

Ausschussvorlage UFV 21/25
öffentlich vom 30.04.2025
Teil 2

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



Landesverband der Privatkliniken in Hessen e.V.
Ferdinand-Happ-Straße 53 | 60314 Frankfurt a.M.

Landesverband der Privatkliniken in Hessen e.V.
www.vdpk.de

An den
Unterausschuss für Finanzcontrolling und
Verwaltungssteuerung im Hessischen Landtag
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden

Vorsitzender: Georg M. Freund
Geschäftsführerin: Aguedita Afemann
069-59779303 | a.afemann@vdpk.de

Ferdinand-Happ-Str. 53 | 60314 Frankfurt
IBAN: DE28 5108 0060 0012 5751 00 | BIC: DRESDEFF510
Frankfurt: VR 16717

Ausschließlich per E-Mail an:

a.czech@ltg.hessen.de

s.ernst@ltg.hessen.de

25.04.2025

Stellungnahme zum Klinikbericht „Gesundheitswesen – Kliniken II“

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst möchten wir dem Hessischen Rechnungshof für die umfassende und in weiten Teilen fundierte Analyse des hessischen Krankenhausmarktes danken. Der Bericht beleuchtet zahlreiche Entwicklungen und Herausforderungen, mit denen die Kliniken im Land konfrontiert sind – etwa die steigenden Anforderungen an die Versorgung, die zunehmende Notwendigkeit zur Spezialisierung sowie die bestehenden ökonomischen Spannungsfelder.

An entscheidenden Stellen jedoch folgt der Bericht einer Argumentationslinie, die auf einer **einseitigen und polemischen Arbeitshypothese** beruht – nämlich der Annahme, dass private Trägerschaft tendenziell mit Defiziten in der Versorgungsverantwortung sowie einer Fokussierung auf ökonomisch besonders lukrative Leistungen („Rosinenpickerei“) einhergehe. Diese Hypothese konterkariert die ansonsten sachlich angelegte Analyse.

Zur Untermauerung dieser These stützen sich die Autoren unter anderem auf pauschale Aussagen des Bundesgesundheitsministers Prof. Dr. Karl Lauterbach (vgl. S. 43) sowie auf einen Artikel der *Schwäbischen Zeitung*.

Auf Seite 44 heißt es über die privaten Träger:

„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.“

Die Quelle dieser Aussage ist ein Zeitungsartikel, der über die Buchveröffentlichung *„Krankenhaus im Ausverkauf. Private Gewinne auf Kosten unserer Gesundheit“* berichtet. Schon der Titel hätte die Autoren des Klinikberichts dazu veranlassen können, die Eignung dieser Quelle für eine belastbare Argumentation kritisch zu hinterfragen. Hinzu kommt, dass sowohl das **Sana Klinikum Offenbach** als auch die **Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden (HSK)** Häuser der **Maximalversorgung** sind, die ein breites medizinisches Leistungsspektrum vorhalten – weit über die genannten Fachbereiche Orthopädie und Kardiochirurgie hinaus.

Wiesbaden und Offenbach – keine Rosinenpickerei, sondern Maximalversorgung

Einen Fehler haben wir auf Seite 84 entdeckt, auf der behauptet wird, die Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden (HSK) nähmen nicht an der Notfallversorgung teil. Das ist jedoch nicht korrekt. Sowohl die HSK als auch das Sana Klinikum Offenbach nehmen in ihren Regionen an der umfassenden Notfallversorgung (G-BA Stufe 3) teil. Die HSK ist zudem als einziger Maximalversorger in der Versorgungsregion Wiesbaden-Limburg koordinierendes Haus in der Onkologie und hatte für die Region auch die Koordinierungsfunktion zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie inne.

Beide Häuser – Offenbach und Wiesbaden – sind zentrale Anlaufstellen in der Region, u. a. für:

- Schlaganfallversorgung (Überregionale Schlaganfallzentren (Thrombektomie),
- Herzinfarktversorgung (zertifizierte Chest Pain Units)
- Schwerverletztenversorgung (Überregionale Traumazentren),
- Onkologische Versorgung (G-BA Zentren),
- Peri- und Neonatalzentren.

Das Sana Klinikum Offenbach nimmt zudem die besondere Aufgabe nach § 17 Abs. 7 HKHG 2011 der Schwerbrandverletztenversorgung für Hessen wahr.

Ein Blick in die Versorgungsatlanten des Landes hätte geholfen, um sich vom Leistungsspektrum der Häuser und ihrer Rolle in der Notfallversorgung ein Bild machen zu können.

Versorgungsatlas Hessen 2022

Auszug Notfallversorgung und Zuweisungen durch den Rettungsdienst IVENA im Jahr 2022

	Zuweisungen durch den Rettungsdienst insgesamt	darunter mit akuter vitaler Bedrohung	Anteil in %
Klinikum Kassel	25.529	4.975	19,5%
Klinikum Fulda	15.940	3.962	24,9%
Klinikum FFM-Höchst	18.398	2.489	13,5 %
Sana Klinikum Offenbach	17.580	2.953 (davon knapp 2.000 aus der Stadt Offenbach und dem LK. Offenbach)	16,8%
Hochtaunus Kliniken- Standort Bad Homburg	15.777	1.620	10,3 %
MKK Kliniken - Hofheim	3.835	333	8,7%
MKK-Kliniken Bad Soden	9.662	573	5,9 %
HSK Wiesbaden	18.960	2.839 (1.569 aus Wiesbaden, 952 aus dem Rhein-Taunus-Kreis)	15 %

Kommune hält den Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung

Auf Seite 44 heißt es: „*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 Krankenträger, um überleben zu können, Gewinne erzielen. Sie können und müssen sich deswegen die Freiheit nehmen, ihr Leistungsportfolio an den wirtschaftlichsten Fällen auszurichten.*“

Das ist nur zum Teil korrekt. **Der Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung liegt in Hessen bei den Kommunen.** Diese betreiben entweder eigene Krankenhäuser oder bedienen sich – im Sinne des **Subsidiaritätsprinzips** – Einrichtungen in anderer Trägerschaft.

Der konkrete **Versorgungsauftrag der Krankenhäuser** ergibt sich aus dem Krankenhausplan des Landes. Das Land weist Versorgungsaufträge zu, die gemäß § 19 Abs. 1 Satz 4 HKHG 2011 **umfassend zu erfüllen** sind. Je nach **Versorgungsstufe** unterscheiden sich dabei die Leistungsspektren der Einrichtungen.

Die sogenannte „**politische Erwünschtheit**“ kann in der Praxis dazu führen, dass **nicht tragfähige Abteilungen trotz vorhandener Alternativangebote in der Umgebung weiterbetrieben werden** – was die wirtschaftliche Führung kommunaler Häuser erschwert, aber auch zu Lasten der Qualität gehen kann. Private Träger hingegen entscheiden – in Abstimmung mit dem Land – alleine nach dem vorhandenen Bedarf und ob dieser eine wirtschaftlich und qualitativ tragfähige Lösung ermöglicht oder nicht besser von einem anderen Standort gedeckt werden sollte.

Private Träger handeln mit Gewinnerzielungsabsicht. **Doch auch alle anderen Trägergruppen sind angesichts der aktuellen Rahmenbedingungen darauf angewiesen, Überschüsse zu erwirtschaften, um dringend notwendige Investitionen in ihre Infrastruktur zu tätigen.** Denn die Investitionsmittel, die von Landesseite in der Vergangenheit bereitgestellt wurden, waren bislang **nicht auskömmlich.**

Finanzierungsrealität: Alle Träger müssen Überschüsse erwirtschaften, um investieren zu können

„*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.*“ (Seite 43)

Die moderne Infrastruktur an den Standorten **Wiesbaden und Offenbach** ist maßgeblich durch **beträchtliche Eigenmittel der Helios- bzw. Sana-Gruppe** finanziert worden – nicht alleine durch öffentliche Förderung. Diese Eigenmittel stammen auch aus der „leistungsabhängigen Finanzierung“.

Ein wesentlicher Unterschied zu kommunalen Trägern besteht darin, dass private Anbieter **einen Teil ihrer Gewinne an Anteilseigner abführen.** Im Gegensatz dazu können kommunale Träger im Falle wirtschaftlicher Schief lagen **auf Steuerzuschüsse aus kommunalen Haushalten zurückgreifen.** Diese Form der „kommunalen Ausschüttung“ führt allerdings zu **Wettbewerbsverzerrungen** und im Gegensatz zur Gewinnausschüttung privater Träger nicht zu zusätzlichem Steueraufkommen für die Staatskasse, sondern zu klammen kommunalen Kassen.

Defizitfinanzierung und die Krankenhausreform

In der Diskussion um die Krankenhausreform weisen Stimmen aus der juristischen Fachwelt darauf hin, dass der bislang praktizierte **Defizit ausgleich durch Betrauungsakte künftig erschwert** sein könnte. Zum einen wird mit der **Einführung der Vorhaltefinanzierung** ein neues Instrument geschaffen, das gezielt Marktversagen verhindern soll. Damit stellt sich die Frage, **welcher Teil eines verbleibenden Defizits überhaupt noch ausgeglichen werden darf.** Zum anderen wird der **Sicherstellungsauftrag durch § 6a Abs. 4 KHG klarer gefasst.**

Demnach gilt eine Versorgungslücke erst dann als gegeben, wenn **die Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie innerhalb von 30 Minuten** mit dem Pkw nicht mehr erreichbar sind. Für **alle übrigen Leistungsgruppen** liegt die Schwelle bei **40 Minuten Fahrzeit**. Erst bei Überschreiten dieser Entfernungsgrenzen wäre die flächendeckende Versorgung nach neuer gesetzlicher Definition gefährdet.

„Liegen Plankrankenhäuser mit deckungsgleichen Leistungsgruppen in räumlicher Nähe, wird die Schließung einer der Einrichtungen keine Versorgungslücke begründen; vielmehr wird das fortbestehende Krankenhaus seine Kapazitäten erweitern. Sind die Leistungsgruppen des defizitären Krankenhauses zum nächsten (innerhalb von 30 bis 40 Pkw-Minuten erreichbaren) Krankenhaus nur teilweise deckungsgleich, droht oder besteht auch die Versorgungslücke nur im Umfang der nicht abgedeckten Leistungsgruppen.“¹

Derzeit beziehen sich **Betrauungsakte auf den gesamten Krankenhausstandort – nicht auf einzelne Leistungsbereiche**. Vor diesem Hintergrund wird es spannend zu beobachten, **ob das System der Defizitfinanzierung ab dem Jahr 2027 in der bisherigen Form überhaupt noch von den Kommunen aufrechterhalten werden kann**. Es wäre daher wünschenswert gewesen, wenn sich die Autoren des Klinikberichts auch mit **diesem Aspekt der Krankenhausreform** auseinandergesetzt hätten. Denn die entscheidende Frage aus kommunaler Sicht lautet nicht nur, **ob eine Kommune sich den Defizitausgleich langfristig leisten kann**, sondern auch, **ob ihr dieser Weg rechtlich überhaupt noch offensteht**.

Abschließend stellen wir fest: Die Krankenhausreform bietet die Chance, den Krankenhausmarkt zukunftsfähig zu strukturieren – für eine Versorgung, die auch in Zeiten des demografischen Wandels **erreichbar, qualitativ hochwertig und nachhaltig** bleibt. Dafür braucht es den **Mut zur Konzentration** und eine **Abkehr von starren Strukturvorgaben** wie pauschalen Personalvorgaben. Statt Köpfe zu zählen, sollten wir unsere Energie darauf richten, **die Ergebnisqualität in den Mittelpunkt** zu stellen – zum Wohle der Patienten und im Interesse der Beitrags- und Steuerzahler.

Mit Blick auf einen möglichen dritten Klinikbericht regen wir an, das **ideologische Misstrauen gegenüber privaten Trägern endlich ad acta zu legen**. Fast 20 Jahre nach der ersten Privatisierungswelle ist es an der Zeit, diese Debatte zu versachlichen. **Private Träger haben längst unter Beweis gestellt**, dass sie den Menschen in ihren Regionen ein breites medizinisches Behandlungsspektrum anbieten und eine verlässliche Versorgung sicherstellen.

Mit freundlichen Grüßen

Georg M. Freund
Vorsitzender

Aguedita Afemann
Landesgeschäftsführerin

¹ Kaeding, Nadja; Der Defizitausgleich nach dem geplanten KHVG. Erschienen in: MedR (2024) 42: 776–78, S. 780
<https://doi.org/10.1007/s00350-024-6851-3>