

**Klinikum Friedrichshafen GmbH, Friedrichshafen
Lagebericht für 2017**

1. Rahmenbedingungen im Krankenhauswesen

Die Gesellschaft bewegt sich im Gesundheitssektor in einem langfristig stabilen Wachstumsmarkt. Der Krankenhaus Rating Report 2017 des Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) zur aktuellen Wirtschaftslage des deutschen Kliniksektor stellt fest, dass sich die wirtschaftliche Lage der deutschen Krankenhäuser gegenüber dem Vorjahr wiederum – wenn auch nur leicht – verschlechtert hat. Derzeit hat über 9 Prozent der Kliniken ein erhöhtes Insolvenzrisiko. In den ostdeutschen Bundesländern war die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser wieder am besten. Am schwierigsten war sie in Bayern, Niedersachsen/Bremen, Hessen und Baden-Württemberg. Trotz der bestehenden Insolvenzrisiken verbesserte sich die Ertragslage der Krankenhäuser im Durchschnitt leicht. Während 2012 bundesweit knapp 34 Prozent aller Krankenhäuser einen Jahresverlust schreiben, sind es 2015 nur noch 21 Prozent.¹

Trotz erhöhter Ertragskraft ist es um die Investitionsfähigkeit deutscher Krankenhäuser weiterhin schlecht bestellt. Die Kapitalausstattung der Krankenhäuser ist noch immer unzureichend. Ihr jährlicher Investitionsbedarf (ohne Universitätskliniken) beläuft sich auf mindestens 5,4 Milliarden Euro. Da die Bundesländer im Jahr 2015 Fördermittel in Höhe von 2,8 Milliarden Euro zur Verfügung stellten, ergibt sich eine jährliche Förderlücke von mindestens 2,6 Milliarden Euro. Um die Versorgungsqualität zu sichern, bestreiten die Krankenhäuser notwendige Investitionen in bauliche Maßnahmen und Medizintechnik gezwungenermaßen zum Teil aus eigenen Mitteln oder aus Zuschüssen der Träger. Problematisch dabei ist, dass nur knapp mehr als die Hälfte der Kliniken überhaupt in der Lage sind, Investitionen zu tätigen.²

Im Jahr 2017 wurden die Kostensteigerungen der Krankenhäuser insgesamt nur unzureichend refinanziert. So stieg der für die Vergütung stationärer Leistungen ausschlaggebende Landesbasisfallwert mit Ausgleichen in Baden-Württemberg nur um 2,38% auf 3.350,01 Euro.

Dadurch geht die Schere zwischen den Erlösen der Kliniken und deren steigenden Kosten aufgrund von kontinuierlich höheren Material- und Personalkosten bei gleichzeitig gedeckelten Entlohnungen für diese Leistungen weiter auf. Dies bedingt Maßnahmen und Konzepte auf der Leistungsseite, die diese Kostensteigerungen durch erhöhtes Wachstum kompensieren können. In der Folge nimmt der Wettbewerb im Krankenhausbereich zu. Die Klinikum Friedrichshafen GmbH hat auf diese Entwicklung

¹ Quelle: Krankenhaus Rating Report (RWI), <http://krankenhausratingreport.de>

² Quelle: Krankenhaus Rating Report (RWI), <http://krankenhausratingreport.de>

durch die Verbundbildung mit dem Krankenhaus 14 Nothelfer und der Klinik Tett nang GmbH reagiert.

Zudem wird die Arbeit aller Beteiligten im Gesundheitswesen durch die stetigen Veränderungen an den gesetzlichen Rahmenbedingungen stark beeinflusst. Speziell in den Rechts- und Vertragsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen sowie niedergelassenen Ärzten erfolgen regelmäßig gesetzliche Neuordnungen und daraus resultierend modifizierte Verträge, Vereinbarungen und Anforderungen.

Die für das Krankenhaus wesentlichen Gesetze und deren Auswirkungen sind nachfolgend erläutert:

Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Pflegestärkungsgesetz) - ab dem 01.01.2015 in Kraft getreten:

Mit Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt ist das SGB XI-Änderungsgesetz (Pflegestärkungsgesetz) am 17.12.2014 verabschiedet worden. Mit dem Gesetz wurde auch die Verlängerung des Versorgungszuschlages und der Mehrleistungsabschläge beschlossen. Der Versorgungszuschlag wurde zwischenzeitlich seit dem 01.01.2017 durch den Pflegezuschlag ersetzt. Zur Kompensation wurde die Geltung des Mehrleistungsabschlages nach § 4 Abs. 2a KHEntgG rückwirkend ab 2013 auf drei Jahre verlängert, so dass eine 100 %-Finanzierung zusätzlich vereinbarter Leistungen nun ab dem vierten Jahr erfolgt. Im Zuge dessen wird es für die Krankenhäuser zunehmend schwieriger die weiter auseinandergehende Erlös-Kosten-Entwicklung durch die Erbringung von Mehrleistungen zu kompensieren.

Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Der Bundestag hat das "Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung" (GKV-VSG) am 11. Juni 2015 verabschiedet. Das zustimmungsfreie Gesetz hat am 10. Juli 2015 den Bundesrat passiert und ist zum 23. Juli 2015 in Kraft getreten. Geregelt werden darin einige Tatbestände, die die ambulante Versorgung betreffen wie z.B. die ambulante Notfallversorgung oder die Einrichtung von Terminservicestellen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Zudem enthält das Gesetz Regelungen zur Verbesserung des Entlassmanagements im Krankenhaus. So wird das Ordnungsrecht für Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements erweitert und Krankenhäuser bei der Verordnung maßgeblicher ambulanter Leistungen den Vertragsärzten gleichgestellt (für einen Zeitraum von 7 Tagen nach Entlassung). Zudem werden die Gründungsmöglichkeiten für medizinische Versorgungszentren weiterentwickelt. So werden arztgruppengleiche Medizinische Versorgungszentren ermöglicht und die Zulassungsregelungen für von Kommunen betriebene Medizinische Versorgungszentren werden angepasst.

Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz)

Das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) ist am 17.12.2015 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht worden und trat damit zum 01.01.2016 in Kraft. Durch das KHSG werden weitreichende Regelungen für die Krankenhausfinanzierung umgesetzt, die die Gesellschaft unmittelbar betreffen. Grundlegende Umstellungen in der Finanzierungssystematik traten mit Wirkung zum 01.01.2017 in Kraft.

Die Fixkostendegression fällt zukünftig allein dortan, wo die Kostenvorteile der Mengenausweitung tatsächlich eintreten. Diesem Ziel dient die Ablösung des Mehrleistungsabschlags durch den Fixkostendegressionsabschlag. Der Mehrleistungsabschlag hatte für die Krankenhäuser zur Folge, dass es bei Leistungsausweitungen zu einer „doppelten Degression“ kam, da zusätzlich vereinbarte Leistungen mit dem Mehrleistungsabschlag auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses belegt wurden und zugleich die Fixkostendegression beim Landesbasisfallwert vergütungsmindernd wirkten. Ab dem Jahr 2017 wurde mit dem neu eingeführten Fixkostendegressionsabschlag ein dreijähriger Abschlag auf zusätzliche Leistungen erhoben. Im Gegensatz zum Mehrleistungsabschlag entfällt die absenkende Wirkung zusätzlicher Leistungen auf den Landesbasisfallwert. Die Höhe des Fixkostendegressionsabschlages wird von den Vertragsparteien bis zum 30. September eines jeden Jahres vereinbart. Die Höhe des Abschlages wurde Ende 2016 für Mehrleistungen der Jahre 2017 und 2018 gesetzlich auf 35% festgelegt. Dadurch werden Mehrleistungen zukünftig stärker abgewertet als durch den bisher gültigen Mehrleistungsabschlag in Höhe von 25%.

Zudem wurden ab dem 01.01.2017 Bewertungsrelationen für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen zu erwarten waren, gezielt durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) abgesenkt. Dies betrifft insbesondere die Bereiche der Knie- und Hüftendoprothetik sowie der Wirbelsäulenchirurgie. Im Gegenzug wurden die dadurch erzielten Einsparungen genutzt, um personalkostenintensive DRGs höher zu vergüten.

Der Pflegezuschlag ersetzte ab dem 1. Januar 2017 den Versorgungszuschlag, der im Zuge der Neuausrichtung der Mengensteuerung abgeschafft wurde. Das jährliche Finanzvolumen beträgt 500 Millionen Euro, das sich gemäß ihrem Pflegedienstpersonalkostenanteil an den Gesamtpflegedienstpersonalkosten auf die Krankenhäuser verteilt. Krankenhäuser mit höheren Kosten für Pflegepersonal erhalten somit einen höheren Pflegezuschlag als Krankenhäuser mit niedrigen Pflegedienstpersonalkosten. Der Pflegezuschlag wird als Abschlag je vollstationären Fall an die Krankenhäuser gezahlt. Die Einführung einer jährlichen Tarifrater zur teilweisen Kompensation von Tariflohnsteigerungen als reguläres Finanzierungselement war schon für den Vereinbarungszeitraum 2016 wirksam. So werden steigende Kosten infolge von Tarifabschlüssen zukünftig zur Hälfte refinanziert.

Die Qualität der stationären Versorgung wird in Zukunft auch Konsequenzen für die Krankenhausvergütung haben. Für außerordentlich gute Qualität werden die Krankenhäuser Zuschläge und für Qualitätsmängel Abschläge erhalten. Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte hierfür erstmals bis zum 31. Dezember 2017 einen Katalog geeigneter Leistungen oder Leistungsbereiche definieren und jährlich Bewertungskriterien für außerordentlich gute und für unzureichende Qualität und aktuelle einrichtungsbezogene Auswertungen der Qualitätsdaten liefern. Bis dato ist dies zwar nicht geschehen, wird von den Krankenkassen aber verstärkt eingefordert. Über die Anwendung der Qualitätszu- und -abschläge entscheiden die Vertragspartner vor Ort, um einrichtungsbezogene Besonderheiten bei der Entscheidung berücksichtigen zu können.

Mit der Einrichtung eines Strukturfonds sollen für die Jahre 2016 bis 2018 Mittel bereitgestellt werden, um strukturverbessernde Maßnahmen der Länder zu fördern. Insbesondere sollen Überkapazitäten abgebaut, Krankenhausstandorte konzentriert und Krankenhäuser in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen (z. B. Gesundheits- oder Pflegezentren, stationäre Hospize) umgewandelt werden. Der Strukturfonds wird einmalig mit Mitteln in Höhe von 500 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgestattet.

Bis zuletzt waren sich Union und SPD zum Thema Gesundheitspolitik nicht einig. Insbesondere das Thema „Bürgerversicherung“ war bis zuletzt ein großer Streitpunkt. Dieser wurde beigelegt, indem nun eine wissenschaftliche Kommission bis Ende 2019 Vorschläge für eine Angleichung der Honorare für Ärzte bei privat und gesetzlich Krankenversicherten erarbeiten soll.

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD der 19. Legislaturperiode vom 12. März 2018 sind einige Änderungen in dem Kapitel Gesundheit und Pflege festgeschrieben, die sich auf die Krankenhäuser auswirken. Die vorgesehene Ausgliederung der Pflegepersonalkosten neben dem Fallpauschalensystem stellt eine grundlegende Neuausrichtung des 2003 eingeführten pauschalierenden, preisorientierten Vergütungssystems dar. Künftig sollen Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von den Fallpauschalen vergütet werden. Die Krankenhausvergütung soll auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegekostenkostenvergütung umgestellt werden. Die Pflegepersonalkostenvergütung soll die Aufwendungen für den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf berücksichtigen. Die DRG-Berechnungen sollen dann um die Pflegepersonalkosten bereinigt werden. Dies kann aber nur gelingen, wenn eine gute Personalausstattung nicht mit andauernden Rechtfertigungszwängen in den Entgeltverhandlungen gegenüber den Krankenkassen verknüpft wird.

Dem Ärztemangel soll mit einer Erhöhung der Studienplätze entgegnet werden. Im Bereich der Notfallversorgung sind erhebliche Änderungen geplant. Die Notfallversorgung soll künftig durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und den

Landeskrankenhausgesellschaften gemeinsam sichergestellt werden. Jedoch gibt es im Koalitionsvertrag keinen Passus, dass den Krankenhäusern eine auskömmliche Vergütung zu bezahlen ist.

Um die Zahl der Organspenden in Deutschland zu erhöhen, sollen verbindliche Freistellungsregelungen für Transplantationsbeauftragte geschaffen und finanziert werden. Zudem soll die Vergütung für eine Organentnahme erhöht werden.

Es bleibt abzuwarten, wann und in welcher Form die im Koalitionsvertrag vereinbarten Änderungen umgesetzt werden.

2. Wettbewerbssituation, Kommunalen Klinikverbund und Kooperationen

Die Gesellschaft betrieb im abgelaufenen Geschäftsjahr ein Klinikum der Zentralversorgung mit insgesamt 370 akutstationären Planbetten und eine geriatrische Rehabilitation mit 28 Betten.

Durch die zunehmende Konkurrenz und Wettbewerbssituation im stationären Bereich kommt der Aufrechterhaltung und dem Ausbau von Patientenströmen eine besondere Bedeutung zu. Die ambulante Versorgung, bei der wir im Wettbewerb mit niedergelassenen Ärzten (auch Großpraxen) der Stadt und des Umlandes stehen, birgt ein gewisses Risiko in der stationären Zuweisungspraxis. Die Klinikum Friedrichshafen GmbH geht deswegen weiterhin den Weg, vertragliche Bindungen im Sinne von Kooperations- und integrierten Versorgungsverträgen abzuschließen. Darüber hinaus hat die Gesellschaft bereits vor einigen Jahren zwei Medizinische Versorgungszentren mit mehreren Fachrichtungen in Betrieb genommen.

Neben vertraglichen Bindungen kommt der Schaffung von Infrastruktur für das Anbieten weiterer medizinischer Angebote eine hohe Bedeutung zu.

Das Konzept „Medizin Campus Bodensee“ in Friedrichshafen beinhaltet die Bestandteile strahlentherapeutische Praxis (Inbetriebnahme Oktober 2009), das Mutter-Kind-Zentrum (Inbetriebnahme November 2010), die Psychiatrie/Psychosomatik durch das Zentrum für Psychiatrie DIE WEISSENAU Anstalt des öffentlichen Rechts, Ravensburg, (Inbetriebnahme März 2011) und letztlich das Ärztehaus (Inbetriebnahme ab August 2011). Mieter des Ärztehaus sind: Eine Internistische Gemeinschaftspraxis (acht Ärzte) mit 50 Dialyseplätzen, eine urologische Gemeinschaftspraxis (vier Ärzte), eine neurochirurgische Praxis, ein Praxislabor sowie das erste Medizinische Versorgungszentrum des Klinikums mit acht Fachärzten. Das zweite Medizinische Versorgungszentrum des Klinikums befindet sich in den Räumlichkeiten des Klinikums. Mit dieser zunehmenden Verzahnung von ambulanten und stationären Diensten ergeben sich für die Gesellschaft zusätzliche Chancen, die wir mit verschiedenen Kooperationsangeboten aktiv fördern. Diese intensive sektorenübergreifende Zusammenarbeit minimiert die Risiken der Gesellschaft.

Obwohl Synergieeffekte und das medizinische Konzept in den letzten Jahren bereits umgesetzt wurden, ist die Verbundstruktur der Krankenhäuser weiter zu stärken und zu optimieren.

Im medizinischen Bereich wirkt sich der Zusammenschluss positiv aus. So sind enge personelle Kooperationen der Fachabteilungen und der Aufbau spezialisierter Fachabteilungen an jeweils einem der drei Verbundstandorte bereits umgesetzt und werden zukünftig noch weiter intensiviert.

Damit wird den Patienten im Verbund ein spezialisiertes und qualitativ hochwertigeres Behandlungsspektrum angeboten. Dabei wird an jedem Standort weiterhin mindestens die Grund- und Regelversorgung vorgehalten, jedoch ergänzt um die Möglichkeit für spezielle medizinische Fragestellungen Fachexperten eines anderen Krankenhauses mit einbinden zu können.

3. Geschäftsbedingungen der Klinikum Friedrichshafen GmbH

Die Gesellschaft betrieb im abgelaufenen Geschäftsjahr ein Klinikum der Zentralversorgung mit insgesamt 370 akutstationären Planbetten und eine geriatrische Rehabilitation mit 28 Betten.

Im Jahr 2005 wurde die Klinikum Friedrichshafen GmbH als 100%-ige Tochter der Stadt Friedrichshafen gegründet. Die Stadt Friedrichshafen hat im Wege einer Sacheinlage den Regiebetrieb Klinikum-Immobilien, Friedrichshafen, (ehemals: Regiebetrieb Städtisches Krankenhaus Friedrichshafen) mit Ausnahme der Grundstücke und grundstücksgleichen Rechte einschließlich der Bauten, auf die Klinikum Friedrichshafen GmbH gegen Gewährung eines Geschäftsanteils mit Wirkung auf den 1. Januar 2005 übertragen. Mit notariellem Vertrag vom 27. Dezember 2006 hat die Stadt Friedrichshafen rückwirkend zum 1. Januar 2006 sodann zwei der in 2005 nicht mit übertragenen Grundstücke mit sämtlichen sich darauf befindlichen Gebäuden (im Wesentlichen das Hauptgebäude des Klinikums Friedrichshafen und der ehemaligen Krankenpflegeschule inklusive den jeweils dazugehörigen technischen Anlagen) und baulichen Anlagen und mit allen damit verbundenen Rechten sowie dem gesetzlichen Zubehör auf das Klinikum Friedrichshafen übertragen. Die Übertragung fand zum Buchwert statt.

Der Zweck der Gesellschaft ist die Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens, des Wohlfahrtswesens, der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie der Wissenschaft und Forschung.

Aufsichtsratsvorsitzender ist Herr Andreas Brand (Oberbürgermeister der Stadt Friedrichshafen).

Die Klinikum Friedrichshafen GmbH wird durch den Geschäftsführer Johannes Weindel vertreten. Am 11. April 2006 wurde Herrn Jochen Wolf Einzelprokura erteilt.

Die Klinikum Friedrichshafen GmbH hat im Rahmen des § 95 SGB V zum Betrieb von Medizinischen Versorgungszentren zwei Tochtergesellschaften gegründet. Mit notariellem Vertrag vom 5. Oktober 2007 wurde die "Ärztliches Versorgungszentrum GmbH am Klinikum Friedrichshafen" gegründet. Die Klinikum Friedrichshafen GmbH hält an der Tochtergesellschaft 100 %. Eine Zulassungsvoraussetzung der Kassenärztlichen Vereinigung war die Namensänderung der Gesellschaft in "Medizinisches Versorgungszentrum GmbH am Klinikum Friedrichshafen" (MVZ). Die Änderung ist mit Eintragung ins Handelsregister am 7. Mai 2008 vollzogen worden.

Die zweite Gesellschaft wurde mit notariellem Vertrag vom 5. Juli 2013 gegründet. Die "Medizinisches Versorgungszentrum II GmbH am Klinikum Friedrichshafen" ist ebenfalls eine 100 %ige Tochtergesellschaft der Klinikum Friedrichshafen GmbH.

Am 19. Dezember 2008 wurde gemeinsam mit der Oberschwaben-Klinik gGmbH, Ravensburg, die "Akademie Gesundheitsberufe Bodensee-Oberschwaben GmbH" mit Sitz in Ravensburg gegründet. Am 16. November 2010 wurde der Name der Gesellschaft in „Gesundheitsakademie Bodensee-Oberschwaben GmbH“ geändert. Ziel der Gesellschaft ist es insbesondere die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Personen für Gesundheits- und Pflegeberufe zu ermöglichen. Die Klinikum Friedrichshafen GmbH hält an der Gesellschaft 25,2 % der Anteile.

Am 6. November 2013 wurde die Kliniken-Immobilien-Gesellschaft mbH Friedrichshafen (KliG) gegründet. Die KliG ist eine 100 %ige Tochtergesellschaft der Klinikum Friedrichshafen GmbH. Die Gesellschaft wurde ursprünglich in Verbindung mit dem städtischen Projekt „Karl-Olga-Park“ gegründet. Es finden derzeit darin keine Geschäftsvorfälle statt.

Auf Basis des Kauf- und Abtretungsvertrages vom 11.07.2013 sowie des Grundstückskaufvertrages vom 11.07.2013 hat die Klinikum Friedrichshafen GmbH mit Wirkung zum 15.10.2013 (Transaktionstag) 94,9 % der Anteile der Krankenhaus 14 Nothelfer GmbH erworben. Der bisherige Alleingesellschafter, die Stadt Weingarten, hält seitdem noch eine Minderheitsbeteiligung in Höhe von 5,1 % an der Gesellschaft. Mit Wirkung zum 15.10.2013 wurde Herr Johannes Weindel als alleinvertretungsberechtigter Geschäftsführer bestellt. Am 05. Dezember 2013 wurde zudem Herrn Jochen Wolf Einzelprokura erteilt.

Auf Basis der Änderungs- und Konsortialvereinbarung, des Einbringungsvertrages (jeweils vom 19.12.2014) und des Kapitalerhöhungsbeschlusses vom 20.02.2015 hat die Klinikum Friedrichshafen GmbH mit Wirkung zum 20.02.2015 (Vollzugstag) im Rahmen eines Anteilstausches 94,9% der Anteile der Klinik Tettnang GmbH erworben. Der bisherige Minderheitsgesellschafter der Klinik Tettnang GmbH, der Bodenseekreis,

hält weiterhin seine Minderheitsbeteiligung in Höhe von 5,1% an der Gesellschaft. Mit Wirkung zum 20.02.2015 wurde Herr Johannes Weindel als alleinvertretungsberechtigter Geschäftsführer bestellt. Am 20.02.2015 wurde zudem Herrn Jochen Wolf Einzelprokura erteilt.

Im Rahmen des Anteilstausches ist die Waldburg-Zeil Kliniken GmbH und Co.KG mit 4,5% Minderheitsgesellschafter an der Klinikum Friedrichshafen GmbH geworden. Hauptgesellschafter der Klinikum Friedrichshafen GmbH mit 95,5% der Anteile ist weiterhin die Stadt Friedrichshafen.

Somit hat sich seit dem Jahr 2015 der Medizin Campus Bodensee als Verbund an den drei Standorten Friedrichshafen, Tettnang und Weingarten etabliert.

Im Jahr 2017 haben sich auf gesellschaftsrechtlicher Ebene keine Veränderungen ergeben.

4. Steuerungssystem

Die laufende Leitungs- und Steuerungsfunktion der Gesellschaft wird durch die Geschäftsführung wahrgenommen. Unterstützt wird sie dabei von konzernweiten Zentralfunktionen und Verantwortlichen des Managements vor Ort.

Im Rahmen des unterjährigen Berichtswesens und der Jahresabschlüsse werden finanzielle und nicht-finanzielle Indikatoren und Kennzahlen herangezogen.

Finanzielle Leistungsindikatoren:

1. Budgetvolumen der Entgeltvereinbarung

Elementarer Bestandteil für die Höhe der stationären Erlöse und damit maßgeblich für die wirtschaftliche Situation der Gesellschaft ist die Entgeltverhandlung mit den Kostenträgern/Krankenkassen und das daraus resultierende vereinbarte Erlösvolumen.

2. Jahresergebnis

Neben dem operativen Ergebnis, das im Wesentlichen die Leistungsfähigkeit der Gesellschaft vor Einbezug der Investitionstätigkeit und Abschreibungen anzeigt, ist das Jahresergebnis unter Einbezug aller relevanten Ertrags- und Aufwandspositionen eine wichtige Kennzahl, da die Gesellschaft zukunftsweisende Investitionen refinanzieren muss.

3. Cash Flow / Liquidität

Der Cash Flow ist eine aus dem Jahresabschluss abgeleitete Berechnung, die die Beurteilung der Liquiditätssituation und der finanziellen Entwicklung eines Unternehmens ermöglicht.

Nicht-finanzielle Leistungsindikatoren:

1. Belegungsdaten

Patientenzahlen und Verweildauern im Krankenhaus hängen ursächlich mit Erlösen und Kosten zusammen und sind wichtige Kennzahlen

2. Casemix (Index)

Die Kennzahlen Casemix bzw. Casemixindex als Indikatoren der Fallschwere sind im DRG-System maßgeblich für die Höhe der Erlöse aus der stationären Patientenversorgung verantwortlich.

3. Vollkräfte (Mitarbeiter)

Maßgeblicher Einflussfaktor der Personalkosten ist neben den tariflichen Veränderungen die Stellenbesetzung, die unter Berücksichtigung des Beschäftigungsumfangs in der Kennzahl der Vollkräfte abgebildet wird.

4. Fluktuationsrate

Im Wettbewerb um qualifizierte Arbeitskräfte ist die Fluktuationsrate als Anteil der Austritte am gesamten Personalbestand der Gesellschaft von besonderer Bedeutung.

5. Geschäftsverlauf

Das medizinische Konzept für die drei Standorte Friedrichshafen, Tettnang und Weingarten sieht eine Zentralisierung spezialisierter Leistungen vor, um Qualitäts-, Synergie- und auch Kosteneffekte zu erzielen. Weiterhin wird durch die Zentrenbildung die Einhaltung der strukturellen, qualitativen und quantitativen Vorgaben im Rahmen der Zertifizierung und der Mindestmengenregelungen auch in Zukunft sichergestellt.

Das medizinische Konzept wurde ab Juli 2015 umgesetzt. Im Verlauf der Umsetzung kam es bereits in 2015 und erwartungsgemäß auch wegen der jeweils ganzjährigen Umsetzung in 2016 und 2017 zu Verschiebungen von Leistungen und Erlösen innerhalb des Verbundes.

Im Vergleich zum Wirtschaftsplan 2017 (geplant war ein Ergebnis von plus 107 T€) sind folgende wesentliche Sachverhalte für die Klinikum Friedrichshafen GmbH festzuhalten:

Entgeltverhandlungen

Elementarer Bestandteil für die Höhe der stationären Erlöse ist die Entgeltverhandlung mit den Kostenträgern/Krankenkassen. Die Verhandlung für das Jahr 2017 fand am 03.07.2017 und 04.07.2017 statt.

Folgende Eckpunkte wurden vereinbart:

	2017	2016
- Erlösbudget mit Überliegern	67.093.731 €	66.099.644 €
- Landesweiter Basisfallwert	3350,01 €	3.272,21 €
- Casemix mit Überlieger nur E1-Fälle ohne E3-Fälle	19,850	19.959
- Casemix-Index mit Überlieger	0,972	0,995

Insgesamt hat sich die vereinbarte Summe aus Erlösbudget und Erlössumme des Jahres 2017 (T€ 68.194) im Vergleich zum Jahr 2016 (T€ 67.390) um 803 T€ erhöht.

Ertragslage

Die Fallzahlentwicklung (E1+E3.3-Fälle inklusive Überlieger) war im Jahr 2017 mit 19.644 Fällen rückläufig (Vorjahr 20.003, Wirtschaftsplan 20.554).

Der Casemix-Index lag mit 0,988 (E1-Fälle inklusive Überlieger) ebenfalls unter dem Vorjahreswert (0,992). Die Planung lag bei 0,987.

Die Verweildauer beträgt im Jahr 2017 5,5 Tage und ist damit im Vergleich zum Vorjahr und dem Planwert gesunken (Vorjahr und Planwert 5,69). Dies ist positiv zu bewerten, da für die Klinikum Friedrichshafen GmbH die Optimierung der Abläufe bzw. des Workflows von Aufnahme bis Entlassung und damit eine kurze Verweildauer weiterhin von höchster Bedeutung ist.

Im Geschäftsjahr 2017 erhöhten sich die Erlöse von 97,7 Mio. € auf 100,5 Mio. €.

Die Erlöse aus Krankenhausleistungen liegen um rd. 0,3 Mio. € niedriger als im Vorjahr (Vorjahr +1,6 Mio €). Gründe hierfür sind vor allem die gesunkenen Patientenzahlen.

Die ursprünglich für das Jahr 2017 geplanten Erlöse im stationären Bereich (Akutversorgung und Rehabilitation) wurden nicht erreicht, im Vergleich zum Wirtschaftsplan waren Mindererlöse in Höhe von rund 2,0 Mio. € zu verzeichnen.

Ursächlich für die Erhöhung der Erlöse insgesamt sind vor allem die gestiegenen Umsatzerlöse des Krankenhauses nach § 277 HGB (Nr. 4a), die nicht in den Erlöspositionen 1-4 der Gewinn- und Verlustrechnung enthalten sind (+ 2 Mio. €). Diese enthalten insbesondere Erlöse aus Verkäufen von Apotheken- und Medikalprodukten an Gesellschaften im Verbund sowie an Externe.

Personalkosten und Vollkräfte

Im Jahr 2017 lag die Anzahl der Vollkräfte bei 770,7 VK (Vorjahr 777,3 VK, Planung 789,9 VK). Die Personalkosten des Jahres 2017 liegen mit 58,1 Mio. € (VJ. 55,6 Mio. €) um rund 0,2 Mio. € über dem Planansatz von 57,9 Mio. € (inkl. Mutterschutzerlöse). Ab dem Jahr 2017 werden die Erlöse aus Personalkostenerstattungen für Mitarbeiterinnen im Mutterschutz separat gebucht, in den früheren Jahren und im Plan für 2017 wurden diese Erlöse aufwandsmindernd auf den Personalaufwandskonten verbucht.

Berücksichtigt man zum Vergleich mit den Vorjahreswerten im Jahr 2017 auch diese Erlöse in Höhe von 409 T€, so ergeben sich bereinigte Personalkosten von ca. 57,7 Mio. € (VJ 55,6 Mio. €). Der Vergleich mit den geplanten Personalkosten ergibt dann ein minus von rd. 0,2 Mio. €.

Berücksichtigt man die im Vergleich zum VJ und zum Plan wegen der schlechten Arbeitsmarktsituation gestiegenen Rückstellungen für Urlaub und Überstunden in Höhe von +0,2 Mio. €, ergibt sich eine Planabweichung von minus 0,4 Mio. €.

Erhöhend wirkte sich bei den Personalkosten zusätzlich insbesondere die Nachwirkung des letzten Tarifabschlusses im TvÖD mit schwer kalkulierbaren Änderungen in den Tariftabellen und –stufen aus. Hinzu kamen höhere Aufwendungen wegen Altersteilzeit.

Fluktuationsrate

Die um die kurzfristig Beschäftigten korrigierte Fluktuationsrate der Gesellschaft ist gering und ist angesichts der Notwendigkeit, qualifiziertes Personal in der Gesellschaft zu halten, positiv zu beurteilen. Die Fluktuationsrate beträgt 3,63 % und liegt damit niedriger als im Vorjahr (3,76%). Angestrebt wurde in der Planung 2017 eine Fluktuationsrate wie in 2016, der Planwert wurde also erreicht bzw. unterschritten.

Sachkosten

Der Materialaufwand liegt um rund 2,7 Mio. € über dem Materialaufwand des Vorjahres.

Die Steigerung bei den Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffen innerhalb des Materialaufwandes beträgt gegenüber dem Vorjahr rund 1,5 Mio. €. Diese Erhöhung resultiert insbesondere aus gestiegenen Materialeinsatzkosten für Fremdbelieferungen mit Apotheken- und Medikalprodukten (ca. 1,6 Mio €). Bereinigt um diesen Sachverhalt ergibt sich im Vergleich zum Vorjahr aus den übrigen, enthaltenen Aufwandspositionen eine Reduzierung um rund 0,1 Mio. €.

Die Steigerung der bezogenen Leistungen innerhalb des Materialaufwandes beträgt gegenüber dem Vorjahr ca. 1,3 Mio. €. Diese Steigerung betrifft die Vergütung von Fremdleistungen bzw. Fremdpersonal. Wegen der sehr schwierigen Personalakquise und extremen Personalengpässe in 2017 mussten diese zusätzlichen Aufwandspositionen gesteigert werden, um die Versorgung der Patienten/innen sicher zu stellen.

Auch wurde der Planansatz dieses Kostenbereiches im Wirtschaftsplan verfehlt. Die Kosten bei den Fremdleistungen und dem Fremdpersonal liegen ca. 1,4 Mio. € über dem Planansatz des Jahres 2017.

Die sonstigen betrieblichen Aufwendungen sind um rd. 0,7 Mio. € auf insgesamt 10,2 Mio. € gesunken. Der Mehraufwand durch die erneute Erhöhung der Versicherungsprämien (+41 T€), gestiegene Instandhaltungskosten (+140 T€), Personalbeschaffungskosten (+73 T€) und Beratungskosten (+101 T€) konnte durch Einsparungen an anderer Stelle überkompensiert werden. Dabei sind insbesondere Verwaltungs-/Bürobedarf und Reisekosten (-70 T€) sowie die Verringerung externer IT-Kosten zu nennen (-562 T€) im Zuge des Wegfalls von Betreuungskosten an die BDG Dienstleistung GmbH. Seit 01.01.2017 wird das EDV-Equipment von der BDG in der Klinikum Friedrichshafen GmbH eingesetzt.

Vermögens- und Finanzlage

Vermögenslage	31.12.2016 TEUR	31.12.2017 TEUR
Anlagevermögen	59.209	59.366
Umlaufvermögen einschl. Rechnungs- abgrenzungsposten	31.451	39.192
Ausgleichsposten nach dem KHG	<u>2.151</u>	<u>2.151</u>
	92.811	100.709
Eigenkapital	27.148	25.908
Sonderposten	33.694	34.118
Rückstellungen	8.647	7.706
Verbindlichkeiten	<u>23.322</u>	<u>32.977</u>
	92.811	100.709

Investitionen

Im Geschäftsjahr 2017 betrug die Investitionstätigkeit des Klinikums in Vermögensgegenstände und Sachanlagevermögen rd. 3,78 Mio. € inkl. Leasing (Vj. 5,2 Mio. €). Investiert wurde in die Medizintechnik (insbesondere in einen Computertomographen und ein Durchleuchtungsgerät für die Urologie) sowie die

Erneuerung der IT-Hardware und Softwaresysteme als Grundlage für die Bereitstellung von Rechenzentrums-Dienstleistungen im Verbund des Medizin Campus Bodensee.

Die Finanzierung der Investitionen erfolgte durch Verwendung pauschaler Fördermittel, aus Zuschüssen der Zeppelinstiftung sowie zu einem sehr geringen Anteil mit Eigenmitteln.

Weiterhin wurde ein großer Teil der angesparten Pauschalen Fördermittel zur Umfinanzierung früherer Beschaffungen verwendet (ca. 1,3 Mio. €)

Das Anlagevermögen 2017 beläuft sich auf rd. 59,4 Mio. € (Vj. 59,2 Mio. €). Dies bedeutet eine Erhöhung um rd. 0,2 Mio. €. Das Anlagevermögen ist durch Eigenkapital und Sonderposten finanziert.

Forderungen

Die Forderungen aus Lieferungen und Leistungen haben sich im Vergleich zum Vorjahr um rd. 2,98 Mio. € vermindert (Vj. erhöht um 0,3 Mio. €). Somit liegen die Forderungen aus Lieferungen und Leistungen weit unter dem Vorjahresniveau. Diese betreffen im Wesentlichen die Forderungen aus stationären Leistungen in Höhe von rd. 13,3 Mio. (Vj. 16,4 Mio.). Der Rückgang ist im Vergleich zum Vorjahr auf die Verkürzung der Fakturierungsdauer, die Verringerung der nicht abgerechneten entlassenen Fälle sowie die Forcierung des Mahnwesens zurück zu führen.

Die Forderungen nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht sind um 10,7 Mio. € angestiegen. Diese Forderungen betreffen vorwiegend die Einzelfördermittel des Landes Baden Württemberg für die Errichtung eines Zentralen Versorgungszentrums.

Eigenkapital

Das Eigenkapital der Klinikum Friedrichshafen GmbH per 31. Dezember 2017 beträgt unter Berücksichtigung des Jahresergebnisses des Geschäftsjahres 2017 25,9 Mio. € (Vj. 27,1 Mio. €). Dies ergibt eine Eigenkapitalquote (nach Abzug des Sonderpostens aus Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens und des Ausgleichspostens für Eigenmittelförderung) von 40,20 % (Vj. 47,66 %).

Verbindlichkeiten

Die Verbindlichkeiten nach dem KHG sind im Vergleich zum Vorjahr um rd. 10,4 Mio. € auf 12,76 Mio. € gestiegen. Diese Verbindlichkeiten betreffen vorwiegend die noch nicht verbrauchten Einzelfördermittel des Landes Baden Württemberg für die

Errichtung eines Zentralen Versorgungszentrums.

Die Verbindlichkeiten gegenüber dem Gesellschafter haben sich um 2,5 Mio. € auf insgesamt 4,7 Mio. € erhöht.

Rückstellungen

Bei den ausgewiesenen Rückstellungen sind insbesondere die Rückstellungen für drohende Rückzahlungen wegen MDK-Prüfungen mit 1,1 Mio. € (Vj. 1,07 Mio. €), die Rückstellungen für Überstunden und Resturlaub mit 2,2 Mio. € (Vj. 2,1 Mio. €), sowie für die Auszahlung der TvöD-Leistungsprämien mit 0,46 Mio. € (Vj. 1,12 Mio. €) relevant. Weiterhin sind Rückstellungen für Altersversorgungslasten aktiver und pensionierter Beamte der Klinikum Friedrichshafen GmbH in Höhe von 1,4 Mio. € (Vj. 1,6 Mio. €) enthalten.

Die Rückstellungen aus der TvöD-Leistungsprämie sind stark rückläufig, weil in 2017 ein Teil der rückgestellten Prämien ausbezahlt wurde.

Die Stadt Friedrichshafen hat eine Erklärung abgegeben, als Dienstherrin unwiderruflich und rückwirkend zum 1. Januar 2006 für die Altersversorgungslasten aktiver und pensionierter Beamte der Klinikum Friedrichshafen GmbH in Höhe von 1,38 Mio. € einzustehen. Auf der Aktivseite wurde eine entsprechende Forderung gegen die Stadt Friedrichshafen gebildet.

Finanzmittel / Cash Flow

Der Finanzmittelbestand der Klinikum Friedrichshafen GmbH beläuft sich zum 31. Dezember 2017 auf rd. 0,4 Mio. € (Vj. 0,1 Mio. €). Die Forderungen gegenüber dem Gesellschafter sind mit € 1,4 Mio. € unverändert zum Vorjahr.

Die Liquidität der Gesellschaft hat aufgrund des negativen Jahresergebnisses sowie der Auszahlung eines großen Teiles der zurückgestellten TvöD-Leistungsprämie für Vorjahre eine negative Entwicklung genommen.

Die Cash-Flow-Analyse in vereinfachter Form unter Betrachtung des Jahresüberschusses zuzüglich Abschreibung und Veränderung der Rückstellungen ergibt zum Ende des Geschäftsjahres 2017 folgendes Bild:

Vereinfachte Cash-Flow Betrachtung (in T€)

	2016 IST	2017 PLAN	2017 IST
Jahresergebnis	96	101	-1.240
+ Abschreibungen auf Gegenstände des Anlagevermögens (soweit nicht gefördert)	1.548	1.387	1.240
+/- Zunahme/Abnahme der Rückstellungen	-849	-849	-941
Vereinfachter Cash-Flow	795	639	-941

Jahresüberschuss

Der Gewinn des Vorjahres in Höhe von 96.192,02 € konnte nicht erreicht werden. Insbesondere durch die geringeren Patientenzahlen in Verbindung mit sehr hohen externen Personalkosten (Freelancer) war es im Jahr 2017 nicht möglich, das geplante Jahresergebnis zu erreichen.

Der Jahresfehlbetrag für das Jahr 2017 beträgt -1.240.212,56 € und liegt damit deutlich unter dem geplanten Jahresüberschuss in Höhe von 106.742 €.

Aufgrund der politischen Rahmenbedingungen, der schwierigen Arbeitsmarktsituation und den Grenzen des Wachstums wird es zunehmend schwieriger, nachhaltig positive Ergebnisse zu erwirtschaften.

Es wird deutlich, dass die Anstrengungen und die strategische Positionierung des Klinikums konsequent weiter zu verfolgen sind. Das Klinikum braucht einen nachhaltigen Überschuss, um den Anforderungen im Instandhaltungsbereich, die Investitionen und den medizinischen Fortschritt langfristig finanzieren zu können.

6. Chancen- und Risiken- sowie Prognosebericht

6.1 Risikomanagementsystem

Ökonomisches Risikomanagement

Um Risiken rechtzeitig entgegen treten zu können hat die Klinikum Friedrichshafen GmbH in den letzten Jahren sukzessive ein ökonomisches Risikomanagement etabliert. Dabei findet jährlich eine Aufnahme der Risiken statt. Anschließend werden die Risiken auf Schadenshöhe und Eintrittswahrscheinlichkeit bewertet und anschließend priorisiert. Für die mit hoher Priorität versehenen Risiken werden Vermeidungsstrategien und konkrete Maßnahmen abgeleitet. Die Vorgehensweise ist in einem Risikomanagementhandbuch schriftlich fixiert. Flankiert wird die beschriebene Vorgehensweise von einem Berichtswesen, das wesentliche Frühwarnindikatoren beinhaltet.

Critical Incident Reporting System (CIRS)

In 2016 erfolgte darüber hinaus die hausweite Einführung eines medizinischen Risikomanagementsystems (CIRS), wodurch frühzeitig Schwachpunkte erkannt werden können. Beim CIRS werden anonymisierte Meldungen von kritischen Ereignissen oder Beinahe-Schäden analysiert und für den Verbesserungsprozess herangezogen.

6.2 Chancen- und Risikokategorisierung

Um eine sinnvolle Einteilung der Risiken und Chancen vorzunehmen, wurden diese hinsichtlich ihrer Eintrittswahrscheinlichkeit sowie ihrem Grad der Auswirkung auf die Vermögens-, Finanz- und Ertragslage kategorisiert.

Eintrittswahrscheinlichkeit	Beschreibung
80% bis 99%	Fast sicher
60% bis 79%	Sehr wahrscheinlich
40% bis 59%	Wahrscheinlich
20% bis 39%	Unwahrscheinlich
1% bis 19%	Sehr unwahrscheinlich

Gemäß vorangegangener Einteilung wird ein sehr unwahrscheinliches Risiko (Chance) dadurch definiert, dass dieses nur in außergewöhnlichen Fällen eintritt. Hingegen gilt ein Risiko als fast sicher, sofern innerhalb des nächsten Geschäftsjahres mit dessen Eintritt zu rechnen ist. Der Grad der Auswirkung wird nachfolgend je nach Einfluss auf die Vermögens-, Finanz- und Ertragslage zwischen gering und erheblich definiert.

Grad der Auswirkung	Definition der Auswirkung
Gering	Geringe Auswirkung auf die VFE-Lage
Moderat	Moderate Auswirkung auf die VFE-Lage
Erheblich	Erhebliche Auswirkung auf die VFE-Lage

Gemäß der Eintrittswahrscheinlichkeit sowie der Auswirkung des Risikos bzw. der Chance auf die VFE-Lage wurde eine Kategorisierung als gering, mittel oder hohes Risiko (Chance) vorgenommen.

Die Kombination zwischen Grad der Auswirkung und der Eintrittswahrscheinlichkeit ergibt folgende Risikokategorisierung:

Wahrsch. / Auswirk.	gering	moderat	Erheblich
Fast sicher	geringes Risiko	mittleres Risiko	hohes Risiko
Sehr wahrscheinlich	geringes Risiko	mittleres Risiko	hohes Risiko
Wahrscheinlich	geringes Risiko	mittleres Risiko	hohes Risiko
Unwahrscheinlich	geringes Risiko	geringes Risiko	mittleres Risiko
Sehr unwahrscheinlich	geringes Risiko	geringes Risiko	mittleres Risiko

6.3 Chancen und Risiken der Gesellschaft

Wesentliche Chancen und Risiken der Gesellschaft bestehen im Zusammenhang mit folgenden Sachverhalten:

Rechtsstreitigkeiten

Risiken, die sich im Zusammenhang mit Rechtsstreitigkeiten ergeben, werden innerhalb des Unternehmens fortlaufend identifiziert, bewertet und kommuniziert. Auch wenn es nicht möglich ist, den Ausgang dieser Streitigkeiten vorherzusagen, erwartet die Gesellschaft aus den heute anhängigen Verfahren wegen ausreichender Deckungssumme der abgeschlossenen Versicherung maximal eine als mittleres Risiko einzustufende negative Auswirkung auf die Vermögens-, Finanz- und Ertragslage. (Eintrittswahrscheinlichkeit: sehr unwahrscheinlich / Auswirkung auf VFE: erheblich)

Liquidität

Ein weiteres Risiko besteht generell in der Sicherung der Liquidität. Es bedarf einer nachhaltigen Optimierung des internen Abrechnungsprozesses und des Mahnwesens, um offene Forderungen und (noch) nicht abgerechnete Leistungen zu minimieren. Dem kommt in Anbetracht des negativen cash flows aus der operativen Geschäftstätigkeit eine besondere Bedeutung zu. Auch weist der aktualisierte Wirtschaftsplan 2018 und die Mittelfristplanung weitere negative Jahresergebnisse aus, so dass auch hieraus ein

zusätzlicher Liquiditätsbedarf entsteht. Die derzeitige Kreditlinie von 11 Mio. Euro deckt auf Basis der aktuellen Planung den weiteren geplanten Liquiditätsbedarf bis Ende 2019 ab. Es besteht ein hohes Risiko der Liquiditätsverschlechterung.
(Eintrittswahrscheinlichkeit: wahrscheinlich / Auswirkung auf VFE: erheblich)

Derzeit ist die Liquidität über das Cash-Pooling mit der Stadt Friedrichshafen sichergestellt. Allerdings endet die vertragliche Vereinbarung dazu Mitte des Jahres 2019. Die Geschäftsführung geht von einer Anschlussfinanzierung zu akzeptablen Konditionen mit der Stadt Friedrichshafen oder externen Partnern aus.

Investitions- und Instandhaltungsstau

Ebenfalls von Bedeutung ist ein bestehender Instandhaltungs- und Investitionsstau, der mit einem Risiko unzureichender infrastruktureller Ausstattung und damit grundsätzlich auch mit Risiken bei der Patientenbehandlung als auch bei der Innovationskraft der Gesellschaft einhergehen.

Vor dem Hintergrund der dualen Finanzierung und der Tatsache, dass die zur Verfügung stehenden Finanzmittel von Seiten des Landes Baden-Württemberg nicht ausreichen, zeichnet sich keine Entspannung der Lage ab.

Da nachhaltige Überschüsse bzw. positive Ergebnisse zunehmend schwieriger zu erwirtschaften sind, ist die Gesellschaft zur Finanzierung von Investitionen bzw. Instandhaltungsmaßnahmen auf Zuschüsse durch den Träger angewiesen. In Abhängigkeit der zur Verfügung gestellten Mittel besteht ein mittleres bis hohes Risiko der Unterfinanzierung. (Eintrittswahrscheinlichkeit: sehr wahrscheinlich / Auswirkung auf VFE: moderat bis erheblich)

Fremdfinanzierung über Zinsderivate

In der Gesellschaft wird ein variabel zu verzinsendes Darlehen zur Finanzierung des Ärztehauses mit einem Zinsswap abgesichert. Bei fallenden Zinsen ergibt sich dadurch das Risiko, dass die Zinszahlungen für das Darlehen höher sind als der marktübliche Zins. Umgekehrt ergibt sich bei steigenden Zinsen eine wirtschaftliche Chance. Aufgrund der aktuellen Zinssituation hat der Zinsswap einen negativen Marktwert. Der Zinsswap wird mit dem verbundenen variabel zu verzinsenden Darlehen als Bewertungseinheit geführt. Es besteht ein geringes Risiko in Bezug auf die gesamte Vermögens-, Finanz- und Ertragslage. (Eintrittswahrscheinlichkeit: unwahrscheinlich / Auswirkung auf VFE: gering)

Personal

Die durch den Tarifabschluss 2017 verursachte Entwicklung der Personalkosten in den nächsten Jahren ist momentan schwer vorauszusehen. Durch die Veränderung der Entgelttabellen mit der Einführung weiterer Entwicklungsstufen ist eine langfristig

wirkende Erhöhung der Personalkosten zu erwarten.

Durch die deutlich höhere Steigerung des Landesbasisfallwertes in 2018 im Vergleich zu den Vorjahren wird die Unterfinanzierung der Personalkostensteigerungen zwar nicht eliminiert, aber zumindest abgemildert.

Auch laufen derzeit erhebliche Anstrengungen und Aufklärungskampagnen auf Verbandsebene (Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft) mit dem Ziel, die deutlich ungünstigere Personalkostensituation in Baden-Württemberg im Vergleich zu den meisten anderen Bundesländern an die Politik zu adressieren, um so eine Berücksichtigung im Landesbasisfallwert zu realisieren.

Insgesamt geht die Gesellschaft von einem mittleren Risiko bezüglich der Personalkostenentwicklung aus. (Eintrittswahrscheinlichkeit: wahrscheinlich / Auswirkung auf VFE: moderat)

Dem Risiko des Fachkräftemangels, das in der derzeitigen Situation im Gesundheitswesen auch noch in den nächsten Jahren vorherrschen wird, begegnet die Gesellschaft zum Einen durch die Erhöhung der Attraktivität des Arbeitsplatzes im Gesamtverbund des Medizin Campus Bodensee, durch den flexiblen Einsatz des Personals an den verschiedenen Standorten sowie durch Personalakquise auf dem ausländischen Arbeitsmarkt. In den nächsten Jahren ist mit dem weiteren organisatorischen Zusammenwachsen der Krankenhäuser zu einem Verbund mit einer Verbesserung zu rechnen, dies allerdings abhängig von der weiteren Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt. Eine weitere Verschärfung der Situation ist nicht auszuschließen und bedeutet ein hohes Risiko für die Gesellschaft. (Eintrittswahrscheinlichkeit: wahrscheinlich / Auswirkung auf VFE: erheblich)

Krankenhausfinanzierung

In 2018 und in den Folgejahren werden weitere Finanzierungsregelungen des Krankenhausstrukturgesetzes ihre Wirkung für Krankenhäuser entfalten. Die Fort- und Überführung des Versorgungszuschlages in einen Pflegezuschlag im Jahr 2017, werden hinsichtlich der Einnahmensituation positive Impulse geben. Weiterhin muss abgewartet werden, was die neue große Koalition an gesetzgeberischen Maßnahmen beschließt. Hier ist eine verhalten optimistische Erwartung gerechtfertigt.

So wurde bereits im letzten Jahr im Krankenhausstrukturgesetz die Neuregelung des ehemaligen Mehrleistungsabschlages (jetzt Fixkostendegressionsabschlag) und dabei vor allem der weiterhin gültige dreijährige Ansatz beschlossen. So werden weiterhin Mehrleistungen ab dem Budgetjahr 2017 für mindestens drei Jahre nur anteilig von den Kostenträgern erstattet.

Zudem werden für medizinische Leistungen, bei denen der Gesetzgeber davon ausgeht, dass in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen

eingetreten oder zu erwarten sind, gezielt Bewertungsrelationen abgesenkt oder abgestuft.

Dies betrifft die Gesellschaft vor Allem und insbesondere im Bereich der Hüft- und Knieendoprothetik. Die Absenkungen der Vergütung in den Bereichen wird die Gesellschaft aufgrund der medizinischen Ausrichtung auf diese Bereiche finanziell belasten.

Die Entwicklung der Krankenhausvergütung wird sich damit in den kommenden Geschäftsjahren voraussichtlich insgesamt negativer als zuletzt darstellen. Insbesondere der Fixkostendegressionsabschlag wird die Gesellschaft zukünftig finanziell stark belasten, da die wirtschaftliche Sanierung der Gesellschaft im Wesentlichen von einer Erlösausweitung infolge gesteigerter Patientenzahlen abhängt.

Fixkostendegressionsabschlag:

Ab dem Jahr 2017 wirken sich allgemeine Leistungssteigerungen in den Krankenhäusern nicht mehr absenkend auf den Landesbasisfallwert aus. Dies wird zu einer besseren Planbarkeit des Landesbasisfallwertes führen.

Im Gegenzug jedoch wurde der Mehrleistungsabschlag durch einen dreijährigen Fixkostendegressionsabschlag auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses ersetzt, falls Mehrleistungen vereinbart werden. Dieser Abschlag verringert die betriebswirtschaftlichen Kostenvorteile genauso wie der bisherige Mehrleistungsabschlag und wird die Gesellschaft zukünftig weiter finanziell stark belasten. Nachdem die Selbstverwaltungspartner keine Einigung bei den Verhandlungen zum Abschlag erzielen konnten, wurde der Abschlag gesetzlich für die Jahre 2017 und 2018 auf 35% festgelegt, woraus sich ein mittleres Risiko ergibt. (Eintrittswahrscheinlichkeit: sehr wahrscheinlich / Auswirkung auf VFE: moderat)

Pflegezuschlag:

Positiv, wenn auch in geringem Umfang, wirkt sich längerfristig die Ablösung des Versorgungszuschlags durch den Pflegezuschlag ab dem Jahr 2017 aus. Für die Gesellschaft ergibt sich daraus eine weitere geringe Chance zur Erlösverbesserung. (Eintrittswahrscheinlichkeit: wahrscheinlich / Auswirkung auf VFE: gering)

Hygienezuschlag:

Auch die Verlängerung des Zuschlags für die Hygienefinanzierung bis zum Jahr 2019 ist zu begrüßen und verbessert die Einnahmesituation der Gesellschaft. Dadurch ergibt sich zumindest bis zum Jahr 2019 eine geringe Chance auf die Finanzierung der Hygieneaufwendungen. (Eintrittswahrscheinlichkeit: wahrscheinlich / Auswirkung auf VFE: gering)

Finanzierungsparameter „Qualität“

Mögliche Auswirkungen und Risiken der Einführung von qualitätsabhängigen Zu- und Abschlägen lassen sich derzeit noch nicht konkret beziffern, da die Ausgestaltung des Systems, so z.B. die Benennung der relevanten Leistungen sowie der zu messenden

Qualitätsindikatoren, noch nicht abgeschlossen ist. Die Gesellschaft geht bezüglich der Nichterfüllung von Qualitätskriterien von einem geringen Risiko aus (Eintrittswahrscheinlichkeit: sehr unwahrscheinlich / Auswirkung auf VFE: moderat)

Pflegefinanzierung

Erste Meldungen zur Gesundheitspolitik der neuen großen Koalition gehen davon aus, dass die Finanzierung der Pflegekräfte in den Krankenhäusern zukünftig außerhalb des DRG-Systems separat vergütet wird. Inwiefern dies zu einer ausreichenden Finanzierung der notwendigen Pflegestellen führen wird, bleibt abzuwarten. Allerdings besteht im Zusammenhang mit der im Raum stehenden Personaluntergrenze bei der Pflege ein mittleres Risiko bei der Finanzierung der Personalkosten im Pflegebereich. (Eintrittswahrscheinlichkeit: wahrscheinlich / Auswirkung auf VFE: moderat)

Strukturelle Vorgaben und Mindestmengen

Kritisch zu betrachten ist weiterhin die Erfüllung der strukturellen Vorgaben bei der Versorgung von Neugeborenen (Level II) und das Erreichen der vorgegebenen Mindestmengen (z.B. Brustzentrum, Pankreas- oder Ösophagusoperationen). In diesen Bereichen ist es von großer Bedeutung die quantitativen und qualitativen Anforderungen zu erfüllen, um die Leistungen weiterhin anbieten zu können. Durch das medizinische Konzept, das die Zentrenbildung vorsieht, können die derzeit geforderten Mindestmengen erfüllt werden. Jedoch ist unsicher, wie sich diese Mindestmengen in Zukunft gesetzgeberisch entwickeln. Nach heutigem Kenntnisstand geht die Gesellschaft jedoch davon aus, dass durch das Medizinische Konzept im Verbund die Strukturvoraussetzungen und Mindestmengenanforderungen weiter erfüllt bzw. bei Veränderungen der Anforderungen entsprechend zielführend reagiert werden kann. Daraus ergibt sich ein mittleres Risiko. (Eintrittswahrscheinlichkeit: unwahrscheinlich / Auswirkung auf VFE: erheblich)

Leistungsentwicklung

Die wirtschaftlich positive Entwicklung der Gesellschaft hängt im Wesentlichen von einer Erlösausweitung infolge steigender Patientenzahlen und damit der Bewertungsrelationen ab.

Die Strategie, weiteres Wachstum durch die Strukturierung des medizinischen Leistungsangebotes bei gleichzeitiger Kostenoptimierung zu erreichen, bedeutet für die Gesellschaft eine mittlere Chance, weitere Patienten an sich zu binden und damit Erlöse zu generieren. (Eintrittswahrscheinlichkeit: wahrscheinlich / Auswirkung auf VFE: moderat)

6.4 Prognosebericht

Der Aufsichtsrat der Klinikum Friedrichshafen hat im Dezember 2017 den Wirtschaftsplan der Gesellschaft vorläufig genehmigt, zum Zeitpunkt der Erstellung des Jahresabschlusses wird dieser vorläufige Wirtschaftsplan überrollt, um diesen dann am 24.04.2018 dem Aufsichtsrat zur erneuten Prüfung und Beschlussfassung vorzulegen. Insofern beziehen sich die nachfolgenden Angaben auf den aktualisierten Wirtschaftsplan des Jahres 2018.

Entgeltvereinbarung

Die Entgeltverhandlungen für das Jahr 2018 finden am 17.10.2018 und 25.10.2018 statt. Basierend auf der Leistungsentwicklung der ersten Monate des Jahres 2018 und der Strategie weiteren Wachstums beabsichtigt die Gesellschaft eine leichte Steigerung des Erlösbudgets durch die Steigerung des zu vereinbarenden Casemixes um ca. 1 %.

Leistungs- und Belegungsdaten

Verbunden mit der geplanten Steigerung des Erlösbudgets ist die für das Jahr 2018 geplante leichte Steigerung der Patientenzahlen und des Casemix. So wurden auf der Basis des medizinischen Konzeptes im Medizin Campus Bodensee weitere Leistungssteigerungen im Wirtschaftsplan im Vergleich zum Jahr 2017 von rd. 1-3% geplant. Weiterhin wird mit einer Verweildauer auf dem Vorjahresniveau gerechnet.

Personalkosten und Vollkräfte

Die Personalkosten sind für 2018 mit 59.894 T€ auf der Basis von 788,54 Vollkräften geplant. Die Personalkosten des Jahres 2017 beliefen sich auf 58.171 T€. Dies entspricht einer derzeit geplanten Personalkostenerhöhung von 2,96 % und enthält neben der Tarifsteigerung auch eine Stellenausweitung in Verbindung mit der geplanten Leistungsausweitung. Die Tarifierhöhung im Jahre 2018 beläuft sich planerisch beim Ärztlichen Dienst auf die bereits feststehende Erhöhung ab 01.05.2018 um 0,7% und eine prognostizierte Erhöhung der übrigen Dienstarten (TvÖD) ab 01.03.2018 um 3%.

Allerdings existiert bei den Tarifabschlüssen der letzten Jahre bzgl. der finanziellen Auswirkung der Umstellung der Tariftabellen im TvöD ein Unsicherheitsfaktor, der sich im Jahr 2018 als auch in den Folgejahren auswirken könnte.

Fluktuationsrate

Die Gesellschaft beabsichtigt, im Jahr 2018 die Fluktuationsrate weiter im niedrigen einstelligen Bereich wie bereits in den Vorjahren zu halten.

Liquidität

Die Gesellschaft geht für das Jahr 2018 aufgrund der aktualisierten Wirtschaftsplanung ergebnisbedingt und aufgrund der Rückführung von Darlehen von einer Verschlechterung der Liquiditätssituation um etwa 1,0 bis 2,7 Millionen Euro aus.

Das Forderungsmanagement sowie die Verbesserung des Kodier- und Abrechnungsprozesses wird in 2018 weiter forciert, was auf der anderen Seite der Liquiditätssituation zu Gute kommen soll.

Jahresergebnis

Für das Geschäftsjahr 2018 plant die Gesellschaft gemäß dem aktualisierten Wirtschaftsplan 2018 ein vorläufiges Ergebnis in der Bandbreite zwischen einem negativen Ergebnis von -0,8 bis zu -2,5 Millionen Euro.

Durch das laufende Leistungs-, Kosten- und Erlöscontrolling erfolgt ein ständiges Monitoring der relevanten Parameter (z.B. Fallzahlen, Casemix, Sachkosten, Vollkräfte) mit dem Ziel der Realisierung des geplanten und vorgegebenen Jahresergebnisses.

Friedrichshafen, 6. April 2018

gez. J. Weindel
Geschäftsführer

