

# Lagebericht für das Geschäftsjahr 2006

Gemäß § 12 Abs. 4 der Eigenbetriebssatzung für das Städtische Klinikum Magdeburg vom 6. Juli 2000 (ABL Nr. 90 vom 15. August 2000) i. V. m. § 10 der Eigenbetriebsverordnung (GVBl. LSA Nr. 36/1997) vom 20. August 1997 ist durch die Betriebsleiterin ein Lagebericht aufzustellen. § 10 EigVO regelt den Inhalt des Lageberichtes; die Vorgaben des Gesetzes zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG) finden Berücksichtigung.

## Abkürzungsverzeichnis

Art.	Artikel
AT	Arbeitstag
AZ	Aktenzeichen
BA SK	Betriebsausschuss Städtisches Klinikum
BAT-O	Bundes-Angestelltenarbeitsvertrag Ost
BH	Bettenhaus
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
BT	Belegungstage
BZ	Brustzentrum
CT	Computertomograph
DRG	Diagnosis Related Groups
DS	Drucksache
DSA	Digitale Subtraktionsangiografieanlage
EURO	Währung der EU (€)
FPÄndG	Fallpauschalenänderungsgesetz
FPG	Fallpauschalengesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
HKL	Herzkatheterlabor
HNO	Hals-Nasen-Ohren
KHA	Krankenhaus Altstadt
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KFPV	Fallpauschalenverordnung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHO	Krankenhaus Olvenstedt
KTQ°	Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus
MD	Magdeburg
MIS	Management Informations System
MRT	Magnet-Resonanz-Tomograph
OP	Operation
p. a.	pro Jahr
p. d.	pro Tag
PsychPV	Psychiatrie-Personalverordnung
PTA	perkutane transluminale Angioplastie
PTCA	perkutane transluminale coronare Angioplastie
SGB	Sozialgesetzbuch
SGL	neugeborene Säuglinge
SKMD	Städtisches Klinikum Magdeburg
VIGO	Visceralchirurgische Gastroenterologie
WSG	Wettbewerbsstärkungsgesetz
ZVK	Zusatzversorgungskasse

## **1 Darstellung der Lage des Krankenhauses**

Im Geschäftsjahr 2006 konnte das Städtische Klinikum seine Stellung bei den stationären Krankenhausbehandlungen in der Stadt Magdeburg mit einem Marktanteil von 33,8% (Vorjahr 32,2%) festigen. Als Haus der Schwerpunktversorgung wurde das Städtische Klinikum seinem Versorgungsauftrag auch im Berichtsjahr gerecht.

Trotz der immer schwieriger werdenden gesetzlichen Rahmenbedingungen und einen sich dadurch verschärfenden regionalen Wettbewerb konnte die Ertragslage gegenüber dem Vorjahr deutlich verbessert werden. So wurden im Berichtsjahr insgesamt 1.051 vollstationäre Patienten mehr behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer der stationären Patienten (ohne Psychiatrie) verringerte sich um 0,11 Tage auf 7,21 Tage (stichtagsbezogene Auswertung). Der Steigerung der betrieblichen Erträge um 4,8 % auf über 95,7 Mio. € stehen jedoch Personalkostenerhöhungen von 1,8 % zum Vorjahr auf rd. 61 Mio. € und eine Erhöhung der Sachkosten um 5,4 % auf rd. 34,5 Mio. € entgegen. Das Jahresergebnis 2006 verbesserte sich gegenüber 2005 um 1.554 T€ auf einen Jahresüberschuss von 35 T€.

Dies ist im Wesentlichen ein Ergebnis des im Jahr 2005 begonnenen Konsolidierungsprozesses, welcher neben einer Optimierung der Personalressourcen und der Arbeitsprozesse u.a. auch auf eine Leistungs- und Erlössteigerung abzielt.

Die Vermögenslage des Eigenbetriebes ist zum 31. Dezember 2006 als stabil zu beurteilen.

## **2 Leistungsstruktur 2006**

Das Städtische Klinikum Magdeburg wurde auch noch im Jahr 2006 an zwei Standorten (Altstadt und Olvenstedt) geführt. Die Kapazität betrug zum Jahresende (Stichtag) insgesamt 675 aufgestellte Betten (Vorjahr 658 Betten). Ferner wurden insgesamt 55 tagesklinische Plätze in den Bereichen Onkologie und Psychiatrie betrieben.

Die wesentlichen **Leistungsdaten** entwickelten sich gegenüber dem Vorjahr wie folgt:

- a) **im stationären Bereich** - ohne interne Verlegung mit Säuglingen

	2006	2005	Veränderung 2006 : 2005
Aufgestellte Betten im Ø	675,1	657,9	17,2
dar.: DRG-Bereich	576,6	593,6	-17,0
Pflegetage	207.600	193.262	14.338
dar.: DRG-Bereich	174.253	172.671	1.582
Fallzahl (stationär) im Ø	25.863,5	24.812,0	1.051,5
dar.: DRG-Bereich im Ø	24.166,5	23.589,5	577,0
Verweildauer im DRG-Bereich	7,21	7,32	-0,11
Casemix CM (ohne Überlieger)	23.711,4	23.679,9	31,50
Casemixindex CMI (ohne Überlieger)	0,990	1,020	-0,03
Nutzungsgrad aufgest. Betten (vollst. mit SGL) in %	82,76	80,48	2,28
Anzahl der Geburten	854	859	-5

Entgegen der stichtagsbezogenen Auswertung haben sich die im Jahresdurchschnitt 2006 **aufgestellten Betten** im stationären Bereich (DRG- und Bundespflegesatzbereich) zum Vorjahr insgesamt um 17,2 Betten erhöht. Dies resultiert insbesondere durch die zeitlich versetzte Inbetriebnahme der geplanten Stationen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die ganzjährige Nutzung der Bettenkapazitäten in der Psychiatrie.

Im DRG-Bereich ist die Anzahl der Betten zum Vorjahr um 17,0 gesunken.

Gegenüber 2005 wurden im Jahr 2006 im gesamten stationären Bereich durchschnittlich 1.051,5 Fälle (ohne interne Verlegungen und mit Säuglingen) mehr behandelt. Im DRG-Bereich haben sich die Fallzahlen in den einzelnen Kliniken sehr differenziert entwickelt. Insgesamt sind sie um 577 Fälle gegenüber dem Vorjahr angestiegen.

Hervorzuheben sind Leistungssteigerungen in den Kliniken Urologie, Gefäßchirurgie, HNO sowie Psychiatrie und Psychotherapie.

b) **im teilstationären Bereich**

	<b>2006</b>	<b>2005</b>	<b>Veränderung 2006 : 2005</b>
Tagesklinikplätze	55,00	40,24	15
Berechnungstage (BT)	15.424	12.482	2.942
Fallzahl	2.999	2.632	367

Im teilstationären Bereich haben sich die **Berechnungstage** (BT) durch die stetige Erweiterung der Tagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie, zusätzliche Leistungen in den Tageskliniken Onkologie/VIGO/BZ sowie in der Tagesklinik Psychiatrie gegenüber dem Vorjahr deutlich erhöht. Der Zuwachs in den Tageskliniken Onkologie/VIGO/BZ resultiert aus dem immer stärker werdenden Trend der Krankenkassen, bisher stationär behandelte Patienten im teilstationären Bereich zu versorgen.

Das Leistungsspektrum des Städtischen Klinikums Magdeburg ist im Wesentlichen durch spezialisierte Schwerpunktleistungen geprägt; das Leistungsvermögen hat sich zum Vorjahr nicht wesentlich verändert, was auch aus der Betrachtung des Casemix (CM) und des Casemix-Index (CMI) deutlich wird.

**3 Stand Bauvorhaben****Umbau Gebäude K**

Die Sanierung der Küche (Gebäude K) wurde planmäßig im April 2006 fertig gestellt. Inklusiv der Erweiterung der Küche, welche im August 2005 fertig gestellt wurde, sind 6.550.300 Euro Fördermittel hierfür verwendet worden.

**Umbau Gebäude G**

Im November 2006 wurde der Umbau des Komplements Süd (Gebäude G) bis auf das neu zu errichtende Bewegungsbad fertig gestellt. Bisher sind Baukosten in Höhe von 4.770.300 € angefallen.

**Rekonstruktion Gebäude A**

Die Rekonstruktion der Ebenen 2 bis 6 des Bettenhauses III (Gebäude A) hat im Juni 2005 begonnen und wird im Juni 2007 abgeschlossen sein. Unter Einbeziehung der im Jahr 2004 bereits fertig gestellten Ebenen 0 und 1 wurden insgesamt 19.424.500 € verbaut.

Folgende wesentliche **Werterhaltungsmaßnahmen** wurden im Jahre 2006 realisiert:

Sanierung der Teilebenen 0 und 1 im Verwaltungsgebäude F	400.000 €
Hygienemalerarbeiten (unter anderem in Operationssälen)	25.000 €
Umbau und Sanierung Speisesaal für Mitarbeiterversorgung	160.000 €

#### **4 Geschäftsverlauf 2006**

##### **4.1 Entwicklung Eigenkapital und Rückstellungen**

###### **(A) Eigenkapital in €**

	01.01.2006	Entnahmen	Jahres- ergebnis	31.12.2006
Festgesetztes Kapital	35.790.432,00	0,00	0,00	35.790.432,00
Kapitalrücklagen	37.364.481,80	-1.458.154,48	0,00	35.906.327,32
Gewinnrücklagen	722.368,06	-56.610,00	0,00	665.758,06
Bilanzergebnis	-1.439.567,48	1.514.764,48	35.045,52	110.242,52
<b>Gesamt</b>	<b>72.437.714,38</b>	<b>0,00</b>	<b>35.045,52</b>	<b>72.472.759,90</b>

Die Entnahmen neutralisieren Abschreibungen auf nicht nach KHG gefördertes Anlagevermögen und den Bilanzverlust des Vorjahres.

###### **(B) Rückstellungen in €**

01.01.2006	5.007.198,70
Inanspruchnahme	2.274.699,59
Auflösung	42.952,28
Zuführung	1.983.346,79
31.12.2006	4.672.893,62

Eine Verminderung der Rückstellungen im Vergleich zum Vorjahr erfolgte im wesentlichen bei den Rückstellungen für Altersteilzeit (-956 T€) und bei den Rückstellungen für unterlassene Instandhaltung (-433 T€). Die Erhöhungen der Rückstellungen resultieren vor allem aus den Aufwandsrückstellungen für Personalkosten insbesondere für Oberarztzulagen und variable Bezüge der Chefarzte.

#### 4.2 Entwicklung Anlagevermögen, Leistungsfähigkeit und Ausnutzungsgrad der wichtigsten Anlagen

##### (A) Anlagevermögen in €

01.01.2006	150.318.460,42
Zugänge	13.455.473,28
Abgänge	109.546,86
Abschreibungen	6.369.442,86
31.12.2006	157.294.943,98

Die Zugänge im Anlagevermögen resultieren hauptsächlich aus den Zugängen infolge der Fertigstellung der Küche sowie in Bau befindlichen Anlagen, wie Bettenhaus III, Küche und Gebäude G sowie Einrichtungen und Ausstattungen.

#### 4.3 Kennzahlen zur Vermögens- und Kapitalstruktur

	2006	2005	Veränderung 2006 : 2005
Anlagenintensität in %	88,90	82,80	6,10
Eigenmittelquote in %	27,90	27,90	0,00
Verschuldungsgrad in %	8,10	15,90	-7,80

Die **Anlagenintensität** hat sich zum Vorjahr erhöht. Dies resultiert aus der deutlichen Erhöhung des Anlagevermögens.

Trotz einer leichten Erhöhung des Eigenkapitals hat sich die **Eigenmittelquote** gegenüber dem Vorjahr nicht verändert. Dies resultiert aus einer Zunahme der Bilanzsumme.

Der **Verschuldungsgrad** hat sich dagegen deutlich verringert.

#### 4.4 Entwicklung der Umsatzerlöse in €

Die Entwicklung der Umsatzerlöse ist im Vergleich zum Vorjahr aus nachfolgender Tabelle ersichtlich:

	2006	2005	Abweichung
Erlöse aus KH-Leistungen	88.703.790,81	85.773.478,02	2.930.312,79
Erlöse aus Wahlleistungen	192.374,72	210.448,67	-18.073,95
Erlöse aus amb. Leistungen	825.800,51	592.912,53	232.887,98
Nutzungsentgelte	248.034,96	187.334,39	60.700,57
Veränderung Bestand an unfertigen Leistungen	173.257,42	-48.989,77	222.247,19
Zuweisung d. öffentl. Hand	907.807,33	791.061,07	116.746,26
Sonstige betriebliche Erträge	4.644.516,90	3.821.248,58	823.268,32
<b>Gesamt</b>	<b>95.695.582,65</b>	<b>91.327.493,49</b>	<b>4.368.089,16</b>

Nach Abschluss der Budget- und Entgeltvereinbarungen für das Jahr 2006 wurde für die Abrechnung der Fallpauschalen im Jahresdurchschnitt ein Basisfallwert in Höhe von 2.914,77 € (Vorjahr 3.163,89 €) zu Grunde gelegt. Das vereinbarte Gesamtbudget betrug inklusive Ausgleichs für Mehr- oder Mindererlöse aus Vorjahren sowie Berichtigungen insgesamt 88.978.406,00 €.

Die Zunahme der Erlöse aus Krankenhausleistungen zum Vorjahr ist im Wesentlichen auf die Erhöhung der Behandlungstage im psychiatrischen Bereich durch die zusätzlichen Kapazitäten sowie die Übernahme der Kinder- und Jugendpsychiatrie zurückzuführen.

Der Casemix-Index (CMI, ohne Überlieger), der als Messwert für die durchschnittliche Fallschwere gilt, ist von 1,020 (Vorjahr) um 0,03 Punkte auf 0,990 gesunken. Die Umsatzerlöse je stationärem DRG-Fall haben sich von 3.223,33 €/Fall in 2005 auf 3.003,31 €/Fall in 2006 um 220,02 €/Fall reduziert (MIS vom 15.02.07).

Im Vergleich zum Vorjahr sind die Erlöse aus Wahlleistungen leicht rückläufig (-18 T€). Dies resultiert im Wesentlichen aus einer Umgliederung von Erlösen für medizinisch bedingte Begleitpersonen (67 T€), die ab dem Geschäftsjahr 2006 in die Erlöse aus Krankenhausleistungen eingehen.

Mit dem Aufbau der Psychiatrischen Institutsambulanzen für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche, welche die ambulante psychiatrische - psychotherapeutische Versorgung der Patienten gewährleisten, konnten die Erlöse aus ambulanten Leistungen des Krankenhauses deutlich gesteigert werden (+233 T€).

Die Mehreinnahmen aus Nutzungsentgelten stehen im engen Zusammenhang mit einer leicht zunehmenden Inanspruchnahme von wahlärztlichen Leistungen.



Die Entwicklung der Bestandsveränderung an unfertigen Leistungen resultiert u.a. aus der gestiegenen Anzahl (+46 Patienten) von Jahresüberliegern 2006/2007 gegenüber dem Vorjahr.

Die Entwicklung der sonstigen betrieblichen Erträge ist im Wesentlichen auf Erweiterung der Lieferverträge der Apotheke an Dritte zurückzuführen. Für nicht erkennbare, latente Risiken wurde die Pauschalwertberichtigung in Höhe von 112 T€ reduziert, welche ebenso zur Erhöhung der sonstigen betrieblichen Erträge in 2006 führte.

#### **4.5 Entwicklung des Personals und der Personalkosten**

##### **(A) Personalkosten**

	<b>2006</b>	<b>2005</b>	<b>Abweichung</b>
Löhne und Gehälter	49.513.783,59	48.484.329,22	1.029.454,37
Soziale Abgaben u. Aufwend. für Altersversorgung	11.591.313,55	11.554.526,56	36.786,99
davon f. Altersversorgung	2.349.489,00	2.423.290,39	-73.801,39
<b>Gesamt</b>	<b>61.105.097,14</b>	<b>60.038.855,78</b>	<b>1.066.241,36</b>

##### **(B) Anzahl Vollkräfte (ohne Zivildienstleistende)**

durchschnittl. VK 2006 1.194,4

durchschnittl. VK 2005 1.214,2

Im Ergebnis der Tarifverhandlungen zwischen Ver.di und dbb tarifunion vom 02. August 2006 wurde sich auf einen krankenhausspezifischen Tarifvertrag verständigt, der dann ab dem 1.8.2006 mit Regelungen zu monatlichen Zulagen an die Beschäftigten sowie der Erhöhung der Bemessungssätze zur Vergütung des Bereitschaftsdienstes mit neuer Stufenregelung einherging. Zusätzlich ergaben die massiv geführten Tarifverhandlungen zwischen der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände und dem Marburger Bund am 21.8.2006 die Einigung zu einem eigenständigen Tarifvertrag der Ärzte (TV-Ärzte/VKA) ab dem 1.8.2006. Der Tarifvertrag löste die bisherigen Regelungen zur Eingruppierung von Ärzten nach dem TvöD gänzlich ab. Eine davon unabhängige Anpassung der allgemeinen Erhöhung der Entgelte um 1,5 % ab 1. Juli 2006 für den Tarifbereich Ost fand wie vereinbart statt und galt für alle Beschäftigten.

Das Städtische Klinikum führte in 2006 gem. § 61 der Satzung der Zusatzversorgungskasse eine Umlage in Höhe von 1,5 % und einen Zusatzbeitrag in Höhe von 4,0 % des zusatzversorgungspflichtigen Entgeltes an die Zusatzversorgungskasse ab.

Um die finanziellen Belastungen durch die Engeltangleichungen des Tarifbereiches Ost an das Tarifgebiet West zu verringern, haben die Tarifvertragsparteien mit dem Tarifabschluss vom 10. Januar 2003 die Einführung eines Arbeitnehmeranteils beschlossen. Der Arbeitgeber hatte somit die Möglichkeit, vom Entgelt seiner Arbeitnehmer den Eigenanteil in Höhe von 0,8 % ab 1.1.2006 bis 30.06.2006 und ab 01.07.2006 einen Eigenanteil in Höhe von 1,1% des zusatzversorgungspflichtigen Entgeltes einzubehalten.

Eine Entlastung bei den Aufwendungen für die Altersvorsorge war wegen erhöhter Eigenanteilzahlung der Beschäftigten in 2006 gegenüber dem Vorjahr im Umfang von 73.801 € zu verzeichnen. Ferner wirken sich die Veränderungen der Beitragssätze der Krankenkassen und die Anhebung der Bemessungsgrenzen für die Arbeitslosen-, Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung auf die gestiegenen Sozialabgaben aus.

Die Personalkosten je Fall haben sich von 2.187,69 €/Fall in 2005 auf 2.117,11 €/Fall in 2006 um 70,58 €/Fall reduziert.

#### **4.6 Entwicklung ausgewählter Sachkosten in €**

	<b>2006</b>	<b>2005</b>	<b>Abweichung</b>
Medizinischer Bedarf	20.550.750,27	18.993.551,36	1.557.198,91
Wirtschaftsbedarf	2.052.521,24	2.128.691,56	-76.170,32
Verwaltungsbedarf	1.620.606,30	1.772.071,21	-151.464,91
Instandhaltung	2.830.565,86	3.283.377,74	-452.811,88
<b>Summe Positionen</b>	<b>27.054.443,67</b>	<b>26.177.691,87</b>	<b>876.751,80</b>

Die zum Vorjahr zu verzeichnende Überschreitung im **medizinischen Bedarf** zeigt sich insbesondere bei den Kosten für Arzneimittel, im Narkose- und OP-Bedarf sowie bei den Implantaten. Bei den Arzneimitteln waren Mehraufwendungen bei Lieferungen für Dritte sowie für Zytostatika zu verzeichnen. Ferner wurde eine zunehmende Anzahl von Patienten zur Behandlung des metastatischen Darmkrebses mit kostenintensiven Chemotherapeutika betreut. Weiterhin hat sich der zunehmende Trend zur Implantation von Defibrillatoren anstelle von herkömmlichen Herzschrittmachern auch im Jahr 2006 fortgesetzt.

Im **Wirtschafts- und Verwaltungsbedarf** sowie den **Instandhaltungsaufwendungen** konnten gegenüber dem Vorjahr Kosteneinsparungen erzielt werden.

Die oben dargestellten Sachkosten haben sich von 1.170,82 €/Fall in 2005 auf 1.146,50 €/Fall in 2006 um 24,32 €/Fall reduziert.

#### **4.7 Entwicklung der Liquidität**

Die Verbesserung der Liquidität sowie die Bereitstellung der Fördermittel für das Teilobjekt „2. Bettenhaus“ der Einzelfördermaßnahme „2. Bettenhaus und Umbau Küche, Labor, Radiologie, 3. BA“ durch das Land Sachsen-Anhalt führten dazu, dass der Kas senkredit im 1. Halbjahr 2006 in voller Höhe an die Landeshauptstadt Magdeburg zurückgezahlt werden konnte.

	<b>2006</b>	<b>2005</b>	<b>Abweichung</b>
Zinsen für Betriebsmittelkredit in €	77.695,57	193.348,72	-115.653,15

## 5                    **Voraussichtliche Entwicklung und Risiken und Chancen mit Einfluss auf die Finanz- und Ertragslage**

### 5.1                **Qualitäts- und Risikomanagement**

Das Städtische Klinikum hat die Leistungen seiner Kliniken und Institute in einem strukturierten Qualitätsbericht gem. § 137 SGB V abgebildet.

Das Qualitätsmanagement koordiniert die Projektarbeit und bewertet die Ergebnisse nach den Kriterien der KTQ.

Das Klinikum wurde als Gesundheitsförderndes Krankenhaus anerkannt.

In fortdauernden Qualitätsmanagementprojekten wie z.B.

- **Patientenbefragungen,**
- **Einweiserbefragungen und**
- **Beschwerdemanagement**

analysiert das Klinikum die Prozesse, misst Daten, um davon Verbesserungsbedarf abzuleiten. Daraus entstehen Maßnahmepläne wie z.B.

- **Entlassungsmanagement,**
- **Wund- u. Dekubitusmanagement,**
- **Schmerztherapie und Schmerzdienst und**
- **Rückengerechter Patiententransfer**

die in interdisziplinären Arbeitsgruppen bearbeitet, kontrolliert und umgesetzt werden. Zertifiziert wurde das Brustzentrum Magdeburg gemeinsam mit der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Angemeldet wurde die Zertifizierung als Gefäßzentrum.

### 5.2                **Wesentliche Risiken mit Einfluss auf die Finanz- und Ertragslage**

Im Land Sachsen-Anhalt wurde der landesweite Basisfallwert für die Geschäftsjahre 2006 mit 2.730,- € und 2007 mit 2.750,- € vereinbart. Bei Berücksichtigung eines gleich bleibenden Leistungsspektrums bewirkt dies, dass sich in der Simulation das Budget bis zum Ende der Konvergenzphase um ca. 6,0 Mio€ verringert. Ferner werden weitere negative Auswirkungen in 2007 aus Personalkostensteigerungen mit Umsetzung des **Arbeitszeitgesetzes** (ArbZG) sowie vereinbarter Tarifsteigerungen von ca. 1,0 Mio€, dem GKV-WSG von ca. 500 T€ und der Umsatzsteuererhöhung von rd. 600 T€ sowie vereinbarte Abfindungszahlungen in Höhe von ca. 3,5 Mio€ anfallen. Bis zum Ende der Konvergenzphase ergibt sich für das Städtische Klinikum nach derzeitigen Erkenntnissen ohne Berücksichtigung von Einmalbelastungen und erwarteten Umsatzrenditen ein wirtschaftlicher Handlungsbedarf von 8,0 Mio€ bis 9,0 Mio€.

Die künftigen wirtschaftlichen Auswirkungen des **GKV Wettbewerbsstärkungsgesetz** (GKV-WSG) auf die Krankenhäuser sind in Gänze noch nicht abschätzbar. Sicher scheint jedoch, dass sich neben massiven Einschnitten in der Patientenversorgung die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser deutlich verschärft.

Wirtschaftliche Risiken bestehen für die Krankenhäuser auch durch das Gesetzes zur **Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG)** was zu einem Anstieg der Arzneimittelkosten führen dürfte. Auch die nach § 17 a KHG mit den Krankenkassen erforderliche Vereinbarung eines Budgets für die **Ausbildungsfi-**

**finanzierung** kann dazu führen, dass die Finanzierung der Ausbildung nicht mehr gesichert ist. Die mit der **Krankenhausplanung** 2006 des Landes Sachsen-Anhalt für das Klinikum beantragten Zentren und Schwerpunkte sowie die Kapazitätsausweitung in der Erwachsenenpsychiatrie sind bisher vom Ministerium für Gesundheit und Soziales noch nicht bestätigt worden. Insofern könnten die geplanten Leistungsmengen nicht wie beabsichtigt umgesetzt werden. Auch im Städtischen Klinikum für die Vorhaltung der erforderlichen Qualität dringend notwendige medizintechnische Investitionen können durch die **ungenügende Pauschalförderung** nicht abgedeckt werden.

Nur schwer abschätzbare wirtschaftliche Risiken bestehen in den sich ausweitenden multimorbiden und damit immer kostenintensiveren **Patientenstrukturen**. Weitere Risiken werden im **Beschaffungsmarkt** (Lieferantenstruktur, Fusionsprozesse, Preisentwicklung), der Entwicklung **medizinischer Technologie** und medizinischen Know-hows, dem **Wettbewerb** der Krankenhäuser untereinander sowie zwischen Klinikum und ambulanten sowie rehabilitativen Bereich, aber auch zunehmend bei der Akquisition von leitenden Ärzten aufgrund von Diskussionen im finanziellen Bereich gesehen. Gegen **Naturereignisse und Katastrophen** sind für das passive Risikomanagement entsprechende Versicherungen abgeschlossen. Aktiv werden investive und organisatorische Maßnahmen umgesetzt.

In 2007 wird die Standortezusammenführung abgeschlossen. Inwieweit Risiken aus der Immobilie Altstadt auf die künftige Vermögenslage abzuleiten sind, befindet sich noch im Klärungsprozess.

### **5.3 Wesentliche Chancen mit Einfluss auf die Finanz- und Ertragslage**

Das bestehende Konsolidierungskonzept wird kontinuierlich umgesetzt.

Dieses Konzept gliedert sich im Hinblick auf die Höhe des notwendigen Konsolidierungsbedarfes und der Komplexität der notwendigen Maßnahmen in die Stufen 2006/2007 und 2009.

Wesentliche Bestandteile sind die Konzentration der Kapazitäten auf einen Standort nach Abschluss einer umfassenden baulichen Sanierung bis zum 30. Juni 2007, die Erschließung von Potentialen zu Erlössteigerungen bis hin zu gesellschaftsrechtlichen Verflechtungen zur Vermeidung von Personalfreisetzung, die Vorgabe des Trägers für einen möglichst sozialverträglichen Personalabbau sowie der Prüfauftrag zur Umwandlung der Rechtsform des Eigenbetriebes in städtischer Trägerschaft.

Die **erste Stufe** des Konsolidierungskonzeptes wird bis zum 30. Juni 2007 abgeschlossen und umfasst eine Neugliederung der Stationsbereiche am Standort Olvenstedt sowie eine erste Personalanpassung an die neu geschaffenen Strukturen und den vorhandenen leistungsbezogenen Personalbedarf. Im Rahmen dieser ersten Stufe werden die Personalkosten jährlich um etwa 5.800 T€ reduziert. Dies entspricht einem weitestgehend sozialverträglichen Personalabbau von ca. 135 Vollkräften, wobei der vollständige Kosteneffekt erstmals in 2008 realisiert werden kann.

Die **zweite Stufe** basiert auf der Ausgangslage, dass unter Berücksichtigung der Erwirtschaftung einer notwendigen Umsatzrendite von 2,5 % bis 3,0 % im Zeitraum von 2007 bis 2010 weitere Anpassungen an das DRG-System zwingend sind. Ferner wird ein tendenzielles Absinken des Landesbasisfallwertes in Sachsen-Anhalt erwartet. Die im Benchmark nachgewiesenen noch zu hohen Verweildauerwerte sowie Personal- und Sachkosten sind zu verringern.

Aus den genannten Punkten ergeben sich für die zweite Stufe der Konsolidierung folgende Schwerpunkte:

1. Erstellung einer Personalbedarfsanalyse des bisher nicht näher betrachteten Ärztlichen Dienstes mit dem Ziel arztentlastende Tätigkeiten durch kostengünstigere Berufsgruppen zu ersetzen.
2. Durchführung eines strikten Verweildauercontrollings zur Umsetzung von Benchmark Verweildauerwerten und ggf. Neustrukturierung von Stationsbereichen.
3. Umsetzung von Maßnahmen zur Erlösstabilisierung bzw. –steigerung durch Ausdifferenzierung des Leistungsangebotes, Kooperationen, strategische Partnerschaften bis hin zu gesellschaftsrechtlichen Verflechtungen mit Krankenhäusern im regionalen Umfeld sowie die Schaffung neuer Leistungsangebote im ambulanten und stationären Bereich.
4. Absenkung der Personalkosten durch Strukturveränderungen im Rahmen der angestrebten Rechtsformänderung.
5. Anpassung der Personal- und Sachkosten auf ein wettbewerbsfähiges Niveau auf der Grundlage der realisierten prozessorientierten Erfahrungswerte des Krankenhausbetriebes an einem Standort und der ggf. erforderlichen Änderungen im Versorgungsangebot. Dies schließt die Prüfung von Out- und Insourcing Maßnahmen ein.

Die Maßnahmen der zweiten Stufe beginnen im Geschäftsjahr 2007 und werden bis in das Jahr 2008 andauern.

Sowohl die im Punkt 5.2 dargestellten Risiken, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben können, da Änderungen der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen jederzeit denkbar sind, wie auch die im Punkt 5.3 erläuterten Chancen durch den Konsolidierungsprozess zeigen, dass es auch im Städtischen Klinikum Magdeburg für eine Konsolidierung eine Vielzahl von Aspekten zu berücksichtigen gilt, deren Beachtung und möglichst zeitnahe Umsetzung von entscheidender Bedeutung für deren Erfolg sein werden.

Magdeburg, den 16. März 2007

gez. Dr. Christiane Neumann  
Betriebsleiterin