

Ausschussvorlage UFV 21/25
öffentlich vom 25.04.2025

Gespräche
zu Klinikbericht 2024, Drucks. 21/1147
Stellungnahmen von Anzuhörenden

BARMER · Lyoner Str. 36 · 60528 Frankfurt am Main

Hessischer Landtag
Unterausschuss für Finanzcontrolling und
Verwaltungssteuerung
Der Vorsitzende
Herr Hans-Jürgen Müller, MdL
Schlossplatz 1-3,
65183 Wiesbaden

Ihre Gesprächspartnerin Carolin Lebzien
Telefon 0800 333004 352-231 *)
Telefax 0800 333004 352-209 *)
carolin.lebzien@barmer.de

per E-Mail:
s.ernst@ltg.hessen.de
a.czech@ltg.hessen.de

Ihr Schreiben vom 12. Februar 2025

Aktenzeichen: P 2.6

22.04.2025

Stellungnahme der BARMER Landesvertretung Hessen, zum
Neununddreißigsten Zusammenfassenden Bericht (Klinikbericht)
– Drucks. 21/1147 –

Sehr geehrte Abgeordnete des Hessischen Landtags,

gerne nehmen wir die Gelegenheit wahr, zum Klinikbericht des Hessischen Rechnungshofs Stellung zu beziehen und danken für diese Möglichkeit. Der Bericht erscheint zu einem Zeitpunkt, an dem sich das Gesundheitswesen in Deutschland in einer kritischen Phase befindet. Insbesondere der Krankenhausbereich klagt bundesweit über eine unzureichende Finanzierung. Viele Krankenhäuser schreiben rote Zahlen und sind auf Defizitausgleiche durch die Krankenhausträger angewiesen. Die durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) beschlossene Krankenhausreform soll eine flächendeckende medizinische Versorgung garantieren, die Behandlungsqualität sichern und steigern sowie die Effizienz der Krankenhausversorgung verbessern.

Auf der anderen Seite hat sich die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den letzten Jahren erheblich verschärft. Maßgeblich hierfür sind neben Kostensteigerungen durch den medizinischen-technischen Fortschritt und eine alternde Bevölkerung besonders die ausgabenintensiven Gesetze der vergangenen Legislaturperioden. Dringend notwendig sind strukturelle Maßnahmen sowohl zur Stabilisierung der Einnahmen des Gesundheitsfonds als auch zur Begrenzung der Ausgaben der GKV, die zu einer langfristigen Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems beitragen. Schon jetzt erreichen die Beiträge der GKV-Mitglieder mit dem massiven Anstieg des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes zum 1.1.2025 ein Rekordniveau, das die Akzeptanz des beitragsfinanzierten Gesundheitssystems zunehmend gefährdet und die Lohnnebenkosten in Deutschland in die Höhe treibt. Der Klinikbericht beschäftigt sich insbesondere mit der wirtschaftlichen Lage der kommunalen Kliniken der Städte Darmstadt, Frankfurt am Main, Fulda, Kassel, Offenbach am Main und Wiesbaden sowie des Hochtaunuskreises und des Main-Taunus-Kreises und deren Auswirkung auf die Haushalte der betroffenen Kommunen. Die dabei getroffenen Feststellungen und Empfehlungen lassen sich vielfach auf andere Krankenhäuser in Hessen und bundesweit übertragen und knüpfen im Wesentlichen an den ersten Klinikbericht aus dem Jahre 2013 an. Darüber hinaus werden Maßnahmen wie fehlende

Konzentration und Spezialisierung oder unzureichende Ambulantisierung seit Jahren durch Studien (bspw. Bertelsmann-Stiftung: *Zukunftsfähige Krankenhausversorgung*, 2019) und Gutachten aufgezeigt, ohne dass es zu wesentlichen Veränderungen gekommen ist. Auch sieht das Hessische Krankenhausgesetz (HKHG) bereits seit 2011 eine besondere finanzielle Förderung von Krankenhäusern vor, die sich zu einem Verbund zusammenschließen. Wesentliche Veränderungen wurden damit bislang nicht erreicht.

Finanzierung und wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser

Mit Hinweis auf die finanzielle Lage vieler Krankenhäuser fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) einen Inflationsausgleich, um das wirtschaftliche Überleben bedarfsnotwendiger Krankenhäuser bis zum Greifen der neuen Krankenhausplanung zu gewährleisten. Als Grund für die finanzielle Schiefelage sieht die DKG insbesondere die aus ihrer Sicht unzureichende Steigerung der Vergütungen im Vergleich zur Inflationsrate der Jahre 2022 und 2023. Die mangelnde Investitionskostenfinanzierung durch die Länder wird dabei weiterhin zurückhaltend kritisiert. Das im Klinikbericht dargestellte wirtschaftliche Ergebnis der geprüften Kliniken deckt sich insoweit mit der allgemeinen finanziellen Einschätzung bundesweit.

Für die GKV hingegen sind die Kosten für Krankenhausbehandlung bundesweit ausgehend vom Jahr 2021 von 85,87 Mrd. auf 88,11 Mrd. im Jahr 2022 und 93,56 Mrd. im Jahr 2023 gestiegen. Dies entspricht einer Steigerung um fast neun Prozent. Im Jahr 2024 betragen die Ausgaben für Krankenhausbehandlung erstmals über 100 Mrd. Euro. Im Jahr 2025 muss von einer weiteren deutlichen Ausgabensteigerung im Bereich der Krankenhausversorgung ausgegangen werden. Hinzu kommen die Mehrausgaben aus der Krankenhausreform ab 2027, wie z.B. zusätzliche Fördertatbestände (Koordinierung und Vernetzung, Hochschulkliniken, Stroke Unit, spezielle Traumatologie, Intensivmedizin, Pädiatrie, Geburtshilfe, Notfallmedizin und ländliche Krankenhäuser) und die vollständige Tarifrefinanzierung. Auch die im Koalitionsvertrag auf Bundesebene vereinbarte Absenkung der Prüfquote der Krankenhausabrechnungsprüfung droht zu enormen Ausgabensteigerungen für die GKV zu führen.

Seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz aus dem Jahre 1971 werden die Krankenhauskosten dual finanziert. Während die Betriebskosten von den Krankenkassen getragen werden, sind die Bundesländer für die Finanzierung der Investitionskosten zuständig. Doch die Länder sind ihrer Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung in den letzten Jahren immer weniger nachgekommen. So lagen die Investitionsmittel, die alle Bundesländer den Krankenhäusern im Jahr 2017 zur Verfügung gestellt haben, bei 2,98 Mrd. Euro. 1991 lag die Investitionsfinanzierung der Bundesländer noch bei 3,64 Mrd. Euro, d.h. es gab seitdem einen Abbau um 18 Prozent, während im gleichen Zeitraum die Krankenausgaben der Krankenkassen von 29 Mrd. Euro auf insgesamt 75 Mrd. Euro angestiegen sind. Damit ist der Anteil der Krankenhausfinanzierung der Länder seit 1991 von über 10 Prozent auf unter 4 Prozent gesunken. In Hessen wurden die Fördermittel in den letzten Jahren deutlich erhöht und stiegen von 268,8 Mio. im Jahr 2020 auf 350 Mio. im Jahr 2024 an, bevor sie im Jahr 2025 auf 390 Mio. angehoben und auf diesem Niveau bis 2028 festgeschrieben wurden. Im Ländervergleich steht Hessen damit vergleichsweise gut da. Allerdings bleiben die bereitgestellten Mittel weit hinter dem im Koalitionsvertrag vorgesehenen Betrag von 550 Mio. Euro zurück. Die aktuell bereitgestellten Mittel können den Investitionsbedarf für die Hessischen Krankenhäuser, der laut der Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG) bereits im Jahr 2022 rund 460 Mio. Euro betrug, nicht decken. Die Investitionskostenförderung ist also weiterhin unzureichend, von der Investitionslücke für die Vorjahre ganz abgesehen.

Der Klinikbericht weist darauf hin, dass die Jahresergebnisse der sich in privater Trägerschaft befindlichen Kliniken Sana Klinikum Offenbach und die Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden, zumindest seit dem Jahre 2021, positiv und damit deutlich besser waren als die Vergleichskliniken in öffentlicher Trägerschaft. Aktuelle Auswertungen bestätigen diesen Trend für das gesamte Bundesgebiet. So kommt beispielsweise der Krankenhaus-Rating-Report 2024 des RWI-Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung zum Ergebnis, dass Kliniken in freigemeinnütziger und privater Trägerschaft beim Rating und der Ertragslage signifikant besser abschneiden als öffentlich-rechtliche

Kliniken. Ob der Grund tatsächlich darin liegt, dass der wirtschaftliche Erfolg privater Träger durch eine starke Selektion des Patientenkontexts unter wirtschaftlichen Aspekten erzielt wurde, bleibt dahingestellt. Da der Report auch für größere Kliniken, Häuser in Klinikketten, Krankenhäuser mit einem mittleren und hohen Spezialisierungsgrad sowie Einrichtungen mit einem hohen Casemixindex ein deutlich besseres Ranking und eine bessere Ertragslage festgestellt hat, spielen möglicherweise auch andere Gründe eine Rolle.

Ansätze zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Patientenversorgung

Der Klinikbericht hat für die beteiligten Kliniken insgesamt ein Wirtschaftlichkeitspotential in Höhe von rund 145 Mio. Euro ermittelt. Als Maßnahmen werden die Verbesserung der Prüfquote im Rahmen der Rechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst (MD), die Optimierung des Verhandlungsergebnisses für das Pflegebudget sowie die Steigerung der Auslastung durch die Konzentration von Leistungen und Optimierung von Prozessen beschrieben.

Mit dem MDK-Reformgesetz wurden zum 01.01.2020 Prüfquoten für die Abrechnungsprüfung der Krankenkassen eingeführt. Davor gab es keine gesetzliche Begrenzung der Anzahl der geprüften Rechnungen. Die gesetzliche Einschränkung von Prüfungen führte zu einer erheblichen Reduzierung geprüfter Fälle und somit zu Mehreinnahmen der Krankenhäuser in Höhe von mehr als eine Mrd. Euro.¹ Zusätzlich bestimmt seit 2022 die Abrechnungsqualität einer Klinik den Anteil der Prüfungen, die durch die Krankenkassen beim Medizinischen Dienst veranlasst werden können. Je nach Prüfergebnis im vorletzten Quartal dürfen 5, 10 oder 15 Prozent der Abrechnungen eines Krankenhauses eines Quartals überprüft werden. Ein hoher Anteil an unbeanstandeten Rechnungen führt zu einer niedrigen Prüfquote. Umgekehrt führt ein hoher Anteil an beanstandeten Abrechnungen zu einer höheren Prüfquote. Ein hoher Anteil an beanstandeten Schlussrechnungen hat negative finanzielle Konsequenzen für die betroffenen Krankenhäuser, da dann von den Krankenkassen weitere Abschläge auf Rechnungen geltend gemacht werden können. Vom GKV-Spitzenverband wird quartalsweise für jedes Krankenhaus und jede Krankenkasse die maximal zulässige Anzahl von Abrechnungsprüfungen veröffentlicht.

Bis auf das Klinikum Darmstadt haben alle beteiligten Krankenhäuser eine Prüfquote über der Mindestquote von 5 %. Von daher sind die ermittelten Wirtschaftlichkeitspotentiale von bis zu 4,5 Mio. Euro (Klinikum Kassel) nachvollziehbar und durch eine korrektere Abrechnung auch realisierbar.

Die Kritik des Rechnungshofs an der Verweigerung des Sana Klinikums Offenbach und den Helios Dr. Horst-Schmidt-Kliniken auf Herausgabe der Daten zu den MD-Prüfungen sowie weiterer Daten ist berechtigt. Auch in anderen Bereichen, beispielsweise im Rahmen der Kalkulationsstichprobe zur Kalkulation des DRG-Kataloges, tragen private Klinikträger wenig zur Transparenz und Ausgeglichenheit bei.

Für das Klinikum Fulda führt der Klinikbericht ein Potential in Höhe von rund 1 Mio. Euro bei besserer Ausschöpfung des Verhandlungsrahmens für das Pflegebudget an. Für die Verhandlung des Pflegebudgets seit dem Jahr 2020 gilt weitestgehend das sogenannte Selbstkostendeckungsprinzip, das heißt die nachgewiesenen Stellen sind mit den dazugehörigen Tarifkosten zu finanzieren. Dazu erfolgt nach Vorlage des verpflichtend vorzulegenden Testates ein hundertprozentiger Ausgleich auf die testierten Ist-Kosten. Von daher ist das errechnete Potential nur schwer nachvollziehbar.

Das Pflegebudget auf Basis einer Selbstkostendeckung wird sich mit hoher Wahrscheinlichkeit eher hemmend auf die Verlagerung von Pflegepersonal im Rahmen der Krankenhausreform auswirken. Eine Verlagerung wird aber notwendig sein, da die Krankenhausplanung mit Leistungsgruppen zu Veränderungen im Portfolio vieler Kliniken führen wird.

Das höchste Wirtschaftlichkeitspotential beschreibt der Klinikbericht im Bereich des Leistungsgeschehens durch die Optimierung von Prozessen (Verweildauersteuerung) und der Steigerung der Auslastung (rund 136 Mio. Euro). Insbesondere an dieser Stelle knüpft der Klinikbericht an den Bericht aus dem Jahre 2013 an und kritisiert, dass es trotz der Empfehlungen nicht zu einer

¹ GKV-Spitzenverband: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/abrechnungspruefung/20240426_Arqumentationspapier_KH-Abrechnung_bf.pdf, S.2.

koordinierten Spezialisierung und Konzentration von Leistungen gekommen ist. Insbesondere im übertourten Rhein-Main-Gebiet bestünde weiterhin der Bedarf an einer steuernden Rolle des Landes, um das Leistungsportfolio der Häuser stärker zu fokussieren und regional miteinander abzustimmen.

Der BARMER-Krankenhausreport aus dem Jahr 2022 kam zum Schluss, dass Kliniken mit viel Erfahrung in bestimmten Leistungsbereichen in der Regel ohne zeitliche Nachteile erreichbar sind. Exemplarisch untersuchte der BARMER Krankenhausreport zwei Bereiche, die Endoprothetik und Osteosynthese an Knie und Hüfte sowie die Kardiologie und Kardiochirurgie zur Behandlung des Herzinfarkts. Im Rahmen einer Modellrechnung wurden Eingriffe aus den hessischen Krankenhäusern mit geringeren Fallzahlen in solche mit höheren Fallzahlen verlagert. Im Anschluss wurden die Fahrzeiten der Patienten bestimmt und verglichen. Laut den Ergebnissen lassen sich die Hüft- und Knieprothetik- sowie Osteosyntheseeingriffe von 20 Standorten mit unter 187 Eingriffen pro Jahr verlagern, ohne dass maßgeblich längere Anfahrtswege entstehen. Lediglich bei einer Klinik wäre eine Verlagerung nicht möglich, ohne dass die Fahrzeit erheblich zunimmt. Bei den kardiologischen Eingriffen zeigten zehn Krankenhäuser Verlagerungspotential ohne spürbar längere Anreisen. Lediglich bei vier Kliniken wäre dies nicht machbar.

Das aktuelle ePaper des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg) zeigt mit Hilfe der „Wohlfahrtsbasierten Versorgungsplanung“ am Beispiel der thoraxchirurgischen Behandlung von Lungenkrebs in Deutschland große Potenziale bei der Verbesserung der Versorgungsstrukturen. Eine Auswahl von 15 bis 22 der heute über 140 Krankenhausstandorte könnte die Überlebenschancen bei diesem Eingriff von 89,1 % auf bis zu 93,6 % erhöhen. Hierfür wäre eine zusätzliche durchschnittliche Fahrzeit von lediglich 14 Minuten notwendig. Für alle Patienten in Deutschland wäre eine solche Versorgungslandschaft für diese Behandlung wohlfahrtsoptimal. Bei dieser Methode geht es darum, realisierbare Qualitätsverbesserungen gegenüber den Nachteilen größerer Entfernungen aus Sicht der Patienten optimal abzuwägen. Das Wohl des Patienten steht dabei klar im Vordergrund.

Der Bundesgesetzgeber hat in den letzten Jahren mit verschiedenen Maßnahmen versucht, durch finanzielle Anreize (Strukturfonds I und II) beziehungsweise Qualitätsvorgaben (Mindestmengen etc.) sinnvolle Strukturveränderungen im Krankenhausbereich anzustoßen. Ein durchschlagender Erfolg ist allerdings bislang ausgeblieben, da die Mittel aus den Strukturfonds nicht überwiegend zur Schaffung wirtschaftlicher Krankenhausstrukturen verwendet wurden bzw. die vorgegebenen Mindestmengen zu niedrig sind, um in den ohnehin wenigen Leistungsbereichen zu einer deutlichen Konzentration von Leistungen zu führen.

Dem gegenüber steht der Krankenhauszukunftsfonds: die hier bundesweit bereitgestellten Mittel zur digitalen Transformation in Höhe von 4,3 Mrd. Euro konnten der Digitalisierung der Kliniken einen „messbaren Schub“² geben. Das geht aus der zweiten Erhebung des digitalen Reifegrads der deutschen Krankenhäuser des DigitalRadar im Januar 2025 hervor. Den Kliniken wird hier besonders in den Bereichen „Strukturen und Systeme“, „Klinische Prozesse“ und „digitaler Informationsaustausch“ deutliche Fortschritte attestiert.³

Auf Basis einer Studie des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung von Dezember 2023 nennt der Klinikbericht ein Potential von ambulantisierbaren stationären Krankenhaufällen von 20 %, das jedoch aktuell von den beteiligten Kliniken nicht umgesetzt wird.⁴ Nur die Kliniken Fulda und Kassel konnten die Fallzahl der ambulanten Fälle steigern und einen Ausgleich für die stagnierenden stationären Fallzahlen schaffen. Die Berechnungen des bifg ergeben ein Potential in ähnlicher Höhe (ca. 21 %). Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass im Rahmen der aktuellen Krankenhausplanung zur Umsetzung der Krankenhausreform diese ambulanten Potentiale berücksichtigt werden.

² DigitalRadar: [Pressemitteilung zur Auswertung der ersten Ergebnisse der zweiten Datenerhebung, 9. Januar 2025 — DigitalRadar Krankenhaus.](#)

³ Ebd.

⁴ Zentralinstitut Kassenärztliche Versorgung (ZI): <https://www.zi.de/detailansicht/mindestens-20-prozent-aller-behandlungsfaelle-in-kliniken-potenziell-ambulant-erbringbar-2021-haetten-mehr-als-25-millionen-stationaere-eingriffe-ambulant-vorgenommen-werden-koennen>.

Fazit und Ausblick

Der Klinikbericht zeichnet auf Basis und am Beispiel der acht beteiligten Kliniken ein realistisches Bild der aktuellen Herausforderungen im Krankenhausbereich. Immer mehr Krankenhäuser schreiben rote Zahlen, gleichzeitig steigen die Ausgaben für die GKV ungebremst weiter und tragen mit zu einer nicht mehr akzeptablen Steigerung der Zusatzbeiträge bei. Um die Akzeptanz in der Bevölkerung für das betragtsfinanzierte System nicht zu gefährden, müssen die Beiträge stabil gehalten werden. Die Gründe für die prekäre Situation existieren nicht erst seit gestern: im Rahmen ihrer Krankenhausplanung haben die Bundesländer über Jahrzehnte den Status quo lediglich fortgeschrieben. Zum Gelingen der Krankenhausreform bedarf es einer konsequenten Umsetzung der Maßnahmen für eine stärkere Konzentration der Krankenhausbandschaft, um die Qualität der Versorgung und damit die Patientensicherheit zu erhöhen. Zentral sind dabei bundesweit verbindliche Vorgaben für eine einheitliche Qualität ohne viele Ausnahmestände.

Entscheidend für gute Behandlungsergebnisse ist dabei nicht vorrangig die Nähe zum nächstgelegenen Krankenhaus, sondern die technische Ausstattung sowie erfahrenes und in der Zahl ausreichendes Personal. Deshalb sollten grundsätzlich nur solche Krankenhäuser Patienten behandeln, die dafür technisch und personell ausgestattet sind. Notwendig sind verbindliche Versorgungsstufen mit klaren und detaillierteren Qualitätsanforderungen in Verbindung mit Leistungsgruppen, die als Basis für die Krankenhausplanung dienen. Damit könnten Krankenhäuser abschließlich die Leistungen erbringen, für die sie entsprechend ausgestattet sind. Dies verbessert die Patientensicherheit und bündelt die begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen.

Im internationalen Vergleich weist Deutschland einen hohen Anteil an stationär durchgeführten medizinischen Behandlungen auf, die ambulant erfolgen könnten. Das hohe Ambulanzierungs-potenzial muss konsequent genutzt, der bestehende Katalog ambulant durchführbarer Operationen und der Hybrid-DRG-Leistungskatalog deutlich erweitert werden. Eine Reduzierung unnötiger Krankenhausaufenthalte liegt nicht nur im Interesse der Patienten, sondern trägt gleichzeitig dazu bei, personelle Ressourcen auf Seiten der Leistungserbringer und finanzielle Ressourcen auf Seiten der GKV zu schonen, die an anderer Stelle effektiver und effizienter eingesetzt werden können. Die digitale Vernetzung muss beschleunigt werden, um Dokumentations- und Behandlungsprozesse zu verbessern. Mit der Einführung der elektronischen Patientenakte für alle Versicherten ab 2025 wurde ein entscheidender Schritt bei der digitalen Vernetzung gemacht.

Bei Fragen stehe ich Ihnen gerne im Rahmen der mündlichen Anhörung zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Martin Till

Landesgeschäftsführer, BARMER Landesvertretung Hessen



Hessischer
Landkreistag

Hessischer Landkreistag · Frankfurter Str. 2 · 65189 Wiesbaden

An den
Geschäftsführer des Unterausschusses für Finanzcontrolling
und Verwaltungssteuerung im Hessischen Landtag
Herrn Stefan Ernst

Per Email an:

s.ernst@ltg.hessen.de
a.czech@ltg.hessen.de

Frankfurter Str. 2
65189 Wiesbaden

Telefon (0611) 17 06 - 0
Durchwahl (0611) 17 06- 69

Telefax-Zentrale (0611) 17 06- 27
PC-Fax-Zentrale (0611) 900 297-70
PC-Fax-direkt (0611) 900 297-

e-mail-Zentrale: info@hlt.de
e-mail-direkt: wuerfel@hlt.de

www.HLT.de

Datum: 23.04.2025
Az. : Wü/510.17

Anhörung zum Klinikbericht im Unterausschuss für Finanzcontrolling und Verwaltungssteuerung im Hessischen Landtag zur 240. Vergleichenden Prüfung „Gesundheitswesen - Kliniken II“ (Klinikbericht) (Drucks. 21/1147)

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrter Herr Ernst,

mit Blick auf die Einladung zum Gespräch über den Klinikbericht (Vergleichende Prüfung „Gesundheitswesen - Kliniken II“) am 7. Mai 2025 nutzen wir gerne die Gelegenheit zu einer kurzen Stellungnahme. Vorab müssen wir allerdings darauf hinweisen, dass wir zu den einzelnen geprüften Häusern keine Stellung beziehen können, sondern uns auf allgemeine Aussagen hinsichtlich der Situation der Landkreise in diesem Themenfeld beschränken werden.

In der Zusammenfassung / Ausblick des Klinikberichts steht im letzten Absatz (S. 119): „... *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.*“

Im Rahmen der gegenwärtigen Krankenhausreform und dem am 1. Januar 2025 in Kraft getretenen Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), befinden wir uns bezüglich der stationären Versorgung gegenwärtig in einer umfassenden bundesweiten Umbruchphase. Auch sollen für die damit einhergehende Transformation Gelder von Bund und Ländern zur Verfügung gestellt werden. Wir verweisen

hierzu auf die allgemeinen Informationen auf der Homepage des BMG (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform.html>).

In Hessen arbeitet das Gesundheitsministerium auf Grundlage des KHVVG aktuell an einer Aktualisierung des Landeskrankenhausplanes. Hierbei gilt es, die entsprechenden Leistungsgruppen bedarfsgerecht über das Land Hessen zu verteilen. Insofern steht zu erwarten, dass damit nachhaltige Rahmenbedingungen für die Krankenhauslandschaft geschaffen werden und dem vorstehenden Befund der 270. Prüfung so Rechnung getragen wird. Dies ist jedenfalls die Erwartung des Hessischen Landkreistages und der 21 hessischen Landkreise.

Unabhängig von der beschriebenen Entwicklung weisen wir jedoch ausdrücklich darauf hin, dass die finanzielle Lage der Krankenhäuser in Deutschland insbesondere wegen der Corona-Pandemie, den Auswirkungen des Ukraine-Krieges und einer generellen systemischen Unterfinanzierung im Zusammenhang mit den Fallpauschalen durch die Krankenkassen weiter als kritisch einzustufen ist. Selbiges gilt für die Investitionsmaßnahmen und das hierfür in der Verantwortung stehende Land Hessen. Diese Situation führt – wie der Prüfbericht zutreffend feststellt – zu defizitären Haushaltslagen in den Krankenhäusern und vor dem Hintergrund des bestehenden Sicherstellungsauftrags der Landkreise in der stationären Versorgung in der Folge auch in den Haushalten von Landkreisen. Diese Situation hat sich in jüngster Vergangenheit zum Teil dramatisch zugespitzt.

Mit Blick auf die aktuell stattfindende Krankenhausreform muss - trotz etwaiger Konsolidierungs- und Optimierungsgedanken - dringend darauf geachtet werden, dass gerade auch der ländliche Raum in der anstehenden Transformationsphase nicht von der Regelversorgung abgehängt wird. Dies gilt vor allem für die Not- und Grundversorgung sowie den daran hängenden Rettungsdienststrukturen. Vom Netz genommene Krankenhäuser können schließlich nicht zu einem späteren Zeitpunkt ohne Weiteres wieder in Betrieb genommen werden und stehen den Bürgerinnen und Bürgern vor Ort somit nicht mehr zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Tim Ruder
Direktor

TORSTEN WARNECKE
LANDRAT
DES LANDKREISES HERSFELD-ROTENBURG



36251 Bad Hersfeld, 23.04.2025
Friedloser Str. 12
Tel.: (0 66 21) 87 - 9000
Fax: (0 66 21) 87 - 9010
✉ landrat@hef-rof.de

Herrn Vorsitzenden des Ausschusses
für Finanzcontrolling und Verwaltungssteuerung
Hans-Jürgen Müller MdL
Hessischer Landtag
Schloßplatz 1-3
65183 Wiesbaden

via Mail: s.ernst@ltg.hessen.de

Sehr geehrter Herr Ausschußvorsitzender Müller MdL,

Sehr geehrter Herr Müller,

herzlichen Dank für Ihr Schreiben, mit dem Sie um eine Stellungnahme zu dem Klinikbericht des Hessischen Rechnungshofes, zur Sitzung am 7. Mai, bitten.

Die Situation die der Hessische Rechnungshof umfassend zu den ausgesuchten Kliniken erhoben hat, zeigt zum einen eine Kliniklandschaft in Hessen, die bereits im Jahre 2022 häufig unterfinanziert zu sein scheint. Dies trifft insbesondere im Ländlichen Raum die mit Sicherstellungsauftrag versehenen Landkreise. Nicht selten sind diese Landkreise zugleich die Gesellschafter der Kliniken.

Zum anderen weisen die Darlegungen darauf hin, daß insbesondere die kommunale Seite namhaft in ihre Kliniken zu investieren haben und gerade in diesen Zeiten auch laufende Verluste tragen. Während die Investitionen eigentlich seitens des Landes zu erbringen sind, zudem mit der Krankenhausumlage an das Bundesland Hessen einen nicht unbeträchtlichen Teil zu den Landeskrankenhausfinanzierungsmitteln leisten, sind die laufenden Kosten wiederum eigentlich auf Bundesebene (maßgeblich der Krankenversicherungssysteme) aufzubringen.

Beides scheint nur unzureichend zu gelingen, was sich auch durch die in den Kommunalhaushalten wachsenden Zuschüsse für Krankenhäuser widerspiegelt. Zudem wurde spätestens Anfang des neuen Jahrzehnts den Landkreisen die Eigenkapitalaufstockung der Kliniken mit langfristigen Krediten kommunalaufsichtlich untersagt, soweit diese als laufender Zuschuß zu bewerten sind. Daraus entsteht für die kommunale Seite das Problem, einerseits für die Krankenhausversorgung per

Sicherstellungsauftrag verantwortlich zu sein (siehe jüngst die voraussichtliche Übernahme des Krankenhauses Biedenkopf durch den Landkreis), andererseits die dann notwendigen Mittel selber laufend aufbringen zu müssen.

Damit hat sich das Gesundheitswesen im Krankenhausbereich eine weitere anhaltende Finanzierungsstütze ins Boot geholt: die kommunale Seite. Die Idee und der Weg, marktwirtschaftlich das Klinikwesen sowohl in Bezug auf die Standortzahl wie auch das jeweilige medizinische Angebot deutlich durch die ökonomische Austrocknung von Angeboten zu verändern, muß an dem Sicherstellungsauftrag der kommunalen Seite scheitern. Deshalb ist die anstehende Überarbeitung des Landeskrankenhausplanes geboten und grundsätzlich zu begrüßen.

Die Mutmaßung, wonach bei privaten Klinikbetreibern „eine starke Selektion des Patientenlientels unter wirtschaftlichen Aspekten erfolgt“ (S.43), ist durch den Bericht des Hessischen Rechnungshofes nicht widerlegt. Auch hier wiederum sind es am Ende die kommunalen Krankenträger, die finanziell gefordert sein werden, durch nicht kostendeckende Leistungserbringung.

Trotz der deutlichen Personalzuwächse von 2004 auf 2022 im ärztlichen +67,5 % sowie geringer im nichtärztlichen Bereich + 14,7 % (S.13) bedeutet dies keineswegs ausreichend festangestelltes Personal in den Häusern vorzufinden. Vielmehr scheint die Tendenz „Anüs“ oder Honorarkräfte einsetzen zu müssen, um medizinische Leistungen erbringen zu können, zuzunehmen (S.70). Dies heißt deutlich gestiegene Personalkosten seitens der Kliniken aufbringen zu müssen sowie keine dauerhaft zusammenarbeitenden Teams vorzuhalten.

Allein für die Landkreise in Nordhessen (RP Kassel) ist kommunal mit einem Defizit für 2025 von rund 85 Millionen Euro zu rechnen. Damit setzt sich ein Trend fort, der allein durch die „Corona-Zeit“ unterbrochen wurde; mit den „Covid-19-Ausgleichszahlungen“, je nach Standort (S. 45). Dazu gehört auch die kurzfristige Begleichung der Zahlungen durch die Krankenkassen (Fünf-Tage-Frist).

Daher bedarf es dringend einer Konsolidierung der Zahlungsströme in den kommunalen Gesundheitsbereich. Während die Kommunen gedrängt werden, vor Ort durch beispielsweise die Förderung von Haus- und Facharztpraxen eine neue kostenträchtige Aufgabe zu übernehmen, haben dies die kommunalen Krankenhäuser bereits mit

Medizinischen Versorgungszentren seit längerem als Aufgabe übernommen - nicht immer kostendeckend. Ein Versorgungsauftrag im übrigen, der eigentlich von der KV zu erbringen ist. Im Gesundheitswesen werden somit zunehmend Aufgaben, die keine Renditeträchtigkeit versprechen, kommunalisiert. Zugleich wird den Kommunen aufsichtlich nicht eingeräumt, die Defizite langfristig zu finanzieren. Grundsätzlich sind diese dann gehalten, Kommunalsteuern zu erhöhen. Und diese vor dem Hintergrund, daß auf Landes-, Bundes- und EU-Ebene zusätzliche kreditfinanzierte Maßnahmen und Programme mit dem Hinweis der Konjunkturschädlichkeit steuerbasierter Gegenfinanzierung nicht auf zusätzlicher Belastung fußt.

So kann der grundsätzlich positive Ansatz eines ganzheitlichen Gesundheitswesens mit dezentralen Angeboten - immer häufiger kommunal gegründet - die kommunalen Strukturen überfordern. Dies kann letztlich von Bundes- und Landesebene nicht gewollt sein. Daher gilt es gegenzusteuern. Gemeinsam!

Herzlichen Dank für die Möglichkeit Stellung zu nehmen.

Mit warmem Gedächtnis!


Torsten Warnecke

Hessischer Städtetag · Frankfurter Straße 2 · 65189 Wiesbaden

Der Vorsitzende des Unterausschusses
für Finanzcontrolling und Verwaltungssteuerung
Herrn Hans-Jürgen Müller, MdL
Hessischer Landtag
Schlossplatz 1 – 3
65183 Wiesbaden

Gespräch im Unterausschuss für Finanzcontrolling und Verwaltungssteuerung

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Diese
Gelegenheit nehmen wir gerne wahr, um auf die grundsätzlichen
Schwierigkeiten im Rahmen der Krankenhausfinanzierung
hinzuweisen.

Bekanntlich soll die Krankenhausreform u. a. die bestehende
fallzahlabhängige Finanzierung umstrukturieren. Das soll dazu
führen, den in einzelnen Krankenhäusern bestehenden
Leistungsdruck zu beseitigen. Stattdessen soll eine
Vorhaltevergütung greifen, und den Krankenhäuser eine
fallzahlunabhängige Finanzierungsgarantie gewährleisten.

Wir weisen darauf hin, dass die Krankenhausreform die Schiefelage
in den Krankenhäusern nicht beseitigen wird, wenn eine

Ihre Nachricht vom:
12.02.2025

Ihr Zeichen:
P 2.6

Unser Zeichen:
510.0 Sv/ZI

Durchwahl:
0611/1702-26

E-Mail:
schaposchnikov@hess-staedtetag.de

Datum:
22.04.2025

Stellungnahme Nr.:
028-2025

Verband der kreisfreien und
kreisangehöriger Städte im
Land Hessen

Frankfurter Straße 2
65189 Wiesbaden

Telefon: 0611/1702-0
Telefax: 0611/1702-17

posteingang@hess-staedtetag.de
www.hess-staedtetag.de

auskömmliche Finanzierung nicht sichergestellt ist. Dies setzt u. a. voraus, dass der Bund seiner Verpflichtung im Rahmen der Betriebskostenfinanzierung gerecht wird. Ebenso ist das Land Hessen in der Pflicht, die nötigen Investitionskosten zur Verfügung zu stellen.

Im Übrigen ist auf die bislang nicht refinanzierten Kostensteigerungen der Jahre 2022 und 2023 hinzuweisen. Die Kostensteigerungen in den Folgejahren müssen ebenfalls im Blick behalten werden. Ferner sind die Landesbasisfallwerte angemessen anzupassen, damit insbesondere die Lohnkosten vollständig abgebildet werden können. Künftig müssen die Kostensteigerungen vollständig und zügig berücksichtigt werden.

Das Land Hessen ist gefordert, originäre Landesmittel einzusetzen, um seiner Investitionsverpflichtung nachzukommen. Nur so leistet das Land seinen Beitrag zu dem gewünschten Ziel, Defizite von Krankenhäusern gegenwärtig und zukünftig zu vermeiden. Es ist nicht akzeptabel, dass das Land sich zur Finanzierung der Krankenhäuser in ihrer unterschiedlichen Trägerschaft fast ausschließlich der Mittel aus dem Kommunalen Finanzausgleich bedient.

Mit freundlichen Grüßen

gez.

Alexander Schaposchnikov
Referent