



Lagebericht

der Landkreis Schwäbisch Hall Klinikum gGmbH

für das Geschäftsjahr 2014

1. Grundlagen der Landkreis Schwäbisch Hall Klinikum gGmbH	Seite 2
2. Wirtschaftsbericht	Seite 2
2.1 Gesundheitspolitische Entwicklungen	Seite 2
2.2 Geschäftsverlauf	Seite 3
2.2.1 Leistungsentwicklung	Seite 3
2.2.2 Personalentwicklung	Seite 6
2.3 Wirtschaftliche Lage des Unternehmens	Seite 6
2.3.1 Erträge, Aufwendungen und Ergebnis	Seite 6
2.3.2 Finanzlage	Seite 8
2.3.3 Vermögenslage	Seite 9
2.3.4 Gesamtaussage	Seite 10
3. Nachtragsbericht	Seite 12
4. Prognosebericht	Seite 12
5. Chancen- und Risikobericht	Seite 20
5.1 Risikomanagementsystem	Seite 20
5.2 Chancen und Risiken	Seite 20
5.3 Gesamtaussage	Seite 21

1. Grundlagen der Landkreis Schwäbisch Hall Klinikum gGmbH

Die Landkreis Schwäbisch Hall Klinikum gGmbH betreibt ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit 165 Betten am Standort Crailsheim. Es verfügt über drei Abteilungen für Innere Medizin mit den Schwerpunkten Magen-Darm-Erkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Akutgeriatrie, eine Abteilung Chirurgie mit den Schwerpunkten Allgemein- und Unfallchirurgie, eine Abteilung Orthopädie sowie eine Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe. Außerdem arbeiteten zwei Hals-Nasen-Ohren-Ärzte als Belegärzte im Krankenhaus. Als Querschnittabteilung sind die Anästhesie und die Intensivmedizin an allen Fachgebieten des Krankenhauses beteiligt.

Mit wirtschaftlicher Wirkung zum 1. Januar 2012 wurde die zum Jahresbeginn 2008 geschlossene Gesundheitsholding Schwäbisch Hall gGmbH (Gesellschafter: Evangelisches Diakoniewerk Schwäbisch Hall e.V. und Landkreis Schwäbisch Hall) aufgelöst und durch einen Kooperationsvertrag ersetzt. Grundlage der Zusammenarbeit ist ein gemeinsames medizinisches Konzept der beiden Krankenhausgesellschaften. In den vergangenen Jahren gewachsene Strukturen, z. B. der gemeinsame Einkauf und ein zentrales Labor sowie Dienstleistungsvereinbarungen in den Bereichen Buchhaltung, kaufmännisches und medizinisches Controlling, Patientenabrechnung, EDV, Hygiene, Strahlenschutz und Leitung der Krankenpflegeschule werden beibehalten.

2. Wirtschaftsbericht

2.1 Gesundheitspolitische Entwicklungen

Die Entwicklung der Krankenhäuser in Deutschland ist durch Konkurrenz, Kapazitätsabbau und Konzentration gekennzeichnet. Um den Ausgabenanstieg der Krankenkassen zu begrenzen werden immer mehr Behandlungen ambulant durchgeführt. War die Zahl der stationären Krankenhaufälle von 1990 bis 2000 noch um 20 % gewachsen, ist sie von 2000 bis 2013 nur um 8,7 % gestiegen. Gleichzeitig ist die mittlere Verweildauer der Patienten im Krankenhaus in den letzten zwölf Jahren um rd. 22,7 % auf 7,5 Tage gesunken. Obwohl 59.000 Krankenhausbetten (- 10,5 %) abgebaut wurden, sank die Bettenauslastung von 81,9 % im Jahr 2000 auf 77,3 % im Jahr 2013.

Kennzahlen	2000	2013	+/-	in %
Krankenhausfälle (Mio.)	17,3	18,8	+ 1,5	+ 8,7
Verweildauer (Tage)	9,7	7,5	- 2,2	- 22,7
Belegungstage (Mio.)	168	141	- 27	- 16,1
Krankenhäuser	2.242	1.996	- 246	- 11,0
Krankenhausbetten (Tsd.)	560	501	- 59	- 10,5
Auslastung der Betten (%)	81,9	77,3	- 4,6	- 5,6

Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft, Eckdaten Krankenhausstatistik, Oktober 2014

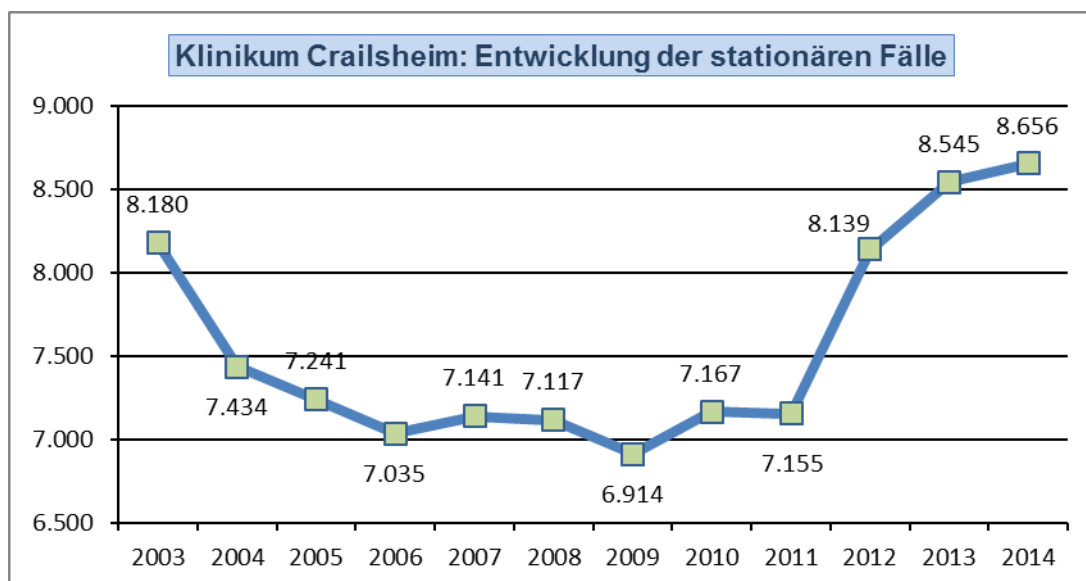
2.2 Geschäftsverlauf

2.2.1 Leistungsentwicklung

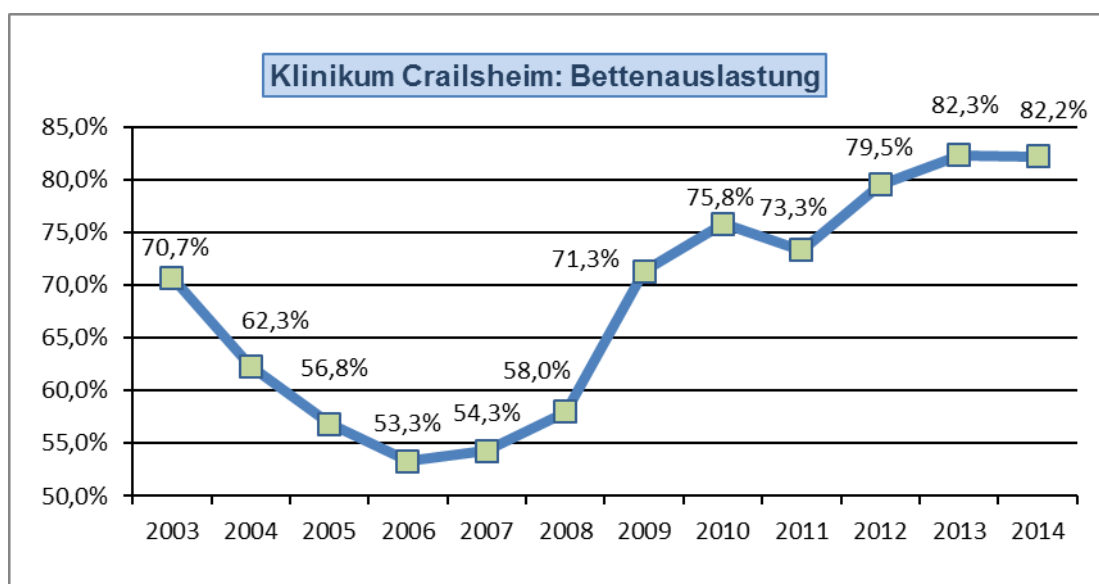
Die Landkreis Schwäbisch Hall Klinikum gGmbH hat im abgelaufenen Geschäftsjahr 8.656 Patienten stationär behandelt (Vorjahr 8.545, Zunahme + 1,3 %) und zusätzlich 1.896 ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe durchgeführt (Vorjahr 1.940, Abnahme - 2,3%).

Stationäre Fälle *	2013	2014	+/-
Chirurgie	2.142	2.257	+5,4 %
Orthopädie	532	563	+5,8 %
Gynäkologie & Geburtshilfe	1.253	1.230	-1,8 %
Hals-Nasen-Ohren	201	211	+5,0%
IM Kardiologie	2.152	2.141	-0,5 %
IM Gastroenterologie	1.926	1.890	-1,9 %
IM Geriatrie	339	364	+7,4 %
Gesamt	8.545	8.656	+ 1,3 %

* entlassende Fachabteilung



Die durchschnittliche Verweildauer der stationären Patienten beträgt 5,7 Tage (Vorjahr 5,8 Tage). Die Krankenhausbetten waren im Jahresdurchschnitt 2014 zu 82,2 % (Vorjahr 82,3 %) belegt.



Die stationären Leistungen werden als Fallpauschalen nach dem DRG-System abgerechnet. Die Zahl der Abrechnungsfälle (insgesamt 8.656 nach 8.545 im Vorjahr) und der mittlere Schweregrad der Behandlungen (insgesamt 0,835 nach 0,846 im Vorjahr) sind die entscheidenden Einflussgrößen für die Einnahmen des Krankenhauses.

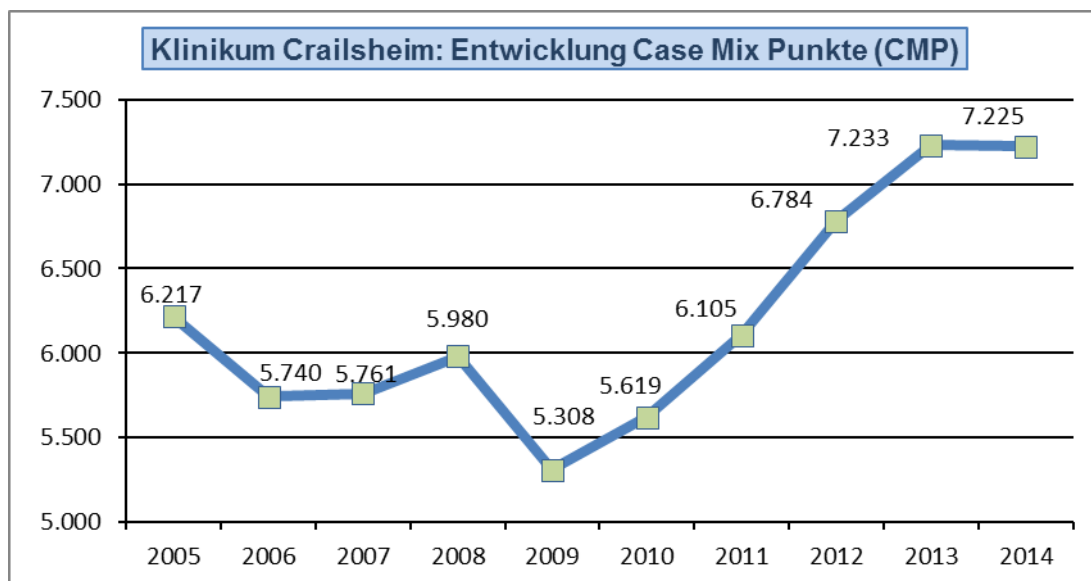
Case-Mix-Index (CMI) *	2013	2014	+/-
Chirurgie	0,892	0,875	- 0,017
Orthopädie	1,470	1,446	- 0,024
Gynäkologie & Geburtshilfe	0,522	0,482	-0,040
Hals-Nasen-Ohren	0,476	0,479	0,003
IM Kardiologie	0,819	0,810	- 0,009
IM Gastroenterologie	0,651	0,643	- 0,008
IM Geriatrie	2,287	2,175	-0,112
Gesamt	0,846	0,835	-0,011

* entlassende Fachabteilung

Die Rückgänge des Case-Mix-Index sind durch eine geringere medizinische Fallschwere und vor allem in den Abteilungen IM Gastroenterologie und IM Kardiologie durch negative Katalogeffekte bedingt. Kompensiert werden konnte der geringere Case Mix Index durch insgesamt gestiegene Fallzahlen, so dass der Case-Mix (8.656 Fälle x 0,835 Fallschwere) mit 7.225 CMP (Vorjahr: 7.233 CMP) nahezu konstant blieb.

Case-Mix-Punkte (CMP) *	2013	2014	+/-
Chirurgie	1.911	1.976	+3,4 %
Orthopädie	782	814	+4,1 %
Gynäkologie & Geburtshilfe	654	593	-9,3 %
Hals-Nasen-Ohren	96	101	+5,2 %
IM Kardiologie	1.762	1.734	-1,6 %
IM Gastroenterologie	1.253	1.215	-3,0 %
IM Geriatrie	775	792	+2,2 %
Gesamt	7.233	7.225	-0,1 %

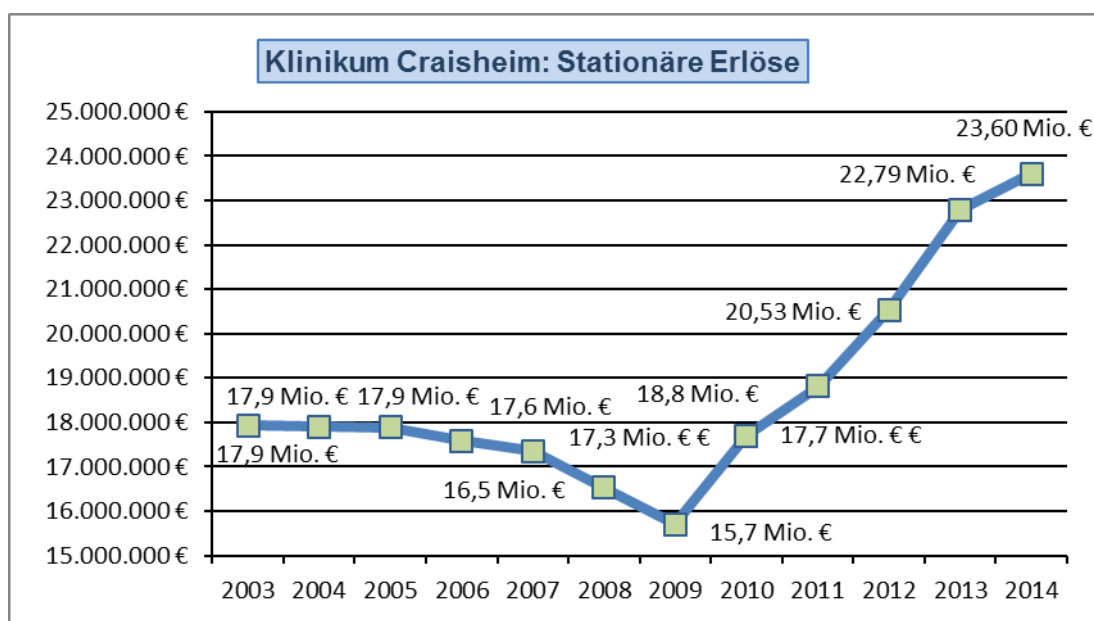
* entlassende Fachabteilung



Der Anstieg der Fallzahlen und der Case Mix Punkte in den Abteilungen Chirurgie, Orthopädie und Geriatrie hat sich im Jahr 2014 fortgesetzt. In der Frauenklinik war die Chefarztposition einige Monate nicht besetzt. Dies führte zu Leistungseinbußen. Mittlerweile hat die neue Chefarztin die Arbeit aufgenommen und es wurden weitere Ärzte in der Frauenklinik eingestellt. Durch die personelle Verstärkung wird für das Jahr 2015 wieder ein deutlicher Anstieg der Leistungszahlen erwartet. Die Ergebnisse der ersten 3 Monate des Jahres 2015 bestätigen dies.

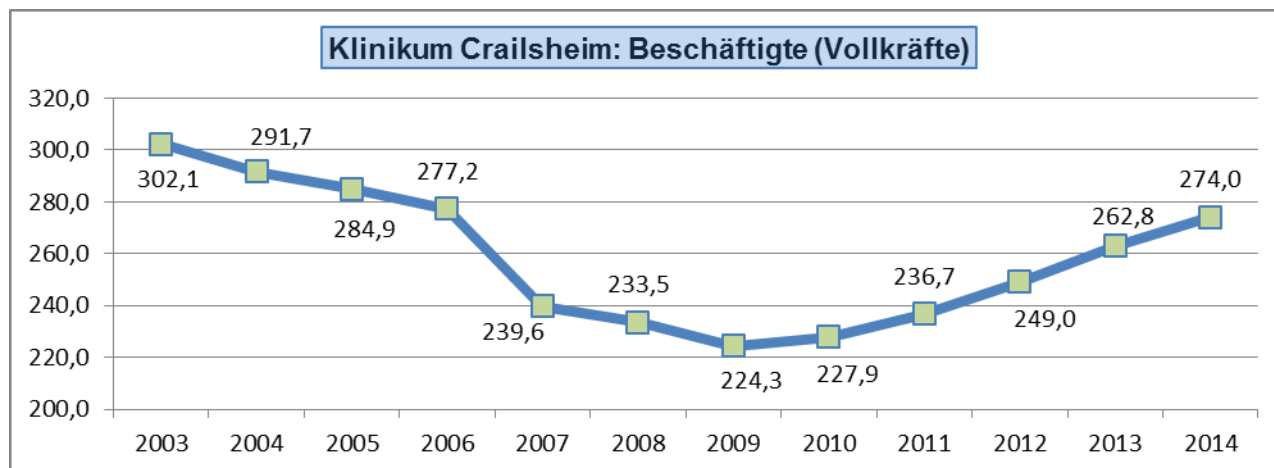
Bei nahezu unverändertem Leistungsvolumen konnte das Klinikum Crailsheim aufgrund der Steigerung des Landesbasisfallwertes seine stationären Erlöse im Jahr 2014 erneut leicht erhöhen und auch im ambulanten Bereich, inkl. Nutzungsentgelte, die Erlöse halten.

Erlöse	2012	2013	+/-		2014	+/-	
stationär (Mio. €)	20,532	22,788	2,265	+ 11,0 %	23,601	0,813	+ 3,57%
ambulant (Mio. €)	1,621	1,652	0,031	+ 1,9 %	1,688	0,036	+2,18%



2.2.2 Personalentwicklung

Die Zahl der Beschäftigten (ohne Auszubildende und Praktikanten) betrug im Jahresdurchschnitt 369,0. Dies entspricht 274,0 Vollkräften, nach 262,8 VK im Vorjahr und 245,0 VK im Jahr 2012. Die Zunahme im Jahr 2014 zum Vorjahr beträgt 11,2 VK (+ 4,3 %).



Personal nach Dienstarten	2013	2014	+/-	
Ärztlicher Dienst	46,3	48,6	+ 2,3	+ 5,0 %
Pflegedienst	90,1	92,1	+ 2,0	+ 2,2 %
Medizinisch Technischer Dienst	29,1	31,9	+ 2,8	+ 9,6 %
Funktionsdienst	35,0	38,2	+ 3,2	+ 9,1 %
Wirtschaft und Versorgungsdienst	35,8	35,8	+ 0,0	0,0 %
Technischer Dienst	7,7	7,9	+ 0,2	+ 2,6 %
Verwaltungsdienst	16,5	17,0	+ 0,5	+ 3,0 %
Personal der Ausbildungsstätten	2,3	2,5	+ 0,2	+ 8,7 %
Gesamtpersonal in Vollkräften	262,8	274,0	+ 11,2	+ 4,3 %

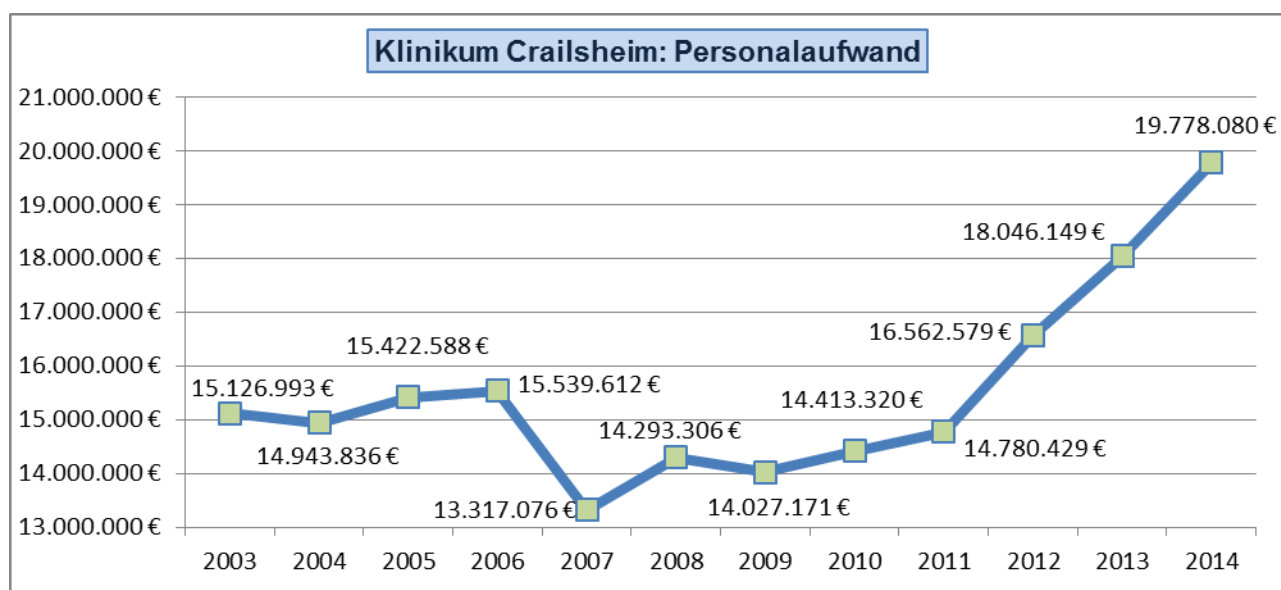
Das Personalwachstum erfolge in erster Linie bei den patientennahen Dienstarten - Ärztlicher Dienst (+2,3 VK), Pflegedienst (+2,0 VK), Medizinisch Technischer Dienst (+ 2,8 VK) und Funktionsdienst (+ 3,2 VK). Die personelle Verstärkung war notwendig um den Leistungsanstieg bewältigen und fortsetzen zu können.

2.3 Wirtschaftliche Lage des Unternehmens

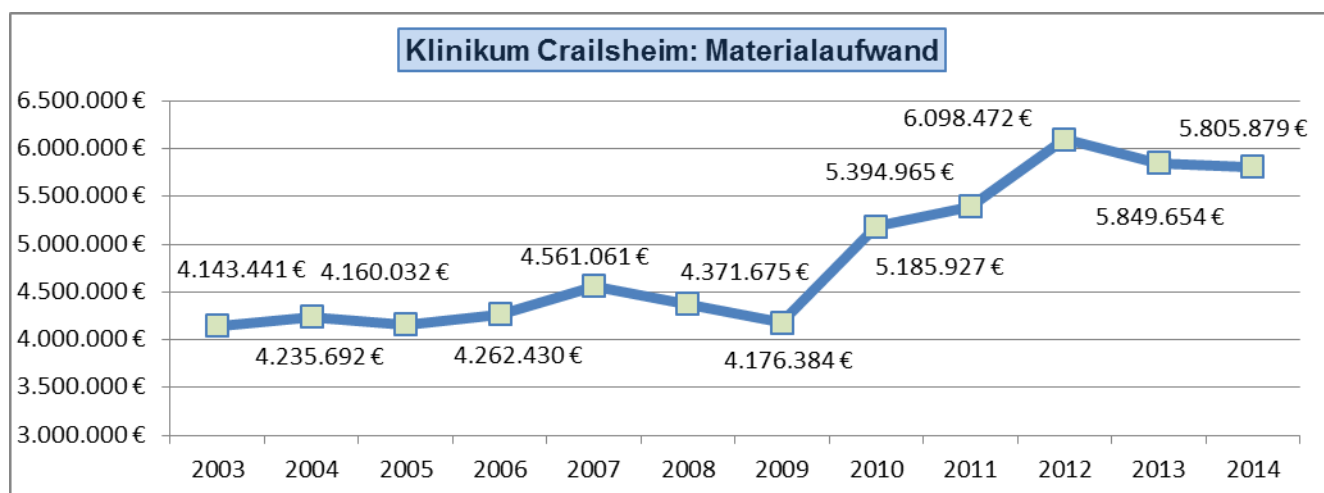
2.3.1 Erträge, Aufwendungen und Ergebnis

Die gesamten Erträge sind im Berichtsjahr um rd. 1,4 Mio. € gegenüber dem Vorjahr auf 27,7 Mio. € gestiegen (+ 5,3 %). Ursache sind hauptsächlich die stationären Erlöse, die um 0,81 Mio. € auf 23,6 Mio. € gestiegen sind sowie die Erträge aus ambulanten Leistungen, die um 0,03 Mio. € auf 1,69 Mio. € gestiegen sind. Die sonstigen betrieblichen Erträge sind mit 1,7 Mio. € um 0,5 Mio. € höher als im Vorjahr. Darin enthalten sind Erträge aus der Bereitstellung der Notärzte in Höhe von

281 T€ (VJ: 282 T€) sowie periodenfremde Erträge inkl. der Auflösungen von Rückstellungen in Höhe von 585 T€ (VJ: 279 T€). Die Bestandsveränderung aus unfertigen Leistungen betrug 10 T€ (VJ: -14 T€).



Der Personalaufwand erhöhte sich um rd. 1,7 Mio. € auf 19,8 Mio. € (+ 9,6 %). Die Gründe dafür liegen hauptsächlich in der höheren Zahl der Vollkräfte aufgrund des Leistungswachstums sowie in den Tarifsteigerungen.

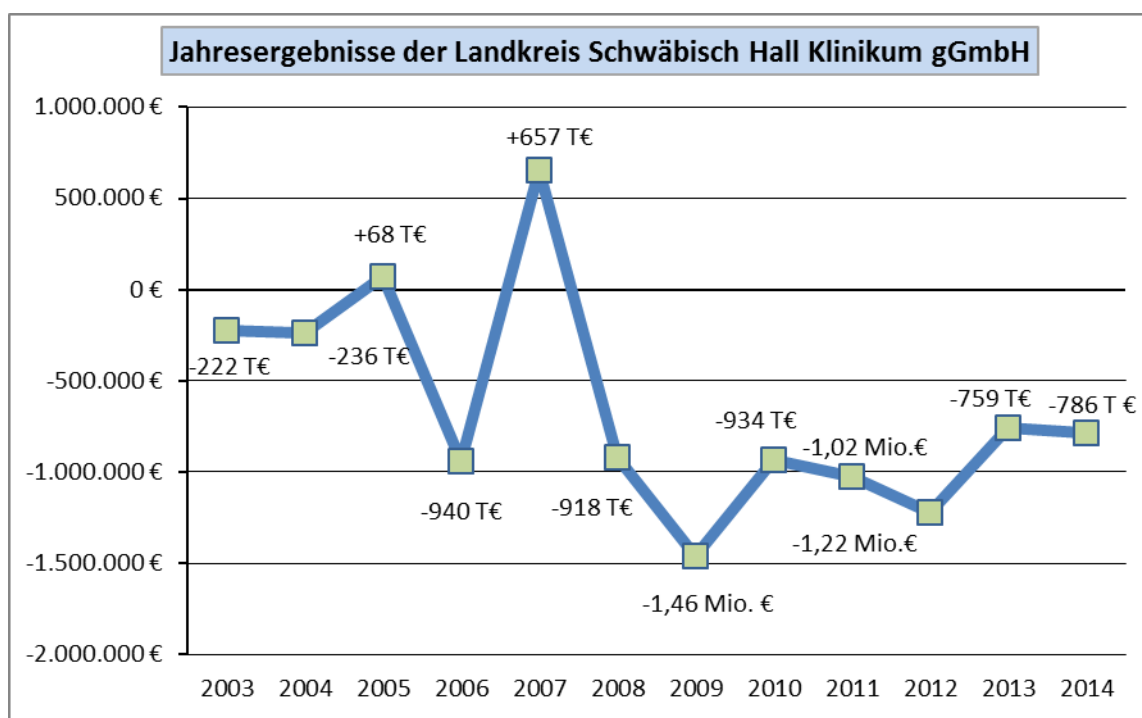


Der Materialaufwand liegt mit 5,8 Mio. € um rd. 44 T€ niedriger als im Vorjahr. Davon entfallen rd. 4,1 Mio. € (VJ: 4,0 Mio. €) auf den medizinischen Sachbedarf.

Klinikum Crailsheim: Operationen			
Jahr	Anzahl	+/-	
2012	4.323	13	+ 0,30 %
2013	4.558	235	+ 5,44 %
2014	4.533	-25	-0,55 %

Die OP-Auslastung entspricht nahezu dem Vorjahresergebnis.

In Summe steht den Erträgen ein höherer Aufwand gegenüber. Der Betriebsverlust 2014 vor Verlustausgleich durch den Landkreis Schwäbisch Hall beträgt insgesamt 786.231,06 €.



2.3.2 Finanzlage

Die Zahlungsfähigkeit der Gesellschaft wurde durch den Gesellschafter sichergestellt und war ganzjährig stets gegeben. Das Unternehmen hat keine Darlehensverbindlichkeiten. Die Eigen- und Fremdkapitalquoten stellen sich wie folgt dar:

		2014	2013
Eigenkapitalquote I	%	10,3%	10,6
Eigenkapitalquote II (inkl. Sonderposten)	%	35,1%	37,3
Fremdkapitalquote	%	64,9%	62,7%

Der Finanzmittelfonds der Gesellschaft stellt sich wie folgt dar:

	31.12.2014	31.12.2013	Veränderung
	T€	T€	T€
Liquide Mittel	5	4	1
Forderungen an Cash-Pool	-1.612	1.074	-2.686
	-1.607	1.078	-2.685

Die Veränderung des Finanzmittelfonds wird in der nachfolgenden Kapitalflussrechnung dargestellt:

	2014 T€	2013 T€
1. +/- Periodenergebnis	– 786	– 759
2. +/- Abschreibungen/Zuschreibungen auf Gegenstände des Anlagevermögens	956	886
3. +/- Zunahme/Abnahme der Rückstellungen	– 228	755
4. +/- Auflösung von Sonderposten und sonstige zahlungsunwirksame Erträge/Aufwendungen	– 812	– 740
5. +/- Gewinn/Verlust aus dem Abgang von Gegenständen des Anlagevermögens	1	– 4
6. +/- Abnahme/Zunahme der Vorräte, der Forderungen aus Lieferungen und Leistungen sowie anderer Aktiva, die nicht der Investitions- oder Finanzierungstätigkeit zuzuordnen sind	– 1.353	– 244
7. +/- Zunahme/Abnahme der Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen sowie anderer Passiva, die nicht der Investitions- oder Finanzierungstätigkeit zuzuordnen sind	– 648	– 482
8. +/- Zinsaufwendungen/Zinserträge	– 4	2
9. Cashflow aus der laufenden Geschäftstätigkeit	– 2.874	– 586
10. + Einzahlungen aus Abgängen von Gegenständen des Sachanlagevermögens	27	5
11. – Auszahlungen für Investitionen in das Sachanlagevermögen	– 782	– 742
12. – Auszahlungen für Investitionen in das immaterielle Anlagevermögen	– 30	– 39
13. – Auszahlungen für Investitionen in das Finanzanlagevermögen	– 165	0
14. + Erhaltene Zinsen	4	0
15. Cashflow aus der Investitionstätigkeit	– 946	– 776
16. + Einzahlungen aus Eigenkapitalzuführungen	507	941
17. + Einzahlungen von Zuschüssen für Investitionen in das Anlagevermögen	628	618
18. Cashflow aus der Finanzierungstätigkeit	1.135	1.559
19. Zahlungswirksame Veränderungen des Finanzmittelfonds	– 2.685	197
20. Finanzmittelfonds am Anfang der Periode	1.078	881
21. Finanzmittelfonds am Ende der Periode	– 1.607	1.078

2.3.3 Vermögenslage

Die Bilanzsumme zum 31. Dezember 2014 betrug 10,1 Mio. € (Vorjahr 9,8 Mio. €). Das Vermögen umfasst 34 % Anlagevermögen sowie 66 % Umlaufvermögen. Größter Einzelposten sind die Forderungen aus Lieferungen und Leistungen in Höhe von 5,5 Mio. € (Vorjahr 4,1 Mio. €). Der Anstieg gegenüber dem Vorjahr beträgt rd. 34 % und hängt überwiegend damit zusammen, dass die ge-

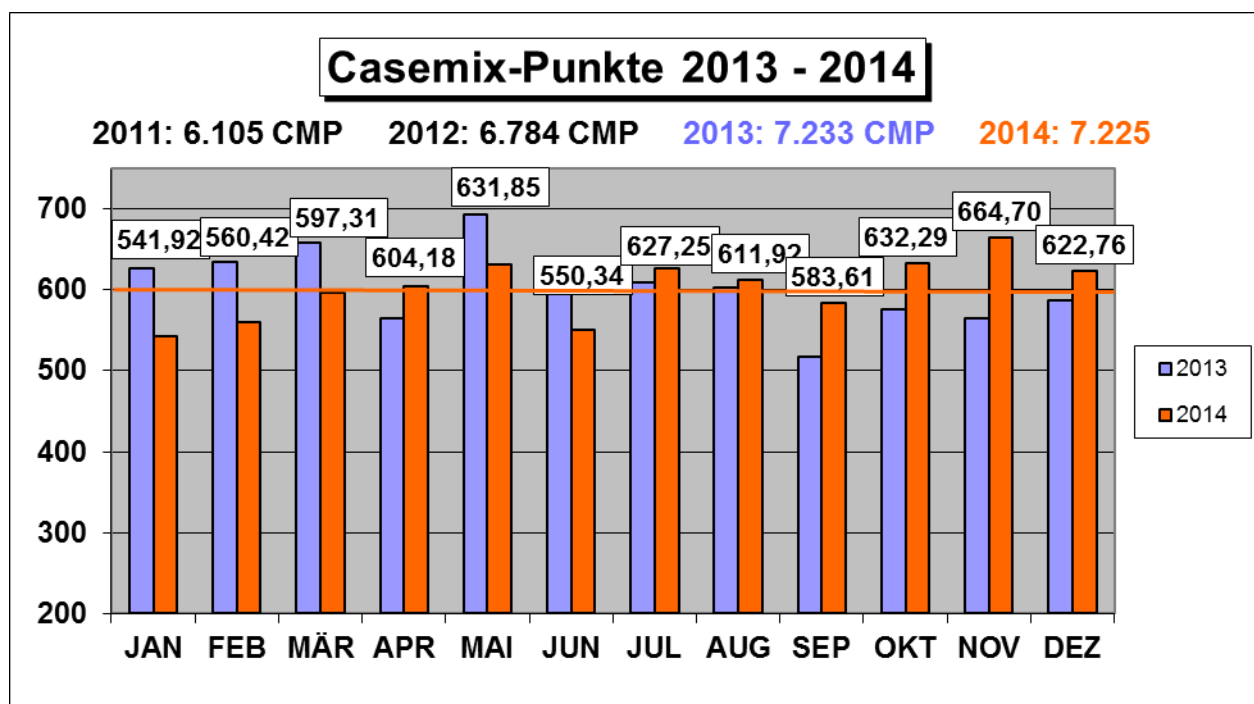
setzunglichen Krankenkassen Zahlungen kürzen für strittige Fälle, die noch nicht abschließend entschieden sind. Die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) betreffen zum großen Teil die geriatrische Akutrehabilitation, bei denen Patienten nach Operationen und kardiologischen Akutbehandlungen wieder auf ein eigenständiges Leben zu Hause vorbereitet werden. Die Prüfquote des MDK bei Fällen der Akutgeriatrie liegt bei etwa 80 %. Das steht im Gegensatz zum Geriatriekonzept des Landes Baden-Württemberg, in dem sich die Krankenkassen zu einer angemessenen Finanzierung der stationären geriatrischen Versorgung der Bevölkerung bereit erklärt haben. Das Thema wird nun auf Geschäftsleitungsebene mit der AOK geklärt. Die Kürzungen der Zahlungen zulasten der Liquidität des Krankenhauses können nicht mehr länger hingenommen werden. Die Geschäftsleitung prüft deshalb auch rechtliche Schritte gegen diese Praxis der Krankenkassen.

Das Anlagevermögen der Gesellschaft umfasst im Wesentlichen die medizinischen Geräte, Betriebs- und Geschäftsausstattung sowie Hard- und Software der IT. Die Finanzierung des Anlagevermögens erfolgte zu 23 % mit Eigenkapital. Grundstücke und Gebäude stehen nicht im Eigentum der Gesellschaft. Sie sind vom Landkreis Schwäbisch Hall zum Preis von 1 €/Jahr gepachtet.

Im Geschäftsjahr 2014 wurden Investitionen in Höhe von 0,8 Mio. € getätigt, davon 30 T€ für immaterielle Wirtschaftsgüter. Größere Einzelinvestitionen waren der Erwerb eines Computertomographen (242 T€), die EDV-Integration des PACS Systems (45 T€), die Anschaffung eines Videokoloskopes (45 T€) und eines Bronchoskopes (30 T€) in der Endoskopie sowie ein Sonogerät im Kreißaal (40 T€).

2.3.4 Gesamtaussage

Das Betriebsergebnis 2014 beträgt - 786 T€ (VJ: -758 T€) und liegt um 279 T€ über der Zielvorgabe des Wirtschaftsplans, der zunächst einen Verlust in Höhe von 507 T€ auswies.



Aufgrund der hinter dem Vorjahr gebliebenen Leistungsentwicklung im ersten Halbjahr 2014 wurde der Wirtschaftsplan von der Geschäftsleitung angepasst und vom Gesellschafter mit dem Kreishaushalt 2015 im Dezember 2014 folgende neuen Vorgaben im Wirtschafts- und Finanzplan beschlossen:

Jahresergebnisse Klinikum Crailsheim									
Jahr	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	Ist	Ist	Plan	Plan	Plan	Plan	Plan	Plan	Plan
Ergebnis T €	-1.222	-759	-950	-950	-920	-870	-830	-790	-750

Nicht im Betriebsergebnis des Klinikums berücksichtigt ist die mietfreie Überlassung der Klinikimmobilie. Der Landkreis trägt den Schuldendienst für alle Klinikimmobilien in Crailsheim:

Schuldendienst des Landkreises für die Klinikimmobilien in Crailsheim									
Jahr	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	Ist	Ist	Plan	Plan	Plan	Plan	Plan	Plan	Plan
Ergebnis T €	201	302	424	398	768	1.342	1.368	1.500	1.500

Im zweiten Halbjahr 2014 war das Krankenhaus wesentlich stärker ausgelastet. Insgesamt konnten deshalb annähernd die gleichen ambulanten und stationären Leistungen wie im Vorjahr erreicht werden. Belastet wird das Ergebnis mit rd. 447 T€ durch den aus dem Budgetjahr 2013 stammenden Mehrleistungsabschlag. Dieser Mehrleistungsabschlag wurde vom Gesetzgeber ins Jahr 2015 verlängert und wird das Ergebnis dort mit dem gleichen Betrag belasten. Hinzu kommt der Mehrleistungsabschlag, der fällig wird, wenn das Kassenbudget im Jahr 2015 auf die geplanten 7.300 CMP steigen wird.

Jahre	Mehrleistungsabschlag	Gründe für Mehrleistungen
2011	-355.173 €	Orthopädie ab 1.7.2011
2012	-133.305 €	Geriatric ab 1.7.2012
2013	-459.378 €	Frauenklinik
2014	-446.868 €	keine Mehrleistungen
2015*	-528.701 €	Planung + 100 CMP
2016*	-81.833 €	ohne Mehrleistung
2017*	-81.833 €	ohne Mehrleistung

* Geplante Budgeterhöhung 100 CMP

3. Nachtragsbericht

Nach dem Stichtag 31.12.2014 sind keine Vorgänge von besonderer Bedeutung bekannt geworden, die Auswirkungen auf die Vermögens-, Finanz- oder Ertragslage des abgelaufenen Geschäftsjahres haben.

4. Prognosebericht

Das Versorgungsgebiet des Krankenhauses umfasst hauptsächlich den Mittelbereich Crailsheim mit rund 85.000 Einwohnern. Annähernd die Hälfte der 8.656 stationären Patienten kamen im Jahr 2014 aus der Stadt Crailsheim, 40 % aus der direkten Umgebung und 12 % aus dem weiteren Umkreis. Das Krankenhaus ist damit sehr wichtig für die stationäre Grund- und Regelversorgung der Bevölkerung im östlichen Bereich des Landkreises Schwäbisch Hall.

Patientenherkunft	2013		2014	
Stadt Crailsheim	4.119	48,2%	4.140	47,8%
Umgebung	3.409	39,9%	3.461	40,0%
weiteres Umfeld	1.017	11,9%	1.055	12,2%
Patienten insgesamt	8.545	100%	8.656	100%

Das Krankenhaus Crailsheim ist im Bedarfsplan des Landes Baden-Württemberg mit 165 Planbetten ausgewiesen. Spätestens seit der Entscheidung der Landesregierung, den Neubau des Krankenhauses mit einem Zuschuss in Höhe von 26 Mio. € als Festbetrag zu fördern, ist der Klinikstandort Crailsheim langfristig gesichert. Der alte Gebäudekomplex des Krankenhauses ist historisch gewachsen und hinsichtlich des heutigen Flächenbedarfs, des Brandschutzes und der Verbesserung der Ablauforganisation nicht mehr geeignet. Am 20.11.2012 fasste deshalb der Kreistag den einstimmigen Baubeschluss für einen rd. 54 Mio. € teuren Anbau, in dem das gesamte neue Krankenhaus untergebracht wird. Auf den Landkreis entfallen Kosten von 26,4 Mio. €. Die Stadt Crailsheim wird bis zu 1,6 Mio. € für eine Erweiterung der Krankenhausküche zur Belieferung der Schulen und Kindertagesstätten beisteuern.

Der erste Spatenstich fand am 15.05.2013 statt. Die Fertigstellung des Krankenhausneubaus ist Ende des Jahres 2015 geplant. Der Einzug soll im Frühjahr 2016 erfolgen. Bauherr ist der Landkreis Schwäbisch Hall, der das Gebäude der Landkreis Schwäbisch Hall Klinikum gGmbH für 1 € Jahresmiete zur Verfügung stellen wird.

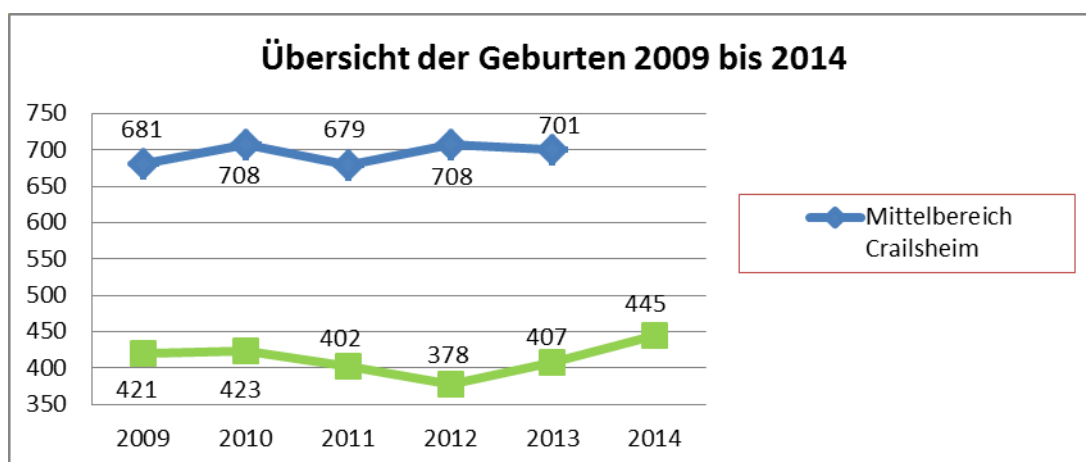
In dem neuen Krankenhaus können die Betriebsabläufe optimiert und die stationären Leistungen weiter ausgebaut werden. Das Klinikum erhält einen zusätzlichen vierten OP. Außerdem wird die Intensivstation erweitert und mit Intermediate Care Betten (IMC) ergänzt. Die enge Zusammenarbeit mit dem Zentralklinikum in Schwäbisch Hall ist ein wichtiger Pluspunkt, um sich von anderen Krankenhäusern in der Umgebung abzuheben. Diese kooperative Partnerschaft soll weiter ausgebaut werden. Geplant sind die ärztliche Unterstützung durch das Diakonie-Klinikum im Bereich der Gefäßchirurgie, der Onkologie und der Telemedizin. Dadurch können am Standort Crailsheim noch mehr medizinische Leistungen angeboten werden und das Diakonie-Klinikum profitiert in diesen Bereichen von der Portalfunktion des Partnerkrankenhauses.

Zum 1. Juli 2012 hat das Klinikum Crailsheim die Abteilung Akutgeriatrie des ehemaligen Krankenhauses in Gaildorf, das zeitgleich vom Diakonie-Klinikum geschlossen wurde, übernommen. Die vorhandenen 20 Betten in der Abteilung Akutgeriatrie waren im Jahr 2014 zu über 86 % belegt. Die Patienten kommen aus dem Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall und aus dem Klinikum Crailsheim. Zuweisungen durch die niedergelassenen Ärzte finden aufgrund der hohen Auslastung der Abteilung kaum statt. Wegen dem künftigen Anstieg der über 60 Jährigen wird der Bedarf in der Akutgeriatrie stetig wachsen. Nach dem Bezug des Neubaus im Jahr 2016 soll die Abteilung bedarfsgerecht weiter ausgebaut werden. Außerdem gibt es Überlegungen zur Angliederung einer Geriatrischen Rehabilitation im Altbau des Krankenhauses. Der Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Schulen des Kreistags Schwäbisch Hall hat grundsätzlich bereits grünes Licht für dieses Vorhaben gegeben. Der Betrieb der geriatrischen Reha soll allerdings getrennt vom Krankenhaus in einer eigenen Gesellschaft oder angegliedert an das Medizinische Versorgungszentrum erfolgen.

Entwicklung Geriatrie					
	2011	2012	2013	2014	+/- 2014
Patienten	0	155	339	364	25
CMP	0	332	775	792	17
CMI	0,000	2,142	2,287	2,175	-0,111
* Entlassabteilung					

In der Frauenklinik hat sich mit Eintritt der neuen Chefärztin zum 1. Februar 2014 und der Einstellung einer Leitenden Oberärztin sowie von zwei Oberärzten das Leistungsangebot bis zur Jahresmitte 2014 qualitativ und quantitativ deutlich verbessert. Aufbauend auf dem Leistungsniveau des Jahres 2013 soll die Gynäkologie und Geburtshilfe kontinuierlich ausgebaut werden. Dazu hat auch die Kooperation mit der Filderklinik in Filderstadt-Bonlanden und dem anthroposophischen Kliniknetzwerk AnthroMed beigetragen. Mit diesen Partnern konnte der Zertifizierungsprozess als „Babyfreundliches Krankenhaus“ weit vorangebracht werden. Dieses Qualitätssiegel der Geburtshilfe soll zum Ende des Jahres 2015 erreicht werden. Die Stadt Crailsheim unterstützt diesen Entwicklungsprozess mit einem Zuschuss in Höhe von 300.000 €, verteilt auf die Jahre 2013 bis 2015.

Entwicklung Frauenklinik					
	2011	2012	2013	2014	+/- 2014
Patienten	1.124	1.051	1.253	1.230	-23
CMP	530	502	654	593	-61
CMI	0,472	0,478	0,522	0,482	-0,040
Geburten	402	378	407	445	38
* Entlassabteilung					



Die Abteilung Chirurgie unter der Leitung von Chefärztin und Ärztlicher Direktorin Dr. Martina Mittag-Bonsch, trug mit den Bereichen Allgemeinchirurgie und Unfallchirurgie, Viszeralchirurgie, Fuß- und Handchirurgie und Notfallmedizin ganz wesentlich zum Erreichen des Leistungsziels 2014 bei. Die Ärzte der Chirurgie sind durch die zu leistenden Dienste stark belastet. Die Aufrechterhaltung des Krankenhausbetriebs und von zwei Notarztdiensten rund um die Uhr wird für kleinere Krankenhäuser zunehmend zu einer Belastung.

Entwicklung Chirurgie					
	2011	2012	2013	2014	+/- 2014
Patienten	2.058	2.232	2.158	2.257	99
CMP	2.108	2.103	1.911	1.976	65
CMI	1,024	0,942	0,892	0,875	-0,017
* Entlassabteilung					

Mit der Orthopädie wird seit Mai 2011 ein zukunftssträchtiger Bereich als eigenständige Abteilung im Klinikum Crailsheim geführt. Aus der erreichten Steigerung der stationären und ambulanten Fallzahlen wird deutlich, dass dieses Angebot von der Bevölkerung gut angenommen wird. Die Abteilung Orthopädie am Klinikum Crailsheim wurde Anfang des Jahres 2015 als EndoProthetik-Zentrum zertifiziert (endoCert). Mit der Erfüllung aller modernen Qualitätsanforderungen ist die orthopädische Abteilung für die Zukunft gerüstet und wird die stationären Leistungen im neuen Krankenhaus weiter ausbauen können.

Entwicklung der Orthopädie					
	2011	2012	2013	2014	+/- 2014
Patienten	214	431	532	563	31
CMP	329	658	782	814	32
CMI	1,537	1,527	1,470	1,446	-0,024
* Entlassabteilung					

In der Kardiologie besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem Herzkatheterlabor im Diakonie-Klinikum in Schwäbisch Hall. Deshalb können den Patienten in Crailsheim auch komplexe Behandlungen aus einer Hand angeboten werden können. Das Klinikum Crailsheim hat damit Portalfunktion für alle Herzerkrankungen.

Das Sozialministerium Baden-Württemberg hat einem Anschluss an das Schlaganfall-Netzwerk mit Telemedizin in Nordbayern (STENO) nicht zugestimmt hat. Deshalb wird nun eine Kooperation mit dem Diakonieklinikum angestrebt. Durch eine telemedizinische Konsultation sollen Schlaganfallpatienten künftig im Klinikum Crailsheim in Zusammenarbeit mit dem Diakonie-Klinikum (zertifizierte regionale Stroke-unit) im Notfall nach modernsten Maßstäben wohnortnah behandelt werden können. Die neurologische Facharztbehandlung der Schlaganfallpatienten soll durch Ärzte aus dem Diakonie-Klinikum und mit niedergelassenen Fachärzten sichergestellt werden.

Entwicklung Kardiologie					
	2011	2012	2013	2014	+/- 2014
Patienten	1.938	2.218	2.152	2.141	-11
CMP	1.892	1.854	1.762	1.734	-28
CMI	0,976	0,836	0,819	0,810	-0,009
* Entlassabteilung					

Nach langjähriger Tätigkeit für das Klinikum Crailsheim wird Chefarzt Dr. med. Erich Gmähle zum 30.6.2015 in den verdienten Ruhestand treten. Die Leitung der Abteilung Innere Medizin - Gastroenterologie übernimmt Dr. med. Bernhard Braun. Er ist seit dem Jahr 2009 Oberarzt für Innere Medizin und Chefarztvertreter für den Fachbereich Gastroenterologie, gastroenterologische Onkologie und Ernährungsmedizin am Diakonissen-Stiftungskrankenhaus Speyer. Dr. Braun verfügt über eine entsprechende Expertise in der diagnostischen und interventionellen Endoskopie, Endosonografie und Sonografie. Bei der Versorgung stationärer gastroenterologischer Patienten liegt einer seiner Schwerpunkte in der Betreuung chronisch entzündlicher Darmerkrankungen und hepatologischer Fragestellungen. Als Koordinator am zertifizierten onkologischen Zentrum Speyer ist Dr. Braun für die Vernetzung zwischen ambulanter onkologischer und radioonkologischer Versorgung gastroenterologischer Patienten verantwortlich. Unter seiner Leitung kann die gastroenterologische Abteilung übergangslos weiterlaufen und ausgebaut werden.

Entwicklung Gastroenterologie					
	2011	2012	2013	2014	+/- 2014
Patienten	1.615	1.842	1.926	1.890	-36
CMP	1.147	1.233	1.253	1.215	-38
CMI	0,710	0,669	0,651	0,643	-0,008
* Entlassabteilung					

Mit mehreren niedergelassenen Ärzten aus Crailsheim wurden Gespräche geführt, wegen der Anmietung von im Jahr 2016 freiwerdenden Räumen im Altbau des Krankenhauses. Die Raumplanung wurde von Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Schulen des Kreistags grundsätzlich freigegeben. Bis Mitte des Jahres 2015 soll die Gesamtplanung für die Nutzung des Altbaus von Ludes Architekten vorgelegt werden. Anschließend können dann konkrete Verhandlungen mit den niedergelassenen Ärzten geführt werden. Diese suchen die Nähe zum Krankenhaus wegen der Möglichkeit zur Nutzung des ambulanten OP, gemeinsamer Wartebereiche und der Cafeteria. Weitere Vorteile sind die Zusammenarbeit mit der Radiologie im Klinikum und die kurzen Wege für den persönlichen Austausch mit den Krankenhausärzten.

Weil Nachfolger für niedergelassene Praxen immer schwieriger zu finden sind, hat das Klinikum Crailsheim ein Medizinisches Versorgungszentrum gegründet. In das MVZ integriert wurden die chirurgische Facharztpraxis Dr. Schebesta und die Allgemeinarztpraxis Dr. Kopp. Die Medizinisches Versorgungszentrum Crailsheim GmbH wurde am 29.10.2014 notariell gegründet. Der Übernahme der beiden Arztpraxen hat der Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg am 22.4.2015 zugestimmt. Das MVZ Crailsheim kann deshalb mit Wirkung zum 1.5.2015 den Betrieb aufnehmen. Wegen Platzmangel können weitere Arztpraxen erst nach dem Bezug des Neubaus und dem Umbau des Altbaus ab dem Jahr 2017 im Bereich des Krankenhauses Crailsheim angesiedelt werden.



Trotz dem allgemeinen Ärztemangel sind derzeit im Klinikum Crailsheim alle Arztstellen besetzt. Bei der Anstellung ausländischer Ärzte dauert die Einarbeitungsphase aufgrund der Sprachprobleme länger und ist aufwändiger. Die Assistenzärzte werden mit Sprachkursen im Klinikum unterstützt. Mit der Schule für Krankenpflege kann weiterhin der größte Bedarf an qualifizierten Pflegekräften abdeckt werden. Schwieriger ist die Einstellung von erfahrenen Pflegekräften.

Der Geschäftsführung wurde vom Kreistag des Landkreises Schwäbisch Hall bei der Auflösung der Gesundheitsholding und Übernahme der Gesellschaft ab 01.01.2012 das Ziel gesetzt, das Defizit Jahr für Jahr zu reduzieren und bis zum Jahr 2019 in eine „Schwarze Null“ zu verwandeln. Es hat sich gezeigt, dass diese Zielsetzung zumindest in der angestrebten Zeit nicht erfüllt werden kann. Zwar wurde nach Übernahme der Gesellschaft durch den Landkreis eine sehr positive Leistungsentwicklung mit zusätzlichen 1.120 CMP erreicht:

Entwicklung Case Mix						
Abteilung *	2011	2012	2013	2014	2012 bis 2014	
Chirurgie ab 1.7.2011 Orthopädie ohne	2.108	2.103	1.911	1.976	-132	
Orthopädie ab 1.7.2011	329	658	782	814	485	
Frauenklinik	530	502	654	593	63	
Hals/Nasen/Ohren	99	100	96	101	2	
IM - Gastroenterologie	1.147	1.233	1.253	1.215	68	
IM - Kardiologie	1.892	1.854	1.762	1.734	-158	
IM - Geriatrie ab 1.7.2012	0	332	775	792	792	
Gesamtleistung	6.105	6.782	7.233	7.225	1.120	
* Entlassabteilung						

Das erzielte Leistungsniveau konnte aber nicht mit dem vorhandenen Personal bewältigt werden. Die Erlöse hielten nicht mit den gestiegenen Kosten Schritt. Grund ist die Krankenhausfinanzierung, die das Wachstum der stationären Leistungen einschränken soll. Dies wird erreicht durch:

- Mehrleistungsabschläge: Die mit den Krankenkassen vereinbarten Leistungssteigerungen werden drei Jahre lang nur zu 75 % der offiziellen Preise des DRG-Kataloges vergütet. Stationäre Leistungen, die über das mit den Krankenkassen vereinbarte Budget hinausgehen, werden nur zu 35 % vergütet.
- Doppelte Degression: Den Krankenhäusern wurden vom Bundesgesetzgeber Kürzungen abverlangt, indem das verfügbare Gesamtbudget auf Landesebene Baden-Württemberg nicht ausreichend erhöht wurde und deshalb jahrelang die Erlöse der Krankenhäuser nicht der Kosten- und Preissteigerung entsprechend angepasst werden konnten. Das zeigt die Entwicklung des Landesbasisfallwertes:

Landesbasisfallwert			
Jahr	LBFW	Veränderung	
2011	2.970,00 €	7,19 €	0,24%
2012	3.036,13 €	66,13 €	2,23%
2013	3.121,04 €	84,91 €	2,80%
2014 *	3.193,50 €	72,46 €	2,32%
2015 *	3.226,64 €	33,14 €	1,04%

* + 0,8 % Versorgungszuschlag

Zudem werden die Leistungssteigerungen der Krankenhäuser in Baden-Württemberg aus dem vorhandenen - nicht der Kostenentwicklung angepassten Gesamtbudget - finanziert und führen deshalb zu Abschlägen beim Landesbasisfallwert (doppelte Degression).

- **Kurzliegerabschläge:** Das DRG-System gibt eine obere und eine untere Grenzverweildauer vor. Für Patienten, die früher entlassen werden, wird die Vergütung um den „Kurzliegerabschlag“ vermindert. Dies ist gerechtfertigt, wenn die Kosten dieser Behandlungsfälle geringer sind, was im Einzelfall, aber nicht im Regelfall, zutreffen ist. In die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung kommen sehr häufig Patienten mit akuten Beschwerden, die zur Beobachtung im Krankenhaus bleiben, und nach den Untersuchungen und dem Abklingen der Beschwerden wieder entlassen werden können. Bei solchen Fällen anerkennt der Medizinische Dienst der Krankenkassen im Nachhinein häufig keine Notwendigkeit zur stationären Unterbringung und bestreitet die gesamte stationäre Abrechnung. Die Bemühungen des Krankenhauses, alle Patienten bestmöglich zu versorgen und den Beschwerden der Patienten auf den Grund zu gehen, werden von den Krankenkassen nicht ausreichend honoriert.
- **Vergütung für ambulante Leistungen:** Die Kosten der Krankenhäuser für den Betrieb der Ambulanz sind wegen der Nutzung der gesamten Krankenhausinfrastruktur und wegen der rund um die Uhr zu leistenden Notfallbereitschaft wesentlich höher als die eingeschränkten Notfalldienste der niedergelassenen Kassenärzte. Bei der Vergütung der ambulanten Leistungen der Krankenhäuser macht sich das aber nicht bemerkbar. Der Notfalldienst der niedergelassenen Ärzte wurde zwar ins Krankenhaus verlegt (Praxisräume Dr. Schebesta). Es zeigt sich aber, dass die dort diensthabenden Ärzte die Patienten häufig an die Ambulanz des Krankenhauses weiterleiten und die erhoffte Entlastung für das Krankenhaus deshalb nicht eingetreten ist.
- **Katalogeffekt:** Der Rückgang des CMI ist im Geschäftsjahr 2014 teilweise verursacht durch die Kürzung von Bewertungsrelationen im DRG-System. Grund sind einzelne Kosteneinsparungen durch den medizinischen Fortschritt und beim Materialaufwand. In anderen Wirtschaftsbereichen werden solche Effizienzgewinne zur Finanzierung von Lohn- und anderen Kostensteigerungen eingesetzt. Im Gesundheitswesen ist das nicht der Fall. Hier werden Effizienzvorteile im DRG-Katalog „einkassiert“ und trotzdem im Landesbasisfallwert andere Kostensteigerung nicht ausgeglichen.

Wie sich der auf den ersten Blick gering wirkende Rückgang des CMI um 0,011 auf die Erlöse auswirkt, wird in der nachfolgenden Tabelle dargestellt:

Stationäre Leistungen											
Jahr	Patienten	+/-		Casemix-Index	+/-		Casemix-Punkte	+/-		LBFW	Stationäre Erlöse
2013	8.545	409	5,0%	0,846	0,013	1,6%	7.233	451	6,7%	3.121,04 €	22.574.482 €
2014	8.656	111	1,3%	0,835	-0,011	-1,3%	7.225	-8	-0,1%	3.193,50 €	23.073.038 €
2014	8.656	111	1,3%	0,846	0,000	0,0%	7.323	98	1,2%	3.193,50 €	23.385.924 €
Mindererlös durch geringeren CMI											-312.886 €
	Fallzahl	x		CMI	=		CM	x		LBFW	= Erlöse

Unter den geschilderten schwierigen Rahmenbedingungen kann das Krankenhaus Crailsheim nicht kostendeckend arbeiten und wird sich weiterhin in die immer länger werdende Reihe der defizitären Krankenhäuser einreihen müssen. Über die Hälfte der Krankenhäuser in Baden-Württemberg schreiben rote Zahlen, zum großen Teil in Millionenhöhe. Die Hoffnungen, dass daran die geplante Reform der Krankenhausfinanzierung etwas ändern wird, sind geschwunden, seit die Eckpunkte im Dezember 2014 bekannt geworden sind.

Es steht zu befürchten, dass die angestrebten Qualitätsverbesserungen zu noch mehr Bürokratie führen und Konzentrationsprozesse durch Leistungsvorgaben zu Lasten der kleinen Krankenhäuser gefördert werden. Erwartungen wurden geweckt durch die geplanten Sicherstellungszuschläge für Notfallstrukturen und Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen. Was sich dahinter konkret versteckt ist noch nicht bekannt. Ebenso wenig, wie künftige Zusatzentgelte bei erhöhtem Pflegebedarf von demenzkranken, pflegebedürftigen und behinderten Patienten. Davon könnte die Geriatrie profitieren.

Fest stehen bisher nur weitere Einschnitte: Der abzurechnende Landesbasisfallwert in Baden-Württemberg steigt im Jahr 2015 nur um 1,04 % auf 3.226,64 €. Die für den öffentlichen Dienst vereinbarte Tarifierhöhung um 2,4 % ab 1. März 2015 wird somit nur zu 50% über steigende Erlöse gedeckt. Damit nicht genug: Im Jahr 2016 wird in vergleichbarem Umfang nochmals eine Kürzung des Landesbasisfallwertes erfolgen. Die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG) begründet die notwendigen Ausgleichsmaßnahmen mit „Fehleinschätzungen bei der Entwicklung der Zusatzentgelte sowie der Relativgewichte“.

Außerdem wurde vom Gesetzgeber nachträglich der Mehrleistungsabschlag für Budgeterhöhungen um 1 Jahr verlängert. Die mit den Krankenkassen im Jahr 2013 vereinbarte Leistungssteigerung wirkt nun auch noch in das Jahr 2015 nach. Die im Wirtschaftsplan 2015 unterstellten Erträge für stationäre Leistungen werden deshalb voraussichtlich nicht erreicht werden können:

Erträge stationäre Leistungen	
23.231.808 €	Erlöse 7.200 CMP
322.664 €	Mehrerlöse 100 CMP
- 80.666 €	Abschlag aus 2015
- 447.000 €	Abschlag aus 2013
258.000 €	Zusatzentgelte
790.000 €	Ausbildung
185.000 €	Versorgungszuschlag 0,8 %
24.259.806 €	Gesamt
24.500.000 €	Wirtschaftsplan 2015
-240.194 €	Differenz

Ungeplante Kostensteigerungen beim Sachaufwand sind derzeit nicht abzusehen. Die Risiken bei der Leistungsentwicklung werden aufgrund der sehr guten Belegung im ersten Quartal 2015 mit 125 CMP über dem Plan als relativ gering eingeschätzt.

5. Chancen- und Risikobericht

5.1 Risikomanagementsystem

Als Gesundheitsunternehmen ist das Klinikum Crailsheim Risiken ausgesetzt. Diese möglichen Risiken werden mit den Chancen abgewogen und die Unternehmenssteuerung danach ausgerichtet. Die Geschäftsführung wird vom Controlling monatlich über die Leistungs- und Kostenentwicklung umfassend informiert. Bei Abweichungen vom Wirtschaftsplan können geeignete Maßnahmen eingeleitet und mögliche Auswirkungen auf das Jahresergebnis und auf die 5-jährige Finanzplanung abschätzt werden.

Die Kosten des Medizinischen Sachbedarfs und sonstiger bezogener Leistungen werden von der Geschäftsleitung gemeinsam mit Einkauf, Apotheke, Controlling und den verantwortlichen Chefärzten regelmäßig externen Benchmarks unterzogen und optimiert. Patientenversorgung und -sicherheit stehen dabei im Mittelpunkt.

In der Betriebsleitungskonferenz (BLK) sprechen der Geschäftsführer, der Klinische Direktor, die Ärztliche Direktorin und die Pflegedienstleiterin alle 2 Wochen über die klinischen und die ökonomischen Risiken und treffen die notwendigen Entscheidungen und Vereinbarungen. Grundlage sind die Auswertungen des kaufmännischen und des medizinischen Controllings sowie des Beschwerdemanagements. Mindestens einmal jährlich tagt die Erweiterte Betriebsleitungskonferenz an der alle Chefärzte und auch der Vorsitzende des Betriebsrates teilnehmen.

Im Rahmen des Risikomanagements werden potentielle Risiken im medizinischen und pflegerischen Bereich sowie im Bereich der Krankenhausverwaltung erfasst und stattgefundenen Schadensereignisse analysiert und bewertet. Die Ergebnisse werden in den Protokollen der Betriebsleitungskonferenzen festgehalten.

Die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft CURACON GmbH sammelt die Kennzahlen der von ihr betreuten Krankenhäuser in einem Datenpool und liefert jährlich einen Kennzahlenvergleich. Die Gründe für Abweichungen vom Mittelwert werden von der Geschäftsleitung analysiert. Die Auswertung der Kennzahlen wird dem Aufsichtsrat vorgelegt und über Verbesserungsmaßnahmen beraten. Über die Geschäftsentwicklung wird regelmäßig in den Sitzungen des Aufsichtsrates und des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Schulens des Kreistags Schwäbisch Hall berichtet. Dem Kreistag wird auch regelmäßig ein Bericht über die Kostenentwicklung des Klinikneubaus vorgelegt.

Die monatliche Berichterstattung von Aufwendungen, Erträgen, Leistungen, Personalbesetzungen und betriebswirtschaftlichen Kennzahlen ermöglicht es frühzeitig negative Ergebnisentwicklungen zu erkennen und korrigierend einzugreifen.

5.2 Chancen und Risiken

Durch die ausschließliche Tätigkeit auf dem deutschen Gesundheitsmarkt unterliegt die Gesellschaft nur bedingt kurzfristigen konjunkturellen Schwankungen. Wegen der Reglementierung auf dem deutschen Gesundheitsmarkt sind Risiken stark mit der Gesundheitspolitik der Bundesregierung und der Landesregierung verbunden. Inwieweit mit überraschenden, zum Teil rückwirkenden, gesetzlichen Maßnahmen gerechnet werden muss, kann nur schwer abgeschätzt werden.

Neben der Veränderung des regionalen Angebots an Krankenhausleistungen ergeben sich vor allem Mengen- und Preisrisiken aus der Entwicklung des landesweiten Basisfallwertes und Veränderungen im DRG-System (Katalogeffekte etc.). Kostenrisiken liegen vor allem in der Tarifentwicklung des TVöD und des ärztlichen Tarifvertrages sowie den Preissteigerungen im Energiebereich und den Versicherungen.

Die Leistungsentwicklung des Klinikums Crailsheim schätzt die Geschäftsleitung weiterhin positiv ein. Hierzu tragen insbesondere die in den letzten Jahren verfolgte Weiterentwicklung der medizinischen Leistungsstruktur und die Neubesetzung von Chefarztpositionen bei. Mit dem Bezug des neuen Krankenhauses im Frühjahr 2016 ergeben sich neue Möglichkeiten. Auch das am 1. Mai 2015 in Betrieb gehende Medizinische Versorgungszentrum ist ein Meilenstein für die Entwicklung des Crailsheimer Krankenhauses.

Die Verlängerung des Mehrleistungsabschlages auf 3 Jahre und die mit nur 1,04 % weit unter den tariflichen Lohnerhöhungen bleibende Anpassung des Landesbasisfallwertes verschlechtern weiter die Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser in Baden-Württemberg. Auch das Klinikum Crailsheim kann unter diesen Voraussetzungen nicht aus den roten Zahlen kommen. Die Eckdaten für die Reform der Krankenhausfinanzierung machen leider auch wenig Hoffnung, dass sich daran in Zukunft grundlegendes ändern wird. Die Bundespolitik will offensichtlich den Leistungszuwachs weiter durch Abschläge bremsen und wird zusammen mit den Ländern einen Strukturfonds mit einer Milliarde Euro ausstatten um weitere Überkapazitäten abzubauen. Gleichzeitig sorgt der demografische Wandel für eine immer größer werdende Nachfrage nach Krankenhausleistungen. Eine steigende Nachfrage wird in Zukunft auf ein geringeres Angebot treffen. Das schafft eigentlich beste Voraussetzungen für eine positive wirtschaftliche Entwicklung der Krankenhäuser, allerdings nur für Kliniken, welche die „Durststrecke“ überstehen werden. Fraglich ist nur in welchem Umfang und wie lange die kommunalen Krankenhausträger noch bereit sind, für die Unterfinanzierung der Krankenhäuser durch Bund und Länder und die Krankenkassen einzuspringen.

5.3 Gesamtaussage

Insgesamt ist bei den gegenwärtigen Rahmenbedingungen ein kostendeckender Betrieb der Gesellschaft nicht möglich, so dass auch weiterhin eine Unterstützung des Landkreises als Krankenhausträger erforderlich sein wird. Die kommunalpolitische Bereitschaft ist dafür gegeben und kommt in der vom Kreistag mit dem Haushaltsplan 2015 beschlossenen Finanzplanung der Landkreis Schwäbisch Hall Klinikum gGmbH zum Ausdruck.

Nach Überprüfung der Risikolage kommt die Geschäftsleitung zum Zeitpunkt der Aufstellung des Lageberichts zu dem Ergebnis, dass - bei weiterhin zeitnahe Verlustausgleich und Aufrechterhaltung der Liquidität durch den Cash Pool mit den Landkreiskonten - keine bestandsgefährdenden Risiken für das Klinikum Crailsheim und die Landkreis Schwäbisch Hall Klinikum gGmbH als Trägergesellschaft des Krankenhauses bestehen.

Crailsheim, im April 2014

Werner Schmidt
Geschäftsführer