



Lagebericht 2020

KLINIKUM MAGDEBURG gGmbH

Lagebericht des Klinikum Magdeburg gGmbH für das Geschäftsjahr 2020

1	Grundlagen und Geschäftsmodell des Unternehmens.....	3
1.1	Geschäftsmodell	3
1.2	Ziele & Strategie.....	3
2	Wirtschaftsbericht.....	5
2.1	Gesamtwirtschaftliche und branchenbezogene Rahmenbedingungen	5
	a) Demografischer Wandel.....	5
	b) Pandemie Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)	5
	c) Rechtliche Rahmenbedingungen und strukturelle Folgen.....	5
	d) Krankenhausplanung und -finanzierung	7
	e) MDK Im Umbruch.....	8
2.2	Geschäftsverlauf	9
	a) Leistungsentwicklung	9
	b) Umsatzentwicklung	10
	c) Ergebnisentwicklung	11
2.3	Lage.....	12
	a) Ertragslage.....	12
	b) Betriebliche Aufwendungen.....	12
	c) Finanz- und Vermögenslage	13
2.4	Gesamtaussage.....	14
3	Chancen-, Risiko- und Prognosebericht	15
	a) Risiken	15
	b) Chancen.....	16

1 Grundlagen und Geschäftsmodell des Unternehmens

1.1 Geschäftsmodell

Die Konzernstruktur umfasst neben der KLINIKUM MAGDEBURG gemeinnützige GmbH (im Folgenden Klinikum oder Klinikum Magdeburg) die MVZ Klinikum Magdeburg gemeinnützige GmbH (im Folgenden MVZ) und die Servicegesellschaft Klinikum Magdeburg GmbH (im Folgenden Servicegesellschaft) als 100-prozentige Tochterunternehmen. An dem gemeinsam mit den Pfeifferschen Stiftungen betriebenen Bildungszentrum für Gesundheitsberufe Magdeburg gemeinnützige GmbH (im Folgenden Bildungszentrum) hält das Klinikum Magdeburg 50 % der Anteile.

Der Geschäftsverlauf, die Vermögens-, Finanz- und Ertragslage sowie die Chancen und Risiken der künftigen Entwicklung werden nahezu ausschließlich durch die Verhältnisse der Muttergesellschaft geprägt. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich diesbezüglich im Wesentlichen auf die Muttergesellschaft. Das Bildungszentrum ist nicht in dem Konzernabschluss konsolidiert.

Das Klinikum Magdeburg ist laut Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung. Das Leistungsspektrum erstreckt sich über die gesamte Bandbreite der somatischen Medizin sowie über den Bereich Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie.

Das Klinikum führt die praktische Ausbildung in der generalistischen Pflegeausbildung durch, mit Ausbildungsbeginn jährlich im März und September. Die theoretische Ausbildung erfolgt im Bildungszentrum für Gesundheitsberufe Magdeburg gemeinnützige GmbH.

Die Apotheke des Klinikums versorgt weitere Krankenhäuser in der Umgebung. Das Zentrallabor bietet seine Leistungen im Rahmen der Krankenhausversorgung und innerhalb des Medizinischen Versorgungszentrums, einer Tochtergesellschaft des Klinikums, an.

Als akademisches Lehrkrankenhaus der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg bildet das Klinikum Magdeburg angehende Ärzte im praktischen Jahr aus, um eine zukünftige Patientenversorgung zu sichern.

Haupteinzugsgebiet des Klinikums ist die Stadt Magdeburg. Nennenswerte Patientenströme erreichen das Haus aus dem Bördekreis und dem Jerichower Land.

1.2 Ziele & Strategie

Die Covid-19-Pandemie stellte das Klinikum Magdeburg vor große Herausforderungen. Alltägliche Strukturen und Abläufe mussten stetig neu koordiniert werden und sich dem rasch ändernden Infektionsgeschehen anpassen. Eine der großen Herausforderungen während der Covid-19-Pandemie, war und ist einerseits die unvorhersehbare Fallzahlentwicklung der stationären Covid-19-Patienten, insbesondere der auf den Intensivstationen. Andererseits mussten elektive Operationen verschoben, deren Einnahmen fehlen. Die Ansätze des Wirtschaftsplanes für das Jahr 2020 wurden daher obsolet und durch eine Steuerung im Krisenmodus abgelöst.

Darüber hinaus sind für die zukünftige Entwicklung des Klinikum Magdeburg folgende Einflussfaktoren einer bedarfsgerechten hochmodernen medizinischen Versorgung der Zukunft für die Stadt Magdeburg und das Umland wesentlich:

- gesetzliche Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung,
- der Einsatz von Innovationen des medizinischen Fortschritts,
- die Qualität und die Transparenz der medizinischen Leistungen,

- unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- sowie Kooperationen.

Aus der Digitalisierung entstehen neue Anforderungen an die digitale Prozessgestaltung der Arbeitsabläufe und der Datenverarbeitung. Durch die Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) wird die KMD gGmbH das Potenzial der digitalen Transformation nutzen, um eine qualitätsgesicherte und effiziente Patientenversorgung zu sichern. Um dies zu gewährleisten, ist die sogenannte Mensch-zu-Mensch-Kommunikation unerlässlich. Dennoch müssen neben den medizinischen und gesellschaftlichen Anforderungen auch die Entwicklung in Richtung eines digitalen Krankenhauses der Zukunft vorangetrieben werden. Wichtige Schritte gelangen mit der Einführung einer elektronischen Patientenakte und der digitalen Notfallplattform IVENA. Weitere Projekte zur digitalen Innovation wurden 2020 (Projekte aus KHZG) angeschoben. Eine weitere Basis für die kontinuierliche Förderung von Innovationen im Unternehmen sind E-learning und der Einsatz des roboter-assistierte Chirurgesystems Da Vinci.

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) soll der Digitalisierungsprozess im Gesundheitswesen weiter vorangetrieben werden. Das DVG beinhaltet drei Schwerpunkte. Patientinnen und Patienten können sich künftig digitale Gesundheits-Apps wie Arzneimittel vom Arzt/von der Ärztin auf Kassenkosten verschreiben lassen. Sie sollen die Möglichkeit erhalten, ihre Gesundheitsdaten in einer elektronischen Patientenakte (ePA) speichern zu lassen und telemedizinische Angebote wie Videosprechstunden leichter nutzen können. Das Gesetz forciert auch die Erweiterung der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen (TI). Ärztliche Aufklärung und Patienteneinwilligung zur Videosprechstunde können im Rahmen der Videosprechstunde erfolgen.

Die Digitalisierung verändert die Arbeitswelt. Auch in der Gesundheitswirtschaft werden Prozesse effizienter und es entstehen neue Arbeitsmodelle, Arbeitsabläufe und Aufgaben verschmelzen mit der Informationstechnik. Künstliche Intelligenz ermöglicht Innovation, indem z. B. Roboter autonom lernen und miteinander oder mit Menschen interagieren. Dieser Wandel hat Auswirkungen auf alle Bereiche in der Gesundheitswirtschaft – so auch in der Pflege.

2 Wirtschaftsbericht

2.1 Gesamtwirtschaftliche und branchenbezogene Rahmenbedingungen

Das Klinikum Magdeburg ist mit einer Größe von 791 vollstationären Betten nach dem Universitätsklinikum mit 1.102 Betten der zweitgrößte Anbieter von Krankenhausleistungen in Magdeburg. Neben dem Klinikum in den Pfeifferschen Stiftungen (270 Betten) ist das Krankenhaus St. Marienstift (167 Betten) im Magdeburger Stadtgebiet als Mitbewerber zu nennen. Große Überschneidungen im Leistungsangebot bestehen aufgrund des breiten Angebots mit dem Universitätsklinikum. Mit den beiden anderen genannten Einrichtungen sind Parallelen im Portfolio insbesondere in der Chirurgie und der Kardiologie vorhanden.

Die Stadt Magdeburg ist umringt von Kliniken privater Anbieter. Zu nennen sind die Häuser der Helios-Gruppe in Burg, Zerbst, Neindorf und Vogelsang sowie die Ameos-Krankenhäuser in Haldensleben, Bernburg, Aschersleben, Staßfurt, Schönebeck und Halberstadt.

a) Demografischer Wandel

Der demografische Wandel in unserer Gesellschaft sowie der Fachkräftemangel wird die Herausforderungen in unserem Marktumfeld weiterhin wesentlich beeinflussen.

Die Zunahme altersbedingter Erkrankungen werden die steigenden Anforderungen an Medizin und vor allem an Pflege weiter maßgeblich prägen. Da die Patienten zunehmend aufgeklärter sind, steigen die Ansprüche an die Gesundheitsversorgung. Der wissenschaftliche und technische Fortschritt geht weiter, so dass sowohl eine hochwertige Medizin als auch die Qualität der medizinischen Leistungserbringung stärker in den Fokus rücken.

Die demografische Entwicklung wirkt aber nicht nur auf der Nachfrageseite, sondern stellt auch ein Risiko in Form des drohenden Fachkräftemangels dar. Dem steigenden Bedarf steht damit ein immer geringeres Angebot an jungen Arbeitskräften gegenüber. Insbesondere vor dem Hintergrund der gesetzlich eingeführten Pflegepersonaluntergrenzen und den erhöhten Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) an die Personalausstattung hinsichtlich bestimmter Leistungen werden die Fachkräfte im Gesundheitsmarkt der begrenzende Wachstumsfaktor sein.

b) Pandemie Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)

Mit dem rasanten Anstieg der Infiziertenzahlen stieg auch die Zahl der in den deutschen Krankenhäusern behandelten Covid-19-Patienten spürbar. Durch diesen Anstieg verringern sich vor allem die Intensivkapazitäten stetig mit der Folge sinkender Behandlungskapazitäten für elektive Krankenhaufälle.

c) Rechtliche Rahmenbedingungen und strukturelle Folgen

Die Branche über Jahrzehnte von zahlreichen regulatorischen Veränderungen geprägt, wobei die Geschwindigkeit der regulatorischen Eingriffe weiter an Fahrt gewinnt. Es besteht ein starker Wettbewerb um Fachkräfte und Patienten, der den Prozess zur Bereinigung von Überkapazitäten im Bereich der stationären Versorgung verstärkt.

Mit der Einführung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) zum 1.1.2019 trat eine wesentliche Veränderung von gesetzlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser in Kraft.

Aus den bisherigen DRGs werden die Pflegekosten herausgelöst und in Form eines Pflegebudgets vollumfänglich refinanziert. Demnach werden im Entgeltkatalog 2020 die bisher DRG-relevanten Kosten um die in der Kalkulation berücksichtigten Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen bereinigt. Die ausgegliederten Personalkosten des Pflegedienstes werden ab 2020 durch das Pflegebudget finanziert.

Für die Finanzierung der restlichen Leistungen verbleibt eine aDRG. Das „a“ kennzeichnet die DRG ohne die nun ausgegliederten Pflegepersonalkosten.

Das Pflegebudget beinhaltet die Kosten des Pflegedienstes auf der Normalstation, der Intensivstation, der Dialyseabteilung und einer etwaigen bettenführenden Aufnahmestation, kurz: der Pflege am Bett. Die gesetzlichen Vorgaben zur Ermittlung des Pflegebudgets sind in der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung (PPKAV). Grundsätzlich gilt, dass die aDRG und die Zusatzentgelte, wie bereits in den Jahren zuvor, gedeckelt sind. Anders jedoch verhält es sich beim Pflegebudget. Dieses ist nicht gedeckelt, und jede Pflegekraft, die im Pflegebudget Berücksichtigung findet, wird refinanziert. Neben dem Fallpauschalenkatalog 2020 existiert nun ein Pflegeerlöskatalog 2020. Der Pflegeerlöskatalog enthält die Bewertungsrelationen für die Pflegeerlöse der jeweiligen DRG pro Tag. Der Pflegeerlös eines Falls wird ermittelt, indem die Belegungstage mit der tagesbezogenen Pflegebewertungsrelation multipliziert werden. Anschließend erfolgt eine Multiplikation des Ergebnisses mit einem Pflegeentgeltwert.

Für das Jahr 2020 beträgt der Pflegeentgeltwert auf der Grundlage des Krankenhausentlastungsgesetzes ab dem 1. April 2020 statt 146 Euro nun 185 Euro. Im COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz ist geregelt, dass der erhöhte Betrag bei den Krankenhäusern verbleibt, auch wenn keine Pflegepersonalausgaben in gleicher Höhe entstanden sind. Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz entstehen somit zwei Systeme der Krankenhausfinanzierung, das aDRG-System ohne Pflegekosten und das Pflegebudget. Auf Seiten der Krankenhäuser sollen durch das Pflegebudget die tatsächlichen Personalkosten der Pflege vollumfänglich finanziert werden. Damit entsteht ein erhöhtes Refinanzierungsrisiko für alle Dienstarbeiten außerhalb der Pflege am Bett.

Der DRG-Katalog 2020 wurde auf der Grundlage der plausibilisierten und bereinigten Kosten- und Leistungsdaten von 293 Krankenhäusern (davon 13 Universitätskliniken) und insgesamt rund 5,2 Mio. Fällen kalkuliert. Der Katalog für das Jahr 2020 weist 1.292 Fallpauschalen und 218 Zusatzentgelte - überwiegend für teure Medikamente und Medizinprodukte - aus, die in eng begrenzten Ausnahmefällen zusätzlich zu den Fallpauschalen abgerechnet werden können.

Die Entwicklung des Umfanges der stationären Leistungen wird zunehmend durch die Bestrebungen des Gesetzgebers und der Krankenkassen beeinflusst, Leistungen in den ambulanten Operationskatalog zu verschieben.

Der Gesetzgeber hat zur wirtschaftlichen Stärkung der Krankenhäuser zahlreiche gesetzliche Regelungen für das Jahr 2020 geschaffen.

Mit dem „Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen“ (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) vom 27.03.2020 wurden Sonderregelungen zur Entlastung der Krankenhäuser in Folge der Corona-Pandemie gesetzlich bis zum 30.09.2020 verankert. Mit § 21 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) werden Ausgleichszahlungen für die Ausfälle der Einnahmen, die seit dem 16. März 2020 dadurch entstehen, dass Betten nicht so belegt werden können, wie es vor dem Auftreten der SARS-CoV-2-Pandemie geplant war, geregelt. Die Selbstverwaltungspartner nach § 17 b KHG wurden mit § 21 Abs. 7 KHG beauftragt, das Nähere zum Verfahren zu vereinbaren.

Die Ausgleichszahlungen wurden von den Landesbehörden an die Krankenhäuser ausgezahlt. Mit der Verordnung zur Anpassung der Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung – AusglZAV) macht der Ordnungsgeber von seiner Möglichkeit nach § 23 Abs. 2 KHG Gebrauch, die Höhe der tagesbezogenen Pauschale zu differenzieren. Die AusglZAV trat zum 09.07.2020 in Kraft. Gemäß der AusglZAV kamen die neuen tagesbezogenen Pauschalen ab dem 13.07.2020 zur Anwendung.

Mit dem Dritten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18. November 2020 wurden weitere Maßnahmen zur Entlastung und finanziellen Absicherung der Krankenhäuser in Kraft gesetzt. Mit dem in § 21 KHG neu eingeführten Absatz 1a wurden die Freihaltepauschalen wiedereingeführt, sodass vom Land bestimmte Krankenhäuser für Erlösausfälle, die zwischen dem 18.11.2020 und 31.01.2021 aufgrund von Verschiebungen oder Aussetzungen von planbaren Eingriffen und Operationen entstanden, Ausgleichszahlungen erhielten.

Neben dem Krankenhauszukunftsfonds sieht das KHZG Finanzierungsregelungen für die Corona bedingten Erlösausfälle und Mehrkosten der Krankenhäuser vor, die durch die Freihaltepauschalen nicht ausreichend gegenfinanziert wurden. Sind die Erlöse des Jahres 2020 geringer als entsprechende Erlöse aus dem Jahr 2019, soll vor Ort ein Ausgleich zwischen Kliniken und Kostenträgern vereinbart werden.

Für die Finanzierung coronabedingter Mehrkosten können Krankenhäuser für Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und 31.12.2021 aufgenommen werden, zeitlich befristete Zuschläge vereinbaren.

Vertragsparteien auf Bundesebene haben sich für die Abrechnung von Zuschlägen für nicht anderweitig finanzierte, coronabedingte Mehrkosten auf eine Vereinbarung nach § 9 Abs. 1a Nr. 9 KHEntgG verständigt, mit der übergangsweise vom 01.10.2020 bis zum 31.12.2020 die bisherigen gesetzlich vorgegebenen Zuschläge in Höhe von 50,00 bzw. 100,00 Euro (Covid-Patient) im Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegegesetzverordnung fortgeführt werden.

Der Fixkostendegressionsabschlag(FDA) nach § 4 Abs. 2a KHEntgG gilt nicht:

- für die Vereinbarung des Erlösbudgets für das Jahr 2020
- und somit auch nicht in 2020, wenn dieser für das Jahr 2018 bzw. 2019 vereinbart wurde

Für Testungen auf eine SARS-CoV-2-Infektion im Krankenhaus (§ 26 KHG, siehe 2. Bevölkerungsschutz-Gesetz) mittels PCR-Tests wurden Zusatzentgelte eingeführt.

Für Prüfungen durch den Medizinischen Dienst (MD) gemäß § 275c SGB V wurde eine Prüfoberquote festgelegt (i.H.v. 5%).

Zur Liquiditätssicherung der Krankenhäuser verkürzte der Gesetzgeber die Zahlungsfrist gemäß § 330 SGB V für bis 31.12.2020 erbrachte und in Rechnung gestellte Leistungen auf 5 Tage.

d) Krankenhausplanung und -finanzierung

Die Bundesländer erstellen zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen einen Krankenhausplan und entscheiden damit über die Anzahl der erforderlichen Krankenhäuser. Die Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt erfolgt auf der Basis des Krankenhausgesetzes Sachsen-Anhalt (KHG LSA). Ist ein Krankenhaus in einen Landeskrankenhausplan aufgenommen, so ist damit der Rechtsanspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages mit den zuständigen Verbänden der Krankenkassen verbunden.

Am 01. Dezember 2019 trat für Sachsen- Anhalt ein neuer Krankenhausplan in Kraft. Die Qualitätsorientierung hatte eine deutlich stärkere Bedeutung als bei der Erstellung der vorherigen Krankenhauspläne. Auch werden im neuen Krankenhausplan erstmalig verbindliche Kooperationen durch Sternvermerk ausgewiesen. Die Klinikum ist im Krankenhausplan LSA in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. 4. 2005 (GVBl. LSA S. 203), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 6. 5. 2019 (GVBl. LSA S. 76), als Schwerpunktversorger ausgewiesen. Neu ist die Aufnahme der Psychosomatik für Kinder und Jugendliche im Rahmen der Fachgebiete der Kinder- und Jugendmedizin und der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die Einstufung gemäß der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern (§ 136c Absatz 4 SGB V) laut Beschluss vom Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erfolgte in die umfassende Notfallversorgung (Stufe 3).

Der Stadtrat hat am 5.11.2020 in nichtöffentlicher Sitzung die Bestrebungen der Universitätsklinik Magdeburg und des Klinikums Magdeburg hinsichtlich einer Zusammenarbeit bestätigt. Grundlage bilden der zukünftige Versorgungsbedarf und die Versorgungsstrukturen der Landeshauptstadt unter Einschluss der ländlichen Versorgung der Region um Magdeburg sowie des modernen Rettungsdienstes.

e) MDK Im Umbruch

Am 14. Dezember 2019 wurde das Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) beschlossen und trat am 1. Januar 2020 in Kraft. Im Mittelpunkt steht die unabhängigere Ausgestaltung der Prüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK).

2.2 Geschäftsverlauf

Das Klinikum Magdeburg wurde im Geschäftsjahr der Erfüllung des Versorgungsauftrages als Haus der Schwerpunktversorgung gerecht. Dabei stand im Mittelpunkt, die Patientenversorgung in der Balance der Versorgung von COVID-19 erkrankter Patienten auf 2 Infektionsstationen und auf der Intensivmedizinischen Station (maximal 10 Betten) sowie der in Abhängigkeit vorhandener personeller Ressourcen zusätzlich zur Notfallversorgung durchgeführten Schwerpunktversorgung wie Herzinfarkt, Schlaganfall und Tumoroperationen.

a) Leistungsentwicklung

Das abgelaufene Jahr 2020 brachte für das KMD aus Leistungssicht eine rückläufige, pandemiebedingte Leistungsentwicklung. Das Klinikum Magdeburg hat neben dem Universitätsklinikum Magdeburg maßgeblich zur Versorgung der COVID-19 Patienten der Stadt Magdeburg und auch des Umlandes beigetragen. Dabei auch schwerstkranke intensivpflichtige Patienten*innen unter anderem mit der ECMO Therapie behandelt. Das Klinikum ist in das regionale Versorgungscluster sowie Kleeblatt –Versorgung eingebunden. Somit wurden Patienten*innen aus anderen Bundesländern im Klinikum betreut.

Das Jahr 2020 zeigt pandemiebedingt eine gegenüber 2019 rückläufige stationäre Patientenversorgung in Höhe von 10,2 Prozent. Verursacht ist diese Entwicklung im Wesentlichen durch die Verschiebung bzw. Aussetzung von planbaren Aufnahmen, Operationen und Eingriffen, um Behandlungseinheiten für COVID-19 Fälle zur Verfügung zu stellen. Mit der Einführung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG), welches eine Vereinbarung zur Ausgliederung der Pflegepersonalkosten beinhaltet, ist eine differenzierte Betrachtung der Casemixveränderungen zum Vorjahr mit dem neuen Katalog und der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten erschwert. Aus dem G-DRG-Katalog wird ein aG-DRG-Katalog. Aus der Basis zur Berechnung des DRG-Katalogs (Fallkosten) werden die Pflegepersonalkosten auf Fallebene ausgegliedert. Auswirkungen dieser Änderung zeigen sich im gesunkenen Case- Mix gegenüber dem Vorjahr und dem daraus resultierenden Case-Mix-Index.

	2020	2019	Veränderung	
			absolut	relativ in %
DRG-Fälle stationär	26.065	29.012	-2.947	-10,2%
Case-Mix	25.225	34.224	-8.999	-26,3%
Pflege BWR	144.105	0	144.105	
Case-Mix-Index	0,968	1,181	-0,213	-18,0%
Verweildauer in Tagen	5,7	5,8	-0,1	-1,7%

Auch in den psychiatrischen Kliniken wurden 2020 coronabedingt weniger Patienten behandelt. Im stationären Bereich weisen die psychiatrischen Kliniken im Berichtsjahr 41.674 Belegungstage und damit 12.112 Belegungstage weniger als im Vorjahr aus. Im tagesklinischen Bereich weisen die psychiatrischen Kliniken im Berichtsjahr 12.075 Belegungstage und damit 9.359 Belegungstage weniger als im Vorjahr aus. Die Corona-Pandemie führte dazu, dass im Klinikum Magdeburg nicht so viele Patienten behandelt werden konnten wie in normalen Jahren.

	2020	2019	Veränderung	
			absolut	relativ in %
BPfIV-Belegungstage stationär	41.674	53.786	-12.112	-22,5%
BPfIV-Belegungstage teilstationär	12.075	21.434	-9.359	-43,7%
Belegungstage Tagesklinik für Onkologie	6.967	6.255	712	11,4%

Ergänzend ist festzuhalten, dass unser Personal selbst von Erkrankungen oder Quarantäne betroffen war und daher nicht vollumfänglich für die Behandlung und Versorgung der Patienten zur Verfügung stand. Seit Beginn der Pandemie haben wir 13.794 Mitarbeitertests auf durchgeführt. Davon wurden 108 Mitarbeiter positiv auf SARS- CoV-2 getestet.

b) Umsatzentwicklung

Die Kernleistung des Klinikum Magdeburg spiegelt sich in den Erlösen aus allgemeinen Krankenhausleistungen wider und ist ein wesentlicher Indikator für die operative Leistungsfähigkeit des Krankenhauses. Den größten Anteil haben dabei die Erlöse nach dem DRG -System, nach dem jeder stationäre Fall mit einer Fallschwere bewertet (Casemix) und mit dem jeweils gültigen Landesbasisfallwert vergütet wird.

Trotz Fallzahlrückgang konnten durch aktives Krisenmanagement Umsatzerlöse von TEUR 175.192 erzielt werden. Im stationären Bereich war einerseits die Steigerung des Landesbasisfallwerts um 2,95% ursächlich. Andererseits sind die mit dem COVID-19-Krankenhauserlastungsgesetz vom 25.03.2020 geschaffene Ausgleichszahlungen zu berücksichtigen.

Für elektive Eingriffe, die im Zeitraum 16.03.2020 bis zum 30.09.2020 verschoben worden sind, um Bettenkapazitäten und Beatmungsmöglichkeiten zu schaffen, erfolgten Ausgleichszahlungen der Bundesländer an die Krankenhäuser (KHG § 21). Maßgeblich ist als Referenzwert die Anzahl der im Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag voll- oder teilstationär behandelte Patienten. Es wird für jeden Tag im Zeitraum 16.03.2020 bis 30.09.2020 die Differenz aus diesem Referenzwert und der Ist-Belegung ermittelt. Sofern diese größer als Null ist, erfolgt eine Ausgleichszahlung in Höhe von 560 € pro Tag. Ab dem 01.07.2020 wurde die Pauschale für psychiatrischen Leistungsbereich auf 280 € reduziert.

Die Ausgleichszahlungen für die Freihaltung von Behandlungskapazitäten wurden mit dem Beschluss des Bundestages und des Bundesrates zum Dritten Bevölkerungsschutzgesetz ab dem 18. November 2020 und zunächst befristet bis zum 31. Januar 2021 in modifizierter Form wiedereingeführt. Ausgleichszahlungen erfolgten für 90 % der freien Kapazitäten im Vergleich zur Auslastung in 2019 nach Maßgabe der Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung. Grundsätzlich erhalten nur noch Kliniken der Notfallstufen Stufe 2 und 3 – wenn in dem betroffenen Landkreis die 7-Tagesinzidenz der Corona-Fälle über 70 liegt und weniger als 25 Prozent der Intensivkapazitäten in der Region frei sind – Ausgleichszahlungen. Zur Unterstützung des Aufbaus von Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeiten sieht das COVID-19-Krankenhauserlastungsgesetz eine Zahlung in Höhe von 50.000 Euro für jedes von der Landesbehörde genehmigte zusätzliche Bett vor. Über das Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt wurden dem Klinikum 9 Beatmungsgeräte zur Verfügung gestellt.

Zusätzlich zu den oben dargestellten Maßnahmen erhalten die Krankenhäuser für jeden zwischen dem 1. April und dem 30. Juni 2020 aufgenommenen Patienten einen Zuschlag von 50 Euro von der GKV bzw. der PKV. Damit sollen pauschal Corona-bedingte Preis- und Mengensteigerungen – insbesondere bei der Beschaffung persönlicher Schutzausrüstung – finanziert werden.

c) Ergebnisentwicklung

Das Klinikum Magdeburg gGmbH beendet das Geschäftsjahr mit einem Jahresergebnis in Höhe von TEUR 1.383 (Vj TEUR 83). Durch eine enge Steuerung der vorhandenen Personalkapazitäten unter Hinzuziehen von Leasingpersonal mit dem Ziel einer Balance zwischen COVID-19 Patientenversorgung und weitest gehender Beibehaltung der Normalversorgung ist dieses Jahresergebnis möglich geworden. Dabei ist die finanzielle Unterstützung durch Ausgleichszahlung des Bundes ein wichtiger Bestandteil.

Projekte zur wirtschaftlichen Stabilisierung wurden identifiziert und mit der Umsetzung begonnen. Im Jahr 2020 wurde u.a. die Optimierung des Geräteparks und der Arbeitsabläufe in der Radiologie angestoßen. Das Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven bezieht sich mit Blick auf die Radiologie einerseits auf organisatorische (getaktete Radiologie) und verwaltungstechnische Abläufe, andererseits aber auch auf therapeutische und diagnostische Verfahren, die auf der Basis objektivierbarer Kriterien auf potenziell vorhandene Redundanzen (Röntgenaufnahmeplätze, Durchleuchtungsanlagen) oder Ineffizienzen geprüft wurden.

Die gebotene effektive Nutzung der Ressourcen gerade im DRG-Zeitalter macht die Optimierung verschiedener Prozesse notwendig. Potenziale in den logistischen Prozessen liegen in den Bereichen der Automatisierung und Digitalisierung der Prozesse. Die interne Belieferung von Stationen mit medizinischem Verbrauchsmaterial wurde nach dem Prinzip der Modulversorgung weiter umgestellt. Zielstellung ist, die dezentralen Bestände auf den einzelnen Krankenhausstationen unter Einhaltung eines vorgegebenen Serviceniveaus zu minimieren.

Zu einer detaillierten Darstellung zur Ergebnisentwicklung wird auf die Ausführungen in Punkt 2.3 verwiesen.

2.3 Lage

a) Ertragslage

Positiv auf die Erlöse wirkte sich die Steigerung des Landesbasisfallwerts gegenüber dem Vorjahr um 2,95 % aus. Den wegen der Pandemie gesunkenen stationären und teilstationären Krankenhausleistungen wirkten im Wesentlichen die coronabedingten Ausgleichszahlungen in Höhe von TEUR 17.912. Weitere Zahlungen in Höhe von insgesamt TEUR 2.449 wurden dem Klinikum entgegen der coronabedingten Mehraufwendungen für persönliche Schutzausrüstung, Desinfektionsmittel, Testungen etc. gewährt.

Zu den regelmäßig entstehenden sonstigen Erlösen und Erträgen zählen im Wesentlichen die Erträge aus Vermietung und Verpachtung in Höhe von TEUR 346 (Vj.: TEUR 450) sowie Vergütungen, Erstattungen und sonstige Erträge in Höhe von TEUR 3.176 (Vj.: TEUR 2.762). Eine wiederkehrende Position sind Zuwendungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand in Höhe von TEUR 1.147 (Vj.: TEUR 1.346).

b) Betriebliche Aufwendungen

Der Anstieg der betrieblichen Aufwendungen gegenüber dem Vorjahr betrug insgesamt TEUR 13.056 auf TEUR 176.614.

Der Anstieg der Personalkosten gegenüber 2019 beträgt 6.938TEUR.

Die Zahl der durchschnittlichen Vollkräfte lag mit 1.508 Vollkräften 20 VK über dem Vorjahreswert. Vor allem im ärztlichen Dienst (+16 VK) lag ein erhöhter Personaleinsatz vor. Die Steigerung des Personalaufwandes gegenüber 2019 resultiert im Wesentlichen aus der tariflich vereinbarten Sonderzahlung im nichtärztlichen Dienst (1.500 € pro Vollkraft). Für den ärztlichen Dienst fanden ebenfalls Tarifverhandlungen mit dem Marburger Bund statt. Die Zustimmung des Aufsichtsrats stand zum Bilanzstichtag noch aus. Für das Jahr 2020 wurde für die verhandelte Tarifsteigerung im Ärztlichen Dienst eine entsprechende Rückstellung gebildet.

Die Entwicklung der Vollkräfte und der Personalkosten stellt sich im Jahr 2020 – im Vergleich zum Vorjahr – wie folgt dar:

	2020	2019	Veränderung	relativ in %
Vollkräfte im Ø (VK)	1.508	1.488	20	1,3%
Löhne und Gehalt/Entgelt + Sonstiges in EUR	93.081.427	86.567.480	6.513.947	7,5%
Soziale Abgaben in EUR	18.087.434	17.663.054	424.380	2,4%
Betriebliche Altersversorgung in EUR	3.294.651	3.304.546	-9.894	-0,3%
Personalkosten (PK) in EUR	111.168.861	104.230.534	6.938.327	6,7%
Ø PK/VK in EUR	73.715	70.024	3.690	5,3%

	2020	2019	Veränderung	relativ in %
Personalaufwandsquote in %	63,6	65,3	-1,7	-2,6%

Der Sachaufwand zeigt im Vergleich zum Vorjahr einen Anstieg der Sachkosten von TEUR 4.609.

	2020	2019	Veränderung	
	TEUR	TEUR	TEUR	%
Materialaufwand	48.571	43.962	4.609	10,48%
davon Lebensmittel	1.068	1.174	-106	-9,03%
davon Medizinischer Bedarf	35.844	32.135	3.709	11,54%
davon Wasser, Energie, Brennstoffe	2.407	2.550	-143	-5,61%
davon Wirtschaftsbedarf	5.790	5.415	375	6,93%
davon Verwaltungsbedarf	3.462	2.688	774	28,79%

Die gesunkenen Kosten für Lebensmittel begründen sich auf den Fallzahlrückgang. Der gestiegene medizinische Bedarf und Wirtschaftsbedarf sind pandemiebedingt. Es kam zu Engpässen in der Verfügbarkeit vieler medizinischer Verbrauchsmaterialien, verbunden mit sehr hohen Preissteigerungen. Es fehlte am Markt an Persönlicher Schutzausrüstung (PSA), Beatmungsschläuchen, Atemfiltern, Einmal- Untersuchungshandschuhen, Schutzkitteln sowie Schutzhauben. Derzeit werden Einmal-Untersuchungshandschuhe aufgrund der stark zunehmenden Nachfrage zu einem noch knapperen Gut. Lieferanten und Händler bieten derzeit nur noch Tagespreise. Durch die Prospitalia Einkaufsgemeinschaft vorbereitete Abnahmevereinbarungen zwischen Lieferanten und den Kliniken sind in Frage gestellt. Für Bestellungen gibt es seitens der Hersteller aus Malaysia, Thailand und China teilweise Wartezeiten bis Anfang 2023. Vereinbarte Preise sind für die betroffenen Produkte nicht mehr gültig. Innerhalb weniger Wochen hat sich der Handschuhpreis vervielfacht. Für das KMD kamen die gering dimensionierten Lagerflächen für medizinische Verbrauchsmaterialien, Persönliche Schutzausrüstung, etc. erschwerend hinzu. Es war nicht ohne weiteres möglich, Lagerbestände zu erhöhen, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

	2020	2019	Veränderung	relativ in %
Materialaufwandsquote in %	25,9	26,4	-0,5	-1,9%

Darüber hinaus wurde durch die Krankenhauseinsatzleitung für die Mitarbeiter der Muttergesellschaft und ihrer Töchter eine Teststrategie zur SARS Cov 2 etabliert. Die Kosten für Laboruntersuchungen für Patienten und Mitarbeiter stiegen gegenüber dem Vorjahr um TEUR 1.910 auf TEUR 3.209.

c) Finanz- und Vermögenslage

Finanzlage

Die Eigenkapitalquote 1 (nach Saldierung mit dem Ausgleichsposten nach KHG) ist mit 33,0 % (Vorjahr: 33,4 %) als zufriedenstellend zu bewerten.

Die Eigen- und Fremdkapitalquoten stellen sich wie folgt dar:

	2020	2019	Veränderung	relativ in %
Eigenkapitalquote in %	33,0	33,4	-0,4	-1,2%
Anlagenintensität in %	73,6	74,6	-1,0	-1,3%

Vermögenslage

Die langfristigen Vermögenswerte haben sich gegenüber dem letzten Bilanzstichtag um TEUR 1.186 reduziert. Der überwiegende Teil resultiert aus Abschreibungen.

Im abgelaufenen Geschäftsjahr wurden TEUR 6.040 für Investitionen ausgegeben. Der Schwerpunkt lag in 2020 wie im Vorjahr auf fortschrittlicher und patientenorientierter Medizintechnik. Die Investitionen wurden in Höhe von 4.374 T€ mit Fördermitteln und in Höhe von 1.666 T€ mit Eigenmitteln finanziert. Von den Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände und Sachanlagen wirken sich 1.557 T€ auf das Jahresergebnis aus.

Die zum 31. Dezember 2020 gebildeten Wertberichtigungen auf die Forderungen aus Lieferungen und Leistungen tragen dem Ausfallrisiko und dem Risiko aus verzögertem Zahlungsmittelzugang Rechnung. Die Wertberichtigungsquote von 17,7 % (Vorjahr: 16,0 %), bezogen auf den Forderungsbestand zu Nennwerten, ist als hoch einzustufen. Die Forderungsreichweite zum 31. Dezember 2020 beträgt 40 Tage (Vorjahr: 44 Tage).

Die Forderungen nach der BPfIV/dem KHEntgG resultieren aus Budgetabrechnungen des Berichtsjahres und der Vorjahre.

Das bilanzielle Eigenkapital erhöhte sich um den Jahresüberschuss in Höhe von 1.383 T€.

	2020	2019	Veränderung	relativ in %
Umsatzrentabilität in %	0,8	0,1	0,7	
Eigenkapitalrentabilität in %	2,3	0,1	2,2	

2.4 Gesamtaussage

Das Klinikum Magdeburg gGmbH blickt auf ein medizinisch und ökonomisch herausforderndes Jahr 2020 zurück. Gerade weil Anfang 2020 noch niemand von einer globalen SARS-CoV-2 Pandemie und ihren Folgen ausgehen konnte, ist die Leistung der Klinik und ihrer Töchter als sehr positiv zu bewerten.

Wegen der Pandemie war die Auslastung deutlich reduziert. Elektive Eingriffe und nicht dringende Behandlungen wurden aufgeschoben, um Betten für COVID-19 Patienten freizuhalten. Darüber hinaus galt es neue, verschärfte Hygienevorgaben umzusetzen.

In unserer Klinik betreuten wir Patienten mit COVID-19. Zusätzliche strenge Schutzmaßnahmen mussten gewährleistet werden, auch wenn glücklicherweise nicht alle Patienten so schwer erkrankt waren, dass sie intensivmedizinisch betreut werden mussten. Im Vergütungssystem der Fallpauschalen war und ist dieser Aufwand nicht abgebildet. Die höheren Sach- und Personalkosten wurden durch die coronabedingten Zuschläge nicht aufgefangen. Die verminderten Krankenhausleistungen konnten jedoch weitestgehend durch Ausgleichszahlungen aufgefangen werden.

3 Chancen-, Risiko- und Prognosebericht

a) Risiken

Die Wintermonate begünstigen durch die saisonalen Bedingungen die Ausbreitung des Virus und die Impfungen werden sich erst dann auf die Infektionsdynamik dämpfend auswirken, wenn auch ein größerer Teil der jüngeren Bevölkerung geimpft ist. Gleichzeitig breiten sich Varianten des Coronavirus mit veränderten Eigenschaften aus. Nach deutlich sichtbaren Erfolgen bei der Eindämmung des Infektionsgeschehens zeigt die aktuelle Entwicklung – insbesondere aufgrund der hohen Verbreitung von Covid-19-Variante B.1.1.7 – wieder ein starkes Infektionsgeschehen und eine exponentielle Dynamik und wirkt sich zum aktuellen Zeitpunkt weiterhin negativ auf die Leistungsentwicklung aus. Infolge dieser Ausnahmesituation wird das Klinikum Magdeburg auch im Jahr 2021 vor erheblichen wirtschaftlichen Problemen stehen. Die Gründe dafür sind bekannt und vielfältig: Notwendige Verschiebung planbarer Behandlungen und Eingriffe, Zurückhaltung der Patientinnen und Patienten bei der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen, zusätzlich erforderliche Hygienemaßnahmen, Ausfall von Personal, Erlösausfälle in den Ambulanzen, hohe Mehrkosten im Zusammenhang mit der Versorgung von Covid-19 Patienten. Unser übliches Abrechnungssystem ist nicht in der Lage, die finanziellen Folgen dieser Krise für die Kliniken auszugleichen. Am 18. November 2020 haben Bundestag und Bundesrat mit dem Bevölkerungsschutzgesetz für einen "Rettungsschirm 2.0" gesorgt. Dieser sieht nun wieder gestaffelte Freihaltepauschalen vor, die den Krankenhäusern eine gewisse wirtschaftliche Sicherheit gewähren, wenn sie nicht akut notwendige Operationen verschieben, um Kapazitäten für COVID-19-Patientinnen und -Patienten freizuhalten. Diese sind jedoch nicht mehr auf Psychiatrien anwendbar und werden im Vergleich zum ersten Rettungsschirm mit dem Faktor 0,9 diskontiert. Eine Kompensation der Erlösausfälle und Mehrkosten kann hierdurch nicht mehr erfolgen. Sollte es keine generellen neuen gesetzlichen Regelungen geben, die die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser sichern, wird auch für das Klinikum Magdeburg die Realisierung eines ausgeglichenen Jahresergebnisses 2021 nicht möglich.

Des Weiteren wird das wirtschaftliche Ereignis von zwei Einflussfaktoren bestimmt. Dies ist einmal die Finanzierung der Leistungen, die von den gesetzlichen Regelungen der Krankenhausfinanzierung und dem Verhandlungsergebnis der Budget- und Entgeltvereinbarung mit den Krankenkassen abhängig ist. Die zweite Seite ist die Personalkostenentwicklung, verursacht durch die Tarifsteigerungen und die Mindestvorgaben zur Personalbesetzung in der Somatik (Pflegepersonaluntergrenzen) und in der Psychiatrie und Psychosomatik die Pflegepersonal Richtlinie (PPP-RL).

Für 2020 und 2021 liegen keine Vereinbarungen mit den Krankenkassen vor.

Dies betrifft die mit den Krankenkassen zu verhandelnde Höhe des Pflegetgeltwertes 2021, den Krankenhaus-Betriebsvergleich Psychiatrie und damit in Verbindung stehend die Höhe des Basisentgeltwertes zur Vergütung der Leistungen in der Psychiatrie und Psychosomatik.

Hinzu kommen die umfassenden gesetzlichen Regelungen zur Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erlässt. Diese engen immer mehr die Handlungsfreiheit in der Unternehmensführung ein.

Diese Regelungen sind zwar mit einer positiven Zielstellung verbunden, aber aufgrund des Fachkräftemangels gar nicht umsetzbar, so z. Bsp. die Pflegepersonaluntergrenzen. Bei Nichterfüllung greifen Sanktionen bis hin zu einer Nichtvergütung der Leistung gemäß Psychiatrie und Psychosomatische Pflegepersonal Richtlinie (PPP-RL).

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wurde im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung beauftragt, verbindliche Mindestpersonalvorgaben für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen zu beschließen. Diese sollen möglichst evidenzbasiert sein

und zu einer leitliniengerechten Versorgung beitragen. Die angepassten durchschnittlichen Minutenwerte der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) pro Woche und Berufsgruppe für die Patientinnen und Patienten in den einzelnen Behandlungsbereichen werden zu den neuen Mindestvorgaben dieser Richtlinie. Sie müssen ab dem 1. Januar 2024 zu 100 Prozent erfüllt sein. Ab dem 1. Januar 2022 müssen 90 Prozent der Mindestvorgabe erfüllt sein.

Bei Nichterfüllung der Mindestanforderung ist nach den normativen Vorgaben des Bundesgesetzgebers in den §§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2, 136a Abs. 2 Satz 2, 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V i.V. m. der ausdrücklichen Festlegung des G-BA in § 5 Abs. 2 Nr. 1 der Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL) der Wegfall des Vergütungsanspruchs festgelegt.

Mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG System (Pflegestärkungsgesetz) gilt eine eigenständige Finanzierung auf der Basis der nachgewiesenen Istkosten. Aber auch hier greift eine administrative Regelung. Ohne Budgetabschluss 2020 fällt das Klinikum Magdeburg ab dem 01.01.2021 auf den ursprünglichen provisorischen Pflegeentgeltwert in Höhe von 163,09 EUR zurück. Obwohl der Gesetzgeber in Kenntnis dieser Lage den Krankenhäusern ermöglicht, den hausindividuellen Pflegeentgeltwert in der Verhandlung vorzuziehen, ist die Realisierung dafür sehr unwahrscheinlich.

Durch die Ausgliederung der Kosten der Pflegekräfte am Bett aus der Kalkulation der DRG-Fallpauschalen und die Einführung einer gesonderten Finanzierung über ein Pflegebudget ab 2020 erfolgte ein weiterer sehr invasiver Eingriff in die Krankenhausfinanzierung. Im Hinblick auf die arbeitsteilige Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen in der Versorgung der Patientinnen und Patienten sind aber bei der Umsetzung des Konzeptes die Wechselwirkungen des ganzheitlichen Personaleinsatzes zu beachten. Eine Kompensation von nicht finanzierten Vollkräften in den Dienstarbeiten außerhalb der Pflege am Bett ist somit nicht mehr gegeben.

Die Risiken und Chancen im Handlungsfeld Patientenmanagement und -abrechnung sind stark von externen Faktoren geprägt. Mit seiner impliziten Auswirkung auf die Vermögens-, Finanz- und Ertragslage wird diesem Handlungsfeld einen hohen Stellenwert beigemessen. Von Seiten der Kostenträger werden Einsparungen, Kürzungen oder Rückzahlungen auf Kosten der Erbringer von Gesundheitsleistungen forciert. Anforderungen an strukturelle und prozessuale Merkmale werden zunehmend restriktiv bei der Abrechnung ausgelegt.

b) Chancen

Die politische Debatte über die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser hat in 2020 massiv an Fahrt gewonnen. So auch in Sachsen- Anhalt. Durch die Corona-Pandemie und das damit verbundene Freihalten von Intensivmedizinischen Behandlungseinheiten verschärfen nochmals die Liquiditätsengpässe und die Krankenhäuser kamen noch mehr unter wirtschaftlichen Druck.

Die Bundesregierung hat mit dem Krankenhausentlastungsgesetz Ausgleichszahlungen für freigehaltene Behandlungskapazitäten für Covid-19 erkrankte Patienten geleistet.

Dies ist aber nur eine Seite, die kurzfristig greift. Entscheidend sind neue Regelungen zur Budget- und Entgeltverhandlungen, die die Erlösentwicklung in 2020 und 2021 maßgeblich beeinflussen. Somit soll sichergestellt werden, dass die Leistungseindämmung in 2020 sich nicht negativ auf die Zukunft auswirkt.

Die Politik hat dies erkannt und mit dem Krankenhauszukunftsgesetz Regelungen aufgestellt.

Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) gibt es nun die langerwarteten Regeln zum Umgang mit dem Fixkostendegressionsabschlag, den Mengenausgleichen und den Covid-19-Ausgleichszahlungen.

Eine eigentlich zu zahlende Fixkostendegressions-Rate entfällt im Jahr 2020 ersatzlos. Damit sind nicht zu zahlen:

- die dritte FDA-Rate für 2018,
- die zweite FDA-Rate für 2019 sowie
- die erste FDA-Rate für 2020.

Für das Klinikum Magdeburg entfallen somit Erlösabschläge in Höhe von T€ 588.

Bezogen auf das Pflegeerlösbudget 2020 ist geregelt, dass die provisorische Abrechnung von 146,55 EUR bzw. 185 EUR ggf. vorliegende Überfinanzierung dem Krankenhaus auf jeden Fall verbleibt

Die Umsetzung des Krankenhauszukunftsgesetzes mit dem Ziel der Digitalisierung von Krankenhäusern (KHZG) steht ab 2021 an. Der Krankenhaus Sektor hat lange nicht genügend Investitionen tätigen können, um grundlegende Neuerungen und Innovationen in der IT-Landschaft anzustoßen. Nun bekommt die Digitalisierung im Krankenhaus aufgrund von COVID-19 einen Investitionsschub und damit die Möglichkeit zum Wandel. Hierzu zählen laut Gesetzentwurf zum Krankenhauszukunftsgesetz (Gesetzentwurf KHZG) unter anderem folgende Themen: Eine bessere digitale Infrastruktur der Krankenhäuser in den Bereichen der Kommunikation mit Patienten (§ 14a, Absatz 2). Außerdem die Einrichtung eines krankenhausinternen digitalen Prozesses zur Anforderung von Leistungen, der sowohl die Leistungsanforderung als auch die Rückmeldung zum Verlauf der Behandlung der Patientinnen und Patienten in elektronischer Form ermöglicht. Ziel ist es, die krankenhausinternen Kommunikationsprozesse zu beschleunigen (§19, Absatz 6). Dafür stehen ca. 113 Mio. € zur Verfügung. Der darin enthaltene 30-prozentige Eigenanteil wird vom Land sichergestellt. Längst fällige Zugeständnisse zur Digitalisierung im Gesundheitswesen wurden mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) auf den Weg gebracht.

Die mit dem Infektionsschutzgesetz vorgegebenen Maßnahmen führen zu erheblichen Mehrkosten für Schutzausrüstung und Testung. Gemäß KHZG sollen für die Dauer von 15 Monaten (bis Ende 2021) Mehrkosten, die aufgrund des Coronavirus entstehen, durch einen hausindividuell zu vereinbarenden Zuschlag finanziert werden.

Mit Verordnungsentwurf zur weiteren finanziellen Stützung der Krankenhäuser in der Coronavirus-Pandemie legt das Bundesgesundheitsministerium (BMG) die Grundlage zur Sicherung der Liquidität der Kliniken über das Jahr 2021 und zur Kompensation der Erlösausfälle in der Regelversorgung. Demnach sollen für den Ganzjahresausgleich 2021 nunmehr 98 Prozent der Erlöse des Jahres 2019 zugrunde gelegt werden. Grundsätzlich sollen die derzeit geltenden Regelungen für Ausgleichszahlungen für verschobene Operationen und freigehaltene Kapazitäten für Corona-Patienten bis Ende Mai verlängert werden.

Der gemeinsame Standort der Servicegesellschaft mit dem Klinikum erlaubt die Erschließung von Synergien, die über Bündelung der Beschaffung und Dienstleistungserbringung zu Kostenvorteilen führen.

Insgesamt bestehen bei der Beurteilung der voraussichtlichen Entwicklung des Klinikum Magdeburg gGmbH erhebliche Unsicherheiten. Es ist zu jederzeit möglich, dass einzelne oder mehrere Risiken gleichzeitig eintreten, die sich nachteilig auf die Geschäftstätigkeit und die Vermögens-, Finanz- und Ertragslage des Konzerns auswirken. Die Geschäftsführung stellt jedoch fest, dass aus heutiger Sicht kein identifiziertes Risiko existiert, dass aufgrund seiner Bewertung eine existenzielle Gefahr für das Klinikum Magdeburg darstellt und die Unternehmensfortführung gefährden könnte.

Magdeburg, 31.03.2021

gez. Dr. Petra Bohnhardt
Geschäftsführerin