



**RECHNUNGSHOF
RHEINLAND-PFALZ**

Auszug aus dem Jahresbericht 2020

Nr. 18 Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz - Potenziale zur Minderung der hohen Defizite nicht genutzt -

Impressum:

Rechnungshof Rheinland-Pfalz
Gerhart-Hauptmann-Straße 4
67346 Speyer

Telefon: 06232 617-0
Telefax: 06232 617-100
E-Mail: poststelle@rechnungshof.rlp.de
Internet: <https://rechnungshof.rlp.de>

Nr. 18

**Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
- Potenziale zur Minderung der hohen Defizite nicht genutzt -**

Die mit der Gründung der Universitätsmedizin verfolgten Ziele, wirtschaftlichere Strukturen zu schaffen und die Leistungsfähigkeit nachhaltig zu sichern, wurden bisher nicht erreicht. In den Jahren 2012 bis 2018 erwirtschaftete die Universitätsmedizin Fehlbeträge von insgesamt 165 Mio. €. Davon entfielen 59,7 Mio. € auf das Jahr 2018.

Die bisherige Steuerung der Universitätsmedizin war unzureichend. Die Budgetgespräche mit Einrichtungsleitungen wurden zu spät geführt. Die Wirtschaftspläne basierten zum Teil auf unrealistischen Ansätzen. Im Jahr 2018 wurde der Fehlbetrag um mehr als 38,5 Mio. € zu gering veranschlagt.

Die Liquiditätsplanung wies Mängel auf. Die Universitätsmedizin hatte regelmäßig Liquiditätsschwierigkeiten. Allein 2018 wurden mögliche Skonti von 0,2 Mio. € nicht in Anspruch genommen.

Die gesetzlich vorgegebene Trennungsrechnung, die eine Quersubventionierung zwischen den Bereichen Krankenversorgung, Forschung und Lehre einschließlich Drittmittel verhindern soll, war mangelhaft. Die Krankenversorgung wurde unzulässigerweise mit Defiziten des Bereichs Forschung und Lehre belastet. Im Jahr 2018 waren dies 2,6 Mio. €. Geeignete Parameter zur Aufteilung von Gemeinkosten auf den Drittmittelbereich fehlten. Berechnungen des Rechnungshofs zeigten eine zu hohe Belastung der Krankenversorgung bei der Verteilung der Kosten der nicht-medizinischen Infrastruktur.

Die Zahl der Vollzeitkräfte stieg von 2009 bis 2018 um 645 auf 5.864 Kräfte. Betroffen war hiervon fast ausschließlich der Bereich der Krankenversorgung. Allein im Ärztlichen Dienst erhöhte sich die Zahl der der Krankenversorgung zugeordneten Vollzeitkräfte um 269, während sie sich im Bereich Forschung und Lehre um 149 verringerte. Dieser nicht ergebnisgeprägte Personalzuwachs belastete die Erlöse je Arbeitskraft in der Krankenversorgung.

Die Kosten für das Personal, das die Universitätsmedizin der Krankenversorgung zugeordnet hatte, waren nicht vollständig durch die hierauf entfallenden Erlöse gedeckt. Die errechnete Unterdeckung belief sich auf über 29 Mio. € jährlich. Dies entsprach 374 Vollzeitkräften. Wie viele dieser Stellen entgegen der Zuordnung der Universitätsmedizin tatsächlich für Forschung und Lehre erforderlich sind, konnte aufgrund mangelhafter Aufzeichnungen nicht ermittelt werden.

In ausgewählten Bereichen wurde darüber hinaus Folgendes festgestellt:

- Die dezentrale Organisation der Notaufnahmen war unwirtschaftlich. Der Betrieb einer eigenen Bettenstation mit 15 Betten bei der konservativen Notaufnahme war nicht erforderlich. Eine medizinische Notwendigkeit für die Notaufnahme der Zahnklinik war nicht belegt. Insgesamt sind 17,5 Stellen entbehrlich, durch deren Abbau sich die Personalkosten um fast 1,3 Mio. € verringern lassen. Außerdem wird die am Campus errichtete allgemeinmedizinische Praxis zu einer Entlastung der Notaufnahmen führen.
- Die klinischen Abläufe waren aufgrund der kleinteiligen Struktur ineffizient. Projekte der Universitätsmedizin zur Zentralisierung von Dienstleistungen, der Zusammenfassung von Laboren und zur besseren Steuerung der Auslastung der Betten zeigten Einsparpotenziale von fast 1,5 Mio. € jährlich.
- Die Universitätsmedizin besaß keinen umfassenden Überblick über die Zahl und die Auslastung der Großgeräte. Deren wirtschaftlicher Einsatz sowie sachgerechte Entscheidungen über Ersatzbeschaffungen waren so nicht immer möglich.
- Die Universitätsmedizin ergriff zu spät Maßnahmen zur Optimierung der Verwaltung. So sollten 26 Stellen beim eigenen Personal und zehn Vollzeitkräfte beim externen Personal mit Kosten von insgesamt 2,1 Mio. € jährlich erst ab 2019 abgebaut werden. Einsparpotenziale von bis zu 3,2 Mio. € beim Zentralen Einkauf, die u. a. durch bessere Nutzung des Wettbewerbs erzielt werden können, waren noch nicht genutzt.
- Der Betrieb der eigenen Küche verursachte zu hohen Aufwand. Personal- und Betriebskosten von 3,3 Mio. € jährlich waren vermeidbar. Zudem plante die Universitätsmedizin, die Küche als Interimslösung bis zur Errichtung eines Neubaus für über 10 Mio. € zu sanieren.
- Bei der Vergabe von Beratungsleistungen wurden nicht immer die Vorteile des Wettbewerbs genutzt. Untersuchungen externer Berater wurden nicht hinreichend durch Mitarbeiter der Universitätsmedizin begleitet.
- Im Rahmen der Übernahme des Krankenhauses Ingelheim durch eine eigens zu diesem Zweck gegründete Gesellschaft ging die Universitätsmedizin ein vermeidbares hohes Risiko ein. Forderungen von 4,5 Mio. € wurden abgeschrieben.

1 Allgemeines

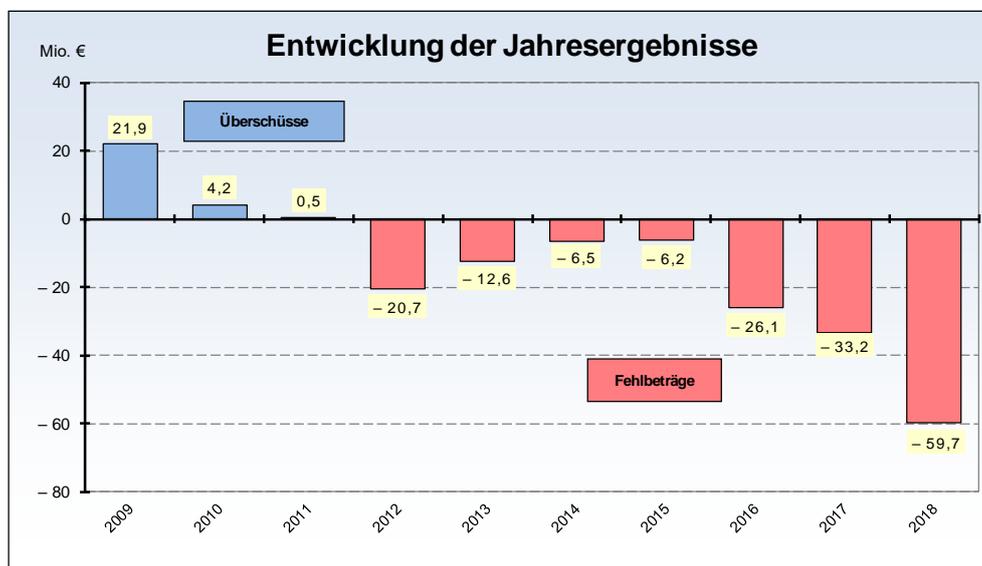
Zum 1. Januar 2009 wurde die Anstalt des öffentlichen Rechts „Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität Mainz“ als rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts „Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz“ fortgeführt.¹ Die damit verbundene Zusammenführung der Bereiche Forschung und Lehre sowie Krankenversorgung sollte für Forschung und Lehre förderlichere Strukturen sowie eine Optimierung der Krankenversorgung ermöglichen und zur nachhaltigen Sicherung der Leistungsfähigkeit der Universitätsmedizin beitragen.²

Der Rechnungshof hat von Mai 2018 bis Juli 2019 in ausgewählten Bereichen der Universitätsmedizin geprüft, ob Prozessabläufe wirtschaftlich gestaltet waren und die Organisation zweckmäßig war. Von den Personalbedarfsermittlungen ist das Pflegepersonal nicht tangiert.³

2 Wesentliche Prüfungsergebnisse

2.1 Steigende Jahresfehlbeträge, unterbliebene Investitionen

Die Universitätsmedizin erwirtschaftete lediglich in den Jahren 2009 bis 2011 Überschüsse. Für die Folgejahre wiesen die Jahresabschlüsse Fehlbeträge aus:



In dem Diagramm sind die Jahresergebnisse der Universitätsmedizin abgebildet.

Der im ersten Jahr nach der Gründung erzielte Überschuss von fast 22 Mio. € war im Wesentlichen auf die Auflösung einer Steuerrückstellung zurückzuführen. In den Jahren 2012 bis 2018 erwirtschaftete die Universitätsmedizin Fehlbeträge von insgesamt 165 Mio. €. Zwischen 2015 bis 2018 stiegen sie von 6,2 Mio. € auf 59,7 Mio. €. Der nicht durch Eigenkapital gedeckte Fehlbetrag erhöhte sich bis 2018 auf 198,5 Mio. €.

Außerdem unterblieben notwendige Investitionen und Instandhaltungsmaßnahmen zum Erhalt des Anlagevermögens. Dessen Wert verringerte sich nach den Angaben der Jahresabschlüsse von 2008 bis 2018 um 12,5 % auf 386 Mio. €. Bei einem Anschaffungswert von knapp 1,4 Mrd. € waren 2018 bereits 71,6 % des Anlagevermögens abgeschrieben.

¹ § 1 Abs. 1 Landesgesetz über die Errichtung der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Universitätsmedizinengesetz - UMG -) vom 10. September 2008 (GVBl. S. 205), zuletzt geändert durch Gesetz vom 18. August 2015 (GVBl. S. 196), BS 223-42.

² Drucksache 15/1913 S. 1 und S. 29.

³ Vgl. Teilziffer 2.4.2.



In dem Diagramm sind die Werte des Anlagevermögens zum jeweiligen Jahresende dargestellt.

Nach den Kalkulationen der Universitätsmedizin müssten 15 Jahre lang zusätzliche Finanzmittel von bis zu 150 Mio. € jährlich zur Substanzerhaltung eingesetzt werden. Vor dem Hintergrund seiner Gewährträgerhaftung besteht für das Land letztendlich das Risiko, die Finanzmittel zur Substanzerhaltung oder -verbesserung selbst aufbringen zu müssen. Des Weiteren steht die Universitätsmedizin vor grundlegenden Entscheidungen zu ihrer funktionalen und baulichen Gesamtentwicklung.

Die Universitätsmedizin hat erklärt, das Land habe sich zur baulichen Erneuerung bekannt. Gemeinsam mit der Universitätsmedizin sei ein Prozess hierzu gestartet worden. Bezüglich der Weiterentwicklung der notwendigen Finanzbedarfe befinde man sich in einem engen Austausch mit dem Land.

2.2 Unzureichende Sanierungsbemühungen in der Vergangenheit

Der Wissenschaftsrat⁴ hatte 2008 empfohlen, die Krankenversorgung strategiebasiert neu auszurichten, damit die notwendigen Einsparungen nicht Forschung und Lehre schwächen. Zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit müssten alle Kostenfaktoren ermittelt sowie nicht profitable und dezentrale Einheiten ausgelagert oder reorganisiert werden. Zur Hebung von Synergien sollten zentrale Dienstleistungseinheiten, Profizentren⁵ und Departments gebildet werden. Um eine adäquate Entscheidungsbasis für die Umsetzung der Empfehlungen zu schaffen, bedürfe es einer kostenbasierten Rechnung für die einzelnen Einheiten sowie einer Trennungsrechnung.⁶

Aufbauend auf diesen Empfehlungen zeigte die Universitätsmedizin in ihren Strategiekonzepten 2009 und 2016 Möglichkeiten zur Optimierung der Organisation und der Prozessabläufe auf. U. a. sollten die 60 medizinischen Betriebseinheiten auf zehn bis zwölf Departments reduziert werden, um bis 2013 ein mindestens ausgeglichenes Ergebnis zu erreichen. Für die Unternehmenssteuerung sollten ein - auf der Wirtschaftsplanung und der Durchführung von Budgetgesprächen basierendes - Führungssystem entwickelt und die Deckungsbeitragsrechnung verbessert werden.

Die Empfehlungen wurden nur zum Teil umgesetzt. Erst im November 2018 und

⁴ Der Wissenschaftsrat ist ein von den Regierungen des Bundes und der Länder getragenes wissenschaftspolitisches Gremium, das u. a. in Fragen der inhaltlichen und strukturellen Weiterentwicklung des Hochschulsystems sowie der staatlichen Förderung von Forschungseinrichtungen berät.

⁵ Organisationsverbindungen, die teildisziplin- bzw. themenbezogene Kompetenzen bündeln.

⁶ Wissenschaftsrat (2008): Stellungnahme zur organisatorisch-strukturellen Entwicklung der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, S. 10, 80 und 81.

April 2019 legten die jeweiligen kaufmännischen Vorstände konkretere Pläne zur Steigerung der Erlöse und zur Verringerung der Kosten vor. Zur Umsetzung wurden Querschnittsprojekte u. a. in den Bereichen klinischer Prozesse, IT-Strukturen, Verwaltung und der Potenzialanalyse initiiert. Obwohl sich diese zum Abschluss der Erhebungen des Rechnungshofs noch im Anfangsstadium befanden, plante der kaufmännische Vorstand bereits für 2019 mit einer Verlustreduktion von 6 Mio. €.

Die Universitätsmedizin hat erklärt, sie werde den Fortgang der Querschnittsprojekte systematisch überwachen und bei Bedarf nachjustieren.

2.3 Unzureichende Steuerung

2.3.1 Wirtschaftsplanung

Die Universitätsmedizin hat für jedes Geschäftsjahr einen Wirtschaftsplan aufzustellen, mit dem eine mittelfristige Finanzplanung mit einer Investitionsplanung vorgelegt werden soll.⁷ Seit 2013 ist eine Liquiditätsplanung Bestandteil des Wirtschaftsplans. Zu den Plänen hat der Rechnungshof Folgendes festgestellt:

- Hohe Abweichungen der Jahresergebnisse von den Planwerten deuten darauf hin, dass die Aufwendungen und Erträge nicht ordnungsgemäß bemessen wurden. Allein für 2018 wurde der Jahresfehlbetrag um mehr als 38,5 Mio. € zu gering veranschlagt. Zu erwartende Tarifierhöhungen blieben bei der Aufstellung des Wirtschaftsplans unberücksichtigt. In den Planungen formulierte Ziele, wie z. B. zur Reduktion des Personalbestands, waren nicht realistisch.
- In der „Gewinn- und Verlustrechnung“⁸ des Wirtschaftsplans 2019 wurden die Bereiche Krankenversorgung sowie Forschung und Lehre einschließlich Drittmittel nicht getrennt ausgewiesen, obwohl die Universitätsmedizin zur Bewirtschaftung in Teilbudgets⁹ verpflichtet war.
- Im Wirtschaftsplan 2019 wurden erstmals in drei Szenarien Risiken für den Vollzug dargestellt. Allerdings waren Risiken z. B. aufgrund des Instandhaltungszustaus von fast 335 Mio. €¹⁰ und aus Beteiligungen nicht ausreichend abgebildet.
- Budgetverhandlungen mit den Leitern der Einrichtungen der Universitätsmedizin fanden erst statt, nachdem der Wirtschaftsplan durch den Aufsichtsrat bereits beschlossen war.
- Die von mehreren Kontenverantwortlichen mitgeteilten Daten für die Wirtschaftsplanung wurden manuell in Excel-Tabellen zu Ansätzen zusammengeführt. Eine buchhaltungsintegrierte Spezialsoftware war nicht vorhanden. Ein vermeidbarer Arbeitsaufwand war die Folge.
- Die Ansätze der „Gewinn- und Verlustrechnung“ des Wirtschaftsplans wurden selbst bei großen Planabweichungen nicht durch einen Nachtrag angepasst. Beispielsweise wurden 2015 in der Krankenversorgung gegenüber der Planung 19,5 Mio. € mehr für Material aufgewendet.¹¹ Die Veränderungen wurden lediglich in internen Quartalsberichten erläutert. Eine Information an den Landtag, dem der beschlossene Wirtschaftsplan zu übermitteln ist¹², erfolgte nicht, obgleich das Land als Gewährträger haftet.

⁷ § 18 Abs. 5 UMG in Verbindung mit § 15 Abs. 3 der Satzung der Universitätsmedizin.

⁸ Bezeichnung der Universitätsmedizin für den Erfolgsplan.

⁹ § 18 Abs. 2 UMG.

¹⁰ Einschätzung der Universitätsmedizin vom Januar 2018.

¹¹ In Forschung und Lehre sowie Drittmittel wurden dagegen gegenüber dem Plan insgesamt 4 Mio. € weniger für Material aufgewendet.

¹² § 18 Abs. 5 UMG.

- Investitionsfinanzierungen waren in dem aus der Erfolgsrechnung der Universitätsmedizin abgeleiteten Liquiditätsplan 2019 nicht dargestellt.
- Die lediglich in zwei Unterpositionen geplanten monatlichen Ein- und Auszahlungen waren nur für das erste Halbjahr ausgewiesen. Liquiditätsengpässe im zweiten Halbjahr waren somit nicht erkennbar.
- Eine mittelfristige Liquiditätsplanung wurde nicht erstellt.

Die Universitätsmedizin hat mitgeteilt, die Schätzung des Personalaufwands werde künftig auf Basis der letztverfügbaren Informationen vorgenommen, wobei bei Tarifverhandlungen Prognosewerte eingerechnet würden. Derzeit werde die Einführung des SAP-Personalkostenobligoprozessors zur Beseitigung von Unschärfen in der Planung und zur Verbesserung der Kostensteuerung geprüft. Künftig würden die Maßgaben einer ordnungsgemäßen Trennungsrechnung noch enger verfolgt. Risiken des Risikomanagementsystems würden im Rahmen ihrer handelsrechtlichen Rückstellungsfähigkeit berücksichtigt. Budgetgespräche für 2020 hätten im September und Oktober 2019 stattgefunden und würden künftig generell vor der Finalisierung des Wirtschaftsplans angesetzt. Nach einer adäquaten IT-Unterstützung werde recherchiert. Mit dem IT-System solle auch eine strukturierte und umfassende Liquiditätsplanung realisierbar sein. Bei signifikanten und durch externe Faktoren begründeten Abweichungen werde eine Anpassung des Wirtschaftsplans und eine entsprechende Information des Landtags geprüft. Die Investitionsfinanzierung werde wieder im Liquiditätsplan berücksichtigt. Die Steuerungsinstrumente würden weiter geschärft, die Folgen der Planabweichungen berücksichtigt und das für Wissenschaft zuständige Ministerium sowie der Aufsichtsrat in den Quartalsberichten auf sich frühzeitig abzeichnende Bilanzrisiken von erheblicher Bedeutung hingewiesen.

2.3.2 Kosten- und Leistungsrechnung

Die Kosten- und Leistungsrechnung der Universitätsmedizin war nicht geeignet, die zur Planung und Steuerung erforderlichen Informationen bereitzustellen:

- Die Kostenstellenrechnung wies Mängel auf. Nicht alle angefallenen und kalkulatorischen Kosten waren verbucht.
Beispielsweise wurden 2018 für die Kostenstelle „Team Transporte“ Gesamtkosten von 4,8 Mio. € erfasst, von denen 2,1 Mio. € nicht verrechnet wurden.
- Gründe für Kostenverteilungen und Umbuchungen waren teilweise nicht nachvollziehbar.
Zum Beispiel wurden für die laufenden Betriebs- und Instandhaltungskosten der Großgeräte nur Kostenstellen im Bereich der Krankenversorgung angelegt. Dieser wurde unzulässigerweise mit Kosten von Großgeräten belastet, soweit diese für Forschungszwecke eingesetzt wurden.
- Es war nicht sichergestellt, dass Gemeinkosten und Erlöse sachgerecht auf die Bereiche Krankenversorgung, Forschung und Lehre sowie Drittmittel verteilt wurden.¹³

Eine ordnungsgemäße Kosten- und Leistungsrechnung ist Grundlage für die gesetzlich vorgegebene Trennungsrechnung.¹⁴ Diese ist zur Vermeidung etwaiger beihilferechtlicher Risiken erforderlich.

Darüber hinaus war eine Kostenträgerrechnung, in der den Kostenträgern sämtliche Erlöse und Kosten zugeordnet werden, noch nicht eingeführt.

Die Universitätsmedizin hat mitgeteilt, ein von ihr in Auftrag gegebenes Gutachten zur Trennungsrechnung erfasse auch die Betriebs- und Instandhaltungskosten. Sie

¹³ Vgl. zur Umlage der nicht-medizinischen Infrastrukturkosten Teilziffer 2.4.3.

¹⁴ § 18 Abs. 2 S. 1 UMG.

werde danach die innerbetriebliche Leistungsverrechnung neu kalkulieren und damit zur Schärfung der Abgrenzung beitragen. Für den Drittmittelbereich würden ein Konzept für eine Gemeinkostenumlage erstellt und das vom Rechnungshof beispielhaft vorgeschlagene Tragfähigkeitsprinzip¹⁵ geprüft. Eine Kostenträgerrechnung sei mit Umsetzung des Data Warehouses über eine Standardsoftware geplant. Dadurch würden die Datenqualität und die Datenverfügbarkeit verbessert.

2.3.3 Budgetgespräche

In den einzelnen Einrichtungen wurde den jeweiligen Leitern die Budgetverantwortung über die Personal- und Sachmittel arbeitsvertraglich oder in den Berufungsvereinbarungen zugewiesen. Die Verantwortung für die Verteilung der Mittel sowie die Überwachung ihrer Verwendung obliegen dem Medizinischen Vorstand und dem Wissenschaftlichen Vorstand der Universitätsmedizin für den jeweiligen Bereich. Die Wirtschaftsführung der Universitätsmedizin steht unter besonderer Verantwortung des Kaufmännischen Vorstands. Dieser hat zudem die anderen Vorstandsmitglieder bei der Erledigung ihrer Aufgaben zu unterstützen.¹⁶

Zur Vorbereitung der Budgetgespräche im Jahr 2018 sollten die Einrichtungen in eigener Verantwortung Businesspläne zur Budgetkonsolidierung erstellen. Nicht alle Einrichtungen kamen dem nach. Mangels systematischer Vorgaben waren die eingereichten Businesspläne uneinheitlich und teilweise schwer nachzuvollziehen. Letztlich wurde entschieden, keine Einzelbudgets zu erstellen und den Einrichtungen keine Planzahlen vorzugeben. Die Einrichtungsleiter konnten sich nur an den Ist-Werten und den unrealistischen Planwerten des Vorjahres orientieren.

Für das Geschäftsjahr 2019 wurden im Januar 2019 mit 61 Betriebseinheiten aus den Bereichen Krankenversorgung und Forschung und Lehre sowie Servicecenter der Verwaltung Budgetgespräche geführt, zu denen es viele Nachverhandlungen gab. Die Protokolle wurden lediglich innerhalb des Vorstands besprochen und unterzeichnet. Die Einrichtungsleiter bekamen sie zum Teil mit erheblicher Verzögerung. Durch die späte Übermittlung und die teilweise nicht abgestimmten Inhalte war nicht immer sichergestellt, dass die Einrichtungsleiter sich an die Budgets gebunden fühlten.

Der Bereich Forschung und Lehre spielte in den Budgetgesprächen der klinisch-wissenschaftlichen Einrichtungen nur eine untergeordnete Rolle.

Die bisherigen Budgetierungsverfahren waren zur Steuerung der Universitätsmedizin nicht geeignet. Hierzu ist nach Auffassung des Rechnungshofs u. a. erforderlich, die Budgetgespräche vor Beschlussfassung über den Wirtschaftsplan auf der Basis realistischer Daten zu führen und geeignete Planungsinstrumente zur Einhaltung der Budgets einzusetzen.

Die Universitätsmedizin hat erklärt, die aktuelle Vorgehensweise entspreche den Vorgaben des Rechnungshofs. Mit dem neuen Data Warehouse würden vorhandene Steuerungsinstrumente qualitativ weiterentwickelt und den neuen Zielsetzungen angepasst.

¹⁵ Das Tragfähigkeitsprinzip verteilt die Gemeinkosten nach Maßgabe der Belastbarkeit der Kostenträger. Vgl. hierzu auch Ausführungen zu Teilziffer 2.4.3 dieses Beitrags.

¹⁶ § 13 Abs. 5 Nrn. 1 bis 3 UMG.

2.3.4 Liquiditätsengpässe der Universitätsmedizin

In den Jahren 2009 bis 2018 wies die Universitätsmedizin mit Ausnahme des Jahres 2015 einen negativen Cashflow aus laufender Geschäftstätigkeit aus. Im Jahr 2018 betrug dieser 21,2 Mio. €. Zur Verbesserung der Liquidität wurden dem Liquiditätspool des Landes¹⁷ Mittel entnommen sowie Betriebsmittel- und Dispositionskredite aufgenommen. Gleichwohl entstanden Liquiditätsengpässe, weshalb Verbindlichkeiten nur verzögert beglichen wurden. So wurden 2015 und 2017 insgesamt 39 Zahlfälle mit einem Wert von über 48 Mio. € zeitlich zurückgehalten. Eingeräumte Skonti wurden nicht genutzt, die sich nach den Angaben der Universitätsmedizin allein von 2016 bis 2018 auf mehr als 1,1 Mio. € (davon 0,2 Mio. € in 2018) beliefen. Von Mitte Dezember 2018 bis Anfang März 2019 wurden Lieferantenrechnungen priorisiert und Zahlungen erst nach Mahnungen geleistet.

Die Universitätsmedizin hat erklärt, Ziel der täglichen Liquiditätsplanung sei die Liquiditätssicherstellung. Die Einräumung bzw. Erweiterung von Kreditaufnahmen und Kontokorrentlinien würden in dem Rahmen stattfinden, der durch den Haushalts- und Finanzausschuss des Landes genehmigt worden sei.

2.4 Quersubventionierung vermeiden, Personalkosten reduzieren

2.4.1 Defizitausgleich im Bereich Forschung und Lehre

Die zur Finanzierung des Bereichs Forschung und Lehre aus dem Landeshaushalt, dem Globalhaushalt der Johannes Gutenberg-Universität Mainz und dem Sondervermögen „Wissen schafft Zukunft - Sonderfinanzierung“ zugewiesenen Mittel stiegen von 85,7 Mio. € im Jahr 2009 auf 95,1 Mio. € im Jahr 2018. Die nach Abzügen und Verrechnungen u. a. für die Bereitstellung von Flächen der Universität verbleibenden Mittel reichten schon nach den Berichten der Abteilung „Operatives Controlling“ in den Jahren 2014¹⁸ bis 2018 nicht aus, die konsumtiven Aufwendungen zu decken. Die Defizite für diesen Zeitraum beliefen sich auf insgesamt 15,4 Mio. € (davon 2,6 Mio. € im Jahr 2018). Obgleich ein Verlustausgleich zwischen den Teilbudgets unzulässig ist¹⁹, wurde die Krankenversorgung mit Defiziten des Bereichs Forschung und Lehre belastet.

Die Universitätsmedizin hat erklärt, die Trennschärfe der Kostentrennung werde erhöht. Mit dem Budgetjahr 2019 sei vom Vorstand eine Ergebnisdarstellung in Forschung und Lehre beschlossen worden. Die Notwendigkeit der Erhöhung des Landeszuführungsbetrags werde seit Jahren gegenüber dem Land postuliert. Die Erforderlichkeit einer solchen Erhöhung sehe auch das Ergebnis eines Vergleichs der Landeszuführungsbeträge ausgewählter Unikliniken vor, den eine Unternehmensberatung durchgeführt habe.

Hierzu bemerkt der Rechnungshof, dass Aufgaben im Bereich Forschung und Lehre nur wahrgenommen werden dürfen, wenn ihre Finanzierung sichergestellt ist.

2.4.2 Personalkosten

Mitarbeiter in klinischen Einrichtungen sind zum Teil sowohl in der Krankenversorgung als auch in der Forschung und Lehre tätig. Bisher wurden die Budgets dieser beiden Bereiche entsprechend der Schätzung der Arbeitszeitanteile durch die Einrichtungsleiter mit den anteiligen Personalkosten belastet.

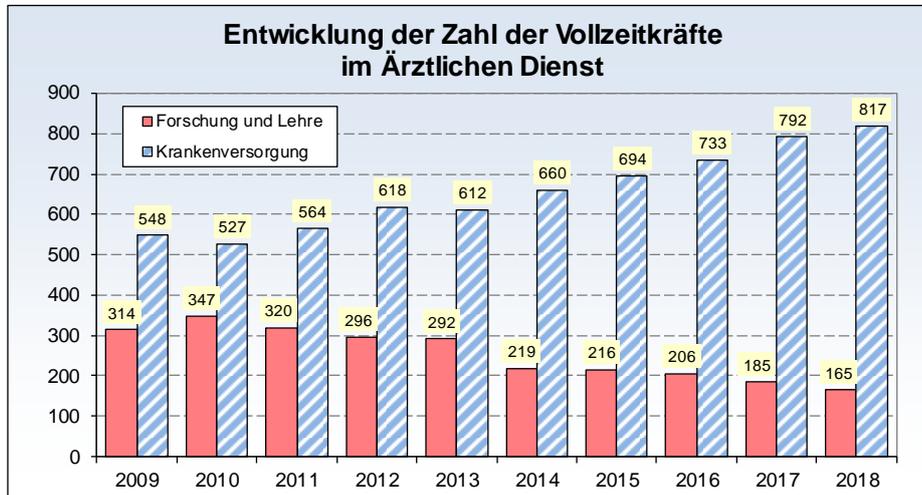
¹⁷ Jahresbericht 2011, Teil II Nr. 20 - Liquiditätspool des Landes - (Drucksache 15/5515), Jahresbericht 2012, Nr. 19 - Entwicklung und Verwendung von Darlehen aus dem Liquiditätspool - (Drucksache 16/850).

¹⁸ Ältere Angaben lagen nicht vor.

¹⁹ § 18 Abs. 2 S. 2 UMG.

- Personalentwicklung im Ärztlichen Dienst

Nach den Angaben in den Jahresabschlüssen der Universitätsmedizin stieg die Zahl der Vollzeitkräfte²⁰ im Ärztlichen Dienst, die dem Bereich der Krankenversorgung zugeordnet waren, von 2009 bis 2018 um 269 (49,1 %) auf 817 Kräfte. Im Bereich Forschung und Lehre verringerte sich im gleichen Zeitraum die Zahl der diesem zugeordneten Vollzeitkräfte um 149 (47,5 %) auf 165 Kräfte.



Das Diagramm zeigt die Zahl der Vollzeitkräfte im Ärztlichen Dienst auf.

Der Personalanstieg im Bereich Krankenversorgung lässt sich nicht allein mit einer Zunahme der Leistungen erklären. So erhöhte sich der Casemix²¹, der als zentraler Maßstab zur Leistungsbewertung in der Krankenversorgung angesehen wird, von 2009 bis 2018 lediglich um 16,4 % auf 95.961. Im Ärztlichen Dienst erwirtschaftete jede Vollzeitkraft im Jahr 2009 noch 150,4 Casemix-Punkte gegenüber 117,4 (- 21,9 %) im Jahr 2018.

Eine vertiefende Prüfung in zwei klinischen Einrichtungen zeigte, dass beim Ärztlichen Dienst der individuelle Zeitanteil für Forschung und Lehre systematisch reduziert und im Gegenzug in der Krankenversorgung erhöht wurde.

Eine aussagekräftige Übersicht, wie viele Vollzeitkräfte in den jeweiligen klinischen Einrichtungen tatsächlich im Bereich Forschung und Lehre tätig waren, war nicht vorhanden. Ein geeignetes Instrumentarium zur sachgerechten Zuordnung der verwendeten Zeitanteile war noch nicht erarbeitet.

Die Universitätsmedizin hat mitgeteilt, der Vorstand erhalte seit Kurzem von den Einrichtungen neben monetären Informationen aus Forschung und Lehre auch eine Übersicht über Vollzeitkräfte-Werte. Damit würden die Budgetierungsmechanismen in Forschung und Lehre sowie Krankenversorgung stärker aneinander angeglichen und „taktische“ Zuordnungen erschwert.

- Personalbedarf und Finanzierung der Personalkosten

Seit Bestehen der Universitätsmedizin stieg die Zahl der Vollzeitkräfte um 645 auf 5.864 im Jahr 2018. Betroffen war hiervon fast ausschließlich der Bereich der Krankenversorgung.

²⁰ Vollzeitkraft ist eine Maßeinheit für die tatsächliche Inanspruchnahme der durch Ausbringen der Stelle im Haushalts- oder Wirtschaftsplan erteilten Ermächtigung. Stellenanteile wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit auf halbe oder ganze Stellen gerundet.

²¹ Der Casemix entspricht dem gesamten bewerteten Ressourceneinsatz innerhalb des Entgeltsystems diagnosebezogener Fallgruppen und beschreibt das Leistungsgeschehen eines Krankenhauses.

Die Universitätsmedizin führte für 2019 eine Personalbemessung mithilfe von leistungsorientierten Parametern zur Ermittlung eines sachgerechten Personalbedarfs im Bereich der Krankenversorgung²² durch. Kriterien waren eine allgemeine prozentuale einrichtungsbezogene Einspargröße, die Ergebnisentwicklung der Betriebseinheiten, eine erlösorientierte Personalbemessung²³ und die voraussichtlich künftige Entwicklung der Einrichtungen. Hieraus ermittelte die Universitätsmedizin ein Personaleinsparpotenzial für die „Casemix-Punkte erwirtschaftenden Einrichtungen“ von 172 Vollzeitkräften und von 165 Vollzeitkräften in den „Sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung“.

Die Berechnungen der Universitätsmedizin waren nicht durchgängig schlüssig. Außerdem wurde nach Erörterungen mit den Einrichtungen und nachträglichen, nicht näher begründeten Korrekturen sowie Bereinigungen als Grundlage für die Budgetgespräche lediglich ein Einsparpotenzial von 88 Vollzeitkräften im Bereich der „Casemix-Punkte erwirtschaftenden Einrichtungen“ und von 77 Vollzeitkräften bei den „Sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung“ festgelegt.

Der Rechnungshof hat bei den „Casemix-Punkte erwirtschaftenden Einrichtungen“ auf der Grundlage der von der Universitätsmedizin diesen zugeordneten Personalaufwendungen die Methode der erlösorientierten Personalbedarfsermittlung konsequent zu Ende geführt. Ausgehend von deren Überlegung, Personalfinanzierungsdefiziten durch entsprechende Einsparungen von Vollzeitkräften zu begegnen, war der Personalbestand dort um bis zu 297 Vollzeitkräfte zu hoch. Unter Einbeziehung der von der Universitätsmedizin festgelegten Einsparungen von 77 Vollzeitkräften bei den „Sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung“ ergeben sich rechnerisch vermeidbare Personalkosten von über 29 Mio. € jährlich²⁴.

Die Universitätsmedizin hat erklärt, im Wirtschaftsplan 2019 sei der Abbau von 100 Vollzeitkräften enthalten. Für 2020 seien vom Vorstand weitere Einsparungen vorgesehen.

2.4.3 Umlage der nicht-medizinischen Infrastrukturkosten

Die Universitätsmedizin erhielt 2018 zur Finanzierung verschiedener Projekte Drittmittel von 60,8 Mio. €. Für Zwecke der Trennungsrechnung wurden pauschal Anteile der eingeworbenen Mittel auf die Bereiche Krankenversorgung sowie Forschung und Lehre aufgeteilt, da geeignete Parameter zur Verteilung der Kosten der nicht-medizinischen Infrastruktur (Gemeinkosten) auf die Drittmittelprojekte fehlten.

Diese Verfahrensweise war nicht sachgerecht. Sie begünstigte Forschung und Lehre und belastete die Krankenversorgung überproportional. Dies zeigen die Ergebnisse des vom Rechnungshof für 2018 zur Umlage der Gemeinkosten beispielhaft angewandten Tragfähigkeitsprinzips:

- Der Drittmittelbereich hätte mit Gemeinkosten von 11,1 Mio. € belastet werden müssen. Der pauschale Erlösabzug betrug dagegen nur 7,6 Mio. €.
- Die Kosten, die dem Bereich Krankenversorgung angelastet wurden, waren um 5,9 Mio. € zu hoch.

²² Diese erfasst den Ärztlichen Dienst, den Medizinisch-technischen Dienst und den Funktionsdienst. Der Pflegedienst ist aufgrund des Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals nicht in die Betrachtung einbezogen - Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG) vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I, S. 2394).

²³ Die erlösorientierte Personalbemessung nimmt das Entgeltsystem diagnosebezogener Fallgruppen als Berechnungsgrundlage und betrachtet, wie viel Personal durch die erwirtschafteten Erlöse refinanziert ist (vgl. Klages, M. (2010): Personalmanagement, in: Debatin, J.F./Ekkernkamp, A./Schulte B. (Hrsg.): Krankenhausmanagement: Strategien, Konzepte, Methoden, S. 110 f.).

²⁴ Berechnet auf der Grundlage der vom Personalcontrolling der Universitätsmedizin ermittelten durchschnittlichen Brutto-Personalkosten von 78.000 € je Vollzeitkraft.

- Die an den Bereich Forschung und Lehre abgeführten Ausgleichserlöse waren um 2,5 Mio. € zu hoch.

Die ab Juli 2019 von der Universitätsmedizin geänderte prozentuale Verteilung der Pauschalen hätte bezogen auf das Jahr 2018 zu einer noch stärkeren Verschiebung von Erlösen und Kosten zulasten der Krankenversorgung geführt. Es ist nicht auszuschließen, dass die überhöhten Entlastungen des Drittmittelbereichs ab 2019 auch die darin enthaltene entgeltliche Auftragsforschung quersubventionieren. Vor diesem Hintergrund geht der Rechnungshof davon aus, dass das von der Universitätsmedizin zugesagte neue Konzept für eine Gemeinkostenumlage (vgl. Ausführungen zu Teilziffer 2.3.3 dieses Beitrags) zeitnah umgesetzt wird.

2.5 Strategische Ziele konsequent umsetzen

2.5.1 Notaufnahmen

Die Universitätsmedizin verfügte über neun dezentral organisierte Notaufnahmen. Einsparpotenzial wurde für folgende Bereiche festgestellt:

- Bei fünf der sechs geprüften Notaufnahmen war die Arbeitsbelastung (mit Ausnahme der konservativen Notaufnahme) insbesondere in den Nachtstunden sehr gering. Meist wurde nur ein Notfall je Stunde in einer Notaufnahme behandelt. Dies führte zu überhöhten Personalvorhaltekosten. Bei einer Zentralisierung der Notaufnahmen wären im Funktionsdienst von den eingesetzten 47 Vollzeitkräften insgesamt acht Kräfte entbehrlich. Durch einen entsprechenden Stellenabbau können Personalkosten von 480.000 € jährlich²⁵ eingespart werden. Für den Ärztlichen Dienst lagen keine Aufzeichnungen über den Personaleinsatz vor.
- Am Campus der Universitätsmedizin wurde im März 2019 eine allgemeinmedizinische Praxis zur Entlastung der Notaufnahmen errichtet. Dadurch dürfte sich der Personalbedarf der Notaufnahmen um fast 4,5 Vollzeitkräfte reduzieren, wodurch die Personalkosten um 296.000 € jährlich verringert werden können.
- Die „konservative Notaufnahme“ betrieb seit Mai 2018 eine Station mit 15 Betten, obgleich dies nicht zu ihrer originären Aufgabe gehört und in den Kliniken genügend Kapazitäten zur stationären Aufnahme von Patienten vorhanden sind. Durch Schließung der Bettenstation können zusätzlich 9,5 besetzte Stellen abgebaut und die Personalkosten um 690.000 € jährlich gesenkt werden.
- In der Notaufnahme der Zahnklinik wurden nur leichte Notfälle behandelt. Beispielsweise wurden Personen Schmerzmittel gegen Zahnschmerzen verabreicht. Eine medizinische Notwendigkeit für diese Notaufnahme war nicht belegt. Wird die Notaufnahme geschlossen, können Personalkosten von fast 93.000 € jährlich allein für studentische Aushilfskräfte vermieden werden. Außerdem sollte die von der Universitätsmedizin geplante Teilzentralisierung einer Kopf-Notaufnahme angesichts der geplanten Zentralisierung der Notaufnahmen überdacht werden.

Die Universitätsmedizin hat mitgeteilt, sie arbeite an einem Konzept der Zusammenführung ihrer Notaufnahmen. Dies werde im Rahmen der Budgetgespräche 2020 thematisiert, eine bedarfsgerechte Personalplanung erfolge im Anschluss. Nach den aktuellen Erfahrungen mit der allgemeinmedizinischen Praxis am Campus würden die vom Rechnungshof aufgezeigten Möglichkeiten zur Personalreduktion nicht gesehen, wobei der Personalbedarf regelmäßig geprüft und gegebenenfalls angepasst werde. Der Betrieb der Bettenstation habe zu einer Verbesserung der Versorgung von Notfallpatienten in der konservativen Notaufnahme geführt. Eine Verschlechterung der Versorgung von Patienten mit Zahnproblemen sei bei einem potenziellen

²⁵ Einsparungen von Personalkosten wurden in allen Bereichen der Notaufnahmen auf der Grundlage der Personalkostenverrechnungssätze des Landesamts für Finanzen ermittelt.

Einspareffekt von knapp 93.000 € nicht sinnvoll. Ferner sei geplant zu prüfen, inwieweit sich die Kopf-Notaufnahme in eine Zentrale Notaufnahme integrieren lasse.

Der Rechnungshof merkt hierzu an, dass die Notaufnahme nur für die Behandlung eines Notfallpatienten vor Aufnahme in einer Fachabteilung zuständig ist. Der 2018 aufgenommene Betrieb der Bettenstation steht mit den Plänen der Universitätsmedizin, die Ressource „Bett“ effizienter zu nutzen, nicht im Einklang. Die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Notfallversorgung²⁶ obliegt im Wesentlichen den Krankenkassen zusammen mit den Zahnärzten und medizinischen Versorgungszentren.

2.5.2 Klinische Abläufe

Maßnahmen nach dem Strategiekonzept 2009 zum Abbau kleinteiliger Strukturen und zur Zentralisierung von Leistungen verfolgte die Universitätsmedizin nicht weiter. So gab es zum Zeitpunkt der Erhebungen durch den Rechnungshof 56 selbstständige Einrichtungen²⁷, neun Notaufnahmen, 15 Standorte für Intensivbetten, 34 Operationssäle verteilt auf fünf Gebäude und vier administrative Patientenaufnahmen. Erst 2018 wurde im Rahmen verschiedener Projekte mit einer systematischen Untersuchung der Organisation und der Abläufe begonnen. Beispiele:

- Dienstartenprojekt

Mit dem Dienstartenprojekt untersucht die Universitätsmedizin, ob eine zentrale Leistungserbringung zu mehr Wirtschaftlichkeit führen kann. Geplant ist in einem ersten Schritt, durch eine Zentralisierung der Dienstleistungen in den Bereichen Sekretariate, Klinikmanagement, dezentrale IT-Kräfte, Schreibdienst/Archive sowie Patienten- und Probentransport die Produktivität und Qualität zu steigern und krankheitsbedingte Ausfälle besser abzufedern. Personalreduzierungen sind vorerst nicht geplant.

Der Rechnungshof hat empfohlen, weitere Bereiche wie die Hochschulambulanzen, die Intensivstationen, dezentrale Verwaltungseinheiten und die Operationssäle in die Untersuchungen einzubeziehen, das zeitliche und inhaltliche Vorgehen mit der Bau-Masterplanung abzustimmen und konkrete Einsparziele vorzugeben.

Die Universitätsmedizin hat mitgeteilt, sie nehme den Hinweis des Rechnungshofs auf.

- Projekt „Laborzentralisierung und -profilkonsolidierung“

Mit diesem Projekt sollen die Labore an einem Standort zusammengefasst, Doppelstrukturen und -untersuchungen vermieden, einheitliche Standards etabliert, das Personal optimal ausgelastet und Vorteile beim Kauf größerer Bestellmengen genutzt werden. Die Universitätsmedizin erwartet dadurch ab 2021 Einsparungen von bis zu 643.000 € jährlich.

- Projekt „Bettensteuerung“

Die in der stationären Krankenversorgung 2018 zur Verfügung stehenden Betten verteilten sich auf 27 Einrichtungen. Die Stationen waren mit durchschnittlich 14,5 Betten je Station verhältnismäßig klein. Insgesamt lag die Auslastungsquote bei 83 %.

Mit dem Projekt „Bettensteuerung“ sollen eine effizientere, einrichtungsübergreifende Nutzung der Ressource „Bett“ erreicht, die Auslastungsquote auf 91 % erhöht und die Verweildauer gesenkt werden. Die Universitätsmedizin

²⁶ § 72 Abs. 1 und 2 i. V. m. § 75 Abs. 1 und 1b Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert am 22. November 2019 (BGBl. I S. 1759).

²⁷ Wissenschaftsrat (2017): Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität, S. 121 f.

geht davon aus, dass bei entsprechender Umsetzung Einsparungen von 810.000 € jährlich ab 2020 realisierbar sind.

Der Rechnungshof hat angeregt, auch zu untersuchen, ob eine Verringerung der Zahl der klinischen Betriebseinheiten und für die verbleibenden Einrichtungen eine verbesserte Zusammenarbeit möglich ist.

Die Universitätsmedizin hat eine Prüfung zugesagt. Erste Reduktionen - z. B. Institut für chirurgische Pathophysiologie - habe sie schon vorgenommen.

2.5.3 Einsatz von Groß- und Ultraschallgeräten

Über die Zahl und die Auslastung der Groß- und Ultraschallgeräte besaß die Universitätsmedizin keinen Überblick. Daher waren sachgerechte Entscheidungen über den Geräteeinsatz und über notwendige Ersatzbeschaffungen nicht immer möglich.

Erste Untersuchungen der Universitätsmedizin im Jahr 2019 zeigten auf, dass zumindest ein MRT²⁸-Gerät entbehrlich ist und bei einer Ausweitung des bisherigen Acht-Stunden-Schichtbetriebs auf zehn Stunden weitere Geräte eingespart werden können. In Folge können Wartungs- und Energiekosten von mindestens 500.000 € jährlich vermieden werden.

Die Universitätsmedizin hat erklärt, im Zuge einer Inventur würden sämtliche Anlagengüter erfasst. Die Verwaltung sei angewiesen, geeignete Messverfahren zu identifizieren und Abläufe zu etablieren, welche Wiederbeschaffungen von Geräten in Abhängigkeit zur Auslastung stellten. Erste Ultraschallgeräte, die abgebaut oder der interdisziplinären Nutzung zugeführt werden könnten, seien bereits identifiziert.

2.5.4 Ärztlicher Schreibdienst

Für den dezentral organisierten Ärztlichen Schreibdienst hat der Rechnungshof aus der Menge der 2017 erstellten Briefe, Gutachten und Protokolle sowie unter Zugrundelegung anerkannter Personalkennzahlen rechnerisch einen Personalbedarf von 39 Vollzeitkräften ermittelt. Das Schriftgut wurde überwiegend im analogen Diktatsystem erstellt. Durch den Einsatz einer digitalen Diktat- und Spracherkennungssoftware kann der Personaleinsatz um mindestens 70 % (27 Vollzeitkräfte²⁹) reduziert werden.

Die Universitätsmedizin hat zugesagt, den Einsatz einer Softwareunterstützung zu prüfen.

2.5.5 Verwaltung

Die Zahl der Vollzeitkräfte in der Zentralverwaltung, die in sechs Servicecenter untergliedert war, stieg von 2009 bis 2018 um knapp 12 % auf 641,5 Kräfte.³⁰ Im gleichen Zeitraum stiegen die Personal- und Sachkosten der nicht-medizinischen Infrastruktur um 51,5 % auf 134,2 Mio. €. Da die Universitätsmedizin bisher eine Aufgabenanalyse und Aufgabenkritik mit einer Überprüfung des Personalbestands nicht durchgeführt hatte, fehlten Erkenntnisse über die bedarfsgerechte Bemessung der Kosten.

²⁸ Magnetresonanztomographie.

²⁹ Bereits berücksichtigt in der erlösorientierten Personalbemessung gemäß Ausführungen zu Teilziffer 2.4.2.

³⁰ Im Mai 2019 waren 627 Vollzeitkräfte in der Zentralverwaltung beschäftigt.

Erstmals im Jahr 2019 wurden bei Planungsgesprächen Maßnahmen zur Änderung von Geschäftsprozessen und zur Verringerung von Kosten beschlossen. U. a. sollten 26 Stellen für das eigene Personal und zehn Vollzeitkräfte beim externen Personal³¹ eingespart und dadurch Kosten von 2,1 Mio. € jährlich vermieden werden.

Die Universitätsmedizin hat mitgeteilt, in den vergangenen Jahren seien zahlreiche Zentralisierungsprojekte durchgeführt worden, mit denen Mitarbeitergruppen aus anderen Diensten in die Servicecenter integriert worden seien. Die Optimierung des Personaleinsatzes werde erst nach organisatorischen Umstellungen, die man abgestimmt und dosiert vorantreiben, mit abteilungs- und ressortübergreifenden Auswirkungen möglich sein.

Der Rechnungshof weist darauf hin, dass Planungsgespräche und Zielvereinbarungen eine strukturierte Aufgaben-, Prozess- und Stellenanalyse als Grundlage für eine Restrukturierung der Verwaltung und eine bedarfsgerechte Personalbemessung nicht ersetzen können.

2.5.6 Zentraler Einkauf

Im Jahr 2018 wurden Sachmittel im Wert von insgesamt 370 Mio. € beschafft. Nicht alle Bestellungen wurden über die zuständigen Einkaufsorganisationen abgewickelt.

Seit April 2019 leitet ein Interimsmanager den Bereich „Zentraler Einkauf“. Dieser sah durch die Neuausschreibung von Verträgen und die bessere Nutzung des Wettbewerbs Einsparpotenziale allein im Bereich der nicht-medizinischen Sachkosten zwischen 1,9 Mio. € und 3,2 Mio. € jährlich. Weitergehende Projekte zur Kostensenkung, wie z. B. die Analyse der übrigen Sachkosten oder die Optimierung der Einkaufsorganisation, waren noch nicht in Angriff genommen. Um wirtschaftliche Vorteile durch größere Beschaffungsmengen hinreichend nutzen zu können, sollten alle Bestellungen über die zuständigen Einkaufsorganisationen abgewickelt werden.

Die Universitätsmedizin hat erklärt, sie werde Letzteres ebenso umsetzen wie Maßnahmen zur Reduzierung der nicht-medizinischen Sachkosten. In der Vorstandssitzung vom November 2019 habe der Kaufmännische Vorstand für eine Fortsetzung des Projekts „Analyse der Sachkosten“ geworben. Eine Software, mit der dem Zentralen Einkauf ein Zugriff auf alle Bestelldaten und -vorgänge ermöglicht werde, sei bereits etabliert.

2.5.7 Küche

Die Universitätsmedizin betreibt eine eigene Krankenhausküche bestehend aus Zentralküche, Konditorei und Kasino. Die im Strategiepapier vom Oktober 2009 vorgesehene Optimierung des Küchenbetriebs und ein Wirtschaftlichkeitsvergleich mit einer Leistungserbringung durch externe Anbieter unterblieben.

Erst 2017 wurde ein Beratungsunternehmen beauftragt, die Gesamtsituation der Betriebsküche zu analysieren und ein Konzept zur künftigen Ausrichtung der Küche vorzulegen. Dabei wurde festgestellt, dass die Speiserversorgung der Patienten und der Beschäftigten aufgrund der veralteten Küchentechnik, der ungünstigen Raumsituation und der baulichen Mängel einen hohen finanziellen und personellen Aufwand verursacht. Durch eine Sanierung der Küche mit Neuaufteilung der Räumlichkeiten könnten Personal- und Betriebskosten von bis zu 3,3 Mio. € jährlich eingespart werden. Die Investitionskosten würden sich innerhalb von zwölf Jahren amortisieren. Eine Prüfung, ob eine vollständige externe Vergabe der Küchenleistungen wirtschaftlicher wäre, wurde nicht durchgeführt.

Eine erste Grobplanung der Universitätsmedizin im Jahr 2017 sah die Neuerrichtung eines Wirtschafts- und Logistikzentrums vor, in der auch eine Küche untergebracht werden sollte. Bis zur Errichtung des Neubaus sollte durch Sanierungsmaßnahmen

³¹ Personaleinsatz beispielsweise beim Patienten- und Probentransport sowie im Kasino.

die Speisenversorgung durch die Küche sichergestellt werden. Die Kosten für die Sanierung wurden auf über 10 Mio. € geschätzt.

Die Universitätsmedizin hat erklärt, bei den bisherigen Planungen sei die Thematik „Küchenleistungen von externen Dritten“ immer mitberücksichtigt worden. Nach Errichtung der baulichen Struktur einer Küche sei die Fragestellung Eigenbetrieb oder Vergabe an einen externen Dienstleister zu gegebener Zeit neu zu prüfen.

Hierzu bemerkt der Rechnungshof, dass eine Grundsatzentscheidung auf Basis einer Wirtschaftlichkeitsberechnung über die künftige Versorgungsform vor der Durchführung einer Baumaßnahme auch im Hinblick auf die Vermeidung von Investitions- sowie weiterer Sanierungs- und Betriebskosten erforderlich ist.

2.6 Mängel bei der Beauftragung von Gutachtern

Zur Vergabe von Beratungsleistungen an externe Berater wurde festgestellt:

- Ein Beratungsunternehmen wurde im April 2019 u. a. zum Thema Trennungsrechnung beauftragt.³² Dem Vergabevermerk zufolge müssten die grundsätzliche Methodik der Trennungsrechnung an der Universitätsmedizin validiert und Indikatoren für die Über- oder Unterfinanzierung aufgezeigt werden. Vonseiten des Beraters wurde indes keine Prüfung der Trennungsrechnung zugesagt und eine Aussage dazu abgelehnt, ob die von ihm durchgeführten Tätigkeiten für die Zwecke der Universitätsmedizin geeignet oder ausreichend sind.

Die Universitätsmedizin hat erklärt, durch die externe Beratung würde die Trennungsrechnung prospektivisch verbessert.

- In dem Projekt „Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der I. Medizinischen Klinik und Poliklinik“ ermittelte ein anderes Beratungsunternehmen auf den Grundlagen einer zuvor erstellten Schwachstellenanalyse, von externen Benchmarks, Best-Practice-Erfahrungen und klinikspezifischen Besonderheiten Einsparpotenziale von über 2,5 Mio. €. Das Projekt wurde durchgeführt, ohne dass die methodische Vorgehensweise und die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen im Hinblick auf ihre Bewertung auch den betroffenen Stellen ausreichend transparent dargestellt wurden. Die Untersuchungen wurden nicht hinreichend durch Mitarbeiter der Universitätsmedizin begleitet. Zudem war nicht sichergestellt, dass nur tatsächlich erbrachte Leistungen vergütet³³ wurden.

Die Universitätsmedizin hat mitgeteilt, sie werde künftig die Arbeiten externer Berater enger begleiten und entsprechend protokollieren. Die methodische Vorgehensweise werde besser berücksichtigt und dokumentiert. Sie werde darauf hinwirken, dass mit Beratungsunternehmen keine monatlichen Pauschalbeträge vereinbart würden. Leistungspakete würden so definiert, dass exakte Leistungen überprüfbar und die Vergütung entsprechend dem Leistungsfortschritt skaliert werden könnten.

- Vorteile des Wettbewerbs wurden nicht immer genutzt. Beispielsweise wurde ein Beratungsauftrag im Wert von mehr als 237.000 € freihändig sowie zwei weitere Aufträge über 226.000 € und 167.000 € jeweils im Direktkauf ohne Einholung von Vergleichsangeboten vergeben.

Die Universitätsmedizin hat erklärt, die Durchsetzung der internen Anweisungen, die an die Vorgaben der Vergabeverordnung gebunden seien, werde forciert.

³² Auftragswert: 52.000 €.

³³ Bis zum Abschluss der Erhebungen des Rechnungshofs wurden Vergütungen von 200.000 € gezahlt.

2.7 Vermeidbare Risiken bei der Übernahme des Krankenhauses Ingelheim

Im Rahmen der Übernahme des Agaplesion Diakoniekrankenhauses Ingelheim durch die Krankenhaus Ingelheim der Universitätsmedizin Mainz gGmbH ging die mit 90 % beteiligte Universitätsmedizin ein hohes finanzielles Risiko ein. Sie verpflichtete sich in der Gesellschaftervereinbarung, dem Krankenhausträger bis zu 5 Mio. € zur Verfügung zu stellen.

Bereits 2016 und 2017 hatte die Universitätsmedizin im Rahmen der damaligen Planungen Beratungsleistungen für über 1 Mio. € in Auftrag gegeben. Bei Übernahme des Krankenhauses im November 2017 durch den neuen Träger lagen weder ein tragfähiges Konzept noch eine belastbare Prognose zur wirtschaftlichen Entwicklung vor. Bis April 2019 hatte die Universität dem Träger Forderungen von über 5,3 Mio. € gestundet. Nach dem Bericht des Wirtschaftsprüfers über die Prüfung des Jahresabschlusses 2018 der Universitätsmedizin wurden Forderungen von 4,5 Mio. € aufgrund der Zahlungsschwierigkeiten als uneinbringlich klassifiziert und in voller Höhe wertberichtigt.

Mit Beschluss des Amtsgerichts Bingen vom Mai 2019 wurde über das Vermögen der Gesellschaft die vorläufige Eigenverwaltung angeordnet. Das Krankenhaus Ingelheim sollte durch ein Insolvenz-Eigenverwaltungsverfahren saniert werden.

Die Universitätsmedizin hat erklärt, mit der Entscheidung zur Übernahme des Krankenhauses habe sie ein strategisches Ziel zur konzeptionellen Zusammenarbeit zwischen einem Haus der Supramaximalversorgung und einem Haus der Grund- und Regelversorgung verfolgt. Die im Businessplan 2016 angenommenen Prämissen seien nicht wie erwartet eingetroffen, was bei Prognosen im komplexen Gesundheitsmarkt durchaus vorkommen könne.

Der Rechnungshof verweist hierzu auf seine Ausführungen in dem Jahresbericht 2019, in dem er die erheblichen Mängel bei der Planung der Krankenhausübernahme und den nicht belegten Bedarf für den Krankenhausbetrieb aufgezeigt hat.³⁴

3 Folgerungen

3.1 Zu den nachstehenden Forderungen wurden die gebotenen Folgerungen bereits gezogen oder eingeleitet:

Der Rechnungshof hatte gefordert,

- a) die Wirtschafts- und Liquiditätsplanung sowie die Kosten- und Leistungsrechnung zu verbessern, Budgetgespräche vor Beschlussfassung über den Wirtschaftsplans zu führen und die Liquiditätsüberwachung zu optimieren,
- b) auf eine ordnungsgemäße Trennungsrechnung für die Bereiche Krankenversorgung, Forschung und Lehre sowie Drittmittel unter Berücksichtigung einer sachgerechten Personalbemessung sowie auf die Heranziehung geeigneter Parameter zur Verteilung der Gemeinkosten hinzuwirken,
- c) Potenziale zur Einsparung von Personal in den aufgezeigten Bereichen zu nutzen,
- d) die Notaufnahmen zu zentralisieren und durch den Betrieb der Allgemeinmedizinischen Praxis entstehende Einsparpotenziale zu nutzen,
- e) weitere Bereiche wie die Hochschulambulanzen, die Intensivstationen, dezentrale Verwaltungseinheiten und Operationssäle in die Untersuchungen zur Zentralisierung von Dienstleistungen einzubeziehen, das zeitliche und inhaltliche Vorgehen mit der Bau-Masterplanung abzustimmen und konkrete Einsparziele vorzugeben,

³⁴ Jahresbericht 2019, Nr. 21 - Übernahme des Agaplesion Diakoniekrankenhauses Ingelheim - (Drucksache 17/8300).

- f) im Rahmen des Projekts „Bettensteuerung“ auch zu untersuchen, ob eine Reduzierung der Zahl der klinischen Betriebseinheiten und für die verbleibenden Einrichtungen eine bessere Zusammenarbeit möglich ist,
- g) die Beschaffung von Groß- und Ultraschallgeräten unter Berücksichtigung des Bestands und der Geräteauslastung zu optimieren und die Betriebs- und Instandhaltungskosten verursachungsgerecht zuzuordnen,
- h) die Einkaufsorganisation zu verbessern und Möglichkeiten zur Einsparung von Sachkosten zeitnah umzusetzen,
- i) bei der Vergabe von Aufträgen die Vorteile des Wettbewerbs zu nutzen und externe Beratungsleistungen enger zu begleiten.

3.2 Folgende Forderungen sind nicht erledigt:

Der Rechnungshof hat gefordert,

- a) den Landtag über größere Abweichungen vom Wirtschaftsplan zu unterrichten und gegebenenfalls Nachträge zu erstellen,
- b) über die Ergebnisse der eingeleiteten Maßnahmen zu Nr. 3.1 Buchstaben b bis g zu berichten,
- c) die Bettenstation der konservativen Notaufnahme und die Notaufnahme der Zahnmedizin zu schließen,
- d) die Wirtschaftlichkeit der Speiseversorgung vor Errichtung der baulichen Struktur zu prüfen.

3.3 Der Rechnungshof hat empfohlen, in das Universitätsmedizingesetz Regelungen über die Erstellung von Nachträgen zu den Wirtschaftsplänen sowie zur Unterrichtung des Landtags bei finanziell bedeutsameren Planabweichungen aufzunehmen.