



Arbeitsgemeinschaft B 52-Verbändeoperation Baden-Württemberg

## Fakten und Positionen zur Krankenhausversorgung in Baden-Württemberg

Stand: Juli 2013

**Verfasser:**

- Jens Bürger, BKK Landesverband Baden-Württemberg
- Gisbert Frühauf, Knappschaft
- Thomas Grübel, BARMER GEK
- Harald Schmid, IKK classic
- Margit Seifert, Verband der Ersatzkassen (vdek), Landesvertretung Baden-Württemberg
- Jürgen Traub, BKK Landesverband Baden-Württemberg
- Bettina Uhrmann, IKK classic
- Frank Winkler, Verband der Ersatzkassen (vdek), Landesvertretung Baden-Württemberg

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	1
2. Handlungsfelder .....	2
2.1. Krankenhausplanung .....	2
2.1.1. Strukturdaten.....	2
2.1.2. Versorgungsgrad .....	4
2.1.3. Konzentration von Leistungen .....	5
2.1.4. Die Position der B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg .....	6
2.2. Krankenhausfinanzierung.....	9
2.2.1. Die Entwicklung der Betriebskostenfinanzierung.....	10
2.2.2. Die Entwicklung der Investitionskostenförderung .....	13
2.2.3. Die Position der B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg .....	14
2.3. Qualitätssicherung im Wettbewerb .....	16
2.3.1. Messung von Qualität im Krankenhaus .....	17
2.3.2. Die Position der B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg .....	18
3. Fazit.....	20

## 1. Einleitung

Die Krankenhäuser sind zentraler Bestandteil der gesundheitlichen Daseinsvorsorge. Sie leisten einen unverzichtbaren Beitrag zur medizinischen Versorgung der Menschen in Baden–Württemberg. Sie stellen darüber hinaus als Arbeitgeber und Unternehmen einen wichtigen Wirtschaftsfaktor dar. Die Sorgen der Menschen – vor allem im ländlichen Raum – dass „ihr Krankenhaus“ geschlossen werden könnte, haben es deshalb verdient, ernst genommen zu werden.

Obwohl die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) noch nie so viel Geld für Krankenhäuser bezahlt hat wie derzeit, weisen unterschiedliche Statistiken für ein Drittel bis die Hälfte der Krankenhäuser in Baden–Württemberg rote Zahlen aus. Politisch werfen sich Landes– und Bundesebene wechselseitig vor, ihren jeweiligen Finanzierungsverpflichtungen nicht angemessen nachzukommen.

Vor diesem Hintergrund hat die B 52–Verbändekooperation in Baden–Württemberg Zahlen, Daten und Fakten zur Krankenhausplanung, Krankenhausfinanzierung und Qualitätssicherung zusammengestellt. Die daraus resultierenden Schlussfolgerungen und Positionen sollen als Grundlage für den notwendigen Diskussionsprozess zur Anpassung der Krankenhausstrukturen im Land dienen.

Damit die Krankenhäuser im Land auch zukünftig ihren wichtigen Aufgaben nachkommen können, sind strukturelle Änderungen in diversen Handlungsfeldern unausweichlich.

## 2. Handlungsfelder

### 2.1. Krankenhausplanung

Gerade in einem großen Flächenland wie Baden–Württemberg ist es zentrale Aufgabe der Krankenhausplanung, dauerhaft und nachhaltig ein flächen–deckendes stationäres Versorgungsangebot zu gewährleisten. Jeder Versicherte muss unabhängig von seinem Wohnort und von den Struktur–merkmalen seiner Region die Möglichkeit haben, bei Bedarf angemessen stationär versorgt zu werden. Die Sicherstellung der dafür notwendigen Angebote ist und bleibt im Rahmen der Daseinsvorsorge Aufgabe der Bundesländer. Dabei ist eine Vielzahl verschiedener Aspekte zu berücksichtigen und zu gewichten.

#### 2.1.1. Strukturdaten

Trotz eines Rückgangs der Zahl der Krankenhäuser in den vergangenen Jahren ist gegenwärtig in Baden–Württemberg eine flächendeckende Krankenhausversorgung sichergestellt.

Das Land verfügt aktuell über 226 zugelassene Krankenhäuser, davon behandeln 175 somatische Erkrankungen und 90 psychiatrische sowie psychosomatische; 39 Krankenhäuser verfügen sowohl über somatische als auch über psychiatrische und/oder psychosomatische Fachabteilungen. Etwa 45 Prozent der Krankenhäuser befinden sich in öffentlicher, 28 Prozent in privater und 27 Prozent in freigemeinnütziger Trägerschaft.<sup>1</sup>

Die Zahl der Krankenhausbetten im Land ist ebenso wie die Zahl der Krankenhäuser zurückgegangen, von 67.407 Betten im Jahr 1996 auf 56.910 Betten im Jahr 2011. Etwa 68 Prozent dieser Betten waren in öffentlicher, 21 Prozent in freigemeinnütziger und 11 Prozent in privater Trägerschaft.<sup>2</sup>

Schließlich geht auch die Zeit, die ein Patient durchschnittlich je Behandlungsfall im Krankenhaus verbringt, zurück. Die Verweildauer sank von 11,4 Tagen in 1996 auf 7,8 Tage in 2011.

Tabelle 1: Ausgewählte Strukturdaten der Krankenhäuser im Land im Zeitverlauf<sup>3</sup>

Jahr	Krankenhäuser		Betten	Verweil- dauer**	Auslas- tung***
	gesamt	davon zuge- lassen*			
1996	317		67.407	11,4	80,0
1997	317		66.478	11,2	81,1
1998	317		65.383	10,9	82,0
1999	320		64.523	10,5	81,7
2000	317		64.493	10,2	80,8
2001	321		64.017	9,9	79,2
2002	325	278	63.677	9,2	78,3
2003	320	274	63.364	8,9	75,8
2004	316	271	62.387	8,7	73,1
2005	305	268	61.371	8,6	73,8
2006	296	263	60.424	8,5	73,7
2007	297	261	59.982	8,3	74,5
2008	297	251	59.224	8,2	74,5
2009	289	245	58.460	8,1	75,5
2010	289	240	58.045	7,9	75,7
2011	285	238	56.910	7,8	77,1

\* nach § 108 SGB V

\*\* Durchschnitt in Tagen; vor dem Erhebungsjahr 2002 sind in der Verweildauer keine Stundenfälle enthalten

\*\*\* Durchschnitt in Prozent

2.1.2. Versorgungsgrad

Auch wenn sich der Nutzungsgrad der baden-württembergischen Krankenhäuser durch den Abbau von Betten seit der DRG-Einführung von 73,8 % (2005) auf 77,1 % (2011) erhöhte, ist in Baden-Württemberg auf der Grundlage des durchschnittlichen planerischen Richtwertes für die angemessene Bettennutzung von 85 % von einer Überversorgung auszugehen.

Die Argumentation, dass Baden-Württemberg bundesweit die geringsten Krankenhausausgaben pro Einwohner ausweise, ist zwar richtig, sagt jedoch weniger über die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser und das Fehlen von Überversorgung im Land aus, sondern mehr über die Krankenhaushäufigkeit, also die Häufigkeit, mit der die Einwohner eines Landes in den Krankenhäusern stationär behandelt werden. Diese ist in Baden-Württemberg deutlich geringer als in anderen Bundesländern.

Tabelle 2: Krankenhaushäufigkeit 2011 im Bundesvergleich<sup>4</sup>

Bundesland	Krankenhaus-häufigkeit*	Bundesland	Krankenhaus-häufigkeit*
<b>Baden-Württemberg</b>	<b>19,1 %</b>	Sachsen	23,8 %
Niedersachsen	20,4 %	Nordrhein-Westfalen	24,0 %
Schleswig-Holstein	20,5 %	Mecklenburg-Vorp.	25,0 %
Hessen	21,4 %	Sachsen-Anhalt	25,5 %
Brandenburg	21,8 %	Thüringen	25,5 %
Berlin	22,2 %	Hamburg	25,7 %
Rheinland-Pfalz	22,3 %	Saarland	26,3 %
Bayern	22,4 %	Bremen	30,3 %
<b>Deutschland</b>	<b>22,4 %</b>		

\* Fallzahl je 100.000 Einwohner

### 2.1.3. Konzentration von Leistungen

Durch die Konzentration von – insbesondere (hoch–)spezialisierten – Krankenhausleistungen können Qualität und Wirtschaftlichkeit noch gesteigert werden.

Auch wenn die Studienlage relativ dünn ist, gibt es für verschiedene stationär durchgeführte Prozeduren relativ starke Indizien, die darauf hindeuten, dass ein Zusammenhang zwischen der Behandlungshäufigkeit und der Qualität der Behandlung besteht. In diesem Bereich sind dringend weitere Erkenntnisse der Versorgungsforschung vonnöten. Darüber hinaus müssen die vorhandenen Erkenntnisse konsequent umgesetzt werden. Soweit es an einheitlichen Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses fehlt, ist zu prüfen, inwieweit über die Krankenhausplanung auf Landesebene entsprechende Anforderungen definiert werden können. Zur Verdeutlichung seien im Folgenden nur einige Beispiele erwähnt:

Seit Einführung der einschlägigen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses im Jahr 2005 verfügt das Land über 21 so genannte Perinatalzentren Level 1, also Einrichtungen der höchsten Leistungsstufe zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen. Vor Einführung der Richtlinie waren lediglich 15 perinatologische Zentren krankenhauplanerisch ausgewiesen. Auch wenn die seit 2010 geltende Mindestmenge von 14 Fällen pro Jahr in den Level-1-Zentren überwiegend erreicht wird<sup>5</sup>, sind in einem Teil von ihnen die Fallzahlen bis heute relativ gering geblieben. Dem Versuch des Gemeinsamen Bundesausschusses, durch die Anhebung der Mindestmenge auf 30 Fälle pro Jahr eine weitere Professionalisierung der Versorgung Frühgeborener mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm zu erreichen, haben sich allein 15 der 21 baden-württembergischen Zentren mit Klagen entgegen gestellt. Nachdem diese Klagen bis zum Bundessozialgericht erfolgreich waren, hat der Gemeinsame Bundesausschuss nun angekündigt, die Qualitätsanforderungen über die Definition der Struktur- und der Prozessqualität erhöhen zu wollen. Wichtig ist, dass diese Anforderungen so formuliert werden, dass tatsächlich nur noch die Zentren an der Versorgung teilnehmen können, die über eine ausreichende Erfahrung im Umgang mit Frühgeborenen verfügen.



Als weiteres Beispiel kann die Transplantationsmedizin angeführt werden. Die Zahl der Transplantationszentren für die einzelnen Organe lässt sich ebenfalls weiter verringern, um mit der Konzentration auf weniger Zentren eine Erhöhung der Qualität zu erreichen. Für Leber, Niere und Herz hat der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen<sup>6</sup> bereits im Jahr 2002 festgestellt, dass ein enger Zusammenhang zwischen der Anzahl der durchgeführten Organtransplantationen pro Zentrum und der Überlebensrate sowie der Funktion des Transplantates besteht.

Schließlich gibt es auch in anderen Bereichen Doppelvorhaltungen, die beseitigt werden müssen. Teilweise verfügen Krankenhäuser in enger räumlicher Nähe über gleiche Abteilungen mit geringer Auslastung. Teilweise werden in benachbarten Einrichtungen gleiche (Groß-) Geräte zur Durchführung hochaufwendiger Diagnostik und Therapiemaßnahmen angeschafft und vorgehalten. So stellt auch das IGES–Institut im 3. Zyklus der DRG–Begleitforschung nach § 17b Abs. 8 des Krankenhausgesetzes fest, dass insgesamt eine deutliche Zunahme der Zahl von Großgeräten zu erkennen sei und insbesondere Krankenhäuser mittlerer Größe Großgerätekapazitäten aufbauten.<sup>7</sup> Einschlägige Beispiele lassen sich auch in Baden–Württemberg finden.

Zwischen Experten ist demgegenüber mittlerweile unumstritten, dass es sowohl zur Steigerung der Qualität als auch zur Begrenzung der Fallzahlen sinnvoll ist, insbesondere bei planbaren Leistungen die Spezialisierung voran zu treiben, Großgerätekapazitäten an Schwerpunkten zu konzentrieren und – soweit für eine bedarfsgerechte Versorgung nötig – Kooperationen der Krankenhäuser vor Ort zu etablieren.

#### 2.1.4. Die Position der B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg

Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung werden aus Mitteln der Solidargemeinschaft finanziert. Ein verantwortungsvoller und zielgerichteter Umgang mit diesen Ressourcen sollte für alle Beteiligten selbstverständlich sein. Die Krankenhausplanung muss deshalb zum Ziel haben, dass Über- und Fehlversorgung abgebaut wird und Wirtschaftlichkeit sowie Qualität steigen. Dabei ist den vorstehend dargestellten Aspekten Rechnung zu tragen.

Angesichts der komplexen Wechselwirkungen ist eine Kapazitätsplanung über Betten allein nicht zielführend. Stattdessen muss ergänzend über Struktur– bzw. Qualitätsanforderungen und Mindestmengen geplant werden.

Aufgrund der vielfältigen medizinisch–technischen Möglichkeiten und der Entwicklungen im Bereich ambulanter Behandlungen wird sich die Krankenhauslandschaft verändern. In Folge von Fusionen wird die Zahl der Krankenhäuser weiter abnehmen. Viele Behandlungen können heute ambulant oder mit kürzeren Liegezeiten durchgeführt werden. Vor allem in Ballungsräumen gibt es einzelne Krankenhäuser, deren Behandlungskapazitäten auf Grund der bestehenden hohen Versorgungsdichte von anderen Krankenhäusern übernommen werden könnten, ohne dass es zu Versorgungslücken käme.

Die dadurch freigesetzten Mittel sollten eingesetzt werden, um Krankenhäuser im ländlichen Raum zu unterstützen, Unterversorgung entgegen zu wirken und Anreize für differenzierte Versorgungsangebote zu schaffen. Die akute Notfallversorgung muss möglichst wohnortnah sichergestellt werden. Je planbarer und spezieller eine Behandlung ist, desto weiter kann der Weg zum entsprechenden Krankenhaus sein.

Eine derart zielgerichtete Schwerpunktbildung im Leistungsangebot würde auch dem überproportionalen Anstieg der Krankenhausbehandlungen entgegen wirken. Seit 2005 stieg die Zahl der Krankenhausbehandlungen in Deutschland um fast 13 Prozent auf über 18,5 Millionen Fälle an, was sich auch in den Ausgaben bei den Krankenkassen deutlich bemerkbar machte.<sup>8</sup> Diese Mengenausweitung in der stationären Behandlung kann nur zum Teil mit demografischen Faktoren erklärt werden. Vielmehr ist davon auszugehen, dass nennenswerte Teile der Mengenentwicklung sowohl durch ungewollte Anreizwirkungen des Vergütungssystems als auch durch die bestehende Über– und Fehlversorgung verursacht werden.<sup>9</sup> Daraus resultierende medizinische Eingriffe am Rande der Notwendigkeit gefährden jedoch die Gesundheit und lösen unnötige Kosten aus. Die bestehenden Fehlanreize zur Mengenausweitung müssen daher dringend beseitigt werden.

Aus Sicht der B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg ist entscheidend, dass daraus auch ein erhebliches Potential resultiert, um die Qualität der Versorgung durch Konzentration und ein höheres Maß an Professionalisierung sowie Spezialisierung zu steigern. Insofern haben alle gesundheitspolitischen Akteure dafür Sorge zu tragen, dass die Bevölkerung den unumgänglichen Konzentrationsprozess als das erlebt, was er ist: nicht eine quantitative Verschlechterung, sondern eine qualitative Verbesserung.

Die Krankenhausplanung auf Landesebene kann und muss also die Voraussetzungen dafür schaffen, dass

- ↪ die Angebotsstrukturen gestrafft werden,
- ↪ Über- und Fehlversorgung zurück gehen und
- ↪ Qualität sowie Wirtschaftlichkeit steigen.

Dabei müssen die notwendigen Entscheidungen, die vielfach auch unpopulär sein werden, von allen Beteiligten mitgetragen werden. Hierfür kann auch auf die Strukturen der Kommunalen Gesundheitskonferenzen und der von der Landesregierung angestoßenen Gesundheitsdialoge zurückgegriffen werden. Es ist allerdings strikt darauf zu achten, dass die Zuständigkeiten und Entscheidungskompetenzen nicht unsachgemäß verlagert werden und dass nicht auf Grund regionaler Betrachtungen übergeordnete gesamtplanerische Belange in den Hintergrund treten.

Die B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg hält es darüber hinaus im Rahmen der Krankenhausplanung für erforderlich, neue Strukturen zu fördern, welche die sektorenübergreifende Versorgung nachhaltig stärken und Reibungsverluste an der Schnittstelle stationär/ambulant abbauen. Dabei geht es insbesondere darum, das Entlassmanagement der Krankenhäuser besser mit den ambulanten Versorgungsangeboten zu vernetzen, um die Anschlussversorgung der Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt optimal zu gestalten und damit ihre Genesung zu unterstützen. Hier lassen sich mit einem gezielten Zusammenwirken von Krankenkassen, Krankenhäusern und Ärzteschaft durch moderne Angebote auch ohne erheblichen (finanziellen) Mehraufwand noch viele Verbesserungen erreichen.

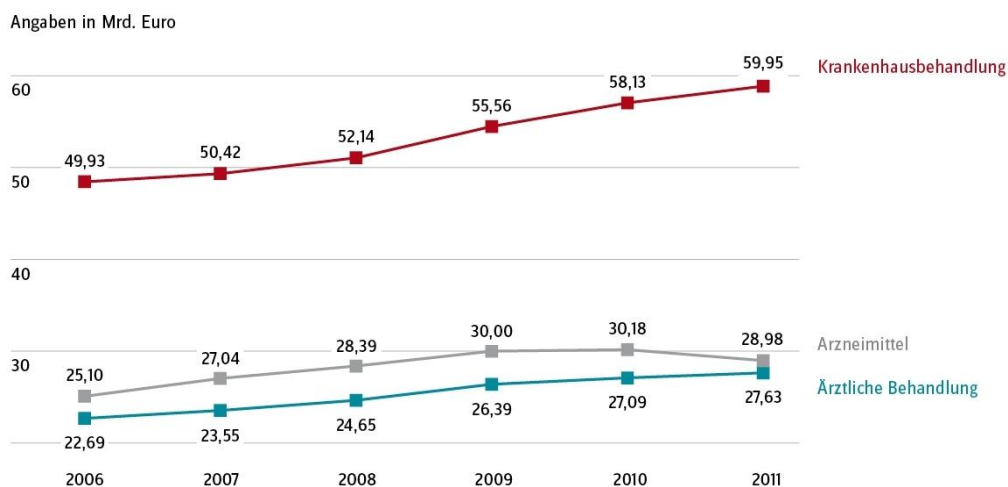
## 2.2. Krankenhausfinanzierung

Ein weiteres wichtiges Handlungsfeld, das die Struktur und Güte der Krankenhausversorgung beeinflusst, ist die Krankenhausfinanzierung.

Die Finanzierung der Krankenhäuser ruht auf zwei Säulen: auf der einen Seite der Betriebskostenvergütung für laufende Leistungen, welche die Krankenkassen tragen, und auf der anderen Seite der Investitionskostenförderung durch die Länder.

Danach wurden im Jahr 2012 in Baden–Württemberg rund 95 Prozent der Mittel für die Krankenhäuser von den Krankenkassen finanziert, ca. 5 Prozent hat das Land für Investitionen zur Verfügung gestellt. In absoluten Zahlen bedeutet dies, dass die Krankenkassen den Krankenhäusern zur Finanzierung der Betriebskosten rund 7,6 Mrd. Euro (95,4 Prozent) überwiesen haben, das Land zur Finanzierung der Investitionskosten 370 Mio. Euro (4,6 Prozent). Bundesweit machen die Krankenhauskosten im Jahr 2012 etwa 35 Prozent der gesamten GKV–Ausgaben aus; sie sind damit höher als die ärztliche Vergütung und die Arzneimittelkosten zusammen.<sup>10</sup>

Schaubild 1: Ausgaben der GKV für Krankenhausbehandlung, Arzneimittel und Ärztliche Behandlung



Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KJ 1

Zur wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser in Baden–Württemberg stellt der Krankenhaus Rating Report 2013 fest, dass im Jahr 2011 fast jedes zweite Krankenhaus Verluste erwirtschaftet habe. Dabei sei allerdings festzustellen, dass defizitäre Krankenhäuser vor allem in finanzstarken Kommunen zu finden seien, weil hier der Druck zum Sparen von Seiten der öffentlichen Hand fehle.

Grundsätzlich gelte, dass bei einer Betrachtung der wirtschaftlichen Situation nach Trägern öffentlich–rechtliche Kliniken, wie etwa städtische oder Kreis–krankenhäuser, durchschnittlich schlechter abschnitten als freigemeinnützige oder private Häuser. Bundesweit hätten 21 Prozent der öffentlich–rechtlichen Häuser im roten Bereich gelegen, aber nur 14 Prozent der freigemeinnützigen und zwei Prozent der privaten.<sup>11</sup>

Die Ursachen für die wirtschaftlichen Schwierigkeiten der Krankenhäuser sind vielfältig. Eine Analyse der veröffentlichten Bilanzzahlen zeigt, dass in zahlreichen Fällen die Abschreibungen nicht mehr erwirtschaftet werden können und Krankenhäuser deshalb ins Defizit rutschen. Im Einzelfall kommen Managementfehler hinzu. Teilweise unterbleiben aus übergeordneten Gründen (z.B. arbeitsmarkt–, standes– oder regionalpolitischen Interessen) notwendige Strukturanpassungen.

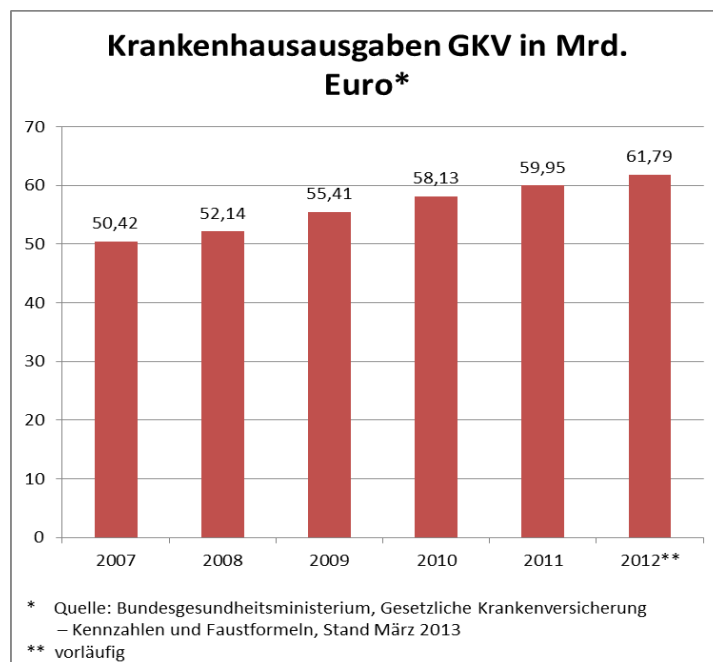
### 2.2.1. Die Entwicklung der Betriebskostenfinanzierung

Die Ausgaben der Krankenkassen für die Krankenhäuser in Baden–Württemberg sind von rund 5,9 Mrd. Euro im Jahr 2005 auf 7,6 Mrd. Euro im Jahr 2012 angestiegen; das entspricht einem Zuwachs von fast 30 Prozent. Jeweils gegenüber dem Vorjahr hat sich das Ausgabenvolumen der Krankenkassen für die Krankenhäuser im Land im Jahr 2011 (bei einer Veränderungsrate<sup>12</sup> von 1,15 %<sup>13</sup>) um 3,2 % und im Jahr 2012 (bei einer Veränderungsrate von 1,98 %<sup>14</sup>) um 4,5 % erhöht.

Tabelle 3: GKV-Ausgaben für Krankenhäuser in Baden-Württemberg<sup>15</sup>

Jahr	DRG-Ausgaben-volumen in Mrd. Euro	BPfIV-Ausgaben-volumen in Mrd. Euro	Summe Ausgaben-volumen in Mrd. Euro
2005	5,305		
2006	5,342 (+0,7%)		
2007	5,399 (+1,1%)		
2008	5,606 (+3,8%)		
2009	6,131 (+9,4%)		
2010	6,377 (+4,0%)	0,683	7,060
2011	6,570 (+3,0%)	0,718 (+5,1%)	7,288 (+3,2%)
2012	6,865 (+4,5%)	0,751 (+4,6%)	7,616 (+4,5%)
2013	7,051 (+2,7%)	noch nicht bekannt	

Schaubild 2: Krankenhausausgaben der GKV 2007 bis 2012



Bundesweit betrachtet ist die Grundlohnsumme von 2007 bis 2012 um 7,19 Prozent gestiegen<sup>16</sup>, die Steigerung der Krankenhausaufgaben für die GKV lag demgegenüber bei 22,6 Prozent.<sup>17</sup>

Die Landesbasisfallwerte lagen im Jahr 2012 zwischen 2.945,74 Euro in Schleswig-Holstein und 3.191,91 Euro in Rheinland-Pfalz. Baden-Württemberg verfügt für das Jahr 2012 mit einem Landesbasisfallwert in Höhe von 3.050,12 Euro über den fünfthöchsten Landesbasisfallwert im Bundesvergleich; für das Jahr 2013 mit einem Landesbasisfallwert in Höhe von 3.114,29 Euro sogar über den dritthöchsten. Damit erhalten die Krankenhäuser in Baden-Württemberg 2013 für die gleiche Leistung (bei einer Bewertungsrelation von 1) 102,25 Euro mehr als die Krankenhäuser in Schleswig-Holstein.

Tabelle 4: Höhe des Landesbasisfallwertes (ohne Ausgleiche) im Bundesvergleich 2013<sup>18</sup>

Bundesland	Landesbasisfallwert	Bundesland	Landesbasisfallwert
Rheinland-Pfalz	3.250,00 €	Niedersachsen	3.021,00 €
Saarland	3.149,42 €	Mecklenburg-Vorp.	3.019,90 €
<b>Baden-Württemberg</b>	<b>3.114,29 €</b>	Sachsen-Anhalt	3.018,00 €
Bremen	3.105,00 €	Berlin	3.015,00 €
Hamburg	3.104,00 €	Thüringen	3.013,75 €
Bayern	3.100,00 €	Brandenburg	3.013,00 €
Hessen	3.066,60 €	Sachsen	3.012,76 €
Nordrhein-Westfalen	3.035,50 €	Schleswig-Holstein	3.012,04 €

In Baden-Württemberg wurde seit Einführung des DRG-Systems stets ein medizinisch leistungsgerechter Landesbasisfallwert vereinbart bzw. im Jahr 2009 von der Schiedsstelle nach § 18a KHG festgesetzt. Mit diesem Landesbasisfallwert sind sämtliche Tarif- und Sachkostensteigerungen in den

Krankenhäusern abgedeckt. Auch ohne Mengensteigerungen reicht der Landesbasisfallwert in Baden–Württemberg aus, um die notwendigen Betriebskosten der Krankenhäuser zu decken. Er kann jedoch nicht ausreichen, um damit auch Investitionen, für die das Land verantwortlich ist, zu finanzieren.

### 2.2.2. Die Entwicklung der Investitionskostenförderung

Trotz erkennbarer Anstrengungen der Landesregierungen hat die unzureichende Investitionskostenförderung dazu geführt, dass einerseits ein ganz erheblicher Förderstau aufgelaufen ist und andererseits der Anteil der Investitionskosten an den Gesamtkosten der Krankenhäuser kontinuierlich sinkt. 2012 haben die Investitionskosten nur noch 4,6 Prozent der Einnahmen der Krankenhäuser in Baden–Württemberg ausgemacht.

Tabelle 5: Investitionskostenförderung in Baden–Württemberg<sup>19</sup>

Jahr	KHG–Mittel in Mio. Euro	Steigerung gegenüber Vorjahr*
2000	336,43	
2005	281,20	– 16,4 **
2006	296,70	+ 5,5
2007	305,00	+ 2,8
2008	310,00	+ 1,6
2009	340,00	+ 9,7
2010	337,00	– 0,9
2011	382,50	+ 13,5
2012	370,00	– 3,3
2013	390,00	+ 5,4

\* in Prozent

\*\* im Vergleich zum Jahr 2000



Tabelle 6: Höhe der Investitionskostenförderung in Euro je Einwohner im Bundesvergleich<sup>20</sup>

Bundesland	KHG-Mittel 2011	Bundesland	KHG-Mittel 2011
Hamburg	65,58 €	Thüringen	31,43 €
Bremen	45,78 €	Niedersachsen	30,12 €
Mecklenburg-Vorp.	42,22 €	Schleswig-Holstein	29,85 €
Brandenburg	39,37 €	Rheinland-Pfalz	29,21 €
Saarland	38,15 €	Sachsen-Anhalt	28,85 €
Hessen	36,95 €	Nordrhein-Westfalen	27,85 €
Bayern	35,83 €	Berlin	23,97 €
<b>Baden-Württemberg</b>	<b>35,52 €</b>	Sachsen	23,44 €

### 2.2.3. Die Position der B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg

Oft wird die wirtschaftlich schwierige Situation vieler Krankenhäuser vor allem darauf zurückgeführt, dass die Vergütung durch die Krankenkassen deutlich langsamer steige als die Aufwendungen für den laufenden Betrieb, namentlich Lohn- und Energiekosten. Das lässt allerdings außer Acht, dass die Ausgaben der GKV für Krankenhausleistungen in den vergangenen Jahren deutlich stärker gestiegen sind als die der Beitragserhebung zu Grunde liegenden Löhne und Gehälter der Kassenmitglieder. Während die Tariflöhne in den Krankenhäusern in Baden-Württemberg seit 2006 um 15,9 Prozent gestiegen sind<sup>21</sup>, haben sich im selben Zeitraum bundesweit die Ausgaben der Krankenkassen für die Krankenhäuser um 23,8 Prozent erhöht<sup>22</sup>.

Auch wenn in Baden-Württemberg die Investitionskostenförderung in den vergangenen Jahren wieder etwas aufgestockt worden ist, kommt das Land (wie auch die übrigen Bundesländer) seinen Investitionsverpflichtungen nicht ausreichend nach. Der Antragsstau beläuft sich nach wie vor auf über eine Milliarde Euro.<sup>23</sup> In der Folge versuchen viele Krankenhäuser, die Unter-

finanzierung bei den Investitionen durch zusätzliche Fälle auszugleichen (Mengensteigerung). Die so erzielten Mehrerlöse werden in Baumaßnahmen und Instandhaltung investiert, anstatt in die Patientenversorgung; die solidarisch aufgebrauchten Beitragsmittel der Versicherten werden zweckentfremdet.

Die Investitionskostenquote liegt aktuell unter fünf Prozent. Bereits 2006 hat die Expertenkommission zur Zukunft der Krankenhausstruktur Baden–Württemberg allerdings festgestellt, dass sie mindestens zehn Prozent betragen sollte.<sup>24</sup> Dieser Forderung schließt sich die B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg ausdrücklich an. Solange dieser Wert nicht erreicht ist, erscheinen für Baden–Württemberg Forderungen nach einer besseren Finanzierung der Betriebskosten schwer nachvollziehbar.

Erfolgreiche Krankenhäuser sind dank einer ausgewogenen Personal- ausstattung in Verbindung mit einer effizienten Arbeitsorganisation und einer zeitgemäßen medizintechnischen Ausstattung auch unter den gegenwärtigen Finanzierungsbedingungen in der Lage, qualitativ hochwertige Krankenhausleistungen zu erbringen. Insoweit erscheint die DRG– Fallpauschalenvergütung nicht per se problematisch. Im Hinblick auf die Verbesserung von Transparenz und Wirtschaftlichkeit bei der Erbringung einzelner Leistungen kann man dem deutschen DRG–System sogar eine gute Bilanz ausstellen. Allerdings muss das lernende System weiterentwickelt werden. Hier ist mit einem Bündel von Maßnahmen anzusetzen. Kapazitäten müssen weiter reduziert und Struktur-, Prozess- sowie Ergebnisqualität stärker in den Fokus genommen werden. Gleichzeitig sind Mehrleistungs- abschlüsse und angemessene Landesbasisfallwerte als handfeste ökonomische Größen auch zukünftig unerlässlich.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass es tiefgreifender struktureller Maßnahmen bedarf, um auch zukünftig eine flächendeckende und qualitativ hochwertige stationäre Versorgung finanzieren zu können. Dabei gilt es, zu berücksichtigen, dass jedes Krankenhaus in seiner Struktur und hinsichtlich der Rahmenbedingungen anders ist und die jeweiligen Probleme vor diesem Hintergrund höchst unterschiedlich sind: Spezialkrankenhäuser mit weit überdurchschnittlichen Fallkosten haben mit der DRG–Vergütung andere

Schwierigkeiten als kleine ländliche Krankenhäuser, die nur schwer zusätzliche Mengen generieren können. Manche Krankenhäuser verfügen über Investitionsdefizite, welche die Betriebskosten belasten. Andere haben organisatorische Schwierigkeiten und müssen ihre Prozesse verbessern. Angesichts dessen erscheint es wenig sinnvoll, Jahr für Jahr immer nur mehr Geld ins System zu geben und gegebenenfalls noch Sonderförderprogramme aufzulegen, die nicht klar auf eine Änderung der heute herrschenden Strukturen ausgerichtet sind. Zusätzliche Finanzmittel, die nicht zielgerichtet, sondern pauschal verteilt werden, helfen den notleidenden Krankenhäusern nicht richtig, unterstützen aber ohne Not diejenigen Krankenhäuser, die im bestehenden System ohnehin schon bestens zurechtkommen. Letztlich verfestigen sich dadurch Strukturen, die nicht zukunftsfähig sind.

Einhergehend mit der Neuordnung der Krankenhausplanung muss die Finanzierung der Krankenhausleistungen angepasst werden. Zukünftig sollten nur Krankenhäuser mit guter Behandlungsqualität Anspruch auf eine vollständige Vergütung haben. Sonderförderungen sollte es nur für Krankenhäuser und Leistungsangebote geben, bei deren Wegfall tatsächlich eine Versorgungslücke droht. Mehrleistungen müssen auch zukünftig angemessen finanziert werden, sie dürfen aber nicht zum wichtigsten Anreiz der Krankenhäuser im Wettbewerb werden.

### **2.3. Qualitätssicherung im Wettbewerb**

Der richtig organisierte Wettbewerb der Krankenhäuser um Patienten ist das geeignete Instrument, um eine zielführende Steuerung von Menge, Preis und Qualität zu erreichen. Dieser Wettbewerb muss in gleichem Maß Anreize für wirtschaftliches Verhalten, wie für qualitativ hochwertige Leistungen setzen. Letztlich muss es darum gehen, Krankenhausbehandlungen mit einem möglichst hohen gesundheitlichen Nutzen, patientenorientiert und effizient zu erbringen. Diese Ziele können nur erreicht werden, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen immer wieder gemessen und verbessert wird. Entsprechend verpflichtet der Gesetzgeber die Leistungserbringer in §§ 135 ff. SGB V zur Qualitätssicherung und Qualitätsweiterentwicklung ihrer medizinischen Angebote.

### 2.3.1. Messung von Qualität im Krankenhaus

Gemäß § 135 Abs. 2 SGB V sind die zugelassenen Krankenhäuser sowohl zu einrichtungsübergreifenden – externen – als auch zu einrichtungsinternen Qualitätssicherungsmaßnahmen verpflichtet. Die externe Qualitätssicherung der Krankenhäuser umfasst insbesondere Vergleiche zwischen verschiedenen Krankenhäusern auf der Basis von messbaren Daten (Qualitätsindikatoren), aber auch die Begutachtung von Einzelfällen durch externe Ärzte oder Spezialisten. Ihr Hauptziel ist es, ärztliche und pflegerische Leistungen der Krankenhäuser vergleichbar zu machen, um national einen einheitlich hohen Qualitätsstandard medizinischer Behandlung zu erreichen.

Insoweit geht die Zielsetzung medizinischer Qualitätssicherung deutlich über eine reine Kontrolle durch Aufdeckung von Qualitätsmängeln der erbrachten Leistungen hinaus. Vielmehr zielt die Qualitätssicherung im medizinischen Bereich auf ein umfassendes Qualitätsmanagement ab. Indem insbesondere auch die Strukturqualität in die Betrachtung einbezogen wird, soll die Gewährleistung, Weiterentwicklung und stetige Verbesserung medizinischer Behandlungsstandards ermöglicht werden.

Ungeachtet dessen erfasst bisher nur eine Minderheit von deutschen Krankenhäusern Prozessdaten fortlaufend mit dem Ziel eines stetigen Qualitäts- beziehungsweise Risikomanagements.

Demgegenüber folgen viele deutsche Krankenhäuser nach wie vor dem überkommenen Paradigma der rückwärtsgewandten Qualitätskontrolle und melden dazu Statistikdaten für retrospektive Betrachtungen weiter an das Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG). Einbezogen in diese externe Qualitätssicherung sind zurzeit lediglich 30 Operationen und Diagnosen (zum Beispiel Gallenblasenentfernungen und Hüftgelenks-endoprothesen).

### 2.3.2. Die Position der B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg

Die bestehenden gesetzlichen Qualitätssicherungsverfahren müssen stetig weiterentwickelt werden. Sofern der Gemeinsame Bundesausschuss für bestimmte Leistungen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt hat, sind diese auch in der Krankenhausplanung zu berücksichtigen. Um unter den Krankenhäusern einen Wettbewerb um die besten Ergebnisse der jeweiligen Behandlung zu etablieren, müssen neue Qualitätsindikatoren gefunden und die bisherigen Qualitätsindikatoren weiterentwickelt werden. Die Ergebnisse des jeweiligen Krankenhauses sind in regelmäßigen Abständen so darzustellen, dass sie eine belastbare Grundlage für die Wahlentscheidung der Patienten sein können. Nur wenn dies gelingt, ist zu gegebener Zeit auch eine qualitätsorientierte Vergütung denkbar.

In der externen Qualitätssicherung wird der Bereich Krankenhauspflege bislang lediglich durch den Qualitätsindikator zur Dekubitusprophylaxe abgebildet. Um neben der medizinischen Qualität im engeren Sinne auch die Pflegequalität verstärkt messbar zu machen, sollte der Ausbau der Qualitätssicherung zukünftig auch weitere Aspekte der Krankenhauspflege umfassen.

Diese standardisierten Verfahren für bestimmte medizinische Prozeduren müssen von weiteren Aktivitäten flankiert werden. So hat sich in der Vergangenheit zum Beispiel gezeigt, dass im Bereich der Krankenhaushygiene besondere Maßnahmen erforderlich sind, um bestehende Gefährdungen des Patientenwohls zu minimieren. Steigende Infektionsraten waren und sind ein Beleg für den diesbezüglichen Handlungs- und Nachholbedarf. Hier wurden daraufhin konkrete Maßnahmen vom Gesetzgeber definiert und mit einer finanziellen Förderung unterlegt. Die insoweit angewandte Methodik sollte auch auf andere Bereiche ausgedehnt werden. Zeigt sich spezifischer Handlungsbedarf, müssen daraus konkrete Maßnahmen abgeleitet und mit einer bestimmten Ergebnisqualität verknüpft werden; unter Umständen können darüber hinaus finanzielle Anreize gesetzt werden. Die aktuell von verschiedenen Seiten geforderte generelle Vorgabe

einer Mindestpersonalbemessung im Krankenhaus wird diesem Anspruch nicht gerecht und greift zu kurz.

Um die Entwicklung innovativer Ansätze im Bereich des Qualitätsmanagements der Krankenhäuser zu beschleunigen, kann auch darüber nachgedacht werden, Modellprojekte mit umfassender wissenschaftlicher Evaluation anzustoßen.

Zur Überwindung der sektoralen Versorgungsgrenzen ist im Übrigen der Bereich der vertragsärztlichen bzw. ambulanten Versorgung stärker als bisher in das Qualitätsmanagement einzubeziehen. Die Qualitätsmessung darf nicht mit dem Abschluss des Krankenhausaufenthalts enden, sondern muss auch den Patientennutzen während der weiteren Genesung außerhalb des Krankenhauses umfassen. Darüber hinaus ist der langfristige Erfolg zu berücksichtigen; dabei sollte nach Möglichkeit auch die Bewertung der Patienten einbezogen werden.

Dies gilt in gleichem Maße für die Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Die Wirkungen des mit der ambulanten spezialärztlichen Versorgung angestrebten Qualitätswettbewerbs zwischen ambulantem und stationärem Bereich können nur mit einheitlichen Messgrößen objektiv und sachgerecht bewertet werden.

### 3. Fazit

Für die B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg ergeben sich damit die folgenden zentralen Aussagen und Forderungen:

- Die B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg bekennt sich ausdrücklich zu einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Versorgung mit Krankenhäusern, in deren Fokus das Wohl der Patienten stehen muss. Sie erkennt an, dass in Baden–Württemberg zur Erreichung dieses Ziels bereits große Anstrengungen unternommen wurden. Nichtsdestotrotz besteht nach wie vor eine Überversorgung mit stationären Versorgungsangeboten. Deshalb sind weitere strukturelle Maßnahmen unerlässlich.
- Durch die Vereinbarung auskömmlicher Landesbasisfallwerte kommt die gesetzliche Krankenversicherung in Baden–Württemberg ihrer Verpflichtung zur Betriebskostenfinanzierung vollumfänglich nach. Die Krankenhäuser im Land sind gehalten, diese Beitragsgelder tatsächlich für die medizinische, therapeutische und pflegerische Versorgung der Patienten einzusetzen und nicht fehlende Investitionsmittel damit auszugleichen. Nur so wird gewährleistet, dass die stationäre Versorgung im Land weiterhin auf einem hohen Niveau erfolgt.
- Die Finanzierung der Krankenhäuser wird gegenwärtig zu 95 Prozent von den Krankenkassen und zu fünf Prozent vom Land getragen. Das Land muss den Investitionskostenanteil deutlich auf mindestens zehn Prozent erhöhen, damit die Krankenhäuser den notwendigen Struktur–anpassungen nachkommen können.
- Ein geordneter Wettbewerb der Krankenhäuser um Patienten ist ein geeignetes Instrument, um eine bestmögliche Versorgung zu erreichen. Die pekuniären Anreize dürfen aber nicht überwiegen und zu Fehlentwicklungen wie zum Beispiel unnötigen oder verfrühten Operationen führen. Der Wettbewerb muss sich deshalb in gleichem Maß auf die Qualität erstrecken. Mehrleistungen sollen zwar

auskömmlich finanziert werden, sie dürfen sich aber nicht zum wichtigsten Anreiz der Krankenhäuser im Wettbewerb entwickeln.

- Die Qualität der Krankenhausversorgung kann durch Konzentration und Kooperation sowie ein höheres Maß an Professionalisierung und Spezialisierung noch erheblich gesteigert werden. Nur Krankenhäuser mit einer nachgewiesenermaßen guten Behandlungsqualität sollen Anspruch auf eine vollständige Vergütung haben. Dementsprechend muss die Qualitätssicherung gestärkt und die Qualitätsmessung verbessert werden.
  
- Zur Überwindung der sektoralen Versorgungsgrenzen müssen die ambulante und die stationäre Versorgung besser miteinander verzahnt werden. Im Rahmen einer am Patientennutzen orientierten Bedarfsplanung muss der Definition sektorenübergreifender Behandlungspfade stärkeres Gewicht beigemessen werden. Entsprechend darf die Qualitätsmessung nicht mit dem Abschluss des Krankenhausaufenthaltes enden, sondern muss auch die weitere Genesung außerhalb des Krankenhauses umfassen.



**Quellennachweise:**

- <sup>1</sup> Stand: 30.06.2013, Quelle: Erhebung der vdek–Landesvertretung Baden–Württemberg (bedingt durch unterschiedliche Zuordnungskriterien zeigen sich hinsichtlich der Trägerstrukturen Unterschiede zu den entsprechenden Angaben der Baden–Württembergischen Krankenhausgesellschaft – BWKG)
- <sup>2</sup> Quelle: BWKG, <http://www.bwkg.de/statistik/traegerstruktur.html>
- <sup>3</sup> Quelle: Statistisches Landesamt Baden–Württemberg, „Krankenhäuser und Patienten“, [www.statistik.baden-wuerttemberg.de/GesundhSozRecht/Landesdaten/LRt0205.asp](http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/GesundhSozRecht/Landesdaten/LRt0205.asp) sowie Erhebung der vdek–Landesvertretung Baden–Württemberg
- <sup>4</sup> Quelle: Statistisches Bundesamt, „Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung 2011“
- <sup>5</sup> Im Jahr 2011 wurde die Mindestmenge von 12 der 14 baden–württembergischen Zentren erreicht; Quelle: Erhebung der vdek–Landesvertretung Baden–Württemberg
- <sup>6</sup> heute: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
- <sup>7</sup> Quelle: IGES Institut, G–DRG–Begleitforschung nach § 17b Abs. 8 KHG – Endbericht des 3. Forschungszyklus (2008 bis 2010), März 2013
- <sup>8</sup> Quelle: ersatzkasse magazin., Ausgabe 7./8. 2012, Seite 10
- <sup>9</sup> Für das Bundesgebiet wird davon ausgegangen, dass die Mengenentwicklung nur zu etwa 1/3 demografiegetrieben sei und zu 2/3 durch ungewollte Anreizwirkungen verursacht werde. In Baden–Württemberg ist die Mengenentwicklung weniger stark ausgeprägt. Dennoch muss auch hier gegengesteuert werden.
- <sup>10</sup> Quelle: Bundesgesundheitsministerium, Kennzahlen und Faustformeln zur Gesetzlichen Krankenversicherung (KF12Bund), Stand März 2013
- <sup>11</sup> Quelle: DIE WELT vom 07.06.2013, Seite 11, anlässlich der Vorstellung des Krankenhaus Rating Report 2013
- <sup>12</sup> Die Veränderungsrate ist der Faktor, um den sich die beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen im Vergleich zum Vorjahreszeitraum verändert haben; vgl. dazu auch § 71 SGB V.
- <sup>13</sup> Quelle: Bekanntmachungen des Bundesgesundheitsministeriums nach § 71 Abs. 3 SGB V
- <sup>14</sup> Quelle: Bekanntmachungen des Bundesgesundheitsministeriums nach § 71 Abs. 3 SGB V
- <sup>15</sup> Quelle: Erhebung der vdek–Landesvertretung Baden–Württemberg
- <sup>16</sup> Quelle: Bekanntmachungen des Bundesgesundheitsministeriums nach § 71 Abs. 3 SGB V; eigene Berechnungen
- <sup>17</sup> Quelle: Bundesgesundheitsministerium, Kennzahlen und Faustformeln zur Gesetzlichen Krankenversicherung (KF12Bund) –, Stand März 2013
- <sup>18</sup> Quelle: Erhebung der vdek–Landesvertretung Baden–Württemberg
- <sup>19</sup> Quelle: Erhebung der vdek–Landesvertretung Baden–Württemberg
- <sup>20</sup> Quelle: Erhebung der vdek–Landesvertretung Baden–Württemberg
- <sup>21</sup> Quelle: Pressemitteilung der BWKG und des Verbands der Krankenhäuser in Stuttgart e.V. vom 08.03.2013
- <sup>22</sup> Quelle: Bundesgesundheitsministerium, Kennzahlen und Faustformeln zur Gesetzlichen Krankenversicherung (KF12Bund), Stand März 2013

<sup>23</sup> konkreter Anmeldestand zuzüglich angekündigter zusätzlicher Anmeldestand in den kommenden Jahren

<sup>24</sup> Quelle: Bericht der Expertenkommission der Landesregierung „Zukunft der Krankenhausstruktur Baden–Württemberg“, Mai 2006