



Lagebericht 2022

Lagebericht des Klinikum Magdeburg gGmbH für das Geschäftsjahr 2022

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | Grundlagen und Geschäftsmodell des Unternehmens | 3 |
| 1.1 | Geschäftsmodell | 3 |
| 1.2 | Ziele & Strategie..... | 3 |
| 2 | Wirtschaftsbericht..... | 5 |
| 2.1 | Die wichtigsten Neuerungen im Bereich Gesundheit und Pflege 2022 | 5 |
| 2.2 | Maßnahmen wirtschaftlicher Sicherung der Krankenhäuser durch den Gesetzgeber | 6 |
| 2.3 | Krankenhausplanung und -finanzierung | 7 |
| 2.4 | Geschäftsverlauf | 8 |
| a) | Leistungsentwicklung | 8 |
| b) | Umsatzentwicklung | 9 |
| c) | Ergebnisentwicklung | 10 |
| 2.5 | Lage..... | 11 |
| a) | Ertragslage | 11 |
| b) | Betriebliche Aufwendungen..... | 11 |
| c) | Finanz- und Vermögenslage | 12 |
| 2.6 | Gesamtaussage | 13 |
| 3 | Chancen-, Risiko- und Prognosebericht | 13 |
| a) | Risiken | 14 |
| 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.

Das Klinikum Magdeburg ist laut Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung. Das Leistungsspektrum erstreckt sich nahezu 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 Landeshauptstadt 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 auch im Jahr 2022 vor Herausforderungen. Alltägliche Strukturen und Abläufe mussten sich weiterhin der ständig ändernden pandemischen Lage anpassen und neu koordiniert werden. Eine der großen Herausforderungen verursacht durch die Covid-19-Pandemie ist der Personalausfall, der weit mehr als im Vorjahr alle Berufsgruppen traf und immer wieder zu massiven Einschränkungen der Behandlungskapazitäten führt.

Betroffen ist das Klinikum Magdeburg von Kostensteigerungen in nahezu allen Bereichen angefangen bei den etwa zwei Drittel der Gesamtaufwendungen ausmachenden Personalkosten bis hin zu den signifikant angestiegenen Material- und Betriebskosten.

Zusätzlich zu den beschriebenen Kostensteigerungen ist die vom Bundeswirtschaftsministerium ausgerufene „Gas-Frühwarnstufe“ zu berücksichtigen. Diese besagt, dass es im Falle einer Mangelsituation sogenannte „geschützte Verbraucher“ gibt, die bevorzugt beliefert werden. Im Umkehrschluss existieren dann natürlich auch Verbraucher, die nachrangig behandelt werden. Zu den „geschützten Verbrauchern“ gehören neben Privathaushalten auch Sozialeinrichtungen sowie Krankenhäuser.

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

- Krankenhausreform
- die Beschäftigten
- Umsetzung der Ambulantisierung
- gesetzliche Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung, exemplarisch die Finanzierung der Kinder- und Jugendversorgung
- Investitionsförderung zur Schaffung effizienter Strukturen und Entschärfung der Personalnot
- der Einsatz von Innovationen des medizinischen Fortschritts,
- die Qualität und die Transparenz der medizinischen Leistungen,
- stark reduzierte Versorgungsangebote umliegender kleinerer Kliniken außerhalb der Regelarbeitszeit
- sowie Kooperationen.
- Notfallversorgung als bisher ungelöstes Problem
- Klimaschutz im Krankenhaus
- Medikamentenknappheit
- Corona
- Inflation inkl. Energiekostenentwicklung

Die Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) führt zur sukzessiven Anwendung des bisher ungenutzten Potenzials der digitalen Transformation, um eine qualitätsgesicherte und effiziente Patientenversorgung zu sichern. Um dies zu gewährleisten, ist die sogenannte Mensch-zu-Mensch-Kommunikation unerlässlich.

2 Wirtschaftsbericht

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

2.1 Die wichtigsten Neuerungen im Bereich Gesundheit und Pflege 2022

Nachvollziehbar ist grundsätzlich die geplante Verlagerung bestimmter Krankenhausleistungen in den ambulanten Bereich. Gleichzeitig sind Maßnahmen des Gesetzgebers zu einer deutlichen Verbesserung der ambulanten Vergütung und zusätzliche Investitionsfördermittel zur Schaffung und dem Ausbau ambulanter Strukturen erforderlich.

Der Entwurf für ein neues GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) zielt auf ein Maßnahmenpaket zur Schließung der 2023 drohenden GKV-Finanzierungslücke in Höhe von rund 17 Milliarden Euro ab. Am 20. Oktober 2022 wurde das Gesetz in 2. und 3. Lesung beschlossen. Kritisch zu bewerten sind hier die Maßnahmen der im Pflegebudget anrechnungsfähigen Berufsgruppen. Für den Krankenhausbereich wird vorgegeben, dass ab dem Jahr 2024 nur noch die Pflegepersonalkosten für examinierte Pflegekräfte, die in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen eingesetzt sind, berücksichtigt werden. Diese deutlich zu restriktive Auslegung führt dazu, dass angesichts des aktuellen Mangels an examinierten Pflegekräften auf dem Arbeitsmarkt kurzfristig nicht genügend Arbeitskräfte gewonnen werden können.

Am 14.09.2022 wurde das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) vom Bundeskabinett beschlossen. Im Mittelpunkt des Gesetzes steht die Einführung der neuen Pflegepersonalregelung (PPR) 2.0. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen Vorgaben zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs und zur Festlegung der Personalbesetzung in der unmittelbaren Patientenversorgung in den Krankenhäusern zu erlassen. Daneben finden sich im Gesetz unterschiedliche Regelungen, die die Weiterentwicklung der digitalen medizinischen Versorgung zum Ziel haben. Die Ausgestaltung der geplanten Pflegepersonalregelung 2.0 ist in der aktuellen Form nicht geeignet, um das Pflegepersonal eines Krankenhauses zu entlasten und die Qualität in der Pflege zu erhöhen. Eine angedachte Einführung der PPR 2.0 muss zudem die Regelungen der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV) verbindlich ablösen, so dass nicht paralleler Bürokratieaufwand dazukommt.

Um für eine im Herbst 2022 durch SARS-CoV-2-Infektionen ausgelösten Mehrbelastung der stationären Versorgungsstrukturen gewappnet zu sein, sollten die Behandlungskapazitäten in Krankenhäusern tagesaktuell abgebildet werden. Neben den belegten und belegbaren intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten sollten auch die Kapazitäten nichtintensivmedizinischer somatischer Betten der vollstationären Versorgung über das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) an das Robert Koch-Institut (RKI) angezeigt werden.

Mit der im März 2022 vorgelegten Formulierungshilfe des Pflegebonusgesetzes (PflBG) wurde der besondere Einsatz von Pflegekräften im Krankenhaus sowie in der Langzeitpflege während der Pandemie anerkannt. Kritisch ist, dass der Bonus in Krankenhäusern nur für „Pflegefachkräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen“ sowie Intensivpflegefachkräfte vorgesehen war. Damit blieben viele Pflegenden, aber auch Mitarbeiter anderer Berufsgruppen außen vor, obwohl für sie die vom Bundesgesundheitsministerium angeführten Belastungen durch erhöhten Betreuungsaufwand, erhöhte Hygienemaßnahmen und erhöhtes Risiko einer Eigeninfektion genauso zuträfen.

2.2 Maßnahmen wirtschaftlicher Sicherung der Krankenhäuser durch den Gesetzgeber

- **Ausgleich coronabedingter Erlösausfälle**

Die Regelungen nach § 5 Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser (KHWiSichV) vom 7. April 2021 für das Jahr 2021 wurde im Jahr 2022 fortgeführt.

- **Liquiditätshilfen**

Jene Krankenhäuser, die im 1. Quartal 2022 keine Ausgleichszahlungen erhalten haben und in diesem Zeitraum Belegungsrückgänge gegenüber 2019 zu verzeichnen hatten, haben Anspruch auf Abschlagszahlungen in Form eines Zuschlags für jeden künftig erbrachten Behandlungsfall. Hierzu gehört auch das Klinikum Magdeburg. Die Abschlagszahlung orientiert sich am Belegungsrückgang (Bemessungszeitraum bis Ende Mai 2021) und an den gemäß COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung ergebenden tagesbezogenen Pauschalen. Für den Rechtskreis der Bundespflegesatzverordnung wäre dem Grunde nach der Anspruch für die Psychiatrien gegeben gewesen. Jedoch lies die Anpassung des Hygieneregimes ein Hochfahren der Behandlungsfälle zu.

- **Coronavirus-Testverordnung (gültig seit dem 11.10.2021)**

Die erheblichen Kosten für die Testungen auf eine SARS-CoV-2-Infektion im Krankenhaus (§ 26 KHG, 2. Bevölkerungsschutz-Gesetz) werden durch ein Zusatzentgelt, abrechenbar für Patient*innen während einer voll- oder teilstationären Behandlung sowie während vorstationärer Behandlungen (nur im Zusammenhang mit stationärem Aufenthalt), pauschal abgegolten. Dies gilt bis zur Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Abs.1 Satz 2 des Infektionsschutzgesetzes.

- **Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite"**

Mit dem „Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ wurde zum 30. November 2021 ein Versorgungsaufschlag für Krankenhäuser aufgrund von besonderen Belastungen durch das Corona Virus SARS-CoV-2 eingeführt mit Wirkung ab 01.11.2021. Das Land hat diesen Zuschlag aus Haushaltsmitteln des Landes um 1.000,00 € je Fall erhöht.

Zur Kompensation der finanziellen Auswirkungen, die aus der Verschiebung und Aussetzung planbarer Aufnahmen, Operationen und Eingriffe für die Krankenhäuser resultieren, wurden die Ausgleichszahlungen bis 18. April 2022 wiedereingeführt. Anspruchsberechtigt waren ausschließlich somatische Krankenhäuser (KHEntgG-

Bereich), die der umfassenden, der erweiterten Notfallstufe oder der Basisnotfallstufe des Notfallfallstufenkonzeptes des G-BA zuzuordnen sind. Die Ausgleichszahlungen wurden zunächst auf den Zeitraum vom 15.11.2021 bis 18.04.2022 begrenzt. Für Krankenhäuser, die Ausgleichszahlungen erhalten, soll der Pandemie-Ausnahmetatbestand der PpUGV als nachgewiesen gelten.

- **Rechnungsprüfungen und Prüfung von OPS-Mindestmerkmalen /Strukturmerkmalen**

Als weitere entlastende Maßnahme wurde für Krankenhäuser, die Covid-Patienten oder Patienten mit Verdacht auf eine Covid-Infektion behandeln, die Einhaltung bestimmter Mindestmerkmale aus dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) für den Zeitraum vom 1.11.2021 bis zum 19.03.2022 von der Prüfung der Abrechnung ausgenommen. Dies solle die Abrechnung der Leistungen vereinfachen. Außerdem wurden für die im Rahmen der 2021 erstmals von den Medizinischen Diensten durchzuführenden Strukturprüfungen Ausnahmen von der Nachweispflicht bestimmter Strukturmerkmale des OPS vorgesehen.

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

- **Verkürzte Zahlungsfrist**

Zur Liquiditätssicherung der Krankenhäuser wurde die verkürzte Zahlungsfrist gemäß § 330 SGB V für erbrachte und in Rechnung gestellte Leistungen auf 5 Tage bis zum 31.12.2023 verlängert.

2.3 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. Das Kabinett in Sachsen-Anhalt hat den Krankenhausplan des Landes bestätigt. Im Krankenhausplan sind demnach 45 Krankenhäuser aufgenommen, er trat am 1. Oktober 2022 in Kraft.

Es wurde keine vollumfängliche Neuaufstellung mit Abfrage der Krankenhausträger und einem Antragsverfahren durchgeführt. Hintergrund waren die Pandemiebewältigung in den Kliniken und ein Gutachten, dessen Ergebnisse abgewartet werden sollen, bevor ein neuer Krankenhausplan aufgestellt wird.

Im fortgeschriebenen Krankenhausplan werden verbindliche Kooperationen durch Sternvermerk ausgewiesen. Das Klinikum ist im Krankenhausplan LSA in der Fassung der Bekanntmachung vom 14.04.2005 (GVBl. LSA S. 203), zuletzt geändert durch Beschlüssen der Landesregierung über den Krankenhausplan ab 01.10.2022 (MBI. LSA Nr. 38/2022 vom 07.11.2022 und MBI.LSA Nr. 44/2022 vom 19.12.2022) als Schwerpunktversorger ausgewiesen. Neu ist die Aufnahme des Traumazentrums als Zentrum zur Konzentration der Versorgung wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen im Krankenhausplan 2022. Die Einstufung gemäß der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern (§ 136c Absatz 4 SGB V) laut Beschluss vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erfolgte in die umfassende Notfallversorgung (Stufe 3). Im Hinblick auf die Vorschläge der Regierungskommission ist die Ausweisung essentiell,

da es Krankenhausstandorte ohne Notfallstufe nach Ansicht der Kommission künftig nicht mehr geben wird. Sie werden zu lokalen Gesundheitszentren. Es geht dabei um 657 Standorte, das sind 38% aller KH-Standorte in Deutschland. In Sachsen- Anhalt beträgt der Anteil der Krankenhausstandort ohne Notfallstufe 36 v.H. (Quelle: DKG vom 17.01.2023)

Der Pandemierahmenplan des Landes Sachsen – Anhalt in der Fassung vom 31.03.2006 und aktualisiert am 05.03.2020 verpflichtet Krankenhäuser, infizierte Patienten stadt- und landkreisübergreifend zu versorgen. Ausnahme bilden hiervon zunächst die Universitätskliniken und medizinische Fakultäten. Ihnen wird empfohlen, vorrangig die Akutversorgung anderer Erkrankungen abzusichern (vergleiche 6.2 aus der Empfehlung zur Umsetzung des nationalen Influenzapandemieplans in Sachsen – Anhalt).

Im Verlauf der Corona Pandemie ist das Klinikum Magdeburg gGmbH seinen Versorgungsauftrag im Rahmen des Versorgungsclusters OST nachgekommen, insbesondere bei der Versorgung schwerer Krankheitsverläufe die beatmungspflichtig waren bzw. einer Lungenersatztherapie (ECMO) bedurften. Diese Therapieverfahren sind hochaufwendig und daraus resultierend mit einem hohen Ressourcenverbrauch an Material und Personal verbunden.

2.4 Geschäftsverlauf

Das Geschäftsjahr 2022 war im KLINIKUM durch drei wesentliche Entwicklungen geprägt: Umgang mit der Covid- 19 Pandemie, Verknappung und inflationäre Preisentwicklung von Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe und Wiedereinsetzen der Regelungen der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung.

Die COVID- 19 Pandemie und die hieraus resultierenden Personalausfälle durch Ansteckungen führte und führt weiterhin zu Engpässen in der Leistungserbringung der Kliniken und einer damit einhergehenden Belastung der Mitarbeitenden. Der Umfang der stationären Leistungen liegt dabei, in Analogie zu anderen Krankenhäusern, hinter dem Vorkrisenniveau. Die Phase der Rückkehr zu Normalität wurde zwar eingeläutet, benötigt jedoch deutlich mehr Zeit als ursprünglich antizipiert. Der fortdauernde Krieg in der Ukraine verursachte darüber hinaus Störungen in den Lieferketten und führte damit u.a. zu einer allgemeinen Steigerung des Preisniveaus. Obschon die Konfrontation mit den Preissteigerungen das Tagesgeschäft der Einkäufer prägt, sind diese Preissteigerungen weder in der aktuellen Vergütung abgebildet noch hat der Gesetzgeber bisher einen Ausgleichmechanismus geschaffen. Eine Ausnahme bildet die Umsetzung des Härtefallfonds sowie der Gas- und Strompreisbremse im Krankenhaus, die jedoch erst im Jahr 2023 greifen soll.

a) Leistungsentwicklung

Die akutstationären Kapazitäten (aufgestellte Betten 2022) des Klinikums sind im Vergleich zum Vorjahr nahezu unverändert. Das Jahr 2022 zeigt dabei eine gegenüber 2021 stabile stationäre Patientenversorgung. Der Zuwachs stationärer Fallzahlen beträgt gegenüber 2021 1,2 v.H. Die bestehenden Kapazitäten sind nicht ausgelastet und konnten durch Personalausfall nicht vollumfänglich ausgeschöpft werden.

Das abgelaufene Jahr 2022 zeigt bei stabiler Fallzahlentwicklung einen Rückgang der Fallschwere und liegt weiterhin deutlich unter Vorkrisenniveau.

| | 2022 | 2021 | Veränderung | |
|-----------------------|---------|---------|-------------|--------------|
| | | | absolut | relativ in % |
| DRG-Fälle stationär | 23.348 | 23.074 | 274 | 1,2% |
| Case-Mix | 21.848 | 22.637 | -789 | -3,5% |
| Pflege BWR | 122.803 | 134.639 | -11.836 | -8,8% |
| Case-Mix-Index | 0,936 | 0,981 | -0,045 | -4,6% |
| Verweildauer in Tagen | 5,3 | 5,5 | -0,2 | -3,6% |

Auch in den psychiatrischen Kliniken wurden 2022 coronabedingt weniger Patienten als vor Beginn der Pandemie behandelt. Jedoch ist ein deutlicher Zuwachs an stationären und teilstationären Fallzahlen zu verzeichnen. Im stationären Bereich weisen die psychiatrischen Kliniken im Berichtsjahr 45.154 Belegungstage und damit 2.769 Belegungstage mehr als im Vorjahr aus. Im tagesklinischen Bereich weisen die psychiatrischen Kliniken im Berichtsjahr 19.407 Belegungstage und damit 4.333 Belegungstage mehr als im Vorjahr aus. Ursächlich hierfür ist ein angepasstes Hygieneregime, dass ab dem zweiten Quartal 2022 seine Wirksamkeit entfaltete.

| | 2022 | 2021 | Veränderung | |
|---|--------|--------|-------------|--------------|
| | | | absolut | relativ in % |
| BPfIV-Belegungstage stationär | 45.154 | 42.385 | 2.769 | 6,5% |
| BPfIV-Belegungstage teilstationär | 19.407 | 15.074 | 4.333 | 28,7% |
| Belegungstage Tagesklinik für Onkologie | 8.402 | 8.416 | -14 | -0,2% |

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.

Bei stabiler Fallzahlentwicklung konnten Umsatzerlöse in Höhe von TEUR 177.157 erzielt werden. Im stationären Bereich war einerseits die Steigerung des Landesbasisfallwerts um 2,32 % ursächlich. Andererseits sind die mit der in § 5 der Verordnung zur wirtschaftlichen Sicherung von Krankenhäusern vom 07.04.2021 geschaffene Möglichkeit zum Ausgleich coronabedingter Erlösausfälle für das Jahr 2022 (Ganzjahresausgleich und den Anspruch auf Refinanzierung von Corona Testungen, die mit Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 vom 10.12.2021) und die Wiedereinführung der Ausgleichszahlung gemäß § 21 Absatz 1b KHG sowie die Versorgungsaufschläge nach § 21 Absatz 1a KHG (Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 22.11.2021), Ausgleich coronabedingter Mehrkosten (§§ 5 Abs. 3i, 9 Abs. 1a Nr. 9 KHEntgG) und Erlöse aus der COVID-19-Abschlagszahlungsvereinbarung am 28.04.2021 zu berücksichtigen.

c) Ergebnisentwicklung

Das Klinikum Magdeburg gGmbH beendet das Geschäftsjahr mit einem Jahresergebnis in Höhe von TEUR -8.114 (Vj.: TEUR -9.038).

Die wirtschaftliche Entwicklung der Klinikum Magdeburg gGmbH ist durch eingeschränkte stationäre Behandlungskapazitäten beeinflusst. Dies ist zum einen auf Personalausfälle zurückzuführen, insbesondere aber wirken nach Wegfall der Ausgleichszahlungen die Vorgaben zur personellen Besetzung durch die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung als kapazitätsbegrenzend. Diese Auslastungsrückgänge betreffen alle Versorgungsstufen. Auf der anderen Seite arbeitet unsere Zentrale Notfallaufnahme oberhalb der Kapazitätsgrenze. Ursächlich hierfür ist der zunehmende Zufluss von Patienten, die ambulant in den Praxen behandelt werden sollten. Jedoch kann die ambulante Versorgung im niedergelassenen Bereich den Bedarf nicht mehr decken. Anzumerken ist an dieser Stellen, dass die Finanzierung ambulanter Notfälle im Krankenhaus nicht auskömmlich ist und sich negativ auf die Ergebnisentwicklung auswirkt.

Eine Erhöhung der Behandlungskapazitäten in der Psychiatrie konnte erst Mitte März 2022 mit dem veränderten Infektionsgeschehen realisiert werden, obwohl in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein hoher Versorgungsbedarf vorhanden ist. Unter diesen Rahmenbedingungen war in 2022 ein ausgeglichenes Ergebnis der Erträge und Aufwendungen nicht zu erreichen.

Der Wirtschaftsplan 2022 ging von einem negativen Ergebnis in Höhe von TEUR 3.881 aus. Zum Zeitpunkt des Erstellens des Wirtschaftsplanes ist jedoch ein Leistungsjahr zugrunde gelegt worden, das von keinen nennenswerten pandemischen Einschränkungen mehr betroffen sein würde.

Wieder Erwarten bestanden die pandemischen Einschränkungen im gesamten Geschäftsjahr 2022 fort. Der darauf zurückzuführende Erlösrückgang konnte trotz der vorgenannten Ausgleichszahlungen nicht ausgeglichen werden. Einerseits werden für die beiden psychiatrischen Kliniken keine Ausgleichs mehr gezahlt. Andererseits war die Pauschale in Höhe von 560,00 Euro/Tag, die das Klinikum für nicht belegte Betten erhalten hat, nicht kostendeckend. Bereits im Rahmen der Wirtschaftsplanung konnten Kostensteigerungen für Personal und Materialeinsatz nur mit zusätzlichen Mehrerlösen durch leichte Fallzahlsteigerung und einem Anstieg des Landesbasisfallwertes kompensiert werden. Die Ausgleichszahlungen bewegen sich hingegen auf dem Preisniveau 2020, sodass beispielweise Steigerungen in den Personalkosten und die Steigerungen für Energie- und Materialkosten nicht aufgefangen werden konnten. Dies wirkte sich auf das Geschäftsjahr 2022 aus.

Hauptsächlich verursacht wird das Ergebnis durch die begrenzten Pflege- und Behandlungskapazitäten, eine überbordende ambulante Notfallversorgung und auf Grund der geopolitischen Lage gestiegenen Sachkosten sowie tarifbedingte Steigerungen der Personalkosten verbunden mit einer Erlösminderung. Der von der Bundesregierung vorgegebene Rettungsschirm deckt jedoch nicht die weiterhin vorhandenen Vorhaltekosten im Krankenhaus.

2.5 Lage

a) Ertragslage

Positiv auf die Erträge wirkte sich die Steigerung des Landesbasisfallwerts gegenüber dem Vorjahr um 2,32 % aus. Den gesunkenen stationären und teilstationären Krankenhausleistungen wirkten im Wesentlichen die coronabedingten Ausgleichszahlungen in Höhe von TEUR 9.685 und ein Vorsorgungsaufschlag für coronaerkrankte Patienten entgegen. Aufgrund der verpäteten Budget- und Entgeltverhandlungen für das Jahr 2022 steht dem Klinikum im Jahresabschluss ein Ausgleichbetrag in Höhe von TEUR 12.260 zu. Die sonstigen Erlösen und Erträgen beinhalten im Wesentlichen die Erträge aus Vermietung und Verpachtung in Höhe von TEUR 355 (Vj.: TEUR 347), Notarzt TEUR 1.100 (Vj TEUR 1.164) sowie Apotheke TEUR 1.808 (Vj TEUR 1.796). Eine wiederkehrende Position sind Zuwendungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand in Höhe von TEUR 1.771 (Vj.: TEUR 1.801).

b) Betriebliche Aufwendungen

Die betrieblichen Aufwendungen sind gegenüber dem Vorjahr um insgesamt TEUR 10.248 auf TEUR 192.763 gestiegen.

Der Anstieg der Personalkosten gegenüber 2021 beträgt TEUR 9.900.

Die Zahl der durchschnittlichen Vollkräfte lag mit 1.501 Vollkräften 44 VK unter dem Vorjahreswert. Die Steigerung des Personalaufwandes gegenüber 2021 resultiert im Wesentlichen aus dem Umstieg in den Anwendungstarifvertrag zum Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Kommunen für den Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TVöD/VKA).

Die Entwicklung der Vollkräfte und der Personalkosten stellt sich im Jahr 2022 – im Vergleich zum Vorjahr – wie folgt dar:

| | 2022 | 2021 | Veränderung | relativ in % |
|---|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Vollkräfte im Ø (VK) | 1.501 | 1.545 | -44 | -2,9% |
| Löhne und Gehalt/Entgelt + Sonstiges in EUR | 104.767.453 | 96.565.092 | 8.202.361 | 8,5% |
| Soziale Abgaben in EUR | 21.256.911 | 19.559.616 | 1.697.295 | 8,7% |
| davon Betriebliche Altersversorgung in EUR | 3.768.911 | 3.524.717 | 244.194 | 6,9% |
| Personalkosten (PK) in EUR | 126.024.364 | 116.124.708 | 9.899.656 | 8,5% |
| Ø PK/VK in EUR | 84.016 | 75.149 | 8.867 | 11,8% |

| | 2022 | 2021 | Veränderung | relativ in % |
|----------------------------|------|------|-------------|--------------|
| Personalaufwandsquote in % | 71,1 | 68,6 | 2,5 | 3,6% |

| | 2022 | 2021 | Veränderung | |
|------------------------------------|--------|--------|-------------|---------|
| | TEUR | TEUR | TEUR | % |
| Materialaufwand | 61.023 | 60.248 | 775 | 1,29% |
| davon Lebensmittel | 1.171 | 1.045 | 126 | 12,06% |
| davon Medizinischer Bedarf | 30.296 | 33.131 | -2.835 | -8,56% |
| davon Wasser, Energie, Brennstoffe | 2.789 | 2.326 | 463 | 19,91% |
| davon Wirtschaftsbedarf | 6.018 | 6.691 | -673 | -10,06% |
| davon Verwaltungsbedarf | 3.061 | 2.950 | 111 | 3,76% |
| sonstige | 17.688 | 14.105 | 3.583 | 25,40% |

Hervorzuheben ist die Lieferengpässe und verzögerten Lieferzeiten im Einkauf. Hinzu kam auch ein Mengeneffekt aufgrund des gestiegenen Bedarfs und Lagerkosten für unser Außenlager. So betrug die Inflationsrate im März 2022 7,4 %, ein Wert, der zuletzt Anfang der 80er Jahre des vorherigen Jahrhunderts verzeichnet wurde.

Weitere dynamische Kostensteigerungen gibt es zudem verstärkt im Energiesektor. Dabei betrifft die dramatische Entwicklung der Energiepreise sowohl Privathaushalte als auch Unternehmen. Zum Teil sind an dieser Stelle im Klinikum Magdeburg Steigerungen von über 20 % zu beobachten. Die Preise für Öl und Gas sind drastisch in die Höhe gestiegen. Dies führte auch zu einem Anstige der Preise für die Fernwärme, da sie an dem Gaspreis gekoppelt sind.

Die gesunkenen Kosten für Lebensmittel und im Medizinischen Bedarf begründen sich auf den Fallzahlrückgang.

| | 2022 | 2021 | Veränderung | relativ in % |
|----------------------------|------|------|-------------|--------------|
| Materialaufwandsquote in % | 24,0 | 26,7 | -2,7 | -10,1% |

c) Finanz- und Vermögenslage

Finanzlage

Die Eigenkapitalquote 1. Grades (nach Saldierung mit dem Ausgleichsposten nach KHG) ist mit 22,9 % rückläufig (Vorjahr: 28,7 %), jedoch als zufriedenstellend zu bewerten.

Die Eigen- und Fremdkapitalquoten stellen sich wie folgt dar:

| | 2022 | 2021 | Veränderung | relativ in % |
|------------------------|------|------|-------------|--------------|
| Eigenkapitalquote in % | 22,8 | 28,7 | -5,9 | -20,6% |
| Anlagenintensität in % | 70,0 | 74,1 | -4,1 | -5,5% |

Vermögenslage

Die langfristigen Vermögenswerte haben sich gegenüber dem letzten Abschluss um TEUR 3.560 reduziert. Der überwiegende Teil resultiert aus Abschreibungen.

Im abgelaufenen Geschäftsjahr wurden TEUR 3.429 für Investitionen ausgegeben. Der Schwerpunkt lag in 2022 wie im Vorjahr auf fortschrittlicher und patientenorientierter Medizintechnik.

Die zum 31. Dezember 2022 gebildeten Wertberichtigungen auf die Forderungen aus Lieferungen und Leistungen tragen dem Ausfallrisiko und dem Risiko aus verzögertem Zahlungsmiteileingang Rechnung. Die Wertberichtigungsquote von 18,2 % (Vorjahr: 15,8 %), bezogen auf den Forderungsbestand zu Nennwerten, ist als hoch einzustufen. Die Forderungsreichweite zum 31. Dezember 2022 beträgt 40 Tage (Vorjahr: 40 Tage).

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

Das bilanzielle Eigenkapital verringerte sich um den Jahresfehlbetrag in Höhe von TEUR -8.411.

Dem Klinikum stand im Berichtszeitraum von der Hausbank eine Kontokorrentkreditlinie zur Verfügung. Dieser wurde mit einer Summe von TEUR 2.839 in Anspruch genommen. Weiterhin stand dem Klinikum ein Liquiditätskredit der Landeshauptstadt Magdeburg in Höhe von TEUR 20.000 zur Verfügung. Dieser wurde zum 31.12.2022 in Höhe von TEUR 5.000 in Anspruch genommen.

| | 2022 | 2021 | Veränderung |
|-------------------------------|-------|-------|-------------|
| Umsatzrentabilität in % | -4,8 | -5,0 | 0,2 |
| Eigenkapitalrentabilität in % | -20,8 | -18,1 | -2,7 |

2.6 Gesamtaussage

Das Geschäftsjahr 2022 war weiterhin geprägt durch die Auswirkungen der COVID-19 Pandemie und den geopolitischen Risiken infolge des Krieges in der Ukraine. Der pandemische Verlauf verhinderte über die ersten drei Quartale hinaus die Rückkehr zur Normalität. Ursächlich waren vor allem die Einschränkungen der Leistungserbringung und der krankheitsbedingten Ausfall des medizinischen Personals. Die stationären Fallzahlen lagen dabei auf Vorjahresniveau, Casemix und Pflegebewertungsrelationen fallen jedoch gegenüber dem Vorjahr deutlich zurück.

3 Chancen-, Risiko- und Prognosebericht

Der Beschluss der Gesundheitsminister der Länder und des Bundesgesundheitsministers bis zum Sommer einen gemeinsamen Gesetzentwurf zur großen Krankenhausreform vorzulegen ist ein gutes Zeichen, um einen konsensualen Reformschritt auf den Weg zu bringen. Ebenfalls positiv zu bewerten ist, dass es Länderöffnungsklauseln geben soll, die regionalspezifische Aspekte der Versorgung berücksichtigen können. Das klare Bekenntnis, dass es keine Vorgaben „One Size fits all“ geben kann, ist wichtig gerade für die Bevölkerung außerhalb der Ballungsgebiete.

Der Umbau der Krankenhauslandschaft in Sachsen-Anhalt kann jedoch nur gelingen, wenn die Reform landesspezifische Besonderheiten der Versorgung (beispielsweise die Unterversorgung in Sachsen-Anhalt Nord) mit berücksichtigt und eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur plant. Der hieraus resultierende Bedarf an Investitionen und die Finanzierung der Leistungen müssen auskömmlich werden.

Unbefriedigend bleiben die Aussagen zu strukturellen Unterfinanzierung der Betriebskosten und der Investitionsfinanzierung. Die Investitionsmittel des Landes bleiben weiterhin hinter den notwendigen Mitteln zurück und dies schon seit Jahren. Außerdem braucht es eine Refinanzierung der derzeit bestehenden Mehrkosten durch die Inflation.

Wieder einmal ist deutlich geworden, dass Krankenhausversorgung stark vom Fachkräftemangel in der Pflege betroffen ist.

Das Risikomanagement in diesen Umbruchzeiten ist ein wichtiger, integraler Bestandteil und umfasst die Gesamtheit aller organisatorischen Regelungen und Maßnahmen zur Risikoerkennung und zum Umgang mit den Risiken unternehmerischen Handelns. Ziel ist es, Risiken der Geschäftstätigkeit frühzeitig zu identifizieren, Konsequenzen der Übernahme von Risiken zu erkennen, potenziell erfolgsgefährdende Risiken zu steuern und existenzgefährdende Risiken zu vermeiden. Die sich daraus ergebende Aufgabenstellung umfasst die Erarbeitung von Strategien zur Risikobewältigung (Vermeidung, Transfer, Verminderung, Akzeptanz) sowie die Minimierung der Risikokosten unter gleichzeitiger Optimierung des Ertrags und Sicherung des zukünftigen Erfolges. Dies bedeutet eine systematische und kontinuierliche Auseinandersetzung mit den unternehmerischen Risikopotenzialen. Im Sinne eines zielgerichteten Risikomanagements sollten primär Risiken im Fokus der Beobachtung stehen, die mindestens eine wesentliche Auswirkung auf die zukünftige Entwicklung der Gesellschaft haben können. Von Bedeutung sind hierbei neben den sich aus der Unternehmensstrategie ergebenden Risiken, insbesondere auch externe Risiken, z.B. durch Entwicklungen in der Gesetzgebung oder Marktveränderungen. Der Identifikation von Risiken soll insofern ein langfristiger Betrachtungszeitraum zugrunde liegen.

a) Risiken

Die sich stetig absenkenden Vergütungspauschalen für Krankenhausleistungen, die hingegen stetig steigenden Personal- und Materialeinsatzkosten sowie Betriebskosten der nach wie vor zu bewältigende Leistungsabfall aufgrund der coronabedingten Ausfälle wird als großes Risiko wahrgenommen.

Mit der Einführung der Pflegepersonal-Regelung (kurz PPR 2.0), die in verschiedenen Leistungsstufen minutengetreu den Pflegeaufwand berücksichtigen soll, könnte ein lang gehegter Wunsch der Pflege endlich Realität werden. Doch welche Durchschlagskraft dieses Instrument wirklich haben kann, ist angesichts der unklaren Signale aus Berlin kaum noch absehbar. Was kennzeichnet die Regelung? Patienten werden täglich in je vier Grund- und Spezialpflege-Leistungsstufen eingeteilt. Jeder Stufe ist ein Minutenwert zugeordnet. Hinzu kommen Grund- und Fallwerte als Basis. In der Summe ergibt sich so ein Zeitwert pro Patient, der den Pflegepersonalbedarf abbildet. Der zusammengefasste Wert aller Patienten ergibt den Pflegepersonalbedarf des Hauses. Die PPR 2.0 berücksichtigt zudem aktuelle Entwicklungen in der Pflege. Außerdem wurde das Zeitintervall verändert: Als Nachtschicht gilt jetzt erst die Zeit zwischen 22 und 6 statt wie bisher ab 20 Uhr. Insgesamt ergibt sich in erster Einschätzung eine durchschnittliche Steigerung des Pflegezeitbedarfs pro Patient um 8,1 Prozent gegenüber der alten PPR.

Im Juni hatten die Gesundheitsminister der Länder (GMK) den Bund gebeten, gesetzliche Regelungen zu prüfen, um den Einfluss von privaten Investoren bei der Gründung und dem Betrieb von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) einzuschränken. Das Bundesministerium für Gesundheit plant, ein Gesetz vorzulegen, das den Aufkauf von Arztpraxen durch Finanzinvestoren verbietet. Damit soll der Betrieb der Medizinischen Versorgungszentren eingeschränkt werden. Die Synergien zwischen dem MVZ Klinikum Magdeburg gGmbH (der Tochtergesellschaft des Klinikums) und dem Klinikum Magdeburg könnten hierdurch entfallen.

Der Landesbasisfallwert für das Jahr 2023, mit dem die Krankenhausleistungen vergütet werden, steigt lediglich um 4,32 Prozent. Doch diese Steigerung wird durch den Anstieg der Materialeinsatzkosten sowie den rapide steigenden Energiekosten nahezu aufgezehrt. Die Krankenhauskosten sind innerhalb eines gedeckelten Finanzierungssystems dabei wie kommunizierende Röhren: Mehrausgaben in einem Bereich müssen durch Einsparungen ausgeglichen werden, aber genau das geht in der derzeitigen Situation nicht. Zudem finanziert das Klinikum Magdeburg weiterhin Pflegepersonalkosten vor, weil der für die Refinanzierung der Pflege aktuell geltende Pflegeentgeltwert viel zu niedrig ist und die Budgetverhandlungen zeitlich verzögert sind. Dies belastet die Liquidität in erheblichem Maße.

Des Weiteren wird das wirtschaftliche Ergebnis von weiteren 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 2022 und 2023 liegen keine Vereinbarungen mit den Krankenkassen für die psychiatrische Versorgung vor. Dies betrifft die mit den Krankenkassen zu verhandelnde Höhe des Pflegentgeltwertes 2022, den Krankenhaus-Betriebsvergleich Psychiatrie und damit in Verbindung stehend die Höhe des Basisentgeltwertes zur Vergütung der Leistungen in der Psychiatrie und Psychosomatik.

Coronabedingte Ausfälle der Belegschaft bleiben weiterhin herausfordernd. Die große Frage ist nicht, wie sich die Versorgung infektiöser Patienten gestaltet die Zahlen sind aktuell auf einem vergleichsweise überschaubaren Niveau –, sondern wie der Personalausfall durch Infektionen kompensiert und damit die Betriebsfähigkeit aufrecht erhalten werden kann. Routinemäßig positiv getestete Beschäftigte müssen in Quarantäne, auch wenn sie symptomfrei sind. Andere müssten zu Hause bleiben, weil ihre Kinder infiziert sind oder die Betreuung in den Schulen und Kindertagesstätten ausfällt.

Die kinderärztliche Versorgung umfasst die Betreuung von Frühgeborenen, Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Schulkindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr. In den letzten Jahren beobachten wir zudem eine immer stärkere Verlagerung von akuten zu chronischen Erkrankungen mit zunehmender Komplexität, einen Anstieg psychosomatischer und psychiatrischer Erkrankungen sowie einen zunehmenden Wirtschaftsdruck auf die Kindermedizin durch ein für die Kindermedizin nicht adäquates Entgeltsystem (DRG). Zwar wird 2023 und 2024 für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen das vor der Pandemie im Jahr 2019 erbrachte Erlösvolumen weitgehend unabhängig von den tatsächlich erbrachten Leistungen garantiert, jedoch war bereits in der Vorkrisenzeit die Finanzierung der Pädiatrie nicht auskömmlich.

Da es keine generellen neuen gesetzlichen Regelungen gibt, die die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser sichern, liegt das erwartete Ergebnis für das Jahr 2023 bei –TEUR 6.528.

Zu den im Unternehmen bestehenden Finanzinstrumenten zählen insbesondere Forderungen, Verbindlichkeiten und Guthaben bei Kreditinstituten sowie Bankdarlehen. Die Finanzierung der Leistungen erfolgt im Wesentlichen über Entgelte öffentlich-rechtlicher Kostenträger, die entweder gesetzlich vorgegeben sind (DRG-Katalog) oder in regelmäßigen Abständen neu vereinbart werden. Sofern im Ausnahmefall eine individuelle Leistungsvereinbarung vorliegt, ist mit signifikanten Forderungsausfällen nicht zu rechnen. Die gegebenenfalls erforderlichen Wertberichtigungen wurden gebildet. Verbindlichkeiten werden i.d.R. innerhalb der vereinbarten Zahlungsfristen gezahlt.

Währungsrisiken werden aufgrund der ausschließlichen Tätigkeit in Deutschland nicht eingegangen. Offene Risikopositionen liegen nicht vor. Die Steuerung erfolgt durch die Überwachung der Finanz- und Liquiditätsplanungen der Gesellschaft. Das Risikomanagement ist an die mit den Finanzinstrumenten verbundenen geringen Risiken und die untergeordnete Bedeutung der risikobehafteten Finanzinstrumente angepasst.

Soweit bei finanziellen Vermögenswerten Ausfall- und Bonitätsrisiken erkennbar sind, werden entsprechende Wertberichtigungen vorgenommen.

b) Chancen

Das deutsche Gesundheitswesen ist geprägt von einer systematischen Trennung des ambulanten vom stationären Sektor. Diese Sektorentrennung in Verbindung mit dem starken Leistungsbezug des DRG-Systems hat in den letzten Jahren zu einer Ausweitung stationärer Behandlungen geführt. Teile dieser stationären Mengenausweitung könnten auch in einer geeigneten ambulanten Infrastruktur erbracht werden. Neben der Ausweitung des stationären Volumens sind auch die Indikationsgebiete, die von Krankenhäusern behandelt werden, mitunter nicht adäquat für technische und personelle Ausstattung. Die Krankenhausplanung, welche von den Bundesländern vorgenommen wird, erfolgt in den meisten Bundesländern auf Fachabteilungsebene. Diese Ebene ist allerdings zu grob, um die personellen und infrastrukturellen Mindestvoraussetzungen in allen Kliniken vorzuhalten, die für ein umfangreiches Leistungsspektrum einer entsprechenden Fachabteilung notwendig sind. Aus diesem Grund werden in einzelnen Kliniken Indikationen behandelt, für welche sie nicht ausreichend ausgestattet sind. Die Bundesländer, welche für die Investitionsfinanzierung zuständig sind, können aber nicht alle Kliniken in ausreichendem Maße mit finanziellen investiven Mitteln ausstatten, weshalb es einer stärkeren Fokussierung und Schwerpunktbildung bedarf.

Die Grundprinzipien der Reform sind dabei eine Chance für das Klinikum Magdeburg und gliedern sich in drei Schwerpunktbereiche:

1. Es soll eine einheitliche Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen (Leveln) implementiert werden, um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen. Diese Versorgungslevel werden an Mindestvoraussetzungen in den Bereichen der Leistungsspektren, der Notfallversorgung, der Intensivmedizin sowie des ärztlichen und pflegerischen Personal geknüpft.
2. Parallel soll es ein System von Leistungsgruppen eingeführt werden, das an die bereits eingeführte Leistungsgruppensystematik des Bundeslandes NRW erinnert, aber noch etwas fein granulärer gegliedert sein soll. Insgesamt sollen 128 Leistungsgruppen den Versorgungsleveln zugeordnet und an den Bevölkerungsbedarf angepasst werden.
3. Der dritte wichtige Eckpfeiler stellt die Finanzierung dar. Das aktuell stark mengenbezogene DRG-System soll um eine Vorhaltefinanzierung ergänzt werden. Durch die Kombination aus Vorhaltefinanzierung und DRG-Finanzierung soll ein besseres Gleichgewicht aus Qualität, Bedarfsgerechtigkeit und Ökonomie erreicht werden.

Das Behandlungs-Portfolio der Häuser darf dann nur noch der entsprechend zugeordneten Versorgungsstufe entsprechen. Das heißt, die Häuser konzentrieren sich auf das, was sie jeweils am besten können. Das garantiert den Patientinnen und Patienten, dass sie mit ihrer jeweiligen Erkrankung in dieser Klinik auch am besten aufgehoben sind. Das Klinikum Magdeburg kann nach derzeitigem Kenntnistand hinsichtlich des Vorschlages der Regierungsreform mit geringem Aufwand die Versorgungsstufe Level 3 erreichen. Das heißt, dass wir in unserer Versorgungsregion Magdeburg und nördliches Sachsen-Anhalt die beste medizinische Expertise und erstklassige Ausstattung bieten für Behandlungen, die sonst nur die Universitätsklinik Magdeburg vorhält.

Krankenhäuser sollen für den Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis zum 30. April 2024 Hilfszahlungen vom Bund in Höhe von sechs Milliarden Euro erhalten, um die gestiegenen Gas- und Stromkosten auszugleichen. Bis zum 17. Januar 2023 will der Bund der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds dafür 4,5 Milliarden Euro zur Verfügung stellen und bis zum 16. Januar 2024 weitere 1,5 Milliarden Euro.

Auch nachfolgende Mitteilung des BMG sind letztlich als Chancen zu werten:

- Die Budgetverhandlungen für Krankenhäuser werden beschleunigt. So werden Fristen für verschiedene Verfahrensschritte und ein automatisches Tätigwerden der Schiedsstelle vorgegeben.
- Telemedizinische Leistungen werden gefördert, indem Entgelte für eine sachgerechte Vergütung vereinbart werden.
- Das Hygieneförderprogramm wird als Infektiologieförderprogramm weitergeführt und um drei Jahre verlängert, sodass die personelle Ausstattung in der Infektiologie finanziell unterstützt wird.
- Es wird gewährleistet, dass die Kosten von Ausbildungen in der Pflegehilfe und -assistenz am Krankenhaus rechtssicher finanziert werden. Krankenhäuser werden zur Pflegeeinrichtung auf Zeit: Mit der sogenannten „Übergangspflege im Krankenhaus“ wird eine neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt.

Die Energiepreisbremse und der Härtefallfonds federn die teils extremen Energiepreissteigerungen für die Großverbraucher Krankenhäuser ab, die Kinder- und Jugendmedizin wird zusammen mit der Geburtshilfe in dreistelliger Millionenhöhe unterstützt, wobei das Geld dafür zunächst durch Kürzungen bei allen Krankenhäusern eingesammelt wurde.

Zu begrüßen ist, dass die von Hebammen erbrachten pflegerischen Tätigkeiten künftig ohne Einschränkungen im Rahmen der Pflegepersonaluntergrenzen berücksichtigt werden sollen. Das ist ein wichtiger Schritt zur Sicherung der pflegerischen Versorgung und Qualität, der unbedingt auf weitere therapeutisch-pflegerisch tätige Berufsgruppen im Krankenhaus erweitert werden muss. Therapeutische Spezialisten leisten seit Jahren einen entscheidenden Beitrag zur pflegerischen Versorgung und entlasten examinierte Pflege kritisch zu bewerten ist hingegen die vorgesehene Anhebung der Pflegepersonaluntergrenzen in der Gynäkologie und Geburtshilfe, da bis zum Inkrafttreten nicht einmal drei Wochen Zeit sind, um das dafür nötige Personal vorzuhalten – und dies, obwohl Fachabteilungen zunehmend wegen Personalausfällen und steigenden Patientenzahlen schließen müssen.

Da die Corona-Pandemie neben den Krankheitsfällen durch COVID-19 vor allem viele psychosoziale und psychische Belastungen für die Bürgerinnen und Bürger gebracht haben, stehen die psychiatrische und psychosomatische Versorgung für die kommenden Monate und Jahre vor besonderen Herausforderungen. Dies zeigte sich bereits in der Steigerung der Belegungszahlen in 2022. In der Psychiatrie und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden deshalb Fallzahlen und Bewertungsrelationen analog zum Jahr 2019 geplant, da die Vorgaben in der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) als begrenzender Faktor erst ab dem Jahr 2023 wirken.

Es wird darauf hingewiesen, dass der Ausblick unter erheblichen Unsicherheiten im Zusammenhang mit dem Verlauf der COVID-19-Pandemie und unter dem Vorbehalt etwaiger regulatorischer Eingriffe mit erheblichen Auswirkungen auf die Vergütungsstruktur und die Personalstruktur im Jahr 2023 steht.

Magdeburg, 31.03.2023

gez. Willi Lamp
Geschäftsführer