

Klinikum Friedrichshafen GmbH, Friedrichshafen Konzernlagebericht für 2017

1. Konzernstruktur

Im Jahr 2005 wurde die Klinikum Friedrichshafen GmbH 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 Friedrichshafens und der ehemaligen Krankenpflegeschule inklusive den jeweils dazugehörigen technischen Anlagen) und baulichen Anlagen und mit allen damit verbundenen Rechten sowie dem gesetzlichen Zubehör auf die Klinikum Friedrichshafen GmbH übertragen.

Die Klinikum Friedrichshafen GmbH war bis zum 20.02.2015 eine 100%ige Tochtergesellschaft der Stadt Friedrichshafen.

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.

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 ist ein Haus der Zentralversorgung mit insgesamt 370 akutstationären Planbetten und einer geriatrischen Rehabilitation mit 28 Betten.

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 GmbH, 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.

Auf Basis des Kauf- und Abtretungsvertrages 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. Die Krankenhaus 14 Nothelfer GmbH ist ein Haus der Grund- und Regelversorgung mit 133 Planbetten.

Darüber hinaus hat die Klinikum Friedrichshafen GmbH auf Basis der Änderungs- und Konsortialvereinbarung, des Einbringungsvertrages (jeweils vom 19.12.2014) und des Kapitalerhöhungsbeschlusses vom 20.02.2015 mit Wirkung zum 20.02.2015 (Vollzugstag) im Rahmen eines Anteilstausches 94,9% der Anteile der Klinik Tettnang GmbH inkl. deren Tochtergesellschaften 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. Die Klinik Tettnang GmbH ist ein Haus der Grund- und Regelversorgung mit 140 Planbetten.

Somit hat sich im Laufe des Jahres 2015 der Medizin Campus Bodensee als Verbund an den drei Standorten Friedrichshafen, Tettnang und Weingarten etabliert.

2. Geschäfts- und Rahmenbedingungen des Konzerns

2.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen im Krankenhauswesen

Der Konzern 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 Ausgleich 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 durch die Verbundbildung mit dem Krankenhaus 14 Nothelfer und der Klinik Tettngang 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.

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

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

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 den Konzern 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 Mehrleistungsabschlages 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 ver-

gütungsmindernd 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 krankenhausesindividuellen 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 Landeskrankenhausesgesellschaften 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.

2.2 Wettbewerbssituation

Durch die zunehmende Konkurrenz und Wettbewerbssituation im stationären Bereich - verbunden mit einer fortschreitenden Privatisierung der Krankenhäuser (z. B. Krankenhaus Überlingen - HELIOS Kliniken Gruppe; Klinik Tettang - Waldburg-Zeil Kliniken und die Klinik Lindau - Asklepios Kliniken GmbH; Kreiskliniken Biberach – Sana, Kliniken Landkreis Sigmaringen GmbH - SRH) - kommt der Aufrechterhaltung und dem Ausbau von Patientenströmen eine besondere Bedeutung zu. Die ambulante Versorgung, bei der die Kliniken des Konzerns im Wettbewerb mit niedergelassenen Ärzten (auch Großpraxen) der Stadt und des Umlandes stehen, birgt ein gewisses Risiko in der stationären Zuweisungspraxis. Die Kliniken des Konzerns gehen deswegen vertragliche Bindungen im Sinne von Kooperations- und integrierten Versorgungsverträgen ein. Darüber hinaus betreiben die Kliniken im Konzern drei Medizinische Versorgungszentren mit vielfältigen Fachrichtungen.

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-Zentrums (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 den Konzern zusätzliche Chancen, die wir mit verschiedenen Kooperationsangeboten aktiv fördern. Diese intensive sektorenübergreifende Zusammenarbeit minimiert die Risiken des Konzerns.

Beim Tochterunternehmen „Medizinisches Versorgungszentrum GmbH am Klinikum Friedrichshafen“ wurde in den vergangenen Jahren die Zusammenarbeit mit den im benachbarten Ärztehaus etablierten Praxen aufgebaut und bildet neben den eigenen Hauptabteilungen weiterhin eine tragende Säule der strategischen Weiterentwicklung des Hauses.

Bei dem Tochterunternehmen „Krankenhaus 14 Nothelfer GmbH“ in Weingarten wurden im angrenzenden Ärztehaus neben einer Apotheke, einem Sanitätshaus, einer ambulanten Pflegeeinrichtung auch eine Physiotherapiepraxis angesiedelt. Die Praxisgemeinschaft der Dreiländerklinik, die Praxis Frei/Krämer sowie die Sportklinik Ravensburg sind als Konsiliarärzte tätig. Ein wichtiger Schritt zur qualitativ hochwertigen Versorgung der Bevölkerung in der Region ist durch die Zertifizierung des Endoprothetikzentrums der Maximalversorgung gelungen.

Bei dem Tochterunternehmen „Klinik Tettang GmbH“ erfolgt ebenfalls eine enge Zusammenarbeit zwischen Klinik und dem an den Standorten Tettang und Kressbronn angesiedelten Medizinischem Versorgungszentrum.

Der Klinikverbund ermöglicht im stationären Sektor das Umsetzen von Synergieeffekten, insbesondere in den nicht-medizinischen Bereichen, die Chancen auf weiteres Wachstum sowie die Strukturierung des medizinischen Leistungsangebotes.

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.

Weiterhin wird durch die Zentrenbildung die Einhaltung der strukturellen, qualitativen und quantitativen Vorgaben im Rahmen der Zertifizierung und der Mindestmengenregelungen auch in Zukunft sichergestellt.

Diese Strategie wird mit Augenmaß konsequent weiter verfolgt.

3. Steuerungssystem

Die laufende Leitungs- und Steuerungsfunktion 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:

- **Budgetvolumen der Entgeltvereinbarung**
Elementarer Bestandteil für die Höhe der stationären Erlöse und damit maßgeblich für die wirtschaftliche Situation ist die Entgeltverhandlung mit den Kostenträgern/Krankenkassen und das daraus resultierende vereinbarte Erlösvolumen.
- **Jahresergebnis**
Neben dem operativen Ergebnis, das im Wesentlichen die Leistungsfähigkeit vor Einbezug der Investitionstätigkeit und Abschreibungen anzeigt, ist das Jahresergebnis unter Einbezug aller relevanten Ertrags- und Aufwandspositionen eine wichtige Kennzahl, da der Konzern zukunftsweisende Investitionen refinanzieren muss.

Nicht-finanzielle Leistungsindikatoren:

- **Belegungsdaten**
Patientenzahlen und Verweildauern im Krankenhaus hängen ursächlich mit Erlösen und Kosten zusammen und sind wichtige Kennzahlen
- **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.
- **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.
- **Fluktuationsrate**
Im Wettbewerb um qualifizierte Arbeitskräfte ist die Fluktuationsrate als Anteil der Austritte am gesamten Personalbestand von besonderer Bedeutung.

4. Geschäftsverlauf

Soweit nicht anders angegeben, wird im Folgenden beim Vergleich mit Planungsdaten der Geschäftsverlauf der wichtigsten und wesentlichen Gesellschaften (Klinikum Friedrichshafen GmbH, Klinik Tett nang GmbH, Krankenhaus 14 Nothelfer GmbH) des Konzern in Summe dargestellt, also ohne die kleineren Tochtergesellschaften der Kliniken.

Das Jahr 2017 war wie bereits das Jahr 2016 geprägt durch die Integration der Klinik Tett nang GmbH in den Verbund des Medizin Campus Bodensee.

Das medizinische Konzept für die drei Standorte Friedrichshafen, Tett nang 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, 2016 und erwartungsgemäß auch wegen der ganzjährigen Umsetzung in 2017 zu Verschiebungen von Leistungen und Erlösen innerhalb des Verbundes.

In der Wirtschaftsplanung 2017 war für die drei Kliniken ein Jahresergebnis von -530 T€ geplant, dieses geplante Ergebnis wurde nicht erreicht, der Konzern hat ein negatives Jahresergebnis von -1.200 T€ erreicht.

Es sind folgende wesentliche Sachverhalte 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 für die drei Kliniken vereinbart:

	2017	2016
- Erlösbudget mit Überliegern	120.023.084 €	116.983.656 €
- Landesweiter Basisfallwert	3.350,01 €	3.272,21 €
- Casemix mit Überlieger nur E1-Fälle	35.590,001	35.458,277
- Casemix-Index mit Überlieger	0,968	0,986

Insgesamt hat sich das Erlösbudget und die Erlössumme des Jahres 2017 (T€ 121.166) im Vergleich zum Jahr 2016 (T€ 118.304) um 2.862 T€ erhöht.

Ertragslage

Die Fallzahlentwicklung der Kliniken im Konzern (DRG-Fälle und E3.3-Fälle mit Überliegern) erhöhte sich im Jahr 2017 auf 35.543 Fälle (Vorjahr = 36.140, Wirtschaftsplan 2017 = 37.104). Der Casemix-Index lag mit 0,971 unter dem Vorjahreswert von 0,974 (Wirtschaftsplan 0,976). Die Verweildauer beträgt im Jahr 2017 5,31 Tage und ist gegenüber dem Vorjahr und der Planung gesunken (Vorjahr und Planung 5,44).

Für den Konzern ist die Optimierung der Abläufe bzw. des Workflows von Aufnahme bis Entlassung und damit eine kurze Verweildauer weiterhin von höchster Bedeutung.

Die Erlöse des Gesamtkonzerns (einschließlich der sonstigen betrieblichen Erträge) erhöhten sich im abgelaufenen Geschäftsjahr von rund 170,2 Mio. € auf 182,2 Mio. €. Dabei sind in den sonstigen betrieblichen Erträgen Erlöse aus der Förderung des geplanten zentralen Versorgungszentrums am Standort Friedrichshafen durch das Land in Höhe von 12 Mio. Euro enthalten.

Die Umsatzerlöse liegen bei 153,6 Mio € und damit um rd. 1,6 Mio. € über dem Vorjahr (VJ 152,0 Mio. €). Die ursprünglich für das Jahr 2017 geplanten Erlöse im stationären Bereich des Gesamtkonzerns i.H. von 125,1 Mio. € konnten nicht erreicht werden und liegen bei 120,7 Mio. € (VJ 120,7 Mio. €).

Personalkosten und Vollkräfte

Gegenüber dem Vorjahr (T€ 91.237) haben sich die gesamten Personalkosten des Jahres 2017 (T€ 95.682) im Konzern um rd. 4,4 Mio. € (4,9%) erhöht. Diese Steigerung ist vor allem bedingt

durch die tariflichen Erhöhungen der Gehälter (bei den Ärzten um 2,0% ab 01.09.2017 und bei den TVÖD-Beschäftigten ab dem 01.02.2017 um 2,35 % zzgl. einer Veränderung der Entgeltordnung im TVÖD ab 01.01.2017). Erhöhend wirkten sich bei den Personalkosten vor allem die wegen der schlechten Arbeitsmarktsituation gestiegenen Rückstellungen für Urlaub und Überstunden aus. Ebenso erhöhten sich die Rückstellungen für Altersteilzeit.

Für die Kliniken im Konzern liegen die Personalkosten des Jahres 2017 (T€ 92.699) um rund T€ 757 über dem Planansatz von T€ 91.942. Die Abweichung zum Planwert bei den Vollkräften im Jahr 2017 (1.212,6 VK) beträgt -29,7 VK, geplant waren 1.242,3 VK. Im Vergleich zum Vorjahr (1.224,4 VK) hat sich die Anzahl der Vollkräfte der Kliniken um rund 11,8 Vollkräfte verringert.

Fluktuationsrate

Die um die kurzfristig Beschäftigten korrigierte Fluktuationsrate der Kliniken im Konzern ist gering und ist angesichts der Notwendigkeit, qualifiziertes Personal im Verbund zu halten, positiv zu beurteilen. Die Fluktuationsrate beträgt 3,66 % und liegt damit etwas niedriger als im Vorjahr (3,89%); geplant wurde für das Jahr 2017 eine Fluktuationsrate in Höhe des Vorjahres.

Sachkosten

Der Materialaufwand im Gesamtkonzern hat sich im Vergleich zum Vorjahr insgesamt um rund 3,4 Mio. € erhöht. Diese Steigerung ist hauptsächlich bedingt durch die Zunahme des Fremdpersonals vorwiegend für Ärzte und Pflegekräfte um 2,2 Mio. € und Medikamentenverkäufe an niedergelassene Apotheken 1,3 Mio. €.

Die sonstigen betrieblichen Aufwendungen des Gesamtkonzerns sind um rd. 7,8 Mio. € auf insgesamt 35,0 Mio. € (VJ 27,2 Mio. €) angestiegen. Dabei sind Aufwendungen aus der Zuführung zu Sonderposten in Höhe von ca. 17,5 Mio. € (VJ 9,4 Mio. €) enthalten (Förderung des geplanten zentralen Versorgungszentrums am Standort Friedrichshafen durch das Land).

Vermögens- und Finanzlage des Gesamtkonzerns

Konsolidierte Werte	31.12.2017	31.12.2016
	<u>TEUR</u>	<u>TEUR</u>
Anlagevermögen	89.849	89.749
Umlaufvermögen	55.533	47.318
Rechnungsabgrenzungsposten	288	1.552
	145.670	138.619
Eigenkapital	24.206	25.591
Passiver Unterschiedsbetrag aus der Kapitalkonsolidierung	2.065	5.565
Sonderposten	47.103	46.733
Rückstellungen	12.097	12.863
Verbindlichkeiten	60.199	47.867
	145.670	138.619

Investitionen

Im Geschäftsjahr 2017 betrug die Investitionstätigkeit des der Kliniken im Konzern in Vermögensgegenstände und Sachanlagevermögen rd. 9 Mio. € (Vj. 6,9 Mio. €). Investiert wurde in den Kauf des Grundstücks der Klinik Tettnang vom Landkreis Bodensee (bisher Erbpachtvertrag) daneben auch in die Medizintechnik, den Brandschutz sowie weiter in die IT-Infrastruktur.

Das Anlagevermögen 2017 beläuft sich auf rd. 89,9 Mio. € (Vj. 89,7 Mio. €) und ist durch Eigenkapital und Sonderposten finanziert.

Die Finanzierung der Investitionstätigkeit erfolgte über die Pauschale Fördermittel (ca. 1,6 Mio. €), Trägerzuschüsse (ca. 1,9 Mio. €) und Eigenmittel (ca. 3,1 Mio. €). Für Anlagen im Bau wurden rd. 2,4 Mio. € investiert. Für weitere Informationen bezüglich der Finanzlage verweisen wir auf für das Geschäftsjahr 2017 erstellte Kapitalflussrechnung.

Forderungen

Die Forderungen und sonstigen Vermögensgegenstände stiegen im Gesamtkonzern im Vergleich zum Vorjahr um rd. 4 Mio. €. Die Forderungen aus Lieferungen und Leistungen haben sich im Vergleich zum Vorjahr um rd. 4,4 Mio. € verringert. Dies basiert hauptsächlich auf einer Verbesserung der Prozesse im Bereich des Forderungsmanagements. Dagegen stiegen die Forderungen nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht aufgrund der Zusage des Landes für die Förderung des geplanten zentralen Versorgungszentrums am Standort Friedrichshafen um 7,3 Mio. €.

Eigenkapital

Das Eigenkapital des Gesamtkonzerns per 31. Dezember 2017 beträgt unter Berücksichtigung des Jahresergebnisses des Geschäftsjahres 2017 24,2 Mio. € (Vj. 25,6 Mio. €).

Die Eigenkapitalquote ohne Berücksichtigung der Sonderposten aus der Zuwendung zur Finanzierung des Sachanlagevermögens beträgt 24,56 % (Vorjahr 27,83 %).

Verbindlichkeiten

Als Hauptursache für den Anstieg der Verbindlichkeiten um rund 12,3 Mio. Euro in 2017 ist die Förderung des geplanten zentralen Versorgungszentrums am Standort Friedrichshafen durch das Land zu identifizieren. Diese Entwicklung ist an den Verbindlichkeiten nach dem KHG zu erkennen.

Rückstellungen

Bei den ausgewiesenen Rückstellungen sind insbesondere die Rückstellungen für drohende Rückzahlungen wegen MDK-Prüfungen mit 1,9 Mio. € (Vj. 1,9 Mio. €), die Überstunden und Zeitzuschläge mit 2,7 Mio. € (VJ 2,4 Mio. €) sowie für Resturlaub mit 1,2 Mio. € (VJ 1,1 Mio. €) relevant.

Jahresergebnis

Das Jahresergebnis des Konzerns liegt bei rd. minus 1,2 Mio. € (VJ: T€ 161,3). Die Erwartungen an das Ergebnis entsprechend der Wirtschaftsplanung 2017 wurden nicht erfüllt. Die Muttergesellschaft, Klinikum Friedrichshafen GmbH sowie die Kliniken Weingarten und Tettnang schließen mit einem Jahresfehlbetrag ab. Die kleinen Gesellschaften konnten mit Ausnahme des Medizinisches Versorgungszentrum GmbH II am Klinikum Friedrichshafen, Friedrichshafen, die einen kleinen Jahresfehlbetrag generierte, ein ausgeglichenes bzw. ein leicht positives Ergebnis erwirtschaften.

Gründe für das wirtschaftliche Defizit einzelner Gesellschaften sind allgemein die beschriebenen Rahmenbedingungen sowie ausgebliebene und geplante Leistungssteigerungen der Krankenhäuser.

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. 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 der Klinikgruppe konsequent weiter zu verfolgen sind. Der Konzern braucht zukünftig wieder 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. Flankiert wird die beschriebene Vorgehensweise von einem Berichtswesen, das wesentliche Frühwarnindikatoren beinhaltet. Das ökonomische Risikomanagement wird sukzessive auf die Kliniken im Konzern ausgeweitet.

Critical Incident Reporting System (CIRS)

In 2016 erfolgte im Klinikum Friedrichshafen darüber hinaus die 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. Auch das CIRS wird sukzessive auf die Kliniken im Konzern ausgeweitet.

6.2 Risiko- und Chancenkategorisierung

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

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 (Veränderung bis 2%)
Moderat	Moderate Auswirkung auf die VFE-Lage (Veränderung 2% bis 4%)
Erheblich	Erhebliche Auswirkung auf die VFE-Lage (Veränderung größer 4%)

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. / Auswirkung.	gering	moderat	erheblich
80% bis 99%	geringes Risiko	mittleres Risiko	hohes Risiko
60% bis 79%	geringes Risiko	mittleres Risiko	hohes Risiko
40% bis 59%	geringes Risiko	mittleres Risiko	hohes Risiko
20% bis 39%	geringes Risiko	geringes Risiko	mittleres Risiko
1% bis 19%	geringes Risiko	geringes Risiko	mittleres Risiko

6.3 Chancen und Risiken des Konzerns

Generell ergeben sich Chancen für die zukünftige medizinische und wirtschaftliche Entwicklung des Konzerns aus der Zusammenarbeit des kommunalen Klinikverbundes „Medizin Campus Bodensee“, bestehend aus den Kliniken Klinikum Friedrichshafen GmbH, Krankenhaus 14 Notthelfer GmbH und der Klinik Tettnang GmbH sowie deren Tochtergesellschaften. So sind im medizinischen Bereich enge personelle Kooperationen einzelner Fachabteilungen standortübergreifend im medizinischen Konzept umgesetzt. Darüber hinaus ist auch der Aufbau spezialisierter Fachabteilungen an jeweils einem der drei Verbundstandorte vollzogen. Damit wird den Patienten ein qualitativ hochwertigeres, spezialisiertes Behandlungsspektrum angeboten. Dabei wird an jedem Standort weiterhin die Grund- und Regelversorgung vorgehalten. Somit besteht eine mittlere Chance auf die Verbesserung der Ertragslage.

Im nichtmedizinischen Bereich können wirtschaftliche Synergien u.a. durch einen gemeinsamen Einkauf und vereinheitlichte logistische Prozesse (z.B. Zentralisierung der Lagerhaltung) sowie eine Zentralisierung der Verwaltung umgesetzt werden. Es ergibt sich eine mittlere Chance weiterer Kostenreduzierungen.

Wesentliche Chancen und Risiken des Konzerns bestehen im Zusammenhang mit folgenden Sachverhalten:

Rechtsstreitigkeiten

Risiken, die sich im Zusammenhang mit Rechtsstreitigkeiten ergeben, werden innerhalb des Konzerns fortlaufend identifiziert, bewertet und kommuniziert. Auch wenn es nicht möglich ist, den Ausgang dieser Streitigkeiten vorherzusagen, erwartet der Konzern 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 des Konzerns 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 der Konzern 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

Im Konzern 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 der Konzern 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 der Konzern 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 den Konzern. (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 Mehrleistungsabschlags (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 den Konzern vor Allem und

insbesondere im Bereich der Hüft- und Knieendoprothetik. Die Absenkungen der Vergütung in den Bereichen wird den Konzern 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 den Konzern zukünftig finanziell stark belasten, da die wirtschaftliche Sanierung des Konzerns 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 den Konzern 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 den Konzern 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 des Konzerns. 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. Der Konzern 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 der Konzern 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 des Konzerns 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 den Konzern eine mittlere Chance, weitere Patienten an sich zu binden und damit Erlöse zu generieren. (Eintrittswahrscheinlichkeit: wahrscheinlich / Auswirkung auf VFE: moderat)

6.4 Prognosebericht

Bei den nachfolgenden Ausführungen gehen wir von einer unveränderten Konzernzusammensetzung für das Geschäftsjahr 2018 aus. Insbesondere beziehen sich die Angaben zur Wirtschaftsplanung 2018 auf die drei Kliniken. Der Aufsichtsrat der Muttergesellschaft Klinikum Friedrichshafen hat im Dezember 2017 die Wirtschaftspläne der Gesellschaften im Konzern 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 die aktualisierten Wirtschaftspläne 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 der Konzern eine Steigerung des Erlösbudgets gegenüber der Vereinbarung 2017 durch die Steigerung des zu vereinbarenden Casemixes um ca. 3 %.

Leistungs- und Belegungsdaten

Verbunden mit der geplanten Steigerung des Erlösbudgets ist die für das Jahr 2018 geplante 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. 1-5% geplant. Weiterhin wird mit einer Verweildauer auf dem Vorjahresniveau gerechnet.

Personalkosten und Vollkräfte

Die Personalkosten sind für 2018 mit 96.023 T€ auf der Basis von 1.234,4 Vollkräften geplant. Die Personalkosten des Jahres 2017 beliefen sich auf 92.699 T€. Dies entspricht einer Personalkostenerhöhung von 3,6 % 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

Der Konzern beabsichtigt, im Jahr 2018 die Fluktuationsrate weiterhin wie bereits in den Vorjahren im niedrigen einstelligen Bereich zu halten.

Liquidität

Der Konzern geht für das Jahr 2018 aufgrund der aktualisierten Wirtschaftsplanung von einer Verschlechterung der Liquiditätssituation aus, vor allem bedingt durch das negative geplante GuV-Ergebnis. Daraus lässt sich die Veränderung der Liquidität in einer Bandbreite von minus 3,4 bis minus 6,6 Mio. Euro für die drei Krankenhäuser unter Berücksichtigung eines Zuschusses in Höhe von 0,4 Mio. Euro.

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

Jahresergebnis

Für das Geschäftsjahr 2018 plant der Konzern für die drei Kliniken ein Ergebnis in einer Bandbreite von -2,9 bis -6,1 Mio. Euro unter Berücksichtigung eines Zuschusses von 0,4 Mio. Euro.

Die Leistungsentwicklung der ersten drei Monate des Jahres 2018 zeigt bislang eine leichte Unterschreitung der geplanten Leitungsdaten, weshalb momentan alle Anstrengungen unternommen werden, das geplante Ergebnis in 2018 zu erreichen.

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

