versorger wegbrechen oder ausfallen, würde dies jeweils mit massiven Unterversorgungen in den Patienteneinzugsgebieten einhergehen.

Seite 39

Eine Besonderheit in der Versorgungsrelevanz stellt das Klinikum Frankfurt Höchst dar. Es hat aufgrund der Krankenhausdichte im Raum Frankfurt mit rund zwölf Prozent die geringsten Marktanteile im Vergleichsring und deswegen eine geringere Relevanz für die regionale stationäre Versorgung als andere Kliniken in ihren Einzugsgebieten. Allerdings hat es aufgrund seiner Lage im urbanen Raum eine hohe Relevanz für die Notfallversorgung in der Region (Stufe 3: Umfassende Notfallversorgung; höchste Stufe der Notfallversorgung).

---

2 Kalter Strukturwandel bezeichnet das Herausdrängen schwacher Häuser aus dem Krankenhausmarkt durch Insolvenzen und unkontrollierte Klinikschließungen.

Die COVID-19-Pandemie verursachte in allen Kliniken Erlösrückgänge im Betrachtungszeitraum[3]. Diese Erlösrückgänge wurden durch Ausgleichszahlungen von 19,5 Millionen Euro im Median an alle Kliniken im Jahr 2020 deutlich überkompensiert (8,2 Millionen Euro im Median). In den Jahren 2021 und 2022 wurden die Anspruchsregularien für die Ausgleichszahlungen verändert. Sie führten zur Unterkompensation. Im Jahr 2021 betrug die Auswirkung auf das Ergebnis rund -2,1 Millionen Euro und im Jahr 2022 rund -3,0 Millionen Euro (im Median).

Seite 45

Die Jahresergebnisse der Kliniken gingen im Median um 7,8 Millionen Euro zurück im Prüfungszeitraum. Das Sana Klinikum Offenbach und die Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden erwirtschafteten bis auf die Jahre 2019 oder 2020 positive Jahresergebnisse[4]. Die Arbeitshypothese, dass bei diesen privaten Trägern der wirtschaftliche Erfolg durch eine starke Selektion des Patientenklientels unter wirtschaftlichen Aspekten erzielt wurde, konnte aufgrund der fehlenden Prüfungsmitwirkung nicht ausgeräumt werden.

Seite 41

Das Eigenkapital der Kliniken hat sich im Median trotz der problematischen gesamtwirtschaftlichen Situation über den Zeitverlauf nicht signifikant verringert. Ursächlich hierfür waren insbesondere die Verlustausgleiche durch die Träger (2022: 64,4 Millionen Euro). Der Verschuldungsgrad hingegen hat sich mit Ausnahme des Klinikums Fulda in allen Kliniken des Vergleichsrings erhöht von 540 Prozent im Jahr 2018 auf 691 Prozent im Jahr 2022 (im Median).

Seite 47

Besonders auffällig gingen die stationären Fallzahlen im Betrachtungszeitraum seit dem Jahr 2018 um neun Prozent zurück[5]. Die Pandemie hat den sich bereits entwickelnden Trend der Veränderung im stationärem Leistungsgeschehen verstärkt. Die aktuelle Qualifizierung des Status quo als „post pandemisch noch nicht überwundener Leistungseinbruch“ sollte kritisch hinterfragt werden. Vielmehr könnte sich die aktuelle Situation als neue Normalität darstellen und Leistungen zunehmend ambulant erbracht werden.

Seiten 56, 59

Die damit verbundenen Ambulantisierungspotenziale (rund 20 Prozent) wurden im Betrachtungszeitraum von den Kliniken nicht ausgeschöpft. Die Überörtliche Prüfung empfiehlt den Kliniken durch Hybrid-DRGs[6], zukünftig einen stärkeren Fokus auf die Ambulantisierung ihrer stationären Behandlungen zu legen.

Seite 58

Um die Vorgaben des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) einzuhalten, steigerten die Kliniken ab 2018 ihre Personalausstattung. Dies führte auch zu steigenden Kosten für Arbeitnehmerüberlassungen[7], insbesondere im Jahr 2021 mit 3.221 Euro pro Bett (Median). Paradoxerweise kann somit ein deutlicher Anstieg des Personalkörpers, sowohl in VZÄ als

Seiten 67, 71

3 Im Median 2020: -10,1 Millionen Euro; 2021: -14,6 Millionen Euro; 2022: -10,9 Millionen Euro

4 2019: Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden: -4,2 Millionen Euro,
2020: Sana Klinikum Offenbach: -4,3 Millionen Euro.

5 Von 215.605 Fällen (2018) auf 196.060 Fälle (2022)

6 Hybrid-DRG sind Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können. Die für diese sektorengleichen Leistungen entrichtete Vergütung fällt sowohl im stationären als auch ambulanten Sektor gleich hoch aus.

7 Median 2018: 1.460 Euro pro Bett; 2022: 2.944 Euro pro Bett

auch in Personalkosten, bei gleichzeitig sinkenden Patientenaufkommen festgehalten werden.

Seite 104

Nur Darmstadt hatte ihre wirtschaftlichen Aktivitäten in privatrechtlicher Organisationsform (HEAG-Konzern) gebündelt. Darmstadt profitierte bei diesem Modell von der Expertise innerhalb beider Unternehmensstrukturen, jedoch war die Einflussnahme der Stadt auf das Beteiligungsmanagement begrenzt. Alle anderen Träger hatten die Beteiligungsverwaltung in den Verwaltungen der jeweiligen Städte und Landkreise organisiert.

Seite 107

Bis auf Kassel verfügten alle geprüften Kommunen über einen Beteiligungskodex. Der Umgang mit Interessenskonflikten der Mandatsträger ist bis auf den Hochtaunuskreis und die Stadt Kassel im Beteiligungskodex oder in den mitgeltenden Unterlagen berücksichtigt.

Seite 21

Die geplante Krankenhausreform hat das Ziel, die Behandlungsqualität zu steigern, eine flächendeckende medizinische Versorgung für die Patienten zu gewährleisten sowie Prozesse und Strukturen zu entbürokratisieren und dabei mehr Transparenz zu liefern. Damit soll das Patientenwohl wieder in den Fokus der medizinischen Versorgung rücken.

3. Lage der Krankenhäuser in Hessen

3.1 Die Kliniklandschaft in Hessen im bundesweiten Kontext

Um einen bundesweiten Überblick zu erhalten, beleuchtete die Überörtliche Prüfung anhand statistischer Daten

- die Häuser- und Patientenentwicklung,
- das Personal sowie
- die wirtschaftliche Lage.

Betrachtet wird auch die Veränderung zum Jahr 2013. In jenem Jahr wurden die Ergebnisse der ersten Klinikprüfung veröffentlicht.[8]

Häuser- und Patienten-entwicklung

Die Entwicklung der Krankenhäuser lässt sich an ihren Fallzahlen, an den vorgehaltenen Betten sowie ihrer Patienten ablesen. Den Vergleich der Jahre 2000, 2013 und 2022 zeigt Ansicht 4.

Häuser, Betten und Patienten im Vergleich der Jahre 2000, 2013 und 2022

	Krankenhäuser			Betten			Patienten		
	2000	2013	2022	2000	2013	2022	2000	2013	2022
Deutschland	2.242	1.996	1.893	559.651	500.671	480.382	17.262.929	18.787.168	16.802.693
darunter: Hessen	175	172	149	39.915	36.158	34.778	1.206.880	1.331.355	1.208.430

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), Statistischer Bericht: Grunddaten der Krankenhäuser, erschienen am 4. Oktober 2023, teilweise korrigiert am 4. Dezember 2023, Tabellenblatt 23111-01; Hessisches Statistisches Landesamt, Stand: September 2023

Ansicht 4: Häuser, Betten und Patienten im Vergleich der Jahre 2000, 2013 und 2022

In Hessen verlief die Entwicklung ähnlich wie auf Bundesebene.[9] Bis zum Jahr 2022 wirkte sich die COVID-19-Pandemie auf die Behandlungszahlen aus. Die Behandlungsfallzahlen waren wieder auf das Niveau des Jahres 2000 gefallen. Das Hessische Statistische Landesamt berechnete, dass im Jahr 2022 gegenüber dem Vor-Corona-Jahr 2019 in Hessen rund 160.000 weniger Patienten (12 Prozent) vollstationär behandelt wurden.[10] Analog zur Bundesentwicklung wurden auch in Hessen über den gesamten Betrachtungszeitraum Häuser geschlossen (-26) und die Bettenzahl reduziert (-5.137).

Personal

Krankenhäuser sind ein wichtiger Arbeitgeber. In den deutschen Krankenhäusern waren im Durchschnitt des Jahres 2022 beinahe eine Million Vollzeitäquivalente[11] beschäftigt (Ansicht 5). Das beschäftigte Personal lässt sich statistisch zunächst grob in ärztliches und nichtärztliches Personal unterteilen.

8 Vgl. Vierundzwanzigster Zusammenfassender Bericht „Gesundheitswesen - Kliniken” vom 28. Mai 2013, LT-Drs. 18/7105; https://rechnungshof.hessen.de/sites/rechnungshof.hessen.de/files/2024-06/24_zb_kliniken.pdf

9 Vgl. Gnädinger, Kommunale Krankenhäuser - Nachhaltigkeitstransformation im Lichte angespannter Finanzen, in: Gemeindewirtschaft Nr. 03.2024, S. 51.

10 Vgl. Hessisches Statistisches Landesamt, Pressemitteilung vom 19. September 2023, Krankenhaus-Fallzahl in Hessen 2022 geringfügig gestiegen, https://statistik.hessen.de/presse/krankenhaus-fallzahl-in-hessen-2022-geringfuegig-gestiegen, zuletzt abgerufen am 23. April 2024.

11 In der Krankenhausstatistik wird anstelle von Vollzeitäquivalenten der Begriff Vollkräfte verwendet. Vollkräfte sind demnach die Summe der Beschäftigten, die im gesamten Jahr bei voller tariflicher Arbeitszeit eingesetzt waren, sowie die auf volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Teilzeitkräfte und kurzfristig oder geringfügig beschäftigen Arbeitnehmer.

Personal in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) 2022			
	Insgesamt[1)]	Ärztliches Personal[2)]	Nichtärztliches Personal[3)]
Baden-Württemberg	122.075	21.208	100.867
Bayern	157.229	27.415	129.814
Berlin	47.036	9.624	37.412
Brandenburg	23.919	4.427	19.493
Bremen	8.727	1.722	7.005
Hamburg	27.975	5.876	22.099
Hessen	64.073	11.804	52.270
Mecklenburg-Vorpommern	20.524	3.582	16.942
Niedersachsen	81.867	14.110	67.756
Nordrhein-Westfalen	223.676	40.340	183.337
Rheinland-Pfalz	44.060	7.410	36.649
Saarland	13.702	2.405	11.297
Sachsen	46.424	8.385	38.039
Sachsen-Anhalt	26.594	4.719	21.875
Schleswig-Holstein	30.358	5.622	24.736
Thüringen	27.088	4.672	22.417
Deutschland	965.327	173.321	792.007
Deutschland 2013	850.099	146.988	703.111
Deutschland 2000	834.585	108.696	725.889

Es ergeben sich teilweise Rundungsdifferenzen.
[1)] ohne nichthauptamtliche Ärzte und ohne Personal der Ausbildungsstätten
[2)] ohne nichthauptamtliche Ärzte
[3)] u.a. Pflegedienst; ohne Personal der Ausbildungsstätten und Schüler bzw. Auszubildende
Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), Statistischer Bericht: Grunddaten der Krankenhäuser, erschienen am 4. Oktober 2023, teilweise korrigiert am 4. Dezember 2023, Tabellenblatt 23111-12; Vollkräfte im Jahresdurchschnitt mit direktem Beschäftigungsverhältnis bei der Einrichtung

Ansicht 5: Personal in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) 2022

Im Durchschnitt des Jahres 2022 arbeiteten 965.327 Vollkräfte für die deutschen Krankenhäuser. Hiervon waren bundesweit, wie auch in Hessen, jeweils 18 Prozent Ärzte und 82 Prozent nichtärztliches Personal, wie etwa der Pflege- oder Verwaltungsdienst.

Wirtschaftliche Lage

Wird die wirtschaftliche Lage der Kommunalunternehmen im Gesundheitsbereich betrachtet,[12] so fällt auf, dass mit Ausnahme des Jahres 2016 in allen statistisch abrufbaren Jahren im Durchschnitt der Häuser Verluste erzielt wurden (Ansicht 6).

[12] Einen differenzierten Blick auf die ausschließlich öffentlichen Krankenhäuser erlaubt die Statistik zu den Jahresabschlüssen öffentlicher Unternehmen. Mit der Statistik können wesentliche Daten öffentlicher Unternehmen nach Aufgabenbereichen differenziert werden. Einschlägig für die Krankenhäuser ist der Aufgabenbereich „Hochschulkliniken, Krankenhäuser und Heilstätten". Sie werden nachfolgend als Unternehmen des Gesundheitsbereichs bezeichnet.

Zur Jahresabschlussstatistik vgl. Heil, Hollmann, Jahresabschlussstatistik öffentlicher Fonds, Einrichtungen und Unternehmen, in: Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, Mai 2014, S. 307 ff.

Jahresgewinne und -verluste nach Gewinn- und Verlustrechnung der kommunalen Unternehmen im Gesundheitsbereich 2014 bis 2021								
	2014 (Mio. €)	2015 (Mio. €)	2016 (Mio. €)	2017 (Mio. €)	2018 (Mio. €)	2019 (Mio. €)	2020 (Mio. €)	2021 (Mio. €)
Baden-Württemberg	-165	-196	-184	-191	-169	-257	-204	-248
Bayern	-36	-50	1	-68	-148	-218	-72	-184
Brandenburg	44	48	52	40	13	10	29	0
Hessen	-146	-19	5	-27	-10	-28	-2	-84
Mecklenburg-Vorpommern	4	3	6	0	9	8	8	5
Niedersachsen	-38	8	22	0	-25	-65	-37	-80
Nordrhein-Westfalen	18	35	75	3	-37	-24	7	-12
Rheinland-Pfalz	22	17	21	9	2	-5	3	-13
Saarland	-6	15	0	-6	0	-2	-7	-2
Sachsen	33	32	40	28	18	4	71	34
Sachsen-Anhalt	5	11	17	1	-4	-49	3	-30
Schleswig-Holstein	-12	-7	-6	-12	-20	-16	-7	-21
Thüringen	21	20	18	6	6	26	42	17
∑ Flächenländer	**-256**	**-83**	**67**	**-217**	**-365**	**-616**	**-166**	**-618**

Hinweis: Es ergeben sich minimale Rundungsabweichungen bei der Summe der Flächenländer zu Tabelle 71811-0005
Quelle: Eigene Darstellung; Statistisches Bundesamt, Genesis-Online Datenbank, Code 71811-0024; Gewinn- und Verlustrechnung (FEU): Bundesländer, Jahre, Ebenen des öffentlichen Bereichs, Aufgabenbereiche; Zugriff am 13. Mai 2024

Ansicht 6: Jahresgewinne und -verluste nach Gewinn- und Verlustrechnung der kommunalen Unternehmen im Gesundheitsbereich 2014 bis 2021

Die wirtschaftliche Lage der Gesundheitsunternehmen entspannte sich in den Jahren 2015 und 2016. Von 2017 bis 2019 stiegen die Defizite wieder an. Das Jahresergebnis 2020 verbesserte sich trotz der starken Leistungseinschränkungen durch die COVID-19-Pandemie im Vergleich zum Jahr 2019 deutlich. Das Defizit sank von -616 Millionen Euro auf -166 Millionen Euro.

Ursächlich für diese Entwicklung dürfte insbesondere die Kompensation der durch Corona bedingten Erlösverluste durch Ausgleichszahlungen sein. Im Jahr 2021 änderte sich die Anspruchsregelung auf Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser. Die Einschränkungen in der Leistungserbringung für die Kliniken durch die COVID-19-Pandemie bestanden jedoch fort. Damit ist eine deutliche Verschlechterung des Jahresergebnisses auf das Vor-Corona-Niveau mit einem Minus von rund -620 Millionen Euro einhergegangen, darunter Hessen mit -84 Millionen Euro.[13]

Zwischen den Flächenländern werden erhebliche Unterschiede innerhalb der Kommunalunternehmen des Gesundheitsbereichs sichtbar. So verzeichneten ausschließlich die neuen Flächenbundesländer Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und Sachsen in keinem der betrachteten Jahre Defizite. Unter den neuen Bundesländern hatte nur Sachsen-Anhalt in drei Jahren (2018, 2019 und 2021) Verluste erwirtschaftet.

Dieses Ost-West-Gefälle manifestiert sich bei der Pro-Kopf-Betrachtung im Zeitreihenvergleich (Ansicht 7).

[13] Vgl. Gnädinger, Kommunale Krankenhäuser - Nachhaltigkeitstransformation im Lichte angespannter Finanzen, in: Gemeindewirtschaft Nr. 03.2024, S. 53.

Pro-Kopf-Betrachtung der wirtschaftlichen Lage der kommunalen Unternehmen im Gesundheitsbereich 2014 bis 2021 (in €/Ew.)				
	Summe der Flächenländer	Westdeutsche Flächenländer	Ostdeutsche Flächenländer	Hessen
2014	-3,28	-5,55	8,49	-22,84
2015	-1,06	-3,01	9,05	-2,97
2016	0,86	-1,01	10,55	0,78
2017	-2,78	-4,46	5,95	-4,22
2018	-4,68	-6,22	3,33	-1,56
2019	-7,89	-9,40	-0,08	-4,38
Ø 2014-2019 „Vor-Corona“	-3,14	-4,94	6,22	-5,87
2020	-2,13	-4,88	12,14	-0,31
2021	-7,92	-9,84	2,06	-13,14
Ø 2020-2021 „Corona“	-5,02	-7,36	7,10	-6,73
Ø 2014-2021	-3,61	-5,55	6,44	-6,08

Hinweise: Durchschnittliche Jahresgewinne und -verluste nach Gewinn- und Verlustrechnung in €/Ew.; Einwohner zum 31.12.2022 (Stand: September 2023)
Quelle: Eigene Darstellung; Statistisches Bundesamt, Genesis-Online Datenbank, Code 71811-0024; Gewinn- und Verlustrechnung (FEU): Bundesländer, Jahre, Ebenen des öffentlichen Bereichs, Aufgabenbereiche; Zugriff am 13. Mai 2024

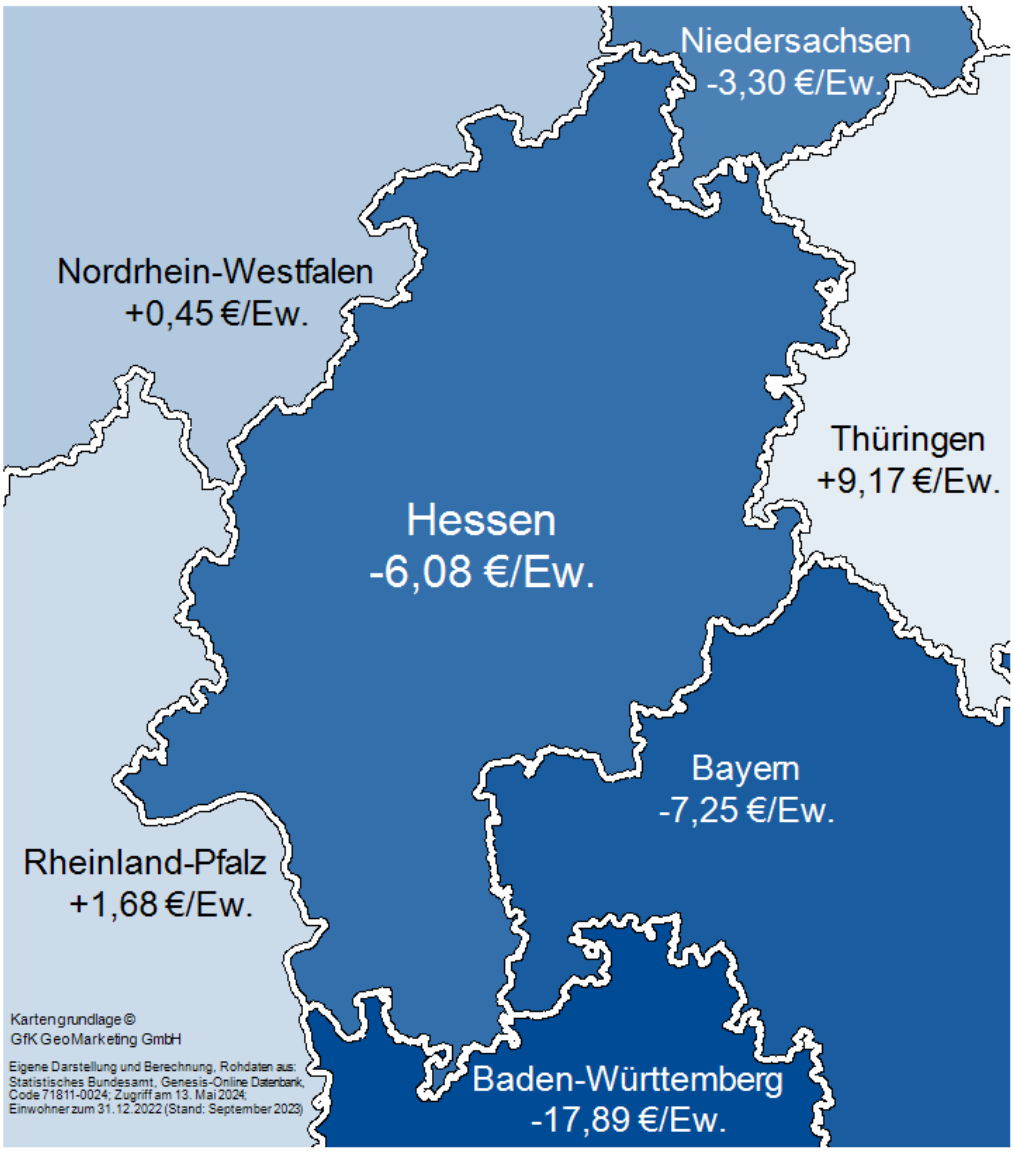
Ansicht 7: Pro-Kopf-Betrachtung der wirtschaftlichen Lage der kommunalen Unternehmen im Gesundheitsbereich 2014 bis 2021 (in €/Ew.)

Bezogen auf die Einwohnerzahl haben die ostdeutschen Kommunalunternehmen sowohl vor als auch während der Coronapandemie Überschüsse erzielt. Anders entwickelte es sich in den westdeutschen Kommunalunternehmen des Gesundheitsbereichs: Sie erwirtschafteten in Summe stets Verluste.

Über den gesamten betrachteten Zeitraum sind in Hessen -6,08 Euro je Einwohner an Verlusten aufgelaufen. Diese lagen sowohl über dem Vergleichswert der Flächenländer insgesamt (- 3,61 Euro je Einwohner) als auch dem der westdeutschen Flächenländer (-5,55 Euro je Einwohner). Mögliche Erklärungsursachen stellt der Krankenhaus Rating Report 2024 dar (vergleiche Seite 11).

Ansicht 8 stellt die Durchschnittswerte Hessens sowie der angrenzenden Bundesländer im Vergleich dar. Es wird deutlich, dass es auch anderen westdeutschen Bundesländern gelungen ist, über den Zeitraum von 2014 bis 2021 durchschnittliche Pro-Kopf-Überschüsse zu erzielen.

Durchschnittlicher Jahresgewinn oder -verlust der Kommunalunternehmen im Gesundheitsbereich von 2014 bis 2021



Ansicht 8: Durchschnittlicher Jahresgewinn oder -verlust der Kommunalunternehmen im Gesundheitsbereich von 2014 bis 2021

Neben Thüringen (+9,17 €/Ew.) wurden in den betrachteten Jahren in Rheinland-Pfalz (+1,68 €/Ew.) und Nordrhein-Westfalen (+0,45 €/Ew.) Gewinne erzielt. Wie Ansicht 8 zu entnehmen ist, resultieren die positiven Werte der beiden westdeutschen Länder aus den starken Jahren 2014 bis 2018. In den Folgejahren sind auch dort vermehrt Verluste aufgelaufen.

Hessen (-6,08 €/Ew.) verzeichnete wie Niedersachsen (-3,30 €/Ew.) durchschnittlich Verluste, die jedoch niedriger waren als in Bayern (-7,25 €/Ew.) und insbesondere in Baden-Württemberg (-17,89 €/Ew.).

Es ist nicht auszuschließen, dass innerhalb der Länder solche Disparitäten beim Blick auf einzelne Regionen noch stärker ausfallen.

Mögliche Erklärungsursachen nach dem Krankenhaus Rating Report 2024

Eine Auswertung von Jahresabschlüssen aus den Jahren 2007 bis 2022 zeigt: Das Rating fällt in Ostdeutschland besser aus, am schlechtesten in Bayern und Baden-Württemberg.

Kliniken in freigemeinnütziger und privater Trägerschaft schneiden dabei beim Rating und der Ertragslage signifikant besser ab als öffentlich-rechtliche Kliniken.

Eine Ausnahme sind öffentlich-rechtliche Kliniken in finanzschwachen Kreisen. Sie schneiden deutlich besser ab als solche in finanzstarken Kreisen. Das könnte andeuten, dass die fehlende Aussicht auf die Subventionierung durch ärmere kommunale Träger ein effizienteres Vorgehen erzwingt.

Ein deutlich besseres Rating und eine bessere Ertragslage hatten außerdem größere Kliniken, Häuser in Klinikketten, Krankenhäuser mit einem mittleren und hohen Spezialisierungsgrad sowie Einrichtungen mit einem hohen Casemixindex.[14]

Insgesamt profitieren ostdeutsche Krankenhäuser im Vergleich von einer noch guten Unternehmenssubstanz. Allerdings nähert sie sich, gemessen am Sachanlagevermögen, immer weiter dem niedrigeren Niveau der westdeutschen Krankenhäuser an.[15]

3.2 Entwicklungen in Hessen

Die allgemeinen Entwicklungen der Krankenhäuser in Hessen analysiert die Überörtliche Prüfung anhand

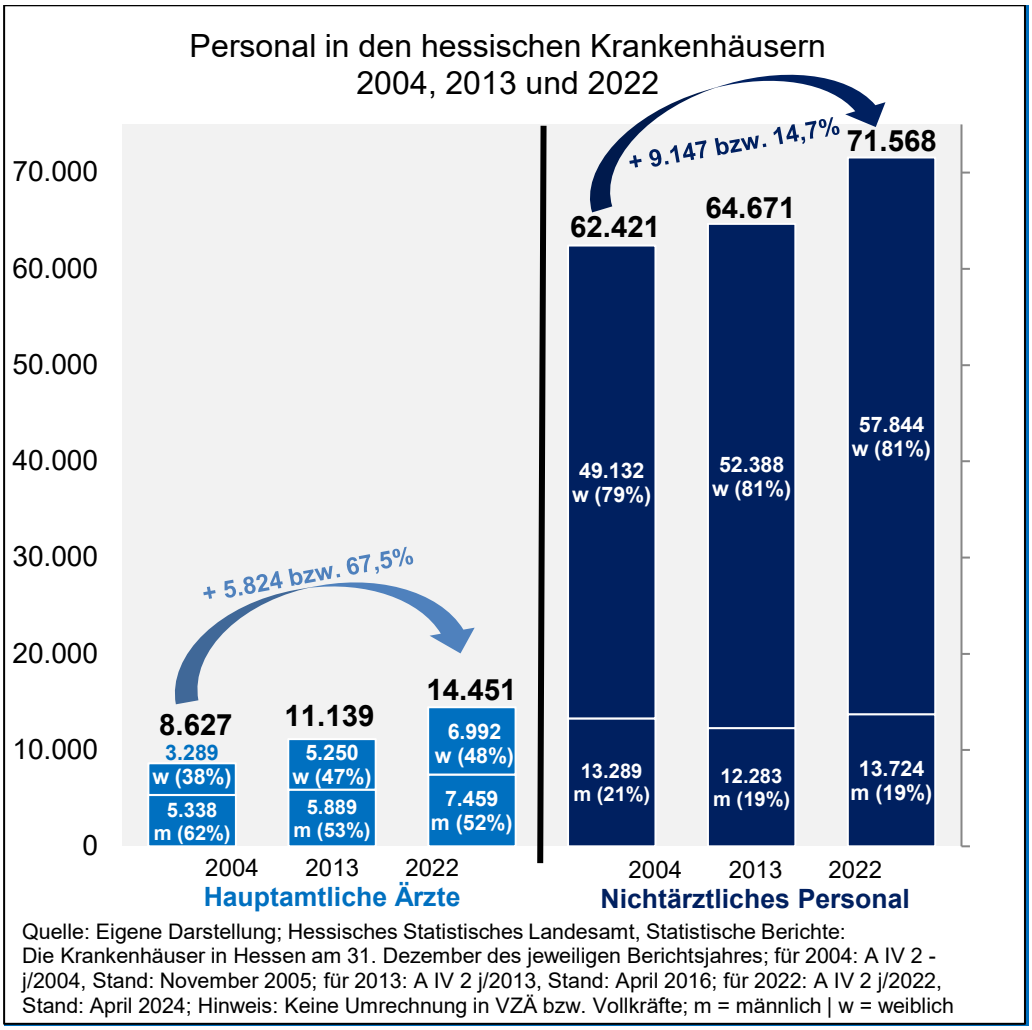
- des Krankenhauspersonals,
- der Standorte der Plankrankenhäuser,
- der Entwicklung der Krankenhauslandschaft sowie
- der Patientenverteilung und -bewegung.

Krankenhaus-personal

In den Jahren seit 2004 kam es in den Krankenhäusern in Hessen sowohl bei den Ärzten als auch dem nichtärztlichen Personal zu einem deutlichen Personalzuwachs (Ansicht 9).

14 Medizinische und andere wissenschaftliche Fachbegriffe werden in einem Glossar erläutert (siehe Seite 124)

15 Vgl. RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e.V., Pressemitteilung vom 27. Juni 2024, Krankenhaus Rating Report 2024: Wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser hat sich 2022 erneut verschlechtert, unter https://www.rwi-essen.de/presse/wissenschaftskommunikation/pressemitteilungen/detail/krankenhaus-rating-report-2024-wirtschaftliche-lage-deutscher-krankenhaeuser-hat-sich-2022-erneut-verschlechtert (aufgerufen am 24. Juli 2024).



Quelle: Eigene Darstellung; Hessisches Statistisches Landesamt, Statistische Berichte: Die Krankenhäuser in Hessen am 31. Dezember des jeweiligen Berichtsjahres; für 2004: A IV 2 - j/2004, Stand: November 2005; für 2013: A IV 2 j/2013, Stand: April 2016; für 2022: A IV 2 j/2022, Stand: April 2024; Hinweis: Keine Umrechnung in VZÄ bzw. Vollkräfte; m = männlich | w = weiblich

Ansicht 9: Personal in den hessischen Krankenhäusern 2004, 2013 und 2022

Beim nichtärztlichen Personal konnte im Vergleich von 2004 zu 2022 ein Personalanstieg von über 9.000 verzeichnet werden (+14,7 Prozent). Das nichtärztliche Personal bestand überwiegend aus Frauen, nicht einmal jede fünfte Person war männlich.

Der Personalanstieg bei den hauptamtlichen Ärzten ist im gleichen Zeitraum mit +5.824 auf 14.451 Ärzte absolut betrachtet zwar geringer, prozentual beträgt dieser Anstieg jedoch 67,5 Prozent. Das Verhältnis zwischen Ärztinnen und Ärzten ist – mit einem leichten Plus an Männern – wie im Jahr 2013 beinahe ausgeglichen. Im Jahr 2004 waren nur 38 Prozent aller Ärzte weiblich.

Das relativ ausgeglichene Bild zwischen männlichen und weiblichen Ärzten im Jahr 2022 verdeckt jedoch, dass innerhalb der Ärzteschaft nach wie vor ein Ungleichgewicht vorliegt. Demnach waren 2.296 oder 63 Prozent der 3.633 Oberärzte männlich. Bei den Chefärzten lag die Männerquote sogar bei 82 Prozent.

Standorte der Plankrankenhäuser

Nach Artikel 72 Absatz 1 Grundgesetz[16] ist von den Bundesländern die Krankenhausplanung vorzunehmen. Hierfür treffen sie Regelungen in ihren Landesgesetzen[17] und stellen sogenannte Krankenhauspläne auf.[18]

Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan entsteht automatisch ein Versorgungsvertrag zwischen dem Krankenhaus und den gesetzlichen Krankenkassen. Zudem tritt ein Anspruch auf Investitionsförderung gegenüber dem Land in Kraft. Nach § 18 Absatz 3 Satz 1 HKHG 2011 ist der Krankenhausplan in regelmäßigen Abständen fortzuschreiben. Der aktuell gültige Krankenhausplan wurde im Jahr 2020 veröffentlicht.[19]

Der Krankenhausplan ist in sechs Versorgungsgebiete[20] unterteilt (siehe Abschnitt 5.1 der Prüfung). Ansicht 10 zeigt die Standorte der hessischen Plankrankenhäuser nach dem Krankenhausplan 2020.[21]

16 Artikel 72 des Grundgesetzes

„(1) Im Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung haben die Länder die Befugnis zur Gesetzgebung, solange und soweit der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit nicht durch Gesetz Gebrauch gemacht hat.“

17 In Hessen das Hessische Krankenhausgesetz 2011 (HKHG)

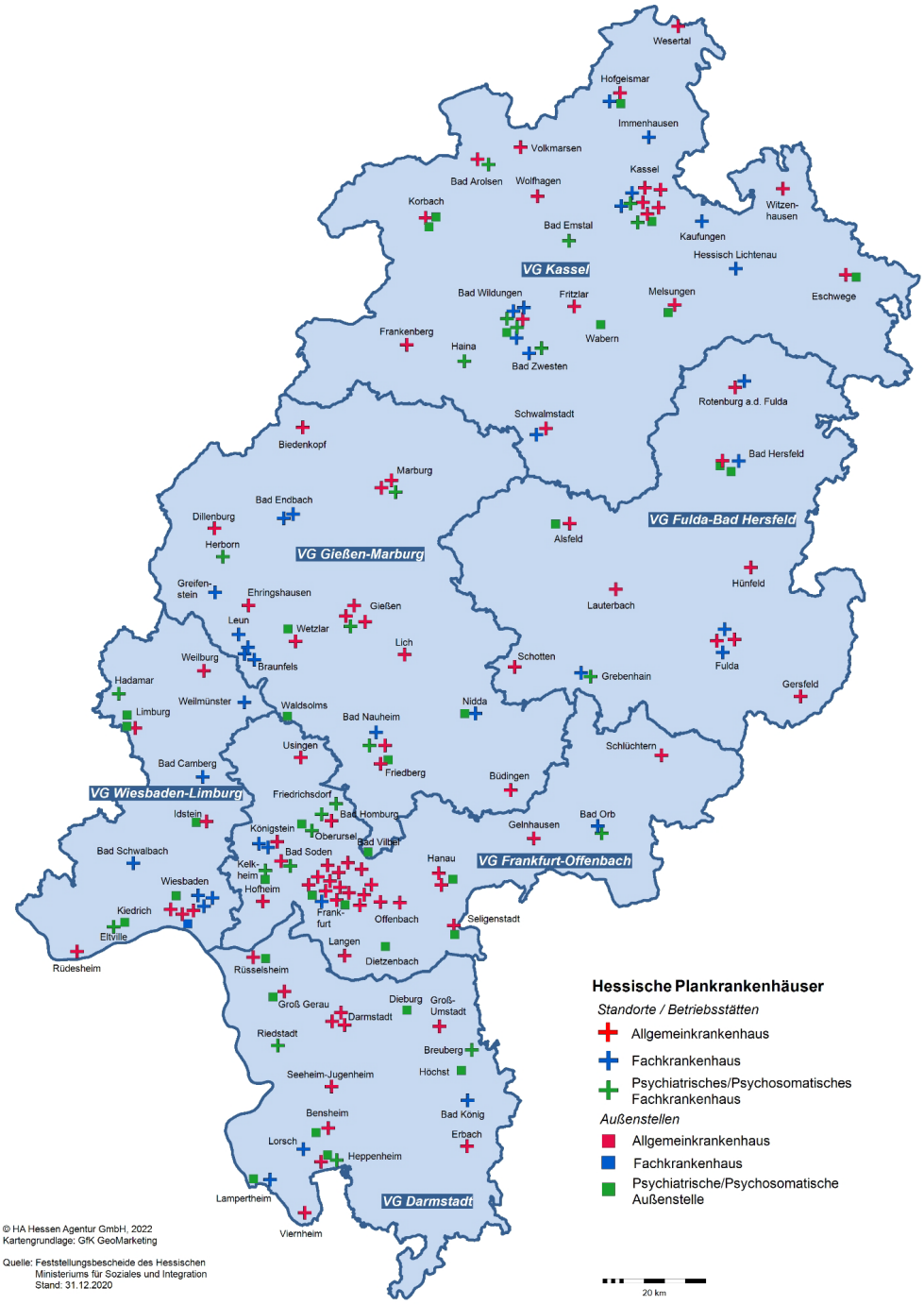
18 Vgl. § 17 Abs. 1 HKHG 2011

„(1) Für das Land Hessen wird ein Krankenhausplan aufgestellt, auf dessen Grundlage die Verwirklichung der in § 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und § 1 genannten Ziele sicherzustellen ist.

19 Vgl. Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Krankenhausplan 2020, https://soziales.hessen.de/sites/soziales.hessen.de/files/2022-08/krankenhausplan_hessen_2020.pdf, Seite 5

20 Kassel, Fulda-Bad Hersfeld, Gießen-Marburg, Frankfurt-Offenbach, Wiesbaden-Limburg, Darmstadt

21 Vereinzelte Privatkliniken haben keinen Versorgungsauftrag und sind daher nicht im Krankenhausplan enthalten.



Ansicht 10: Standorte der hessischen Plankrankenhäuser[22]

Ansicht 10 verdeutlicht die Zentrierung der Plankrankenhäuser im Rhein-Main-Gebiet. Die Versorgungsdichte nimmt in Nord- und Osthessen vergleichsweise ab.

Bereits in der ersten Klinikprüfung wurde empfohlen, in künftigen Planungen das medizinische Leistungsangebot – vor allem in der Rhein-Main-Region – zu bündeln und untereinander abzustimmen.

22 Quelle: Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (2022), Versorgungsatlas Hessen 2020: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser, unter: https://redaktion.hessen-agentur.de/publication/2023/3988_versorgungsatlas_hessen_2020.pdf, Seite 3 (zuletzt aufgerufen am 18. Juni 2024)

Kommunale Krankenhäuser sollten sich nicht als Wettbewerber gegenüberstehen. Vielmehr sollten alle Beteiligten einen Beitrag leisten und gemeinsam konstruktiv zusammenwirken.[23]

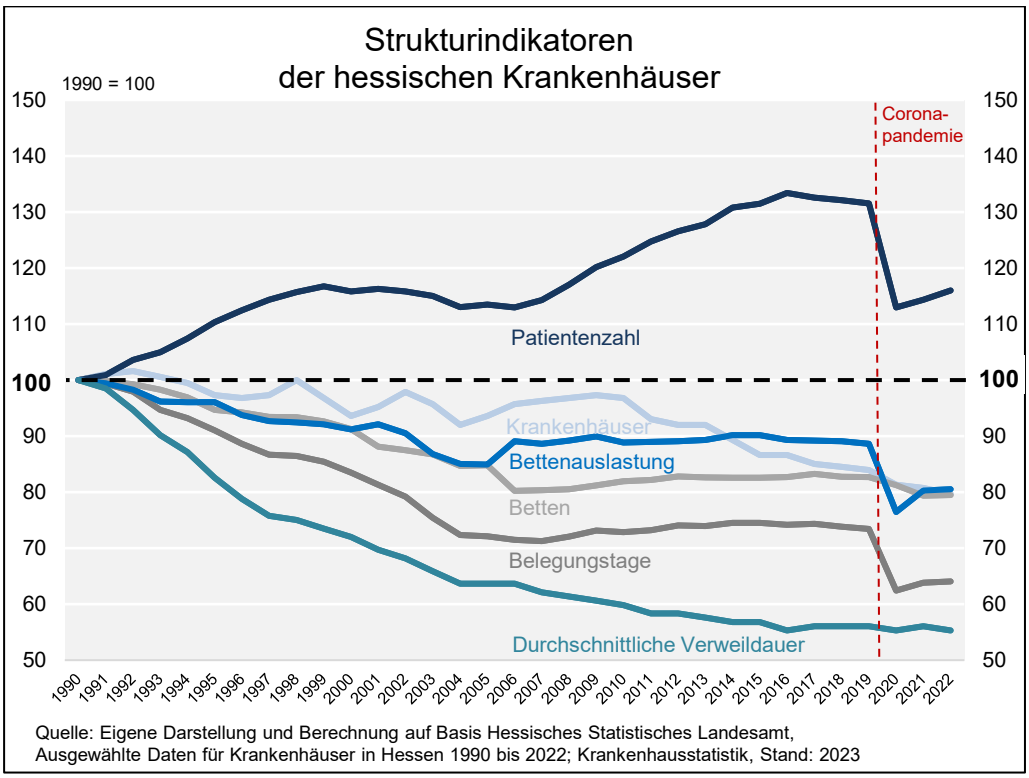
Entwicklung der Krankenhauslandschaft

Die Entwicklung der Krankenhauslandschaft ist seit 1990 durch mehrere Gesundheitsreformen geprägt, die zu Umstellungen in den Angeboten der stationären Versorgung geführt haben. Ziele einiger Reformen war es, die Effizienz der Behandlungen in den Krankenhäusern zu steigern. Eine der erwarteten Auswirkungen war ein deutlicher Rückgang der Verweildauer.

„Eine einschneidende Reform war die seit 2004 verbindlich in allen Krankenhäusern eingeführte neue Art der Abrechnung. Seitdem werden die Leistungen, die das Krankenhaus erbringt, nicht mehr nach den Pflegetagen der Patientinnen und Patienten abgerechnet, sondern nach sogenannten Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRGs).“[24]

Die Verweildauer hat sich auch dadurch von 1990 (13,2 Tage) bis 2022 (7,3 Tage) tatsächlich nahezu halbiert, jedoch nicht sprunghaft bei der Einführung der Fallpauschalen, sondern seit 1990 kontinuierlich mit Rückgängen der Verweildauer um durchschnittlich 0,2 Tage je Jahr.[25] Ansicht 11 veranschaulicht die zeitliche Entwicklung dieses und weiterer zentraler Indikatoren für Hessen.

Die entsprechenden Grunddaten befinden sich in Abschnitt 3.3.



Ansicht 11: Strukturindikatoren der hessischen Krankenhäuser

23 Vgl. Vierundzwanzigster Zusammenfassender Bericht „Gesundheitswesen - Kliniken”, LT-Drs. 18/7105, Seite III (Vorwort)

24 Bölt, Graf et al., 20 Jahre Krankenhausstatistik, in: Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, Februar 2012, Seite 113

25 Die Verweildauer gibt die Zahl der Tage an, die eine Patientin oder ein Patient durchschnittlich in stationärer Behandlung verbringt.

Verweildauer = (Berechnungs- und Belegungstage) / Fallzahl

Während sowohl die Verweildauer, die Berechnungs- und Belegungstage[26] als auch die Zahl der Krankenhäuser und damit zusammenhängend die aufgestellten Betten kontinuierlich zurückgingen, stieg die Patientenzahl[27] über den Zeitverlauf – insbesondere in den Jahren nach 1990 und 2006 – deutlich an.

Die steigenden Patientenzahlen führten jedoch nicht zu einer höheren Bettenauslastung.[28] Auch diese ging seit 1990 mit unterjährigen Schwankungen zurück. Dieser Effekt ist vor allem mit dem deutlichen Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer zu erklären.

In den statistischen Zahlen lässt sich die Auswirkung der Coronapandemie auf die hessische Krankenhauslandschaft eindrucksvoll nachzeichnen. So erfolgte im Jahr 2020 ein drastischer Einbruch der Patientenzahlen,[29] wodurch negative Folgewirkungen auf die Bettenauslastung sowie die Berechnungs-/Belegungstage unvermeidbar waren.

Interessanterweise hat sich die durchschnittliche Verweildauer in den Jahren 2019 (7,4 Tage) bis 2022 (7,3 Tage) nicht nennenswert verändert. Im selben Zeitraum hat sich der Klinikbestand in Hessen von 157 (2019) auf 149 (2022) reduziert.

Patientenverteilung und -bewegung

Im Jahr 2022 versorgten die Krankenhäuser in Hessen rund 1,2 Millionen vollstationäre Patienten.[30] Die regionalen Unterschiede sind groß: Über die Hälfte der Patienten wurde im Regierungsbezirk Darmstadt behandelt (56 Prozent). Hier leben allerdings auch 64 Prozent der Einwohner.[31] Die übrigen Patienten entfielen mit 24 Prozent auf den Regierungsbezirk Kassel und mit 20 Prozent auf den Regierungsbezirk Gießen.

Statistisch werden die Verlegungen in andere Krankenhäuser als Teil der Entlassungen gesondert erfasst. Ansicht 12 verdeutlicht die vorliegenden geografischen Unterschiede auf Ebene der Landkreise beziehungsweise kreisfreien Städte. Berechnet wurde der prozentuale Anteil an den Patienten, die in andere Krankenhäuser verlegt wurden.

26 Die Angabe zu den Berechnungs- und Belegungstagen orientiert sich an dem jeweiligen Abrechnungssystem, das zugrunde liegt.

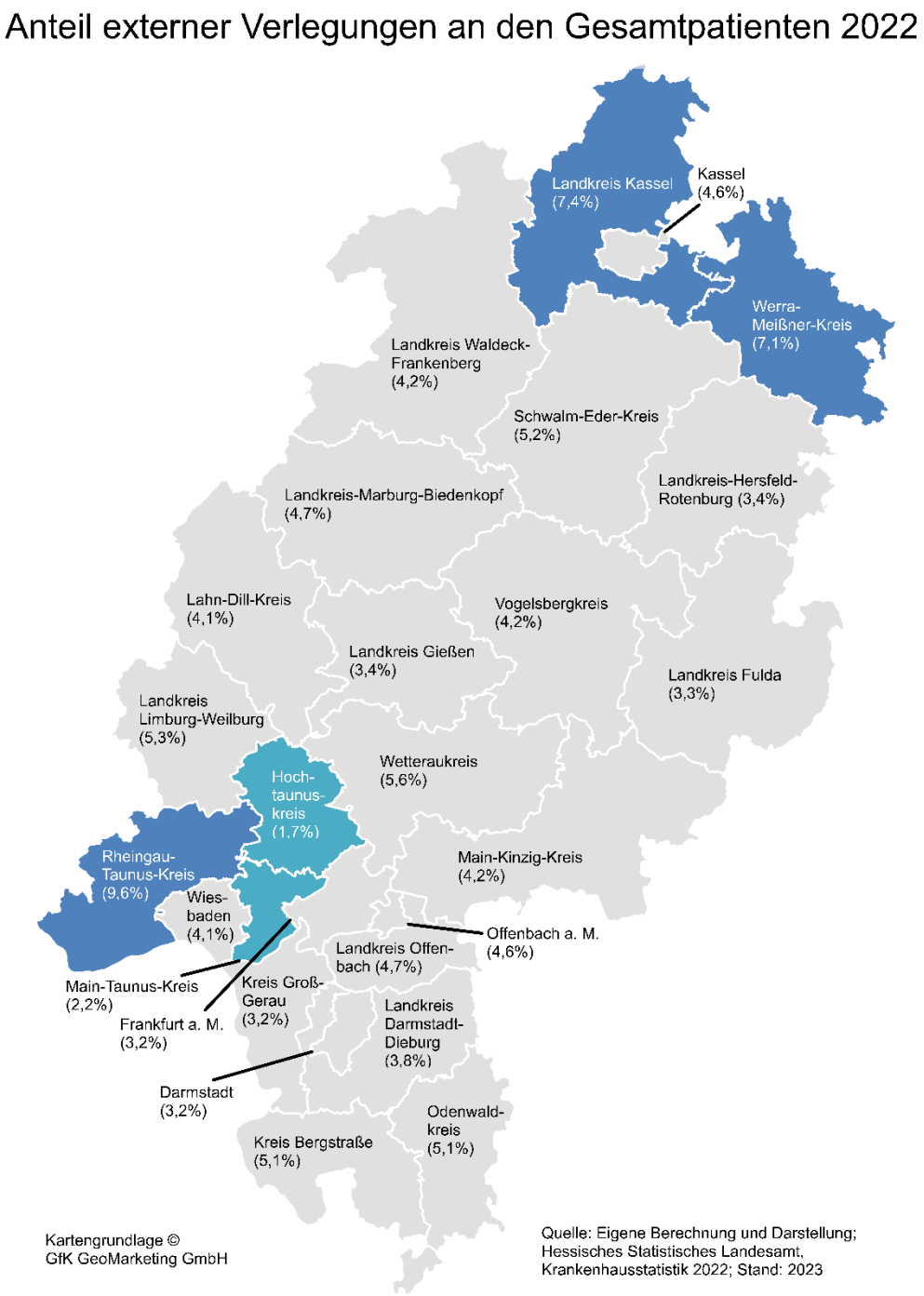
27 Die Fallzahl bezeichnet die Zahl der in der Einrichtung im Berichtsjahr stationär behandelten Patienten/Patientinnen (Fälle).

28 Bettenauslastung = (Berechnungs- und Belegungstage x 100) / (Aufgestellte Betten x Kalendertage)

29 Der Rückgang der Fallzahlen dürfte an aufgeschobenen, gut planbaren Operationen liegen: *„Bei den planbaren Operationen zeigten sich insbesondere in der ersten Pandemiewelle Fallzahlrückgänge von über 40%.“* Hentschker, Mostert, Klauber, Auswirkungen der Covid-19-Pandemie im Krankenhaus: Fallzahlentwicklung und Charakteristika der Covid-19-Patienten, in: J. Klauber et al., Krankenhaus-Report 2023, https://doi.org/10.1007/978-3-662-66881-8_19, S. 313.

30 Als Patienten werden ausschließlich die vollstationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten (Fälle) einschließlich der Stundenfälle gezählt. Teilstationär oder ambulant behandelte Patientinnen und Patienten, gesunde Neugeborene sowie Begleitpersonen bleiben unberücksichtigt.

31 Quelle: Eigene Berechnung auf Basis Hessisches Statistisches Landesamt, Bevölkerung in Hessen am 31. Dezember 2022 nach Verwaltungsbezirken und Altersgruppen, Stand: 2023.



Ansicht 12: Anteil externer Verlegungen an den Gesamtpatienten 2022

Während die Krankenhäuser im Hochtaunuskreis (1,7 Prozent) und im Main-Taunus-Kreis (2,2 Prozent) die wenigsten Patienten extern verlegten, wurde im geografisch angrenzenden Rheingau-Taunus-Kreis beinahe jeder zehnte Patient an ein anderes Krankenhaus übergeben. In Nordhessen waren der Landkreis Kassel (7,4 Prozent) und der Werra-Meißner-Kreis (7,1 Prozent) mit hohen Werten auffällig. Hier spielt die starke Marktposition der Gesundheit Nordhessen AG in Kassel eine maßgebliche Rolle. Die Hochtaunus-Kliniken und die Kliniken des Main-Taunus-Kreises lagen in der Nähe von großen Maximalversorgern, welche die Patienten mit höheren Schweregraden versorgten. Die Patienten mit geringeren Schweregraden wurden unmittelbar in den beiden Kliniken versorgt. In Kassel verlegte das Klinikum als Maximalversorger die Patienten mit einfacheren Krankheitsgraden in die umliegenden Häuser.

3.3 Ausgewählte Daten für Krankenhäuser in Hessen 1990 bis 2022

Ausgewählte Daten für Krankenhäuser in Hessen 1990 bis 2022						
Jahr	Anzahl Kranken-häuser	Aufgestellte Betten	Fallzahl Patienten[1)]	Berech-nungs-/ Belegungs-tage	Bettenaus-lastung in %	Ø Verweil-dauer in Tagen
1990	187	43.753	1.041.844	13.750.332	86,2	13,2
1991	189	43.666	1.051.176	13.665.927	85,7	13,0
1992	190	43.434	1.079.157	13.467.699	84,7	12,5
1993	188	43.011	1.093.447	13.018.687	82,9	11,9
1994	186	42.393	1.118.938	12.816.377	82,8	11,5
1995	182	41.428	1.149.458	12.519.293	82,8	10,9
1996	181	41.220	1.171.316	12.182.680	80,8	10,4
1997	182	40.873	1.191.425	11.917.739	79,9	10,0
1998	187	40.847	1.205.622	11.888.766	79,7	9,9
1999	181	40.527	1.215.901	11.745.033	79,4	9,7
2000	175	39.915	1.206.880	11.481.722	78,6	9,5
2001	178	38.560	1.211.200	11.180.191	79,4	9,2
2002	183	38.267	1.206.909	10.889.464	78,0	9,0
2003	179	37.952	1.198.528	10.367.858	74,8	8,7
2004	172	37.059	1.177.710	9.948.038	73,3	8,4
2005	175	37.104	1.182.374	9.918.866	73,2	8,4
2006	179	35.091	1.176.918	9.832.250	76,8	8,4
2007	180	35.152	1.190.815	9.798.849	76,4	8,2
2008	181	35.218	1.218.878	9.909.768	76,9	8,1
2009	182	35.521	1.251.757	10.052.858	77,5	8,0
2010	181	35.844	1.271.478	10.016.466	76,6	7,9
2011	174	35.941	1.299.328	10.066.999	76,7	7,7
2012	172	36.229	1.318.641	10.179.034	76,8	7,7
2013	172	36.158	1.331.355	10.163.581	77,0	7,6
2014	167	36.129	1.362.651	10.243.859	77,7	7,5
2015	162	36.130	1.369.768	10.244.386	77,7	7,5
2016	162	36.170	1.389.771	10.198.862	77,0	7,3
2017	159	36.432	1.381.242	10.222.669	76,9	7,4
2018	158	36.205	1.376.256	10.148.345	76,8	7,4
2019	157	36.187	1.370.063	10.096.491	76,4	7,4
2020	152	35.561	1.177.034	8.582.880	65,9	7,3
2021	151	34.726	1.191.445	8.773.678	69,2	7,4
2022	149	34.778	1.208.430	8.806.891	69,4	7,3

Quelle: Eigene Darstellung, Hessisches Statistisches Landesamt, Krankenhausstatistik; Stand: 2023

[1)] Jeweils vollstationäre Patienten; einschl. Stundenfälle.

Ansicht 13: Ausgewählte Daten für Krankenhäuser in Hessen 1990 bis 2022

4. Rahmenbedingungen der 240. Vergleichenden Prüfung

4.1 Geplante Krankenhausreform (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

Mit der geplanten bundesweiten Krankenhausreform des Bundesministeriums für Gesundheit wurde eine Reform der bisherigen Vergütungssystematik und Krankenhausplanung angestrebt, um eine flächendeckend qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen und unnötige Klinikschließungen zu vermeiden.

Die Reform hat das Ziel, die Behandlungsqualität zu steigern, eine flächendeckende medizinische Versorgung für die Patienten zu gewährleisten sowie Prozesse und Strukturen zu entbürokratisieren und dabei mehr Transparenz zu liefern.[32] Durch zugewiesene Leistungsgruppen soll zukünftig eine Konzentration von komplexen Behandlungen auf weniger Leistungserbringer erfolgen. Dies soll zu einer stärkeren Spezialisierung führen, was bedeutet, dass künftig nicht mehr jedes Krankenhaus jede Behandlung durchführen kann.[33] Somit bestimmt zukünftig primär die Qualität und nicht mehr die Quantität die Versorgung, wodurch das Patientenwohl stärker in den Fokus der medizinischen Versorgung gerückt wird.

Bund und Länder einigten sich in diesem Zuge am 10. Juli 2023 zunächst auf die Eckpunkte für die neue Krankenhausreform, die als Grundlage für den Gesetzesentwurf dienten. Diese Eckpunkte wurden durch den am 15. April 2024 veröffentlichten „Referentenentwurf Krankenhausreform (KHVVG)“ weiter konkretisiert. Das Bundeskabinett hat am 15. Mai 2024 als Entwurf das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) beschlossen. Es soll voraussichtlich im Jahr 2025 in Kraft treten und anschließend fortlaufend evaluiert werden.[34]

Exkurs: Zentrale Bestandteile des Referentenentwurfs Krankenhausreform (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)[35]

Es sollen erlösunabhängige Vorhaltepauschalen und Leistungsgruppen mit dahinterliegenden Qualitätskriterien definiert werden. Durch die Vorhaltepauschalen sollen Fixkosten, die sich aus der Vorhaltung von Infrastruktur und Personal ergeben, gedeckt werden. Im Gegenzug werden die bisherigen Fallpauschalen abgesenkt. Die Vorhaltepauschalen sollen zukünftig bis zu 60 Prozent der Vergütung ausmachen.

Leistungsgruppen ersetzen zukünftig die bisherige unzureichend definierte Fachabteilungsstruktur. Hierdurch soll eine zielgenauere Krankenhausplanung ermöglicht werden. Sie sollen zu einer stärkeren Konzentration von Behandlungen führen und bilden die Grundlage, damit Krankenhäuser ihre Leistungen mit

32 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform; zuletzt aufgerufen am 13. September 2024

33 Krankenhausreform: Vorhaben werden konkreter, Deutsches Ärzteblatt 2024, https://www.aerzteblatt.de/archiv/238468/Krankenhausreform-Vorhaben-werden-konkreter, zuletzt aufgerufen am 17. September 2024

34 Bundesrat billigt Vergleichsportal für Kliniken, Tagesschau, 2024, https://www.tagesschau.de/inland/krankenhaus-transparenzgesetz-bundesrat-100.html#:~:text=Der%20Bundesgesundheitsminister%20k%C3%BCndigt%20an%2C%20dass,Regierung%20zur%20Finanzierung%20der%20Krankenh%C3%A4user, zuletzt aufgerufen am 22. März 2024

35 Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG), Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit, Stand: 15. April 2024, https:// Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) | BMG (bundesgesundheitsministerium.de), zuletzt aufgerufen am 17. Juni 2024

den Kostenträgern abrechnen dürfen. Die Finanzierung der variablen Kosten erfolgt weiterhin über eine mengenabhängige Vergütung mittels Fallpauschalen. Die Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien sollen in einem vierstufigen Verfahren durch Beteiligte von Bund und Ländern sowie medizinischen Fachgesellschaften entwickelt werden.

Bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser sollen jährliche Förderbeträge in Höhe von bis zu einer Million Euro erhalten, um die medizinische Grundversorgung in der Fläche zu gewährleisten. Zudem können bestehende Kliniken in sogenannte „sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen“ umgewandelt werden, in denen keine komplizierten Eingriffe durchgeführt werden.

Stationen der Inneren Medizin und der Allgemeinen Chirurgie sollen in maximal 30 Minuten Fahrzeit mit dem Auto erreichbar sein; für alle weiteren Leistungsgruppen soll die Fahrzeit maximal 40 Minuten mit dem Auto betragen.

Durch das Krankenhaustransparenzgesetz wurde außerdem die Grundlage für den interaktiven Klinik-Atlas geschaffen. Der Klinik Atlas ist am 17. Mai 2024 erstmalig online gegangen.[36] Über den Klinik Atlas können sich Patienten online informieren, welche Leistungen mit welcher Qualität von welchem Krankenhaus angeboten werden. Krankenhäuser werden in diesem Zuge verpflichtet, die notwendigen Angaben zu übermitteln (zum Beispiel Fallzahlen von Leistungen differenziert nach Leistungsgruppen, vorgehaltenes Personal, Komplikationsraten).

Mit der geplanten Reform rücken zwei Kerngedanken der ersten Klinikprüfung wieder in den Vordergrund: Konzentration und Spezialisierung der Leistungen in Verbindung mit einer Fokussierung auf das Patientenwohl. Der Deutsche Ethikrat hat bereits 2016 das Patientenwohl als ethischen Maßstab für das Krankenhaus in den Mittelpunkt gestellt.[37] Durch die ergänzende Vergütung sogenannter Vorhaltepauschalen bekommen Kliniken zukünftig zudem eine Existenzgarantie, auch wenn sie vergleichsweise wenige Behandlungen anbieten. Hierdurch können Patienten sicher sein, dass ihre individuelle Behandlung wirklich notwendig ist und qualitativ hochwertig durchgeführt wird.[38]

4.2 Gesundheits- und Krankenhausversorgung in Hessen

Die Gesundheitsversorgung gehört nicht nur gesellschaftlich, sondern auch wirtschaftlich zu den wichtigsten Branchen in Hessen. Die nominale Bruttowertschöpfung der hessischen Gesundheitswirtschaft lag im Jahr 2022 bei 33,1 Milliarden Euro. Dies entsprach 11,3 Prozent der gesamten Wirtschaftsleistung in Hessen. Die Bruttowertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft stieg zudem

36 Bundesministerium für Gesundheit (BMG); https://bundes-klinik-atlas.de/, zuletzt aufgerufen am 17. Juni 2024

Auf dem Bundes-Klinik-Atlas sollen Patientinnen und Patienten verständlich und transparent über den Umfang und die Qualität der Versorgung sowie die Personalausstattung in den Krankenhäusern informiert werden. Sie sollen umfassende, faire und vergleichbare Informationen über den Versorgungsumfang und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern erhalten sowie weiterführende Informationen, etwa zu aussagekräftigen Zertifikaten.

37 https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf, zuletzt aufgerufen am 13. September 2024.

38 Krankenhausreform – das Vorhaben im Detail, Bundesministerium für Gesundheit, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform, zuletzt aufgerufen am 17. September 2024

von 2015 bis 2022 preisbereinigt um 16,8 Prozent an, womit Hessen über dem Mittelwert aller Bundesländer (+15,2 Prozent) in diesem Zeitraum lag.[39]

Versorgungsgebiete

Die hessische Krankenhauslandschaft ist in sechs Versorgungsgebiete (VG) aufgeteilt, wobei ein Versorgungsgebiet in der Regel aus mehreren Landkreisen beziehungsweise kreisfreien Städten besteht. Der Bedarf an stationären Behandlungskapazitäten wird anhand dieser Versorgungsgebiete regelmäßig neu berechnet:

- VG 1 Kassel: 864.000 Einwohner; 224.000 vollstationäre Fälle
- VG 2 Fulda-Bad-Hersfeld: 442.000 Einwohner; 122.000 vollstationäre Fälle
- VG 3 Gießen-Marburg: 1.050.000 Einwohner; 240.000 vollstationäre Fälle
- VG 4 Frankfurt-Offenbach: 2.050.000 Einwohner; 440.000 vollstationäre Fälle
- VG 5 Wiesbaden-Limburg: 630.000 Einwohner; 14.000 vollstationäre Fälle
- VG 6 Darmstadt: 1.060.000 Einwohner;170.000 vollstationäre Fälle[40]

In Hessen teilten sich 151 Krankenhäuser die stationäre Krankenversorgung im Jahr 2021[41], womit das Bundesland über einen Anteil in Höhe von acht Prozent an der gesamten deutschen Krankenhauslandschaft verfügte (Deutschland: 1.887 Krankenhäuser).[42] Hierbei wurden 128 Krankenhäuser[43] in die hessische Landeskrankenhausplanung aufgenommen und 23 Krankenhäuser waren Vertragskrankenhäuser, gemäß § 108 Nr. 3 SGB V[44], sowie sonstige Krankenhäuser ohne Versorgungsauftrag. Von den 128 hessischen Plankrankenhäusern befanden sich 35 Prozent (45 Krankenhäuser, 102 Standorte) in öffentlicher Trägerschaft, 28 Prozent (36 Krankenhäuser, 46 Standorte) wiesen eine freigemeinnützige Trägerschaft auf und 37 Prozent (47 Krankenhäuser, 54 Standorte) waren in privater Trägerschaft.[45]

Ansicht 14 stellt die gesamten Leistungsdaten der hessischen Krankenhäuser im Zeitverlauf dar:

---

39 Pressemitteilung: Gesundheitswirtschaft vom 7. Juni 2023, Hessisches Statistisches Landesamt, https://statistik.hessen.de/presse/hessische-gesundheitswirtschaft-2022-gewachsen, zuletzt aufgerufen am 31. Juli 2023

40 Versorgungsgebiete Krankenhausplanung Hessen, Hessische Krankenhausgesellschaft e. V., zuletzt aufgerufen am 20. März 2023

41 Die Ergebnisse der amtlichen Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes werden rund zehn bis zwölf Monate nach Ende des Berichtsjahres veröffentlicht. Zum Zeitpunkt der Erstellung der Prüfberichte stellte somit das Berichtsjahr 2021 den aktuellen Datenstand beziehungsweise die aktuelle statistische Basis dar.

42 Hessisches Statistisches Landesamt, Ausgewählte Daten für Krankenhäuser in Hessen 1990 bis 2021 (Krankenhäuser sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Hessen), 2022, https://statistik.hessen.de/unsere-zahlen/gesundheitswesen, zuletzt aufgerufen am 21. März 2023

43 Plankrankenhäuser bezeichnet die Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind

44 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 16. August 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 217), zuletzt aufgerufen am 23. August 2023

45 Versorgungsatlas Hessen 2020: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration von 2022

Leistungsdaten Krankenhäuser Hessen gesamt 2012 bis 2022						
	Anzahl Kranken-häuser	Aufge-stellte Betten	Fallzahl	Bele-gungs-tage	Betten-auslas-tung in %	Verweil-dauer in Tagen
2012	172	36.229	1.318.641	10.179.034	76,8	7,7
2013	172	36.158	1.331.355	10.163.581	77,0	7,6
2014	167	36.129	1.362.651	10.243.859	77,7	7,5
2015	162	36.130	1.369.768	10.244.386	77,7	7,5
2016	162	36.170	1.389.771	10.198.862	77,0	7,3
2017	159	36.432	1.381.242	10.222.669	76,9	7,4
2018	158	36.205	1.376.256	10.148.345	76,8	7,4
2019	157	36.187	1.370.063	10.096.491	76,4	7,4
2020	152	35.561	1.177.034	8.582.880	65,9	7,3
2021	151	34.726	1.191.445	8.773.678	69,2	7,4
2022	149	34.778	1.208.430	8.806.891	69,4	7,3
Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt, eigene Darstellung; Stand: 31. August 2023						

Ansicht 14: Leistungsdaten Krankenhäuser Hessen gesamt 2012 bis 2022

Im Jahr 2022 wurden mit 34.778 aufgestellten Betten insgesamt 1.208.430 Fälle erbracht, wobei die durchschnittliche Verweildauer bei 7,3 Tagen lag. Somit war die Fallzahl im Jahr 2022 über dem „Corona-Jahr“ 2020, sie lag aber nach wie vor deutlich unter dem Vor- COVID-19 Niveau von 2019.

Duale Finanzierung

In Hessen erfolgt die Krankenhausfinanzierung, analog zu den anderen Bundesländern in Deutschland, nach dem Prinzip der „Dualen Finanzierung“. So vergüten einerseits die Krankenkassen die Betriebskosten der Krankenhäuser, also die Kosten, die aufgrund der Behandlung von Patienten entstehen auf Basis des sogenannten DRG-Systems (Diagnosis Related Groups). Andererseits tragen die Bundesländer die Investitionskosten der Krankenhäuser durch Fördermittel. Die Betriebskosten beinhalten insbesondere die Personal- und Sachkosten. Die Investitionskosten hingegen umfassen unter anderem Kosten für Neu- und Erweiterungsbauten sowie die Modernisierung von Geräten. Die tatsächliche Höhe der Vergütung einer Krankenhausleistung ergibt sich aus der Multiplikation der Bewertungsrelation der entsprechenden DRG mit dem jeweiligen Landesbasisfallwert (LBFW)[46].

Das Land Hessen steht im bundesweiten Vergleich im oberen Drittel aller Bundesländer, bezogen auf die gewährten Fördermittel für Investitionen.[47] Die verhältnismäßig hohe Investitionsförderung ist eine wichtige Teilentlastung der hessischen Krankenhäuser und verdeutlicht die Bereitschaft des Landes Hessen, Krankenhausprojekte finanziell zu unterstützen.

Investitions-bewertungsrelation

Seit dem Jahr 2016 wird die investive Förderung der Plankrankenhäuser auf Basis sogenannter Investitionsbewertungsrelationen (IBR) durchgeführt. Hierbei wird jeder vollstationären DRG eine Bewertungsrelation je Fall und eine Bewertungsrelation je Tag zugeordnet. Die Erlöse aus den leistungsorientierten

46 Der Landesbasisfallwert ist der Basispreis für die einzelnen DRG-Leistungen. Er wird in jedem Bundesland zwischen den Vertragsparteien auf Landesebene ausgehandelt.

47 Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Krankenhausfinanzierung, https://www.vdek.com/LVen/ HES/Vertragspartner/Krankenhaeuser/krankenhausfinanzierung.html, zuletzt aufgerufen am 9. Oktober 2023

Investitionspauschalen ergeben sich so als Produkt aus leistungsorientierter Investitionsbewertungsrelation und landesspezifischem Investitionsbasisfallwert – analog zur Vergütung der DRG-Leistungen. Im Betrachtungszeitraum 2018 bis 2022 sind die Pauschalfördermittel in Hessen von 168 Millionen Euro auf 300 Millionen Euro angestiegen (+ 78,6 Prozent). Im Jahr 2021 wurde vom Land zudem eine einmalige pandemiebedingte Sonderzahlung („Corona-Sondermittel“) in Höhe von 120,5 Millionen Euro bereitgestellt.[48]

Bettenunabhängige Kapazitätsplanung

Mit Inkrafttreten des Landeskrankenhausgesetzes[49] wird in Hessen im Unterschied zu anderen Bundesländern seit dem Jahr 2011 auf eine Kapazitätsplanung basierend auf Planbetten verzichtet. Zunächst galt dies ausschließlich für somatische Fachgebiete[50] – seit 2020 ebenfalls für psychiatrische und psychosomatische Fachbereiche.[51]

Neuer Krankenhausplan in Hessen 2020

Im Jahr 2020 wurde zudem der neue, und aktuell gültige, „Krankenhausplan 2020“ von der hessischen Landesregierung beschlossen, der den bisherigen Plan aus dem Jahr 2009 ersetzt. Mit dem „Krankenhausplan 2020“ soll primär sechs Schwerpunkten ein höherer Stellenwert eingeräumt werden: Qualität in der stationären Versorgung, Patientengerechtigkeit, flächendeckende Versorgung, demografischer Wandel, sektorenübergreifende Versorgung sowie Grundsätze für die Pandemievorsorge und spezielle Regelungen zur COVID-19-Pandemie.[52] Wichtige grundlegende Änderungen werden nachfolgend komprimiert angeführt:

Im Unterschied zur vorherigen Planung werden derzeit keine eigenen Qualitätsanforderungen entwickelt, sondern die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)[53] nach § 136c SGB V definierten Indikatoren „Struktur“, „Prozess“ und „Ergebnisqualität“ übernommen. Hiervon maßgeblich betroffen ist das gestufte Notfallstufenkonzept, auf dessen Basis jedes Plankrankenhaus in eine der vier Notfallstufen zugeordnet wird. Weiterhin strebt der „Krankenhausplan 2020“ eine verbesserte sektorenübergreifende Versorgung an. Die Verpflichtung zur Kooperation über Sektorengrenzen hinweg ist hierbei an vielen Stellen präsent. Das Gremium nach § 90a SGB V ist zentrales Forum für sektorenübergreifende Bedarfsfragen und Versorgungsziele. Zukünftig sollen zudem jährlich ein umfassender Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser (inklusive Leistungsdaten auf Fachabteilungsebene in den Versorgungsgebieten) veröffent-

48 Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Krankenhausfinanzierung vom 21. November 2022, https://hessen.de/sites/hessen.hessen.de/files/2022-11/2022_11_21_pp_krankenhausfinanzierung.pdf, zuletzt aufgerufen am 9. Oktober 2023

49 Zweites Gesetz zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens in Hessen, Hessisches Krankenhausgesetz 2011 - HKHG 2011

50 Die Bezeichnung "somatisch" wird in der medizinischen Fachsprache verwendet, um körperliche oder organische von psychischen Krankheiten und funktionellen Beschwerden abzugrenzen. Somatisch bedeutet "den Körper betreffend" oder "zum Körper gehörig“

51 Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2022, https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.3_Versorgung-Struktur/2.3.1_Planung/2022_DKG_Bestandsaufnahme_KH-Planung_und_Investitionsfinanzierung.pdf, zuletzt aufgerufen am 9. Januar 2024

52 Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Krankenhausplan 2020, https://soziales.hessen.de/sites/soziales.hessen.de/files/2022-08/krankenhausplan_hessen_2020.pdf, zuletzt aufgerufen am 9. Januar 2024

53 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen.

licht werden und zweijährlich eine Überarbeitung des Krankenhausplans, basierend auf seinen Voraussetzungen und den Auswirkungen des demografischen Wandels auf die stationäre Versorgung.[54]

Dem Anspruch, den Krankenhausplan alle zwei Jahre zu aktualisieren,[55] konnte bisher nicht Rechnung getragen werden. In den letzten drei Jahren erfolgte weder eine Fortschreibung noch eine Aktualisierung des Krankenhausplans 2020 durch das Land Hessen. In Deutschland ist die Krankenhausplanung Aufgabe der Länder, weshalb die Planungszyklen sowie die Planungstiefe der Landeskrankenhauspläne stark variieren. So werden manche Pläne lediglich fortgeschrieben während andere in neuen Fassungen erscheinen. Hinsichtlich der Planungstiefe kann generell zwischen einer Rahmen- und einer Detailplanung unterschieden werden. Das Land Hessen, wie die meisten anderen Länder, sieht von einer detaillierten Planung ab und verwendet unter anderem die Planungsgrößen Ausweisung des Standortes, Trägerschaft, Versorgungsgebiet, Betten je Fachabteilung, Fallzahlen, Verweildauern und Bettenauslastung. Versorgungsstufen, wie zum Beispiel in Bayern, Brandenburg, Niedersachsen oder Sachsen, werden nicht verwendet. Eine Besonderheit stellt in diesem Zuge das Land Nordrhein-Westfalen dar: Im neuen Krankenhausplan wurden Planungsgrundsätze und Vorgaben für regionale Versorgungsangebote festlegt, die mittlerweile Einzug in die neue Krankenhausreform des Bundesministeriums für Gesundheit erhalten haben. Die rechtliche Grundlage dafür ist das im März 2021 novellierte Krankenhausgestaltungsgesetz (KHGG NRW). Durch die Abkehr von der Planungsgröße „Bett“ hin zu tatsächlich erbrachten Fallzahlen in unterschiedlichen Leistungsbereichen änderte sich die bisherige Systematik grundlegend. Anstelle von Fachabteilungen werden nun auf Basis von 32 Leistungsbereichen mit 64 Leistungsgruppen die Qualitätsanforderungen und medizinischen Leistungen von Krankenhäusern ausgewiesen.[56]

Die anstehende Krankenhausreform wird durch seine Reformansätze die hessische Krankenhausplanung und -versorgung nachhaltig beeinflussen. Die zentralen Ziele, Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung sowie Entbürokratisierung vorhandener Strukturen, stellen das Patientenwohl in den Fokus. Es empfiehlt sich daher unbedingt, dass das Land Hessen dafür sorgt, dass die Bundesebene die unterschiedlichen Bedarfe der Länder sowie die historisch gewachsene Krankenhausstruktur in Hessen bei der Reform berücksichtigt. Da der Gesetzgeber die künftige Krankenhausplanung an Leistungsgruppen koppeln will, sollte bei der Aktualisierung des Landeskrankenhausplans in Hessen darauf geachtet werden, Leistungsgruppen als Planungskriterium zu berücksichtigen

4.3 Beteiligungsstruktur der geprüften Kliniken

Ansicht 15 gibt einen Überblick der geprüften Städte und Landkreise sowie deren Beteiligungsstrukturen im Hinblick auf ihre Kliniken während des Prüfzeitraums wieder.

54 Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Krankenhausplan 2020, https://soziales.hessen.de/sites/soziales.hessen.de/files/2022-08/krankenhausplan_hessen_2020.pdf, zuletzt aufgerufen am 9. Januar 2024

55 Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Krankenhausplan 2020, Seite 6, https://soziales.hessen.de/sites/soziales.hessen.de/files/2022-08/krankenhausplan_hessen_2020.pdf, zuletzt aufgerufen am 16. April 2024

56 KrankenhausReport 2024 - Ausgangslage der Krankenhausplanung in den Bundesländern, Hanna Degen, Seite 12, https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-662-68792-5.pdf, zuletzt aufgerufen am 20. Juli 2024

Beteiligung der Städte und Landkreise an den Kliniken	
	in %
Darmstadt	100 % Beteiligung an der Klinikum Darmstadt GmbH
Frankfurt am Main	50 % Beteiligung an der Kliniken Frankfurt-Main-Taunus GmbH[1)] 6 % Beteiligung an der Klinikum Frankfurt Höchst GmbH
Fulda	100 % Beteiligung an der Klinikum Fulda gAG
Kassel	93,25 % (nominal) an der Klinikum Kassel GmbH 92,50 % (nominal) an der Krankenhaus Bad Arolsen GmbH
Offenbach am Main	10 % Beteiligung an der Sana Klinikum Offenbach GmbH (Sperrminorität)
Wiesbaden	51 % an der Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden GmbH werden von der Gesellschaft für ein gesundes Wiesbaden mbH (EGW), einer 100 % Tochter der Stadt Wiesbaden gehalten bei 49 % Stimmrechten der Stadt
Hochtaunuskreis	100 % Beteiligung am der Hochtaunus-Kliniken gGmbH
Main-Taunus-Kreis	50 % Beteiligung an der Kliniken Frankfurt Main-Taunus GmbH[1)] 6 % Beteiligung an den Kliniken des Main-Taunus-Kreises GmbH

[1)] Die Frankfurt Main-Taunus GmbH war zu jeweils 94 % an den Kliniken des Main-Taunus-Kreises GmbH sowie an der Klinik Frankfurt Höchst GmbH beteiligt.
Quelle: Angaben der Kommunen, eigene Darstellung; Stand: 31. August 2023

Ansicht 15: Beteiligung der Städte und Landkreise an den Kliniken

Zudem wurden die Rechtsformen der Kliniken der Trägerkommunen analysiert.

Übersicht der Rechtsformen der Kliniken			
Träger	Holding	Klinikum	Rechtsform
Darmstadt	-	Klinikum Darmstadt	GmbH
Frankfurt am Main	varisano (Kliniken Frankfurt-Main-Taunus GmbH)	Klinikum Frankfurt Höchst	GmbH
Fulda	-	Klinikum Fulda	gAG
Kassel	Gesundheit Nordhessen Holding AG	Klinikum Kassel	GmbH
		Krankenhaus Bad Arolsen	GmbH
Offenbach am Main	-	Klinikum Offenbach (Sperrminorität 10 %)	GmbH
Wiesbaden	-	Klinikum Wiesbaden (2013 veräußert)	GmbH
Hochtaunuskreis	Hochtaunus-Kliniken gGmbH	Krankenhaus Bad Homburg (ehem. Eigenbetrieb d. Hochtaunuskreises, ausgegliedert auf Hochtaunus-Kliniken gGmbH)[1)]	GmbH
		Krankenhaus Usingen (ehem. Eigenbetrieb d. Hochtaunuskreises, ausgegliedert auf Hochtaunus-Kliniken gGmbH)[1)]	GmbH
Main-Taunus-Kreis	varisano (Kliniken Frankfurt-Main-Taunus GmbH)	Krankenhaus Bad Soden	GmbH
		Krankenhaus Hofheim	

Übersicht der Rechtsformen der Kliniken			
Träger	Holding	Klinikum	Rechtsform

1) Eigenbetriebe sind als Sondervermögen der Kommune und daher nicht als eigenständige juristische Personen anzusehen (§ 10 EigBGes[57]). Die laufenden Geschäfte können zwar zum Beispiel auf eine Krankenhausleitung übertragen werden, letztlich handelt jedoch die Kommune de jure für den Eigenbetrieb. Das Krankenhaus Bad Homburg und das Krankenhaus Usingen waren bis ins Jahr 2000 Eigenbetriebe des Hochtaunuskreises. Am 18. September 2000 wurden die beiden Krankenhäuser jedoch auf Beschluss des Kreistages des Hochtaunuskreises auf die zum 1. Januar 2001 neu gegründete Hochtaunus-Kliniken gGmbH übertragen. Als Folge haben die Krankenhäuser Bad Homburg und Usingen auch nach der Übertragung von dem Hochtaunuskreis auf die Hochtaunus-Kliniken gGmbH keine eigene Rechtsform (Beteiligungsbericht des Hochtaunuskreises 2021, S. 62).

Quelle: Angaben der Kommunen, eigene Darstellung; Stand: 31. August 2023

Ansicht 16: Übersicht der Rechtsformen der Kliniken

Bei den Kliniken aller Trägerkommunen handelte es sich um Kapitalgesellschaften, in der Regel in der Rechtsform der GmbH. Insbesondere durch die Wahl einer Kapitalgesellschaft als Rechtsform kann der Anforderung nachgekommen werden, die Haftung und Einzahlungsverpflichtung des Trägers auf einen seiner Leistungsfähigkeit angemessenen Betrag zu begrenzen (§ 122 Absatz 1 Nr. 2 und Absatz 2 HGO). [58]

So gibt es bei den Kapitalgesellschaften AG und GmbH, vorbehaltlich anderslautender vertraglicher Regelungen, eine Haftungsbeschränkung des Gesellschafters in Höhe der Gesellschaftereinlage. Nur in Ausnahmefällen ist eine unbeschränkte und persönliche Haftung des Gesellschafters trotz einer gesellschaftsrechtlichen Haftungsbeschränkung möglich (Durchgriffshaftung). Im Hinblick auf Kapitalbeschaffung bietet die Struktur einer AG (Fulda und Kassel) Vorteile und Möglichkeiten. Zudem kann die Kapitalstruktur entsprechend den aktuellen Finanzierungsbedürfnissen angepasst und somit die verschiedenen Interessen der Investoren berücksichtigt werden. [59]

Aus Kontroll- und Steuerungssicht des kommunalen Trägers ist die Rechtsform einer AG grundsätzlich kritischer zu sehen, da die Transparenz und Eingriffsmöglichkeit mit Verweis auf das Aktienrecht oft eingeschränkt sind. Hier sind

57 Eigenbetriebsgesetz (EigBGes), § 10 EigBGes – Vermögen des Eigenbetriebs, in der Fassung vom 9. Juni 1989, https://www.rv.hessenrecht.hessen.de/bshe/document/jlr-EigBetrGHE1957pP10, zuletzt aufgerufen am 22. März 2024

58 Hessische Gemeindeordnung § 122 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 HGO, in der Fassung ab 24. Dezember 2011, https://www.rv.hessenrecht.hessen.de/bshe/document/jlr-GemOHE2005V9P122/part/S, zuletzt aufgerufen am 16. August 2023

„(1) Eine Gemeinde darf eine Gesellschaft, die auf den Betrieb eines wirtschaftlichen Unternehmens gerichtet ist, nur gründen oder sich daran beteiligen, wenn:

(…) die Haftung und die Einzahlungsverpflichtung der Gemeinde auf einen ihrer Leistungsfähigkeit angemessenen Betrag begrenzt ist,

Die Aufsichtsbehörde kann von den Vorschriften der Nr. 2 bis 4 in besonderen Fällen Ausnahmen zulassen.

(2) Abs. 1 gilt mit Ausnahme der Vorschriften der Nr. 1 auch für die Gründung einer Gesellschaft, die nicht auf den Betrieb eines wirtschaftlichen Unternehmens gerichtet ist, und für die Beteiligung an einer solchen Gesellschaft. Darüber hinaus ist die Gründung einer solchen Gesellschaft oder die Beteiligung an einer solchen Gesellschaft nur zulässig, wenn ein wichtiges Interesse der Gemeinde an der Gründung oder Beteiligung vorliegt.“

59 Aktiengesellschaft (AG), IHK Berlin, https://www.ihk.de/berlin/service-und-beratung/recht-und-steuern/firma-und-rechtsformen/rechtsformen-fuer-unternehmen/aktiengesellschaft-2253548, zuletzt aufgerufen am 14. März 2024

die Beteiligten gefordert, größtmögliche Transparenz zu schaffen und auch entsprechende Prüfungsrechte für die örtliche und überörtliche Rechnungsprüfung einzuräumen.

Anders als die Kliniken der Städte Darmstadt, Fulda, Offenbach am Main und Wiesbaden waren die übrigen im Rahmen der 240. Vergleichenden Prüfung untersuchten Städte und Landkreise über eine Holding-Struktur an den jeweiligen Kliniken beteiligt.

4.4 Prüf- und Unterrichtungsrechte

Der rechtliche Rahmen der Überörtlichen Prüfung ergibt sich aus dem „Gesetz zur Regelung der überörtlichen Prüfung kommunaler Körperschaften in Hessen“ (ÜPKKG). Nach § 5 ÜPKKG hat die zu prüfende Stelle dem Prüfungsbeauftragten fristgerecht alle erbetenen Auskünfte zu erteilen, Dokumentationen auf Verlangen zu übermitteln sowie Erhebungen an Ort und Stelle zu dulden. Im Übrigen hat sie den beauftragten Prüfer bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben zu unterstützen.[60]

Darüber hinaus enthält § 123 HGO in Verbindung mit §§ 53, 54 HGrG Maßgaben zu den Befugnissen der Überörtlichen Prüfung.[61] Die hessischen Gemeinden sind nach Landesrecht dazu verpflichtet, diese Vorgaben zu erfüllen (§ 123 Absatz 1 Nr. 1 HGO).[62] Weiterhin haben die Gemeinden in Hessen nach § 123 Absatz 1 Nr. 2 HGO bei einer Mehrheitsbeteiligung im Sinne des § 53 Absatz 1 HGrG sicherzustellen, dass in der jeweiligen Satzung oder dem jeweiligen Gesellschaftsvertrag ihren Rechnungsprüfungsämtern und dem überörtlichen Prüfungsorgan des Landes die in § 54 HGrG beschriebenen[63] Informationsrechte eingeräumt werden.

Die Pflicht zur „Sicherstellung“ einer solchen satzungsmäßigen Befugnis besteht in dieser Form seit der letzten Änderung des § 123 Absatz 1 HGO, die am 29. Juli 2014 in Kraft getreten ist. Zuvor bestand für die Gemeinden mit Mehrheitsbeteiligung an einem privatrechtlichen Unternehmen lediglich die

---

60 Gesetz zur Regelung der überörtlichen Prüfung kommunaler Körperschaften in Hessen, § 5 Prüfungsverfahren, Auskunftspflicht, in der Fassung vom 10. Februar 2005, https://www.rv.hessenrecht.hessen.de/bshe/document/jlr-KomK%C3%9CPrRGHEV1P3, zuletzt aufgerufen am 14. September 2023

61 Hält eine Gebietskörperschaft unmittelbar oder mittelbar die Mehrheit der Anteile an einem privatrechtlichen Unternehmen oder 25 Prozent der Anteile und zusammen mit anderen Gebietskörperschaften insgesamt die Mehrheit der Anteile, kann sie von dem Unternehmen verlangen, dass die Prüfung des Jahresabschlusses um die Beurteilung der Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung erweitert wird (§ 53 Absatz 1 HGrG).

62 Hessische Gemeindeordnung, § 123 Absatz 1:

„(1) Ist die Gemeinde an einem Unternehmen in dem in § 53 des Haushaltsgrundsätzegesetzes in der Fassung vom 19. August 1969 (BGBl. I S. 1273), zuletzt geändert durch Gesetz vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2398), bezeichneten Umfang beteiligt, so hat sie

1.die Rechte nach § 53 Abs. 1 des Haushaltsgrundsätzegesetzes auszuüben“

2. sicherzustellen, dass ihr und dem für sie zuständigen überörtlichen Prüfungsorgan die in § 54 des Haushaltsgrundsätzegesetzes vorgesehenen Befugnisse eingeräumt werden.“

https://www.rv.hessenrecht.hessen.de/bshe/document/jlr-GemOHE2005V9P123, zuletzt aufgerufen am 2. Mai 2024

63 Gesetz über die Grundsätze des Haushaltsrechts des Bundes und der Länder (Haushaltsgrundsätzegesetz - HGrG), BGBl. I S. 1273 vom 19. August 1969 § 54 Unterrichtung der Rechnungsprüfungsbehörde

(1) In den Fällen des § 53 kann in der Satzung (im Gesellschaftsvertrag) mit Dreiviertelmehrheit des vertretenen Kapitals bestimmt werden, dass sich die Rechnungsprüfungsbehörde der Gebietskörperschaft zur Klärung von Fragen, die bei der Prüfung nach § 44 auftreten, unmittelbar unterrichten und zu diesem Zweck den Betrieb, die Bücher und die Schriften des Unternehmens einsehen kann. […]

Pflicht, auf eine entsprechende Rechteinräumung zugunsten der Rechnungsprüfungsbehörden „hinzuwirken“.

Historie zur Gesetzesänderung der HGO

In der Vergangenheit hatten kommunale Beteiligungsunternehmen oftmals keine satzungsgemäßen Prüf- und Unterrichtungsrechte gemäß § 54 HGrG eingeräumt. Infolgedessen war eine angemessene Prüfung der Betätigung und damit eine lückenlose Finanzkontrolle der Gemeinden nicht möglich. Durch die Prüfung und den damit resultierenden Empfehlungen der Überörtlichen Prüfung wurde diese Thematik im Landtag aufgegriffen. Dieser Umstand führte überhaupt erst zu einer Gesetzesänderung des § 123 Absatz 1 Nr. 2 HGO[64]. Mit der Änderung des § 123 Absatz 1 Nr. 2 HGO reagierte der Gesetzgeber auf den mehrfach angetroffenen Umstand, dass kommunale Beteiligungsunternehmen keine satzungsgemäßen Prüfrechte i.S.v. § 54 HGrG eingeräumt hatten.

Mit der Verschärfung des Wortlauts („sicherstellen“) bezweckte der Gesetzgeber die „Verhinderung prüfungsfreier Räume“.[65] Die Durchführung vergleichender Betätigungsprüfungen durch die Überörtliche Prüfung unter Rückgriff auf die in § 54 HGrG beschriebenen Befugnisse sollte „gewährleistet“ sein und so der „Minimierung“ der aus der Unternehmensbeteiligung erwachsenden, finanziellen Risken für die Kommunen dienen.

§ 123 Absatz 1 Nr. 2 HGO hat zur Folge, dass die Gemeinde eine unmittelbare oder mittelbare Mehrheitsbeteiligung ohne eigene satzungsändernde Stimmmehrheit grundsätzlich nur dann eingehen oder aufrechterhalten darf, wenn die Prüf- und Unterrichtungsrechte nach § 54 HGrG – mit der dazu erforderlichen Zustimmung des Mitgesellschafters – in den Gesellschaftsvertrag bzw. die Satzung aufgenommen werden.

Im Ergebnis wurde daher mit der Gesetzesänderung zum 29. Juli 2014 eine weitere Zulässigkeitsvoraussetzung für die Beteiligung der Gemeinden an einem privatrechtlichen Unternehmen geschaffen.

Großstädteprüfung

Die Überörtliche Prüfung hat bereits im Rahmen der 222. Vergleichende Prüfung „Haushaltsstruktur 2020: Großstädte“[66] festgestellt, dass mehrere kommunale Beteiligungsgesellschaften die Prüfrechte für das überörtliche Rechnungsprüfungsorgan im Sinne von § 54 HGrG trotz der geänderten Rechtslage nicht in ihren Gesellschaftsverträgen bzw. Satzungen verankert haben. So liegt es auch bei der Sana Klinikum Offenbach GmbH und der Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden GmbH (nachfolgend „HSK“). Eine Mitwirkung der dieser Kliniken fand nicht statt; eine vollumfängliche klinikbezogene Prüfung konnte nicht durchgeführt werden.[67] Hinsichtlich der Ausgangslage und der rechtlichen Bewertung der fehlenden Einräumung von Prüfrechten ist jedoch insbesondere mit Blick auf die Beteiligungsverhältnisse und die historische Entwicklung der Beteiligungen zu differenzieren.

---

64 Der Präsident des Hessischen Rechnungshofes - Überörtliche Prüfung, Bericht über die Prüfungs- bzw. Unterrichtungsrechte bei der Landeshauptstadt Wiesbaden und den HSK, Dr. Horst Schmidt Kliniken GmbH, Kliniken der Landeshauptstadt Wiesbaden, 12. April 2013, Az.: K 80.11.10, S. 9 f.;

65 Gesetzentwurf für ein Gesetz zur Änderung der Hessischen Gemeindeordnung, Landtagsdrucksache 19/250, Seite 5.

66 Der Präsident des Hessischen Rechnungshofes - Überörtliche Prüfung, Der Präsident des Hessischen Rechnungshofes - Überörtliche Prüfung Großstädtebericht - 222. Vergleichende Prüfung „Haushaltsstruktur 2020: Großstädte“, Fünfunddreißigster Zusammenfassender Bericht, Hessischer Landtag Drucksache 20/6483.

67 Für die Bewertung des klinikbezogenen Teils musste für Offenbach am Main und Wiesbaden ausschließlich auf öffentlich zugängliche Daten zurückgegriffen werden.

Klinikum Offenbach

Das ehemalige Klinikum Offenbach wurde im Jahr 2013 für einen symbolischen Euro an die Sana Kliniken verkauft, die seitdem 90 Prozent der Geschäftsanteile halten. Zehn Prozent der Geschäftsanteile werden weiterhin von der Stadt Offenbach am Main gehalten (Sperrminorität). Aufgrund ihrer geringen Kapitalbeteiligung von 10 Prozent war die Stadt nicht verpflichtet, die Einräumung der in § 54 HGrG genannten Rechte sicherzustellen, sondern nur verpflichtet, darauf hinzuwirken (§ 123 Absatz 2 HGO).

HSK Wiesbaden

Die Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden GmbH (nachfolgend „HSK“) ist Betreiber des gleichnamigen Krankenhauses der Maximalversorgung in Wiesbaden. Bis zur Teilprivatisierung im Jahr 2012 befand sich die Gesellschaft vollständig im Eigentum der zwischengeschalteten städtischen Eigengesellschaft HSK Rhein-Main GmbH[68]. Im Jahr 2012 veräußerte diese 49 Prozent der Geschäftsanteile an der HSK an die Rhön-Klinikum AG. Der Gesellschaftsvertrag der HSK wurde in diesem Zuge neugefasst. Dabei wurde festgelegt, dass der Rhön-Klinikum AG – abweichend von der Kapitalbeteiligungsquote – 52 Prozent der Stimmrechte zustehen, während die städtische Mittlergesellschaft HSK Rhein-Main GmbH trotz Mehrheitsbeteiligung lediglich 48 Prozent der Stimmrechte zugewiesen wurden. Die bis dato satzungsgemäß verankerten Prüfrechte der örtlichen und überörtlichen Rechnungsprüfungsbehörden im Sinne des § 54 HGrG wurden aufgehoben. Die Landeshauptstadt Wiesbaden hatte im Zuge der Verhandlungen mit der Rhön-Klinikum AG über die Neufassung des Gesellschaftsvertrages der HSK-Formulierungsvorschläge für eine Klausel im Sinne von § 54 HGrG gemacht, die jedoch von der Rhön-Kliniken AG letztlich abgelehnt worden waren. Das Hessische Ministerium des Innern und für Sport[69] kam seinerzeit zu der Einschätzung, die Landeshauptstadt sei ihrer Hinwirkungspflicht nach § 123 Absatz 1 Nr. 2 HGO a.F. vollumfänglich nachgekommen. Sie habe zudem glaubhaft geltend gemacht, trotz Ablehnung der Befugnisse gemäß § 54 HGrG durch die Rhön-Klinikum AG, uneingeschränkte Auskunfts- und Einsichtsrechte nach § 51a GmbHG wahrnehmen zu können.[70]

Die Überörtliche Prüfung kritisierte bereits in der 168. Vergleichenden Prüfung "Gesundheitswesen – Kliniken" deutlich die Entziehung der Prüfrechte der Rechnungsprüfungsbehörden bei der HSK und die damit verbundene Beeinträchtigung einer angemessenen öffentlichen Finanzkontrolle.[71] Nach dieser Kritik forderte auch das Hessische Ministerium der Finanzen die Erhaltung der öffentlichen Finanzkontrolle bei der dualen Finanzierung einer Klinikgesellschaft aus privaten und öffentlichen Mitteln. In diesem Sinne unterstützte das Ministerium ausdrücklich die Änderung des § 123 Absatz 1 Nr. 2 HGO.[72] Die Kritik der Überörtlichen Prüfung an der Entziehung der Prüfrechte bei der HSK war letztlich Anlass und Anknüpfungspunkt für die Änderung des § 123 Absatz 1 Nr. 2 HGO im Jahr 2014.

---

68 Die Gesellschaft änderte später ihre Firma, diese lautet seither „EGW Gesellschaft für ein gesundes Wiesbaden mbH“ (Handelsregister beim Amtsgericht Wiesbaden, HRB 21125).

69 Heute „Hessisches Ministerium des Innern, für Sicherheit und Heimatschutz“.

70 Hessisches Ministerium des Inneren und für Sport, Stellungnahme zur Beteiligung der Landeshauptstadt Wiesbaden vom 12. April 2013.

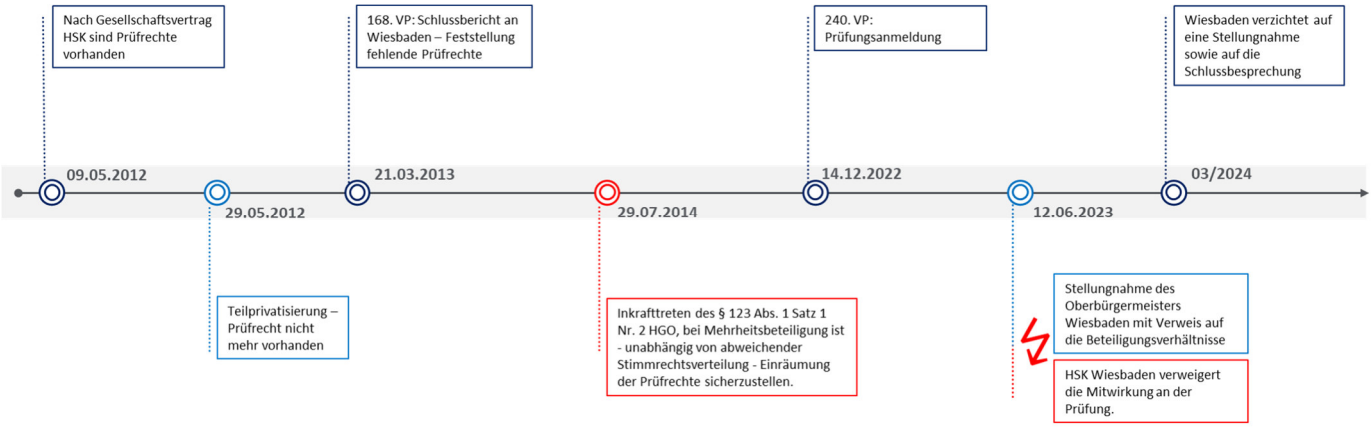
71 168. Vergleichende Prüfung "Gesundheitswesen - Kliniken Schlussbericht für die Landeshauptstadt Wiesbaden, Kapitel 2.3.1 Datenbereitstellung durch den Träger, Seite 5

72 Der Präsident des Hessischen Rechnungshofes - Überörtliche Prüfung, Bericht über die Prüfungs- bzw. Unterrichtungsrechte bei der Landeshauptstadt Wiesbaden und den HSK, Dr. Horst Schmidt Kliniken GmbH, Kliniken der Landeshauptstadt Wiesbaden, 12. April 2013, Az.: K 80.11.10, S. 9 (Stellungnahme des BMF)

Im Mai 2014 verkaufte die Rhön-Klinikum AG ihre Anteile an der HSK an die Helios Kliniken GmbH (nachfolgend „Helios Kliniken“). Nach dem Gesellschaftsvertrag der HSK bedurfte jede Anteilsübertragung der Zustimmung des Mitgesellschafters (sog. Vinkulierung). Die Stadtverordnetenversammlung der Landeshauptstadt Wiesbaden erteilte am 22. Mai 2014 ihre Zustimmung zu dem Verkauf sowie zu dem Namenszusatz „Helios“. Der Gesellschaftsvertrag der HSK wurde in diesem Zuge nur teilweise angepasst. Diese Anpassung wurde mit notarieller Beurkundung vom 4. September wirksam. Unverändert blieb dabei die von den Beteiligungsverhältnissen abweichende Stimmrechtsverteilung. Gemäß des Kommunalrecht ist es grundsätzlich nicht erlaubt, Kapitalbeteiligung und Stimmrechte zu trennen. Gemäß § 122 Absatz 1 Nr. 3 der HGO darf eine Gemeinde sich nur an einem Unternehmen beteiligen, wenn sie dabei einen angemessenen Einfluss erhält. Dies erfordert insbesondere, dass die Stimmrechte proportional zur Kapitalbeteiligung sind

Ungeachtet der Kritik der Überörtlichen Prüfung bei der Teilprivatisierung der HSK im Jahre 2012 und trotz Kenntnis der Landeshauptstadt Wiesbaden von der unmittelbar bevorstehenden Verschärfung des § 123 Absatz 1 Nr. 2 HGO wurden im Zuge der Anpassung des Gesellschaftsvertrages keine Prüfrechte nach § 54 HGrG in der Satzung verankert. Dies ist bis heute der Fall.

Ansicht 17 verdeutlicht die Einräumung der Prüfrechte und die damit verbundenen Schritte für die Landeshauptstadt Wiesbaden im zeitlichen Verlauf.



Ansicht 17: Zeitliche Darstellung Einräumung der Prüfrechte bei der Landeshauptstadt Wiesbaden

Im Rahmen der 240. Vergleichenden Prüfung wurden der Überörtlichen Prüfung auch in sonstiger Weise (abseits einer satzungsmäßigen Regelung) keine Prüfrechte eingeräumt oder Unterrichtungsmaßnahmen ermöglicht. Auch nach mehrfacher Aufforderung sowie Einordnung der rechtlichen Situation wurden dem Prüfungsbeauftragten im Rahmen der 240. Vergleichenden Prüfung keine klinikbezogenen Daten zur Verfügung gestellt. Die Helios Kliniken Wiesbaden verwies auf einen aus ihrer Sicht nicht begründeten Prüfauftrag der Überörtlichen Prüfung.

Insofern konnte die Stadt Wiesbaden ihre frühere Einschätzung gegenüber dem Hessischen Innenministerium, die uneingeschränkte Auskunfts- und Einsichtsrechte nach § 51a GmbHG wahrnehmen zu können, offensichtlich nicht einhalten.

Rechtliche Einordnung der Situation Wiesbaden

Als mittelbare Mehrheitsgesellschafterin der HSK unterliegt die Landeshauptstadt der Sicherstellungspflicht aus § 123 Absatz 1 Nr. 2 HGO. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass der Gesellschaftsvertrag der städtischen Mittlergesellschaft EGW nur die Stimmenminderheit zuweist, da § 53 HGrG allein auf die Mehrheit der Anteile eines Unternehmens in der Rechtsform des privaten Rechts abstellt, so dass eine Stimmenmehrheit für die Anwendbarkeit des § 123 Absatz 1 Nr. 2 HGO weder erforderlich noch genügend ist.[73]

Grundsätzlich ist eine Entkopplung von Kapitalbeteiligung und Stimmberechtigung nach dem Kommunalrecht zudem nicht zulässig. § 122 Absatz 1 Nr. 3 HGO erlaubt die Beteiligung an einem Unternehmen nur dann, wenn die Gemeinde einen angemessenen Einfluss erhält. Dies setzt insbesondere voraus, dass die Stimmberechtigung der Kapitalbeteiligung entspricht.[74]

Mit der gesetzlichen Pflicht aus § 123 Absatz 1 Nr. 2 HGO zur Sicherstellung der Unterrichtungsrechte nach § 54 HGrG ist es grundsätzlich nicht vereinbar, dass der Gesellschaftsvertrag der HSK keine Unterrichtungsrechte für die Rechnungsprüfungsbehörden vorsieht.[75] Die Landeshauptstadt hätte in Kenntnis der anstehenden Gesetzesverschärfung die Zustimmung zum Anteilsverkauf an die Helios Kliniken von einer satzungsmäßigen Verankerung der Prüfrechte nach § 54 HGrG abhängig machen müssen. Da eine Aufnahme vorstehender Prüfrechte in die Satzung der HSK die Zustimmung der Helios Kliniken erfordert, ist aktuell nicht davon auszugehen, dass eine Satzungsanpassung erfolgen kann.

Losgelöst von der Frage satzungsgemäß eingeräumter Unterrichtungsrechte, trifft die Landeshauptstadt Wiesbaden die Unterstützungspflicht nach § 5 Absatz 2 Satz 2 ÜPKKG auch in Bezug auf die mittelbare Beteiligung an der HSK. Danach ist die geprüfte Gemeinde verpflichtet, den beauftragten Prüfer bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben zu unterstützen. Dies schließt die Pflicht der Gemeinde ein, gegenüber einer Beteiligungsgesellschaft ihr Gesellschafterauskunftsrecht aus § 51a GmbHG auszuüben und auf diese Weise die für die Betätigungsprüfung (§ 3 Absatz 1 ÜPKKG) erforderlichen Informationen zu beschaffen und der Überörtlichen Prüfung zugänglich zu machen.[76]

Die Übermittlung der durch die Auskunft erlangten Informationen an die Überörtliche Prüfung, um die öffentliche Finanzkontrolle einer kommunalen (Mehrheits-)Beteiligung zu ermöglichen, stellt auch keinen gesellschaftsfremden Zweck dar.[77] Bei einer kommunalen Beteiligungsgesellschaft wird der Gesellschaftszweck auch durch die Bindung des kommunalen Gesellschafters an

---

73 Vgl. Koch, in Burgi/Habersack, Handbuch Öffentliches Rechts des Unternehmens, 1. Aufl. 2023, § 16, Rn. 81; Koch, Aktiengesetz, 18. Aufl. 2024, § 394 AktG, Rn. 34.

74 Ogorek in: Dietlein/Ogorek, Beck'scher Onlinekommentar Kommunalrecht Hessen, 26. Ed. 1.2.2024, HGO § 122 Rn. 19; Zahradnik in: PdK Hessen B-1, Hessische Gemeindeordnung, Stand 2022, HGO § 123, Erl. 3.3, Rn. 12; die Kommunalaufsicht kann in besonderen Fällen Ausnahmen von diesen Vorgaben zulassen (§ 122 Absatz 1 HGO).

75 So im Kern auch der Erlass des Hessischen Ministeriums des Innern, für Sicherheit und Heimatschutz an die Kommunalaufsichtsbehörden vom 13.02.2024 über „Prüfungs- und Unterrichtungsrechte für die örtlichen und überörtlichen Prüfungsorgane gemäß §§ 53, 54 des Gesetzes über die Grundsätze des Haushaltsrechts des Bundes und der Länder (Haushaltsgrundsätzegesetz- HGrG)".

76 Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Bau und Verkehr in seinem Schreiben v. 13.10.2008 – IB4-1517.3-35; vgl. auch die Argumentation des Landesrechnungshofs Schleswig-Holstein, Kommunalbericht 2001 vom 11. Juni 2001, Seite 86ff., Rz. 10.2.4, abrufbar unter: https://landesrechnungshof-sh.de/file/komu2001.pdf.; Breitenbach, in: Wurzel u.a., Rechtspraxis der kommunalen Unternehmen, 4. Auflage 2021, Lit. E, Rn. 249.

77 Breitenbach (o. Fn. 82).

den öffentlichen Zweck und die damit verbundenen Vorgaben beeinflusst und determiniert. Hierzu zählt auch das einer kommunalen Beteiligung generell zugrunde liegende öffentlichen Interesse an einer angemessenen Kontrolle der Verwendung kommunaler Mittel. Die Prägung des Gesellschaftszwecks durch die öffentlichen Interessen und Bindungen ist umso stärker, je höher die kommunale Beteiligungsquote ausfällt und damit auch das öffentliche finanzielle Risiko ist. Folglich steigt mit wachsendem Beteiligungsumfang auch das öffentliche Interesse an einer lückenlosen staatlichen Rechnungsprüfung und damit auch an einer auf dessen Ermöglichung gerichteten Auskunft nach § 51a GmbHG. Im Falle der HSK stellt sich dieses Auskunftsinteresse der Landeshauptstadt insbesondere aufgrund ihrer (mittelbaren) Mehrheitsbeteiligung der Landeshauptstadt gerade nicht als gesellschaftsfremd im Sinne des § 51a Absatz 2 GmbHG dar.[78] Davon geht erkennbar auch die Landeshauptstadt Wiesbaden selbst aus. Gegenüber der Kommunalaufsicht hat im Zuge der Teilprivatisierung 2012 gerade auf die Möglichkeit der Wahrnehmung ihrer Rechte aus § 51a GmbHG verwiesen.[79]

Die Landeshauptstadt Wiesbaden wäre verpflichtet gewesen, die Geschäftsführung ihrer Eigengesellschaft EGW anzuweisen (§ 37 GmbHG), die der EGW als Gesellschafterin der HSK zustehenden Auskunftsrechte aus § 51a GmbHG - nötigenfalls auf dem Rechtsweg - geltend zu machen und die eingeholten Informationen, soweit gesetzlich zulässig, der Überörtlichen Prüfung zugänglich zu machen. Im Rahmen der 240. Vergleichenden Prüfung ist die Landeshauptstadt Wiesbaden dieser Pflicht zur Informationsbeschaffung nicht hinreichend nachgekommen. Soweit die Geschäftsführung der HSK oder der Mitgesellschafter eine rechtmäßig begehrte Auskunft verweigert, ist dies unzulässig. Die Landeshauptstadt hätte zur Sicherung der öffentlichen Finanzkontrolle alle rechtlichen Möglichkeiten, einschließlich einer klageweisen Geltendmachung ihrer Gesellschafterrechte, ausschöpfen müssen.

Das Hessische Ministerium des Innern, für Sicherheit und Heimatschutz als zuständige Aufsichtsbehörde hat im Rahmen seines Ermessens (§ 135 Satz 2 HGO) die Anordnung einer im Zweifel klageweisen Geltendmachung der Rechte nach § 51a GmbHG zu prüfen und ist gefordert, eben dieser Prüfpflicht nachzukommen.

Das Hessische Ministerium des Innern, für Sicherheit und Heimatschutz wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass es die Feststellungen der Überörtlichen Prüfung insbesondere im Hinblick auf die Einräumung der Unterrichtungsrechte aus §§ 53, 54 Haushaltsgrundsätzegesetz (HGrG) unterstützt und begrüßt. Gleichwohl bat es um Verständnis, dass es aufgrund einer abweichenden Rechtsauffassung von einem aufsichtsbehördlichen Einschreiten Abstand nahm.

Die Überörtliche Prüfung bleibt bei ihrer Rechtsauffassung und der vorgebrachten Forderung nach aufsichtsbehördlichem Einschreiten, um die Unterrichtungs- und Prüfungsrechte zu sichern.

78 Hier liegt ein wesentlicher Unterschied zur Beteiligung der Stadt Offenbach an der Sana Klinikum Offenbach GmbH, die bei nur 10 % liegt und daher die Beurteilung des Auskunftszwecks zulasten des die Auskunft begehrenden Gesellschafters beeinflusst.

79 Der Präsident des Hessischen Rechnungshofes - Überörtliche Prüfung kommunaler Körperschaften, Bericht über die Prüfungs- bzw. Unterrichtungsrechte bei der Landeshauptstadt Wiesbaden und den HSK, Dr. Horst Schmidt Kliniken GmbH, Kliniken der Landeshauptstadt Wiesbaden, 12. April 2013, Az.: K 80.11.10, Ziff. 4, S. 9.

5. Klinikbezogene Feststellungen

5.1 Versorgungsrelevanz der geprüften Kliniken

Die 168. Vergleichende Prüfung kam bereits im Jahr 2013 zu dem Ergebnis, dass sich die kommunalen Krankenhäuser neu aufstellen sollten. Zwar müssten sie nach wie vor die Daseinsfür- und -vorsorge sicherstellen. Das sei aber nicht gleichzusetzen mit einem Generalauftrag an jedes kommunale Krankenhaus, als „Vollsortimenter“ aufzutreten. Vielmehr sei es geboten, unter den kommunalen Krankenhäusern, die Krankenhausleistungen arbeitsteilig aufzuteilen.[80]

Im Rahmen der 240. Vergleichenden Prüfung wurde – auch vor dem Hintergrund der steigenden Insolvenzraten im Krankenhausmarkt und generierten Wirtschaftlichkeitspotenzialen - die Versorgungsrelevanz näher analysiert. Die Versorgungsrelevanz eines Krankenhauses lässt sich multifaktoriell ermitteln. Sie spiegelt sich wider

- im Marktanteil auf Basis der betriebenen Betten
- im Marktanteil auf Basis der erbrachten Fälle
- der Patientenherkunft und der Marktanteile (Patienteneinzugsgebiet)
- der Zulassung zur Notfallversorgung (Notfallstufen).

Diese Faktoren werden nachfolgend analysiert und am Ende im Hinblick auf die Bedeutsamkeit der Kliniken für die regionale Versorgung bewertet.

Marktanteil betriebene Betten

Die Krankenhäuser im Vergleichsring verfügten im Jahr 2021 in Summe über 6.419 Betten, was einem Marktanteil in Höhe von 19 Prozent an allen Krankenhausbetten in Hessen entsprach.

Ansicht 18 zeigt die Zahl der Betten in den jeweiligen Krankenhäusern.

80 Vierundzwanzigster Zusammenfassender Bericht „Gesundheitswesen - Kliniken”, Der Präsident des Hessischen Rechnungshofs - Überörtliche Prüfung kommunaler Körperschaften, Seite 22ff.

Marktübersicht Betten Hessen gesamt und Vergleichsring 2018 bis 2021				
	2018	2019	2020	2021
Klinikum Darmstadt	818 [11,7 %]	837 [12,0 %]	809 [12,3 %]	766 [11,9 %]
Klinikum Frankfurt Höchst	855 [12,2 %]	847 [12,2 %]	846 [12,8 %]	828 [12,9 %]
Klinikum Fulda	1.009 [14,4 %]	996 [4,3 %]	952 [14,4 %]	952 [14,8 %]
Hochtaunus-Kliniken	594 [8,5 %]	614 [8,8 %]	584 [8,8 %]	577 [9,0 %]
Klinikum Kassel	1.193 [17,0 %]	1.182 [17,0 %]	1.165 [17,6 %]	1.154 [18,0 %]
Kliniken des Main-Taunus-Kreises	578 [8,3 %]	608 [8,7 %]	594 [9,2 %]	606 [9,4 %]
Sana Klinikum Offenbach[1)]	926 [13,2 %]	877 [12,6 %]	825 [12,5 %]	806 [12,6 %]
Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden[1)]	1.027 [14,7 %]	995 [14,3 %]	826 [12,5 %]	730 [11,4 %]
Betten Hessen Vergleichsring	7.000	6.956	6.601	6.419
Betten Hessen gesamt	36.205	36.187	35.561	34.726

[ ]-Klammern: Anteil bezogen auf den Vergleichsring
[1)] In Offenbach am Main und Wiesbaden haben die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und keine Klinikdaten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 4.4). Da die Mitwirkung an der Prüfung verweigert wurde, werden hier die öffentlich zugänglichen Daten dargestellt.
Quelle: Statistisches Bundesamt, Strukturierte Qualitätsberichte Kliniken im Vergleichsring, eigene Darstellung; Stand: 31. August 2023

Ansicht 18: Marktübersicht Betten Hessen gesamt und Vergleichsring 2018 bis 2021

Die zur Versorgung der Bevölkerung aufgestellten Betten wurden im Betrachtungszeitraum verringert. Der relative Marktanteil auf Basis der aufgestellten Betten blieb dabei im gesamten Prüfungszeitraum 2018 bis 2021 relativ konstant. Die Kliniken mit der größten Versorgungsrelevanz[81] auf Basis der betriebenen Betten sind das Klinikum Kassel und das Klinikum Fulda mit rund 15 bis 18 Prozent Marktanteil. Das Klinikum mit der geringsten Versorgungsrelevanz waren die Hochtaunus-Kliniken mit neun Prozent Marktanteil.

Marktanteil erbrachte Fälle

Die Krankenhäuser im Vergleichsring erbrachten im Jahr 2021 rund 16 Prozent aller stationären Patientenversorgungen in Hessen. Ansicht 19 zeigt die stationären Fallzahlen der Krankenhäuser im Vergleichsring, die auf Patienten aus Hessen entfielen.

81 Die Höhe der Versorgungsrelevanz ergibt sich aus dem Marktanteil des Krankenhauses in der entsprechenden Region, basierend auf den stationären Fällen oder den aufgestellten Betten. Je höher der Marktanteil ausfällt, umso höher ist der Anteil des Krankenhauses an der gesamten regionalen Gesundheitsversorgung und entsprechend seine Relevanz im Versorgungsgebiet.

Marktübersicht Fallzahl Hessen gesamt und Vergleichsring 2018 bis 2021				
	2018	2019	2020	2021
Klinikum Darmstadt	37.903 [19,1 %]	39.127 [20,6 %]	36.068 [19,6 %]	35.636 [19,3 %]
Klinikum Frankfurt Höchst	34.069 [17,2 %]	26.121 [13,7 %]	29.293 [15,9 %]	29.897 [16,2 %]
Klinikum Fulda	37.601 [19,0 %]	36.702 [19,3 %]	31.085 [16,9 %]	32.070 [17,3 %]
Hochtaunus-Kliniken	26.186 [13,2 %]	27.058 [14,2 %]	25.069 [13,6 %]	25.205 [13,6 %]
Klinikum Kassel	41.592 [21,0 %]	40.636 [21,4 %]	45.383 [24,6 %]	45.589 [24,6 %]
Kliniken des Main-Taunus-Kreises	20.887 [10,5 %]	20.332 [10,7 %]	17.545 [9,5 %]	16.703 [9,0 %]
Sana Klinikum Offenbach[1)]	Angabe verweigert			
Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden[1)]	Angabe verweigert			
Fallzahl Patienten aus Hessen Vergleichsring	198.238 [14,5 %]*	189.976 [13,9 %]*	184.443 [15,6 %]*	185.100 [15,6 %]*
Fallzahl Hessen gesamt	1.362.714	1.362.026	1.183.251	1.187.116

[ ]-Klammern: Anteil bezogen auf den Vergleichsring
[ ]*-Klammern: Anteil Vergleichsring an Hessen gesamt
[1)] In Offenbach am Main und Wiesbaden haben die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und keine Klinikdaten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 4.4).
Quelle: Statistisches Bundesamt, § 21 Datensätze der Kliniken[82]; eigene Berechnung; Stand: 31. August 2023

Ansicht 19: Marktübersicht Fallzahl Hessen gesamt und Vergleichsring 2018 bis 2021

Das Klinikum Kassel und das Klinikum Darmstadt wiesen mit rund 20 bis 25 Prozent den größten Marktanteil an Fallzahlen im Vergleichsring auf. Den niedrigsten Wert hatten im gesamten Betrachtungszeitraum die Kliniken des Main-Taunus-Kreises mit rund neun Prozent.

Zusammenfassend für den Marktanteil auf Basis der erbrachten Fälle lässt sich festhalten, dass die Main-Taunus-Kliniken die geringste Versorgungsrelevanz[83] hinsichtlich der aufgestellten Betten und der mit ihnen versorgten stationären Fälle aufweist. Insbesondere die Kliniken Kassel, Darmstadt und Fulda zeigen ihre Bedeutsamkeit für die Versorgungsrelevanz der im Vergleichsrings analysierten Kliniken, da bei Ihnen eine hohe stationäre Patientenfallzahl mit relativ wenigen Betten versorgt wird.

Patienten-einzugsgebiet

Ein weiterer Indikator für die Bedeutung des Krankenhauses ist das Patienteneinzugsgebiet. Das primäre Patienteneinzugsgebiet der Krankenhäuser ist definiert als diejenige kommunale Körperschaft, in der das Krankenhaus selbst verortet ist. Ergänzend umfasste das Patienteneinzugsgebiet in der Regel noch die angrenzenden kommunale Körperschaften. Die Versorgungsrelevanz des Krankenhauses lässt sich anhand der Anteile an stationären Fällen aus den

82 Hierbei handelt es sich um einen standardisierten Datensatz, gem. § 21 KHEntgG, der alle Leistungsdaten (DRG-Daten) des Krankenhauses enthält, z. B. Angaben zu den Behandlungsfällen, Geschlecht, Alter, Wohnort etc.

83 Die Höhe der Versorgungsrelevanz ergibt sich aus dem Marktanteil des Krankenhauses in der entsprechenden Region, basierend auf den stationären Fällen oder den aufgestellten Betten. Je höher der Marktanteil ausfällt, umso höher ist der Anteil des Krankenhauses an der gesamten regionalen Gesundheitsversorgung und entsprechend seine Relevanz im Versorgungsgebiet.

primären und ergänzenden Patienteneinzugsgebietes ableiten. Sofern 80 Prozent der versorgten Pateinten aus den primären und angrenzenden kommunalen Körperschaften stammen, besitzt das Krankenhaus eine primär regionale Versorgungsrelevanz. Ergeben sich die 80 Prozent der versorgten Patienten erst durch darüber hinaus angrenzende Körperschaften, kann von einer überregionalen Versorgungsrelevanz des Krankenhauses ausgegangen werden.

Ansicht 20 zeigt einerseits die Anteile der stationären Fälle in den kommunalen Gebietskörperschaften, aus denen summiert mindestens rund 80 Prozent der versorgten Patienten stammen. Hierbei handelt es sich um die drei relevantesten kommunalen Gebietskörperschaften je Krankenhaus. Hierfür wurde analysiert, wie hoch der Anteil der stationären Krankenhauspatienten aus der entsprechenden Gebietskörperschaft an den gesamten stationären Krankenhauspatienten des jeweiligen Krankenhauses aus dem Vergleichsring war. Andererseits wird in Ansicht 20 der Marktanteil des Krankenhauses in der jeweiligen Gebietskörperschaft ausgewiesen. Hierfür werden die vom Krankenhaus erbrachten Fälle ins Verhältnis zum gesamten Patientenaufkommen der entsprechenden Gebietskörperschaft gesetzt.

Patientenherkunft und Marktanteile in den drei relevantesten kommunalen Gebietskörperschaften je Krankenhaus im Jahr 2021

	Gebietskörperschaft	Anteil an stationären Fällen in %	Marktanteil in %
Klinikum Darmstadt	Landkreis Darmstadt-Dieburg	42	30
	Stadt Darmstadt	28	42
	Landkreis Groß-Gerau	14	9
Klinikum Frankfurt Höchst	Stadt Frankfurt am Main	44	12
	Main-Taunus-Kreis	26	20
	Hochtaunuskreis	10	7
Klinikum Fulda	Landkreis Fulda	65	51
	Main-Kinzig-Kreis	10	5
	Vogelsbergkreis	9	12
Hochtaunus-Kliniken	Hochtaunuskreis	66	44
	Stadt Frankfurt am Main	11	2
	Wetteraukreis	10	5
Klinikum Kassel	Stadt Kassel	34	38
	Landkreis Kassel	31	26
	Schwalm-Eder-Kreis	14	15
Kliniken des Main-Taunus-Kreises	Main-Taunus-Kreis	64	29
	Hochtaunuskreis	14	6
	Stadt Frankfurt am Main	10	1
Sana Klinikum Offenbach[1)]	Angabe verweigert		
Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden[1)]	Angabe verweigert		

[1)] In Offenbach am Main und Wiesbaden haben die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und keine Klinikdaten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 4.4).
Quelle: Statistisches Bundesamt, § 21 Datensätze der Kliniken, eigene Berechnung; Stand: 31. August 2023

Ansicht 20: Patientenherkunft und Marktanteile in den drei relevantesten kommunalen Gebietskörperschaften im Jahr 2021

Im Ergebnis lassen sich alle Kliniken des Vergleichsrings als regional bedeutsame Versorger in der stationären Versorgung bezeichnen. In der Analyse der Marktanteile, d.h. in der Betrachtung des Marktanteils im primären Patienteneinzugsgebiet, weisen die Kliniken Darmstadt und Fulda mit 42 beziehungsweise 51 Prozent eine marktdominierende Stellung auf. Das Klinikum Frankfurt Höchst hat mit rund zwölf Prozent die geringsten Marktanteile im Vergleichsring. In Bezug auf die Versorgungsrelevanz[84] lassen sich demnach die Kliniken Darmstadt, Fulda und Hochtaunus als die versorgungsrelevantesten stationären Versorger im Vergleichsring bezeichnen.

Zulassung zur Notfallversorgung (Notfallstufen)

Die Versorgungsrelevanz lässt sich auch an der Zulassung und Einstufung zur Notfallversorgung ableiten.

Gestuftes System von Notfallstrukturen im Krankenhaus

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)[85] obliegt es, gemäß den gesetzlichen Vorgaben (§ 136c Absatz 4 SGB V), ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern zu definieren, das auch eine Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung umfasst.[86] Für jede Stufe dieser stationären Notfallversorgung legt der G-BA Mindestanforderungen fest, insbesondere bezüglich der Fachabteilungen, des Fachpersonals und des zeitlichen Umfangs der Notfallleistungen.

Die im Mai 2018 in Kraft getretenen „Regelungen zum gestuften System von Notfallstrukturen“[87] bilden die Grundlage für die Vereinbarung gestaffelter Zuschläge für Krankenhäuser, die die Mindestanforderungen einer der drei Stufen oder eines speziellen Notfallversorgungsangebots erfüllen.

Die Höhe der Zuschläge obliegt nicht dem G-BA, sondern wird von den Vertragspartnern auf Bundesebene vereinbart: Der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem GKV-Spitzenverband und dem Verband der privaten Krankenversicherung.[88]

Mit Ausnahme der Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden nahmen alle Krankenhäuser des Vergleichsrings am gestuften System der Notfallversorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) teil. Die Kliniken Darmstadt, Frankfurt Höchst, Fulda und Kassel waren hierbei der „Stufe 3“ der Notfallversorgung zugeordnet und erfüllten so die höchste Stufe der Notfallversorgung (umfassende Notfallversorgung). Spezielle Notfallversorgungsangebote (Module) lagen lediglich im Klinikum Kassel mit der Kindernotfallversorgung vor. Die Hochtaunus-Kliniken und die Kliniken des Main-Taunus-Kreises waren der „Stufe 2“ der Notfallversorgung zugeordnet und erfüllten so die mittlere Stufe der Notfallversorgung (erweiterte Notfallversorgung).

---

84 Die Höhe der Versorgungsrelevanz ergibt sich aus dem Marktanteil des Krankenhauses in der entsprechenden Region, basierend auf den stationären Fällen oder den aufgestellten Betten. Je höher der Marktanteil ausfällt, umso höher ist der Anteil des Krankenhauses an der gesamten regionalen Gesundheitsversorgung und entsprechend seine Relevanz im Versorgungsgebiet.

85 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen.

86 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, § 136c Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

87 Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V, in der Fassung vom 19. April 2018, in Kraft getreten am 19. Mai 2018, zuletzt geändert am 20. November 2020

88 Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/notfallstrukturen-krankenhaeuser/, zuletzt aufgerufen am 22. März 2024

Spezielle Notfallversorgungsangebote (Module) lagen mit der Schlaganfallversorgung in den Kliniken des Main-Taunus-Kreises vor.

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich anhand der oben dargestellten Faktoren Marktanteil (basierend auf den aufgestellten Betten sowie der erbrachten stationären Krankenhausfälle) und Notfallversorgungsgeschehen eine ganzheitliche Aussage zur Versorgungsrelevanz der Kliniken im Vergleichsring treffen.

Die Kliniklandschaft in Hessen ist durch eine sehr heterogene Krankenhaus- und Versorgungsstruktur geprägt. Der Norden zeichnet sich durch eine ländliche Versorgungssituation mit wenigen Wettbewerbshäusern aus; der Süden hingegen ist durch urbane Strukturen und eine hohe Wettbewerbsintensität im Krankenhausmarkt gekennzeichnet. Die Kliniken des Vergleichsrings fügen sich im Rhein/Main-Gebiet in eine Vielzahl weiterer Krankenhäuser unterschiedlicher Versorgungslevel und Träger ein, wobei die Kliniken in Teilen überschneidende Behandlungsleistungen anbieten.

Die Kliniken Darmstadt, Fulda und Kassel sind die versorgungsrelevantesten Kliniken im Vergleichsring hinsichtlich der Versorgungsintensität, ihrer aufgestellten Betten, der versorgten stationären Patientenfallzahl, der Marktanteile und ihrer Relevanz für die akutmedizinische Notfallversorgung. Würden diese stationären Versorger wegbrechen oder ausfallen, würde dies jeweils mit massiven Unterversorgungen in den Patienteneinzugsgebieten einhergehen. Eine Kompensation der Versorgung wäre nicht mehr gewährleistet. Mitursächlich für diese herausragende Versorgungsrelevanz ist unter anderem auch der für deren Versorgungsgebiete typische ländliche bis verdichtete Raum mit geringen Siedlungsdichten.[89]

Eine Besonderheit in der Versorgungsrelevanz stellt das Klinikum Frankfurt Höchst dar. Es hat aufgrund der starken Wettbewerbsintensität im Raum Frankfurt mit rund zwölf Prozent die geringsten Marktanteile im Vergleichsring und deswegen eine geringere Relevanz für die regionale stationäre Versorgung als andere Kliniken in ihren Einzugsgebieten. Allerdings hat es aufgrund seiner Lage im urbanen Raum eine hohe Relevanz für die Notfallversorgung in der Region (Stufe 3: Umfassende Notfallversorgung; höchste Stufe der Notfallversorgung).

Empfehlungen

Die Überörtliche Prüfung wiederholt ihre Empfehlung, insbesondere den Kliniken im Ballungsgebiet Rhein/Main, ihr Leistungsportfolio stärker zu fokussieren und regional miteinander abzustimmen, um die Versorgungsrelevanz der kommunalen Krankenhäuser zu stärken und damit Wirtschaftlichkeitspotenziale heben zu können. Hierdurch werden einerseits Ineffizienzen und Redundanz im vorgehaltenen Leistungsangebot minimiert und andererseits der geplanten Krankenhausreform, die eine Spezialisierung sowie Zentrenbildung, unter anderem basierend auf Leistungsgruppen, forciert, Rechnung getragen. So gilt es zum Beispiel zu prüfen, ob es aus versorgungsrelevanter Perspektive notwendig und wirtschaftlich sinnvoll ist, dass die Kliniken in Frankfurt, im Hochtaunus- sowie Main-Taunus-Kreis und in Offenbach alle Fachabteilungen für Urologie, Gastroenterologie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie, Neurologie, Pneumologie sowie Kardiologie vorhalten.

Bereits in der 168. Vergleichenden Prüfung wurde empfohlen, wiederkehrende Leistungsangebote zu konzentrieren und dabei alle Krankenhausträger einzubeziehen, um in der Fläche ein homogenes Angebot schaffen zu können.

---

89 Raumordnungsbericht 2021, Seite 58, https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/veroeffentlichungen/sonderveroeffentlichungen/2021/rob-2021.html, zuletzt aufgerufen am 22. April 2024

Zum heutigen Zeitpunkt der 240. Vergleichenden Prüfung ist es noch notwendiger geworden, die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung in der Region zu kennen, zu ermitteln, zu analysieren, die vorhandenen Ressourcen und Fachkompetenzen daran auszurichten sowie eine Kooperationsplattform einzurichten, um untereinander Informationen und Erfahrungen austauschen zu können. Parallel sollten sich die kommunalen Kliniken stärker regional vernetzen, um damit die Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen und Ärzten intensivieren zu können. Kooperationen mit anderen Leistungserbringern helfen, eine relevantere Rolle bei der Versorgung in der entsprechenden Region einzunehmen. Hierdurch lassen sich sowohl die fallzahlabhängige Qualität in der Leistungserbringung erhöhen als auch Wirtschaftlichkeitspotenziale heben, und so eine wettbewerbsfähigere Positionierung der Krankenhäuser am Markt erwirken. An diesem Punkt ist zudem das Land gefordert die entsprechenden Voraussetzungen auf gesetzlicher Ebene zu schaffen, damit die Kliniken die notwendige Transformation auch nachhaltig umsetzen können.

Exkurs: Geplante trägerübergreifende Kooperation zwischen dem Klinikum Darmstadt und dem Agaplesion Elisabethenstift

Als beispielhaft für eine regionale Vernetzung ist die im April 2024 angestrebte Kooperation zwischen dem Klinikum Darmstadt und dem Agaplesion Elisabethenstift zu nennen. Die geplante Gründung einer gemeinsamen Holding zwischen kommunalem Klinikum einerseits und konfessionellem Klinikum andererseits könnte deutschlandweit einen Vorbildcharakter entwickeln – auch um die beiden Standorte als Arbeitgeber attraktiver zu gestalten.

Quelle: Zusammenschluss Klinikum Darmstadt und Agaplesion gründen Holding, kma Online, Artikel vom 4. Juli 2024, https://www.kma-online.de/aktuelles/klinik-news/detail/klinikum-darmstadt-und-agaplesion-gruenden-holding-52234, zuletzt aufgerufen am 17. Juli 2024

Ansicht 21: Kooperation zwischen dem Klinikum Darmstadt und dem Agaplesion Elisabethenstift

Neben den Entwicklungen in der stationären Versorgung könnten so ergänzende Synergien vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und der demografischen Entwicklung erzielt werden.[90]

90 „Konstruktive Gespräche“ Klinikum Darmstadt und Agaplesion Elisabethenstift vor Kooperation, kma Online, Artikel vom 24. April 2024, https://www.kma-online.de/aktuelles/klinik-news/detail/klinikum-darmstadt-und-agaplesion-elisabethenstift-pruefen-eine-kooperation-51894, zuletzt aufgerufen am 2. Mai 2024

5.2 Wirtschaftliche und finanzielle Leistungsfähigkeit

Die wirtschaftliche und finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser zeigt sich

- vor allem im Jahresergebnis, aber auch
- an der Eigenkapitalentwicklung,
- anhand der Prüfquote des Medizinischen Dienstes (siehe Seite 48) und
- anhand des verhandelten Pflegebudgets (siehe Seite 50).

In Offenbach am Main und Wiesbaden haben die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und keine Klinikdaten zur Verfügung gestellt. Da die Mitwirkung an der Prüfung verweigert wurde, werden in den folgenden Ansichten und Auswertungen nur die öffentlich zugänglichen Daten dargestellt. Im Fall von Wiesbaden widersprach die fehlende Mitwirkung sogar den Regelungen der HGO (siehe Abschnitt 4.4)

Jahresergebnisse

Ansicht 21 zeigt die Jahresergebnisse der Klinken im Vergleich.

Jahresergebnisse der Kliniken im Vergleichsring in den Jahren 2018 bis 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
	in T€				
Klinikum Darmstadt	3.670,4	5.115,0	2.074,2	-4.753,4	-6.398,8
Klinikum Frankfurt Höchst	-1.823,9	-1.596,0	-1.137,3	-4.489,6	-9.701,7
Klinikum Fulda	1.284,1	-2.722,8	-3.656,4	-6.578,5	-4.546,5
Hochtaunus-Kliniken[1)]	-11.940,0	-11.875,0	-11.329,0	-17.107,0	-12.218,0
Klinikum Kassel	3.881,4	-3.682,2	-3.117,7	2.394,8	1.027,1
Kliniken des Main-Taunus-Kreises	-4.423,2	-1.459,4	661,4	-4.583,4	-7.143,2
Sana Klinikum Offenbach[2)]	3.299,2	7.455,5	-4.271,5	5.726,8	6.227,2
Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden[2)]	6.369,2	-4.204,0	8.262,1	7.916,9	1.740,1
Summe	317,2	-12.968,9	-12.514,2	-21.473,4	-31.013,8
Median	2.291,6	-2.159,4	-2.127,5	-4.536,5	-5.472,7
Prozentuale Veränderung zum Vorjahr [%]	-	-194	1	-113	-21

[1)] Das Jahresergebnis ist ohne den Verlustausgleich des Trägers ausgewiesen.

= Jahresüberschuss

= Jahresverlust

[2)] In Offenbach am Main und Wiesbaden haben die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und keine Klinikdaten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 4.4). Da die Mitwirkung an der Prüfung verweigert wurde, werden hier nur die öffentlich zugänglichen Daten dargestellt.
Quelle: Testierte Jahresabschlüsse der Kliniken, eigene Berechnung;
Stand: 31. August 2023

Ansicht 21: Jahresergebnisse der Kliniken im Vergleichsring in den Jahren 2018 bis 2022

Eine abnehmende wirtschaftliche Leistungsfähigkeit aller Häuser ist erkennbar. Im Jahr 2018 waren die Jahresergebnisse mit einem Median in Höhe von 2,3

Millionen Euro noch positiv. In der Summe verschlechterten sich die Jahresergebnisse im Prüfungszeitraum um über 30 Millionen Euro.

Ab dem Jahr 2019 konnten im Median kein positives Jahresergebnis mehr erwirtschaftet werden. Der Median des Jahresergebnisses veränderte sich im Jahr 2019 um -194 Prozent auf einen Jahresfehlbetrag von 2,2 Millionen Euro. Damit war die wirtschaftliche Lage der Kliniken bereits im Jahr vor dem Beginn der COVID-19-Pandemie angespannt und deutete schon damals auf strukturelle Probleme in den Krankenhäusern hin.

Bereits im Jahr 2019 ist ein Rückgang der stationären Fälle zu erkennen. Damit einhergehend verschlechterten sich die Jahresergebnisse. Die jährlich steigenden Kosten für Personal- und Sachbedarfe konnten bei gesunkenen Fallzahlen nicht kompensiert werden. Hier zeigen sich die strukturellen Probleme in der DRG-Finanzierung, die bei einem Fallzahlenrückgang zu einer Unterfinanzierung führt. Die Pandemie hat den sich bereits entwickelnden Trend der Veränderung im stationärem Leistungsgeschehen verstärkt und wirkte wie eine Art Katalysator für die Transformation des Gesundheitswesens. Ein im Rahmen der Pandemie verändertes Patientenverhalten, signifikante Fortschritte im Bereich Innovation und Digitalisierung sowie Veränderungen in der Arbeitswelt werden perspektivisch die entscheidenden Treiber für die Veränderung des Leistungsangebotes sein.

Im Jahr 2020 verbesserte sich der Median des Jahresergebnisses trotz der starken Leistungseinschränkungen durch die COVID-19-Pandemie im Vergleich zum Jahr 2019 geringfügig. Dies ist insbesondere Folge der staatlichen Ausgleichszahlungen von im Median 19,5 Millionen Euro an alle geprüften Kliniken im Jahr 2020.

Ab dem Jahr 2021 änderte sich die Anspruchsregelung auf Ausgleichzahlungen für Krankenhäuser. Die Leistungserbringung für die Kliniken war jedoch weiterhin durch die COVID-19-Pandemie eingeschränkt. Entsprechend sank der Median der Jahresergebnisse gegenüber dem Vorjahr um 113 Prozent auf einen Jahresfehlbetrag von -4,5 Millionen Euro.

Im Jahr 2022 setzte sich der negative Trend in der Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser fort. Der Median des Jahresergebnisses sank im Vergleich zum Vorjahr um weitere 21 Prozent und betrug nur noch rund -5,5 Millionen Euro. Damit verschlechterte sich die wirtschaftliche Situation der Kliniken im Vergleichsring signifikant.

Neben den Ursachen, die im Rahmen der 240. Vergleichenden Prüfung analysiert wurden, gaben die Kliniken in ihren Jahresabschlüssen weitere Gründe an. Insbesondere wurden dabei folgende Ursachen in den jeweiligen Lageberichten angeführt:

- Gesunkene Ausgleichszahlungen zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie bei konstanter Leistungserbringung im stationären Bereich,
- stark gestiegene Personalkosten,
- höherer Materialaufwand für medizinischen Bedarf sowie für Energiekosten,
- nicht ausreichend refinanzierte Eigenmittelinvestitionen.

Ein Großteil der durch die Kliniken angeführten Argumente zielt auf systembedingte Aspekte der Krankenhausfinanzierung ab und führt diese systemischen Faktoren als maßgeblichen Grund für die aktuellen Herausforderungen im Krankenhauswesen an. Dem gegenüber schaffen es jedoch insbesondere Krankenhäuser in privater Trägerschaft, bei vermeintlich gleichen Rahmenbedingungen, nachhaltige Gewinne zu erwirtschaften.

Bessere Wirtschaftlichkeit der Kliniken in privater Trägerschaft

Ausgenommen von dem negativen Trend in der Wirtschaftlichkeit sind die Kliniken Sana Klinikum Offenbach und Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden. Beide Kliniken erwirtschafteten im Jahr 2021 ein deutlich positives Jahresergebnis in Höhe von 5,7 Millionen Euro (Sana Klinikum Offenbach) und 7,9 Millionen Euro (Helios Dr. Schmidt Kliniken Wiesbaden), obwohl beide Kliniken in den Jahren 2020 und 2021 ebenfalls deutliche Fallzahleneinbußen durch die COVID-19-Pandemie verzeichneten (Ansicht 22).

Beide Kliniken sind anteilig in privater Trägerschaft organisiert. Gerne hätte die Überörtliche Prüfung die Ursachen hierfür ermittelt. Die Kliniken verweigerten jedoch eine Zusammenarbeit, auch wenn im Fall von Wiesbaden die Stadt sogar die Anteilsmehrheit hält.[91]

Entsprechend konnte der Verdacht nicht ausgeräumt werden, dass bei diesen privaten Trägern eine starke Selektion des Patientenklientels unter wirtschaftlichen Aspekten erfolgt. Dieser Verdacht stützt sich auf zwei Faktoren:

Erstens auf die aktuelle Darstellung des Bundesministeriums für Gesundheit und der dort veröffentlichten Aussage des Bundesgesundheitsministers Prof. Dr. Karl Lauterbach: *„Das bisherige System funktioniert ja so, dass es Rosinenpickerei belohnt. Es gibt zum Beispiel eine private Klinikkette, die in diesem Jahr mit einem Drittel mehr Gewinn rechnet. Ich glaube, es gibt nicht viele Branchen, die das in diesem Jahr von sich behaupten können.“*[92]

Zweitens auf die aktuelle Studienlage.[93] Sie bescheinigt den Krankenhäusern in privater Trägerschaft eine deutlich ertragskräftigere Wirtschaftlichkeit und geht dazu auf mögliche Ursachen ein: Krankenhäuser werden entweder öffentlich-rechtlich, freigemeinnützig oder privat betrieben. Öffentliche Krankenhäuser werden von den Städten, Gemeinden und Ländern betrieben, freigemeinnützige von Kirchen, Stiftungen oder gemeinnützigen Verbänden. Private Träger sind meist (Börsen-) Unternehmen. Bundesweit liegt der Medianwert der Umsatzrentabilität der Krankenhäuser in privater Trägerschaft bei 4,6 Prozent, wohingegen Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft bei 0,3 Prozent liegen. Die wesentlichen Ursachen hierfür sind u.a. unterschiedliche Refinanzierungswege für Investitionen und die Möglichkeit einer stärkeren Konzentration auf Leistungen mit hohem wirtschaftlichem Potenzial.[94]

Die Refinanzierung von Investitionen erfolgt bei privaten Trägern neben der Finanzierung über Landesfördermittel zusätzlich über Finanzmittel des Kapitalmarktes. Die anderen Träger finanzieren sich ausschließlich über Landesfördermittel und, sofern möglich, zusätzlich über Kredite kommunaler Körperschaften. Sind die kommunalen Körperschaften hierzu nicht in der Lage, bleibt lediglich die zusätzliche Finanzierung aus Eigenmitteln. Diese Eigenmittel müssen aus der leistungsabhängigen Finanzierung erwirtschaftet werden.

---

91 Vgl. dazu oben Abschnitt 4.4

92 Lauterbach: Mit dem Transparenzgesetz wird es kein Krankenhaussterben geben, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/interviews/interview/taz-22-11-23-krankenhausreform, zuletzt aufgerufen am 12. April 2024

93 1. Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft, Augurzky et al., 2015, Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) und Institut für Gesundheitsökonomik (IfG), Essen; 2. Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018, Augurzky et al., 2018, Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) und Hochschule Fresenius, Essen; 3. Krankenhaus Rating Report 2022, Augurzky et al., 2023, Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) und Institute for Health Care Business (hcb), Essen

94 Zukunft deutsches Krankenhaus, Penter et al., 2. Auflage, 2020, Mediengruppe Oberfranken, Fachverlage GmbH & Co. KG, Kulmbach, Seite 150 ff.

Wirtschaftlich haben die kommunal betriebenen Häuser die Aufgabe, die Daseinsfür- und -vorsorge zu gewährleisten. Sie haben deswegen ein breites Leistungsspektrum an Fachdisziplinen auch im Sinne der trägerbezogenen und politischen Erwünschtheit vorzuhalten. Dagegen müssen private Krankenhausträger, um überleben zu können, Gewinne erzielen. Sie können und müssen sich deswegen die Freiheit nehmen, ihr Leistungsportfolio an den wirtschaftlichsten Fällen auszurichten. Zwar erhalten sie für einen Behandlungsfall den gleichen Betrag für die erbrachten Leistungen wie die anderen Kliniken in öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft auch. Sie können sich aber in erster Linie auf lukrative, planbare, gut abrechenbare und Gewinn verheißende medizinische Sparten wie Orthopädie oder Kardiochirurgie fokussieren.[95] Zudem sind private Kliniken meist in Ketten organisiert und können aufgrund der stärkeren Zentralisierung und besseren Marktposition Synergieeffekte nutzen (wie Shared Service Center, Einkauf, Labor, Buchhaltung). Dadurch setzen sie die benötigten Ressourcen im Regelfall effizienter ein und erzielen so Überschüsse. Aufgrund dieser Gewinne sind private Träger deutlich besser als andere Träger in der Lage, um beispielsweise in moderne Bauinfrastruktur, effizientere Betriebsprozesse, in moderne Medizintechnik und IT zu investieren.

Auswirkungen der COVID-19-Pandemie

Die COVID-19-Pandemie hatte als neuer externer Einflussfaktor in den Jahren 2020 bis 2022 erhebliche Auswirkungen auf das wirtschaftliche Leistungsgeschehen der Krankenhäuser im Prüfungszeitraum. Im Folgenden werden deswegen das wirtschaftliche Leistungsgeschehen auf Basis der Wirtschaftspläne und die Auswirkungen analysiert und bewertet (Ansicht 22).

95 Krankenhauskritiker: „Private Kliniken betreiben Selektion“, Schwäbische Zeitung, Artikel vom 29. Februar 2024, https://www.schwaebische.de/regional/allgaeu/wangen/krankenhauskritiker-private-kliniken-betreiben-selektion-2304074, zuletzt aufgerufen am 23. April 2024

	Auswirkungen der Ausgleichzahlungen für Leistungseinbußen im Rahmen der COVID-19-Pandemie in den Jahren 2020 bis 2022[1)]			
		in T€		
		2020	2021	2022
Klinikum Darmstadt	COVID-19 bedingte Erlösauswirkungen	-11.984	-5.382	-7.611
	COVID-19 Ausgleichszahlungen	18.022	12.196	13.359
	Saldo Ergebnis	6.038	6.814	5.748
Klinikum Frankfurt Höchst	COVID-19 bedingte Erlösauswirkungen	-10.618	-18.161	-8.506
	COVID-19 Ausgleichszahlungen	20.999	15.688	14.023
	Saldo Ergebnis	10.381	-2.473	5.517
Klinikum Fulda	COVID-19 bedingte Erlösauswirkungen	-18.468	-22.056	-17.858
	COVID-19 Ausgleichszahlungen	23.162	16.596	13.930
	Saldo Ergebnis	4.694	-5.461	-3.928
Klinikum Hochtaunus	COVID-19 bedingte Erlösauswirkungen	-1.534	-8.678	-13.282
	COVID-19 Ausgleichszahlungen	12.940	9.872	8.567
	Saldo Ergebnis	11.406	1.194	-4.715
Klinikum Kassel	COVID-19 bedingte Erlösauswirkungen	4.140	-20.914	-28.530
	COVID-19 Ausgleichszahlungen	21.416	15.122	13.517
	Saldo Ergebnis	25.556	-5.792	-15.013
Kliniken des Main-Taunus-Kreises	COVID-19 bedingte Erlösauswirkungen	-9.514	-11.060	-3.105
	COVID-19 Ausgleichszahlungen	13.977	9.316	1.029
	Saldo Ergebnis	4.462	-1.743	-2.077
Sana Klinikum Offenbach[2)]	Angabe verweigert			
Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden[2)]	Angabe verweigert			
Median	COVID-19 bedingte Erlösauswirkungen	-10.066	-14.611	-10.894
	COVID-19 Ausgleichszahlungen	19.511	13.659	13.438
	Saldo Ergebnis	8.210	-2.108	-3.003

[1)] Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf das wirtschaftliche Ergebnis errechnet sich aus den Abweichungen zwischen Soll- und Ist-Erlösen aus den Wirtschaftsplänen der Kliniken. Abzüglich des Pflegebudgets und der erhaltenen COVID-19-Ausgleichszahlungen wird der Saldo ermittelt.
[2)] In Offenbach am Main und Wiesbaden haben die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und keine Klinikdaten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 4.4).
Quelle: Wirtschaftspläne der Kliniken, eigene Berechnung; Stand: 31. August 2023

Ansicht 22: Auswirkungen der Ausgleichzahlungen für Leistungseinbußen im Rahmen der COVID-19-Pandemie in den Jahren 2020 bis 2022

Im Jahr 2020 zeigten sich - außer im Klinikum Kassel - in allen Kliniken COVID-19 bedingte Erlösrückgänge. Das Klinikum Kassel wies als einziges Klinikum

im Vergleichsring ein wirtschaftliches Ergebnis auf, das über den geplanten Sollerlösen in der Wirtschaftsplanung lag. Im Jahr 2020 betrug der Median des Erlösrückgangs 10,1 Millionen Euro. Im Jahr 2021 waren es 14,6 Millionen Euro und im Jahr 2022 rund 10,9 Millionen Euro. Damit war der COVD-19 bedingte Erlösrückgang der Kliniken im Jahr 2021 am größten.

Parallel erhielten auch diese Krankenhäuser COVID-19 Ausgleichszahlungen in Höhe von insgesamt 253,7 Millionen Euro. Im Jahr 2020 wurde im Median 19,5 Millionen Euro, im Jahr 2021 rund 13,7 Millionen Euro und im Jahr 2022 rund 13,4 Millionen Euro an die Krankenhäuser gezahlt. Die Ausgleichszahlungen nahmen aufgrund der gesetzlich geänderten Anspruchsregelung für Krankenhäuser ab dem Jahr 2021 ab.[96]

Zusammenfassend ergibt sich, dass im Jahr 2020 die COVID-19 bedingten Erlösrückgänge in allen betrachteten Krankenhäusern im Median mit 8,2 Millionen Euro durch Ausgleichszahlungen überkompensiert wurden. Durch die geänderte Anspruchsregelung für Ausgleichszahlungen ab dem Jahr 2021 veränderten sich die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf das wirtschaftliche Ergebnis. Im Jahr 2021 betrug der Median der negativen Auswirkung auf die Krankenhäuser 2,1 Millionen Euro und 3 Millionen Euro im Jahr 2022. Damit waren die Krankenhäuser wirtschaftlich im Jahr 2022 am stärksten durch die COVID-19-Pandemie betroffen, wobei COVID-19-bedingte Mehrkosten (für Hygiene, Schutzmasken, Desinfektion etc.) aufgrund der heterogenen Struktur nicht vertiefend analysiert werden konnten.

Eigenkapital-entwicklung

Die Veränderung des Eigenkapitals ist als Indikator für die wirtschaftliche Entwicklung der Krankenhäuser im Betrachtungszeitraum zu sehen. Es spiegelt die finanzielle Stabilität und Kreditwürdigkeit wider. Außerdem wurde der Verschuldungsgrad aus dem Verhältnis von Fremdkapital zum Eigenkapital berechnet. Er gibt Auskunft über die Zahlungsfähigkeit eines Unternehmens und sollte bei Unternehmen einen Wert von 200 Prozent nicht überschreiten. Bei kommunalen Krankenhäusern liegt er aufgrund der finanziellen Unterstützung der Kommunen höher. Ein Wert um die 400 Prozent ist nicht unüblich, da insbesondere Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft häufig ebenfalls niedrige Eigenkapitalquoten (20 Prozent) aufweisen.[97] Ansicht 23 zeigt die Entwicklung des Eigenkapitals und des Verschuldungsgrads im Vergleichszeitraum.

96 Änderungsvereinbarung zur Vereinbarung nach § 21 Absatz 7 Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG zum Verfahren des Nachweises für die Ausgleichszahlungen nach § 21 Absatz 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG (Ausgleichszahlungsvereinbarung für vom Land bestimmte Krankenhäuser)

97 Krankenhaus Rating Report 2022, Augurzky et al, Kapitel 6. Benchmarks

Eigenkapitalentwicklung der Kliniken im Vergleichsring in den Jahren 2018 bis 2022[1]						
		2018	2019	2020	2021	2022
		in T€				
Klinikum Darmstadt	Fremdkapital	156.478	196.348	274.448	264.453	278.475
	Eigenkapital	39.293	44.408	46.483	41.729	35.330
	Verschuldungsgrad [%]	398	442	590	634	728
Klinikum Frankfurt Höchst	Fremdkapital	57.570	57.056	62.716	80.917	75.869
	Eigenkapital	28.668	27.072	25.934	21.445	18.294
	Verschuldungsgrad [%]	201	211	242	377	415
Klinikum Fulda	Fremdkapital	147.920	157.961	156.252	134.199	145.342
	Eigenkapital	27.125	24.402	24.746	41.168	38.621
	Verschuldungsgrad [%]	545	847	631	326	376
Hochtaunus-Kliniken	Fremdkapital	226.351	219.028	216.748	216.499	205.792
	Eigenkapital	6.353	6.313	6.322	6.322	6.322
	Verschuldungsgrad [%]	3.563	3.469	3.428	3.424	3.255
Klinikum Kassel	Fremdkapital	153.106	172.685	151.760	159.060	164.846
	Eigenkapital	50.679	50.679	50.679	50.679	50.679
	Verschuldungsgrad [%]	302	341	299	314	325
Kliniken des Main-Taunus-Kreises	Fremdkapital	120.309	120.862	120.133	172.372	241.117
	Eigenkapital	-7.223	-6.946	-6.085	-10.668	-12.625
	Verschuldungsgrad [%]	-1.666	-1.740	-1.974	-1.616	-1.910
Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden[1)]	Fremdkapital	140.092	143.564	138.804	144.477	A.v.
	Eigenkapital	-4.619	2.837	-1.435	4.292	A.v.
	Verschuldungsgrad [%]	-3.033	5.061	-9.675	3.366	A.v.
Sana Klinikum Offenbach[1)]	Fremdkapital	227.679	243.489	265.810	322.848	405.343
	Eigenkapital	-103.743	-108.247	-100.285	-92.668	-91.228
	Verschuldungsgrad [%]	-219	-225	-265	-348	-444
Median[2)]	Fremdkapital	150.513	165.323	154.006	165.716	185.319
	Eigenkapital	27.897	25.737	25.340	31.307	26.812
	Verschuldungsgrad [%]	540	642	608	529	691

A.v.= Angabe verweigert

[1)] In Offenbach am Main und Wiesbaden haben die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und keine Klinikdaten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 4.4). Da die Mitwirkung an der Prüfung verweigert wurde, werden hier die öffentlich zugänglichen Daten dargestellt.

[2)] Keine Betrachtung von Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden und Sana Klinikum Offenbach, aufgrund geringer Vergleichbarkeit durch private Trägerschaft und somit anderer Refinanzierungsmöglichkeiten

= Hoher Verschuldungsgrad (> 200 Prozent und < 400 Prozent)

= Sehr hoher Verschuldungsgrad (> 400 Prozent oder überschuldet (negativer Wert))

Quelle: Testierte Jahresabschlüsse der Kliniken, eigene Berechnung; Stand: 31. August 2023

Ansicht 23: Eigenkapitalentwicklung der Kliniken im Vergleichsring in den Jahren 2018 bis 2022

Das Eigenkapital der Kliniken verringerte sich im Median von 27,9 Millionen Euro im Jahr 2018 auf 26,8 Millionen Euro im Jahr 2022. Demgegenüber stieg das Fremdkapital von 150,5 Millionen Euro auf 185,3 Millionen Euro und damit einhergehend erhöhte sich der Verschuldungsgrad von 540 Prozent auf 691

Prozent. Kliniken mit einem negativen Verschuldungsgrad waren überschuldet und wären damit ohne finanzielle Unterstützung der Kommunen faktisch zahlungsunfähig.

Eine signifikante Verringerung des Eigenkapitals der Kliniken war trotz der problematischen gesamtwirtschaftlichen Situation über den Zeitverlauf nicht festzustellen, obgleich die Varianz der Veränderung des Eigenkapitals der einzelnen Krankenhäuser recht groß war. Ursächlich hierfür waren hauptsächlich die Verlustausgleiche durch die Träger der Kliniken. Eine detaillierte Beschreibung der Verlustübernahmen durch die Träger findet sich in Abschnitt 6.3.

Prüfquote Medizinischer Dienst

Ein weiterer Indikator für die wirtschaftliche und finanzielle Leistungsfähigkeit der Kliniken sind die Prüfquoten des Medizinischen Dienstes (MD), die der Gesetzgeber für die Abrechnungsprüfung von vollstationären Krankenhausbehandlungen vorsieht. Ergänzend bestimmt hierbei die Abrechnungsqualität der Krankenhäuser, wie hoch der Anteil der geprüften Fälle durch den MD ausfällt.

Abhängig vom Prüfergebnis des vorletzten Quartals können 5, 10 oder 15 Prozent der Abrechnungen eines Krankenhauses in einem Quartal überprüft werden. Eine niedrige Prüfquote ergibt sich aus einem hohen Anteil unbeanstandeter Rechnungen. Im Gegensatz dazu führt ein hoher Anteil beanstandeter Abrechnungen zu einer erhöhten Prüfquote. Ein hoher Anteil beanstandeter Rechnungen hat für die betroffenen Krankenhäuser negative finanzielle Folgen, da die Krankenkassen in diesem Fall Abschläge auf die Rechnungen geltend machen.[98] Die Vergütung für bereits behandelte Krankenhausfälle wird demzufolge gekürzt, was in Summe einen großen Einfluss auf die Rentabilität und Liquidität eines Klinikums hat.

Die maximale Prüfquote und der zu zahlende Rechnungsaufschlag ist in vier Korridore eingeteilt, die durch das „Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen“ (MDK-Reformgesetz)[99] definiert werden:

- Positivquote > 60 Prozent; maximale Prüfquote 5 Prozent, kein Rechnungsaufschlag
- Positivquote 40 Prozent bis 60 Prozent; maximale Prüfquote 10 Prozent, Rechnungsaufschlag 25 Prozent; mindestens 300 Euro und maximal 10 Prozent des Forderungsverlustes
- Positivquote 20 Prozent bis 40 Prozent; maximale Prüfquote 15 Prozent, Rechnungsaufschlag 50 Prozent; mindestens 300 Euro und maximal 10 Prozent des Forderungsverlustes
- Positivquote < 20 Prozent; offene Prüfquote, Rechnungsaufschlag 50 Prozent; mindestens 300 Euro und maximal 10 Prozent des Forderungsverlustes[100]

In den Jahren 2020 und 2021 wurde die maximale MD-Prüfquote, aufgrund der COVID-19-Pandemie, auf 5 Prozent im Jahr 2020 und 12,5 Prozent im Jahr 2021 begrenzt.

98 Prüfquoten Abrechnungsprüfung, Medizinischer Dienst, https://md-bund.de/themen/krankenhaus/pruefquoten-abrechnungspruefung.html, zuletzt aufgerufen am 8. April 2024

99 Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz - MDK-RG) vom 14. Dezember 2019, BGBl. I S. 2789 (Nr. 51); zuletzt geändert durch Artikel 8 G. v. 20. Dezember 2022 BGBl. I Seite 2793

100 Prüfquoten Abrechnungsprüfung, Medizinischer Dienst, https://md-bund.de/themen/krankenhaus/pruefquoten-abrechnungspruefung.html, zuletzt aufgerufen am 8. April 2024

Positivquote Prüfungen Medizinischer Dienst der Kliniken im Vergleichsring in den Jahren 2018 bis 2022[1)]					
	2018	2019	2020	2021	2022
	in Prozent				
Klinikum Darmstadt	64	64	61	66	71
Klinikum Frankfurt Höchst	46	46	49	44	56
Klinikum Fulda[3)]	k.A.	k.A.	44	49	57
Hochtaunus-Kliniken	46	51	50	48	48
Klinikum Kassel	47	47	56	50	46
Kliniken des Main-Taunus-Kreises	56	50	44	46	50
Sana Klinikum Offenbach[2)]	Angabe verweigert				
Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden[2)]	Angabe verweigert				

k.A.= keine Angabe
[1)] Vorläufige Daten
[2)] In Offenbach am Main und Wiesbaden haben die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und keine Klinikdaten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 4.4).
[3)] Für die Jahre 2018 und 2019 lagen dem Klinikum Fulda auskunftsgemäß keine Informationen zu den MD-Prüfungen vor, weshalb eine Bewertung vor der COVID-19-Pandemie nicht möglich war.
Quelle: Angaben der Klinik, eigene Darstellung; Stand: 31. August 2023

Ansicht 24: Positivquote Prüfungen Medizinischer Dienst der Kliniken im Vergleichsring in den Jahren 2018 bis 2022

Ansicht 24 zeigt, dass nur das Klinikum Darmstadt im Betrachtungszeitraum bei der Positivquote konstant über dem Schwellenwert von 60 Prozent lag und somit eine maximale Prüfquote von 5 Prozent im Jahr 2022 aufwies. Es ist zu erwarten, dass die finanziellen Auswirkungen der MD-Prüfungen im Jahr 2022 minimal gehalten werden können.

Alle anderen Kliniken lagen im Betrachtungszeitraum mit ihrer Positivquote im Korridor von 40 Prozent bis 60 Prozent und wiesen damit eine höhere maximale Prüfquote von 10 Prozent auf. Die finanziellen Belastungen, durch einen potenziell größeren Forderungsverlust, sind in diesen Kliniken höher zu bewerten.

Ergebnis-verbesserungs-potenzial Medizinischer Dienst

Ansicht 25 zeigt das Ergebnisverbesserungspotenzial der einzelnen Häuser im Bereich der Prüfungen des Medizinischen Diensts.

Ergebnisverbesserungspotenzial Medizinischer Dienst[1)]					
	Verlorene Fälle bei 60% Positivquote	Durchschnittlicher Verlust pro Fall	Verlust gesamt bei 60% Positivquote	IST-Verlust bei Positivquote 2022	Ergebnisverbesserungspotenzial
Klinikum Darmstadt	Positivquote liegt im Jahr 2022 bereits über 60% und die maximale Prüfquote somit bei 5%.				Potenzial ausgeschöpft
Klinikum Frankfurt Höchst	604,56	1.762,29	1.065.410	1.687.610	622.199 Euro
Klinikum Fulda	719,96	1.361,80	980.445	2.107.957	1.127.512 Euro
Hochtaunus-Kliniken	547,28	720,09	394.091	1.024.636	630.545 Euro
Klinikum Kassel	955,94	2.908,28	2.780.141	7.259.505	4.479.363 Euro
Kliniken des Main-Taunus-Kreises	349,70	1.533,04	536.104	1.474.286	938.182 Euro
Sana Klinikum Offenbach[1)]	Angabe verweigert				
Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden[1)]	Angabe verweigert				
Summe					7.797.801 Euro

[1)] Berechnungsformel Ergebnisverbesserungspotenzial:

Berechnet wurde, ob die Kliniken Effizienzpotenziale im Bereich der MD-Prüfungen heben können, wenn sie ihre bestehenden Positivquoten auf den Schwellenwert von 60 Prozent steigern würden. In diesem Fall wird ein Absenken der Prüfquote auf maximal 5 Prozent erreicht. Bei der Berechnung wird der durchschnittliche Fallverlust der einzelnen Kliniken sowie die Anzahl der verlorenen Fälle im entsprechenden Fiskaljahr berücksichtigt.

[2)] In Offenbach am Main und Wiesbaden haben die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und keine Klinikdaten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 4.4).

Quelle: Angaben der Klinik, eigene Berechnung; Stand: 31. August 2023

Ansicht 25: Ergebnisverbesserungspotenzial Medizinischer Dienst

Bis auf das Klinikum Darmstadt wiesen alle Kliniken eine Positivquote unterhalb des Schwellenwertes von 60 Prozent auf und verfügten dementsprechend über Wirtschaftlichkeitspotenziale. Das Sana Klinikum Offenbach und die HSK Wiesbaden verweigerten die Herausgabe von Daten zu den MD-Prüfungen. Durch verbesserte Kodierungen und eine korrekte Rechnungsstellung, die eine entsprechende Absenkung der Prüfquote zur Folge haben, können für die Kliniken kurz- bis mittelfristige Potenziale in Höhe von 7,8 Millionen Euro erzielt werden.

Pflegebudget

Die Bundesregierung hat im Jahr 2018 mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) beschlossen, die Kosten für Pflegepersonal im Krankenhaus aus dem Fallpauschalen-Vergütungssystem herauszulösen. Die Pflegevergütung wurde in der Folge ab dem Jahr 2020 komplett von der DRG-Finanzierung entkoppelt.[101] Seitdem werden die Pflegepersonalkosten im Krankenhaus vollständig krankenhausindividuell vergütet. Die Krankenhäuser und Krankenkassen

101 Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG) vom 11. Dezember 2018 – BGBl. I 2018, Nr. 45 vom 14. Dezember 2018, Seite 2394

bestimmen hierfür im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlungen das sogenannte Pflegebudget.[102]

Über das Pflegebudget werden die Ist-Kosten des Pflegepersonals in den stationären Bereichen vergütet. Beim Pflegebudget handelt es sich neben den DRG-Erlösen um eine der größten Erlöspositionen in den Krankenhäusern.[103] Ansicht 26 zeigt die Pflegebudgets der Kliniken im Vergleichszeitraum.

Pflegebudget der Kliniken im Vergleichsring in den Jahren 2020 bis 2022[1)]			
	2020	2021	2022
	in T€		
Klinikum Darmstadt	39.927	42.244	43.173
Klinikum Frankfurt Höchst	32.332	34.708	37.030
Klinikum Fulda	44.462	48.373	48.778
Hochtaunus-Kliniken	29.659	29.903	31.252
Klinikum Kassel	59.903	64.435	67.090
Kliniken des Main-Taunus-Kreises	18.311	18.614	18.335
Sana Klinikum Offenbach[2)]	Angabe verweigert		
Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden[2)]	Angabe verweigert		
Median	36.130	38.476	40.102
Veränderung zum Vorjahr [%]		6	4

[1)] Vorläufige Daten für das Jahr 2022 (Verhandlungen waren zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch nicht abgeschlossen)
[2)] In Offenbach am Main und Wiesbaden haben die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und keine Klinikdaten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 4.4).
Quelle: Angaben der Klinik, eigene Darstellung; Stand: 31. August 2023

Ansicht 26: Pflegebudget der Kliniken im Vergleichsring in den Jahren 2020 bis 2022

Der Median des Pflegebudgets betrug im Jahr der Einführung des Pflegebudgets, im Jahr 2020, 36,1 Millionen Euro, im Jahr 2021 rund 38,5 Millionen Euro und im Jahr 2022 rund 40,1 Millionen Euro (Ansicht 26). Damit stieg die Refinanzierung des Pflegepersonals um sechs Prozent im Jahr 2021 und um vier Prozent im Jahr 2022 an und somit überproportional zu den Tariflöhnen in der Pflege im gleichen Zeitraum.[104] Gründe hierfür können ein Anstieg der Vollzeitäquivalente (VZÄ) in den Kliniken oder aber ein überproportional gestiegener Einsatz von Fremdpersonal in der Pflege sein.

Zum Zeitpunkt der Prüfung dauerten, mit Ausnahme des Klinikums Darmstadt, in allen Kliniken die Verhandlungen des Pflegebudgets mit den Kostenträgern für die Jahre 2020 bis 2022 noch an. Die von den Kliniken zur Verfügung gestellten Pflegebudgets dienen demnach als Verhandlungsgrundlage und sind somit als vorläufig zu betrachten. Die eigentliche Pflegebudgetverhandlung kann erst auf Basis der testierten Jahresabschlüsse der Wirtschaftsprüfer

102 Finanzierung der Pflegekosten, AOK-Bundesverband eGbR – Arbeitsgemeinschaft von Körperschaften des öffentlichen Rechts, https://www.aok.de/gp/krankenhaus/verguetung-drg/pflege#:~:text=Die%20Personalkosten%20f%C3%BCr%20Pflege%20im,der%20Budgetverhandlungen%20ein%20sogenanntes%20Pflegebudget, zuletzt aufgerufen am 18. Juli 2024

103 Pflegeentgelt, Reimbursement Institute, https://reimbursement.institute/glossar/pflegeentgelt/, zuletzt aufgerufen am 29. April 2024

104 Archiv der Entgelttabellen TVöD/VKA, Öffentlicher Dienst, zuletzt aufgerufen am 13. Juni 2023

durchgeführt werden (die zu berücksichtigenden Kosten und Vollzeitäquivalente in der Pflege sind erst rückwirkend exakt bezifferbar).[105]

Ergebnis-verbesserungs-potenzial Pflegebudget

Bei der Bestimmung der Ergebnisverbesserungspotenziale wurde geprüft, ob der Verhandlungsrahmen des Pflegebudgets auf Grundlage der jährlichen Tarifsteigerungen im Bereich der Pflege von den Kliniken vollständig ausgeschöpft wurde. Hierfür wurde ein Mengen- und Preiseffekt berechnet und geprüft, ob die Kliniken diese Effekte in den Budgets oder den kalkulierten Verhandlungsgrundlagen der Folgejahre entsprechend berücksichtigt haben.

Ergebnisverbesserungspotenzial Pflegebudget (in Euro)[1)]					
	Pflegebudget 2020	Mengeneffekt 2021	Mögliches Pflegebudget 2021	IST-Pflegebudget 2021	Ergebnisverbesserungspotenzial
Klinikum Darmstadt	Potential aus möglichem Verhandlungsrahmen und pflegeentlastender Maßnahmen ist bei angesetzter Budgethöhe vollständig ausgeschöpft.				Potenzial ausgeschöpft
Klinikum Frankfurt Höchst	Potential aus möglichem Verhandlungsrahmen und pflegeentlastender Maßnahmen ist bei angesetzter Budgethöhe vollständig ausgeschöpft.				Potenzial ausgeschöpft
Klinikum Fulda	44.462.170	4.102.564	49.438.899	48.373.255	1.065.644
Hochtaunus-Kliniken	Potential aus möglichem Verhandlungsrahmen und pflegeentlastender Maßnahmen ist bei angesetzter Budgethöhe vollständig ausgeschöpft.				Potenzial ausgeschöpft
Klinikum Kassel	Potential aus möglichem Verhandlungsrahmen und pflegeentlastender Maßnahmen ist bei angesetzter Budgethöhe vollständig ausgeschöpft.				Potenzial ausgeschöpft
Kliniken des Main-Taunus-Kreises	Potential aus möglichem Verhandlungsrahmen und pflegeentlastender Maßnahmen ist bei angesetzter Budgethöhe vollständig ausgeschöpft.				Potenzial ausgeschöpft
Sana Klinikum Offenbach[2)]	Angabe verweigert				
Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden[2)]	Angabe verweigert				
Summe					1.065.644

[1)]Berechnungsformel Ergebnisverbesserungspotenzial:
Verhandlungsrahmen Pflegebudget:
∆ ((Vereinbartes Pflegebudget des Vorjahres + Mengeneffekt Personal) * (durchschnittlicher Tarifsteigerung + Mehrkosten Fremdpersonal)) zu Vereinbartes Pflegebudget

[2)] In Offenbach am Main und Wiesbaden haben die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und keine Klinikdaten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 4.4).

Quelle: Angaben der Klinik, eigene Berechnung; Stand: 31. August 2023

Ansicht 27: Ergebnisverbesserungspotenzial Pflegebudget (in Euro)

Bis auf das Klinikum Fulda haben alle Kliniken das errechnete Potenzial in den Pflegebudgetverhandlungen genutzt. Das Sana Klinikum Offenbach und die Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden verweigerten die Herausgabe von Daten zum Pflegebudget. Im Klinikum Fulda kann der Verhandlungsrahmen des

105 Pflegebudget, GKV-Spitzenverband, https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/kh_pflegebudget/pflegebudget_kh.jsp, zuletzt aufgerufen am 29. April 2024

gesamten Pflegebudgets auf Grundlage der jährlichen Tarifsteigerungen hingegen besser ausgeschöpft werden. Hierdurch ist ein Potenzial der Verhandlungshöhe von 1,1 Millionen Euro für das Jahr 2021 gegeben.

Zwischenfazit zur Leistungsfähigkeit

Im Ergebnis haben die wirtschaftlichen Herausforderungen für die Kliniken im Zeitverlauf zugenommen. Die Jahresergebnisse zeigen einen deutlichen negativen Trend. Die untersuchten Parameter der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Kliniken im Vergleichsring zeigen eine Vielzahl von Ursachen und Effekten auf.

Noch vor der COVID-19-Pandemie war im Jahr 2019 ein Rückgang der stationären Fälle und damit einhergehend eine Verschlechterung der Jahresergebnisse zu erkennen. In diese kritische Situation kam die Pandemie mit den Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit. Im Jahr 2020 konnten die bundesweiten Ausgleichszahlungen noch das Ausbleiben der stationären Fälle überkompensieren. In den Jahren 2021 und 2022 ist bereits eine deutliche Verschlechterung der Situation erkennbar. Durch eine geänderte Anspruchsregelung nahmen die Ausgleichszahlungen deutlich ab. Sie konnten die Einschränkungen in der Leistungserbringung nicht weiter kompensieren.

Allerdings ist auch zu sehen, dass in den Kliniken nicht alle regulatorischen Möglichkeiten der Krankenhausfinanzierung genutzt werden. In den Bereichen des Pflegebudgets und des MD-Prüfgeschehens bestehen deutliche ungenutzte Potenziale zur Ergebnisverbesserung, die in Summe rund 8,9 Millionen Euro des wirtschaftlich negativen Trends der Kliniken kompensieren könnten.

Auch wenn eine abschließende Beurteilung der Auswirkungen der Krankenhausreform aufgrund der ausstehenden Konkretisierungen zum Zeitpunkt der Prüfung noch nicht möglich ist, steht zu befürchten, dass es zu erheblichen Auswirkungen auf die Krankenhäuser sowie das Gesundheitswesen kommt. So werden sich die wirtschaftlichen Herausforderungen insbesondere im Bereich der selbstbestimmten Leistungserbringung eher verstärken. Ursächlich hierfür ist die geplante Leistungsgruppenzuordnung, die es Krankenhäusern nicht mehr ermöglicht jedwede Leistung anzubieten, sowie die Unterscheidung von Vorhalte- und Leistungsfinanzierung. Durch einheitliche Qualitätsvorgaben und die Vergütung einer entsprechenden Vorhaltung von Personal- und Geräteausstattung werden viele Krankenhäuser Probleme bei der Refinanzierung ihrer derzeitigen Ist-Kosten bekommen. Ein weiterer Leitgedanke der Reform ist zudem die zunehmende Spezialisierung, die vor allem kleinere Krankenhäuser unter Zugzwang setzt, bei denen sich bisher keine Schwerpunkte in der Versorgung zeigten. Aus Sicht des Patientenwohls ist die zunehmende Spezialisierung und die damit zu erwartende Verbesserung der Behandlungsqualität positiv zu bewerten.

Größere Krankenhäuser sollten sich daher auf den perspektivischen Anstieg von Krankenhausfällen einstellen; kleinere Häuser aufgrund des potenziellen Wegfalls von Fachabteilungen prüfen, ob große Investitionen derzeit getätigt werden. Die bereits bestehende Leistungserbringung ist unter den Prämissen von Effektivität und Effizienz hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit zu optimieren, was die Überörtliche Prüfung im folgenden Abschnitt 5.3 näher beleuchtete.

5.3 Leistungsgeschehen – Analyse der Leistungs- und Kapazitätsstruktur

Neben einer primär wirtschaftlichen Bewertung des Leistungsgeschehens fand eine Beurteilung der nicht-finanziellen Leistungskennzahlen statt, die die Analyse der wirtschaftlichen Leistungskennzahlen ergänzt und gleichwohl die Grundlange der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser darstellt. Als nicht-finanzielle Leistungskennzahlen wurden herangezogen, die

- Fallzahlentwicklung,
- stationäre Entwicklung,
- ambulante Entwicklung,
- Bettenauslastung,
- Case-Mix-Punkte[106] sowie
- Verweildauer gegenüber InEK[107]

Die Ansichten 28 bis 30 zeigen die gesamte Fallzahlenentwicklung der Kliniken im Vergleichszeitraum.

106 Der Case Mix (CM) stellt die Fallschwere der gesamten Fälle eines Krankenhauses oder einer Fachabteilung (Summe aller Relativgewichte) dar und entspricht dem gesamten bewerteten Ressourceneinsatz innerhalb des DRG-Entgeltsystems. Das Ergebnis aus der Berechnung entspricht einem Punktwert (wichtig: kein monetärer Wert), der maximal drei Nachkommastellen besitzt. Dieser Wert dient als Grundlage für weitere Berechnungen (Case Mix Index).

107 Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) beschäftigt sich mit der kontinuierlichen Weiterentwicklung und Pflege des DRG-Systems. Für jede Fallpauschale hat das InEK eine mittlere Verweildauer definiert, an der sich die konkrete Fallvergütung orientiert. Abweichungen vom „InEK-Durchschnitt“ gehen i. d. R. mit einer unwirtschaftlicheren Vergütung einher. Bleibt ein Patient also länger als in der mittleren Verweildauer vorgegeben, verliert das Krankenhaus nach § 17b KHG zur Abrechnung von stationären Krankenhausleistungen Geld.

Stationäre und ambulante Fallzahlen der Kliniken im Vergleichsring in den Jahren 2018 bis 2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Veränderung [%]
Klinikum Darmstadt	143.775	146.995	128.091	131.940	139.925	-2,7
Klinikum Frankfurt Höchst	78.812	67.468	65.168	69.395	64.872	-17,7
Klinikum Fulda	91.673	91.485	82.239	82.875	92.778	1,2
Hochtaunus-Kliniken	60.086	58.597	51.864	53.553	59.045	-1,7
Klinikum Kassel	138.277	140.108	126.588	134.431	138.463	0,1
Kliniken des Main-Taunus-Kreises	33.091	33.001	29.321	28.739	29.899	-9,6
Sana Klinikum Offenbach[1)]	119.447	123.349	85.799	86.692	A.v.	-27,4
Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden[1)]	149.828	148.689	124.808	127.523	A.v.	-14,9
Gesamt	545.714	537.654	483.271	500.933	524.982	-3,8

A.v. = Angabe verweigert

[1)] In Offenbach am Main und Wiesbaden haben die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und keine Klinikdaten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 4.4). Da die Mitwirkung an der Prüfung verweigert wurde, werden hier nur die öffentlich zugänglichen Daten dargestellt.

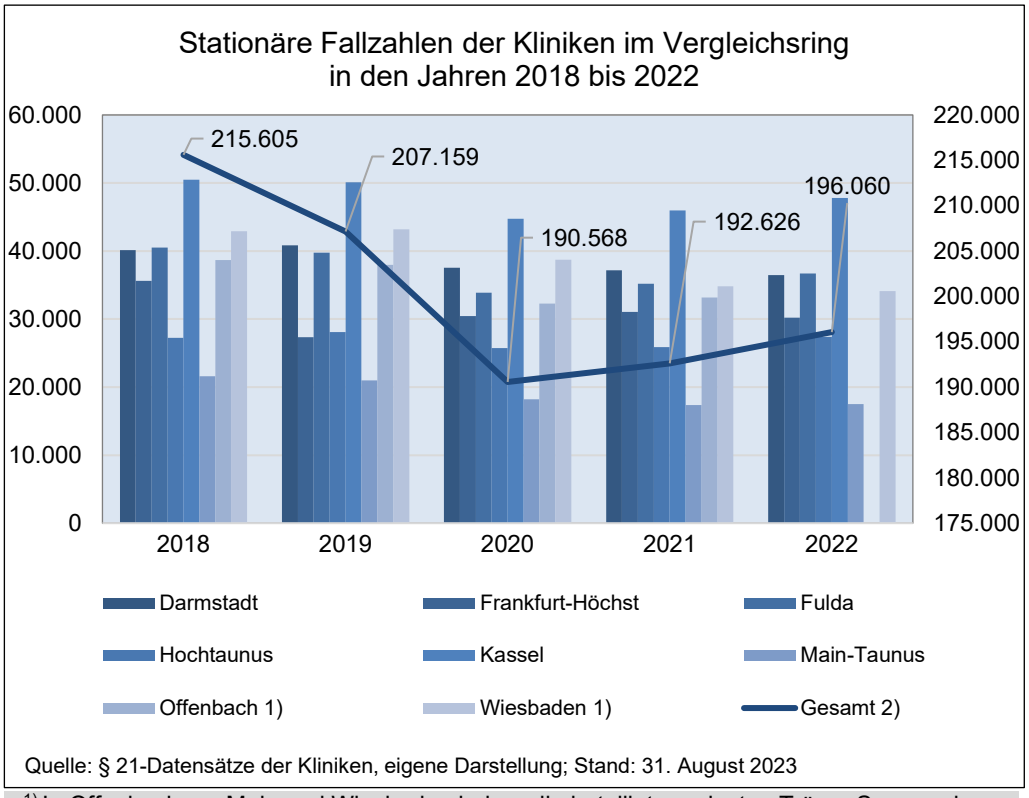
Positive Fallzahlentwicklung 2018 – 2022

Negative Fallzahlentwicklung 2018 – 2022

Quelle: § 21-Datensätze der Kliniken, eigene Darstellung; Stand: 31. August 2023

Ansicht 28: Stationäre und ambulante Fallzahlen der Kliniken im Vergleichsring in den Jahren 2018 bis 2022

Die Kliniken verzeichneten im Zeitraum der Jahre 2018 bis 2022 einen Rückgang der stationären und ambulanten Fallzahlen insgesamt um vier Prozent von 545.714 Fällen auf 524.982 Fälle. Die stationären Fälle gingen im Prüfungszeitraum um insgesamt neun Prozent zurück und die ambulanten Fälle um 0,5 Prozent.



[1)] In Offenbach am Main und Wiesbaden haben die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und keine Klinikdaten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 4.4). Da die Mitwirkung an der Prüfung verweigert wurde, werden nur hier die öffentlich zugänglichen Daten dargestellt.
[2)] In der Gesamtsumme sind die Werte von Offenbach und Wiesbaden nicht enthalten.

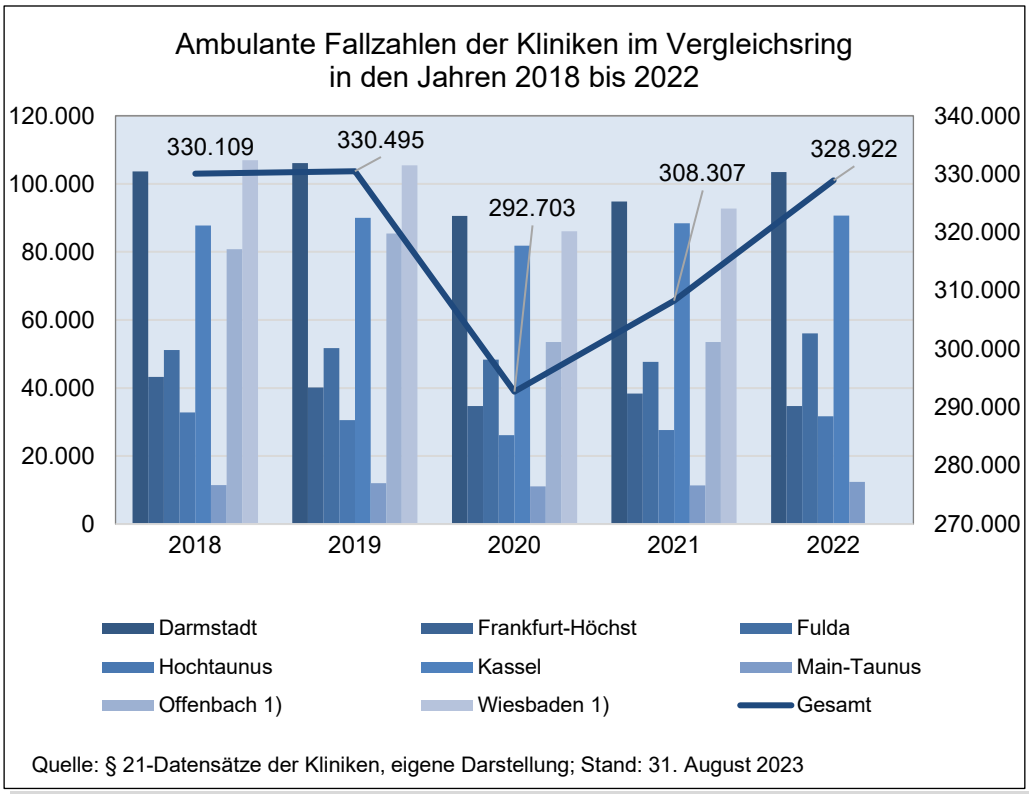
Ansicht 29: Stationäre Fallzahlen der Kliniken im Vergleichsring in den Jahren 2018 bis 2022

Im stationären Leistungsgeschehen sind die Unterschiede im Jahresübergang von 2019 auf 2020 auffällig. Im Jahr 2020 wurden bundesweit 13,4 Prozent Patienten weniger stationär behandelt als im Jahr 2019 (19,4 Millionen).[108] Eine Ursache dafür war die bundesweite Anordnung aufgrund der COVID-19-Pandemie, planbare Operationen zu verschieben oder abzusagen. Gleichzeitig war bundesweit vorgegeben, Intensivkapazitäten zur Behandlung von COVID-19-Patienten freizuhalten. Schließlich verstärkte noch die Einführung der Personalpflegeuntergrenzen in der Intensivmedizin den Fallzahlrückgang aufgrund der dadurch bedingten geringeren Versorgungskapazitäten. Insgesamt war so eine Vollbelegung generell nicht möglich. Die Kliniken im Vergleichsring lagen mit einem Rückgang von 10,6 Prozent unter dem bundesweiten Vergleich von - 13,4 Prozent und standen demzufolge etwas besser da.

108 Statista: Fallzahlen in deutschen Krankenhäusern in den Jahren 1998 bis 2022, zuletzt aufgerufen am 8. März 2023

Ambulante Entwicklung

Während nahezu alle Kliniken im Betrachtungszeitraum einen signifikanten Fallzahlenrückgang im stationären Bereich verzeichneten, ist die Entwicklung im ambulanten Bereich heterogener (Ansicht 30).



[1)] In Offenbach am Main und Wiesbaden haben die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und keine Klinikdaten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 4.4). Da die Mitwirkung an der Prüfung verweigert wurde, werden hier die öffentlich zugänglichen Daten dargestellt.
[2)] In der Gesamtsumme sind die Werte von Offenbach und Wiesbaden nicht enthalten.

Ansicht 30: Ambulante Fallzahlen der Kliniken im Vergleichsring in den Jahren 2018 bis 2022

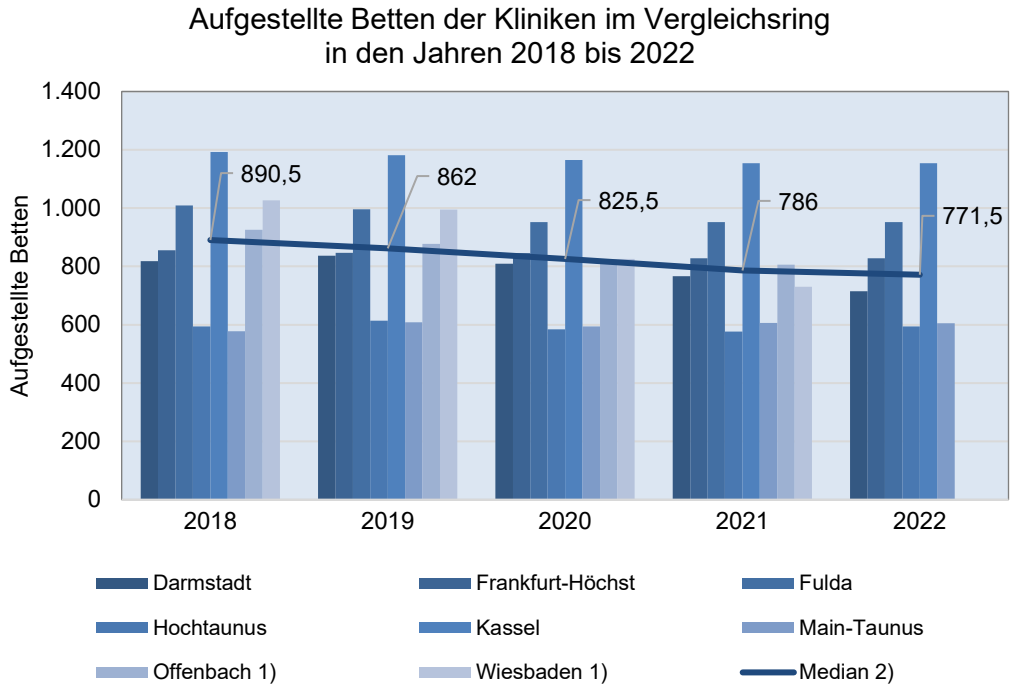
Die Kliniken Fulda, Kassel und Main-Taunus-Kreis konnten ihre ambulanten Fallzahlen steigern. In der Gesamtbetrachtung bleibt die Leistungsverteilung zwischen stationären und ambulanten Fallzahlen im Vergleichsring allerdings konstant. Ein signifikant höherer Anteil an ambulanten Fällen ist vor dem Hintergrund sinkender stationärer Fallzahlen klinikübergreifend nicht zu erkennen. Die stationäre Versorgung in Deutschland ist durch eine im internationalen Vergleich übergroße Anzahl akutstationärer Krankenhausbehandlungen geprägt. In verschiedenen Forschungsprojekten wurde bereits aufgezeigt, dass knapp ein Fünftel aller Behandlungsfälle krankenhausübergreifend ambulant vorgenommen werden könnten. Mit Ausnahme der Kliniken Fulda und Kassel haben die Kliniken somit die zunehmenden theoretischen Ambulantisierungspotenziale in Höhe von rund 20 Prozent nicht ausreichend genutzt, um ihre stationären Fallzahlverluste auszugleichen. Aufgrund der stark steigenden Kosten für Klinikbehandlungen und des zunehmend offenkundigen Fachkräftemangels sind bisher stationär erbrachte Leistungen in die ambulante Versorgung zu verlagern.[109]

109 Mindestens 20 Prozent aller Behandlungsfälle in Krankenhäusern könnten potenziell ambulant vorgenommen werden, Zentralinstitut kassenärztliche Versorgung, https://www.zi.de/das-zi/medien/medieninformationen-und-statements/detailansicht/mindestens-20-prozent-aller-behandlungsfaelle-in-krankenhaeusern-koennten-potenziell-ambulant-vorgenommen-werden-mehr-als-25-millionen-stationaere-eingriffe-haetten-2021-ambulant-erbracht-werden-koennen, zuletzt aufgerufen am 17. Juli 2024

Die Überörtliche Prüfung empfiehlt den Klinken vor dem Hintergrund der Ambulantisierung und der Öffnung des stationären Sektors für ambulante Behandlungen, zum Beispiel durch Hybrid-DRGs[110], zukünftig einen stärkeren Fokus auf die Ambulantisierung ihrer stationären Behandlungen zu legen.

Bettenauslastung

Die Auslastung der aufgestellten Betten der Kliniken im Betrachtungszeitraum ist ein weiterer interessanter Aspekt der nicht finanziellen Leistungskennzahlen.



Quelle: Angaben der Kliniken; Testiere Jahresabschlüsse der Kliniken, eigene Darstellung; Stand: 31. August 2023

1) In Offenbach am Main und Wiesbaden haben die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und keine Klinikdaten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 4.4). Da die Mitwirkung an der Prüfung verweigert wurde, werden hier die öffentlich zugänglichen Daten dargestellt.
2) Darstellung inkl. Offenbach und Wiesbaden

Ansicht 31: Aufgestellte Betten der Kliniken im Vergleichsring in den Jahren 2018 bis 2022

Ansicht 31 zeigt die stationären Behandlungskapazitäten im Zeitverlauf. Von im Median 891 aufgestellten Betten im Jahr 2018 sank die Zahl um 13 Prozent auf 772 aufgestellte Betten im Jahr 2022. Hier zeigt sich im Besonderen die Auswirkung der COVID-19-Pandemie auf die Kliniken mit weniger elektiven Patientenaufenthalten[111] und einer entsprechenden Verschiebung von Personal in intensivmedizinische Bereiche, um die Versorgung von COVID-19 Patienten zu gewährleisten.

110 Hybrid-DRG sind Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können. Die für diese sektorengleichen Leistungen entrichtete Vergütung fällt sowohl im stationären als auch ambulanten Sektor gleich hoch aus.

111 Ein elektiver Eingriff ist, im Gegensatz zu einer unaufschiebbaren Operation, zeitlich frei wählbar. Da die hier keine akute Gesundheitsbedrohung des Patienten besteht, kann ein geeigneter Termin vergeben werden.

Bettenauslastung Montag bis Freitag der Kliniken im Vergleichsring						
	2018	2019	2020	2021	2022	Veränderung [%P]
	in %					
Klinikum Darmstadt	85,8	82,8	72,1	81,2	87,0	+ 1,2
Klinikum Frankfurt Höchst	79,3	79,9	65,6	65,2	66,6	-12,7
Klinikum Fulda	81,1	79,0	70,2	71,1	71,3	-9,8
Hochtaunus-Kliniken	80,3	83,0	79,5	77,9	84,1	+3,8
Klinikum Kassel	81,0	78,7	73,7	76,9	77,7	-3,3
Kliniken des Main-Taunus-Kreises	77,8	71,5	60,5	61,0	66,2	-11,6
Sana Klinikum Offenbach[1)]	Angabe verweigert					
Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden[1)]	Angabe verweigert					
Median	80,7	79,5	71,2	74	74,5	-6,2

%P = Prozentpunkte
[1)] In Offenbach am Main und Wiesbaden haben die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und keine Klinikdaten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 4.4).

Positive Entwicklung der Bettenauslastung 2018 – 2022

Negative Entwicklung der Bettenauslastung 2018 – 2022

Quelle: Angaben der Kliniken, eigene Berechnung; Stand: 31. August 2023

Ansicht 32: Bettenauslastung Montag bis Freitag der Kliniken im Vergleichsring

Ansicht 32 zeigt pro Klinik die mittlere Bettenauslastung der aufgestellten Betten im Zeitverlauf. Im Median nahm die Auslastung von 80,7 Prozent im Jahr 2018 bis auf 74,5 Prozent im Jahr 2022 ab. Die geringste Bettenauslastung im Betrachtungszeitraum wurde mit Beginn der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 erreicht – dieser Effekt betraf alle Kliniken im Vergleichsring. Die Kliniken in Darmstadt und dem Hochtaunuskreis konnten, im Gegensatz zu allen anderen Kliniken, ihre Bettenauslastung im Jahr 2022 verglichen mit dem Jahr 2018 steigern. Ursächlich hierfür ist vor allem eine effizientere Planung und Koordination der Patienteneinweisungen und -entlassungen sowie der Verlegungen von den Notaufnahmen und Intensivstationen auf die Normalstationen.

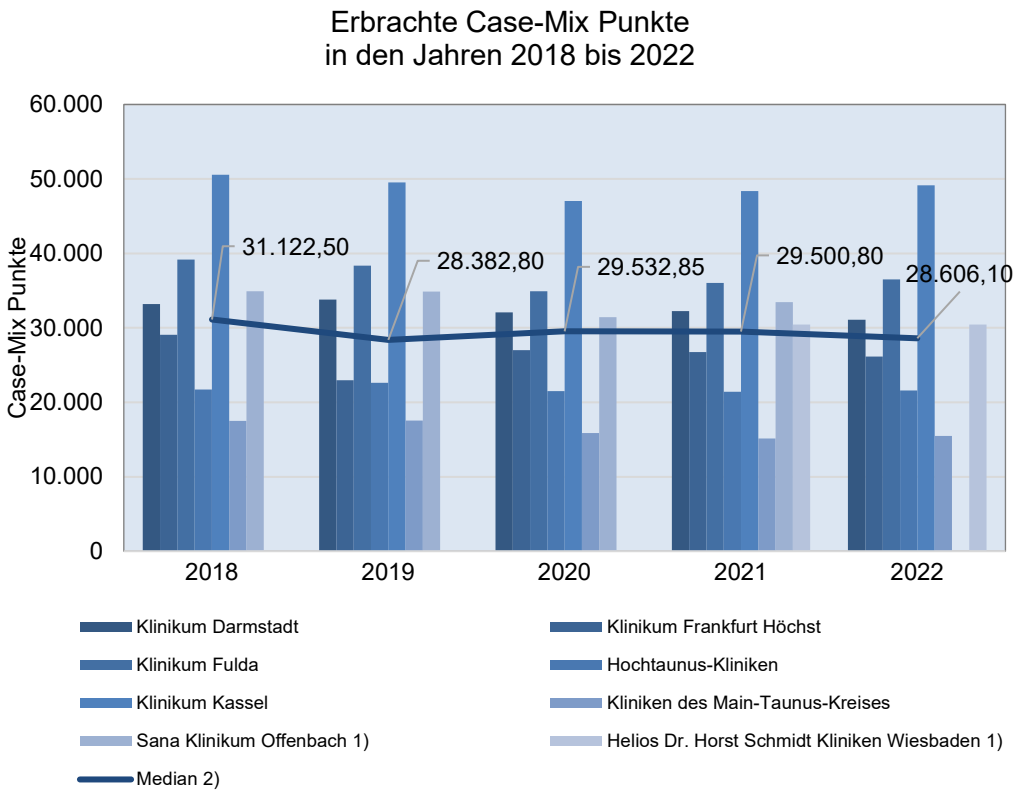
Case-Mix Punkte

Der Case Mix beziehungsweise. die Case-Mix Punkte[112], im Krankenhauswesen als „Fallmischung“ verstanden, gibt die Summe aller erbrachten DRGs eines Krankenhauses oder einer Fachabteilung wieder und stellt demnach die Abrechnungsgrundlage dar. Er berechnet sich aus der Summe der Bewertungsrelationen aller Fälle in einem Jahr und stellt hierdurch einen Bewertungs- und Vergleichswert für den Patienten-Mix eines Krankenhauses oder einer Fachabteilung dar.[113] Diese durchschnittliche Fallschwere ermöglicht einen Vergleich

112 Der Case Mix (CM) stellt die Fallschwere der gesamten Fälle eines Krankenhauses oder einer Fachabteilung (Summe aller Relativgewichte) dar und entspricht dem gesamten bewerteten Ressourceneinsatz innerhalb des DRG-Entgeltsystems. Das Ergebnis aus der Berechnung entspricht einem Punktwert (wichtig: kein monetärer Wert), der maximal drei Nachkommastellen besitzt. Dieser Wert dient als Grundlage für weitere Berechnungen (Case Mix Index).

113 CM – Case Mix, reimbursement institute, https://reimbursement.institute/glossar/case-mix/, zuletzt aufgerufen am 18. Juli 2024

der Komplexität und der Anzahl der Behandlungsfälle verschiedener Kliniken und Fachabteilungen untereinander.



Quelle: Angaben der Kliniken; Testierte Jahresabschlüsse, eigene Darstellung; Stand: 31. August 2023

[1] In Offenbach am Main und Wiesbaden haben die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und keine Klinikdaten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 4.4). Da die Mitwirkung an der Prüfung verweigert wurde, werden hier die öffentlich zugänglichen Daten dargestellt.
[2] Darstellung ohne Offenbach und Wiesbaden

Ansicht 33: Erbrachte Case-Mix Punkte der Kliniken im Vergleichsring in den Jahren 2018 bis 2022

Ansicht 33 zeigt eine homogene und konstant abnehmende Entwicklung der Case-Mix Punkte in den einzelnen Klinken. So werden in allen Kliniken im Jahr 2022 weniger Case-Mix Punkte, und somit ein in Summe geringeres stationäres Leistungsgeschehen als im Jahr 2018 erbracht. In der Gesamtbetrachtung nehmen die Case-Mix Punkte von rund 31.122 im Median im Jahr 2018 um acht Prozent auf rund 28.606 im Jahr 2022 ab. Mit der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 und den hiermit verbundenen verringerten stationären Fallzahlen in den Kliniken ging eine Abnahme der Case-Mix Punkte um fünf Prozent einher. Seit dem Jahr 2020 stiegen die Case-Mix Punkte bis zum Jahr 2022 lediglich in den Kliniken Fulda, Hochtaunus und Kassel im Vergleich zu den anderen Kliniken auf niedrigem Niveau an. Insgesamt aber bleiben auch sie deutlich unter dem Ausgangsniveau von 2018. Ein Anstieg war hierbei insbesondere bei elektiven Fällen zu beobachten, also geplanten Krankenhausaufenthalten und keinen Notfällen.

Im Klinikum Kassel beispielsweise fielen die Case-Mix Punkte in der Allgemeinen Chirurgie von 2.934 im Jahr 2018 auf 2.551 im Jahr 2020. Seitdem sind sie wieder auf 3.178 im Jahr 2022 angestiegen.[114]

Ein weiterer Indikator der nicht-finanziellen Leistungskennzahlen ist die Abweichung der mittleren Verweildauer gegenüber InEK.[115]

Verweildauer gegenüber InEK

Definition des Indikators: Verweildauer gegenüber InEK

Die Verweildauer im Krankenhaus gibt die Tage an, die ein Patient im Durchschnitt im Krankenhaus vollstationär untergebracht ist. Die Verweildauer gegenüber InEK beschreibt den Mittelwert der Verweildauer der Fachabteilung gegenüber der Verweildauer, die durch den InEK-Katalog vorgegeben wird. Sie ist eine Kennzahl, um die Effizienz der Verweildauersteuerung in Fachabteilungen oder Kliniken beurteilen zu können.

Beispiel:

- Beträgt die Verweildauer eines Falls 13 Tage und die durch den InEK-Katalog vorgegebene Verweildauer 14 Tage, dann ergibt sich die Kennzahl „Verweildauer gegenüber InEK“ von 93 Prozent.
- Beträgt die Verweildauer 15 Tagen zu den vorgegebenen 14 Tagen, ergibt dies die Kennzahl „Verweildauer gegenüber InEK“ von 107 Prozent.

Die Kennzahl signalisiert, ob die konkrete Verweildauer in den Fachabteilungen oder der gesamten Klinik unter (also kleiner 100 Prozent) oder über (also größer 100 Prozent) der durch den InEK-Katalog vorgegebenen Verweildauer liegt. Die Kennzahl dient damit der effektiven Steuerung der Verweildauer. Liegt die Kennzahl unter 100 Prozent wird dies als erstrebenswert betrachtet, weil eine geringere Verweildauer nicht refinanzierte Belegungstage reduziert und damit eine entscheidende Größe für die Kosteneffizienz der Patientenbehandlung darstellt.

Ansicht 34 gibt einen Überblick zur Verweildauer in den Kliniken im Vergleichsring.

114 Der gleiche Effekt ließ sich zudem in der Herzchirurgie (2018: 5.562 CMP; 2020: 5.272 CMP; 2022: 5.378 CMP), der Neurologie (2018: 2.811 CMP; 2020: 2.376 CMP; 2022: 2.661 CMP) und der Unfallchirurgie (2018: 4.798 CMP; 2020: 3.465 CMP; 2022: 3.672 CMP) feststellen.

115 Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) beschäftigt sich mit der kontinuierlichen Weiterentwicklung und Pflege des DRG-Systems nach § 17b KHG zur Abrechnung von stationären Krankenhausleistungen.

Verweildauer gegenüber InEK der Kliniken im Vergleichsring in den Jahren 2018 bis 2022						
	2018	2019	2020	2021	2022	Veränderung
	in %					
Klinikum Darmstadt	94	95	91	96	99	+5 [%P]
Klinikum Frankfurt Höchst	105	100	99	96	100	-5 [%P]
Klinikum Fulda	105	105	103	102	100	-5 [%P]
Hochtaunus-Kliniken	89	89	90	92	95	+6 [%P]
Klinikum Kassel	105	106	107	106	104	-1 [%P]
Kliniken des Main-Taunus-Kreises	105	109	105	103	104	-1 [%P]
Sana Klinikum Offenbach[1)]	Angabe verweigert					
Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden[1)]	Angabe verweigert					
Median	105	103	101	99	100	-5 [%P]

%P = Prozentpunkte
[1)] In Offenbach am Main und Wiesbaden haben die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und keine Klinikdaten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 4.4).

Positive Entwicklung der Verweildauer gegenüber InEK 2018 bis 2022

Negative Entwicklung der Verweildauer gegenüber InEK 2018 bis 2022

Quelle: Angaben der Kliniken, eigene Berechnung; Stand: 31. August 2023

Ansicht 34: Verweildauer gegenüber InEK der Kliniken im Vergleichsring in den Jahren 2018 bis 2022

Ergebnis-verbesserungs-potenzial Verweildauer-steuerung

Die mittlere Verweildauer gegenüber InEK näherte sich über den Betrachtungszeitraum im Median konstant einem Wert von 100 Prozent im Jahr 2022 an (= keine Abweichung). Im Jahr 2018 betrug die die Abweichung noch 105 Prozent. Während allerdings die Kliniken Frankfurt, Fulda, Kassel und Main-Taunus ihre Abweichungen um bis zu fünf Prozentpunkte reduzierten, haben sich die Werte in den Kliniken in Darmstadt und Hochtaunus in gleichem Maße erhöht. Gleichwohl befanden sich beide Kliniken auch im Jahr 2022 leicht unterhalb der durch das InEK vorgegebenen Verweildauer. Allerdings bestehen innerhalb der Kliniken, in den einzelnen Fachabteilungen, erhebliche Potenziale, die durch eine effiziente Verweildauersteuerung gehoben werden können:

Berechnet wurde, ob in den Kliniken Potenziale in der Verweildauersteuerung in den jeweiligen Fachabteilungen bestehen. Hierbei wurde eine Steuerung aller Fachabteilungen auf eine Verweildauer von maximal 100 Prozent gegenüber der mittleren Verweildauer nach InEK angenommen.

Ergebnisverbesserungspotenzial Verweildauersteuerung[1)]					
	Fälle 2022 mit VWD ggü. InEK > 100%	Mögliche zusätzliche Fälle	Case Mix Index	Landesbasisfallwert	Ergebnisverbesserungspotenzial
Klinikum Darmstadt	13.175	1.456	1,085	3.826,61	6.047.826 Euro
Klinikum Frankfurt Höchst	10.152	2.067	1,350	3.826,61	10.677.605 Euro
Klinikum Fulda	16.825	2.063	1,232	3.826,61	9.726.419 Euro
Hochtaunus-Kliniken	7.280	731	1,200	3.826,61	3.357.186 Euro
Klinikum Kassel	19.909	2.469	1,351	3.826,61	12.768.324 Euro
Kliniken des Main-Taunus-Kreises	8.860	797	1,142	3.826,61	3.482.375 Euro
Sana Klinikum Offenbach[2)]	Angabe verweigert				
Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden[2)]	Angabe verweigert				
Summe					46.059.738 Euro

[1)] Berechnungsformel Ergebnisverbesserungspotenzial:
∆ Aktuelle Fälle auf Basis durchschnittlicher Verweildauer zu möglichen Fällen auf Basis Verweildauer gegenüber InEK * Case Mix Index * Landesbasisfallwert
[2)] In Offenbach am Main und Wiesbaden haben die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und keine Klinikdaten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 4.4).
Quelle: Angaben der Klinik, eigene Berechnung; Stand: 31. August 2023

Ansicht 35: Ergebnisverbesserungspotenzial Verweildauersteuerung

Empfehlungen und Ergebnisverbesserungspotenziale

Im Ergebnis wiesen alle Kliniken Fachabteilungen auf, deren durchschnittliche Verweildauer über den InEK-Vergleichswerten liegt. Das Sana Klinikum Offenbach und die Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden verweigerten die Herausgabe von Leistungsdaten ihrer Fachabteilungen. Durch eine optimierte Steuerung der Fachabteilungen und ein entsprechendes Absenken der Verweildauer, unter anderem durch eine bessere Planung und Koordination der Patienteneinweisungen und -entlassungen sowie der Verkürzung der Aufenthaltsdauer durch effizientere Behandlungsprozesse, können für die Kliniken Potenziale in Höhe von 6,1 Millionen Euro in 6 Fachabteilungen für Darmstadt, 10,7 Millionen Euro in 8 Fachabteilungen für Frankfurt, 9,7 Millionen Euro in 13 Fachabteilungen für Fulda, 3,4 Millionen Euro in 5 Fachabteilungen für Hochtaunus, 12,8 Millionen Euro in 12 Fachabteilungen für Kassel und 3,5 Millionen Euro in 4 Fachabteilungen für Main-Taunus erzielt werden.

Bettenauslastung

Berechnet wurde außerdem, ob in den Kliniken Potenziale in der Auslastung der aufgestellten Betten[116] in den jeweiligen Fachabteilungen bestehen. Liegt zum Zeitpunkt der Prüfung die Bettenauslastung der Kliniken unterhalb von 85 Prozent, wird eine potenziell mögliche Belegungssteigerung angenommen. Eine Bettenauslastung von 85 Prozent gilt als wirtschaftlich wünschenswert und als Maßstab für eine bedarfsgerechte Versorgung.[117] Es wird davon ausgegangen, dass die vorhandene Kapazität, also die baulich vorgehaltene Versorgungskapazität eines Krankenhauses, zu 15 Prozent schwankenden Ressourcenbedarfen unterworfen ist.

Ergebnisverbesserungspotenzial Bettenauslastung[1)]					
	Zusätzlich belegbare Betten	Zusätzliche Belegungstage	Day Mix Index	Landesbasisfallwert	Ergebnisverbesserungspotenzial
Klinikum Darmstadt	Die Bettenauslastung liegt im Jahr 2022 bereits über 85%.				Potenzial ausgeschöpft
Klinikum Frankfurt Höchst	131,73	48.082,29	0,150	3.826,61	27.634.997 Euro
Klinikum Fulda	111,21	40.590,82	0,173	3.826,61	26.825.804 Euro
Hochtaunus-Kliniken	4,57	1.669,76	0,144	3.826,61	923.104 Euro
Klinikum Kassel	74,47	27.183,05	0,169	3.826,61	17.586.519 Euro
Kliniken des Main-Taunus-Kreises	88,61	32.342,38	0,136	3.826,61	16.878.020 Euro
Sana Klinikum Offenbach[2)]	Angabe verweigert				
Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden[2)]	Angabe verweigert				
Summe					89.848.444 Euro

[1)] Berechnungsformel Bettenauslastung:

∆ Aktuell belegte Betten auf Basis durchschnittlicher Bettenauslastung zu möglichen belegten Betten auf Basis 85% Bettenauslastung * 365 (= zusätzliche Belegungstage) * Day Mix Index[118] * Landesbasisfallwert

[2)] In Offenbach am Main und Wiesbaden haben die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und keine Klinikdaten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 4.4).

Quelle: Angaben der Klinik, eigene Berechnung; Stand: 31. August 2023

Ansicht 36: Ergebnisverbesserungspotenzial Bettenauslastung

Bis auf das Klinikum Darmstadt wiesen alle Kliniken eine Bettenauslastung unterhalb des Schwellenwerts von 85 Prozent auf und verfügten dementsprechend über Ergebnisverbesserungspotenziale.

116 Die Berechnung der Potenziale basiert auf den physisch aufgestellten Betten und nicht auf den betriebsbereiten Betten, d.h. Betten die aufgrund ausreichend vorhandenem pflegerischem und ärztlichem Fachpersonal betrieben werden können.

117 20 Jahre Krankenhausstatistik, Statistisches Bundesamt (destatis), Wirtschaft und Statistik, Februar 2012, Seite 117, https://www.destatis.de/DE/Methoden/WISTA-Wirtschaft-und-Statistik/2012/02/20-jahre-krankenhausstatistik-022012.pdf?__blob=publicationFile; zuletzt aufgerufen am 17. Juli 2024

118 Der Day Mix Index (DMI) beschreibt den arithmetischen Mittelwert der Schwere der behandelten Krankenhausfälle (CMI) je Behandlungstag. Er wird berechnet, indem die Summe der effektiven Bewertungsrelationen aller abgerechneten Behandlungsfälle eines Krankenhauses (Case Mix) durch die Summe der Verweildauer dieser Fälle dividiert wird.

Die Potenziale für die Kliniken belaufen sich ohne das Sana Klinikum Offenbach und die Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden auf insgesamt 89,9 Millionen Euro. Bei den ausgewiesenen Potenzialen des Leistungsgeschehens handelt es sich um Umsatzpotenziale, die bei nahezu gleichbleibenden Kosten (exklusive variabler Fallkosten) zu einer Ergebnisverbesserung beitragen, da sie primär auf prozessuale Verbesserungen abzielen. Die variablen Kosten pro Fall umfassen hierbei die Kosten, die direkt mit der Patientenbehandlung verbunden sind und sich mit der Anzahl der behandelten Patienten verändern (zum Beispiel Medikamente, Verbrauchsmaterialien wie Spritzen, Verbände, Katheter, Labortests, Kosten für Röntgenbilder etc.). In Hessen betrugen die Sachkosten je Behandlungsfall im Jahr 2022 im Mittel 2.929 Euro.[119]

Sollte sich der abzeichnende Trend der rückläufigen, postpandemischen stationären Fallzahlen verstetigen, ist kritisch zu prüfen, inwieweit Möglichkeiten bestehen die vorgehaltene Kapazität dem Trend anzupassen, oder die Kapazitäten für die hybride/ambulante Versorgung umzuwidmen.

Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass im Rahmen der geplanten Krankenhausreform durch das Wegbrechen anderer an der Versorgung teilnehmender Häuser, kurzfristig mit einer verstärkten Nachfrage von Leistungskapazitäten zu rechnen ist. Die durch das Krankenhausmanagement steuerbare Einflussnahme liegt insofern bei der Entscheidung, inwieweit mittelfristig nicht mehr benötigte Kapazitätsvorhaltungen rückgeführt werden können.

Solange die Kapazitätsvorhaltung uneingeschränkt beibehalten wird, sind die von 85 Prozent nach unten abweichenden Nutzungsgrade als wirtschaftliches Potenzial zu bewerten.[120] Allerdings sollte dieses Potenzial vorsichtig interpretiert werden. Zum einen ist im Betrachtungszeitraum eine globale Abnahme der Patientenzahlen in Krankenhäusern im stationären Bereich zu erkennen, zum anderen ist in vielen Kliniken eine höhere Bettenauslastung mit den aktuell verfügbaren Pflegekräften nur bedingt umsetzbar.

119 Statistisches Bundesamt, Statistischer Bericht – Kostennachweis der Krankenhäuser 2022, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-kostennachweis-krankenhaeuser-2120630227005.html, zuletzt aufgerufen am 27. September 2024

120 Bei der Hebung dieses wirtschaftlichen Potenzials ist zu beachten, dass unter Berücksichtigung des Fixkostendegressionsabschlages (FDA) in Höhe von 35 Prozent bei zusätzlichen Leistungen zunächst von erhöhten zusätzlichen Kosten (Sach- und anteilige Personalkosten) ausgegangen werden muss und das effektive Ergebnisverbesserungspotenzial zunächst kleiner ist als das ausgewiesene Gesamtpotenzial. Erst mittelfristig reduziert sich diese Kostenposition im Zuge der Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern.

Gesamtschau Ergebnis-verbesserungs-potenziale

Zusammenfassend zeigt sich, dass alle Kliniken ungenutzte Potenziale im Bereich der wirtschaftlichen und finanziellen Leistungsfähigkeit aufweisen.

Ergebnisverbesserungspotenziale[1] der Kliniken					
	Potenziale der wirtschaftlichen und finanziellen Leistungsfähigkeit		Potenziale des Leistungsgeschehens		
	Pflege-budget	Medizinischer Dienst	Verweildauer-Steuerung	Betten-Auslastung	Summe
	in T€				
Klinikum Darmstadt	Potenzial ausgeschöpft	Potenzial ausgeschöpft	6.048	Potenzial ausgeschöpft	6.048
Klinikum Frankfurt Höchst	Potenzial ausgeschöpft	622	10.678	27.635	38.935
Klinikum Fulda	1.066	1.128	9.726	26.826	38.746
Hochtaunus-Kliniken	Potenzial ausgeschöpft	631	3.357	923	4.911
Klinikum Kassel	Potenzial ausgeschöpft	4.479	12.768	17.587	34.834
Kliniken des Main-Taunus-Kreises	Potenzial ausgeschöpft	938	3.482	16.878	21.298
Sana Klinikum Offenbach	Angabe verweigert				-
Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden	Angabe verweigert				-
Summe	1.066	7.798	46.059	89.849	144.772

[1] Basierend auf dem Status quo der Kliniken und den darauf aufbauenden Empfehlungen der Überörtlichen Prüfung, wurden für jede Klinik im Vergleichsring kurz- bis mittelfristige Ergebnisverbesserungspotenziale identifiziert. Die Potenziale der wirtschaftlichen und finanziellen Leistungsfähigkeit (Pflegebudgetverhandlungen sowie Prüfquoten Medizinischer Dienst) sind hierbei in der Regel in einem kurzfristigen Zeithorizont (1 - 2 Jahre) realisierbar; die Potenziale des Leistungsgeschehens, die eine fachabteilungsspezifische Betrachtung bedingen, in einem mittelfristigen Zeitraum (3 - 5 Jahre).
Quelle: Angaben der Klinik, eigene Berechnung; Stand: 31. August 2023

Ansicht 37: Ergebnisverbesserungspotenziale der Kliniken

Im Bereich des MD-Prüfgeschehens besteht ein Effizienzpotenzial bei der Steuerung der Positivquote über den Schwellenwert von 60 Prozent. Damit wird ein Absenken der MD-Prüfquote auf maximal fünf Prozent der stationären Krankenhausfälle erreicht. Der daraus resultierende geringere Forderungsverlust wird als Erlöspotenzial errechnet und beträgt in Summe 7,8 Millionen Euro. Im Bereich der Pflegebudgetverhandlungen mit den Kostenträgern gestaltet sich der Prozess für die Kliniken komplex und zeitaufwändig. Damit repräsentieren die Kliniken den bundesweiten Trend. Langfristig wird empfohlen, die Verhandlungsposition der Kliniken gegenüber den Kostenträgern zu stärken, um die regulatorischen Rahmenbedingungen im Bereich des Pflegebudgets besser auszuschöpfen. Lediglich das Klinikum Fulda verfügte hier über ein Potenzial in Höhe von 1,1 Millionen Euro, das auf Grundlage der tatsächlichen jährlichen Tarifsteigerungen in der Pflege beruht. Im Jahr 2021 bestand in Fulda ein negativer Tarifeffekt in der Verhandlungshöhe des Budgets, obwohl die Tariflöhne

im betreffenden Zeitraum zwischen 0,96 Prozent und 2,85 Prozent gestiegen sind.[121]

Im Bereich der Verweildauersteuerung wurden in allen Kliniken Potenziale ermittelt; gleiches gilt mit Ausnahme des Klinikums Darmstadt auch für die Bettenauslastung. Mit einer optimierten, effizienteren Steuerung der Patienten könnten im Jahr 2022 in Summe rund 135,9 Millionen Euro Ergebnispotenziale klinikübergreifend gehoben werden.

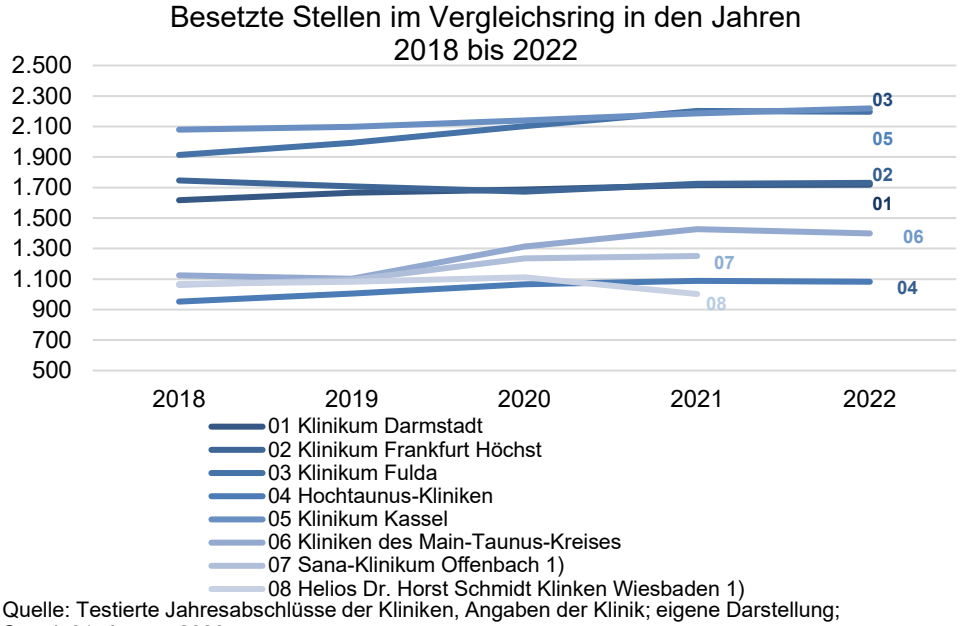
5.4 Personal

Personalkosten machten in Deutschland im Jahr 2022 rund 61 Prozent des Gesamtaufwands der Krankenhäuser aus.[122] Die Vorgaben des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) verpflichten ab 2018 die Kliniken, Pflegekräfte in definierter Qualität und Quantität vorzuhalten, um die Leistungserbringung zu ermöglichen. Vor diesem Hintergrund wurden im Folgenden beleuchtet:

- Betreuungsquote: Pflegekraft (VZÄ) pro Bett,
- Altersstruktur / Demografie,
- Ausbildungsquote,
- Arbeitnehmerüberlassungen und
- Personalentwicklungskonzept.

Betreuungsquote

Die Betreuungsquote definiert, wie viele Pflegende einen Patienten versorgen. Internationale wissenschaftliche Studien belegen, dass durch den Einsatz von mehr Pflegepersonal das Behandlungsergebnis verbessert werden kann.[123] Nachfolgend wird analysiert, wie die Stellenpläne der Kliniken besetzt wurden und welche Betreuungsquote sich damit realisieren ließ.



Quelle: Testierte Jahresabschlüsse der Kliniken, Angaben der Klinik; eigene Darstellung; Stand: 31. August 2023

121 Archiv der Entgelttabellen TVöD/VKA, Öffentlicher Dienst, zuletzt aufgerufen am 13. Juni 2023

122 Statistisches Bundesamt, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/kosten-krankenhaeuser-bl.html, zuletzt aufgerufen am 8. Januar 2024

123 Krankenhausreport 2023, https://www.springermedizin.de/pflegeintensitaet-und-pflegesensitive-ergebnisindikatoren-in-deu/25804964, Seite 69; aufgerufen am 8. Januar 2024

[1)] In Offenbach am Main und Wiesbaden haben die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und keine Klinikdaten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 4.4). Da die Mitwirkung an der Prüfung verweigert wurde, werden hier nur die öffentlich zugänglichen Daten dargestellt.

Ansicht 38: Besetzte Stellen im Vergleichsring in den Jahren 2018 bis 2022

Die Mehrzahl der Kliniken steigerten in den Berichtsjahren die Anzahl ihrer besetzten Stellen. Der Median aller Häuser stieg in den Berichtsjahren von 1.682 auf 1.724 besetzte Stellen. Lediglich die HSK Wiesbaden hatten 2021 eine geringere Personalausstattung als im Jahr 2018. Ansicht 39 zeigt die Pflegequote als Anzahl Pflegekräfte (VZÄ) pro Bett.

Pflegekraft (VZÄ) pro Bett im Vergleichsring in den Jahren 2018 bis 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Klinikum Darmstadt	0,69	0,77	0,82	0,88	0,97
Klinikum Frankfurt Höchst	0,67	0,68	0,69	0,72	0,74
Klinikum Fulda	0,63	0,73	0,83	0,86	0,86
Hochtaunus-Kliniken	0,61	0,67	0,75	0,76	0,73
Klinikum Kassel	0,82	0,85	0,90	0,94	0,96
Kliniken des Main-Taunus-Kreises	0,69	0,63	0,65	0,68	0,64
Sana Klinikum Offenbach[1)]	0,76	0,83	1,03	1,08	A.v.
Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden[1)]	0,70	0,73	0,92	0,93	A.v.

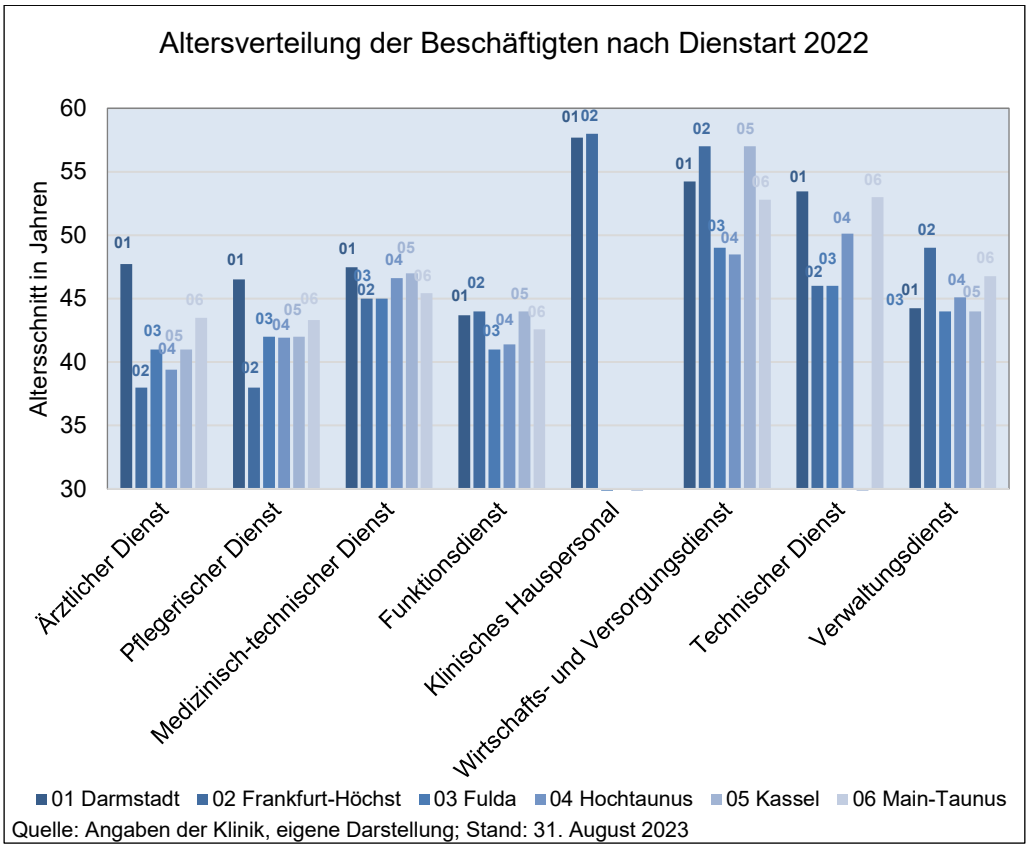
A.v. = Angabe verweigert
[1)] In Offenbach am Main und Wiesbaden haben die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und keine Klinikdaten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 4.4). Da die Mitwirkung an der Prüfung verweigert wurde, werden hier nur die öffentlich zugänglichen Daten dargestellt.
Quelle: Angaben der Klinik, eigene Berechnung; Stand: 31. August 2023

Ansicht 39: Pflegekraft (VZÄ) pro Bett im Vergleichsring in den Jahren 2018 bis 2022

Das Verhältnis der Pflegekräfte (VZÄ) pro Bett stieg in allen Häusern bis auf die Kliniken des Main-Taunus-Kreises. Der Median lag bei 2018 bei 0,69 VZÄ pro Bett und steigerte sich bis 2021 auf 0,87 VZÄ pro Bett.

Für die Kliniken Offenbach und Wiesbaden lagen für das Jahr 2022 zum Erhebungszeitpunkt noch keine öffentlich verfügbaren Daten vor.

Inwieweit sich bei den Kliniken bereits heute der demografiebedingte künftige Fachkräftemangel identifizieren lässt, ergibt sich aus der nachfolgenden Analyse der Altersverteilung der Beschäftigten nach Dienstart.



Quelle: Angaben der Klinik, eigene Darstellung; Stand: 31. August 2023

[1)] In Offenbach am Main und Wiesbaden haben die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und keine Klinikdaten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 4.4).
Die Dienstarten Klinisches Hauspersonal und Technischer Dienst lagen nicht in allen Häusern vor, da sie teilweise oder vollständig in Servicegesellschaften ausgegliedert waren. Dazu gehören beispielsweise Reinigungs- oder Transportdienste.

Ansicht 40: Altersverteilung der Beschäftigten nach Dienstart im Vergleichsring für das Jahr 2022

Altersstruktur / Demografie

Die Dienstarten, die bereits heute in allen Kliniken eine relative Überalterung aufweisen, sind die Beschäftigten in den Bereichen Wirtschaft, Versorgung und Administration. Hier sind die Kliniken gefordert, dem sich abzeichnenden Bedarf frühzeitig zu begegnen. Dies kann sowohl durch Optimierungsmaßnahmen wie Prozessdigitalisierung als auch durch gezielte Personalrekrutierung oder Aus-, Fort- und Weiterbildung erfolgen. Weitere Möglichkeiten ergeben sich durch flexible Arbeitszeitmodelle (wie Teilzeit, Gleitzeit und Homeoffice-Möglichkeiten), Kooperationen mit Bildungseinrichtungen oder dem Zusammenschluss oder der Zusammenarbeit mit anderen Kliniken in diesen Bereichen. Sinnvolle Synergieeffekte lassen sich beispielsweise durch sogenannte Shared Service Center realisieren oder durch die Zusammenarbeit im Bereich der Buchhaltung, des Einkaufs und des Controllings.

Ausbildungsquote

Um den gesetzlichen Strukturvorgaben des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) gerecht zu werden, sind die Kliniken verstärkt gefordert, Nachwuchskräfte in der Pflege selbst auszubilden. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Ausbildungsquote im Pflegedienst.

Ausbildungsquote in der Pflege (Köpfe pro VZÄ im Pflegedienst)					
	2018	2019	2020	2021	2022
	in Relation Köpfe (Auszubildende Pflege) pro VZÄ Pflege				
Klinikum Darmstadt	23,1 %	21,3 %	19,1 %	17,3 %	20,5 %
Klinikum Frankfurt Höchst	24,8 %	25,1 %	25,3 %	23,7 %	20,9 %
Klinikum Fulda	21,8 %	19,2 %	21,5 %	18,4 %	16,6 %
Hochtaunus-Kliniken	30,1 %	30,8 %	36,0 %	27,0 %	26,6 %
Klinikum Kassel	24,8 %	24,6 %	23,9 %	25,2 %	25,2 %
Kliniken des Main-Taunus-Kreises	16,7 %	18,1 %	17,3 %	15,6 %	28,2 %
Sana Klinikum Offenbach[1)]	Angabe verweigert				
Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden[1)]	Angabe verweigert				

[1)] In Offenbach am Main und Wiesbaden haben die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und keine Klinikdaten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 4.4).
Quelle: Angaben der Klinik, eigene Berechnung; Stand: 31. August 2023

Ansicht 41: Ausbildungsquote in der Pflege (Köpfe pro VZÄ im Pflegedienst)

Die Ausbildungsquote in der Pflege sank im Berichtszeitraum in der Mehrzahl der Häuser und lag 2022 zwischen 16,6 Prozent und 28,2 Prozent. Insbesondere in der Pflege berichteten die Häuser des Vergleichsrings von Schwierigkeiten, Ausbildungsplätze zu besetzen. Um die Besetzung offener Stellen zu fördern, sind die Krankenhäuser angehalten, attraktive Arbeitsbedingungen zu schaffen, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zu schaffen und ihre Rekrutierungsstrategien zu überdenken[124]. Durch die Kombination dieser Maßnahmen kann ein Krankenhaus seine Attraktivität als Arbeitgeber erhöhen und die Chancen verbessern, unbesetzte Stellen in der Pflege zu besetzen.

Arbeitnehmerüberlassung

Im Krankenhaussektor spielt der Einsatz von Fremdpersonal (Leiharbeit) durch Leiharbeitsunternehmen eine wichtige Rolle, um den Betrieb aufrechtzuerhalten und auf schwankende Anforderungen zu reagieren. Fremdpersonal wird oft in Bereichen eingesetzt, in denen ein temporärer Bedarf besteht und mögliche Bettensperrungen aufgrund der Pflegepersonaluntergrenzen drohen oder spezielle Fähigkeiten benötigt werden. Dies ermöglicht es den Krankenhäusern, flexibel auf Personalengpässe zu reagieren und gleichzeitig die Qualität der Patientenversorgung aufrechtzuerhalten.

Gemäß einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) haben 93 Prozent aller Krankenhäuser im Jahr 2022 Zeitarbeitskräfte in der Pflege beschäftigt und hätten ohne Leiharbeitskräfte die Patientenversorgung nicht (20

124 Beispiele für geeignete, mögliche Maßnahmen:

attraktive Arbeitsbedingungen: flexible Arbeitszeiten durch Mitarbeiterpool, wettbewerbsfähige Gehälter und Zusatzleistungen,

Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten: Bereitstellung von Schulungen, Fortbildungen und klaren Karrierepfaden, Mentoring-Programme,

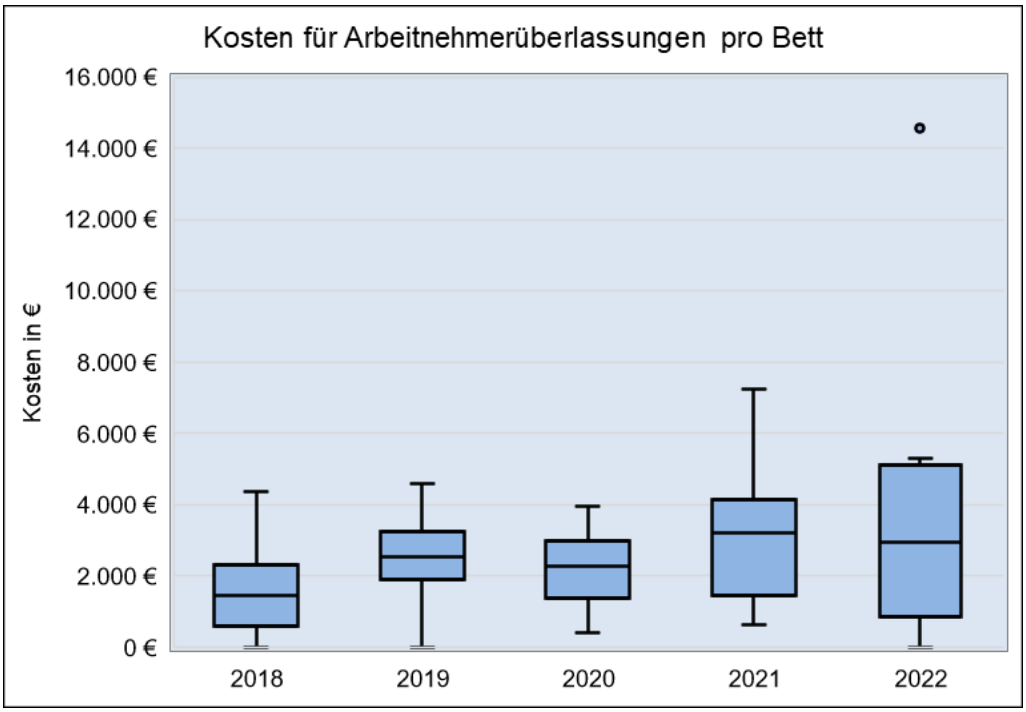
Rekrutierungsstrategien: Karrieremessen und Kooperationen, Mitarbeiterempfehlungsprogramme, Sprach- und Integrationsprogramme sowie Angebote für Schulpraktika und Informationsveranstaltungen.

Prozent) oder nur mit größeren Einschränkungen (73 Prozent) sicherstellen können.[125]

So setzten im Jahr 2020 die betroffenen Krankenhäuser im Durchschnitt 5,3 Vollzeitkräfte (VK) auf Allgemeinstationen und 4,6 VK auf Intensivstationen ein.[126]

Zeitarbeitskräfte sind zwar kurzfristig verfügbar. Das lassen sich die Zeitarbeitsfirmen allerdings auch entsprechend vergüten. Laut DKI waren die Personalkosten im Jahr 2022 für Angestellte von Zeitarbeitsfirmen im Durchschnitt um 92 Prozent höher pro Krankenhaus als für eigene Mitarbeitende in ähnlichen Positionen. Diese zusätzlichen Ausgaben im Pflegedienst werden zudem nicht vollständig über das Pflegebudget erstattet.[127]

Nachfolgend werden die Kosten für Arbeitnehmerüberlassungen pro Bett dargestellt.



Anmerkung: In Offenbach am Main und Wiesbaden haben die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und keine Klinikdaten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 4.4).
Quelle: Angaben der Klinik, eigene Berechnung; Stand: 31. August 2023

Ansicht 42: Kosten für Arbeitnehmerüberlassungen pro Bett

Die Kosten für Arbeitnehmerüberlassungen pro Bett zeigten von 2018 bis 2022 eine zunehmende Varianz (Streuung um den Mittelwert), wobei sich die Kosten im Jahr 2022 beim Großteil der Krankenhäuser zwischen einer und fünf Millionen Euro bewegten. In Summe wiesen die Häuser des Vergleichsrings (ohne Offenbach und Wiesbaden) in den Jahren 2018 bis 2022 Kosten in Höhe von

125 DKI Blitzumfrage: Leiharbeit im Krankenhaus, Deutsches Krankenhaus Institut, https://www.dki.de/forschungsprojekt/dki-blitzumfrage-leiharbeit-im-krankenhaus, zuletzt aufgerufen am 19. März 2024

126 Krankenhaus Barometer Umfrage 2021, Deutsche Krankenhausinstitut (DKI), https://www.dki.de/fileadmin/forschungsberichte/20211221_Final_KH-Barometer-komprimiert.pdf, zuletzt aufgerufen am 18. Juli 2024

127 Negative Auswirkungen der Leiharbeit überwiegen, kma Online, https://www.kma-online.de/aktuelles/klinik-news/detail/negative-auswirkungen-der-leiharbeit-ueberwiegen-49401, zuletzt aufgerufen am 19. März 2024

67,1 Millionen Euro für Zeitarbeitskräfte auf. Bezogen auf die gesamten Personalaufwendungen im Jahr 2022 betrug der Anteil der Kosten für Zeitarbeit 2,3 Prozent.

Angepasste Personalstrategien sind nötig, um langfristig den Bedarf an den benötigten Fähigkeiten, Profilen und Qualifikationen decken zu können und die medizinische Versorgung sicherzustellen. In den vergangenen Jahren wurde dies zu einer der größten strategischen Herausforderungen für Krankenhäuser.

Die Häuser des Vergleichsrings haben unterschiedliche Strategien entwickelt, um mehr Personal anzuwerben. Zu den Instrumenten der Personalgewinnung gehörten insbesondere, Recruiting-Agenturen zu beauftragen, Prämien für Neueingestellte zu zahlen, geeignete Personen direkt anzusprechen und in vielen Fällen die Arbeitnehmerüberlassung (Leiharbeit) zu nutzen.

Die Erfahrungen der Kliniken Kassel, Frankfurt Höchst, Main-Taunus und Hochtaunus mit Social Media Marketing sind ermutigend und als Positivbeispiele hervorzuheben. Ansicht 43 zeigt ein Beispiel auf Basis eines Berichts zur Arbeit als Gesundheits- und Krankenpflegekraft am Krankenhaus Bad Arolsen.

Quelle: „Darum Pflege“, Gesundheit Nordhessen AG, LinkedIn Post vom April 2024, https://de.linkedin.com/posts/klinikum-kassel-gmbh_badarolsen-pflegeistmehr-gnh-activity-7182989260449316864-4daY; zuletzt aufgerufen am 12. September 2024

Ansicht 43: Social Media Kampagne vom Klinikum Kassel

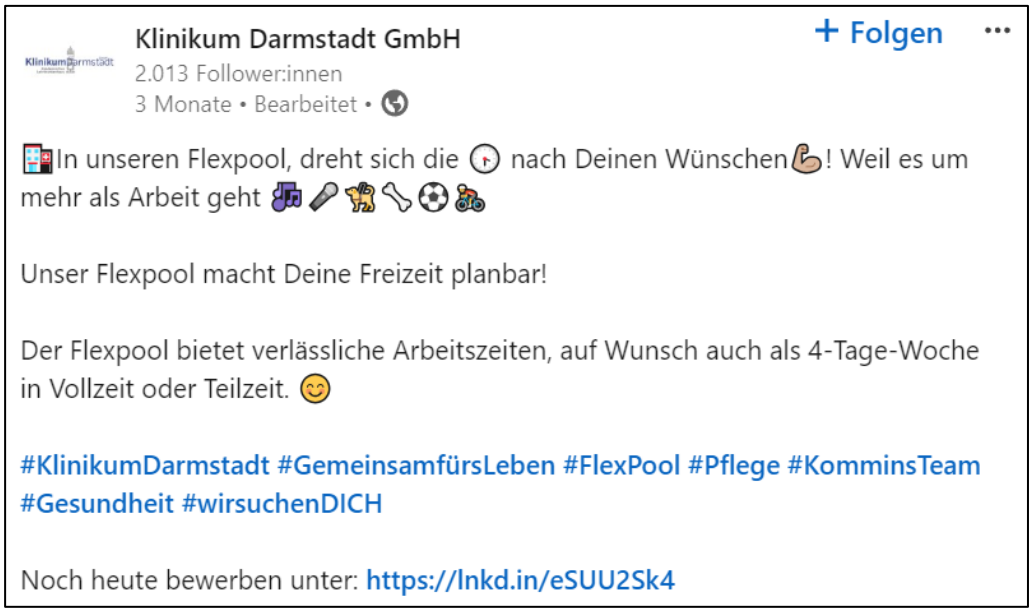
Weitere positive Beispiele für Personalmarketingaktivitäten sind, sich an öffentlichen Veranstaltungen wie Job-Messen oder Firmenläufen (Klinikum Frankfurt Höchst, Main-Taunus-Kliniken) oder Kampagnen für einzelne Berufsgruppen (gemeinsame Kampagne varisano intensiv des Klinikums Frankfurt Höchst und der Main-Taunus-Kliniken) zu beteiligen. Am Klinikum Kassel wurden positive Erfahrungen mit Traineeprogrammen und dem Aufbau eines Bewerberpools für Initiativbewerbungen gemacht. Um Auszubildende zu gewinnen, führte das Klinikum Frankfurt Höchst einen Aktionstag in Schulen durch. Hierbei wurden Klassenräume in einen OP oder Kreißsaal „umgebaut“. So konnten die Schüler einen Eindruck der Arbeit im Krankenhaus gewinnen.

Die Kliniken Frankfurt Höchst, Main-Taunus und Fulda rekrutierten ausländische Pflegekräfte und setzten Integrationsmanager ein, die den neuen Beschäftigten dabei helfen sollten, sich in Deutschland zurecht zu finden.

Die Pflegekräfte selbst wünschen sich eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie – Dienstpläne sollen sich stärker an individuellen Bedürfnissen orientieren.[128] Am Klinikum Darmstadt wurde – statt Leihpersonal zu beschäftigen - als kostensparende Alternative ein „Flexpool“ eingerichtet, der planbare und flexible Arbeitszeiten für einen Teil der Beschäftigten ermöglicht.

Eine Studie der Deutschen Krankenhausgesellschaft gab an, dass der Einsatz von Leiharbeitskräften im Vergleich zur eigenen Pflegekraft im Schnitt 20 bis 30 Prozent teurer sein kann.[129] Für ein Krankenhaus, das auf Leiharbeitskräfte verzichtet und stattdessen einen Flexpool aufbaut, sind die Einsparungen daher erheblich. Vorteile ergeben sich zudem aus besser kontrollierbaren Lohnkosten, einer verbesserten Mitarbeiterbindung (Flexpool-Mitarbeiter fühlen sich stärker mit dem Krankenhaus verbunden, was langfristig die Personalfluktuation reduzieren kann) und einer höheren Qualitätskontrolle. So haben Krankenhäuser mehr Einfluss auf die Schulung und Qualifikation ihrer Flexpool-Mitarbeiter im Vergleich zu Leiharbeitern.

Das Klinikum Darmstadt wirbt mit ihrem Flexpool-Modell aktiv in den Sozialen Medien für Bewerbungen im Bereich der Pflege.



Quelle: „Flexpool“, Klinikum Darmstadt GmbH, LinkedIn Post vom Juni 2024, https://www.linkedin.com/posts/klinikum-darmstadt-gmbh_klinikumdarmstadt-gemeinsamfaesrs-leben-flexpool-activity-7200856222353235970-8ksM?utm_source=share&utm_medium=member_desktop, zuletzt aufgerufen am 27. September 2024

Ansicht 44: Werbeanzeige für den Flexpool des Klinikums Darmstadt

Am Klinikum Kassel wurden in vielen Bereichen flexible Arbeitszeitmodelle und Wunschdienstpläne eingeführt. In den Hochtaunus-Kliniken wurde ab Januar 2024 erstmals die 4-Tage Woche etabliert – die Mitarbeiter können frei entscheiden, ob sie wie bisher fünf Tage oder neu vier Tage pro Woche arbeiten wollen. Auch hier ermöglicht ein „Flexpool“, alle Dienste abdecken zu können. Die Hochtaunus-Kliniken fügten sich mit dem Pilotprojekt in die Reihe weiterer Krankenhäuser ein, deren Beschäftigte an vier Wochentagen länger arbeiten

128 „Ich Pflege wieder, wenn …“, Hans Böckler Stiftung, Studie aus dem Jahr 2022, www.ich-pflege-wieder-wenn.de

129 Verbot als Ultima Ratio: Krankenhäuser fordern drastische Beschränkung der Pflege-Leiharbeit, Deutsche Krankenhausgesellschaft, https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/verbot-als-ultima-ratio-krankenhaeuser-fordern-drastische-beschraenkung-der-pflege-leiharbeit/, zuletzt aufgerufen am 27. September 2024

und dafür den fünften Tag frei haben. Vergleichbare Projekte wurden zum Beispiel bereits am Städtischen Klinikum Karlsruhe[130], am Klinikum Bielefeld[131] und am Klinikum Fürth (Mittelfranken)[132] eingeführt und durch mehrere Evaluierungsmaßnahmen begleitet. Das innovative Arbeitszeitmodell wurde überall beibehalten und Mitarbeitenden, für die die Vier-Tage-Woche nicht in Frage kommt, steht ergänzend weiterhin das gewohnte Modell zur Verfügung. Verbesserungen, die sich zeigten, waren vor allem in der Versorgungsqualität, der zeitintensiven Dokumentation, der Patientensicherheit sowie verringerten Anzahl an Krankmeldungen festzustellen. Diese Aspekte wurden bereits in einer großangelegten Studie in Großbritannien festgestellt, wobei die Produktivität von 2.900 Mitarbeitenden in 61 Unternehmen über sechs Monate analysiert wurde. Fast alle Unternehmen verzeichneten hier nicht nur eine Beibehaltung der Arbeitsleistung, sondern ebenfalls eine Steigerung der Produktivität.[133]

Quelle: „Gleiche Arbeit, mehr Freizeit? Hochtaunus-Kliniken führen Viertagewoche ein“, Hessenschau, Artikel vom 23. September 2023, https://www.hessenschau.de/gesellschaft/hochtaunus-kliniken-fuehren-die-viertagewoche-ein-v1,hochtaunus-kliniken-viertagewoche-100.html#:~:text=Die%20Hochtaunus%2DKliniken%20in%20Bad,Kritik%20gibt%20es%20aus%20Gewerkschaftskreisen., zuletzt aufgerufen am 27. September 2024

Ansicht 45: Hochtaunus-Kliniken führen als erstes Krankenhaus in Deutschland die Vier-Tage-Woche für alle Berufsgruppen ein

Die Überörtliche Prüfung empfiehlt, eine Flexibilisierung der Dienstplanung zu prüfen und ein jeweils passendes Standortkonzept zu entwickeln. Hier kann auch eine Vier-Tage-Woche für die Beschäftigten angedacht werden, da hierdurch eine bessere Arbeitszufriedenheit und Mitarbeiterbindung, höhere Produktivität und Effizienz, erhöhte Arbeitgeberattraktivität sowie verbesserte Patientenzufriedenheit erreicht werden kann, wie Studien zeigen.

130 Mehr Flexibilität für Sie, Klinikum Karlsruhe, https://www.klinikum-karlsruhe.de/beruf-karriere/unser-pilotprojekt-viertagewoche, zuletzt aufgerufen am 22. Juli 2024

131 Vier-Tage-Woche für Pflegekräfte: Etablierung beschlossen, Klinikum Bielefeld, https://newsroom.klinikumbielefeld.de/news-detail/vier-tage-woche-fuer-pflegekraefte-etabliert.html, zuletzt aufgerufen am 22. Juli 2024

132 Klinikum Fürth führt 4-Tage-Woche im OP ein, Klinikum Fürth, https://www.klinikum-fuerth.de/de/aktuelles/2023/10/4-tage-woche-op.php, zuletzt aufgerufen am 22. Juli 2024

133 Ist die 4-Tage-Woche die Zukunft der Pflege? Unboxing Healthcare, https://unboxing-healthcare.de/ist-die-4-tage-woche-die-zukunft-der-pflege, zuletzt aufgerufen am 22. Juli 2024

Personal-entwicklungskonzept

Zur Personalstrategie gehört neben dem Recruiting üblicherweise ein Personalentwicklungskonzept, das zusätzlich zu Ausbildungskonzepten auch die Entwicklung der Mitarbeitenden in ihrem Beruf beinhaltet. Dieses umfasst typischerweise alle Phasen der Beschäftigung von der Einarbeitung bis zur Sicherung des Wissenstransfers beim Ausscheiden. Keines der Häuser im Vergleichsring legte ein übergreifendes Personalentwicklungskonzept für alle Berufsgruppen vor. Die Kliniken Darmstadt, Fulda, Kassel legten Teile eines Personalentwicklungskonzepts wie beispielsweise Leitfäden zur Einarbeitung in verschiedenen Arbeitsbereichen oder Prozessanweisungen für Jahres-Mitarbeitergespräche vor.

Die Kliniken des Main-Taunus-Kreises und das Klinikum Frankfurt Höchst arbeiteten 2023 an einem Führungskräfteentwicklungsprogramm. Die Grundlage dafür lieferte die gemeinsame Entwicklung eines Führungsleitbilds durch Führungskräfte der Kliniken. In diesem Zuge wurde eine Matrix erarbeitet, die Erwartungen an unterschiedliche Karrierestufen und Berufsgruppen formuliert. Dieser Prozess ist als Positivbeispiel im Vergleichsring hervorzuheben.

Nur das Klinikum Darmstadt führte im Berichtszeitraum regelmäßige, themenübergreifende Mitarbeiterbefragungen durch. Die Beteiligung lag im Jahr 2019 bei 38 Prozent der Mitarbeiter. Im Klinikum Frankfurt Höchst und im Klinikum Kassel wurden Befragungen im Themenbereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements durchgeführt. Die Hochtaunus-Kliniken führten standardisiert Austritts-Befragungen durch. Regelmäßige Mitarbeiterbefragungen sind als Positivbeispiel zu bewerten und aus verschiedenen Gründen sinnvoll. So bieten sie den Krankenhäusern wertvolle Einblicke in die Wahrnehmung und Zufriedenheit der Mitarbeiter hinsichtlich der Unternehmensführung und -kultur. Dies hilft, Stärken und Schwächen zu identifizieren, gezielte Verbesserungen vorzunehmen und Mitarbeiter fühlen sich gehört und wertgeschätzt. Weiterhin verbessern regelmäßige Befragungen die Mitarbeiterzufriedenheit und -bindung und reduzieren in der Folge die Fluktuation.

Empfehlungen

Die Überörtliche Prüfung empfiehlt den Kliniken, ihre Anstrengungen in den Bereichen der Personalausbildung, -rekrutierung und -bindung zu intensivieren. Hierdurch werden die regelhaften Vorgaben des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) und damit die Zulassung zur Leistungserbringung sichergestellt und die Kosten der Arbeitnehmerüberlassung konsequent reduziert. Zudem könnte so dem demografiebedingten Ausscheiden von Mitarbeitenden frühzeitig begegnet werden.

Im Bereich der Pflege ist die Gewinnung von Fachkräften aus dem Ausland für die Krankenhäuser eine weitere Möglichkeit, um dem zunehmenden Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Die Anerkennung ausländischer Ausbildungsnachweise spielt hierbei eine zentrale Rolle, da sie die Integration qualifizierter Pflegekräfte in den deutschen Arbeitsmarkt erleichtert und sicherstellt, dass diese ihr Fachwissen und ihre Fähigkeiten vollumfänglich einbringen können. Durch eine gezielte Rekrutierung und die Anerkennung internationaler Qualifikationen können die Krankenhäuser ihre Personalengpässe effektiv lindern und die Qualität der Patientenversorgung aufrechterhalten. Die Häuser sollten enge Partnerschaften mit den zuständigen Anerkennungsbehörden etablieren, spezielle interne Ansprechpartner benennen, Partnerschaften mit Sprachschulen eingehen sowie entsprechende vorbereitende Schulungen organisieren, um die Fachkräfte entsprechend vorzubereiten.

Der Einsatz von Arbeitnehmerüberlassungen sollte von den Häusern kritisch hinterfragt und vorzugsweise auf die Fachabteilungen konzentriert werden, in denen das Kosten-Nutzen Verhältnis rentabler gestaltet werden kann.

Insbesondere im Bereich der Pflege und des Funktionsdienstes sollten Arbeitnehmerüberlassungen reduziert werden, da die Kosten für Leiharbeit und

Fremdpersonal im Rahmen des Pflegebudgets nur bis zur Höhe des Tariflohns vergütet werden.

Im Bereich der Personalausbildung empfiehlt die Überörtliche Prüfung, die Ausbildungsquoten zu erhöhen und im Bereich der Personalrekrutierung innovative Personalrekrutierungsstrategien zu beschreiten. Hierzu gehören insbesondere Social-Media-Aktivitäten und Employer Branding Maßnahmen (wie das Teilen von Mitarbeitergeschichten, Mitarbeiterempfehlungsprogramme, ergonomische Arbeitsbedingungen).

Um die Personalbindung zu erhöhen, wird empfohlen, die von den Kliniken bereits umgesetzten Führungskräfteprogramme und Personalentwicklungsmaßnahmen zu einer integrierten Personalmanagementstrategie weiterzuentwickeln.

Zudem empfiehlt die Überörtliche Prüfung den Häusern des Vergleichsrings, regelmäßig übergreifende Mitarbeiterbefragungen mit ausreichender Beteiligung umzusetzen, da sie der Geschäftsführung helfen, sowohl die Zufriedenheit und Produktivität der Mitarbeiter zu steigern als auch die Unternehmensführung und -prozesse kontinuierlich zu verbessern.

Abschließend ist den Häusern des Vergleichsrings zu empfehlen – insbesondere vor dem Hintergrund des zunehmenden Fachkräftemangels – gemeinsam eine übergreifende Personalstrategie zu entwickeln, voneinander zu lernen und zu profitieren. Die Träger sollten diese gemeinsamen Bemühungen unterstützen und im Sinne einer überregionalen Absprache fördern.

5.5 Organisation und Prozesse

Die strategische Planung für ein Krankenaus besteht grundsätzlich aus einer mittelfristigen und einer langfristigen Perspektive. Im Rahmen der Entwicklung einer strategischen Planung befasst sich die Krankenhausleitung mit der unmittelbaren operativen und strategischen Ausgangslage, zum Beispiel in Form einer SWOT-Analyse[134] und betrachtet die langfristigen gesellschaftlichen, wirtschaftlichen, demographischen, medizinischen, technischen und rechtlichen Trends und Entwicklungen. Dazu gehören aktuell insbesondere die Ambulantisierung, die geplante Reform des Gesundheitssystems und die rasante Entwicklung der technischen Möglichkeiten für ortsunabhängige Krankenversorgung (zum Beispiel Telemedizin, DiGA).[135] Darauf aufbauend wird ein übergreifendes Zielbild entwickelt, idealerweise unter Beteiligung der Führungskräfte. Vom Zielbild werden konkrete und umsetzbare Ziele abgeleitet, priorisiert und in eine zeitliche Abfolge (zum Beispiel in Form einer Roadmap) gebracht. Zentral ist die Festlegung eines dezidierten Budgets für die priorisierten Ziele und die Vereinbarung von Mess- und Zielgrößen, um den Fortschritt analysieren zu können. Eine Strategische Planung sollte regelmäßig, zum Beispiel einmal jährlich, auf den Prüfstand gestellt werden, um neue Entwicklungen berücksichtigen zu können.

134 Eine SWOT-Analyse ist ein Instrument der strategischen Planung, das Unternehmen oder Organisationen dabei hilft, ihre interne und externe Situation zu analysieren und fundierte Entscheidungen zu treffen. Die Abkürzung SWOT steht für: Strengths (Stärken), Weaknesses (Schwächen), Opportunities (Chancen) und Threats (Risiken).

135 Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) bezeichnen Medizinprodukte deren Hauptfunktion auf digitalen Technologien basiert und die von Krankenkassen erstattet werden

Die Hochtaunus-Kliniken, das Klinikum Kassel und das Klinikum Frankfurt Höchst verfügten über eine Mittelfristplanung, die meist auf den Vorjahreszahlen aufbaute und rollierend etwa drei bis zehn Jahre Planungsperspektive abdeckte. Dabei wurden im Allgemeinen Leistungs-, Kosten- und Personalzahlentwicklungen berücksichtigt und in Teilen neue Geschäftsfelder diskutiert.

Nur das Klinikum Fulda konnte eine Medizinstrategie oder Medizinische Entwicklungsplanung verschriftlicht vorlegen. Die Planung beleuchtet insbesondere die mittelfristige Leistungsentwicklung in den einzelnen Kliniken und dort vorhandene wesentliche operative Chancen und Risiken. Eine übergeordnete, langfristige Mission oder Strategie war nicht Teil der Entwicklungsplanung. Dennoch ist allein das Vorhandensein des Medizinkonzepts als auch dessen Weiterentwicklung auf den jährlich zweimal stattfindenden Führungskräftetagungen unter Beteiligung medizinischer Führungskräfte, Abteilungsleiter, Geschäftsbereichsleiter als Positivbeispiel im Vergleichsring hervorzuheben.

Derartige Treffen geben den Führungskräften die Gelegenheit, sich bereichs- und berufsgruppenübergreifend auszutauschen und gemeinsam an der Weiterentwicklung der Organisation zu arbeiten.

Das Klinikum Darmstadt verfügte als einziges Haus über eine Übersicht der Voraussetzungen und Anforderungen für Zertifizierungen, Richtlinien und Strukturabfragen des Gemeinsamen Bundesauschuss (GB-A) sowie OPS-Strukturvorgaben (Operationen- und Prozedurenschlüssel) des Medizinischen Dienstes Bund. Dadurch war das Klinikum Darmstadt in der Lage, frühzeitig Auswirkungen von Veränderungen wie zum Beispiel den Weggang von Schlüsselpersonal zu erkennen und nötige Maßnahmen wie eine beschleunigte Wiederbesetzung einzuleiten. Im Jahr 2022 wurde von der Geschäftsführung die Methode „Ziele und Resultate" eingeführt. Diese Methode soll den Veränderungsprozess des Klinikums begleiten und ist angelehnt an das Konzept „Objectives and Key Results (OKR)". Das Ziel ist, das Klinikum im Zusammenhang mit Digitalisierung, Ambulantisierung und bei dem Umzug in ein neues Gebäude zu unterstützen. Zudem soll die Methode die Kliniken befähigen, bestehende Prozesse zu harmonisieren sowie die verschiedenen Berufsgruppen interdisziplinär mit Entwicklungsthemen zu schulen. Hierbei legte die Geschäftsführung übergeordnete Ziele fest, die als Richtschnur für die Ziele der Kliniken und Bereiche gelten. Die Kliniken und Bereiche legten ihre eigenen Ziele fest, die von der Geschäftsführung bei Bedarf geringfügig geändert und schließlich bestätigt wurden (in der Regel hin zu einem geringeren Anspruch, um die Einrichtungen nicht zu überfordern). Ob die Ziele erreicht werden, wird im 3-Monatsrhythmus überprüft und neue Ziele vereinbart. Beispielhafte Ziele waren, den Case Mix Index, den Zielwert für die Auslastung von Wahlleistungszimmern, zu verbessern oder Vereinbarungen und Fristen besser einzuhalten.

Am Klinikum Kassel wurde 2019 mit externer Unterstützung eine Neuausrichtung unter dem Titel „Perspektive 2022“ gestartet, die operativen Verbesserungen, eine Leistungsoptimierung und eine medizinische sowie Investitionsstrategie zum Ziel hatte. Das Projekt „Perspektive 2022“ ist zu begrüßen und war im Berichtszeitraum im Vergleichsring einzigartig. Allerdings fehlte die übergeordnete strategische Berücksichtigung langfristiger Trends wie personalisierte Medizin, digitale / virtuelle Gesundheitsangebote oder Prävention. Zudem wurde ein Zielbild „GNH 2023“[136] entwickelt. In Workshops mit Führungskräften wurden strategische Handlungsfelder erarbeitet sowie Verantwortlichkeiten festgelegt.

136 GNH: Gesundheit Nordhessen

Alle Häuser des Vergleichsrings verfügten über Elemente einer strategischen Planung. Keine Klinik hatte jedoch eine übergreifende, kommunizier- und nachverfolgbare Strategie mit Zielbild, Roadmap, Ziel- und Messgrößen sowie Budget.

Die Überörtliche Prüfung empfiehlt den Kliniken, auf den bereits existierenden Elementen ihrer strategischen Planung aufzusetzen und sie um übergeordnete Trends und mögliche Veränderungen des Aufgabenportfolios zu ergänzen. Es wird empfohlen, den Aspekt der Kooperation und abgestimmten Leistungen stärker zu betonen. Durch eine intensivere Zusammenarbeit und Abstimmung der Leistungen können Kliniken ihre Effizienz signifikant steigern. Dies kann durch gemeinsame Nutzung von Ressourcen, den systematischen Austausch von besten Praktiken, eine gemeinsame Planung und Umsetzung von Interventionen erreicht werden. Jedes Haus sollte ein klar kommunizierbares Zukunftsbild entwickeln und eine nachprüfbare Zielverfolgung umsetzen. Teil der Strategie sollte auch eine Nachhaltigkeitsstrategie sein. Zudem sollte sichergestellt werden, dass die Umsetzung der Strategie mit den benötigten Ressourcen, inklusive der durch Kooperation freigesetzten Synergien, ermöglicht wird.

.

Internes Kontrollsystem, Einkauf und Interne Revision

Die Überörtliche Prüfung erachtet ein Internes Kontrollsystem (IKS) als elementar, um Schwächen in der Aufbau- und Ablauforganisation aufzudecken und bestehende Risiken zu verringern. Ein Internes Kontrollsystem umfasst systematisch gestaltete technische und organisatorische Regeln innerhalb eines Unternehmens mit der Zielsetzung, methodisch zu steuern und zu überwachen. Ziel ist es, Gesetzte und Richtlinien zu beachten und Schäden zu vermeiden.

Im Folgenden umfasst ein IKS folgende Aufgaben:

- Risiken werden bewertet: Anhand des IKS werden Unternehmensrisiken identifiziert und bewertet.
- Kontrollen werden etabliert: Definierte Kontrollen (organisatorisch, verfahrenstechnisch sowie technischer Art) ermöglichen, Risiken zu minimieren (prevent) beziehungsweise zu erkennen (detect).
- Kontrollen werden überwacht: Ein IKS stellt sicher, dass die eingerichteten Kontrollen funktionieren. Es wird regelmäßig überwacht, um sicherzustellen, dass die Kontrollen angemessen und wirksam sind.
- Fehler- und Betrugsprävention: Das IKS unterstützt die Beschäftigten dabei, Fehlern vorzubeugen sowie dolose Handlungen innerhalb des Unternehmens zu erkennen.
- Compliance: Ein IKS unterstützt das Unternehmen, gesetzliche und regulatorische Anforderungen einzuhalten.

Ein IKS unterstützt Unternehmen dabei, ihre Geschäftsprozesse zu optimieren, die Risiken zu minimieren und Regeln und Vorschriften einzuhalten, um das Vertrauen der Investoren und Kunden zu stärken. Deswegen war bereits in der 168. Vergleichenden Prüfung „Gesundheitswesen – Kliniken I“ das IKS ein Kernbestandteil der Prüfungshandlungen. Es wurde empfohlen, ein Compliance-Management-System zu implementieren. Zudem wurde für die Kliniken der Hochtaunus-Kliniken gGmbH empfohlen, quantitativen und qualitativen Wertegrenzen empfohlen, ab denen Schäden direkt an die Geschäftsführung gemeldet werden.

Im Rahmen der 240. Vergleichenden Prüfung „Gesundheitswesen – Kliniken II“ wurde beispielhaft am Einkaufsprozess geprüft, ob und wie das IKS umgesetzt war. Im Rahmen eines live „Prozess-Walkthroughs“[137] wurde eine „End-to-End“ Prüfung des Einkaufsprozesses, beginnend mit der Bedarfsanforderung bis hin zur Rechnungsstellung, durchgeführt. Dabei wurde der SOLL-Zustand (erwartete Kontrollen gemäß des IKS) sowie der tatsächlich vorgefundene IST-Zustand (beobachtete Kontrollen) des Einkaufsprozesses verifiziert.

Die erwarteten Kontrollen entsprachen Standardkontrollen im Einkaufsprozess und waren präventiv (Risikovermeidung) oder korrektiv gestaltet. Zu den präventiven Kontrollen zählen die Einholung von Vergleichsangeboten sowie die Prüfung und Freigaben vor dem Bestellvorgang. Korrektive Kontrollen beinhalten die Wareneingangskontrollen sowie der Abgleich von Bestellungen mit dem Wareneingang und der Rechnungsstellung. Besonderheiten entlang des Einkaufsprozesses der einzelnen Krankenhäuser wurden in der Prüfung berücksichtigt. Ansicht 46 zeigt die einzelnen Standardkontrollen im Einkaufsprozess.

[137] Prozess-Walkthrough: Ein Walk-Through Test ist ein systematisches Verfahren der Qualitätssicherung, bei dem die Beteiligten Schritt für Schritt einen Prozess überprüfen, um Fehler zu finden und Kontrollen zu identifizieren.

Übersicht der beobachteten Kontrollen im Einkaufsprozess								
Erwartete Kontrollen	Darmstadt	Frankfurt am Main	Fulda	Hoch-taunuskreis	Kassel	Main-Taunus-Kreis	Offenbach[1)]	Wies-baden[1)]
Prüfung der Bestellanforderung hinsichtlich Menge, Preis und Lieferfrist	✓	✓	✓	✓	●	✓	A.v.	A.v.
Vier-Augen-Prinzip sowie Freigabe-grenzen für alle Bestellanforder-ungen	✓	✓	⧅	✓	⧅	✓	A.v.	A.v.
Einholung von mindestens drei Vergleichsangebote für neue Artikel im Portfolio	✓	✓	✓	✓	⧅	✓	A.v.	A.v.
Prüfung und Auswertung der Vergleichsangebote unter Einhaltung des Vier-Augen-Prinzips	✓	✓	N/A	✓	✓	✓	A.v.	A.v.
Freigaberegelung für neue Lieferanten oder neue Artikel	✓	✓	✓	✓	✓	✓	A.v.	A.v.
Wareneingangs-kontrolle: Prüfung aller eingehenden Waren und Abgleich mit der Bestellung hinsichtlich Menge, sichtbare Schäden, Liefertermin und Vollständigkeit der Lieferpapiere vor der Warenein-gangsbuchung	✓	✓	✓	✓	✓	✓	A.v.	A.v.
Three-way-match: Abgleich Bestellung, Wareneingang und Rechnung	✓	✓	✓	✓	✓	✓	A.v.	A.v.

✓ = erfüllt; ⧅= teilweise erfüllt; ● = nicht erfüllt;
A.v. = Angabe verweigert
[1)] In Offenbach am Main und Wiesbaden haben die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und keine Klinikdaten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 4.4).
Quelle: Angaben der Kommunen, eigene Darstellung; Stand: 31. August 2023

Ansicht 46: Übersicht der beobachteten Kontrollen im Einkaufsprozess

Die Kliniken Darmstadt, Frankfurt am Main, Hochtaunus und Main-Taunus haten entsprechende Kontrollen zu kritischen beziehungsweise risikobehafteten Prozessschritten ausgestaltet. Kontrollen konnten in Form von dokumentierten Freigaben sowie transparenten, nachvollziehbaren Prozessschritten nachgewiesen werden. Durch Vier-Augen-Kontrollen an risikoreichen Schnittstellen konnte das Risiko doloser Handlungen abgeschwächt werden. Durch die Kontrollen konnten vorhandene Risiken angemessen adressiert und damit minimiert werden.

Der „Prozess-Walkthrough“ des Einkaufsprozesses des Klinikums Kassel zeigte, dass Bestellanforderungen nicht hinsichtlich Menge, Preis und Lieferfrist

überprüft wurden. Ein Vier-Augen-Prinzip sowie Freigabegrenzen für alle Bestellanforderungen waren nur teilweise erfüllt. Die beanstandeten Punkte wiesen auf Mängel im IKS hin.

Auch für das Klinikum Fulda waren ein Vier-Augen-Prinzip sowie Freigabegrenzen für alle Bestellanforderungen nur teilweise gegeben. Eine Bestellung erfolgte durch die Beschaffungs-Abteilung im Vier-Augen-Prinzip, jedoch nicht auf den Stationen.

Die Einkaufsprozesse in den Kliniken Offenbach und Wiesbaden konnten nicht geprüft werden, da beide Kliniken die Mitwirkung an der Prüfung verweigerten.

Insgesamt waren die Einkaufsprozesse in den geprüften Krankenhäusern und Kliniken größtenteils systemgestützt und transparent gestaltet. Freigaberegelungen waren etabliert. Kritische Prozessschritte wurden durch zusätzliche Kontrollen sowie dokumentierten Nachweisen reduziert.

Die Überörtliche Prüfung empfiehlt, auf definierte Freigabegrenzen sowie Freigaben im Vier-Augen-Prinzip im Rahmen von Bestellanforderungen zu achten. Anhand dokumentierter Freigaben im Vier-Augen-Prinzip können etwaige Fehler frühzeitig erkannt werden. Zudem wird das Risiko von dolosen Handlungen minimiert. Unterstützend können standardisierte Prozessbeschreibungen und Checklisten zu einem reibungslosen Arbeitsablauf beitragen.

Compliance Management System

Hinsichtlich der Umsetzung eines Compliance Management Systems[138] (Empfehlung der ersten Klinikprüfung) konnte folgendes beobachtet werden:

Im Klinikum Kassel war ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement für Patienten eingerichtet. Die Rahmenbedingungen für die weitere Umsetzung und Implementierung eines Compliance Management Systems wurden damit im Juni 2023 für das Klinikum Kassel sowie den weiteren Tochtergesellschaften der GNH AG geschaffen. In Frankfurt wurde durch den varisano Verbund eine Vielzahl an Compliance Prozessen eingeführt und ein entsprechendes Compliance Handbuch aufgesetzt. Jedoch war eine Verknüpfung der einzelnen Prozesse in ein umfassendes Compliance-Management-System, die den Anforderungen des Instituts der Wirtschaftsprüfer (IDW) mit dem Prüfstandard 980[139] entspricht, nicht gegeben

Die Überörtliche Prüfung empfiehlt, die Umsetzung des Compliance-Management-Systems weiter voranzutreiben. Die Anforderungen gemäß des Prüfstandards 980 des Instituts der Wirtschaftsprüfer (IDW) sollte entsprechend berücksichtigt werden.

Prüfung der internen Revision

Im Rahmen der 240. Vergleichenden Prüfung wurden Interviews mit der Internen Revision in den jeweiligen Krankenhäusern durchgeführt.[140] Ziel dieser Gespräche war, ein Verständnis der Aufbau- und Ablauforganisation der internen Revision zu erlangen. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick der geprüften Revisionsabteilungen.

138 Compliance Management System (CMS): Teil des unternehmensweiten Risikomanagements, der auf die Einhaltung von Regeln im Unternehmen ausgerichtet ist)

139 https://www.idw.de/IDW/IDW-Verlautbarungen/IDW-PS/IDW-EPS-980-nF-10-2021.pdf (zuletzt aufgerufen am 12. September 2024)

140 Ausgenommen die Interne Revision der Hochtaunus-Klinik GmbH, die zum Zeitpunkt der örtlichen Erhebung personell nicht besetzt war.

Übersicht der geprüften Revisionsabteilungen					
	Organisationseinheit	Personelle Ausstattung (VZÄ)	Verantwortungsbereich	Zahl der Prüfungen pro Jahr	Einsatz von Revisionssoftware?
Klinikum Darmstadt	Stabsstelle	0,5		5	nein
varisano GmbH	Angesiedelt beim Rechtsamt / Einkauf	N/A	Main-Taunus-Kreis Höchst	3	nein
Klinikum Fulda	Geplant als Stabsstelle; derzeit beim Rechtsamt angesiedelt	0,75	Klinikum Fulda MVZ Osthessen	5-6	nein
Gesundheit Nordhessen Holding AG	Abteilung innerhalb der GNH AG, Team Corporate Governance	2	Alle Einrichtungen sowie Tochtergesellschaften der GNH	7-8	ja
Hochtaunus-Kliniken GmbH	Der Ansprechpartner der Internen Revision war zum Zeitpunkt der örtlichen Erhebung nicht verfügbar. Eine Vertretung war nicht benannt. Eine Prüfung im Rahmen der örtlichen Erhebung konnte nicht durchgeführt werden.				
Quelle: Angaben der Kliniken, eigene Darstellung; Stand: 31. August 2023					

Ansicht 47: Übersicht der geprüften Revisionsabteilungen

Die Interne Revision des Klinikums Darmstadt umfasste eine Teilzeit-Stelle (0,5 VZÄ) und war organisatorisch als Stabsstelle bei der Geschäftsführung angesiedelt. Die interne Revision wurde ausschließlich über die Geschäftsführung beauftragt. Die Jahresplanung der internen Revision erfolgte in Abstimmung mit der Geschäftsführung, wurde jeweils bis zum Jahresende für das darauffolgende Jahr fertiggestellt und von der Geschäftsführung freigegeben. Insgesamt wurden pro Jahr etwa fünf bis sechs Prüfungen durchgeführt.

Die Interne Revision der Kliniken des Main-Taunus-Kreises umfasste zwei Mitarbeiter. Revisionsprüfungen wurden von externen Dienstleistern durchgeführt, die durch die Geschäftsführung beauftragt wurden. Um alle potenziellen Risiken und Prüffelder angemessen zu adressieren, empfiehlt die Überörtliche Prüfung, ad-hoc Prüfungen in der Jahresplanung zu berücksichtigen.

Die Interne Revision des Klinikums Fulda umfasste eine Teilzeit-Stelle und war zum Zeitpunkt der Prüfung beim Rechtsamt angesiedelt. Nach Aussage war die Abteilung jedoch als Stabsstelle geplant und soll im Rahmen einer Umstrukturierung zum Ende des Jahres 2024 wieder als solche dargestellt werden. Insgesamt wurden pro Jahr etwa fünf bis sechs Prüfungen durchgeführt.

Die Interne Revision der Gesundheit Nordhessen Holding AG (GNH) nahm mit zwei Vollzeitäquivalenten die Funktion der Innenrevision des Klinikum Kassels wahr und war dem Team „Corporate Governance“[141] zugeordnet.

Insgesamt konnte im Vergleich zur ersten Klinikprüfung eine Verbesserung der internen Prozesse hinsichtlich Planung und Dokumentation festgehalten werden. Positivbeispiele sind das Klinikum Darmstadt und die Kliniken des Main-Taunus-Kreises. In Darmstadt erfolgte eine jährliche Prüfungsplanung in enger

[141] Grundsätze der Unternehmensführung

Abstimmung und Freigabe durch die Geschäftsleitung. Im Main-Taunus-Kreis wurde gemäß Empfehlung ein IKS-Handbuch eingeführt. Zudem wurde das Berichtswesen standardisiert.

Generell sollte eine Interne Revisionsabteilung eines Krankenhauses über ausreichend personelle Ressourcen verfügen, um die notwendigen Prüfungen durchführen und einen angemessenen jährlichen Prüfplan umsetzen zu können. Bei Planung der personellen Ausstattung sind zudem die Größe des Krankenhauses, die Komplexität der Abteilungen und Bereiche sowie die Anforderungen regulatorischer Vorgaben zu berücksichtigen.

Die Prüfung der Prozesse der Internen Revision der Hochtaunus-Kliniken konnte aus personellen Gründen nicht durchgeführt werden. Die Überörtliche Prüfung empfiehlt, einen Stellvertreter für die Interne Revision zu benennen. Der Revisionsbetrieb sollte auch bei längerfristigen Personalausfällen aufrecht erhalten bleiben. Organisatorische Maßnahmen wie Datenzugriffe oder Unterstützung zur Einarbeitung sowie bei Fragestellungen im Tagesgeschäft sollten entsprechend eingerichtet werden.

5.6 COVID-19-Pandemiegeschehen

Das damalige Hessische Ministerium für Soziales und Integration bestimmte auf Grundlage der gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie und zur Steuerung der Patientenströme, analog zur hessischen Krankenhausplanung, sechs definierte Versorgungsgebiete und sechs sogenannte koordinierende Krankenhäuser. Die sechs Versorgungsgebiete (VG) und die zuständigen koordinierenden Krankenhäuser stellten sich wie folgt dar:

Stationäre Versorgungsstruktur während der COVID-19-Pandemie in Hessen		
	Name Versorgungsgebiet	Koordinierendes Krankenhaus
VG 1	Kassel	Klinikum Kassel
VG 2	Fulda-Bad Hersfeld	Klinikum Fulda
VG 3	Gießen-Marburg	Universitätsklinikum Gießen-Marburg
VG 4	Frankfurt-Offenbach	Universitätsklinikum Frankfurt
VG 5	Wiesbaden-Limburg	Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden[1)]
VG 6	Darmstadt	Klinikum Darmstadt

[1)] In Wiesbaden hat der private Träger Helios einer Offenlegung der klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und keine Klinikdaten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 4.4).
Quelle: Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, eigene Darstellung;
Stand: 31. August 2023

Ansicht 48: Stationäre Versorgungsstruktur während der COVID-19-Pandemie in Hessen

Die koordinierenden Krankenhäuser waren hierbei verpflichtet

- den Erkenntnisstand und die Empfehlungen des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration an die Krankenhäuser im Versorgungsgebiet zu übermitteln,
- wöchentlich dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration zu den Unterbringungszahlen und zum Versorgungsstand der COVID-19-Patienten zu berichten,
- die Koordination zwischen Krankenhäusern und Planungsstab sowie Öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD), Rettungsdienst, Kassenärztlicher Vereinigung Hessen etc. im Versorgungsgebiet zu übernehmen und sich regelmäßig mit ihnen abzustimmen,
- einen Stufenplan in der Versorgungsregion zu entwickeln und umzusetzen,
- dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration diejenigen Personen zu benennen, die im Versorgungsgebiet mit der Umsetzung des Stufenplans und der Organisation des stationären Bereichs in der COVID-Phase betraut sind.

Der Stufenplan und die Organisation des stationären Bereichs ergaben sich anhand der folgenden drei Kriterien:

1. Einteilung der Schweregrade einer COVID-19-Erkrankung,
2. Zuordnung der Krankenhäuser in die Level I bis IV,
3. jeweils aktuelle Eskalationsstufe der Pandemie.

Detailliert ergaben sich dabei folgende Ausprägungen in den drei Stufen:

1. Einteilung der Schweregrade einer COVID-19-Erkrankung erfolgte in Anlehnung an die Kriterien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in folgende Kategorien:
   - Patienten Kategorie A (Critical)
   - Patienten Kategorie B (Very Severe)
   - Patienten Kategorie C (Severe)
   - Patienten Kategorie D (Moderate)
   - Patienten Kategorie E (Mild)
   - Patienten Kategorie F (COVID-19 negativ)
2. Die Krankenhäuser wurden in folgende Level I bis IV eingeteilt:
   - Level I: Universitätsmedizin und Krankenhäuser mit Intensivmedizin und der Möglichkeit des Einsatzes differenzierter Beatmungsverfahren sowie NO-Inhalation und / oder ECMO[142]
   - Level II: Krankenhäuser mit einer Intensivstation, Sicherstellung einer jederzeitigen (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) ärztlichen Präsenz, die Leitung der Intensivstation verfügt über die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, bei Bestehen einer Beatmungs-/ Weaningstation[143] auch unabhängig von der Beteiligung an der Notfallversorgung
   - Level III: andere Krankenhäuser mit Sicherstellung einer jederzeitigen ärztlichen Präsenz
   - Level IV: andere Krankenhäuser ohne Sicherstellung einer jederzeitigen ärztlichen Präsenz, Rehabilitationseinrichtungen
3. Es galten folgende Eskalationsstufen:
   - Stufe 1: Hinreichende klinische Kapazitäten im Rahmen des Versorgungsauftrags sind vorhanden.
   - Stufe 2: Eine hohe Patientenlast ist zu verzeichnen, kompensiert durch Ausweitung der Regelkapazitäten im Bereich ICU/IMC.
   - Stufe 3: Eine sehr hohe Patientenlast ist zu verzeichnen, keine Kompensationsmöglichkeit der Level 1 -Häuser.
   - Stufe 4: Medizinischer Katastrophenfall.

Die koordinierenden Krankenhäuser prüften anhand der Kriterien für die einzelnen Eskalationsstufen (insb. Berücksichtigung Belegungszahlen und Materialreichweite), ob die nächste Eskalationsstufe erreicht wurde. Falls dies zutraf, wurde diese Information an das Hessische Ministerium für Soziales und Integration gemeldet, das wiederum die für die jeweilige Stufe erforderlichen Maßnahmen anordnete.

---

142 NO-Inhalation: Beimischung von Stickstoffmonoxid in die Einatemluft am Beatmungsgerät, ECMO: technische Methode, das Blut eines Patienten mit einer Lungenkrankheit und/oder einem Lungenversagen oder bei kardialem Versagen mittels einer externen Maschine künstlich zu oxygenieren.

143 Weaning bezeichnet die Entwöhnung eines beatmeten Patienten vom maschinellen Beatmungsgerät.

Basierend auf dieser Vorgehensweise ergab sich die nachfolgende Zuordnung der Patienten zu den entsprechenden Krankenhäusern:

- In der Eskalationsstufe 1 wurden die COVID-19-Patienten der Kategorie A - C in den Level I- und Level II-Krankenhäusern versorgt. Dabei war die Versorgung der COVID-19- Patienten der Kategorie A grundsätzlich in den Level I-Krankenhäusern vorgesehen. Die Versorgung der COVID-19-Patienten der Kategorien B und C wurden im Einvernehmen zwischen den koordinierenden und kooperierenden Krankenhäusern des Versorgungsgebietes festgelegt.

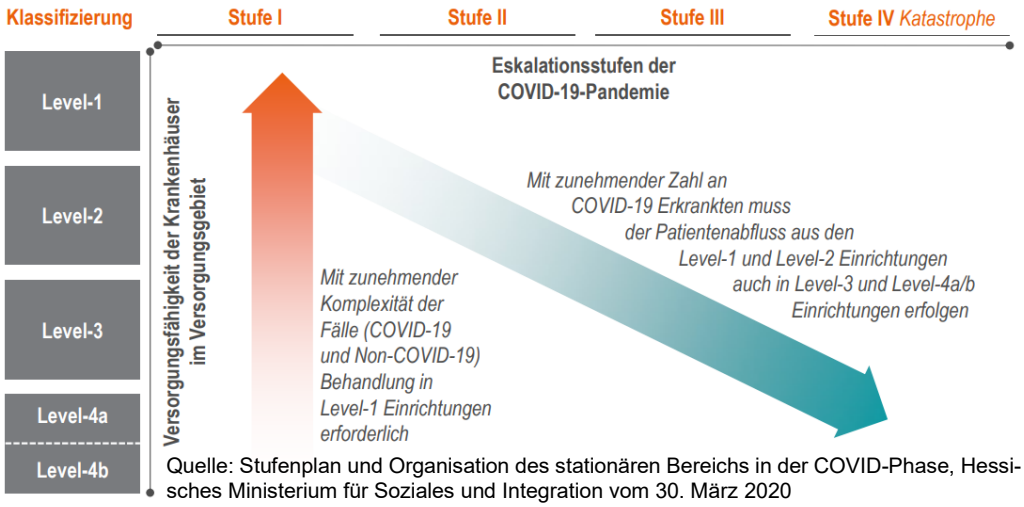
- In der Eskalationsstufe 2 geschah die Versorgung der COVID-19-Patienten der Kategorie A - C in den Level I- und Level II-Krankenhäusern. Zusätzlich war eine engmaschige Rückkopplung zur Verteilung von COVID-19-Patienten durch die zentrale Leitstelle notwendig und in den Level I-Krankenhäusern sollten, soweit möglich, zusätzliche Beatmungskapazitäten bereitgestellt werden. Die Verlegungen von Patienten innerhalb des Versorgungsgebiets oder in andere Versorgungsgebiete konnte in Abstimmung mit dem Planungsstab in größerem Umfang stattfinden.

- In der Eskalationsstufe 3 fand die Versorgung der COVID-19-Patienten der Kategorie A - C in den Level I- und Level II-Krankenhäusern statt. Es erfolgte eine Vorbereitung der Level III-Häuser für COVID-Patienten. Im Rahmen einer individuellen Risikobewertung war eine Nutzung von Narkosegeräten zur Beatmung möglich, die Reha-Einrichtungen wurden für potenzielle Abverlegungen avisiert, es folgte eine Vorbereitung der Stufe 4 sowie ggf. eine Einbindung von Hilfsorganisationen.

- In der Eskalationsstufe 4 war eine Abverlegung aus den Level I- bis Level III-Häusern in Level IV-Häuser und eine Patientensteuerung nach Prognosekriterien und Triage vorgesehen. Zur Unterstützung war eine Inbetriebnahme geeigneter Infrastrukturen (Jugendherbergen, Hotels etc.) auch durch den Katastrophenschutz geplant. Dabei sollte eine Unterbringung in Hallen oder Zelten mit ungenügender technischer Infrastruktur und mangelhafter Vereinzelungsmöglichkeit der Personen vermieden werden. Weitere Festlegungen auf Grundlage des Hessisches Brand- und Katastrophenschutzgesetz (HBKG)[144] - einschließlich der Feststellung des Katastrophenfalls im Sinne des § 34 HBKG - waren möglich.

Anhand der Versorgungsfähigkeit und der aktuell bestehenden Eskalationsstufe sollte der Patientenstrom gelenkt werden. Nachfolgendes Schaubild veranschaulicht diesen Prozess:

144 Hessisches Gesetz über den Brandschutz, die Allgemeine Hilfe und den Katastrophenschutz (Hessisches Brand- und Katastrophenschutzgesetz - HBKG) vom 14. Januar 2014

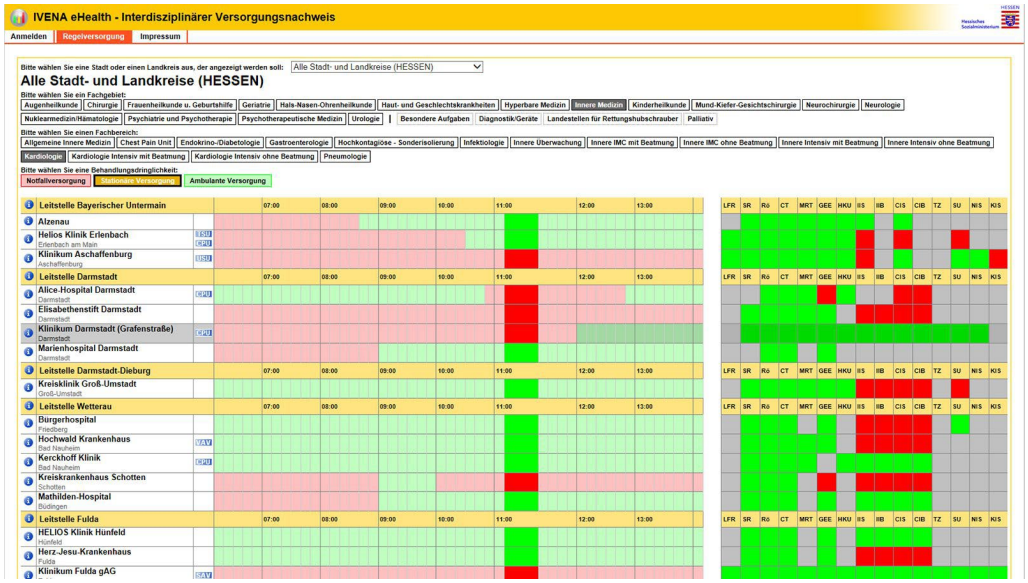


Quelle: Stufenplan und Organisation des stationären Bereichs in der COVID-Phase, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration vom 30. März 2020

Ansicht 49: Lenkung der Patientenströme anhand Versorgungsfähigkeit und Eskalationsstufen

Die Kliniken Darmstadt, Kassel und Fulda stellten als koordinierende Krankenhäuser die Versorgung von COVID-19-Patienten sicher. Die Kliniken Frankfurt Höchst, Hochtaunus und Main-Taunus waren als kooperierende Krankenhäuser tätig. Sie waren für die Erweiterung der Regelkapazitäten vorgesehen, da im Versorgungsgebiet „VG 4: Frankfurt-Offenbach“ die Koordination etc. durch das Universitätsklinikum Frankfurt erbracht wurde.

Die Kommunikation mit den anderen Krankenhäusern sowie die Allokation der benötigten Ressourcen fand maßgeblich über die Software IVENA eHealth statt. Ansicht 50 zeigt einen Auszug aus der Softwareanwendung.



Quelle: E-Health Projektatlas Hessen, Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege

Ansicht 50: Web-basierte Software IVENA eHealth

Ausgehend von den Wirtschaftsplänen der Jahre 2019 bis 2022 wurden die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf das wirtschaftliche Leistungsgeschehen der Kliniken analysiert und bewertet. Die Ergebnisse sind entsprechend in Abschnitt 5.2 angeführt.

Die Überörtliche Prüfung empfiehlt den koordinierenden und den kooperierenden Krankenhäusern, ihre Erfahrungen untereinander austauschen und erhobene Daten und Statistiken aus der Pandemieperiode zu analysieren.

Zudem sollten ergänzend die Risiken analysiert werden, um Pläne für die Risikominimierung in zukünftigen Pandemien zu entwickeln. Hierbei empfehlen sich einheitliche Standards in Bezug auf die Krisen- und Risikokommunikationskonzepte sowie pandemiebezogene Hygienekonzepte und -pläne. Weiterhin sollten gemeinsame, klinikübergreifende Schulungsprogramme etabliert werden.

5.7 Digitalisierung

Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG)[145] wurde der sogenannte Krankenhauszukunftsfonds eingerichtet und damit ein Schub der digitalen Transformation im Krankenhausumfeld ausgelöst. Bund und Länder stellten insgesamt 4,3 Milliarden Euro an Investitionsmitteln für zehn unterschiedliche Fördertatbestände bereit. Alle Kliniken im Vergleich beteiligten sich am KHZG. Das Fördervolumen für sie lag bei insgesamt 46 Millionen Euro. Das Maximum der erhaltenen Fördermittel erhielt das Klinikum Kassel mit 10,7 Millionen Euro, das Minimum mit 3,7 Millionen Euro die Kliniken des Main-Taunus-Kreises.

Um den Digitalisierungsgrad von Krankenhäusern beurteilen zu können, beauftragte das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen einer Ausschreibung das Konsortium „DigitalRadar“ diese Evaluation durchzuführen.[146] In der Folge wurde der DigitalRadar Krankenhaus (DRK) entwickelt.

DigitalRadar-Erhebung

Der DigitalRadar Krankenhaus (DRK) bietet eine standardisierte und umfassende Möglichkeit zur Bewertung des Digitalisierungsgrads von Krankenhäusern. Die Bewertung basiert auf einer strukturierten Online-Umfrage, bei der Krankenhäuser ihre digitalen Fähigkeiten, Kompetenzen, Nutzungsverhalten und erzielten Ergebnisse selbst einschätzen. Nach einer erfolgreichen Qualitätsprüfung werden diese Daten analysiert, aufbereitet und den Krankenhäusern individuell über ein Online-Dashboard zur Verfügung gestellt.[147]

Das Hauptziel besteht darin, den grundlegenden Stand der Digitalisierung in deutschen Kliniken zu erfassen (erste Erhebung = T1), sowie die Auswirkungen der Förderung auf den Digitalisierungsgrad und die Verbesserung der Versorgung von Patienten und regionalen Versorgungsstrukturen zu untersuchen und zu bewerten (zweite Erhebung = T2).[148]

Der offizielle Start der Datenerhebung war für den Erhebungszeitraum T1 der Stichtag 30. Juni 2021 und für den Erhebungszeitraum T2 der Stichtag 30. Juni 2024.[149]

In der zum 30. Juni 2021 durchgeführten Erhebung des Digitalisierungsgrades, wurden insgesamt 1.624 Datensätze durch das Konsortium „DigitalRadar“ verarbeitet. Das entsprach einer Teilnehmerquote von 91 Prozent. In der Erhebung wurde der Digitalisierungsgrad in sieben Dimensionen bestimmt.

---

145 Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG) vom 23. Oktober 2020, BGBl 2020, Teil I, Nr. 48, 2208

146 Die Projektpartner waren HIMSS Europe, inav – Institut für angewandte Versorgungsforschung, die Beratungsgesellschaft Lohfert & Lohfert, RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung und die Universität St. Gallen.

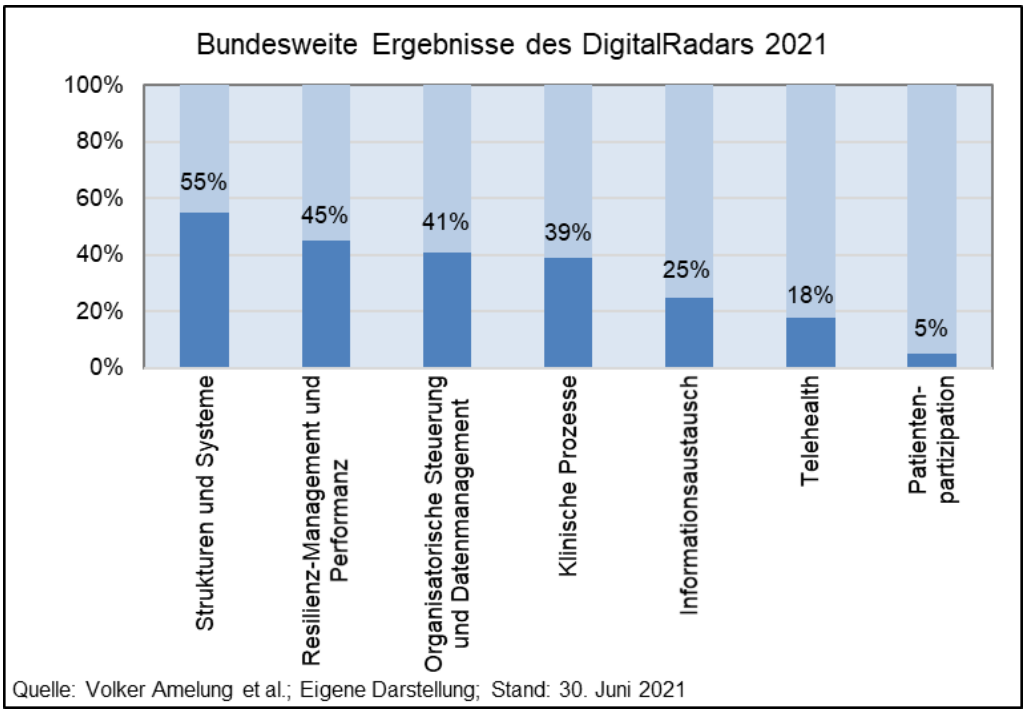
147 Modellbeschreibung DigitalRadar – Reifegradmessung, Konsortium DigitalRadar, https://www.digitalradar-krankenhaus.de/reifegradmessung/modellbeschreibung/, zuletzt aufgerufen am 19. März 2024

148 DigitalRadar – Zwischenbericht: Ergebnisse der ersten nationalen Reifegradmessung deutscher Krankenhäuser 2022, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/2022-09-06_Zwischenbericht_barrierefrei_lo.pdf, zuletzt aufgerufen am 19. März 2024

Durch eine gesetzliche Anpassung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) wurde der Stichtag der zweiten Erhebung vom ursprünglich 31. Dezember 2023 auf den 30. Juni 2024 verschoben.

149 Artikel 7a Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG) vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197)

Ansicht 51 zeigt die bundesweiten Ergebnisse des DigitalRadars 2021.



Ansicht 51: Bundesweite Ergebnisse des DigitalRadars 2021

Ansicht 52 zeigt die Ergebnisse der Kliniken im Vergleichsring in den durch das Konsortium „DigitalRadar“ erhobenen sieben Dimensionen.

Digitaler Reifegrad nach Dimensionen im Vergleichsring								
	Klinikum Darmstadt	Klinikum Frankfurt Höchst	Klinikum Fulda	Hochtaunus-Kliniken	Klinikum Kassel	Kliniken des Main-Taunus-Kreises	Sana Klinikum Offenbach[1)]	Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden[1)]
	in %							
Informationsaustausch	44	35	25	15	33	22	Angabe verweigert	Angabe verweigert
Klinische Prozesse	65	60	54	45	51	29		
Organisatorische Steuerung und Datenmanagement	59	31	32	24	36	29		
Patientenpartizipation	7	0	0	0	0	5		
Resilienz-Management und Performanz	63	47	54	14	19	46		
Strukturen und Systeme	74	74	79	66	69	52		
Telehealth	26	27	18	9	21	16		
Gesamt	51	42	40	26	35	26		

[1)] In Offenbach am Main und Wiesbaden haben die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und keine Klinikdaten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 4.4).
Quelle: Angaben der Klinik, eigene Darstellung; Stand: 30. Juni 2021

Ansicht 52: Digitaler Reifegrad der Kliniken nach Dimensionen im Vergleichsring

Hinsichtlich der Ergebnisse des DigitalRadars wiesen die untersuchten Krankenhäuser starke Unterschiede in Abhängigkeit der einzelnen Dimensionen auf. So erzielten die Hochtaunus-Kliniken und die Kliniken des Main-Taunus-Kreises bis auf zwei Dimensionen unterdurchschnittliche Werte im Bundesvergleich. Die Ergebnisse des Klinikums Kassel und der Kliniken in Frankfurt und Fulda lagen in vier bzw. fünf Dimensionen über sowie in drei bzw. zwei Dimensionen unter dem bundesweiten Schnitt. Lediglich das Klinikum Darmstadt ist hierbei als positives Beispiel hervorzuheben, da es bezogen auf den Vergleichsring den höchsten Digitalisierungsgrad aufwies und dimensionsübergreifend als einzige Klinik über dem deutschlandweiten Mittelwert lag. Zudem war das Klinikum in fast allen Dimensionen im Vergleichsring führend, einzig im Bereich „Strukturen und Systeme“ war das Klinikum Fulda weiter in der Digitalisierung fortgeschritten. Hervorzuheben ist, dass das Klinikum Darmstadt zusammen mit den Kliniken des Main-Taunus-Kreises in der Dimension „Patientenpartizipation“ als einzige Kliniken im Vergleichsring einen Reifegrad größer null Prozent aufwies. Grundsätzlich ist eine Interdependenz zwischen der Dimension „Strukturen und Systeme“ und anderen Dimensionen gegeben, da strukturelle Gegebenheiten eine zentrale Voraussetzung für die Umsetzung weiterer Dimensionen sind.

Die Dimension „Patientenpartizipation“ liegt, mit Ausnahme des Klinikums Darmstadt und der Kliniken des Main-Taunus-Kreises, krankenhausübergreifend unterhalb des Mittelwertes im Bundesvergleich. Perspektivisch ist demnach eine Verbesserung insbesondere in dieser Dimension anzustreben. Weiterhin ergibt sich die Empfehlung, zeitnah eine KIS-Strategie für den varisano Verbund zu definieren, um ein neues Krankenhausinformationssystem (KIS)[150] in den Kliniken des Main-Taunus-Kreises einzuführen. Hierdurch wird die Interoperabilität im Verbund sowie die Möglichkeit eines Datenaustausches im Klinikum Frankfurt Höchst sowie in den Kliniken des Main-Taunus-Kreises gewährleistet.

Die fortschreitende Digitalisierung wird das Gesundheitssystem in Zukunft noch stärker beeinflussen als heute, da sie innovative Technologien und Datenanalyse nutzt, um die Effizienz der medizinischen Versorgung zu steigern. Telemedizin und E-Health-Anwendungen werden die Patientenbetreuung verbessern und den Zugang zu medizinischer Expertise erleichtern. Krankenhäuser sollten sich aktiv auf die verstärkte Digitalisierung vorbereiten, da sich hierdurch auch neue Perspektiven eröffnen können. Durch Investitionen in modernste Informationstechnologie und die Schulung des Personals für den Umgang mit digitalen Gesundheitslösungen können sie die Effizienz steigern und eine bessere Patientenversorgung gewährleisten. Diese Transformation wird es ermöglichen, Gesundheitsdaten besser zu verwalten, personalisierte Behandlungspläne zu entwickeln und die Gesundheitsversorgung insgesamt zu optimieren. Dies wiederum ermöglicht es den Krankenhäusern, sich als Vorreiter in der Branche zu positionieren und gleichzeitig die Patientenzufriedenheit zu erhöhen. Das Krankenhauszukunftsgesetz hat hierfür eine sinnvolle Grundlage geschaffen. Durch die entsprechend bereitgestellten Mittel konnte die erforderliche Infrastruktur modernisiert und erneuert werden, sodass hierauf sinnstiftend aufgebaut werden kann.

150 Ein Krankenhausinformationssystem beschreibt die Gesamtheit aller informationsverarbeitenden Systeme der Informationstechnik zur Erfassung, Bearbeitung und Weitergabe medizinischer und administrativer Daten im Krankenhaus.

6. Trägerbezogene Feststellungen

Zielsetzung der trägerbezogenen Prüfung als ein Kernpunkt der 240. Vergleichenden Prüfung „Gesundheitswesen – Kliniken II“ war die Analyse und Bewertung der rechtmäßigen, sachgerechten und wirtschaftlichen Betätigung der Städte und Landkreise im Hinblick auf die Beteiligung an den jeweiligen kommunalen Krankenhäusern.

Schwerpunkte der Prüfung lagen insbesondere auf der Verwaltung der kommunalen Beteiligungen (Beteiligungsverwaltung). Dazu wurde analysiert, wie die Beteiligungsverwaltung in die allgemeine Organisationsstruktur integriert war sowie welche Zuständigkeiten und personelle oder fachliche Ausstattung vorhanden waren. Des Weiteren wurde geprüft, wie die Kontroll- und Steuerungsfunktionen der Städte und Landkreise in Bezug auf die Beteiligungen gestaltet waren und wie diese genutzt wurden (Beteiligungsmanagement). Ein weiterer Schwerpunkt der Prüfung lag auf den Kontroll- und Steuerungsfunktionen des Kontrollorgans des Beteiligungsunternehmens (Beteiligungscontrolling).

Ausgangspunkt der trägerbezogenen Prüfung war die Analyse der Haushaltslage der Städte und Landkreise. Basierend auf diesen Erkenntnissen wurden Aussagen hinsichtlich der Erfüllung der Aufgaben im Gesundheitswesen (Gesundheitsdienstleistungen) getroffen, insbesondere im Zusammenhang mit den jeweiligen Beteiligungen an Krankenhäusern und Kliniken. Ansicht 53 zeigt die Haushaltslage der geprüften Städte und Landkreise zum Stichtag 31. Dezember 2022 im Vergleich.

Übersicht der Haushaltslage der Städte und Landkreise (31. Dezember 2022)								
	ordentliche Erträge	ordentlicher Aufwand	Finanzerträge	Zinsen & andere Finanzaufwendungen	Finanzergebnis	außerordentliche Erträge	Außerordentlicher Aufwand	Jahresergebnis
	in T€							
Darmstadt	760.751	783.593	25.479	13.853	11.626	601	1.100	-11.716
Frankfurt am Main	4.922.957	4.744.209	47.944	39.665	8.279	50.468	205.363	32.133
Fulda	236.485	220.771	3.900	1.155	2.745	1.181	278	19.362
Hochtaunuskreis	511.318	507.457	791	7.674	-6.882	9	1.178	2.682
Kassel	949.765	903.419	8.052	13.109	- 5.057	7.962	8.954	40.296
Main-Taunus-Kreis	506.657	500.487	667	8.334	-7.668	51.868	3.516	46.855
Offenbach am Main	555.176	532.808	3.012	9.325	- 6.313	7.301	825	22.531
Wiesbaden	1.519.630	1.553.824	k.A.	k.A.	11.021	k.A.	k.A.	-23.330

k.A. = keine Angabe
Der Jahresabschluss 2022 der Städte Darmstadt und Wiesbaden sowie für den Main-Taunus-Kreis lag zum Zeitpunkt der Erhebung der 240. Vergleichenden Prüfung noch nicht vor. Die angegebenen Daten stellen vorläufige bzw. geplante Werte dar.

Jahresüberschuss

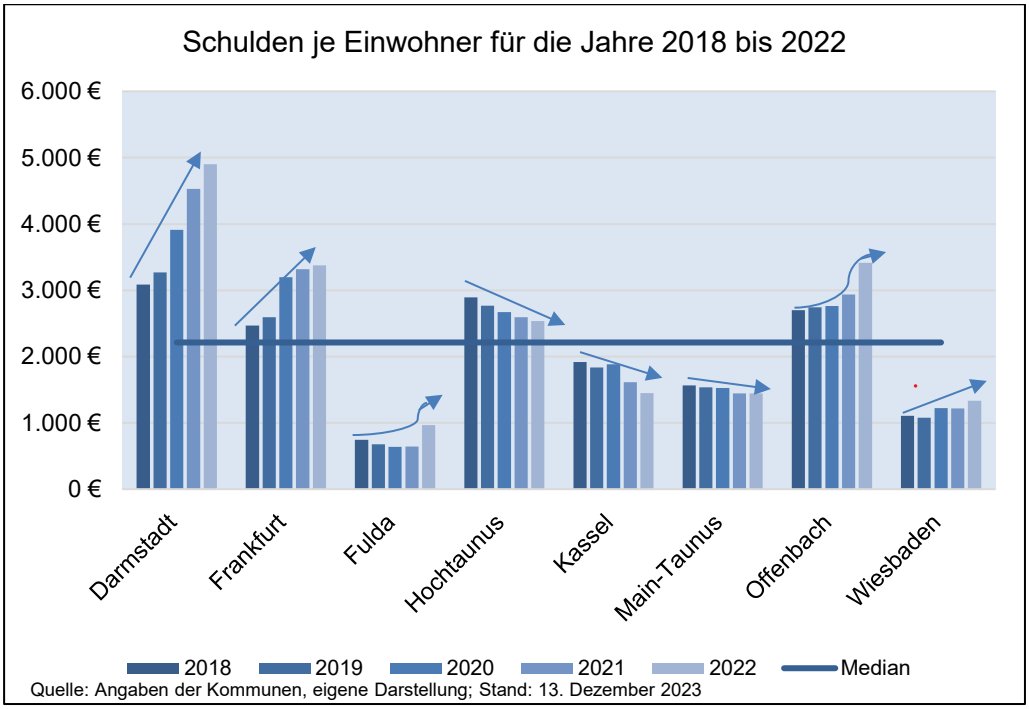
Jahresverlust

Quelle: Aufgestellter Jahresabschluss der Kommunen, eigene Darstellung;
Stand: 13. Dezember 2023

Ansicht 53: Übersicht der Haushaltslage der Städte und Landkreise (31. Dezember 2022)

Von allen acht Städten und Landkreisen des Vergleichsrings hatte Frankfurt am Main die höchsten Erträge erwirtschaftet. Die ordentlichen Erträge beliefen sich dabei auf 4,92 Milliarden Euro und die außerordentlichen Erträge auf 50,47 Millionen Euro. Die ordentlichen Aufwendungen erreichten im Vergleich ebenfalls den höchsten Wert mit 4,74 Milliarden Euro. Die niedrigsten Erträge wurden in der Stadt Fulda festgestellt. Dort betrugen die ordentlichen Erträge 236 Millionen Euro für das Jahr 2022. Fulda hatte jedoch zugleich die niedrigsten ordentlichen Aufwendungen. Der Main-Taunus-Kreis hatte mit 46,9 Millionen Euro Jahresergebnis den Maximalwert und Wiesbaden wies mit - 23,3 Millionen Euro das höchste Defizit aus. Neben Wiesbaden erwirtschaftete auch Darmstadt im Jahr 2022 ein Defizit in Höhe von - 11,7 Millionen Euro. Fulda lag mit einem Überschuss von 19,4 Millionen Euro knapp über dem Mittelwert des Vergleichsrings.

Zusätzlich wurde die Pro-Kopf-Verschuldung der geprüften Städte und Landkreise betrachtet. Ansicht 54 stellt die Schulden je Einwohner für den Vergleichsring über den Prüfungszeitraum 2018 bis 2022 als absolute Zahl sowie als relative Veränderung über den betrachteten Zeitraum dar.



Ansicht 54: Schulden je Einwohner für die Jahre 2018 bis 2022

Der Median der Schulden je Einwohner aller betrachteten Städte und Landkreise lag bei 2.209 Euro.

Für den Hochtaunuskreis und Main-Taunus-Kreis konnten durchgehend sinkende Werte, auch während der COVID-19-Pandemie 2020 bis 2022, beobachtet werden. In der Stadt Kassel wurden, mit Ausnahme von einem positiven Wachstum von drei Prozent im Jahr 2020, lediglich negative Werte der prozentualen Veränderung bei den Schulden je Einwohner erreicht. Die geringsten Verschuldungen pro Einwohner wurden in Fulda festgestellt, wo der Höchstwert von 968 Euro je Kopf im Jahr 2022 dokumentiert wurde. Gleichzeitig war der hohe Anstieg der prozentualen Veränderung der Schulden je Einwohner in Fulda im Jahr 2022 auffällig. Von einem Wachstum von einem Prozent im Jahr 2021 war die prozentuale Veränderung auf 51 Prozent angestiegen, wobei in den Vorjahren eine negative Tendenz erkennbar war.

Ansteigende Veränderungen der Verschuldung wurden für die Städte Darmstadt, Frankfurt am Main, Offenbach am Main und Wiesbaden verzeichnet. Von allen geprüften Städten und Landkreisen wies Darmstadt die höchste Veränderung der Schulden pro Kopf auf. Sie war während des Prüfungszeitraums kontinuierlich gestiegen und erreichte im Jahr 2022 einen Höchstwert von 4.900 Euro.

6.1 Beurteilung der Haushaltsstabilität

Zur Analyse der Haushaltslage entwickelte die Überörtliche Prüfung ein Mehrkomponentenmodell,[151] anhand dessen die Stabilität der Haushaltslage der einzelnen Jahre und für den gesamten Prüfungszeitraum bewertet wird. Die Bewertung der einzelnen Jahre gliedert sich dabei in die drei Beurteilungsebenen Kapitalerhaltung,[152] Substanzerhaltung[153] und geordnete Haushaltsführung.[154]

Für jedes Jahr des Prüfungszeitraums (insgesamt fünf Jahre) wird zusammenfassend die Haushaltslage beurteilt. Dazu werden zehn Kenngrößen betrachtet (davon haben zwei nachrichtlichen Charakter). Die Kennzahlausprägungen werden bewertet. Das Bewertungsergebnis liegt zwischen 0 und 100 Punkten. Die Haushaltslage ist für das jeweilige Haushaltsjahr als stabil zu werten, wenn mindestens 70 Punkte erreicht werden. Für diese Beurteilung ist nach dem folgenden Mehrkomponentenmodell[155] mit drei Beurteilungsebenen vorzugehen.

151 Das Mehrkomponentenmodell wurde von der Überörtlichen Prüfung über mehrere Jahre entwickelt, um die Haushaltslagen der geprüften Kommunen aus doppischer Sicht vergleichbar besser analysieren zu können. Vergleiche dazu Kommunalbericht 2017 (Dreißigster Zusammenfassender Bericht) vom 28. November 2017, LT-Drs. 19/5336, insbesondere S. 41 ff.; Kommunalbericht 2018 (Einunddreißigster Zusammenfassender Bericht) vom 13. Dezember 2018, LT-Drs. 19/6812, S. 49 ff; Kommunalbericht 2019 (Dreiunddreißigster Zusammenfassender Bericht) vom 8. November 2019, LT-Drs. 20/1309, S. 158 ff. sowie Keilmann, Gnädinger, Volk - Blick in Rückspiegel und nach vorne – Die neue Bestimmung der finanziellen Leistungsfähigkeit mit dem Mehrkomponentenmodell 2.0, in: Zeitschrift für Kommunalfinanzen (ZKF) 2023, S. 125 ff.

152 Entwicklung der ordentlichen Ergebnisse unter Berücksichtigung der Rücklagen aus Überschüssen des ordentlichen Ergebnisses.

153 Analyse des Mittelflusses aus laufender Verwaltungstätigkeit abzüglich der Auszahlungen für Tilgung von Investitionskrediten und Ermittlung des Standes der liquiden Mittel abzüglich der Liquiditätskredite zum Ende des jeweils betrachteten Haushaltsjahres.

154 Nachrichtlich wird erhoben, inwiefern die Aufstellung und Beschlussfassung der Jahresabschlüsse im Prüfungszeitraum fristgerecht erfolgte. Zudem wird ermittelt, ob gemäß der mittelfristigen Ergebnisplanung im fünfjährigen Planungszeitraum kumuliert ein Fehlbedarf zu erwarten ist.

155 Das Mehrkomponentenmodell ähnelt dem Kommunalen Auswertungssystem Hessen (kash). Letzteres ist ein Kennzahlsystem zur Bestimmung der finanziellen Leistungsfähigkeit im Rahmen des Haushaltsgenehmigungsverfahrens (Bewertung der Gegenwart). Im Unterschied zum Genehmigungsverfahren sollen mit dem Mehrkomponentenmodell primär vergangene Haushaltsjahre bewertbar gemacht werden.

Kenngrößen zur Bewertung der Haushaltslage für ein Jahr			
Beurteilungsebenen und Kenngrößen		Punktzahl	Haushaltslage
1. Beurteilungsebene: Kapitalerhaltung		**Max. 55**	Stabile Haushaltslage, wenn Summe der vergebenen Punkte ≥ 70 Punkte Instabile Haushaltslage, wenn Summe der vergebenen Punkte < 70 Punkte (oder fehlender Jahresabschluss)
Ordentliches Ergebnis unter Berücksichtigung von Fehlbeträgen aus Vorjahren[1] ≥ 0		45	
Oder:	Ordentliches Ergebnis nur unter Auflösung der ordentlichen Rücklage aus Vorjahren ≥ 0	35	
Jahresergebnis ≥ 0		5	
Eigenkapital am Ende des betrachteten Jahres ≥ 0		5	
2. Beurteilungsebene: Substanzerhaltung		**Max. 45**	
„Doppische freie Spitze“ im Verhältnis zu den verfügbaren allgemeinen Deckungsmitteln ≥ acht Prozent (Selbstfinanzierungsquote)		40	
Oder:	Zahlungsmittelfluss aus laufender Verwaltungstätigkeit abzüglich der Auszahlungen für Tilgungen von Investitionskrediten sowie Eigenbeitrag an das Sondervermögen „Hessenkasse“ ≥ 0 (sog. „Doppische freie Spitze“)[2]	30	
Oder:	Zahlungsmittelfluss aus laufender Verwaltungstätigkeit ≥ 0	10	
Stand der liquiden Mittel abzüglich der Liquiditätskredite ≥ 2 % Summe Auszahlungen laufende Verwaltungstätigkeit[3] [4]		5	
3. Beurteilungsebene: Geordnete Haushaltsführung			
Es wird erhoben, ob für die einzelnen Jahre Jahresabschlüsse aufgestellt wurden und die Aufstellung sowie Beschlussfassung im Prüfungszeitraum fristgerecht vorgenommen wurde.		nachrichtliche Darstellung, aber Einfluss auf Jahresbewertung	
Es ist zu ermitteln, ob gemäß der Mittelfristigen Ergebnisplanung (MEP) im fünfjährigen Planungszeitraum kumuliert ein Fehlbedarf oder Überschuss zu erwarten ist (Vorschau)		nachrichtliche Darstellung, aber Einfluss auf Gesamtbewertung	

1) Abgeleitet aus § 92 Abs. 4 HGO: Der Haushalt soll in jedem Haushaltsjahr unter Berücksichtigung von Fehlbeträgen aus Vorjahren ausgeglichen sein.
2) Unter „Fehlbeträgen aus Vorjahren“ ist auch ein nicht durch Eigenkapital gedeckter Fehlbetrag zu subsumieren.
3) Abgeleitet aus § 3 Abs. 3 GemHVO: Die Summe des Zahlungsmittelflusses auslaufender Verwaltungstätigkeit soll mindestens so hoch sein, wie die Auszahlungen zur ordentlichen Tilgung von Krediten geleistet werden können.
4) Bestand an flüssigen Mitteln ohne Liquiditätskreditmittel (Liquiditätskredite) ≥ zwei Prozent der Summe der Auszahlungen aus lfd. Verwaltungstätigkeit nach dem arithmetischen Mittel der drei dem Haushaltsjahr vorangehenden Jahre (§ 106 Abs. 1 HGO).

Quelle: Eigene Darstellung; Stand: 1. April 2023

Ansicht 55: Kenngrößen zur Bewertung der Haushaltslage für ein Jahr

Auf der Beurteilungsebene „Kapitalerhaltung“ wurde analysiert, ob das Ordentliche Ergebnis unter Berücksichtigung von Fehlbeträgen oder von Rücklagen aus Vorjahren positiv war. Weitere Kenngrößen bilden ein positives Jahresergebnis (unter Berücksichtigung außerordentlicher Aufwendungen und Erträge) sowie ein positiver Wert des Eigenkapitals.

Auf Ebene der „Substanzerhaltung“ wurde zunächst berechnet, ob die Selbstfinanzierungsquote aus dem Verhältnis der „Doppischen freien Spitze“ zu den verfügbaren Allgemeinen Deckungsmitteln bei mindestens acht Prozent lag.

Als Maßstab für die Substanzkraft der Kommunen hat die Überörtliche Prüfung Allgemeine Deckungsmittel und die verfügbaren Allgemeinen Deckungsmittel definiert.

Als weitere Kenngröße ist die Differenz von liquiden Mitteln und den Kassen-/ Liquiditätskrediten heranzuziehen (Liquiditätsreserve).

Durch die Berücksichtigung der dritten Beurteilungsebene „Geordnete Haushaltsführung" sollten die Ergebnisse nach dem Bewertungsraster validiert werden. Die Existenz von Jahresabschlüssen sicherte die Bewertung ab. Eine Aufstellung im Rahmen der gesetzlichen Fristen deutete auf eine geordnete Haushaltsführung vor Ort hin. Noch nicht aufgestellte Jahresabschlüsse können hingegen die Haushaltsstabilität in Frage stellen.

Ein kumulierter Fehlbedarf in der mittelfristigen Ergebnisplanung deutete auf Risiken in der Finanzentwicklung hin. Umgekehrt kann eine Finanzplanung mit in der Summe positiven Ordentlichen Ergebnissen ein Indiz für eine gute Entwicklung sein.

Die Gesamtbewertung der Haushaltslage schließt sich an die Darstellung der dritten Beurteilungsebene an.

Aufbauend auf der Bewertung der Haushaltslage der einzelnen Jahre ist die Haushaltslage einer Stadt im Prüfungszeitraum insgesamt einzuordnen.

Für die Bewertung der Haushaltslage wurden drei Abgrenzungen verwendet: stabil, fragil oder konsolidierungsbedürftig. Die zusammenfassende Haushaltslage über den gesamten Prüfungszeitraum wurde im Detail wie folgt beurteilt:

Erläuterung zur Bewertung der Haushaltslage 2018 bis 2022	
stabil	mindestens vier der fünf Jahre stabil (dabei darf das instabile Jahr nicht das letzte Jahr sein, sonst ist die Haushaltslage als fragil einzustufen)
fragil	drei der fünf Jahre stabil
konsolidierungsbedürftig	mindestens drei der fünf Jahre instabil (sofern die beiden letzten Jahre als stabil zu bewerten sind, ist die Haushaltslage abweichend als fragil zu bezeichnen)
Quelle: Eigene Erhebungen; Kriterien nach gutachterlichem Ermessen	

Ansicht 56: Erläuterung zur Bewertung der Haushaltslage 2018 bis 2022

Ansicht 57 zeigt die Beurteilung der Haushaltslage der acht geprüften Städte und Landkreise im Vergleich. Die Gesamtbeurteilung des Prüfungszeitraums wird ergänzt um die Mittelfristige Ergebnisplanung (MEP), um Risiken und Chancen in der zukünftigen Finanzentwicklung zu berücksichtigen (Vorschau).[156]

Gesamtbewertung der Haushaltslage mit Rück- und Vorschau							
	Bewertung der Haushaltslage für ein Jahr nach dem Mehrkomponentenmodell[1)]					Bewertung der Haushaltslage für alle Jahre (Rückschau) 2018 bis 2022[32)]	Gesamtschau zur Bewertung der Haushaltslage mit Rück- und Vorschau 2023 bis 2026
	2018	2019	2020	2021	2022		
Darmstadt	stabil	stabil	stabil	stabil	stabil	stabil	stabil
Frankfurt am Main	stabil	stabil	stabil	stabil	stabil	stabil	stabil
Fulda	stabil	stabil	stabil	stabil	stabil	stabil	stabil
Hochtaunuskreis	stabil	stabil	stabil	stabil	instabil	fragil	fragil
Kassel	stabil	stabil	stabil	stabil	stabil	stabil	stabil
Main-Taunus-Kreis	stabil	stabil	stabil	instabil	instabil	fragil	fragil
Offenbach am Main	instabil	stabil	stabil	stabil	stabil	stabil	stabil
Wiesbaden	stabil	instabil	stabil	instabil	instabil	konsolidierungsbedürftig	konsolidierungsbedürftig

1) Gesamtsumme der 1. und 2. Beurteilungsebene:
≥ 70 Punkte und damit stabil,
< 70 Punkte und damit instabil
2) Bewertung für alle Jahre (vor Mittelfristiger Ergebnisplanung (MEP)):
und stabil = mindestens vier der fünf Jahre stabil (dabei darf das instabile Jahre nicht das letzte Jahr sein, sonst ist die Haushaltslage als fragil einzustufen);
und fragil = drei der fünf Jahre stabil;
und konsolidierungsbedürftig = mindestens drei der fünf Jahre instabil (sofern die beiden letzten Jahre als stabil zu bewerten sind, ist die Haushaltslage abweichend als fragil zu bezeichnen)
Quelle: Rechnungswesendaten 2018 bis 2022, Haushaltspläne bis 2022, eigene Erhebungen; Stand: 31. August 2023

Ansicht 57: Gesamtbewertung der Haushaltslage mit Rück- und Vorschau

156 Ein kumulierter Fehlbedarf in der MEP deutet auf Risiken in der Finanzentwicklung hin. Umgekehrt kann eine Finanzplanung mit in der Summe positiven Ordentlichen Ergebnissen ein Indiz für eine gute Entwicklung sein. Anhand der MEP im Haushaltsplan des Jahres 2022 (Ergebnisplanung 2022 bis 2025) wurde geprüft, ob der Ergebnishaushalt bis zum Ende des mittelfristigen Planungszeitraums unter Berücksichtigung der Summe der vorgetragenen Jahresfehlbeträge im Ordentlichen Ergebnis ausgeglichen ist oder der Fehlbedarf im Ordentlichen Ergebnis durch die Inanspruchnahme von Mitteln der Ordentlichen Rücklagen ausgeglichen werden kann. Die Gesamtbeurteilung der Haushaltslage vor MEP kann von der Bewertung nach MEP abweichen, sollte die MEP negativ sein. Die Haushaltslage der Kommune wird dann eine Stufe niedriger eingestuft.

Die Städte Darmstadt, Frankfurt am Main, Fulda, Kassel und Offenbach am Main zeigten in der Gesamtbewertung (Betrachtung des gesamten Prüfzeitraums mit Rück- und Vorschau) einen stabilen Haushalt auf. Der Hochtaunuskreis sowie der Main-Taunus-Kreis hatten einen fragilen Haushalt. Der Haushalt der Stadt Wiesbaden war nach dem Mehrkomponentenmodell insgesamt als konsolidierungsbedürftig einzustufen.

Für Wiesbaden besteht ein deutlicher Bedarf dringend eine strenge Haushaltsdisziplin und umfassende Reformmaßnahmen einzuleiten. Es ist zwingend erforderlich, einen soliden und detaillierten Plan für die Konsolidierung des städtischen Haushalts aufzustellen und umzusetzen. Dieser Plan sollte eine realistische Bewertung der finanziellen Situation sowie klare Ziele und Maßnahmen zur Verbesserung beinhalten.

Die Überörtliche Prüfung empfiehlt, die Haushaltsstrategien fortlaufend zu überprüfen und gegebenenfalls fortzuentwickeln, um eine nachhaltige Stabilität zu gewährleisten und potenzielle finanzielle Anomalien frühzeitig identifizieren und adressieren zu können.

6.2 Entwicklung des Teilbereichs „Gesundheitsdienstleistungen“

Um den Teilbereich „Gesundheitsdienste“ zu analysieren, untersuchte die Überörtliche Prüfung die Teilergebnisrechnung sowie Kapitalerhöhungen, Darlehensgewährungen, Bürgschaften in den Einrichtungen der Gesundheitsdienste.

In Hessen sieht der Produktbereichsplan (Muster 11 zu § 4 Absatz 2 Gemeindehaushaltsverordnung – GemHVO) für den Produktbereich 7 – Gesundheitsdienste die folgenden vier Bereiche vor:[157]

- Krankenhäuser
- Gesundheitseinrichtungen
- Maßnahmen der Gesundheitspflege
- Kur- und Badeeinrichtungen [158]

Im Prüfungszeitraum gestaltete sich die Haushaltslage in Bezug auf Aufwendungen und Erträge des Teilbereichs Gesundheitsdienste im Vergleich wie folgt:

157 Landesnormen Hessen, Gemeindehaushaltsverordnung, Muster-Produktbereichsplan ab 2022, https://innen.hessen.de/sites/innen.hessen.de/files/2021-11/muster_11_produktbereichsplan_ab_2022.docx, zuletzt aufgerufen am 4. Mai 2023

158 Eine detaillierte Leistungsbeschreibung dieser vier Produktgruppen (411 – Krankenhäuser, 412 – Gesundheitseinrichtungen, 414 – Maßnahmen der Gesundheitspflege sowie 418 – Kur- und Badeeinrichtungen) findet sich im ProduktbuchPlus.

ProduktbuchPlus - Erläuterungen zum Produktbereichsplan nach Muster 11 zu § 4 Absatz 2 GemHVO, https://innen.hessen.de/sites/innen.hessen.de/files/2023-08/produktbuch_plus_2023-08-16.pdf, zuletzt aufgerufen am 26. März 2024

Haushaltslage für den Teilbereich Gesundheitsdienste						
	ordentliche Erträge	ordentlicher Aufwand	außerordentliche Erträge	außerordentlicher Aufwand	Überschuss/ Defizit	Überschuss/ Defizit je Einwohner (in €)
	in T€					
Darmstadt	414	9.514	0	0	- 9.100	- 57,01
Frankfurt am Main[1)]	32.087	80.260	4	0	- 48.173	- 63,92
Fulda[2)]	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Hochtaunuskreis	6.505	25.568	0	0	- 19.063	- 80,42
Kassel[3)]	7.877	13.355	13	13	- 5.478	- 26,92
Main-Taunus-Kreis	6.398	19.429	0	0	- 13.031	- 54,46
Offenbach am Main	2.838	5.961	0	0	- 3.123	- 22,17
Wiesbaden	938	8.756	0	0	- 7.818	- 26,81

N/A = nicht anwendbar
Defizit

1) Für Frankfurt am Main wurde der Produktbereich 19 „Gesundheit“ berücksichtigt.
2) Für Fulda konnte im Prüfungszeitraum kein Produktbereich 07 – Gesundheitsdienste – innerhalb des Haushaltsplans identifiziert werden.
3) Bei der Stadt Kassel ist zu berücksichtigen, dass sie ein gemeinsames Gesundheitsamt für Stadt und Landkreis Kassel betreibt.
Quelle: Rechnungswesendaten 2022, eigene Darstellung; Stand: 31. August 2023

Ansicht 58: Haushaltslage für den Teilbereich Gesundheitsdienste

Insgesamt wiesen alle geprüften Träger einen Fehlbetrag im Teilbereich Gesundheitsdienste auf. Für die Stadt Fulda war innerhalb des Haushaltsplans kein Produktbereich 07 definiert. Deshalb konnte hier keine Auswertung vorgenommen werden.

In Frankfurt am Main sind die dargestellten Investitionskostenzuschüsse vorrangig durch den Ersatzneubau des Klinikum Höchst geprägt. Aufgrund von Bauverzögerungen wurde bereits in der Haushaltsplanaufstellung 2022 mit weiteren Mitteln in Höhe von 20,80 Millionen Euro gerechnet. Die Zuschusssumme der Stadt Frankfurt am Main erhöhte sich somit auf 247,95 Millionen Euro.[159] Im Oktober 2023 wurde ein weiterer Mehrbedarf von 22,9 Millionen Euro zur Sicherung der Finanzierung des Neubaus zur Abstimmung vorgelegt. Der Mehraufwand wurde im Rahmen der Stadtverordnetenversammlung am 2. November 2023 beschlossen und wird entsprechend in der Haushaltsplanung berücksichtigt.

159 Produkthaushalt 2022 der Stadt Frankfurt am Main, Produktbereich 19 „Gesundheit“, Seite 110

Frankfurt kontiert organisationsbezogen

Frankfurt am Main kontierte als einzige Stadt organisations- und nicht produktbezogen. Das ist zwar grundsätzlich zulässig[160], erschwerte aber der Stadt selbst den produktbezogenen Überblick als auch den Vergleich mit anderen Städten, die produktbezogen buchen. Zudem müssen die organisationsbezogenen Daten aus statistischen Gründen in die Systematik der Produkte überführt werden.

Die Überörtliche Prüfung empfiehlt der Stadt Frankfurt am Main, perspektivisch auf eine produktbereichsbezogene Buchung umzustellen. Dies ermöglicht eine transparente Analyse, trägt zu einer konsistenten Buchführung bei und vermeidet Doppelstrukturen.

6.3 Verlustübernahmen und Gewinnabführungen

Um finanzielle Beiträge der Träger zu analysieren, untersuchte die Überörtliche Prüfung Kapitalerhöhungen, Darlehensgewährungen, Bürgschaften und Betrauungsakte bei den Kliniken.

Ansicht 59 verdeutlicht die finanzielle Unterstützung in Form von Kapitalerhöhungen oder Darlehensgewährungen.

Kapitalerhöhungen und Darlehensgewährungen Kliniken

	Kapitalerhöhung in Millionen Euro					Darlehensgewährung in Millionen Euro				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
Darmstadt	0	0	0	0	0	0	3	20[3)]	30	20
Frankfurt am Main	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fulda	0	0	4	23[1)]	2	0	7,5	20	0	0
Hochtaunuskreis[2)]	0	0	0	0	0	0	0	0	6	8
Kassel[4)]	0	0	27,8	0	0	0	3	20	0	0
Main-Taunus-Kreis[5)]	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
Offenbach am Main	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wiesbaden	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1) 3 Mio. € Einzahlung in die Kapitalrücklage der Klinikum Fulda gAG durch Stadt Fulda; 20 Mio. € Erhöhung Grundkapital im Wege der Sacheinlage um 0,1 Mio. € auf 5,1 Mio. € durch Ausgabe von 100 neuen Stückaktien/Restbetrag in Höhe von 19,9 Mio. € als Leistung in die Kapitalrücklage (aus Darlehen)
2) Zum Zeitpunkt der Prüfung lagen keine Informationen zu Kapitalerhöhungen durch den Hochtaunuskreis vor
3) Darunter zweimal 10 Mio. € für die Milderung negativer wirtschaftlicher Auswirkungen der COVID-19-Pandemie
4) Gesellschafterkreditlinie (Inneres Darlehen) seitens Stadt Kassel gegenüber. GNH AG; hier: Inanspruchnahme; Stand aktuell: alles zurückgezahlt
5) Main-Taunus aktueller Stand: alles zurückgezahlt

Quelle: Angaben der Kommunen, eigene Darstellung; Stand: 31. Dezember 2023

Ansicht 59: Kapitalerhöhungen und Darlehensgewährungen Kliniken

160 ProduktbuchPlus - Erläuterungen zum Produktbereichsplan nach Muster 11 zu § 4 Absatz 2 GemHVO,
https://innen.hessen.de/sites/innen.hessen.de/files/2023-08/produktbuch_plus_2023-08-16.pdf, zuletzt aufgerufen am 10. Mai 2024

Während Fulda und Kassel ihre Krankenhäuser im Prüfungszeitraum mit sieben- bis achtstelligen Kapitalerhöhungen sowie Darlehen finanziell unterstützten, verzichteten die anderen Träger im Vergleichsring auf Kapitalerhöhungen. Finanzielle Unterstützung in Form von Darlehensgewährungen konnte zudem für Darmstadt, den Hochtaunuskreis sowie den Main-Taunus-Kreis festgestellt werden.

Betrauungsakte

Um den rechtlichen Rahmen für die finanzielle Unterstützung der Kliniken durch die Städte und Landkreise zu prüfen, wurden ebenfalls Betrauungsakte untersucht. Im Prüfungszeitraum konnten für das Klinikum Fulda gAG, die Hochtaunus-Kliniken sowie die Kliniken des Main-Taunus-Kreises Betrauungsakte verifiziert werden.

Bürgschaften

Im Rahmen der örtlichen Erhebung wurden auch laufende Bürgschaften der Träger für die Klinken berücksichtigt. Für Darmstadt, Fulda sowie für den Main-Taunus-Kreis und den Hochtaunuskreis konnten Bürgschaftsverträge verzeichnet werden. Zudem konnte ein bestehender Bürgschaftsvertrag zwischen der Stadt Fulda und der Zusatzversorgungskasse der Gemeinden und Gemeindeverbände des Regierungsbezirks Kassel (KVK ZusatzVersorgungsKasse) verzeichnet werden.

Für den Main-Taunus-Kreis konnten diverse finanzielle Unterstützungen für die Kliniken beobachtet werden. Die nachfolgende Ansicht zeigt den Stand der drei laufenden Bürgschaften zum Stichtag 30. Juni 2022.

Bürgschaftsstand des Main-Taunus-Kreises			
Schuldner	Bürgschaftsbetrag Euro	Bürgschaft gültig bis	Stand 30. Juni 2022
Kliniken GmbH	81.296.213,73	offen	81.296.213,73
Fachklinik Hofheim	3.604.607,76	offen	3.604.607,76
Main-Taunus-Privatkliniken GmbH	16.000.000,00	offen	16.000.000,00
Summe			100.900.821,49
Quelle: Angaben der Kommune, eigene Darstellung; Stand: 30. Juni 2022			

Ansicht 60: Bürgschaftsstand des Main-Taunus-Kreises

Insgesamt wiesen die drei laufenden Bürgschaften einen offenen Gesamtsaldo in Höhe von 100,9 Millionen Euro auf. Zudem kam es im Jahr 2022 zu einer Liquiditätsgewährung in Höhe von acht Millionen Euro für die Kliniken des Main-Taunus-Kreises (KdMtK). Das Darlehen wurde zum Zeitpunkt der Prüfung bereits beglichen. Während des gesamten Zeitraums 2018 bis 2022 kam es zu Schuldendienstübernahmen des Main-Taunus-Kreises für die KdMtK. Insgesamt wurden so finanzielle Mittel in einer Gesamthöhe von 27 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Zusätzlich unterstützte der Main-Taunus-Kreis die KdMtK bei Investitionskosten. Im Prüfzeitraum wurde eine jährliche Summe in Höhe von 540.000 Euro zur Verfügung gestellt. Somit kam es zu einem weiteren Gesamt-Investitionskostenzuschuss durch den Main-Taunus-Kreis in Höhe von 27 Millionen Euro.

Zwischen der Stadt Fulda und der Zusatzversorgungskasse der Gemeinden und Gemeindeverbände des Regierungsbezirks Kassel (KVK ZusatzVersorgungsKasse) konnte ein bestehender Bürgschaftsvertrag verzeichnet werden. In den Jahren 2020 bis 2022 leistete die Stadt Fulda Kapitaleinlagen in Höhe von insgesamt 9 Millionen, um das Eigenkapitals des Klinikums Fulda zu erhöhen. Zudem gab es für das Klinikum Fulda in den Jahren 2019 und 2020 Darlehensgewährungen in Höhe von 27,5 Millionen Euro. Zusätzlich gab es weitere

finanzielle Unterstützungen für Brandschutzmaßnahmen (1,7 Millionen Euro) sowie Zuwendungen für Modernisierung und Erweiterungsmaßnahmen (insgesamt 5 Millionen Euro).

Zum Stichtag 31. Dezember 2022 bestanden für das Klinikum Darmstadt insgesamt acht laufende Bürgschaften mit einem offenen Gesamtsaldo von 90,6 Millionen Euro. Nach Aussage der Stadt Darmstadt war eine Kapitalerhöhung in Höhe von 15 Millionen Euro im Laufe des Jahres 2023 geplant, um die angespannte finanzielle Lage des Klinikum Darmstadt zu unterstützen[161]. Weitere finanzielle Unterstützung, auch für den Verlustausgleich des Klinikums für das Jahr 2023, sollten in der laufenden Haushaltsplanung berücksichtigt werden.

Zum Stichtag 31. Dezember 2022 bestanden für den Hochtaunuskreis insgesamt vier laufende Bürgschaften. Die Bürgschaft für die Hochtaunus-Kliniken GmbH betrug zum Stichtag 31. Dezember 2022 316.892 Euro.

Verlustübernahmen

Zudem übernahm der Hochtaunuskreis im gesamten Prüfungszeitraum 2018 bis 2022 Defizitausgleichszahlungen für die Hochtaunus-Kliniken in einer Gesamthöhe von 64,4 Millionen Euro.

Für das Klinikum Frankfurt Höchst wurde im Prüfungszeitraum keine finanzielle Unterstützung in Form von Kapitalerhöhungen oder Darlehensgewährungen durch die Stadt Frankfurt am Main gewährt. Jedoch war die Stadt Frankfurt am Main als Gesellschafterin an der Finanzierung des Neubaus des Klinikums Frankfurt Höchst beteiligt. Zusammen mit dem Land Hessen kam es zu einer Finanzierung in Höhe von 265,5 Millionen Euro. Der Anteil des Land Hessen betrug 54,7 Millionen Euro. Um die Verluste des Jahres 2022 ausgleichen zu können, war eine zusätzliche finanzielle Unterstützung unumgänglich. Um die Liquidität kurzfristig sicherstellen zu können, plante die Stadt Frankfurt am Main einen Zuschuss von zehn Millionen Euro für die Kliniken des Main-Taunus-Kreises für das Jahr 2023.

Laut der ursprünglichen Kostenplanung des Neubaus des Klinikums Frankfurt Höchst aus dem Jahr 2021 sollte das Gesamtinvestitionsvolumen der Stadt Frankfurt am Main 177 Millionen Euro betragen.[162] Die Gesamtsumme der Investitionen der Stadt Frankfurt am Main beträgt nun 250,05 Millionen Euro.[163] Bis Ende 2024 sind laut Gesundheitsdezernat der Stadt Frankfurt am Main voraussichtlich weitere 50 Millionen Euro nötig.[164] Für die Zukunft wird von einem Defizit des Klinikverbunds varisano von bis zu 160 Millionen Euro bis zum Jahr 2028 ausgegangen.[165]

Gewinnausschüttungen

Um die finanziellen Beteiligungen der Kommunen an den Kliniken zu prüfen, wurden ebenfalls Gewinnausschüttungen untersucht. Von allen geprüften Städten und Landkreisen schüttete nur das Klinikum Kassel in den Jahren 2018 und 2019 einen Gewinn aus. Er belief sich 2018 auf 431.749 Euro und 2019 auf

161 Zum Redaktionsschluss lagen dazu keine weiteren, detaillierten und geprüften Informationen vor

162 Frankfurter Neue Presse, Nächste Finanzspritze für Höchster Klinikum: Stadt zahlt knapp 23 Millionen Euro, https://www.fnp.de/frankfurt/naechste-finanzspritze-fuer-hoechster-klinikum-92561114.html, zuletzt aufgerufen am 30. September 2024

163 Stadt Frankfurt am Main, Mehrausgaben für Neubau des Klinikums Höchst beschlossen, https://frankfurt.de/aktuelle-meldung/Haushalt-und-Finanzen/Neubau-Klinikum/, zuletzt aufgerufen am 30. September 2024

164 Frankfurter Allgemeine Zeitung, FINANZNOT IN KRANKENHÄUSERN: Frankfurt muss Klinikum mit 47 Millionen Euro aushelfen, https://www.faz.net/aktuell/rhein-main/frankfurt/klinikum-frankfurt-hoechst-benoetigt-zusaetzlich-47-millionen-euro-19016843.html, zuletzt aufgerufen am 9. Oktober 2023

165 Zum Redaktionsschluss lagen dazu keine weiteren, detaillierten und geprüften Informationen vor

306.044 Euro. Allerdings war die Gewinnausschüttung an die Stadt Kassel im Vergleich zum Jahresüberschuss gering. Das Risiko, welches mit der finanziellen Beteiligung der Stadt Kassel verbunden war, war nicht proportional zu dem daraus erzielten Nutzen.

Garantiedividende

Um die rechtmäßige, sachgerechte und wirtschaftliche Betätigung der Städte und Landkreise im Hinblick auf die Beteiligung zu analysieren und zu bewerten, wurden Garantiedividenden berücksichtigt. In der Landeshauptstadt Wiesbaden nahm die Gesellschaft für ein gesundes Wiesbaden mbH (EGW) während des gesamten Prüfzeitraums die Gesellschafterfunktion für die Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden GmbH (HSK) ein. Dafür erhielt sie seit dem Geschäftsjahr 2016 eine vertraglich vereinbarte Garantiedividende in Höhe von 300.000 Euro pro Jahr. Die Ausschüttung ist nicht an den wirtschaftlichen Erfolg der HSK geknüpft. Die HSK erwirtschafteten im Prüfungszeitraum einen saldierten Überschuss von rund 20 Millionen Euro (vier Millionen Euro jährlich). Bei einem Gesellschafteranteil der Landeshauptstadt Wiesbaden von 51 Prozent an der HSK verzichtete Wiesbaden im Prüfungszeitraum auf eine Ausschüttung von über acht Millionen Euro.

Die detaillierte Betrachtung der Aufwendungen für Gesundheitsdienste wies durchgehend einen Fehlbetrag während des gesamten Prüfungszeitraums auf. Zudem unterstützen fünf der acht geprüften Städte und Landkreise die jeweiligen Kliniken in Form von Darlehensgewährung, Bürgschaften und Kapitalerhöhungen. Lediglich die Stadt Kassel erhielt in den Jahren 2018 und 2019 eine Gewinnbeteiligung. Verlustübernahmen trugen zu einer weiteren finanziellen Belastung der Landkreise und Städte bei. Hier ist besonders die finanzielle Belastung der Stadt Frankfurt am Main, die durch Investitionen in den Neubau des Klinikums Höchst und damit verbundene Bauverzögerungen entstand, zu nennen.

6.4 Aufbau und Organisation der Beteiligungsverwaltungen

Die Überörtliche Prüfung untersuchte sowohl die Struktur (Aufbauorganisation), als auch die Arbeitsabläufe und Prozesse (Ablauforganisation) der Beteiligungsverwaltungen der Städte und Landkreise. Die effektive Erfüllung der Aufgaben der Beteiligungsverwaltung erfordert eine hinreichende Integration in die kommunale Verwaltungsstruktur, ausreichende Kompetenzen sowie eine angemessene personelle und fachliche Ausstattung.[166]

Die Aufgaben der Beteiligungsverwaltung waren direkt in den Verwaltungen der jeweiligen Städte und Landkreisen organisiert. Lediglich die Stadt Darmstadt hat im HEAG-Konzern (HEAG Holding AG) ihre wirtschaftlichen Aktivitäten in privatrechtlicher Organisationsform gebündelt. Die Stadt Darmstadt profitierte bei diesem Modell von Synergien hinsichtlich Schulungsangeboten und Expertise innerhalb beider Unternehmensstrukturen. Zudem konnten Reportingstrukturen und Informationsverarbeitung harmonisiert und zentral genutzt werden.

Aufgrund der Rechtsform (AG) sind die Einflussmöglichkeiten der Stadt Darmstadt auf das Beteiligungsmanagement jedoch begrenzt. Bereits in der 168. Vergleichenden Prüfung wurde dies angemerkt. Die damalige Empfehlung, die HEAG Holding AG in eine GmbH umzuwandeln, wurde von Darmstadt nicht umgesetzt. Auch der Verweis auf die fehlende informelle Koordination zwischen der HEAG und der Stadt war noch nicht zufriedenstellend gelöst. Es gab zwar informelle Abstimmungen, jedoch noch keinen institutionalisierten Austausch zwischen dem Vorstand der HEAG und dem Stadtkämmerer.

166 Hessisches Ministerium für Finanzen, https://finanzen.hessen.de/Ueber-Uns/Beteligungen/Beteiligungsverwaltung, zuletzt aufgerufen am 30. März 2023

Die Überörtliche Prüfung empfiehlt, die Schnittstellen, Verantwortlichkeiten sowie Standards und Erwartungen zwischen der HEAG und der Stadt Darmstadt zu institutionalisieren und vertraglich festzuhalten. Des Weiteren wird ein regelmäßiger Austausch zwischen Vorstand und Stadtkämmerer empfohlen. Die Ergebnisse sollten in standardisierter, dokumentierter Form festgehalten werden.

Regelmäßige Jour Fixe Termine fanden in allen geprüften Städten und Landkreisen zum Austausch von Informationen und aktuellen Themen statt. Die Überörtliche Prüfung empfiehlt eine standardisierte Dokumentation (in Form eines Protokolls oder einer Agenda) für die Städte Fulda (Mitschriften oblagen der Eigenverantwortung der Teilnehmer), Offenbach am Main und Wiesbaden (Austausch Beteiligungsverwaltung und EGW).

Im Zuge der COVID-19-Pandemie entwickelten sich die Abläufe in den Beteiligungsverwaltungen weiter. Dies betraf vor allem die folgenden Bereiche:

- Umstellung auf Remote-Arbeit: Einrichtung von Homeoffice-Infrastrukturen sowie Bereitstellung von Tools und Ressourcen,
- Technische Gegebenheiten: Erweiterung der technischen IT-Infrastruktur; Berücksichtigung der Netzwerksicherheit, gesicherte Datenverwaltung,
- Kommunikation: Einschränkung der Präsenzmeetings; Umstellung auf digitale Kommunikationsmedien wie Videokonferenzen und Web-Plattformen,
- Datenaustausch: Papiergebundene Daten vs. „papierloses Büro“.

Wiesbaden nutzte die COVID-19-Pandemie zur technischen Weiterentwicklung. Sukzessive wurde auf „papierlose“ Prozesse umgestellt. Anschließend wurden die Beteiligungen eingebunden und der Datenaustausch digital durchgeführt. Die Umstellung hatte Auswirkungen auf Arbeitsabläufe und Produktivität. Elektronische Dokumente können schneller erstellt, bearbeitet, durchsucht und weitergeleitet werden. Zudem konnten elektronische Dokumente mit Verschlüsselung und Zugriffsbeschränkungen gesichert werden, um die Vertraulichkeit und Integrität von Informationen zu gewährleisten.

Personelle und fachliche Ausstattung

Neben Aufbau und Organisation wurde für den Prüfungszeitraum 2018 bis 2022 ebenfalls die personelle Ausstattung der verschiedenen Beteiligungsverwaltungen geprüft. Um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wurden die Mitarbeiterzahl in Vollzeitäquivalente (VZÄ) dargestellt. Im Vergleich wurde zudem die Anzahl der Beteiligungen mit einer Beteiligung der kommunalen Körperschaft größer 20 Prozent sowie die Gesamtzahl der Beschäftigten innerhalb der Beteiligungen herangezogen.

Grunddaten der Beteiligungsverwaltung												
	Beschäftigte der kommunalen Beteiligungsverwaltung (VZÄ)				Zahl Beteiligungen > 20 % Anteil Stadt/Landkreis				Beschäftigte in den Beteiligungen			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Darmstadt[1)]	14,8	14,8	13,8	13,1	111	115	114	116	8.559	8.916	9.077	9.323
Frankfurt am Main	14	13	14	14	228	224	231	237	15.602	15.936	16.728	16.814
Fulda	1,7	1,7	1,7	2,25	7	8	9	11	1.861	1.930	2.017	2.095
Hochtaunuskreis[2)]	2,5	3,0	3,0	2,9	15	16	15	16	2.092	2.228	3.009	3.541
Kassel	3,0	3,0	3,0	4,0	61	64	62	57	5.934	6.105	6.118	6.020
Main-Taunus-Kreis	2,5	2,5	2,5	2,5	21	20	18	18	8.068	9.694	10.764	12.290
Offenbach am Main	1,3	1,3	1,3	1,3	35	34	34	34	2.700	2.680	2.794	2.798
Wiesbaden	4,9	4,9	4,2	6,2	45	40	38	42	6.246	6.543	6.675	6.624

1) Darmstadt: MA-Beteiligungsverwaltung bezieht sich auf HEAG Holding AG
2) Hochtaunus: Beschäftigte in Beteiligungen 2021: exklusive KH St. Josef
Quelle: Angaben der Kommunen, eigene Darstellung; Stand: 31. August 2023

Ansicht 61: Grunddaten der Beteiligungsverwaltung

In Frankfurt am Main, Kassel, dem Main-Taunus-Kreis und Offenbach am Main wurde eine stabile Mitarbeiterzahl der kommunalen Beteiligungsverwaltung beobachtet. In Fulda konnte ein Anstieg der Beschäftigten im Jahr 2021 um 32,4 Prozent nachgewiesen werden. In Darmstadt sank die Zahl der Beschäftigten in der kommunalen Beteiligungsverwaltung, wobei sich die Zahl auf das Mitarbeiterverhältnis innerhalb der HEAG Holding AG bezieht. Im Hinblick auf die Zahl der Beschäftigten in den Beteiligungen (>20 Prozent) konnten ebenfalls konstante Werte beobachtet werden. Die höchsten Anstiege der Beschäftigten gab es im Hochtaunuskreis sowie im Main-Taunus-Kreis.

Insbesondere im Main-Taunus-Kreis ist zu beobachten, dass die Anzahl der Beschäftigten in der Beteiligung von 2018 bis 2021 um 52,33 Prozent anstieg, während die Anzahl der Beschäftigten in der kommunalen Beteiligungsverwaltung konstant blieb. Dieser signifikante Anstieg, im Gegensatz zur unveränderten Situation in der kommunalen Beteiligungsverwaltung, weist auf eine Diskrepanz in der Personalausstattung hin. Das Wachstum der Beschäftigtenzahlen in der kommunalen Beteiligungsverwaltung sollte proportional zu demjenigen in den Beteiligungen erfolgen.

Die Überörtliche Prüfung empfiehlt, die personelle Ausstattung der Beteiligungsverwaltung entsprechend der Anzahl der zu verwaltenden Beteiligungen zu gestalten. Zudem empfiehlt die Überörtliche Prüfung eine vorausschauende Personalplanung, um prognostizierten möglichen Engpässen (wie Personalabgang bei Renteneintritt) entgegenzuwirken. Bei der Personalplanung sollte auch die komplexe Einarbeitungszeit entsprechend berücksichtigt werden.

6.5 Verwaltung und fachliche Führung der Beteiligungen

Ein Public Corporate Governance Kodex hat zum Ziel, die Effektivität, Effizienz, Nachhaltigkeit und Transparenz von Organisationen der öffentlichen Hand bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu gewährleisten.[167] Ansicht 62 gibt eine Übersicht über den aktuellen Beteiligungskodex innerhalb der geprüften Kommunen.

Übersicht über den aktuellen Beteiligungskodex innerhalb der geprüften Kommunen		
Kommune	Umset-zung	Stand
Darmstadt	✓	13. Dezember 2022
Frankfurt am Main	✓	Dokument enthält keine Version/ kein Datum der Veröffentlichung, gemäß Stadtverordnetenversammlung wurde die Umsetzung im März 2010 beschlossen
Fulda	✓	27. Januar 2023
Hochtaunuskreis	✓	1. Februar 2015
Kassel	●	N/A
Main-Taunus-Kreis	✓	Geschäftsjahr 2021
Offenbach am Main	✓	24. Februar 2011
Wiesbaden	✓	12. September 2019 (gemäß Beschluss der Stadtverordnetenversammlung)

✓ = vorhanden
● = nicht vorhanden
N/A = nicht anwendbar
Quelle: Angaben der Kommunen, eigene Darstellung; Stand: 31. August 2023

Ansicht 62: Übersicht über den aktuellen Beteiligungskodex innerhalb der geprüften Kommunen

Ein Public Corporate Governance Kodex trägt dazu bei, die Rechte und Pflichten aller beteiligten Akteure aus Politik, Verwaltung und den Beteiligungsgesellschaften klar zu definieren. Bis auf die Stadt Kassel verfügten alle geprüften Städte und Landkreise über einen Beteiligungskodex. Der Beteiligungskodex der Stadt Offenbach am Main wies den Stand Februar 2011 auf und wurde seitdem nicht überarbeitet. Eine regelmäßige Überprüfung und Aktualisierung des Beteiligungskodex der Stadt Offenbach am Main ist wichtig, um die aktuelle Gesetzgebung und gesellschaftliche Veränderungen zu reflektieren, neue Methoden der Bürgerbeteiligung zu integrieren, seine Effektivität zu gewährleisten und seinen Wert für die Bürger und Stadt zu erhalten.

Die Überörtliche Prüfung empfiehlt, einen Beteiligungskodex sowie etwaige Rahmendokumente (Entsprechenserklärung) und etwaigen weiteren Anhängen (Organigramme, Muster-Gesellschafterverträge) zu implementieren.

167 Expertenkommission Deutscher Public Corporate Governance Musterkodex, in der Fassung vom 14. März 2022, https://pcg-musterkodex.de/wp-content/uploads/2022/03/Deutscher-Public-Corporate-Governance-Musterkodex_Fassung_2022-03-14.pdf, zuletzt aufgerufen am 14. Februar 2025

Übersicht Compliance/ Anti-Korruptionsrichtlinie

Vorhandene Dokumente zu den Bereichen Compliance und Anti-Korruption tragen dazu bei, das Risiko von Korruptionsvorfällen zu minimieren, indem klare Verhaltensstandards festgelegt und Kontrollmechanismen abgeleitet werden.

Ansicht 63 gibt eine Übersicht der bestehenden Compliance/ Anti-Korruptionsrichtlinien zur Anwendung innerhalb der Trägerverwaltung.

Übersicht Compliance/ Anti-Korruptionsrichtlinie zur Anwendung innerhalb der Trägerverwaltung		
Kommune	Umsetzung	Stand/Gültigkeit
Darmstadt	✓	Gemäß Rundverfügung Nr. 48 vom 22.12.2022 ist die Verwaltungsvorschrift zur Korruptionsvermeidung vom 16.12.2016 zuletzt spezifiziert worden
Frankfurt am Main	✓	Jährliche Unterweisung
Fulda	✓	1. Januar 2021
Hochtaunuskreis	✓	10. März 2023
Kassel	✓	6. März 2018
Main-Taunus-Kreis	✓	Keine eigene Compliance-Richtlinie für Main-Taunus-Kreis, Richtlinie zur Korruptionsprävention und Korruptionsbekämpfung in der öffentlichen Verwaltung des Landes Hessen, Stand 18. November 2019
Offenbach am Main	✓	14. November 2018
Wiesbaden	✓	Handbuch Korruptionsvermeidung - Stand unbekannt Verfügung des Oberbürgermeisters bzgl. Annahme von Belohnungen, Geschenken und sonstigen Vorteilen, Stand Oktober 2020
✓ = liegt vor ● = liegt nicht vor Quelle: Angaben der Kommunen, eigene Darstellung; Stand: 31. August 2023		

Ansicht 63: Übersicht Compliance/ Anti-Korruptionsrichtlinie zur Anwendung innerhalb der Trägerverwaltung

Alle geprüften Träger hatten eine Compliance/ Anti-Korruptionsrichtlinie, die jeweils zwischen 2018 und 2023 verfasst wurde und den Geltungsbereich und die dort beschäftigten Mitarbeiter umfasste. Die Compliance-Richtlinien enthielten unter anderem Vorgaben zu allgemeinen Verhaltensgrundsätzen, zu Geschenkannahme, zu Spenden und Sponsoring, zu Korruptionsprävention, Vertraulichkeit, Datenschutz, Interessenkonflikten und Arbeitssicherheit. In Darmstadt, Frankfurt am Main und Wiesbaden war die Aktualität der Compliance/ Anti-Korruptionsrichtlinie den Unterlagen nicht zu entnehmen. Zudem gab es in Darmstadt und Frankfurt am Main eine separate Richtlinie zur Anwendung innerhalb der Beteiligungen.

Die Überörtliche Prüfung empfiehlt, die vorhandenen Richtlinien regelmäßig (jährlich) zu prüfen sowie bei Bedarf (rechtliche Änderungen) zu aktualisieren und anzupassen. Zudem sollen die Mitarbeiter des Geltungsbereichs regelmäßig zu Compliance und Korruptionsvermeidung unterwiesen werden.

Vorbereitung der Mandatsträger

Personen, die einer Aufsichtsratstätigkeit nachgehen („Mandatsträger“) sollen über die erforderliche Kompetenz und Kenntnisse verfügen, um ihre Aufgaben verantwortungsvoll wahrzunehmen und die Interessen der Städte und Landkreise zielgerecht vertreten zu können. Um die Kontroll- und Überwachungsrechte sowie -pflichten wahrnehmen zu können, ist ausreichende Vorbereitung sowie die Bereitstellung aller relevanten Informationen unerlässlich.

In Ansicht 64 werden die Arten der Mandatsträgervorbereitung in Abhängigkeit zur geprüften Stadt oder zum geprüften Landkreis dargelegt.

Übersicht Mandatsträgervorbereitung				
Kommune	Umsetzung	Art der Vorbereitung	Regelmäßiges Schulungsangebot	Durchgeführt durch
Darmstadt	✓	Umfassende, standardisierte sowie dokumentierte Vorbereitung für jede Aufsichtsratssitzung, Schulungsangebot für Mandatsträger vorhanden	✓	Beteiligungsmanagement (HEAG)
Frankfurt am Main	✓	Umfassende, standardisierte sowie dokumentierte Vorbereitung für jede Aufsichtsratssitzung	✓	Beteiligungsmanagement (Dezernat VI)
Fulda	✓	Hintergrundinformationen zu den Tagesordnungspunkten für die beiden Dezernenten (Oberbürgermeister, Bürgermeister) sowie Jour Fixe Termine zur Vorbesprechung der Aufsichtsratssitzungen	●	Beteiligungsmanagement (Stadtkämmerei)
Hochtaunuskreis	✓	Hintergrundinformationen zu den Tagesordnungspunkten sowie Jour Fixe Termine zur Vorbesprechung der Aufsichtsratssitzungen, Schulungsangebot für Mandatsträger vorhanden	✓	Beteiligungsmanagement (Fachbereich 90.70)
Kassel	✓	Kein standardisierter Prozess; Abstimmung und Vorbereitung erfolgt nach Bedarf	●	Beteiligungsmanagement (Stabsstelle Konzernbüro)
Main-Taunus-Kreis	✓	Umfassende, standardisierte sowie dokumentierte Vorbereitung für jede Aufsichtsratssitzung	●	N/A
Offenbach am Main	✓	Die Vorbereitung erfolgte in Form von Vorbesprechungen der Geschäftsführung der jeweiligen Gesellschaften mit den Dezernenten	✓	Dezernenten sowie Stadtwerke Offenbach
Wiesbaden	●	Keine Mandatsträgervorbereitung seitens des Beteiligungsmanagements oder der EGW	✓	Stadt Wiesbaden und externe Anbieter

✓ = ja ● = nein N/A = nicht anwendbar
Quelle: Angaben der Kommunen, eigene Darstellung; Stand: 31. August 2023

Ansicht 64: Übersicht Mandatsträgervorbereitung

In Wiesbaden konnte keine standardisierte Vorbereitung der Mandatsträger für die jeweiligen Aufsichtsrats- oder Gremiensitzungen festgestellt werden. In Kassel war kein standardisierter Prozess dokumentiert, jedoch wurden Vorbereitungen anlassbezogen nach Bedarf durchgeführt. Schulungsangebote konnten in fünf Städten und Landkreisen (Darmstadt, Frankfurt am Main, Hochtaunuskreis, Offenbach am Main, Wiesbaden) verifiziert werden.

Das Angebot umfasste Einführungsveranstaltungen, in der Rechte und Pflichten in der neuen Rolle als Mandatsträger dargestellt wurden, als auch Sonderschulungen zu medizinisch-wirtschaftlichen Fragestellungen. Das Schulungsangebot wurde zum Großteil durch externe Anbieter durchgeführt. In Offenbach am Main oblag die Planung der Schulungen den Stadtwerken Offenbach.

Die Aufgabe der Mandatsträgervorbereitung wurde von den geprüften Städten und Landkreisen unterschiedlich interpretiert und ausgeführt. Das Angebot reichte dabei von allgemeinen Schulungen für neu ernannte Aufsichtsratsmitglieder, über Fachschulungen bis hin zu detaillierter Vorbereitung der Themen der einzelnen Aufsichtsratssitzungen.

Die Überörtliche Prüfung empfiehlt einen standardisierten Prozess, um die jeweiligen Aufsichtsratssitzungen vorzubereiten, inklusive detaillierte Besprechung der einzelnen Tagesordnungspunkte sowie Beschlüsse. Die wesentlichen Punkte der Vorbereitung sind schriftlich festzuhalten. Des Weiteren empfiehlt die Überörtliche Prüfung dem Beteiligungsmanagement, ein regelmäßiges Schulungsangebot anzubieten. Es sollte neben allgemeinen Grundlagen zu Rechten und Pflichten auch fachliche Themen berücksichtigen, um die klinikspezifischen Besonderheiten zu berücksichtigen. Unterstützend können externe Schulungsanbieter und Fachexperten hinzugezogen werden.

Besonderheiten kommunaler Vertreter im Aufsichtsrat

Die von einer Kommune entsandten Mitglieder des Aufsichtsrats einer Beteiligungsgesellschaft stehen in einem besonderen Spannungsfeld zwischen den Interessen der Gesellschaft einerseits und den Interessen der Kommune andererseits.

Zum einen unterliegen die Mandatsträger öffentlich-rechtlichen Bindungen gegenüber der entsendendungsberechtigten Kommune. Als deren Vertreter sind sie gehalten, bei ihrer Amtsführung auch die besonderen Interessen der Kommune berücksichtigen. Nach Kommunalrecht unterliegen sie den Weisungen des Gemeindevorstandes der entsendungsberechtigten Kommune (§ 125 Absatz 2 Satz 1 i.V.m. Absatz 1 Satz 4 HGO).

Diese öffentlich-rechtlichen Bindungen der Mandatsträger gegenüber der entsendungsberechtigten Kommune kollidieren im Grundsatz jedoch mit ihren gesellschaftsrechtlichen Pflichten gegenüber der Beteiligungsgesellschaft. Mit der Mitgliedschaft im Aufsichtsrat sind persönliche Organpflichten gegenüber der Gesellschaft verbunden. Hervorzuheben ist insoweit insbesondere die allgemeine Sorgfalts- und Treuepflicht von Aufsichtsratsmitgliedern. Danach haben sie ihre Amtsführung stets an den Interessen der Gesellschaft auszurichten und ausschließlich zum Wohle der Gesellschaft zu handeln. Diese Organpflichten treffen jedes Aufsichtsratsmitglied gleichermaßen. Sie gelten uneingeschränkt auch für die von einer Kommune entsandten Aufsichtsratsmitglieder.

Zwar gesteht das Gesellschaftsrecht Aufsichtsratsmitgliedern bei der Wahrnehmung ihrer Organpflichten ein unternehmerisches Ermessen zu, in dessen Rahmen die Mandatsträger auch die Interessen des (kommunalen) Gesellschafters berücksichtigen können. Die organschaftliche Treuepflicht gebietet es Aufsichtsratsmitgliedern jedoch, im Konfliktfall dem Unternehmensinteresse den Vorrang vor den Interessen Dritter einzuräumen. Auch die Interessen eines Entsendungsberechtigten sind danach hinter den Belangen der Gesellschaft

zurückzustellen. Dies gilt auch für die Interessen einer entsendungsberechtigten Kommune.

Das Aufsichtsratsmandat ist zudem höchstpersönlicher Natur, es gilt der Grundsatz der unabhängigen und eigenverantwortlichen Mandatsausübung. Der Mandatsträger muss nach eigenem Ermessen allein zum Wohle der Gesellschaft und frei von Weisungen Dritter handeln. Damit ist jedoch das kommunalrechtliche Weisungsrecht des Gemeindevorstandes gegenüber den Mandatsträgern nicht zu vereinbaren. Daher setzt § 125 Absatz 1 Satz 4 HGO das kommunalrechtliche Weisungsrecht des Gemeindevorstandes außer Kraft, soweit dies mit dem Gesellschaftsrecht kollidiert.

Prüfung der Unabhängigkeit der Mandatsträger

Im Rahmen der Prüfungshandlungen wurde die Thematik einer Unabhängigkeitsprüfung innerhalb der Städte und Landkreise aufgegriffen. Ansicht 65 gibt die unterschiedlichen Arten der Prüfung wieder.

Übersicht Unabhängigkeitsprüfung innerhalb der geprüften Städte und Landkreise

Kommune	ja	nein	Art der Prüfung
Darmstadt	x		Selbstauskunft im Rahmen der Entsprechenserklärung
Frankfurt am Main	x		Selbstauskunft im Rahmen der Entsprechenserklärung
Fulda	x		Selbstauskunft gemäß Beteiligungsrichtlinie, keine Abfrage
Hochtaunuskreis		x	N/A
Kassel		x	N/A
Main-Taunus-Kreis	x		Selbstauskunft im Rahmen der Entsprechenserklärung
Offenbach am Main	x		Selbstauskunft gemäß Beteiligungskodex, keine Abfrage durch das Beteiligungsmanagement, aussagegemäß findet eine Prüfung der Wählbarkeitsvoraussetzungen durch die Abteilung „Wahlen und Statistik“ statt
Wiesbaden	x		Selbstauskunft gemäß Beteiligungskodex, keine Abfrage

N/A = nicht anwendbar
Quelle: Angaben der Kommunen, eigene Darstellung; Stand: 31. August 2023

Ansicht 65: Übersicht Unabhängigkeitsprüfung innerhalb der geprüften Städte und Landkreise

Sechs der acht geprüften Städte und Landkreise haben die Behandlung von Interessenkonflikten der Mandatsträger im Beteiligungskodex oder in der Beteiligungsrichtlinie berücksichtigt.

In diesen acht Städten wurde eine Selbstauskunft der Mandatsträger eingeholt. Es konnte keine Prüfung für den Hochtaunuskreis und Kassel (fehlender Beteiligungskodex) verifiziert werden. Für Offenbach am Main wurde eine Unabhängigkeitsprüfung der zur Wahl stehenden Mandatsträger durch die Abteilung "Wahlen und Statistik" durchgeführt.

Frankfurt am Main hat die Thematik der Unabhängigkeitsprüfung („Verifikation der Unabhängigkeit“) im Februar 2024 nochmals aufgegriffen. So wurden alle Aufsichtsratsmitglieder um eine freiwillige Selbstauskunft gebeten. Die Rückläufe werden beim Beteiligungsmanagement verwahrt.

Unabhängigkeit der Mandatsträger

Mandatsträger sollen ihre Aufgaben unabhängig von der Geschäftsführung und frei von Interessenkonflikten ausführen können, um objektiv und im besten Interesse der Kommunen agieren zu können. Bei Interessenskollisionen innerhalb ihrer Überwachungs- und Beratungspflichten ist eine unabhängige und

pflichtgemäße Wahrnehmung der Aufsichtsratspflichten durch die Mandatsträger nicht mehr möglich.[168]

Nach § 125 Absatz 1 HGO sind *„alle Vertreter des Gemeindevorstands (…) an die Weisungen des Gemeindevorstands gebunden, soweit nicht Vorschriften des Gesellschaftsrechts dem Entgegenstehen."* Dies gilt entsprechend für den Aufsichtsrat, wenn einer Gemeinde das Recht eingeräumt wurde.[169]

In der Prüfung konnte in sechs von acht Fällen eine Informationsabfrage via Selbstauskunft nachgewiesen werden (Ansicht 64). Jedoch fehlte ein einheitliches, standardisiertes und dokumentiertes Verfahren. Die eingeholten Selbstauskünfte wurden keiner weiteren Prüfung (so auf korrekte und vollständige Angaben) unterzogen.

Die Überörtliche Prüfung empfiehlt, die Unabhängigkeit der Mandatsträger detailliert im Beteiligungskodex zu verankern und sicherzustellen. Etwaige Auskünfte zu Interessenskonflikten wie Wahrnehmung von Geschäftsführung oder Beratungsfunktionen bei Kunden, Lieferanten, Kreditgebern oder sonstigen Geschäftspartnern der Gesellschaft sowie zusätzliche Tätigkeiten in weiteren Aufsichtsräten sollten regelmäßig (jährlich) im Rahmen einer Selbstauskunft eingeholt werden. Die Angaben der Selbstauskunft sollten durch das Beteiligungsmanagement verifiziert werden. Die durchgeführten Kontrollhandlungen (Verifikation der Selbstauskunft) des Beteiligungsmanagements sind nachvollziehbar zu dokumentieren.

6.6 Beteiligungscontrolling, Berichterstattung und sonstiges Berichtswesen

Ein standardisiertes, vollumfängliches und korrektes Berichtswesen bildet die Grundlage der Steuerung und des Controllings der jeweiligen Beteiligungen. Im Rahmen der Prüfungshandlungen wurden dabei folgende Berichte berücksichtigt:

- Bericht im Rahmen der Mandatsträgervorbereitung
- Quartalsberichte der Beteiligungen
- Jährliche Beteiligungsberichte
- Jahresabschluss der Stadt / des Landkreises

Jährlich wurde in den Städten und Landkreisen ein Beteiligungsbericht erstellt. Dieser Bericht stellt alle relevanten Informationen der städtischen Beteiligungen in einer zusammengefassten und übersichtlichen Form dar. Der Bericht gibt nicht nur einen Überblick über die Leistungen des Stadtkonzerns, sondern zeigt auch ein umfassendes und transparentes Bild der wirtschaftlichen Aktivitäten. Hierzu zählen Leistungs- und Finanzkennzahlen, ein Zahlenspiegel sowie eine detaillierte Darstellung der Bilanz und Gewinn- und Verlustrechnung der Gesellschaften.

Die vergleichende Prüfung zeigte einen unterschiedlichen Detaillierungs- sowie Digitalisierungsgrad bei der Berichtserstellung. Bei der Datenübermittlung der

168 Offermann-Burckart, „Das Verbot der Vertretung widerstreitender Interessen im Vorher-Nachher-Check" in: Anwaltsblatt, 02/2022, Seite 90-95, veröffentlicht Februar 2022

169 Hessische Gemeindeordnung (HGO), § 125, https://www.rv.hessenrecht.hessen.de/bshe/document/jlr-GemOHE2005V13P125, in der Fassung vom 1. April 2005, zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 16. Februar 2023 (GVBl. S. 90, 93), zuletzt aufgerufen am 6. Juni 2024

Beteiligungen im Rahmen des Jahresabschlusses kamen in Darmstadt, Frankfurt am Main, Kassel und Wiesbaden digitale Lösungen (Software, Webportale) mit automatisierten Kontrollschritten (Plausibilitätsprüfungen) zum Einsatz.

In Kassel soll die Softwarelösung künftig auch zum direkten Datenaustausch mit den Beteiligungen herangezogen werden. Ein detaillierter Plan zur Umsetzung lag zum Zeitpunkt der Prüfung nicht vor.

Berichte wurden als Informationsinstrument zur Vorbereitung auf Aufsichtsrats- und Gremiensitzung genutzt. Besonders hervorzuheben sind hier die Städte Darmstadt, Frankfurt am Main, Offenbach am Main und Wiesbaden. Im Hinblick auf derzeitige und künftige finanzielle Entwicklung in Frankfurt am Main empfiehlt die Überörtliche Prüfung ein engmaschiges Controlling der finanziellen Kennzahlen. Es sollte sichergestellt werden, den Mandatsträgern und Fachdezernenten zeitnah die notwendigen Informationen in aktueller Form zur Verfügung zu stellen. Zudem sollte diskutiert werden, ob eine quartalsweise Berichterstattung ausreichend ist, oder ob der Berichtsrhythmus entsprechend angepasst werden soll.

In Kassel wiederum fehlte es an Quartalsberichten sowie einer generellen, standardisierten Berichtsvorlage. Die Überörtliche Prüfung empfiehlt, den Aufbau eines standardisierten Berichtswesens innerhalb der Beteiligungsverwaltung zu fördern. Zudem sollte geprüft werden, wie eine Softwarelösung zu einer standardisierten Auswertung im Rahmen des Berichtswesens beitragen kann. Zudem wurden keine individuellen Analysen und Berichte durch die Beteiligungsverwaltung für die Mitglieder des Aufsichtsrats erstellt. Mithilfe der Quartalsberichte sollte die zeitnahe und umfängliche Information der Aufsichtsratsmitglieder unterstützt werden. Die Überörtliche Prüfung empfiehlt eine individuelle Analyse der Berichte von der Beteiligungsverwaltung für die Mitglieder des Aufsichtsrats im Rahmen der Mandatsträgervorbereitung.

In Frankfurt am Main konnten eine standardisierte Datenerhebung und Datenauswertung verifiziert werden. Bestreben zur weiteren Umsetzung von softwaregestützten Prozessen konnten auch in Kassel, dem Main-Taunus-Kreis und in Wiesbaden beobachtet werden.

Der Einsatz von standardisierter Datenerhebung und Datenauswertung in der Stadt Frankfurt am Main weist auf ein hohes Maß an Operationalisierung und Digitalisierung in ihrer Verwaltungsarbeit hin und trägt entscheidend zur Steigerung der Effizienz, Transparenz und Genauigkeit bei. Bestrebungen zur weiteren Implementierung softwaregestützter Prozesse konnten in Kassel, dem Main-Taunus-Kreis und Wiesbaden verzeichnet werden konnten.

Die Überörtliche Prüfung empfiehlt, künftig die genutzten Systeme zum direkten Datenaustausch mit den Beteiligungen heranzuziehen. Geeignete Softwarelösungen können eine standardisierte Datenerhebung und Datenauswertung unterstützen. Der Einsatz der Software kann zu einer Verbesserung der Prozessqualität und zu einer standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung beitragen. Die vorhandenen Systeme sollten intensiver genutzt und weiterentwickelt werden. Dies könnte beinhalten, das System regelmäßig auf seine Aktualität zu überprüfen und sicherzustellen, dass es den Anforderungen und Bedürfnissen aller Beteiligten gerecht wird.

7. Entwicklung seit der 168. Vergleichenden Prüfung „Gesundheitswesen – Kliniken I“

Der 24. Zusammenfassende Bericht zur 168. Vergleichenden Prüfung „Gesundheitswesen Kliniken I“ wurde im Jahr 2013 veröffentlicht.[170] Der Krankenhausmarkt im Jahr 2013 war geprägt von Themen wie der ökonomischen Dimension der fortschreitenden Mengenentwicklung, der Über-, Unter- und Fehlversorgung in der stationären Versorgung sowie der Diskussion von ökonomischen Fehlanreizen im DRG-System, die sich statistisch als Unterschiede in der Häufigkeit bestimmter medizinischer Eingriffe in Deutschland im internationalen Vergleich widerspiegelten. In den letzten zehn Jahren hat sich der deutsche Krankenhausmarkt kontinuierlich weiterentwickelt. Treibende Faktoren für diese Entwicklung liegen in den nachfolgenden Themen.

- Zunehmende Verschärfung der wirtschaftlichen Lage der Klinken aufgrund mangelnder Finanzierung der stationären Leistungserbringung und weil den Empfehlungen der ersten Klinikprüfung (verstärkte Kooperation, Konzentration von Leistungen) nicht gefolgt wurde.
- In den letzten Jahren gab es eine zunehmende Anzahl von Fusionen und Übernahmen von Krankenhäusern, um die Effizienz zu steigern, Kosten zu senken und die Qualität der Versorgung zu verbessern. Es bestand die Tendenz, dass große Zusammenschlüsse von Kliniken entstanden, während kleinere Einrichtungen oft in größere Netzwerke eingegliedert wurden.
- Der Trend zur ambulanten Versorgung hat sich verstärkt. Krankenhäuser müssen vermehrt ambulante Operationen und Behandlungen durchführen, weil diese Leistungen in den stationären Budgets nicht mehr beinhaltet sind und nur noch ambulant vergütet werden. Die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, Pflegeeinrichtungen und anderen Akteuren im Gesundheitswesen hat zugenommen, um eine nahtlose und koordinierte Versorgung sicherzustellen.
- Die Zahl der Behandlungsbedürftigen steigt mit dem ebenfalls steigenden Durchschnittsalter der Bevölkerung. Gleichzeitig weitet sich der Fachkräftemangel schon aufgrund zahlenmäßig kleinerer nachfolgender Generationen aus. Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen ist allgegenwärtig. Strategien zur Mitarbeiterbindung und -entwicklung sind daher zunehmend wichtig geworden.
- Erhöhung der qualitativen Strukturerfordernisse bei Krankenhäusern zu Leistungserbringung: Mindestmengenregelungen, Pflegepersonaluntergrenzen, Weiterentwicklung der Instrumente zur Personalbedarfsermittlung im Bereich Pflege und Ärzte führen dazu, dass Krankenhäuser bestimmte Leistungen nicht mehr anbieten dürfen oder hohe Investitionen in dem Personalressourcenbereich tätigen müssen.[171]
- Um Effizienzreserven auf Prozessebene (wie durch KI-Assistenzsysteme) und im Bereich des Informationsaustausches zu heben, wurde eine ordnungspolitische Digitalisierungsinitiative gestartet. Ein großer Schwerpunkt

170 Vierundzwanzigster Zusammenfassender Bericht „Gesundheitswesen - Kliniken” vom 28. Mai 2013, LT-Drs. 18/7105

171 Mit der Ausweitung der Pflegepersonaluntergrenzen sind seit dem Jahr 2022 Pflegepersonalvorgaben für insgesamt 16 pflegesensitive Bereiche in den Krankenhäusern verpflichtend umzusetzen. Bei einer Unterschreitung dieser Personaluntergrenzen müssen die Krankenhäuser Vergütungsabschläge in Kauf nehmen oder aufgrund von Bettensperrungen die Patientenzahl reduzieren. Die Untergrenzen ergeben sich aus § 6 Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) und sind als Monatsdurchschnittswert einzuhalten.

liegt in der Einführung von elektronischen Patientenakten (EPA), Telemedizin und digitalen Gesundheitsanwendungen. Weiterhin wird versucht, strukturierte Routinedaten zu analysieren, um epidemiologisch neue Erkenntnisse für den Behandlungsprozess abzuleiten.

Das Prüfvorgehen der 240. Vergleichenden Prüfung erfolgte in Anlehnung an das Prüfvorgehen der 168. Vergleichenden Prüfung. Die Methodik der vergleichenden Analyse wurde fortgeschrieben und zur Abbildung der obengenannten Themenfelder weiterentwickelt. Themenfelder der 168. Vergleichenden Prüfung wie zum Beispiel Analyse der baulichen und medizintechnischen Strukturen wurden zugunsten der Analysen und Aufarbeitung des COVID-19-Pandemiegeschehens aus der Betrachtungstiefe herausgenommen und nun hinsichtlich ihrer Bedeutung für Nachhaltigkeit und Klimaziele bewertet. Neu hinzugekommen ist das Themenfeld Digitalisierung. Die Analyse der wirtschaftlichen Lage wurde ergänzt um die neuen Instrumente in der Leistungsfinanzierung (wie Pflegebudget und Prüfquote des Medizinischen Dienstes). Die Nachschau zur 168. Vergleichenden Prüfung wurde in Analogie zu dieser veränderten Prioritätensetzung vorgenommen, ausschließlich der Themenfelder, die im Betrachtungszeitraum weiterhin Relevanz besaßen.

Feststellungen und Kernforderungen der 168. Vergleichenden Prüfung „Gesundheitswesen – Kliniken“ und deren Entwicklung bis zur 240. Vergleichenden Prüfung „Gesundheitswesen – Kliniken II“

Die zweite Klinikprüfung (240. Vergleichende Prüfung) fand zehn Jahre nach der ersten Klinikprüfung (168. Vergleichende Prüfung) statt. Die geprüften Träger und Krankenhäuser waren aufgefordert, die Kernforderungen aus der ersten Klinikprüfung (2012/13) über diesen Zeitraum aufzugreifen und umzusetzen. Festzuhalten ist, dass dies nur ansatzweise geschah.

Auch im Jahre 2022 bestanden die Prüfungshemmnisse bei den Kliniken Sana Offenbach und den Helios Horst-Schmidt Kliniken in Wiesbaden weiter fort, da die beteiligten privaten Träger Sana und Helios einer Offenlegung ihrer klinikbezogenen Daten durch ihre kommunalen Mitgesellschafter widersprochen und die Klinikdaten nicht zur Verfügung gestellt haben. Die Forderung zur Beseitigung dieser Prüfungshemmnisse wurde fortgesetzt missachtet (siehe Abschnitt 4.4).

Die erste Klinikprüfung gelangte bereits zu der Feststellung, dass die meisten Trägerkommunen nicht in der Lage waren, hohe Defizite ihrer Krankenhäuser auf Dauer auszugleichen. Diese Feststellung besitzt auch weiterhin am Ende der zweiten Klinikprüfung ihre Gültigkeit. Die angespannte wirtschaftliche Lage hat sich bis zur zweiten Klinikprüfung in eine Krisenlage weiterentwickelt. Die nachfolgende Tabelle veranschaulicht die Entwicklung zentraler Kennwerte zur wirtschaftlichen Lage in der Zahlenreihe 2011 bis 2022.

168. und 240. Vergleichende Prüfung „Gesundheitswesen-Kliniken“ Entwicklung zentraler Kennwerte					
	In Mio. €				
	Kumulierte Jahresergebnisse der Kliniken[1)]	Kapitalerhöhungen[2)]	Verlustübernahmen[2)]	Darlehen[1)]	Bürgschaften[1)]
2011	-32,5	75,9	27,6	35,2	746,1
2022	-39,0	56,8	64,4	36,0	191,8

Anmerkung:
[1)] Summierte Ergebnisse des jeweiligen Jahres ohne die Kliniken Offenbach und Wiesbaden.
[2)] Summe im Prüfungszeitraum
Quelle: eigene Darstellung; Stand: 12. Juni 2024

Ansicht 66: 168. und 240. Vergleichende Prüfung „Gesundheitswesen-Kliniken“ Entwicklung zentraler Kennwerte

Das kumulierte Jahresergebnis der Kliniken betrug im Jahr 2022 rund -39 Millionen Euro. Im Jahr 2018 zu Beginn des Prüfungszeitraums betrug es noch rund -9 Millionen Euro. Die Städte Fulda und Kassel unterstützten ihre Kliniken in den Jahren 2018 bis 2022 mit Kapitalerhöhungen (56,80 Millionen Euro) und der Hochtaunuskreis mit Verlustübernahmen (64,4 Millionen Euro). Darüber hinaus bestanden Ende 2022 Darlehen (36 Millionen Euro) und Bürgschaften (191,82 Millionen Euro) der Träger zugunsten der Kliniken. Trotz der Ausgleichzahlungen in der Pandemiezeit gelang es den Kliniken damit nicht, ihre wirtschaftliche Lage zu stabilisieren.

Die Forderung nach einer verstärkten Abstimmung unter den Leistungserbringern, auch über die medizinische Versorgung hinaus, besteht auch nach der zweiten Klinikprüfung weiterhin. Das heißt, die Kliniken und insbesondere die Träger oder das Land Hessen haben diese zentrale Forderung nur ansatzweise aufgegriffen. So gibt es auch am Ende der zweiten Klinikprüfung Optimierungspotenziale bei einer systematischen Verzahnung der kommunalen Leistungserbringer in den Leistungsprozessen.

Hinsichtlich des Leistungsgeschehens forderte die erste Klinikprüfung eine stärkere, fallzahlorientierte Qualitätsausrichtung unter kritischer Abwägung, Leistungen mit zu geringer Fallzahl aus dem Leistungsportfolio zu streichen. Bis zum Ende der zweiten Klinikprüfung kam es jedoch zu einem deutlichen Fallzahlenrückgang in der stationären und ambulanten Leistungserbringung. Der Forderung nach Fallzahlsteigerung mit der Intention einer besseren Versorgungsqualität und Hebung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen wurde somit nicht entsprochen. Die koordinierte Spezialisierung und Konzentration von Leistungen ohne „Kirchturmdenken“ der einzelnen kommunalen Körperschaften wurde leider nicht umgesetzt. Die Zeit seit der 168. Vergleichenden Prüfung wurde nicht dazu genutzt, die Leistungsportfolios stärker zu fokussieren und miteinander abzustimmen. Im Gegenteil, nach der Pandemie wurde in allen Leistungsbereichen vergeblich versucht, auf das vorpandemische Fallzahlniveau zurück zu gelangen.

Ungeachtet der Weiterentwicklung ordnungspolitischer Rahmenbedingungen in den letzten zehn Jahren ist die zentrale Forderung der 168. Vergleichenden Prüfung zu einer wirtschaftlichen, stabilen Leistungserbringung in den Krankenhäusern zu gelangen, nicht erfolgreich umgesetzt worden.

Die hierzu notwendigen Entscheidungen sind aus Sicht der Überörtlichen Prüfung auf Landesebene, auf Träger- und/oder Managementebene symptomatisch, nicht konsequent und weitsichtig genug getroffen worden.[172]

Schlussendlich liegt die übergeordnete Verantwortung für eine bedarfsgerechte, wirtschaftliche stationäre Krankenhausversorgung in Hessen beim zuständigen Gesundheitsministerium.

8. Zusammenfassung und Ausblick

Die 240. Vergleichende Prüfung „Gesundheitswesen – Kliniken II“ zeigte große wirtschaftliche Herausforderungen sowohl für die Kliniken als auch die Trägerkommunen auf.

Seit dem Jahr 2021 erzielten, mit Ausnahme der Kliniken Kassel, Offenbach am Main und Wiesbaden, alle Kliniken negative Jahresergebnisse. Die anderen geprüften Kommunen investierten zudem teils hohe Summen in Form von Kapitalerhöhungen, Darlehen und Bürgschaften. Des Weiteren übernahmen die Träger finanzielle Aufwendungen in Form von Verlustübernahmen. Hier ist insbesondere die finanzielle Belastung für die Stadt Frankfurt am Main bedingt durch Investitionen für den Neubau des Klinikum Höchst und damit einhergehenden Bauverzögerungen zu berücksichtigen.

Die Entwicklung der Beteiligungsstruktur der Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken in Wiesbaden und die Zusammenarbeit der EGW mit dem Beteiligungsmanagement der Stadt Wiesbaden gab weiterhin Anlass zu Beanstandungen. Die Überörtliche Prüfung kritisierte bereits in der 168. Vergleichenden Prüfung die Entziehung der Prüfrechte der Rechnungsprüfungsbehörden bei der HSK und die damit verbundene Beeinträchtigung einer angemessenen öffentlichen Finanzkontrolle. Dies war der Auslöser für eine Gesetzesänderung der HGO (§ 123 Absatz 1 Nr. 2 HGO) bereits im Jahr 2014. Jedoch wurden der Überörtlichen Prüfung im Rahmen der 240. Vergleichenden Prüfung, auch nach mehrfacher Aufforderung, auch zehn Jahre später erneut keine Prüfrechte eingeräumt oder Unterrichtungsmaßnahmen ermöglicht.

Die Landeshauptstadt Wiesbaden war verpflichtet, die Geschäftsführung ihrer Eigengesellschaft EGW anzuweisen, die der EGW als Gesellschafterin der HSK zustehenden Auskunftsrechte nach § 51a GmbHG nötigenfalls auch rechtlich durchzusetzen. Die erhaltenen Informationen hätten, soweit gesetzlich zulässig, der Überörtlichen Prüfung zugänglich gemacht werden müssen. Dieser Informationsbeschaffungspflicht ist die Stadt Wiesbaden nicht nachgekommen. Die rechtlichen Möglichkeiten der Landeshauptstadt wurden nicht ausgeschöpft. Das Hessische Ministerium des Innern, für Sicherheit und Heimatschutz sollte als zuständige Aufsichtsbehörde (§ 135 Satz 2 HGO) prüfen, ob die klageweise Durchsetzung der Rechte nach § 51a GmbHG angeordnet werden kann.

Herausragendes Ereignis im Prüfungszeitraum war die COVID-19-Pandemie. Alle geprüften Häuser wiesen ein hohes Maß an Agilität, Organisationsgraderhöhung und Managementkompetenz in der durch Volatilität und Vulnerabilität geprägten Zeit auf. Das in diesem Zusammenhang herausgebildete „Hessen Modell“, das von allen Akteuren entwickelt und erprobt wurde, kann als Grundlage zur Begegnung zukünftiger pandemischer Krisen dienen.

172 Vierundzwanzigster Zusammenfassender Bericht „Gesundheitswesen - Kliniken”, Der Präsident des Hessischen Rechnungshofs - Überörtliche Prüfung kommunaler Körperschaften, Seite 2f.

Die rückläufigen Veränderungen im Patientenaufkommen, während der COVID-19-Pandemie, haben die wirtschaftliche Entwicklung aller hessischen Kliniken im Vergleichsring verschärft. Der Leistungseinbruch von rund neun Prozent aller stationären Fälle führte zum Rückgang der wirtschaftlichen Ertragskraft aller Kliniken und erzeugte bei der überwiegenden Zahl der Kliniken negative Jahresergebnisse. Auch im Jahr 2022 konnte das vorpandemische Leistungsniveau nicht erreicht werden. Dies führte durch eine relative Überkapazität von infrastrukturellen Ressourcen (im umbauten Raum, Anzahl der Betten und medizintechnischer Ausstattung) zu nicht erlösgedeckten Kosten.

Die angespannte wirtschaftliche Lage resultierte unter anderem daraus, dass eine zentrale Forderung der ersten Klinikprüfung nicht umgesetzt wurde: die Bündelung von Leistungen, um eine patientenorientierte Versorgung frei von lokalem Konkurrenzdenken sicherzustellen. Im überversorgten Rhein-Main-Gebiet besteht weiterhin der Bedarf an einer steuernden Rolle des Landes, um das Leistungsportfolio der Häuser stärker zu fokussieren und regional miteinander abzustimmen. Ziel ist die Versorgungsrelevanz der kommunalen Krankenhäuser zu stärken und damit Wirtschaftlichkeitspotenziale heben zu können.

Zusätzlich verschärfte sich im Untersuchungszeitraum der Fachkräftemangel auf dem Arbeitsmarkt. Einerseits schieden Pflegekräfte, auch aufgrund der pandemischen Arbeitsüberlastung, vermehrt aus den Arbeitsverhältnissen aus und kehrten dauerhaft nicht mehr in den Pflegearbeitsmarkt zurück. Andererseits erzeugte der demografische Wandel in Deutschland einen absoluten Mangel an Fachkräften.

Es ist fraglich, inwieweit der Fachkräftemangel überhaupt kurz- und mittelfristig behoben werden kann. Derzeit wird eine Erweiterung von Ausbildungskapazitäten in den medizinischen und pflegerischen Berufsbildern vom Bundesgesundheitsministerium gefordert. Diese Erhöhung der Ausbildungsmöglichkeiten allein wird den Fachkräftemangel allerdings nicht beheben können. Die demografische Alterskohorte der Bevölkerungspyramide, an welche die erweiterte Ausbildungsmöglichkeit adressiert wird, ist quantitativ zu klein, um hieraus den Fachkräftebedarf decken zu können, sofern man nicht gleichzeitig vorhat, die Zugangskriterien für diese Gesundheitsberufe zu senken. Es bedarf weitergehender Zuwanderung von qualifizierten Gesundheitsfachkräften, um den akuten Bedarf auch nachhaltig zu decken.

Die aktuellen Vorhaben in der ordnungspolitischen Rahmengesetzgebung (Krankenhaustransparenzgesetz, Krankenhaus-Reformvorhaben, Weiterentwicklung der Pflegepersonalbemessungsgrundlagen) forcieren eine weitere Verlagerung von bisher stationär versorgten Leistungen in den ambulanten oder hybriden (ambulant/stationären) Versorgungsbereich. Hierdurch sollen sich die Kliniken nur noch auf die schwer erkrankten, stationär zu versorgenden Patienten konzentrieren können und diese mit den verbliebenen Ressourcen versorgen. Um eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen zu können, sollen Leistungsbereiche mit Mindestfallzahlen definiert und vorgegeben werden, um damit die notwendige Konzentration und Spezialisierung zu erreichen.

Letztlich wird die angestrebte Krankenhausreform auf Bundesebene, bei bestehendem Bund-Länder-Dissens, kurz- bis mittelfristig zu einem kalten Strukturwandel führen. Kliniken werden entweder die Struktur- und Qualitätserfordernisse (wie Mindestfallzahlen, vorzuhaltendes Fachpersonal, medizintechnische Ausstattung) nicht mehr erfüllen können oder sie werden durch die weiterhin nicht auskömmliche Finanzierung im Rahmen der Finanzierungsreform (bestehend aus Vorhaltefinanzierung und leistungsabhängiger Finanzierung), dauerhaft in wirtschaftliche Krisenlage geraten.

Dieser kalte Strukturwandel würde zu ungeordneten Klinikschließungen, Fusionen von Kliniken und/oder Aufgabe von Klinikstandorten führen. Ohne finanzielle Unterstützung ist davon auszugehen, dass die notwendigen Versorgungsbedarfe in der Fläche nicht überall gedeckt werden können.

Deshalb wird sich die Anforderung an das finanzielle Engagement in kommunaler Trägerschaft deutlich erhöhen. Ob dies rechtlich möglich sein wird, wird derzeit auf dem Klageweg geklärt. Sollte die finanzielle Unterstützung der Kommunen nicht mit dem Beihilferecht kompatibel sein, wird das Modell von Kliniken in kommunaler Trägerschaft nur begrenzt überlebensfähig sein.

Um die richtigen finanzwirtschaftlichen Entscheidungen - sowohl auf Träger- als auch Klinikmanagementebene - treffen zu können, ist es notwendig, die erforderlichen Entwicklungen frühzeitig zu antizipieren und Entscheidungen mit Weitsicht treffen zu können. Als ein Beispiel für eine solche Antizipation kann die Kooperation zwischen dem Klinikum Darmstadt und dem Agaplesion Elisabethenstift dienen. Dabei wird die Gründung einer gemeinsamen Holding geprüft und die erwartbaren Vorgaben der Krankenhausreform berücksichtigt. Durch die Konzentration von Ressourcen lassen sich sowohl die geforderten, notwendigen Fallzahlen in der stationären Versorgung erwirken als auch eine effiziente ambulante Leistungserbringung realisieren.

Die Überörtliche Prüfung hat verschiedene Ergebnisverbesserungspotenziale bei den Kliniken identifiziert. Sie dienen als Möglichkeit zur Verbesserung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, werden allerdings die Ausfinanzierung des klinischen Betriebes und die wirtschaftliche Gesundung der Kliniken allein nicht gewährleisten können. Hier sind weiterhin primär der Bund und die Länder gefordert, nachhaltige Rahmenbedingungen in der Krankenhauslandschaft - einschließlich deren Finanzierung - zu schaffen und bestehende Überkapazitäten vor allem im Rhein-Main-Gebiet zu steuern.

ANLAGEN

Glossar

DRG	Bei Diagnosis Related Groups (DRG) handelt es sich um ein Klassifikationssystem für ein pauschaliertes Abrechnungsverfahren. Krankenhausfälle werden hierbei anhand medizinischer Daten Fallgruppen mit vergleichbarem ökonomischen (und möglichst auch medizinisch-klinischem) Aufwand zugeordnet. Nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen (seit 2020) werden die DRGs ohne Pflegepersonalkosten als aDRG („ausgegliedert“) bezeichnet.
Anlagenabnutzungsgrad	Der Anlagenabnutzungsgrad gibt Aufschluss über das Alter von vorhandenen Vermögensgegenständen. *Berechnung: Jahresendbestand der kumulierten Abschreibungen des immateriellen und Sachanlagevermögens / Anfangsbestand Anschaffungs- beziehungsweise Herstellkosten*
Anlagendeckungsgrad	Der Anlagendeckungsgrad gibt an, inwieweit das Anlagevermögen durch das Eigenkapital gedeckt ist. *Berechnung: Eigenkapital inkl. Sonderposten / Anlagevermögen*
Antibiogramm	Ein Antibiogramm ist das Ergebnis eines Labortests zur Bestimmung der Empfindlichkeit beziehungsweise Resistenz von mikrobiellen Krankheitserregern gegenüber Antibiotika
Case Mix (CM)	Der Case Mix (CM) stellt die Fallschwere der gesamten Fälle eines Krankenhauses oder einer Fachabteilung (Summe aller Relativgewichte) dar und entspricht dem gesamten bewerteten Ressourceneinsatz innerhalb des DRG -Entgeltsystems. Das Ergebnis aus der Berechnung entspricht einem Punktwert (wichtig: kein monetärer Wert), der maximal drei Nachkommastellen besitzt. Dieser Wert dient als Grundlage für weitere Berechnungen (Case Mix Index). *Berechnung: Anzahl Fälle * Bewertungsrelation*
Case Mix Index (CMI)	Der Case Mix Index (CMI) beschreibt den arithmetischen Mittelwert der Schwere der behandelten Krankenhausfälle und den damit verbundenen relativen ökonomischen Ressourcenaufwand, je Fachabteilung, Krankenhaus oder Region, im DRG-System. *Berechnung: Case Mix / Anzahl Fälle*
Day Mix Index (DMI)	Der Day Mix Index (DMI) beschreibt den arithmetischen Mittelwert der Schwere der behandelten Krankenhausfälle (CMI) je Behandlungstag *Berechnung: Case Mix / Behandlungstage*
DigitalRadar	Auftrag des „DigitalRadars“ ist die Evaluierung des Reifegrads der Krankenhäuser hinsichtlich der Digitalisierung nach § 14b KHG. Das Reifegradmodell ermöglicht eine standardisierte und umfassende Bewertung des Digitalisierungsgrads von Krankenhäusern mittels Durchführung und Auswertung einer

	Erhebung beziehungsweise Selbsteinschätzung der Krankenhäuser
Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization (EBITDA)	Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization (EBITDA), beschreibt den sich aus der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit eines Unternehmens ergebenden Gewinn ohne Berücksichtigung von Zinsen, Steuern, Abschreibungen und sonstigen Finanzierungsaufwendungen. *Berechnung: Umsätze aus betrieblicher Tätigkeit – Aufwendungen – sonstigen Steuern*
Eigenkapitalquote	Die Eigenkapitalquote bezeichnet den Anteil des Eigenkapitals am Gesamtkapital. Je höher die Eigenkapitalquote, desto höher die finanzielle Stabilität und wirtschaftliche Unabhängigkeit eines Unternehmens von Fremdkapitalgebern. *Berechnung: Eigenkapital / Bilanzsumme*
Eigenkapitalrentabilität	Die Eigenkapitalrentabilität gibt die Rendite des eingesetzten Eigenkapitals an und ergibt sich aus dem Verhältnis von Gewinn und Eigenkapital *Berechnung: Jahresergebnis / Eigenkapital*
Extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO)	Die extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO) ist ein Unterstützungssystem, bei dem eine Maschine teilweise oder vollständig Atemfunktionsleistungen von Patienten außerhalb des Körpers übernimmt. Es wird in der Intensivmedizin eingesetzt.
Fixkostendegressionsabschlag (FDA)	Der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) soll die im Vergütungssystem vorhandenen Anreize zur Erbringung von Mehrleistungen auf Ortsebene dämpfen. Er ersetzt dabei die bisher auf Landesebene im Landesbasisfallwert wirksame Mengendegression durch einen krankenhausindividuellen Abschlag, der den positiven Skaleneffekten bei der Erbringung von Mehrleistungen (Senkung der Fixkosten pro Leistung) Rechnung tragen soll.
Fördermittelquote	Die Fördermittelquote spiegelt das Verhältnis der erhaltenen Fördermittel zu den Umsatzerlösen wider.
Fremdkapitalquote	Die Fremdkapitalquote zeigt, wie hoch der Anteil des Fremdkapitals am Gesamtkapital ist. Je höher die Fremdkapitalquote, desto geringer die finanzielle Stabilität und wirtschaftliche Unabhängigkeit eines Unternehmens. *Berechnung: Fremdkapital / Bilanzsumme*
Hybrid-DRG	Hybrid-DRG sind Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können. Die für diese sektorengleichen Leistungen entrichtete Vergütung fällt sowohl im stationären als auch ambulanten Sektor gleich hoch aus.
InEK	Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) beschäftigt sich mit der kontinuierlichen Weiterentwicklung und Pflege des DRG-Systems nach § 17b KHG zur Abrechnung von stationären Krankenhausleistungen.
Internes Kontrollsystem (IKS)	Grundsätze, Verfahren und Maßnahmen, die auf die organisatorische Umsetzung der Entscheidungen des Managements gerichtet sind, mit der Zielsetzung der Sicherung der

	Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit eines Unternehmens.
Investitionsquote	Die Investitionsquote gibt den prozentualen Anteil der Investition am Anlagevermögen wieder. Eine hohe Investitionsquote ist eher positiv zu werten, da das Anlagevermögen erhalten wird und das Unternehmen eine fortwährend hohe Produktivität durch moderne Anlagen erwarten lässt. *Berechnung: Zugang zum immateriellen und Sachanlagevermögen eines Jahres / Anfangsbestand Anlagevermögen*
Katalogeffekt	Als Katalogeffekt wird die veränderte Bewertung identischer Fälle in unterschiedlichen G-DRG- Versionen bezeichnet
Liquiditätsgrad 3	Bei der Liquidität 3. Grades wird die Summe der flüssigen Mittel, der kurzfristigen Forderungen und der Vorräte mit den kurzfristigen Verbindlichkeiten ins Verhältnis gesetzt. Sie ist eine Kennzahl zur Beurteilung der Zahlungsfähigkeit (Liquidität) eines Unternehmens.
Major Diagnostic Categories (MDC)	Major Diagnostic Categories (MDC) bezeichnen die Hauptdiagnosegruppen im DRG-System. Hierbei werden Hauptdiagnosen bestimmten Organen zugeordnet, sodass derzeit 27 MDCs (inkl. Prä-MDCs und Fehler DRGs) existieren.
MEP	Mittelfristige Ergebnisplanung
Modernisierungsquote	Die Modernisierungsquote spiegelt das Verhältnis von Investitionen zu Abschreibungen wider und gibt Aufschluss über den Modernisierungsgrad einer Klinik *Berechnung: Zugang zum immateriellen und Sachanlagevermögen eines Jahres / Abschreibungen*
NO-Inhalation	NO-Inhalation bezeichnet die Beimischung von Stickstoffmonoxid in die Einatemluft am Beatmungsgerät. Hierdurch kann der Sauerstoffgehalt des Blutes gesteigert werden.
Stroke-Unit	Eine Stroke-Unit ist eine auf die akute Behandlung von Patienten mit Schlaganfall oder Verdacht auf Schlaganfall spezialisierte Abteilung eines Krankenhauses
Umsatzrentabilität	Die Umsatzrentabilität stellt das prozentuale Verhältnis zwischen dem erzielten Jahresergebnis und dem Umsatz eines Unternehmens dar. *Berechnung: Jahresergebnis / Umsatzerlöse*
Verschuldungsgrad	Der Verschuldungsgrad gibt das Verhältnis zwischen dem Fremdkapital und Eigenkapital eines Unternehmens an. *Berechnung: Fremdkapital / Eigenkapital*

Methodik

Analysemethodik der trägerbezogenen Prüfung

Im Rahmen der 240. Vergleichenden Prüfung wurden für die trägerbezogene Prüfung folgende Kriterien herangezogen:

- die Auswirkung der Trägerschaft auf die kommunale Haushaltslage,
- die Qualität des Informationsflusses zwischen den Beteiligungen, dem Beteiligungs-management des Trägers und den Organen der Beteiligung,
- die Zusammenarbeit zwischen den mit Kommunalvertretern besetzten Aufsichtsgremien, der Gesellschafterversammlung, der Geschäftsführung sowie dem Beteiligungsmanagement des Trägers,
- die Einflussnahme der Städte und Landkreise auf die Beteiligung sowie die Wahrnehmung der Aufsichtspflichten und Gesellschafteraufgaben.

Zur Beurteilung dieser Kriterien wurden Kennzahlenvergleiche durchgeführt sowie Strukturdaten der Städte und Landkreise erhoben, analysiert und bewertet.

Der erste Schritt der trägerbezogenen Prüfung stellte die Analyse der Auswirkung der Trägerschaft auf die Haushaltslage der entsprechenden Städte und Landkreise dar.

Relevante Beurteilungsebenen waren hier wesentliche Kennzahlen und Strukturdaten der Jahresabschlüsse der Beteiligungen in Verbindung mit den Eigentumsverhältnissen, um Rückschlüsse auf Ertragskraft, Vermögenslage, die Solidität der Finanzierung und Liquiditätssituation zu erlangen.

Anschließend wurden die Aufwendungen und Erträge im Haushaltsteilbereich „Gesundheitsdienste“ detailliert herausgearbeitet.

Des Weiteren wurden finanzielle Verpflichtungen identifiziert, die sich für den Träger aus zum Beispiel Gesellschafterverträge, oder der Rechtsform der Beteiligung ergaben.

Neben der Kennzahlenauswertung stellten Aufbau, Art und Qualität des Beteiligungsmanagements der Städte und Landkreise einen signifikanten Bestandteil der Prüfungshandlungen dar. Hierbei kam ein systematischer Prüfansatz zur Anwendung, um interne Abläufe und Prozesse auf ihre Effizienz und Wirksamkeit zu prüfen.

Die folgenden Schwerpunkte wurden im Rahmen von persönlichen Interviews sowie Prozessaufnahmen, Auswertung der Prozessdokumentation und Dienstanweisungen analysiert und beurteilt:

- Angemessene Möglichkeit der Einflussnahme der Städte und Landkreise innerhalb der Beteiligungen (insbesondere im Aufsichtsrat oder in einem entsprechenden Überwachungsorgan)
- Erfassung und Beurteilung der Aufbau- und Ablauforganisation innerhalb der Beteiligungsverwaltung
- Organisation, Steuerung und Verwaltung der Beteiligungen im Rahmen des Beteiligungsmanagements
- Aufbereitung von Informationen und Geschäftsdaten der Beteiligungen an den Kliniken/Krankenhäusern
- Fachliche Führung der Beteiligungen durch Mandatsträger
- Sicherstellung einer umfassenden Betreuung der Mandatsträger, insbesondere im Hinblick auf die Vorbereitung auf Aufsichtsratssitzungen

- Vorbereitung, Durchführung und Kommunikation der Aufsichtsratssitzungen
- Beteiligungscontrolling, Jahresberichte, Jahresabschlüsse und sonstiges Berichtswesen

Analysemethodik der klinikbezogenen Prüfung

Die klinikbezogene Prüfung im Rahmen der 240. Vergleichende Prüfung „Gesundheitswesen Kliniken II“ gliederte sich methodisch und prozessual in zwei Phasen. Es erfolgte eine intraklinische Analyse auf Klinikebene sowie eine interklinische vergleichende Betrachtung zwischen allen zu prüfenden Kliniken im Vergleichsring für den zugrundeliegenden Prüfungszeitraum der Jahre 2018 bis 2022.

Das Prüfvorgehen baute auf der grundsätzlichen Fortschreibung der bisherigen Methodik der Vergleichenden Prüfung des Hessischen Rechnungshofes in Bezug auf die Kliniken im Rahmen der 168. Vergleichende Prüfung „Gesundheitswesen Kliniken“ aus dem Jahr 2013 auf. Zudem wurde diese weiterentwickelt (Evolution) und hinsichtlich der Tatbestände neuer ordnungspolitischer Vorgaben des Bundesministeriums für Gesundheit und des hessischen Gesundheitsministeriums sowie aktuellen Entwicklungen innerhalb des Gesundheitswesens komplettiert.

Inhaltliche Grundlage für die Vergleichende Prüfung (intra- und interklinischer Vergleich) der zu prüfenden Kliniken stellte ein standardisiertes Prüfprogramm dar, welches die jeweiligen Prüfdimensionen mit Hilfe von Kennzahlen und qualitativen Betrachtungsparametern analysiert. Über die Kennzahlenvergleiche sollen Hinweise über Entwicklungschancen bestimmter Bereiche, Ergebnisverbesserungspotenziale und Handlungsoptionen aufgezeigt werden.

- **Nachschau zur 168. Vergleichenden Prüfung „Gesundheitswesen-Kliniken"**

Die Feststellungen und Empfehlungen der 168. Vergleichenden Prüfung wurden mit dem Stand zum Zeitpunkt der örtlichen Erhebungen abgeglichen. Da der Bericht im Jahr 2013 eine Analyse der damaligen Umstände und Herausforderungen beinhaltete, wurde mit Blick auf das Jahr 2023 entschieden, nur die relevantesten und zeitgemäßen Elemente in die 240. Vergleichende Prüfung miteinzubeziehen und den Bericht ergänzend, um aktuelle Entwicklungen anzureichern. Der Fokus lag darauf, die Entwicklungen der letzten zehn Jahre angemessen zu berücksichtigen und gleichzeitig die Informationen zu eliminieren, die mittlerweile an Relevanz verloren haben. Diese strategische Herangehensweise ermöglichte eine präzise und zielgerichtete Bewertung und garantierte einen aussagekräftigen und effektiven Bericht, der den aktuellen Gegebenheiten gerecht wurde.

- **Vergleichsring**

Der Vergleichsring der 240. Vergleichenden Prüfung „Gesundheitswesen - Kliniken II“ ist identisch mit dem Vergleichsring der Vorprüfung 168. Vergleichenden Prüfung „Gesundheitswesen - Kliniken I“ und bestand aus den folgenden Kliniken:

- Klinikum Darmstadt
- Klinikum Frankfurt Höchst
- Kliniken des Main-Taunus-Kreises (Krankenhaus Bad Soden und Krankenhaus Hofheim; eine IK-Nummer)
- Klinikum Fulda

- Hochtaunus-Kliniken (Krankenhaus und Krankenhaus Usingen; eine IK-Nummer)
- Klinikum Kassel (exklusiv dem Krankenhaus Bad Arolsen)
- Sana Klinikum Offenbach
- Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden

Die Kliniken im Vergleichsring weisen vergleichbare Merkmale und Charakteristika auf, wodurch eine valide und aussagekräftige Analyse ermöglicht wurde. Die Kliniken sind unter anderem durch eine öffentlich-rechtliche Trägerschaft, vergleichbare Versorgungsstufen und Größe sowie durch eine vergleichbare Anzahl an Mitarbeitern und Behandlungsfällen gekennzeichnet.

Um die statistische Signifikanz und klinische Relevanz der Vergleichsparameter sicherzustellen, wurde das Krankenhaus Bad Arolsen, welches gemeinsam mit dem Klinikum Kassel zur Gesundheit Nordhessen Holding AG gehört, aufgrund seiner im Vergleich kleineren Größe als Haus der Grund- und Regelversorgung nicht berücksichtigt.

Die Häuser Sana Klinikum Offenbach und Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden konnten nur eingeschränkt in der klinikbezogenen Prüfung berücksichtigt werden, da hier lediglich die öffentlich zugänglichen Daten analysiert werden konnten.

- **Vergleichsmaßstäbe und Darstellungsformen**

Die Bewertung der Analyseergebnisse erfolgte auf Basis von Referenzwerten des Vergleichsrings. In den Prüffeldern wurden die Werte einer Klinik mit dem Minimum, Median und Maximum sowie dem unteren oder dem oberen Quartilswert des Vergleichsrings verglichen.

Der Median einer nach der Größe sortierten Zahlenfolge ist der Wert, der in der Mitte liegt. Bei einer geraden Zahl von Einzelwerten ist der Median das arithmetische Mittel der beiden mittleren Werte. 50 Prozent aller Werte sind kleiner und 50 Prozent aller Werte sind größer als der Median. Gegenüber dem Mittelwert besitzt der Median den Vorteil, dass er nicht durch Extremwerte an den Rändern der Zahlenfolge (besonders großer Wert oder besonders kleiner Wert) beeinflusst wird.

Der untere Quartilswert ist der Wert einer Zahlenfolge, bei dem 25 Prozent aller Werte kleiner und 75 Prozent aller Werte größer sind. Der obere Quartilswert ist der Wert einer Zahlenfolge, bei dem 75 Prozent aller Werte kleiner und 25 Prozent aller Werte größer sind.

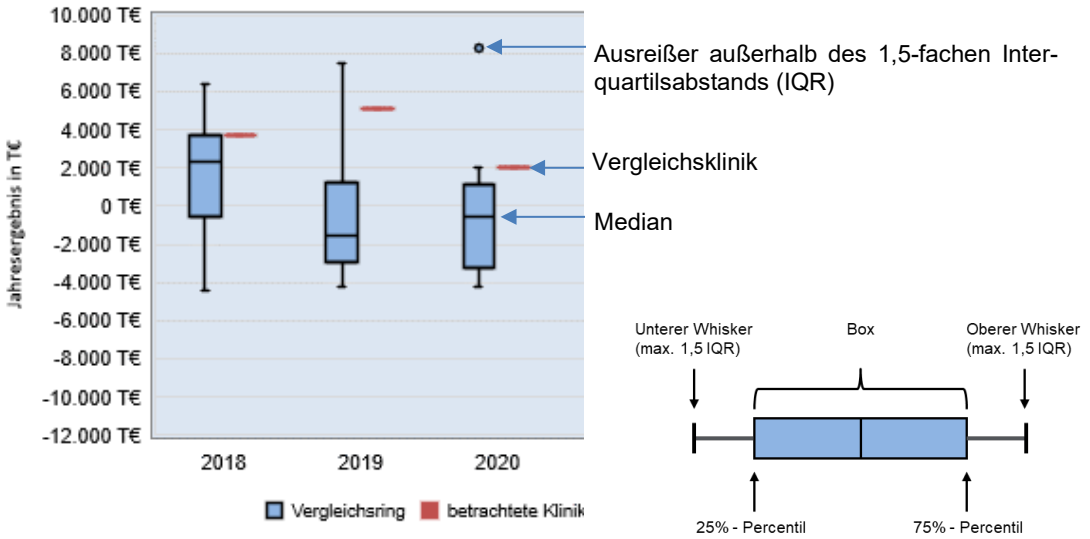
Zur Berechnung von Ergebnisverbesserungen werden die Werte nicht mit dem minimalen Wert, sondern anhand der unteren oder oberen Quartilswerte referenziert (Referenzwert). Dadurch wird vermieden, dass Extremwerte, die auch auf unterschiedliche Rahmenbedingungen zurückgeführt werden können, als für alle Kliniken umsetzbare Werte angesehen und zur Berechnung von Ergebnisverbesserungen verwendet werden. Für die Kliniken bedeutet dies, dass sie nicht am günstigsten Wert, sondern an einem Wert gemessen werden, den 25 Prozent aller Kliniken noch unterschreiten. Dies gilt selbst dann, wenn keine besonders günstigen Rahmenbedingungen für die besten Werte vorliegen sollten.

Der Kennzahlenvergleich auf Klinikebene liefert zuverlässig Hinweise auf wirtschaftliche Verbesserungspotenziale. Durch die Abweichungsanalyse, der am Vergleichsring beteiligten Kliniken lassen sich klinikspezifisch positive und/oder negative Abweichungen in den jeweiligen Prüfpositionen identifizieren. Diese

können als Grundlage für weitergehende Analysen der identifizierten Potenziale innerhalb der Prozesse und Aufbauorganisation der Kliniken dienen.

Zunächst wurden die klinikindividuellen Minima und Maxima je Kennzahl sowie der Verlauf über den Prüfungszeitraum ausgewiesen. Im Anschluss erfolgt eine Einordnung des Klinikums in den Vergleichsring im Prüfungszeitraum. Die Einordnung in den Vergleichsring erfolgte anhand des kennzahlenspezifischen Minimums, unteren Quartils, Medians, oberen Quartils und Maximums. Abschließend werden die Kennzahlen deskriptiv mithilfe ihrer Maxima, Mediane und Minima für das jeweils letzte Jahr des Prüfungszeitraums, für welches Daten vorliegen, beschrieben.

Die Ergebnisdarstellung erfolgt in Box- und Whisker-Plots in Analogie zum Prüfvorgehen beziehungsweise der Visualisierung im Rahmen der 168. Vergleichenden Prüfung. Die Methodik und Systematik der Box- und Whisker-Plots (Kastengrafik) basiert auf folgender Logik:



Methodik und Systematik von Box- und Whisker-Plots:

Im oben dargestellten Beispiel sind die Jahresergebnisse des Vergleichsrings im Zeitverlauf für die Jahre 2018 bis 2020 dargestellt. Die horizontale Achse weist die Jahreszahlen und die vertikale Achse die Jahresergebnisse in T€ aus.

Die Box entspricht der grafischen Darstellung des Bereiches, in dem sich die mittleren 50 Prozent der Daten befinden. Die Box wird durch den Median geteilt und wird durch das obere Quartil und das untere Quartil eingegrenzt. In vorliegender Analyse wurden die 25 %- und 75 %-Perzentile berechnet. Durch die Whisker werden die Daten außerhalb der Box dargestellt. In vorliegender Berechnung stellen die Whisker die Maximalwerte dar beziehungsweise den letzten Wert, welcher sich in einem 1,5-fachem Interquartilsabstand zum oberen beziehungsweise unteren Quartil befindet. Werte, die außerhalb eines 1,5-fachen Interquartilsabstand liegen, werden als Ausreißer gekennzeichnet. Der rote Balken neben den Boxen kennzeichnet den erreichten Wert des Klinikums innerhalb der Vergleichskrankenhäuser.

Ansicht 67: Methodik und Systematik von Box- und Whisker-Plots

Inhaltliche Grundlage für die Vergleichende Prüfung der ausgewählten Kliniken stellt ein kennzahlengestütztes und standardisiertes Prüfvorgehen dar, welches mithilfe einer Bewertungsmatrix eine differenzierte ökonomische Betrachtung der einzelnen Kliniken sowie eine objektive Analyse auf vergleichender Basis ermöglicht. Über die Kennzahlenvergleiche sollen Hinweise über Entwicklungschancen bestimmter Bereiche, Ergebnisverbesserungspotenziale und Handlungsoptionen aufgezeigt werden.

Die Analyse und der Vergleich der Kliniken erfolgt auf Basis von sieben Prüfdimensionen sowie den ihnen zugeordneten Kennzahlen und Bewertungsparameter in den jeweiligen Präpositionen. Diese begründen sich zum einen daraus, dass sie eine ganzheitliche Betrachtung des Klinikgeschehens in den relevanten Prüfungsinhalten ermöglichen und zum anderen eine strukturierte und nachvollziehbare Bewertung gewähren.

Prüfungsbeauftragter

Die Überörtliche Prüfung kommunaler Körperschaften prüft auf vergleichender Grundlage (§ 3 Absatz 1 Satz 2 ÜPKKG[173]). Vergleichende Prüfungen dienen der Ermittlung des in der Praxis bewährten Handelns. Sie beauftragt mit der „Wahrnehmung der Prüfungen“ öffentlich bestellte Wirtschaftsprüfer, Wirtschaftsprüfungsgesellschaften oder geeignete Dritte (§ 5 Absatz 1 Satz 4 ÜPKKG).

In Ansicht 68 ist der Prüfungsbeauftragte der 240. Vergleichenden Prüfung mit seinen Mitarbeitern namentlich aufgeführt.

Prüfungsbeauftragter 240. Vergleichende Prüfung	
„Gesundheitswesen – Kliniken II“	
Prüfungsbeauftragter **Deloitte GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft** Europa-Allee 91 60486 Frankfurt am Main	Prof. Dr. Udo Janßen Gesamtverantwortlicher (bis 01.06.2024)
	Jan Grüne Gesamtverantwortlicher
	Sandra Musa Projektleitung
	Stefanie Zimmerer Stellvertretende Projektleitung
	Danny Essing Experte Kommunal-/ Haushaltsrecht
	Caroline Hammacher Prüfungsassistent
	Benedict Harth Prüfungsassistent
	Sina Vaulont Prüfungsassistent
	Sarah Wislaug Prüfungsassistent
	Elvira Gottardi-Schemel Prüfungsassistent
	Maik Röller Prüfungsassistent
	Christian Backhaus Prüfungsassistent

Ansicht 68: Prüfungsbeauftragter 240. Vergleichende Prüfung

173 Das Gesetz zur Regelung der überörtlichen Prüfung (ÜPKKG) ist auf der Folgeseite wiedergegeben.

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

Gesetz vom 22. Dezember 1993, GVBl. I, S. 708, zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 7. Mai 2020 (GVBl. S. 318)

§ 1 Zuständige Behörde[174]
[1]Die überörtliche Prüfung kommunaler Körperschaften wird dem Präsidenten des Hessischen Rechnungshofes übertragen. [2]Seine Rechtsstellung und seine Vertretung richten sich nach § 5 Abs. 1 und § 6 Abs. 2 des Gesetzes über den Hessischen Rechnungshof.

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

§ 3 Inhalt der Prüfungen[175]
(1) [1]Die überörtliche Prüfung hat festzustellen, ob die Verwaltung rechtmäßig, sachgerecht und wirtschaftlich geführt wird. [2]Dabei 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.

[3]Die 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.

(2) [1]Die Prüfung hat sich auch auf Verfahren zu erstrecken, die bei Einsatz automatischer Datenverarbeitungsanlagen im Finanzwesen angewendet werden. [2]Wenden mehrere der nach § 4 zu Prüfenden dasselbe Verfahren an, genügt eine Prüfung, wenn es von ihnen unverändert übernommen und eingesetzt wird. [3]Wird 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 FrankfurtRhein-Main,[176]
6. der Zweckverband „Raum Kassel“,[177]
7. die Pflichtverbände nach § 5 des Gesetzes über die Metropolregion Frankfurt/ Rhein-Main,[178]
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

174 § 1 geändert durch Gesetz zur Stärkung der kommunalen Zusammenarbeit und Planung in der Region Rhein-Main vom 19. Dezember 2000 (GVBl. I, S. 542).

175 § 3 Absatz 1 geändert durch Gesetz zur Änderung der Hessischen Gemeindeordnung und anderer Gesetze vom 31. Januar 2005 (GVBl. I, S. 54 ff.).

176 § 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).

177 § 4 Absatz 1 Ziffer 6 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).

178 § 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).

Verbandsmitglieder einbezogen werden,[179]

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 errichtet worden sind, mit Ausnahme der Sparkassen.[180]

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

§ 5 Prüfungsverfahren, Auskunftspflicht[181]

(1) [1]Jede 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. [2]Zeit, Art und Umfang der Prüfung bestimmt der Präsident in eigener Verantwortung. [3]Er kann die Prüfung beschränken und Schwerpunkte bilden; dabei sind Erkenntnisse aus den Berichten nach § 6 Abs. 3 zu berücksichtigen. [4]Mit der Wahrnehmung der Prüfungen kann er öffentlich bestellte Wirtschaftsprüfer, Wirtschaftsprüfungsgesellschaften, andere geeignete Dritte oder Bedienstete nach § 2 beauftragen.

(2) [1]Die 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. [2]Im Übrigen hat sie den Präsidenten und die beauftragten Prüfer bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zu unterstützen.

(3) [1]Lässt 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. [2]Beruht 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 verwalten lässt.

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

§ 6 Prüfungsergebnis[182]

(1) [1]Der Präsident teilt der kommunalen Körperschaft die Prüfungsfeststellungen mit und gibt ihr Gelegenheit, dazu Stellung zu nehmen. [2]Er kann auch Schlussbesprechungen durchführen. [3]Das Ergebnis der Prüfung wird in einem Schlussbericht zusammengefasst. [4]Der Bericht ist der geprüften Körperschaft und der Aufsichtsbehörde sowie dem Rechnungsprüfungsamt zu übersenden. [5]Er 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) [1]Der 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. [2]Der Bericht ist gleichzeitig den Vereinigungen der Gemeinden und Gemeindeverbände nach § 147 der Hessischen Gemeindeordnung und den Rechnungsprüfungsämtern 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

[1]Wird gegen die Pflichten des § 5 Abs. 2 bis 4

179 § 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.).

180 § 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.).

181 § 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.).

182 § 6 Absatz 1 Satz 4 und Absatz 3 Satz 2 geändert durch Gesetz zur Verbesserung der politischen Teilhabe von ausländischen Einwohnerinnen und Einwohnern an der Kommunalpolitik sowie zur Änderung kommunal- und wahlrechtlicher Vorschriften vom 7. Mai 2020 (GVBl. S. 318).

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. [2]Das 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.

Abteilung Überörtliche Prüfung kommunaler Körperschaften

Der Präsident des Hessischen Rechnungshofs
• Überörtliche Prüfung kommunaler Körperschaften •
Eschollbrücker Straße 27
64295 Darmstadt
Telefon: (0 61 51) 381 251
Telefax: (0 61 51) 381 255
E-Mail: poststelle@uepkk.hessen.de

Dr. Ulrich Keilmann
Direktor beim Hessischen Rechnungshof
Abteilungsleiter

Stefan Nickel
Ministerialrat
Stellv. Abteilungsleiter
Referatsleiter ÜP1

Dr. Marc Gnädinger
Ministerialrat
Referatsleiter ÜP2

Steffen Thiel
Regierungsdirektor
Referent
Projektleiter

Wolfram Gierer
Regierungsoberrat
Referent
Projektleiter

Felix Volk
Regierungsrat
Referent

Thomas Ihrig
Referent

Konstanze Berlit
Oberrechnungsrätin
Projektleiterin

Matthias Mücke
Oberrechnungsrat
Projektleiter

Anja Rippl
Oberrechnungsrätin
Projektleiterin

Ferdinand Koob
Rechnungsrat
Sachbearbeiter

Christian Petersohn
Oberrechnungsrat
Sachbearbeiter

Heidrun Funk
Verwaltungsmitarbeiterin

Natascha Ehret
Verwaltungsmitarbeiterin

Fabian Serba
Verwaltungsmitarbeiter

„Gesundheitswesen - Kliniken II“ – 240. Vergleichende Prüfung

rechnungshof.hessen.de