



Arbeitsgemeinschaft B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg

Fakten und Positionen zur Krankenhausversorgung in Baden-Württemberg

Datenstand: Februar 2017

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 1

2. Abstract 3

3. Handlungsfelder 4

 3.1. Krankenhausplanung 4

 3.1.1. Strukturdaten..... 4

 3.1.2. Versorgungsgrad 7

 3.1.3. Konzentration von Leistungen 11

 3.1.4. Die Position der B 52–Verbändekooperation
 Baden–Württemberg 13

 3.2. Krankenhausfinanzierung..... 18

 3.2.1. Die Entwicklung der Betriebskostenfinanzierung..... 20

 3.2.2. Die Entwicklung der Investitionskostenförderung 25

 3.2.3. Die Position der B 52–Verbändekooperation
 Baden–Württemberg 26

 3.3. Qualitätssicherung im Wettbewerb 33

 3.3.1. Messung und Transparenz von Qualität im
 Krankenhaus..... 33

 3.3.2. Die Position der B 52–Verbändekooperation
 Baden–Württemberg 35

 3.4. Telemedizin stärken..... 37

 3.5. Krankenhaushygiene verbessern..... 38

4. Fazit..... 41

5. Quellennachweise 45

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, sollten deshalb ernst genommen werden.

Dabei ist allerdings auch zu berücksichtigen, dass Patienten vielfach (insbesondere bei planbaren Eingriffen) das behandelnde Krankenhaus nicht nach Wohnortnähe auswählen, sondern für hohe Qualität auch weite Entfernungen in Kauf nehmen.¹

Hinzu treten finanzielle Herausforderungen für den Fiskus und die Krankenkassen. Mit bundesweit 70,25 Mrd. Euro im Jahr 2015 machen die Krankenhauskosten den mit Abstand größten Ausgabenblock in der gesetzlichen Krankenversicherung aus. In Baden–Württemberg haben die Krankenkassen im Jahr 2015 fast 9,2 Mrd. Euro für stationäre Behandlungen ausgegeben; gleichzeitig hat die steuerfinanzierte Investitionskostenförderung des Landes nur noch 4,1 Prozent der Gesamtkosten der Krankenhäuser ausgemacht. Notwendig wäre ein Anteil der Investitionskosten an den Gesamtkosten von rund 10 Prozent.

All dies macht deutlich, dass nach wie vor erheblicher Handlungsbedarf bei der Weiterentwicklung der stationären Versorgungsstrukturen im Land besteht.

Mit dieser Einschätzung sieht sich die B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg in namhafter Gesellschaft. So hat der Minister für Soziales und Integration Baden–Württemberg, Manfred Lucha MdL, Anfang Januar 2017 in einem Interview gegenüber der Stuttgarter Zeitung² erklärt, dass wir in Baden–Württemberg einen Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft noch vor uns haben. Er halte die Schließung von Kliniken und einen entsprechen-

den Konzentrationsprozess hin zu größeren und leistungsfähigeren Einheiten mit großem Spektrum für unumgänglich. Das komme trotz längerer Anfahrtswege den Patienten zu Gute, weil in größeren Einheiten die Abläufe für Personal und Patienten optimal abgestimmt seien, was die Versorgungsqualität erheblich verbessere. Parallel werde das ambulante Angebot vor Ort zum Beispiel durch Medizinische Versorgungszentren ausgebaut und der Notfallrettung werde höchste Priorität eingeräumt. Künftig würden Notarztwagen als eine Art „rollende Intensivstation“ den Patienten nach der profunden Erstversorgung dorthin bringen, wo er am besten aufgehoben ist. Zur Umsetzung der notwendigen Maßnahmen wolle man die Mittel des Krankenhausstrukturfonds vollständig vom Bund abrufen und hinsichtlich der notwendigen Planungs- und Förderentscheidungen jedes betroffene Krankenhaus in seiner konkreten Funktionalität betrachten. Die Investitionsmittel des Landes sollten gezielt dahin fließen, wo zukunftsfähige Strukturen bestehen und nicht länger „mehr oder weniger mit der Gießkanne“ verteilt werden. Dabei gelte es, vom Patienten und dessen Inanspruchnahmeverhalten her zu denken und ambulante sowie pflegerische Angebote in die Betrachtung einzubeziehen.

Vor diesem Hintergrund hat die B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg die erstmals im Jahr 2013 zusammengestellten Zahlen, Daten und Fakten zur Krankenhausversorgung in Baden-Württemberg fortgeschrieben. Daraus resultiert eine fundierte Grundlage für die notwendige Diskussion über die weitere Umsetzung des Krankenhaus-Strukturgesetzes im Land und für die zielgerichtete Weiterentwicklung unserer Krankenhauslandschaft.

2. Abstract

Für die B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg sind strukturelle Änderungen in der baden–württembergischen Krankenhauslandschaft unausweichlich. Wir erachten als wesentlich, dass Qualität ein eigenständiges Planungskriterium wird und auch im Interesse des Patientenschutzes eine stärkere Spezialisierung Einzug hält. Im ländlichen Raum benötigen wir die Umwidmung von Krankenhäusern in Gesundheitszentren. Dabei muss sektorenübergreifend gedacht und gehandelt werden.

Zukünftig sollte es möglich sein, Krankenhäuser mit dauerhaft schlechter Qualität von der Versorgung auszuschließen. Zudem sollte das Land die Qualitätsorientierung der Krankenhäuser durch eine darauf ausgerichtete Krankenhausplanung, durch ausreichende Investitionsmittel und durch eine aktive Beteiligung der Krankenkassen an der Gestaltung der Versorgungsprozesse stärken. Nachdem die steuerfinanzierten Investitionsmittel trotz anerkannter Bemühungen des Landes gegenwärtig nur 4,1 Prozent der Gesamtkosten der Krankenhäuser ausmachen, sind hier weitere Erhöhungen unumgänglich.

Das Krankenhausstrukturgesetz gibt Impulse zur Neuordnung. Diese sollten für die Krankenhausplanung aktiv genutzt werden. Das Land Baden–Württemberg kann damit die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die Angebotsstrukturen durch die Konzentration von Leistungen und Fachabteilungen gestrafft werden. So würde Fehlversorgung zurückgedrängt, die Einbindung der Krankenhäuser in regionale, sektorenübergreifende Strukturen würde verbessert und Qualität sowie Wirtschaftlichkeit würden insgesamt steigen. Eine zukunftsorientierte Krankenhausplanung denkt prospektiv, überregional und sektorenübergreifend – nicht in Bettenkapazitäten.

Ziel sollte es nach Auffassung der B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg sein, die Behandlungspfade zu optimieren, um so die Versorgung der Patienten qualitativ zu verbessern und gleichzeitig auch wirtschaftlicher zu gestalten. Es gilt: Qualität und Ökonomie schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern beide bedingen einander.

3. Handlungsfelder

3.1. Krankenhausplanung

Gerade in einem großen Flächenland wie Baden–Württemberg ist eine aktive Krankenhausplanung notwendig, um dauerhaft und nachhaltig ein flächen–deckendes stationäres Versorgungsangebot zu gewährleisten. Jeder Versicherte muss unabhängig von seinem Wohnort und von den Strukturmerkmalen 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.

3.1.1. Strukturdaten

Trotz eines Rückgangs der Zahl der Krankenhäuser um 15 Prozent in den vergangenen Jahren, ist gegenwärtig in Baden–Württemberg eine flächen–deckende Krankenhausversorgung mehr als sichergestellt. Insbesondere ist zu konstatieren, dass bedingt durch Fusionen die tatsächliche Zahl der Krankenhausstandorte im Land deutlich schwächer gesunken ist als die nominelle Zahl der Krankenhäuser.

Das Land verfügte im Jahr 2015 über 220 Krankenhäuser, die nach § 108 SGB V zugelassen waren. Von diesen behandelten 170 somatische und 91 psychiatrische sowie psychosomatische Erkrankungen; 41 Krankenhäuser verfügten sowohl über somatische als auch über psychiatrische und/oder psychosomatische Fachabteilungen.

Ebenso wie die Zahl der Krankenhäuser ist die Zahl der Krankenhausbetten im Land zurückgegangen, von 64.493 Betten im Jahr 2000 auf 56.154 Betten im Jahr 2015 (knapp 13 Prozent).

2015 wurden knapp 42 Prozent der Krankenhäuser privat, 35 Prozent öffentlich und 23 Prozent freigemeinnützig getragen. Von den in diesen Krankenhäusern aufgestellten Betten waren fast 67 Prozent in öffentlicher Trägerschaft, 21 Prozent in freigemeinnütziger und 12 Prozent in privater. Während also fast jedes zweite Haus privat betrieben wurde, fanden sich dort nur 12 Prozent der Krankenhausbetten. Mehr als zwei Drittel der Behandlungskapazitäten im Land waren demgegenüber öffentlich getragen.

Tabelle 1: Krankenhäuser und Betten in Baden–Württemberg nach ihrer Trägerschaft (2015)³

Träger	Krankenhäuser		Betten	
	absolut	prozentual	absolut	prozentual
privat	112	41,8	6.819	12,1
öffentlich	94	35,1	37.420	66,6
frei-gemeinnützig	62	23,1	11.915	21,3
gesamt	268	100	56.154	100

Nicht nur die Zahl der Krankenhäuser und der Betten hat sich in den letzten 15 Jahren deutlich verringert, sondern auch die Zeit, die ein Patient durchschnittlich je Behandlungsfall im Krankenhaus verbringt. Die Verweildauer sank von 10,2 Tagen im Jahr 2000 auf 7,4 Tage in 2015 (rund 27 Prozent). Gleichzeitig ist die Zahl der behandelten Patienten (nur) um etwa 15 Prozent angestiegen.

Tabelle 2: Ausgewählte Strukturdaten der Krankenhäuser in Baden–Württemberg im Zeitverlauf⁴

Jahr	Krankenhäuser		Betten	Verweil–dauer**	Patienten	Auslas–tung***
	gesamt	davon zuge–lassen*				
2000	317		64.493	10,2	1.862.560	80,8
2001	321		64.017	9,9	1.865.442	79,2
2002	325	278	63.677	9,2	1.973.106	78,3
2003	320	274	63.364	8,9	1.974.286	75,8
2004	316	271	62.387	8,7	1.913.648	73,1
2005	305	268	61.371	8,6	1.927.778	73,8
2006	296	263	60.424	8,5	1.918.056	73,7
2007	297	261	59.982	8,3	1.959.077	74,5
2008	297	251	59.224	8,2	1.976.987	74,5
2009	289	245	58.460	8,1	1.999.297	75,5
2010	289	240	58.045	7,9	2.022.271	75,7
2011	285	238	56.910	7,8	2.059.083	77,1
2012	276	231	56.674	7,7	2.074.015	76,8
2013	272	226	56.726	7,6	2.090.033	76,8
2014	270	226	56.572	7,5	2.129.372	76,8
2015	268	220	56.154	7,4	2.138.825	77,1
prozentuale Veränderung seit 2000	- 15 %	-19 %	-13 %	- 27 %	+ 15 %	- 5 %

* nach § 108 SGB V

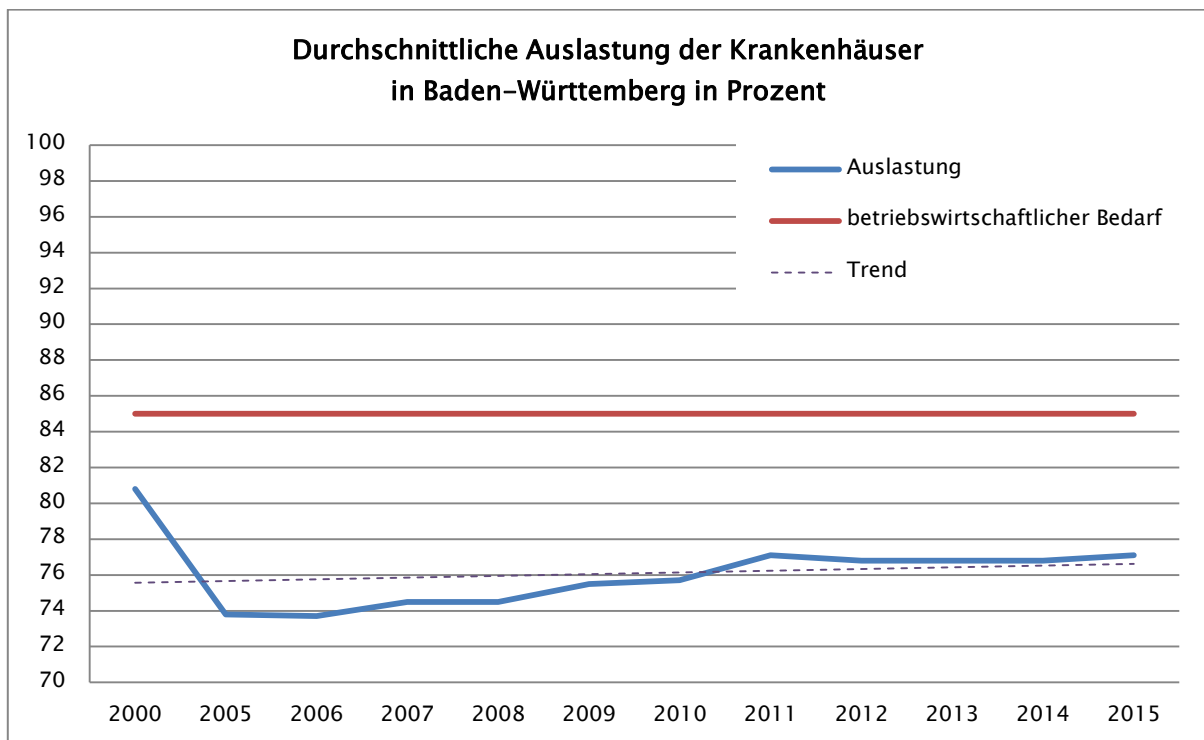
** Durchschnitt in Tagen; vor dem Erhebungsjahr 2002 sind in der Verweildauer keine Stundenfälle enthalten

*** Durchschnitt in Prozent

3.1.2. Versorgungsgrad

Auch wenn sich der Nutzungsgrad der baden-württembergischen Krankenhäuser durch den Abbau von Betten seit der DRG-Einführung von 75,8 Prozent (2003) auf 77,1 Prozent (2015) erhöhte, wird der durchschnittliche planerische Richtwert für eine angemessene Bettennutzung von 85 Prozent nicht erreicht. Darüber hinaus liegt die durchschnittliche Bettenauslastung im Land immer noch um 0,4 Prozentpunkte niedriger als der Bundesdurchschnitt (Bund 77,5 Prozent, BW 77,1 Prozent)⁵. Das macht deutlich, dass durchaus Kapazitäten für Strukturanpassungen zur Verfügung stehen.

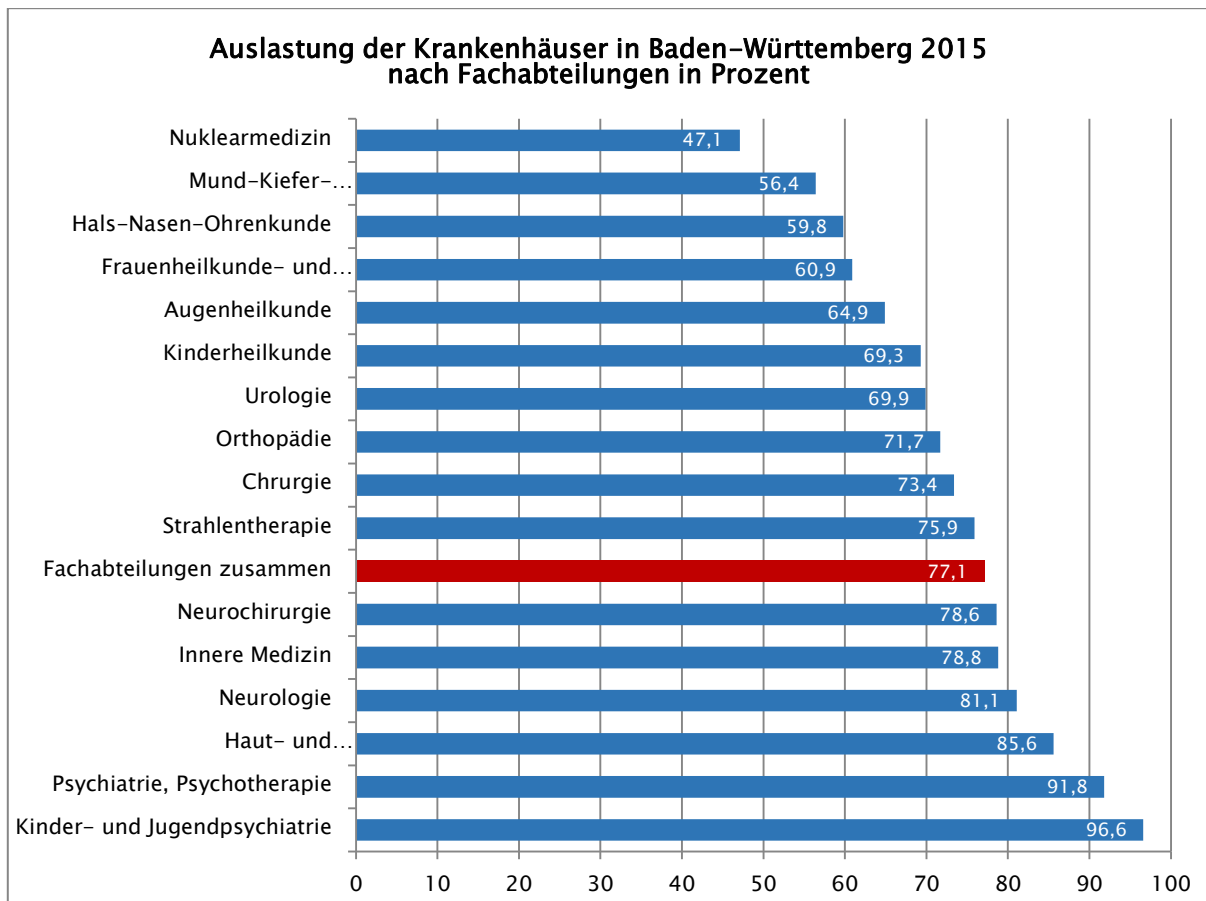
Schaubild 1: Durchschnittliche Auslastung der Krankenhäuser in Baden-Württemberg im Zeitverlauf⁶



Aus dem untenstehenden Schaubild 2 wird deutlich, dass die durchschnittlichen Auslastungsgrade bei fachabteilungsspezifischer Betrachtung sehr stark streuen. Während die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Psychiatrie und Psychotherapie im Jahr 2015 einen durchschnittlichen Auslastungsgrad von 96,6 bzw. 91,8 Prozent aufwiesen, lag der durchschnittliche Auslastungsgrad nuklearmedizinischer Betten im gleichen Jahr lediglich bei 47,1 Prozent.

Es fällt weiter auf, dass im Jahr 2015 nur sechs Fachgebiete eine durchschnittliche Auslastung oberhalb des fachabteilungsübergreifenden durchschnittlichen Auslastungsgrads in Höhe von 77,1 Prozent aufwiesen, während die durchschnittliche Auslastung 2015 bei zehn Fachgebieten unterhalb dieses Wertes lag.

Schaubild 2: Auslastung der Krankenhäuser in Baden-Württemberg 2015 nach Fachabteilungen⁷



Festzuhalten bleibt danach, dass zahlreiche Krankenhäuser ihre Kapazitäten nicht auslasten. Es entstehen dadurch hohe Vorhaltekosten und Unwirtschaftlichkeiten. Dies bedeutet aber auch, dass in den vorhandenen Krankenhäusern Kooperationen und Schwerpunktbildungen möglich sind, ohne dass die Versorgungsqualität darunter leidet.

Die gegen die auffallend niedrige durchschnittliche Auslastung zahlreicher Fachrichtungen in Baden–Württemberg oft vorgebrachte Argumentation, dass Baden–Württemberg bundesweit die geringsten Krankenhausaussgaben pro Einwohner ausweise, ist in der Sache zwar richtig. Dies ist in der Zusammenschau mit den weiteren Strukturdaten allerdings nicht als ein Beleg für die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser im Land und das Nichtvorhandensein von Fehlversorgung zu werten. Vielmehr resultieren die niedrigen Pro–Kopf–Kosten aus den niedrigen Fallzahlen. So liegt die Krankenhaushäufigkeit in Baden–Württemberg, also die Häufigkeit, mit der die Einwohner unseres Landes im Krankenhaus behandelt werden müssen, um fast vier Prozentpunkte niedriger als der Bundesdurchschnitt (vgl. dazu Tabelle 3).

Tabelle 3: Krankenhaushäufigkeit 2015 im Bundesvergleich⁸

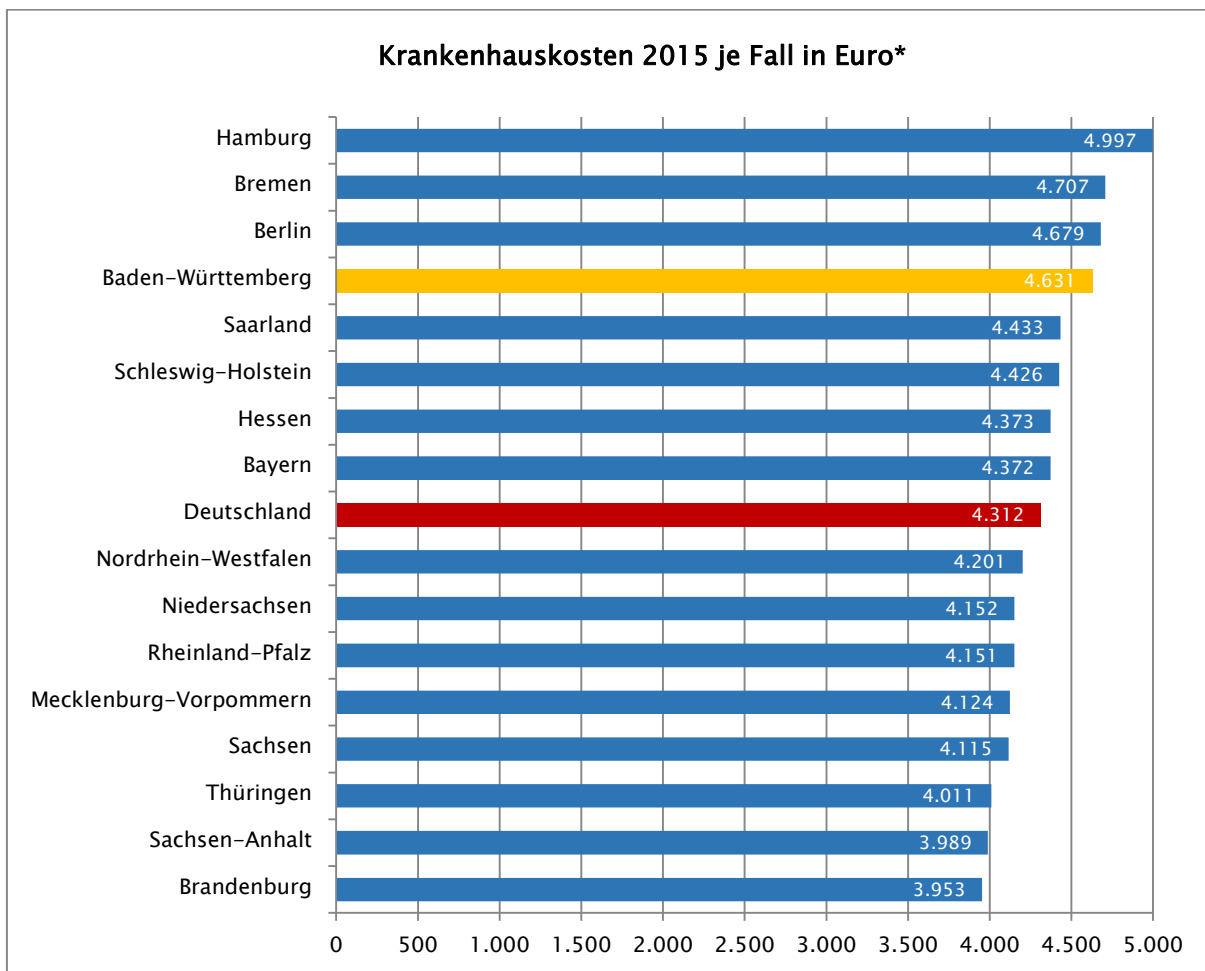
Bundesland	Krankenhaushäufigkeit*	Bundesland	Krankenhaushäufigkeit*
Baden–Württemberg	19,8 %	Sachsen	24,7 %
Schleswig–Holstein	21,1 %	Nordrhein–Westfalen	25,6 %
Niedersachsen	21,5 %	Mecklenburg–Vorp.	25,6 %
Hessen	22,3 %	Sachsen–Anhalt	26,9 %
Brandenburg	22,9 %	Thüringen	26,9 %
Bayern	23,2 %	Saarland	28,2 %
Rheinland–Pfalz	23,4 %	Hamburg	28,3 %
Berlin	23,6 %	Bremen	31,7 %
Deutschland	23,6 %		

* Fallzahl je 100.000 Einwohner

Betrachtet man zudem die Krankenhauskosten je Fall im Jahr 2015, so weist das Statistische Bundesamt hier für Baden–Württemberg einen Wert aus, der deutlich im Spitzenfeld liegt. Vor Baden–Württemberg rangieren insoweit lediglich noch die drei Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin (vgl. Schaubild 3).

Darüber hinaus lässt sich dem Schaubild 3 entnehmen, dass die neuen Bundesländer die niedrigsten durchschnittlichen Krankenhauskosten je Fall im Bundesvergleich aufweisen. Hingegen liegen mit Ausnahme der Bundesländer Niedersachsen, Nordrhein–Westfalen und Rheinland–Pfalz die alten Bundesländer oberhalb des Bundesdurchschnitts in Höhe von 4.312 Euro je Fall.

Schaubild 3: Krankenhauskosten je Fall 2015* im Ländervergleich⁹



* Ohne Aufwendungen für den Ausbildungsfonds

3.1.3. Konzentration von Leistungen

Zwischen Experten ist mittlerweile unumstritten, dass es sowohl zur Steigerung der Qualität als auch zur Vermeidung unnötiger Eingriffe sinnvoll ist, die Spezialisierung voran zu treiben, spezialisierte Leistungen an Schwerpunkten zu konzentrieren und – soweit für eine bedarfsgerechte Versorgung nötig – Kooperationen der Krankenhäuser vor Ort zu etablieren.

Durch die Konzentration von – insbesondere (hoch–)spezialisierten – Krankenhausleistungen können Qualität und Wirtschaftlichkeit auch in Baden–Württemberg noch gesteigert werden. Zur Verdeutlichung seien im Folgenden nur einige teilweise seit Jahren bekannte Beispiele erwähnt:

Seit Einführung der einschlägigen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses im Jahr 2005 verfügt das Land über 20 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 krankenhauserplanerisch ausgewiesen. Auch wenn die seit 2010 geltende Mindestmenge von 14 Fällen pro Jahr in den Level–1–Zentren überwiegend erreicht wird¹⁰, 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 seinerzeit 21 baden–württembergischen Zentren mit Klagen entgegen gestellt. Nachdem diese Klagen bis zum Bundessozialgericht erfolgreich waren, hat der Gemeinsame Bundesausschuss nun zwar die Qualitätsanforderungen über die Definition der Struktur– und der Prozessqualität angepasst. Die Anforderungen sind jedoch nicht so formuliert, dass tatsächlich nur noch die Zentren an der Versorgung teilnehmen können, die über eine angemessen große Erfahrung im Umgang mit Frühgeborenen verfügen.

Zwar wurde im Rahmen des Krankenhaus–Strukturgesetzes (KHSG) festgelegt, dass die Finanzierung von Mehrkosten auf Grund von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über befristete Zuschläge sicherzustellen

ist. Doch führt dies aus Sicht der B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg ebenfalls nicht zu der gewünschten Professionalisierung der Versorgung Frühgeborener, da bis dato von einer Anhebung der Mindestmenge abgesehen wurde. Im Gegenteil könnte die Zuschlagsregelung dazu führen, dass für neue Anbieter ein Anreiz entsteht, mit kleinen Einheiten in den Markt der Versorgung Frühgeborener einzusteigen.

Als weiteres Beispiel ist die Transplantationsmedizin zu nennen. 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 Krankenkassen¹¹ 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.¹²

Außerdem kann die Adipositas–Chirurgie angeführt werden. Allein in Stuttgart bieten inzwischen vier Krankenhäuser Adipositas–Chirurgie an. Unter qualitativen Gesichtspunkten ist hier eine Leistungskonzentration wünschenswert, da diese Eingriffe hochkomplex sind und nur mit begleitender Therapie durch Psychologen/Psychotherapeuten, Ernährungsmediziner und Bewegungstherapeuten durchgeführt werden sollten.

Diese Beispiele lassen sich über Cochlea–Implantationen, minimalinvasive Herzklappeninterventionen, Lungenvolumencoils und mehr nahezu beliebig fortsetzen.

Vielfach verfügen Krankenhäuser in enger räumlicher Nähe über identische Leistungsangebote mit gleichen (Groß–)Geräten zur Durchführung hochaufwendiger wie teurer Diagnostik– und Therapiemaßnahmen. Weil damit für das einzelne Krankenhaus geringe Fallzahlen und hohe Vorhaltekosten verbunden sind, beeinträchtigen diese Strukturen nicht nur die Erlössituation, sondern sie führen auch zu schlechterer Behandlungsqualität. Zudem resultieren aus diesen Strukturen Anreize für medizinisch nicht indizierte Mengenausweitungen. Hier besteht offensichtlich die Möglichkeit, „Doppelvorhaltungen“ zu beseitigen, ohne dass es negative Auswirkungen auf die medizi–

nische Versorgung der Bevölkerung hat. Vielmehr ist zu erwarten, dass sowohl die Wirtschaftlichkeit als auch die Behandlungsqualität deutlich steigen, wovon die Patientinnen und Patienten im Ergebnis doppelt profitieren.

Davon sind wir gegenwärtig allerdings weit entfernt. So ist die Zahl der Krankenhausbehandlungen in Deutschland seit 2005 um mehr als 16 Prozent auf über 19,2 Mio. Fälle angestiegen¹³, was sich auch in der Entwicklung der Ausgaben der Krankenkassen deutlich bemerkbar macht.

Diese Mengenausweitung in der stationären Behandlung kann allerdings nur zum Teil mit demografischen oder medizinischen Faktoren erklärt werden. Vielmehr ist davon auszugehen, dass nennenswerte Teile der Mengenentwicklung sowohl durch die aus der zurückhaltenden Landesplanung resultierende Fehlversorgung als auch durch ungewollte Anreizwirkungen des Vergütungssystems verursacht werden.¹⁴ Hier muss gegengesteuert werden, weil jede unnötig erbrachte Leistung einen wirtschaftlichen Schaden für die Solidargemeinschaft der Beitragszahler darstellt. Bei unnötig erbrachten Operationen kommt noch die potenzielle Gefahr für den jeweiligen Patienten hinzu.

Bedauerlicherweise helfen hier auch die im Krankenhaus–Strukturgesetz (KHSG) vorgesehenen Änderungen bei der Mengensteuerung aus Sicht der B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg nicht weiter; sie sind im Ergebnis nicht geeignet, das Problem der ökonomisch motivierten Mengensteigerungen zu lösen.

3.1.4. 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 des Landes muss deshalb aktiv darauf hinwirken, dass Fehlversorgung abgebaut wird und Wirtschaftlichkeit sowie Qualität steigen. Dabei ist den Aspekten Rechnung zu tragen, die aus den vorstehend dargestellten (Struktur–)Daten resultieren.

Angesichts der komplexen Wechselwirkungen ist eine Krankenhausplanung allein über die Bettenzahl nicht zukunftssträftig. Stattdessen muss ergänzend über Strukturvorgaben, Qualitätsanforderungen und Mindestmengen geplant werden.

Aufgrund der vielfältigen medizinisch–technischen Möglichkeiten und der Entwicklungen im Bereich ambulanter Behandlungen wird sich die Krankenhauslandschaft weiter verändern. 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 freiwerdenden Mittel sollten eingesetzt werden, um Krankenhäuser im ländlichen Raum zu unterstützen, Fehlversorgung 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.

Aus Sicht der B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg ist vor diesem Hintergrund entscheidend, dass der vom Krankenhaus–Strukturgesetz (KHSG) ausgehende Impuls zur Neuordnung der Krankenhausplanung aktiv genutzt wird. Das Land sollte damit die Voraussetzungen dafür schaffen, dass

- ↳ die Angebotsstrukturen durch die Konzentration von Leistungen und/oder Fachabteilungen gestrafft werden,
- ↳ Fehlversorgung zurück geht und
- ↳ Qualität sowie Wirtschaftlichkeit steigen.

Hierfür erscheint es zielführend, die Krankenhausplanung zukünftig im Sinne eines aktiven Gestaltens prospektiv am Leistungsbedarf auszurichten, statt sie rückwärtsgewandt an bestehenden Bettenkapazitäten zu orientieren. Dabei sind die regionale Demografie und Morbidität, die räumliche und zeitliche Erreichbarkeit über Landkreisgrenzen hinweg sowie infrastrukturelle Gege-

benheiten einzubeziehen. Unter Berücksichtigung dieser Faktoren wäre zukünftig verbindlich und abschließend zu definieren, welche Leistungen sinnvollerweise an welchen Krankenhausstandorten angeboten werden.

Leistungen der Basis- und Notfallversorgung müssten weiterhin wohnortnah erbracht werden. Welche Leistungen dies im Einzelnen sind, ist zwischen Krankenhausträgern und Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Ministerium für Soziales und Integration Baden–Württemberg als Krankenhausplanungsbehörde und unter Einbeziehung medizinischen Sachverständes sowie der einschlägigen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu vereinbaren.

Leistungen der spezialisierten Medizin, die in einem vergleichbaren Verfahren zu definieren sind, sollten demgegenüber nur noch von Zentren angeboten werden, die nachweislich über die dementsprechende besondere Behandlungskompetenz verfügen. Die Qualität der dort erbrachten Leistungen ist streng zu evaluieren. Die Evaluationsergebnisse sind bei der Fortschreibung der Krankenhausplanung zu berücksichtigen.

Wünschenswert wäre es zudem, bei der Erbringung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entsprechend zu verfahren und deren Erbringung auf spezialisierte Zentren zu beschränken. Es ist Aufgabe des Bundesgesetzgebers, die dafür notwendigen gesetzlichen Grundlagen zu schaffen. Aus Sicht der B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg gehen zwar die Regelungen in § 137h SGB V bezüglich der Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse in die richtige Richtung, sie verfügen allerdings über zwei Schwachpunkte. Zum einen können sie nicht erreichen, dass die in Rede stehenden Behandlungsmethoden an ausgewiesenen Standorten gebündelt werden. Zum anderen bezieht sich § 137h SGB V lediglich auf neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklassen. Letztendlich würde mit einer Bündelung dieser Leistungen an spezialisierten Zentren eine wichtige Voraussetzung dafür geschaffen, den Mehrwert und die Wirksamkeit neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach einheitlichen Maßstäben bewerten und auf Grundlage dieser Bewertung über die Aufnahme in die Regelversorgung entscheiden zu können.

Die B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg befürwortet vor diesem Hintergrund die mit dem Krankenhaus–Strukturgesetz (KHSG) eingeleitete Qualitätsoffensive ausdrücklich. Damit diese Qualitätsoffensive Wirkung entfalten kann, ist es unerlässlich, dass das Land sich zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu entwickelnden Indikatoren für die Struktur–, Prozess– und Ergebnisqualität bekennt und sie tatsächlich zur Grundlage für seine Planungsentscheidungen macht. Dabei sind auch die Ergebnisse der Auswertungen zu berücksichtigen, die der Gemeinsame Bundesausschuss zukünftig einrichtungsbezogen durchführen wird.

Wichtig erscheint der B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg zudem, dass weitere Konsequenzen aus den Qualitätserhebungen gezogen werden können. So sollte es ergänzend zu den krankenhauserplanerischen Entscheidungen des Landes bei unzureichender Qualität einzelner Leistungen auch möglich sein, das jeweilige Krankenhaus auf der Ebene der Diagnosis Related Groups (DRG) von der Leistungserbringung auszuschließen. Dieser Leistungsausschluss sollte von den Krankenkassen – ggf. unter Hinzuziehung des Sachverständigen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und im Benehmen mit der zuständigen Krankenhausplanungsbehörde – gemeinsam und einheitlich verfügt werden können.

Ein derart abgestuftes Planungsverfahren würde nicht nur starke Qualitätsanreize setzen, sondern auch zu einer Bereinigung der Angebotsstrukturen beitragen und damit die Wirtschaftlichkeit insgesamt stärken.

Soweit in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit entsteht, nicht versorgungsrelevante Kapazitäten abzubauen oder umzuwidmen, haben alle gesundheitspolitischen Akteure dafür Sorge zu tragen, dass die Bevölkerung den entsprechenden Konzentrationsprozess als das erlebt, was er ist: nicht eine quantitative Verschlechterung, sondern eine qualitative Verbesserung und ein wichtiger Beitrag zur Sicherstellung der Zukunftsfähigkeit der stationären Versorgung im Land.

Die Chance, diesen Prozess mit Mitteln aus dem Krankenhausstrukturfonds zu unterstützen, gilt es entschlossen zu nutzen. Die ersten Projektanträge werden derzeit zwischen dem Ministerium für Soziales und Integration und

den Krankenkassen diskutiert. Dieser Prozess sollte konstruktiv und verantwortungsbewusst im Sinne des Qualitätsaspekts fortgeführt werden, um den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen zu erreichen.

Ausgehend von der Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds ist es folgerichtig, dass der Gesetzgeber vorsieht, die Krankenkassen auf Landesebene an der Entscheidung über die Förderung von Maßnahmen zu beteiligen. Dieses Verfahren könnte auch als Vorbild dienen, die Krankenkassen grundsätzlich in Förderentscheidungen der Länder einzubeziehen, weil es die Krankenkassen sind, die letztlich die Folgekosten aus den allgemeinen Investitionsentscheidungen des Landes zu tragen haben.

Die B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg hält es schließlich auch für erforderlich, im Rahmen der Krankenhausplanung neue Strukturen zu befördern, welche die sektorenübergreifende Versorgung nachhaltig beleben und Reibungsverluste an der Schnittstelle stationär/ambulant abbauen. Dabei geht es nicht nur darum, das Entlassmanagement der Krankenhäuser mit Hilfe des zum 1. Juli 2017 in Kraft tretenden Rahmenvertrags auf Bundesebene¹⁵ verbindlicher auszugestalten, um die ambulante Anschlussversorgung der Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt zu optimieren und damit ihre Genesung zu unterstützen.

Vielmehr ist auch darüber nachzudenken, wie insbesondere in ländlichen Regionen und bei vertragsärztlicher Unterversorgung eine zielgerichtete Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung erfolgen kann. Hier lassen sich mit einem gezielten Zusammenwirken von Krankenkassen, Krankenhäusern und Ärzteschaft durch moderne Angebote auch ohne erheblichen (finanziellen) Mehraufwand noch viele Verbesserungen erreichen.

3.2. Krankenhausfinanzierung

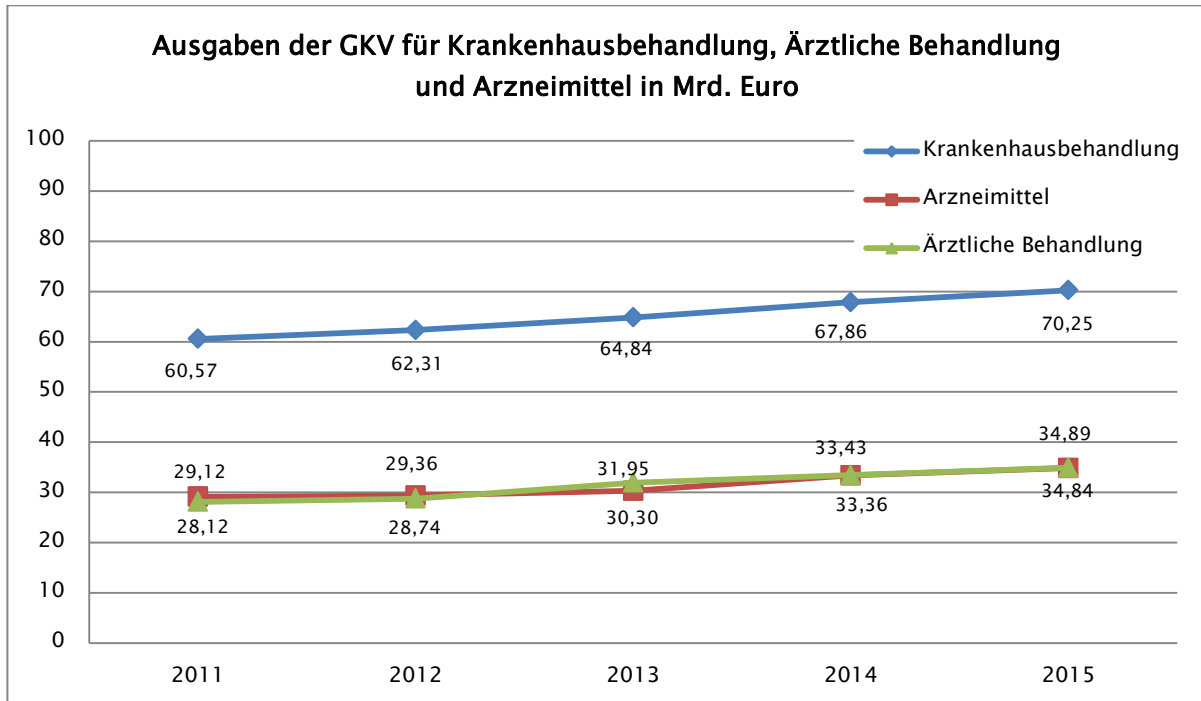
Ein weiteres wichtiges Handlungsfeld, das die Struktur und die Güte der Krankenhausversorgung maßgeblich beeinflusst, ist die Krankenhausfinanzierung. Richtige Anreize im Zusammenspiel von Krankenhausplanung und Vergütungssystematik können Mengenausweitungen auf das notwendige Maß begrenzen, Konzentration und Spezialisierung befördern und Qualität stärken.

Die Finanzierung der Krankenhäuser ruht auf zwei Säulen: der Betriebskostenvergütung für laufende Leistungen, welche neben anderen Kostenträgern in erster Linie die Krankenkassen finanzieren, auf der einen Seite und der Investitionskostenförderung durch die Länder auf der anderen Seite.

So wurden im Jahr 2015 in Baden–Württemberg fast 96 Prozent der Mittel für die Krankenhäuser von den Krankenkassen und den übrigen Kostenträgern aufgebracht, nur wenig mehr als 4 Prozent hat das Land für Investitionen zur Verfügung gestellt. In absoluten Zahlen bedeutet dies, dass aus der Betriebskostenvergütung rund 10,1 Mrd. Euro (95,9 Prozent) zur Verfügung standen¹⁶ und zur Finanzierung von Investitionen 437 Mio. Euro (4,1 Prozent)¹⁷.

Bundesweit machen die Krankenhauskosten im Jahr 2015 knapp 35 Prozent der gesamten GKV–Ausgaben aus; sie sind damit höher als die ärztliche Vergütung und die Arzneimittelkosten zusammen.¹⁸

Schaubild 4: Ausgaben der GKV für Krankenhausbehandlung, ärztliche Behandlung und Arzneimittel im Zeitverlauf¹⁹



Zur wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser stellt der Krankenhaus Rating Report 2016 fest, dass rund die Hälfte der Krankenhäuser in Baden-Württemberg im Jahr 2014 einen Jahresverlust geschrieben habe. Ähnlich schwierige Verhältnisse würden nur noch in Bremen, Hessen und Niedersachsen vorherrschen. Dies liege im Allgemeinen daran, dass die Krankenhausstrukturen in vielen Regionen ungünstig seien. Es gebe zu viele kleine Einheiten, eine zu hohe Krankenhausedichte und zu wenig Spezialisierung. Eine weitere Ursache könnte auch in der immer noch unzureichenden Kapitalausstattung der Krankenhäuser zu sehen sein.²⁰ Für den Südwesten dürfte nach Einschätzung der B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg vor allem ein Mangel an Spezialisierung und Konzentration ausschlaggebend sein, aber auch eine unzureichende Investitionskostenfinanzierung durch das Land.

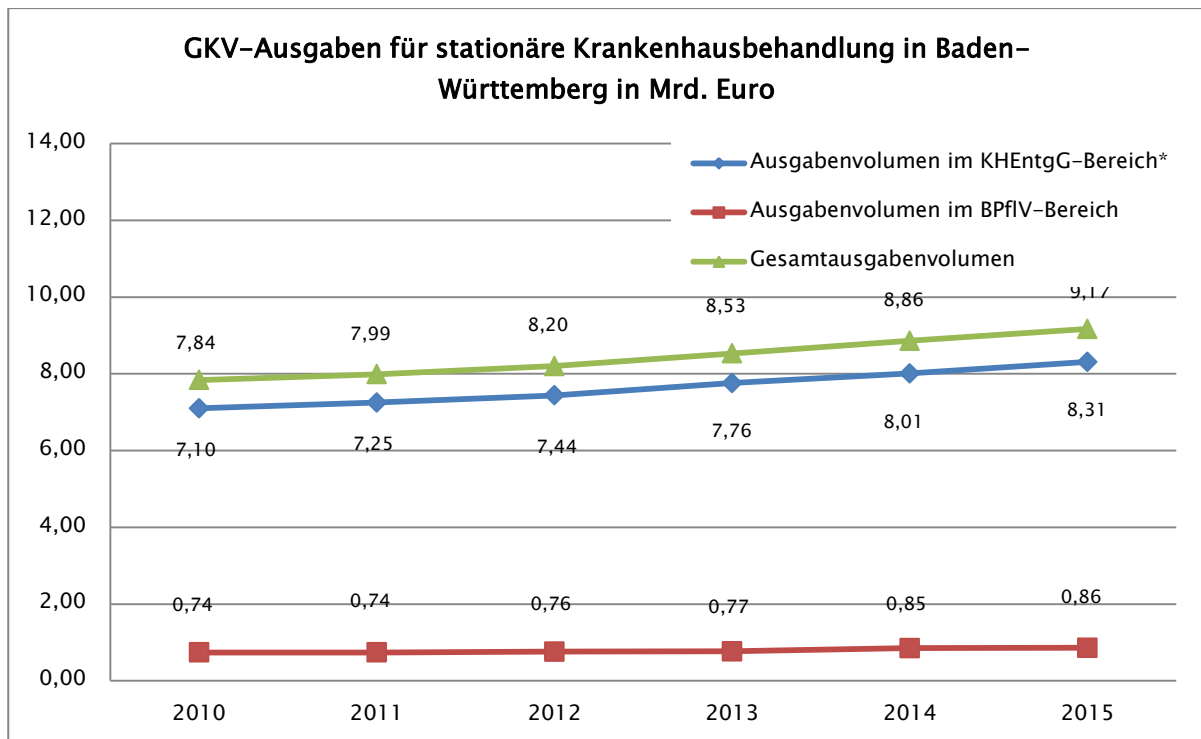
Zudem fällt bereits seit Jahren auf, dass vor allem öffentlich getragene Krankenhäuser wirtschaftliche Schwierigkeiten haben. So hat schon der Krankenhaus Rating Report 2013 festgestellt, dass defizitäre Krankenhäuser vor al-

lem in finanzstarken Kommunen zu finden seien, weil hier augenscheinlich der Druck zum Sparen von Seiten der öffentlichen Hand fehle. Grundsätzlich gilt auch aktuell noch, dass bei einer Betrachtung der wirtschaftlichen Situation nach Trägern öffentlich–rechtlich getragene Krankenhäuser durchschnittlich schlechter abschneiden als freigemeinnützig oder privat getragene. 2014 haben bundesweit 21 Prozent der öffentlich–rechtlichen Häuser im roten Bereich gelegen, jedoch nur 10 Prozent der freigemeinnützigen und 3 Prozent der privaten.²¹ Damit setzt sich die anhaltend schlechte Wettbewerbsposition der öffentlich–rechtlichen Krankenhäuser gegenüber den anderen Trägern weiter fort, auch wenn der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresverlust 2014 insgesamt gesunken ist.

Die Ursachen für die wirtschaftlichen Schwierigkeiten der Krankenhäuser sind vielfältig. Eine Analyse der veröffentlichten Bilanzzahlen durch die B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg zeigt, dass in zahlreichen Fällen die Abschreibungen nicht mehr erwirtschaftet werden können, weil die Investitionskostenförderung des Landes zu gering ist und Krankenhäuser deshalb ins Defizit rutschen. Im Einzelfall kommen Managementfehler hinzu. Teilweise unterbleiben auch notwendige Strukturanpassungen aus übergeordneten Gründen (z.B. aus arbeitsmarkt–, standes– oder regionalpolitischen Interessen).

3.2.1. Die Entwicklung der Betriebskostenfinanzierung

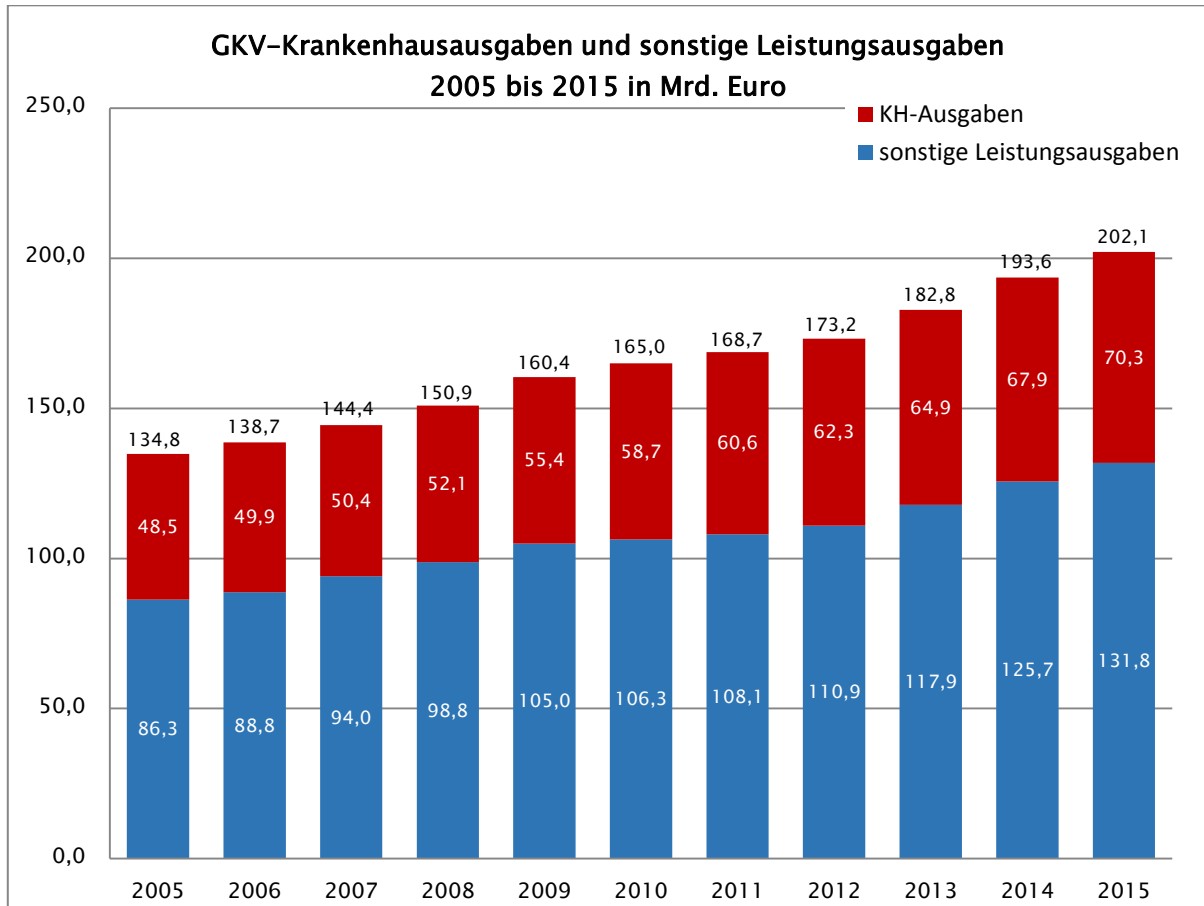
Die Ausgaben der Krankenkassen für die Krankenhäuser in Baden–Württemberg sind von rund 7,8 Mrd. Euro im Jahr 2010 auf rund 9,2 Mrd. Euro im Jahr 2015 angestiegen; das entspricht einem Zuwachs von knapp 18 Prozent. Bezogen auf das Jahr 2014 hat sich das Ausgabenvolumen der Krankenkassen für die Krankenhäuser im Land um 3,5 Prozent erhöht (bei einer Veränderungsrate²² von 2,53 Prozent²³). Die Ausgaben sind damit zum wiederholten Male deutlich stärker gewachsen als die Finanzierungsgrundlage der Krankenkassen. Ohne die positive Entwicklung am Arbeitsmarkt und ohne den damit verbundenen Anstieg der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse wäre die Kostenentwicklung im stationären Bereich schon in den vergangenen Jahren beitragsatzrelevant gewesen.

Schaubild 5: GKV-Ausgaben für Krankenhäuser in Baden-Württemberg²⁴

* Inklusive Besondere Einrichtungen

Bundesweit betrachtet sind die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied von 2005 bis 2015 um 20,2 Prozent angestiegen, die Steigerung der Krankenhausausgaben je Mitglied für die GKV lag demgegenüber im gleichen Zeitraum bei knapp 36 Prozent.²⁵ Der Anteil der Krankenhausausgaben an den gesamten GKV-Leistungsausgaben ist weitestgehend konstant geblieben. Demnach bestehen keine objektivierbaren Anhaltspunkte dafür, dass es in der Vergangenheit zu Einsparungen der GKV zu Lasten der Krankenhäuser gekommen sein könnte.

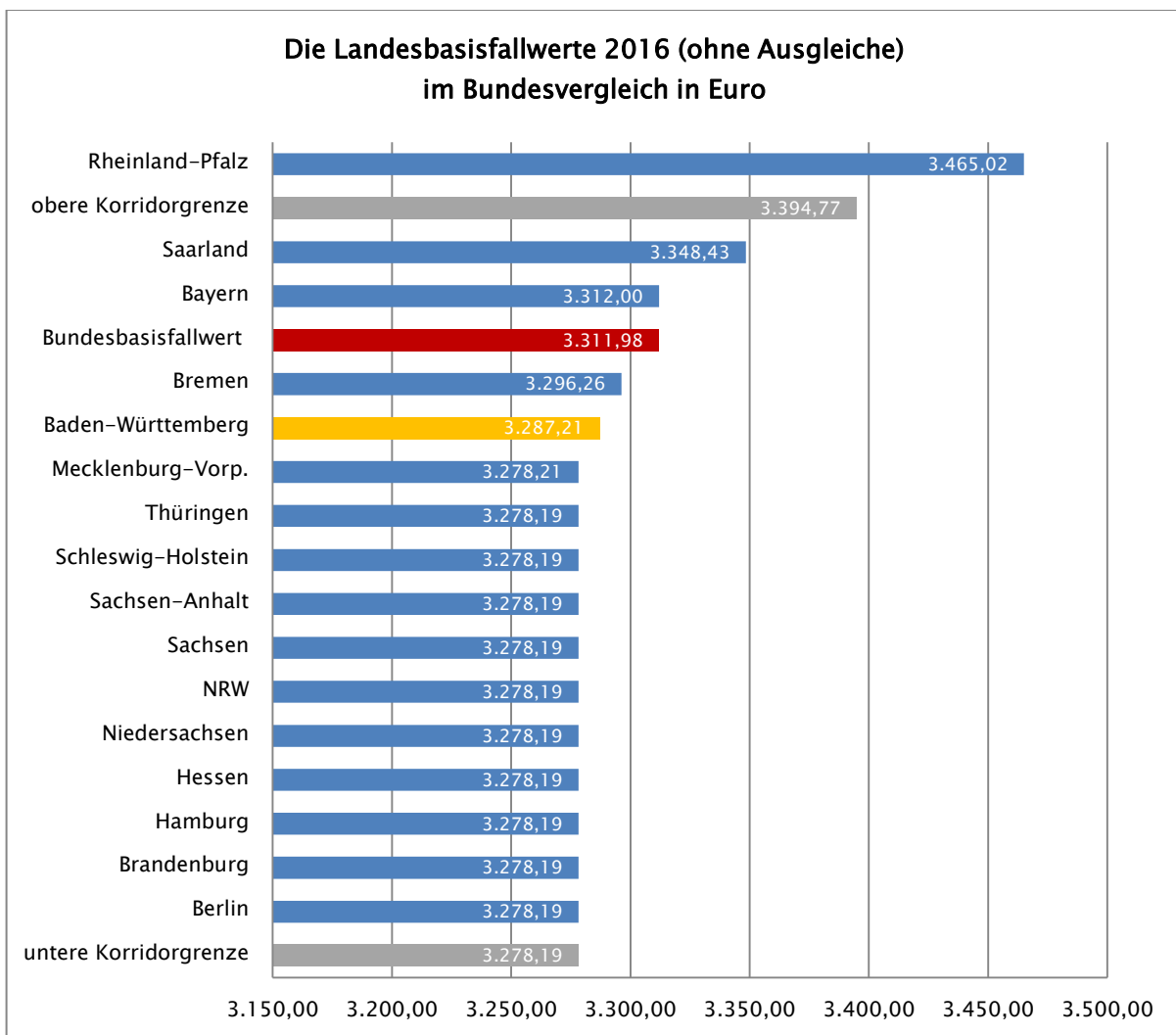
Schaubild 6: GKV–Krankenhausausgaben und sonstige Leistungsausgaben 2005 bis 2015 in Mrd. Euro²⁶



Die Landesbasisfallwerte (ohne Ausgleich) lagen im Jahr 2016 zwischen 3.278,19 Euro und 3.465,02 Euro, wobei in elf Bundesländern ein Landesbasisfallwert in Höhe von 3.278,19 Euro (so genannte untere Korridorgrenze) vereinbart oder festgesetzt wurde. Hingegen weist Rheinland–Pfalz 2016 mit 3.465,02 Euro den höchsten Landesbasisfallwert im bundesweiten Vergleich auf. In Baden–Württemberg wurde für 2016 ein Landesbasisfallwert in Höhe von 3.287,21 Euro durch die Schiedsstelle nach § 18a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) festgesetzt. Damit nimmt Baden–Württemberg 2016 zum wiederholten Male eine vordere Position bei der Vergütung der Krankenhäuser in Deutschland ein (vgl. dazu Schaubild 7). Auch wenn die bundesweiten Zahlen für 2017 noch nicht vollständig vorliegen, ist bereits heute absehbar, dass das Land im laufenden Jahr ebenfalls eine Spitzenstellung innehaben wird.

In Baden–Württemberg wurde seit Einführung des DRG–Systems stets ein medizinisch leistungsgerechter Landesbasisfallwert vereinbart bzw. von der Schiedsstelle nach § 18a KHG leistungsgerecht festgesetzt. Mit diesem Landesbasisfallwert sind sämtliche Tarif– und Sachkostensteigerungen in den Krankenhäusern finanziert. Der Landesbasisfallwert in Baden–Württemberg reicht somit aus, um die notwendigen Betriebskosten der Krankenhäuser zu decken. Er kann systemimmanent jedoch nicht ausreichen, um damit auch Investitionen, für die das Land verantwortlich ist, zu finanzieren.

Schaubild 7: Höhe des Landesbasisfallwertes Baden–Württemberg (ohne Ausgleich) im Bundesvergleich 2016²⁷



Somit erhalten die Krankenhäuser in Baden–Württemberg im Jahr 2016 für die gleiche Leistung (bei einer Bewertungsrelation von 1,000) 9,02 Euro mehr als die Krankenhäuser in elf anderen Bundesländern. 2015 betrug die Differenz zu den niedrigsten Landesbasisfallwerten zwar noch 41,92 Euro, jedoch gilt es zu berücksichtigen, dass der Bundesgesetzgeber im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) den Abstand zwischen Bundesbasisfallwert und unterer Korridorgrenze, an die die Landesbasisfallwerte von elf Bundesländern konvergierten, von ehemals 1,25 Prozent auf 1,02 Prozent reduziert hat.

Nachdem im Jahr 2010 in Baden–Württemberg erstmals die Marke von 2 Mio. Krankenhausfällen im Jahr überschritten wurde, ergibt sich auch aus der vergleichsweise kleinen Differenz Jahr für Jahr ein erheblicher Mehraufwand für die GKV in Baden–Württemberg.

Der mit den Leistungssteigerungen verbundene Ausgabenanstieg wirkte sich bisher infolge der kostendegressiven Wirkung von Mehrleistungen tendenziell absenkend auf die Höhe der Landesbasisfallwerte aus und konnte somit den effektiven Ausgabenanstieg etwas moderater halten. Im Zuge des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) hat der Bundesgesetzgeber jedoch die Berücksichtigung der Kostendegression bei Mehrleistungen beim Landesbasisfallwert ab 2017 gestrichen und durch den so genannten Fixkostendegressionsabschlag (FDA) ersetzt, der (ausschließlich) bei den Krankenhäusern zu erheben ist, die Mehrleistungen im Vergleich zur Vorjahresvereinbarung vereinbaren.

Zwar war zunächst vorgesehen, den Fixkostendegressionsabschlag (FDA) der Höhe nach zwischen den Vertragsparteien auf Landesebene so zu vereinbaren, dass gegenüber dem Jahr 2015 keine Mehrausgaben entstehen. Aus Sicht der B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg wird dieses Ziel jedoch schon allein deshalb nicht erreicht, weil

- ↳ der Bundesgesetzgeber für die Jahre 2017 und 2018 den Fixkostendegressionsabschlag (FDA) bundeseinheitlich auf 35 Prozent festgelegt hat (im Landesbasisfallwert Baden–Württemberg wurden bisher 45 Prozent Degression berücksichtigt)²⁸ und

- ↳ der Fixkostendegressionsabschlag keine basiswirksame Auswirkung auf den Landesbasisfallwert hat, sondern nur auf 3 Jahre bis 5 Jahre zeitlich befristet kostenmindernd wirkt.

Darüber hinaus wird im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) der erhöhte Fixkostenabschlagsbetrag, der von den Vertragsparteien vor Ort für zusätzliche Leistungen mit höherer Fixkostendegression oder für Leistungen mit wirtschaftlich begründeter Fallzahlsteigerung zu verhandeln ist, für die Jahre 2017 und 2018 auf maximal 50 Prozent beschränkt.

3.2.2. Die Entwicklung der Investitionskostenförderung

Es ist ausdrücklich anzuerkennen, dass die baden–württembergische Landesregierung die Fördermittel für Krankenhausinvestitionen in den vergangenen fünf Jahren kontinuierlich angehoben und für 2016 Gesamtmittel von 455 Mio. Euro zur Verfügung gestellt hat. Gleichzeitig ist aber zu konstatieren, dass diese Aufstockung der Fördergelder nicht ausreicht, um der Zweckentfremdung der von den Krankenkassen finanzierten Betriebsmittel wirksam zu begegnen.²⁹

So hat die unzureichende Investitionskostenförderung der vergangenen Jahre dazu geführt, dass einerseits ein ganz erheblicher Förderstau aufgelaufen ist und andererseits der Anteil der Investitionskosten an den Gesamtkosten der Krankenhäuser auf viel zu niedrigem Niveau stagniert. 2015 haben die Investitionskosten lediglich 4,1 Prozent der Einnahmen der Krankenhäuser in Baden–Württemberg ausgemacht. Daran wird deutlich, dass die Entwicklung der Investitionskostenförderung gegenwärtig nicht ausreichen kann, um den tatsächlich bestehenden Bedarf zu decken.

Tabelle 4: Investitionskostenförderung in Baden–Württemberg³⁰

Jahr	KHG–Mittel in Mio. Euro	Steigerung gegenüber Vorjahr*	Jahr	KHG–Mittel in Mio. Euro	Steigerung gegenüber Vorjahr*
2000	336,43		2011	382,50	+ 13,5
2005	281,20	- 16,4**	2012	370,00	- 3,3
2006	296,70	+ 5,5	2013	385,00	+ 5,4
2007	305,00	+ 2,8	2014	410,00	+ 6,5
2008	310,00	+ 1,6	2015	437,00	+ 6,6
2009	340,00	+ 9,7	2016	455,00	+ 4,1
2010	337,00	- 0,9			

* in Prozent

** im Vergleich zum Jahr 2000

3.2.3. 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 angeblich 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 je Mitglied mit bundesweit 36 Prozent in den vergangenen Jahren deutlich stärker gestiegen sind als die der Beitragserhebung zu Grunde liegenden Löhne und Gehälter je Mitglied mit 20,2 Prozent (jeweils 2005 – 2015; vgl. oben).

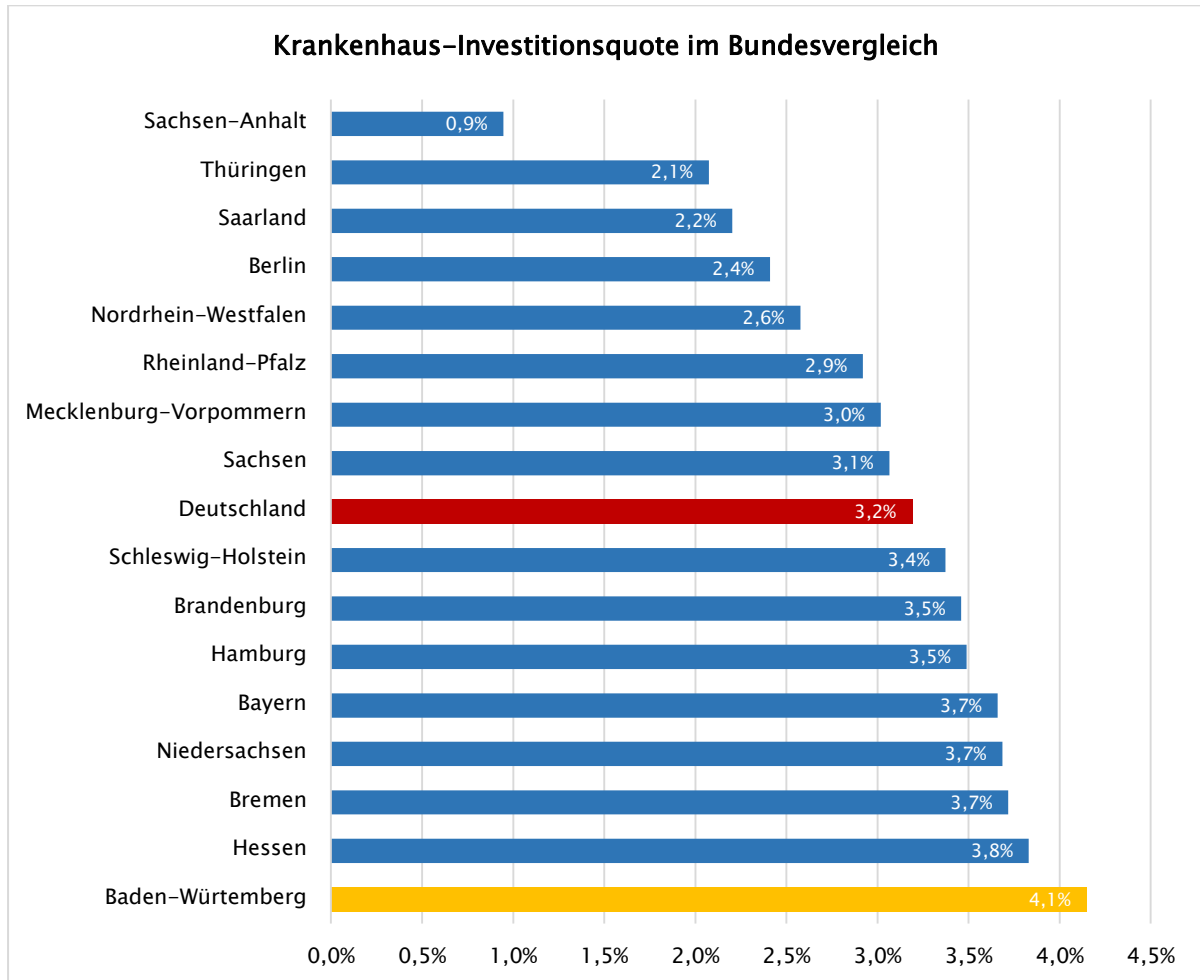
Demnach dürfte die von vielen stationären Trägern beklagte wirtschaftlich schwierige Situation eher darauf zurückzuführen sein, dass sich in den bestehenden Versorgungsstrukturen und unter den geltenden Finanzierungsbedingungen mehrere nachteilige Effekte zu einem Wirkmechanismus verstärken, der viele Krankenhäuser an den Rand ihrer Existenz bringt. So setzt einerseits die Krankenhausplanung bislang keinen geeigneten Rahmen für einen qualitätsorientierten Wettbewerb, der eine Bereinigung der Angebotsstrukturen befördern und damit die Wirtschaftlichkeit insgesamt stärken könnte. Dies hat andererseits zur Folge, dass die GKV–Gelder der Beitrags–

zahler nicht hinreichend effizient und zielgerichtet eingesetzt werden können.

In diesem Zusammenhang kommt die Nationale Akademie der Wissenschaften („Leopoldina“) im Rahmen ihrer am 24. Oktober 2016 veröffentlichten acht Thesen zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitswesen u. a. zu dem Ergebnis, dass in Deutschland eigentlich genügend finanzielle Mittel vorhanden wären, um eine qualitativ hochstehende Versorgung der Patienten sicherzustellen. Allerdings sei ein Großteil der Gelder fehlgeleitet.³¹

Hinzu kommt schließlich die zu geringe Investitionskostenförderung durch die Länder. Die Investitionskostenquote in Baden-Württemberg liegt aktuell zwar signifikant über dem Bundesdurchschnitt, aber immer noch unter fünf Prozent (vgl. dazu Schaubild 8). Bereits 2006 hat die Expertenkommission zur Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg allerdings festgestellt, dass die Investitionskostenquote mindestens zehn Prozent betragen sollte.³² Dieser Forderung schließt sich die B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg ausdrücklich an. Solange dieser Wert nicht erreicht ist, erscheinen uns Forderungen nach einer besseren Finanzierung der Betriebskosten nur schwer nachvollziehbar.

Schaubild 8: Krankenhaus–Investitionsquote 2015 in Baden–Württemberg und im Bundesvergleich³³



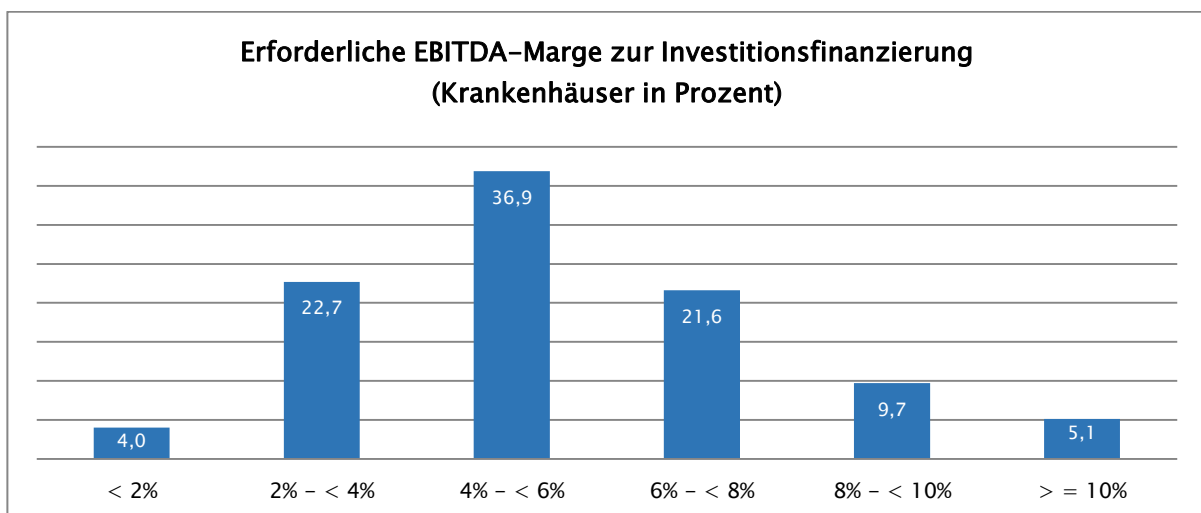
Auch wenn in Baden–Württemberg die Investitionskostenförderung in den vergangenen Jahren deutlich aufgestockt worden ist, reicht sie bei weitem noch nicht aus, um die notwendigen Investitionen in die stationären Versorgungsstrukturen und die einzelnen Krankenhäuser zu finanzieren. Der Antragsstau beläuft sich aktuell auf rund 750 Mio. Euro.³⁴ Geht man mit der Baden–Württembergischen Krankenhausgesellschaft davon aus, dass ein jährlicher Förderbedarf von rund 600 Mio. Euro besteht, ist nicht absehbar, wie dieser Antragsstau unter den aktuellen Förderbedingungen beseitigt werden könnte.

In der Folge versuchen viele Krankenhäuser, die Unterfinanzierung bei den Investitionen durch zusätzliche Fälle auszugleichen (Mengensteigerung). Die damit erzielten Mehrerlöse werden dann teilweise in Baumaßnahmen und Instandhaltung investiert und kommen nicht mehr vollständig der Patientenversorgung zu Gute. So werden die solidarisch aufgebrauchten Beitragsmittel der Versicherten zweckentfremdet. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass ökonomische Aspekte Einfluss auf medizinische Entscheidungen nehmen.

In diesem Zusammenhang kommt eine gemeinsame Studie des Branchencenters Gesundheitswirtschaft der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO und des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) zu dem Ergebnis, dass drei von vier Krankenhäusern in Deutschland nicht ausreichend investitionsfähig wären, und die unzureichende Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser der Hauptgrund sei, warum Jahr für Jahr zwischen 30 und 50 Prozent der Krankenhäuser Verluste schrieben.³⁵

Der Studie entsprechend müssten die Krankenhäuser zur Finanzierung der erforderlichen Investitionen eine bestimmte Rendite erwirtschaften. Demnach benötige über ein Drittel der Krankenhäuser einen operativen Gewinn vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen (EBITDA-Marge) von vier bis sechs Prozent.³⁶

Schaubild 9: Erforderliche EBITDA-Marge zur Finanzierung eigenmittelfinanzierter Investitionen des Krankenhauses³⁷



Nur der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass auch der durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) eingerichtete Krankenhausstrukturfonds an der grundsätzlichen Problematik der unzureichenden Investitionskostenförderung durch die Länder nichts ändern kann und soll. Er darf lediglich dazu herangezogen werden, den Abbau oder die Umwidmung von Krankenhausbetten sowie andere strukturverbessernde Investitionen, welche die Konzentration von Krankenhausstandorten zum Ziel haben, zu finanzieren. Der Strukturfonds kann demnach dazu beitragen, notwendige Leistungskonzentrationen zu befördern und die Behandlungsqualität zu steigern. Er wird aber die den bestehenden Strukturproblemen zu Grunde liegenden Ursachen nicht beseitigen können. Wie sich aktuell zeigt, muss dies in besonderem Maße auch in Baden–Württemberg gelten, wo die Ko-Finanzierungsmittel der Landesebene, die zum (vollständigen) Abruf der Strukturfondsförderung in Höhe von 63,8 Mio. Euro erforderlich sind, gerade nicht additiv zur bisherigen Krankenhausförderung zur Verfügung gestellt werden. So werden im Staatshaushaltsplan 2017 die Investitionsmittel für die Krankenhäuser insgesamt nur um 6,5 Mio. Euro erhöht, weshalb mit Blick auf die Ko-Finanzierung zum Krankenhaus–Strukturfonds 57,3 Mio. Euro zu Lasten der allgemeinen Krankenhausfördermittel gehen. Rechnet man den Strukturfonds aus dem Landeshaushalt heraus, entspricht das einer Kürzung der Investitionskostenförderung um fast 13 Prozent.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass es tiefgreifender struktureller Maßnahmen bedarf, um auch zukünftig die Finanzierung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen stationären Versorgung gewährleisten zu können. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass die individuellen Probleme jedes Krankenhauses in seinem jeweiligen Bezugsrahmen höchst unterschiedlich sind. 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.

Erfolgreiche Krankenhäuser sind dank einer ausgewogenen Personalausstattung in Verbindung mit einer effizienten Arbeitsorganisation und einer zeitgemäßen medizintechnischen Ausstattung auch unter den gegenwärtigen Finanzierungsbedingungen in der Lage, qualitativ hochwertige Leistungen zu erbringen und wirtschaftlich zu agieren. Insoweit hat sich das deutsche Fallpauschalensystem bewährt und stößt auf eine breite Akzeptanz. Im Hinblick auf die Verbesserung von Transparenz und Wirtschaftlichkeit bei der Erbringung einzelner Leistungen muss man dem deutschen DRG–System sogar eine gute Bilanz ausstellen. Allerdings bedarf das lernende System der stetigen Anpassung. Hier ist mit einem Bündel von Maßnahmen anzusetzen.

Bei der Verbesserung der Investitionskostenförderung sind die Länder gefordert. Die Finanzierung der Personal– und Sachkosten ist so weiterzuentwickeln, dass sie Konzentration, Spezialisierung und Qualität stärkt. Unabhängig davon sind die Berücksichtigung der Kostendegression und der Wirtschaftlichkeit sowie angemessene Landesbasisfallwerte als handfeste ökonomische Größen auch zukünftig unerlässlich.

Vor diesem Hintergrund erscheint es zielführend, die qualitätsorientierte Neuordnung der Krankenhausplanung durch eine qualitätsbezogene Vergütung von Krankenhausleistungen zu flankieren. Zukünftig sollten nur noch Krankenhäuser mit angemessener Behandlungsqualität Anspruch auf eine vollständige Vergütung haben. Für Leistungen mit unzureichender Qualität muss die Möglichkeit bestehen, die Zahlung der Vergütung vollständig zu verweigern; bei wiederholter Unterschreitung der Mindestqualitätsstandards muss eine Möglichkeit zum dauerhaften Ausschluss von der Leistungserbringung geschaffen werden. Qualitätsorientierte Zu– und Abschläge sind auf überdurchschnittliche Qualität einerseits und mindere Qualität im unteren Toleranzbereich andererseits zu beziehen.

Ein weiteres Instrument im Bereich der Betriebskostenfinanzierung sind sachgerecht ausgestaltete Sicherstellungszuschläge. Sie sollten ausschließlich Krankenhäusern und Leistungsangeboten zu Gute kommen, deren Betrieb gefährdet ist und bei deren Wegfall tatsächlich eine Versorgungslücke droht.

Am 24. November 2016 hat der Gemeinsame Bundesausschuss erstmals bundeseinheitliche Regelungen für die Vereinbarung solcher Sicherstellungszuschläge für Krankenhäuser beschlossen. Mit diesem Beschluss wurde ein großer Fortschritt bei der dauerhaften Sicherstellung der wohnortnahen stationären Versorgung geschaffen, den die B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg sehr begrüßt. Demnach müssen in drei Bereichen Bedingungen für einen Sicherstellungszuschlag erfüllt sein:

- ↳ Versorgungsbedarf: Damit ein Krankenhaus Anspruch auf einen Sicherstellungsauftrag hat, muss ein geringer Versorgungsbedarf vorliegen. Dieser wird angenommen, wenn in einer Region die Bevölkerungsdichte unter 100 Einwohnern je Quadratkilometer liegt. Das heißt, im Versorgungsgebiet des Krankenhauses ist das Patientenaufkommen so gering, dass das Krankenhaus die notwendigen Vorhaltungen, wie z. B. des notwendigen ärztlichen Personals, nicht aus den regulären Einnahmen finanzieren kann.
- ↳ Wohnortnahe Versorgung: Für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung wurden dreißig PKW-Fahrzeitminuten bis zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung zugrunde gelegt. Zu einer medizinischen Basisversorgung gehören Leistungen der Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie sowie eine Basisnotfallversorgung. Ein Krankenhaus ist für die Basisversorgung relevant, wenn 5000 Einwohnerinnen und Einwohner durch die Schließung des Krankenhauses mehr als dreißig PKW-Fahrzeitminuten bis zum nächsten geeigneten Krankenhaus benötigen würden.
- ↳ Finanzielle Situation: Wenn eine Klinik 1. in einer Region mit einem geringen Versorgungsbedarf liegt, 2. bei ihrer Schließung die wohnortnahe Versorgung nicht mehr sichergestellt wäre und 3. die Klinik aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs ein Defizit erwirtschaftet, dann hat sie künftig Anspruch auf einen Sicherstellungszuschlag.³⁸

Schließlich sind Vergütungselemente zu entwickeln, die die notwendige Öffnung der Krankenhäuser für die Erbringung ambulanter Leistungen insbesondere in ländlichen und/oder unterversorgten Regionen ermöglichen.

3.3. Qualitätssicherung im Wettbewerb

Ein adäquater Qualitätswettbewerb der Krankenhäuser ist aus Sicht der B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg zu befürworten. 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.

Vor diesem Hintergrund ist ausdrücklich zu begrüßen, dass der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV–Finanzstruktur– und Qualitäts–Weiterentwicklungsgesetz – GKV–FQWG) ein neues Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) geschaffen hat und darüber hinaus mit dem Krankenhaus–Strukturgesetz (KHSKG) die Systematik der Qualitätsmessung und Qualitätssicherung grundsätzlich neu ordnet.

3.3.1. Messung und Transparenz von Qualität im Krankenhaus

Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG) setzt auf verschiedenen Ebenen wirkungsvolle Impulse für eine stärkere Qualitätsorientierung.

Auf Ebene der Krankenhausplanung wird klargestellt, dass Voraussetzung für die Aufnahme und den Verbleib eines Krankenhauses im Krankenhausplan eines Landes ist, dass das Krankenhaus bei den maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren auf der Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss hierzu übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien eine ausreichend gute Qualität aufweist.

In seinem Beschluss vom 15. Dezember 2016 hat der Gemeinsame Bundesausschuss erstmalig für die Leistungsbereiche

- ↳ Gynäkologische Operationen,
- ↳ Geburtshilfe und
- ↳ Mammachirurgie

Qualitätsindikatoren festgelegt. Aus Sicht der B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg sollten diese Indikatoren ohne Ausnahme bei der Krankenhausplanung des Landes berücksichtigt werden.

Zudem wird gesetzlich geregelt, unter welchen Voraussetzungen auf der Vergütungsebene zwischen Krankenkassen und Krankenhaus qualitätsbedingte Zu- und Abschläge vereinbart werden können.

Schließlich werden Krankenkassen und Zusammenschlüsse von Krankenkassen aufgefordert, Qualitätsverträge zu Leistungen und Leistungsbereichen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegen sind, abzuschließen. Durch diese Verträge soll erprobt werden, inwieweit sich durch die Vereinbarung von Anreizen und höherwertigen Qualitätsanforderungen eine weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen erreichen lässt. Diese Verträge sind durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu evaluieren.

Die vorstehenden Regelungen zur krankenhauserplanerischen und zur vertraglichen Berücksichtigung von Qualitätsaspekten werden durch eine grundlegend neue Systematik der Qualitätssicherung ergänzt. So wird der Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Festlegung von Mindestmengen im Lichte der höchstrichterlichen Rechtsprechung neu gefasst, und es werden gesetzliche Vorgaben für eine verstärkte Patientenorientierung der strukturierten Qualitätsberichte festgelegt. Darüber hinaus wird der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet, an die Nichteinhaltung von Qualitätssicherungsanforderungen Konsequenzen zu knüpfen, die entsprechend dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz je nach Art und Schwere des Verstoßes stufenweise einzusetzen sind. Danach kommen zunächst Maßnahmen zur Förderung der Qualitätsverbesserung in Betracht. Die Ermächtigung umfasst letztlich aber auch Durchsetzungsmaßnahmen mit Sanktionscharakter. Zudem wird der Gemeinsame Bundesausschuss ermächtigt, einrichtungsbezogene Informationen über Qualitätsverstöße an Dritte weiterzugeben. Hierunter fal-

len insbesondere Mitteilungen an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, aber auch Informationen an Gesundheitsämter oder im Transplantationsbereich an die Überwachungs- und Prüfungskommission bei der Bundesärztekammer.

Die Aufgabe, anlassbezogen die Einhaltung von Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Richtigkeit der Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung im Krankenhaus zu überprüfen, wird dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung übertragen.

3.3.2. Die Position der B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg

Die konsequente Qualitätsorientierung des Krankenhaus–Strukturgesetzes (KHSG) ist aus Sicht der B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg durchaus geeignet, einen zentralen Beitrag zur Stärkung von Qualität und Patientenorientierung sowie zum Abbau von Fehlversorgung zu leisten. In der Vergangenheit konnte mangelhafte Qualität zwar oft festgestellt werden. Es fehlte aber an Möglichkeiten, adäquat auf Qualitätsdefizite zu reagieren und in der Krankenhausplanung und/oder der Vergütung Konsequenzen folgen zu lassen. Dies wird sich bei konsequenter Umsetzung des Krankenhaus–Strukturgesetzes (KHSG) ändern. Mittelfristig werden sich dann nur die Krankenhäuser am Markt behaupten können, die für die Versorgung unerlässlich sind und ihre Leistungen in hinreichender Qualität erbringen.

Allerdings wird nicht zu erwarten sein, dass die Regelungen bereits kurzfristig zu einer signifikanten Verbesserung der Situation führen werden. Deshalb erscheint es dringend geboten, alle heute bereits bestehenden Möglichkeiten auszuschöpfen. So könnte die Entwicklung innovativer Ansätze im Bereich des Qualitätsmanagements der Krankenhäuser zum Beispiel durch Modellprojekte mit umfassender wissenschaftlicher Evaluation beschleunigt werden.

Die aktuell von verschiedenen Seiten geforderte generelle Vorgabe einer Mindestpersonalbemessung im Krankenhaus wird demgegenüber ohne flankierende Maßnahmen dem Ziel einer transparenten und strukturierten Qualitätssicherung nicht gerecht und greift insoweit zu kurz.

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 einer stationären Behandlung 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 spezialfachärztlichen Versorgung angestrebten Qualitätswettbewerbs zwischen ambulantem und stationärem Bereich können nur mit einheitlichen Messgrößen objektiv und sachgerecht bewertet werden. Dem trägt das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) mit der alleinigen Schwerpunktsetzung auf das Krankenhaus nicht hinreichend Rechnung. Die neuen Möglichkeiten gelten allesamt nicht für die ambulant tätigen Vertragsärzte, so dass insbesondere bei sektorenübergreifender Qualitätssicherung keine sektorenübergreifende Transparenz hergestellt wird. Deshalb sind analoge Maßnahmen auch für die ambulante vertragsärztliche Versorgung mit vergleichbaren Instrumenten und Regelungen erforderlich.

3.4. Telemedizin stärken

Die Nutzung telematischer Anwendungen ist eine zentrale Ressource für mehr Effizienz und Patientennähe einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung in Baden–Württemberg. Telemedizin kann dazu beitragen, dass möglichst viele Patienten und Krankenhäuser von Spitzenmedizin profitieren. Das gilt insbesondere in einem großen Flächenland wie Baden–Württemberg. Mit der 2014 beschlossenen Förderung telemedizinischer Leitprojekte durch das Wissenschaftsministerium und das Sozialministerium hat das Land Baden–Württemberg einen ersten wichtigen Schritt getan, die Chancen der Telemedizin gezielt zu nutzen. Zudem bilden sich immer mehr telemedizinische Netzwerke, in denen Krankenhäuser in der weiteren Umgebung zusammenarbeiten.

Um den Aufbau telemedizinischer Strukturen weiter zu fördern, sollte die telemedizinische Beratung zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Träger künftig auf Basis der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelten Kosten als budgetneutrale Leistung im Fallpauschalen–System abgebildet werden. Dann kann das behandelnde Krankenhaus mit der Krankenkasse die erbrachten Leistungen abrechnen und aus dem Erlös andere Krankenhäuser für deren telemedizinische Beratung vergüten. Mit diesem Verfahren lässt sich ein telemedizinisches Netzwerk auch über die Grenzen eines Bundeslandes hinweg finanzieren. Die B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg wird sich beim GKV–Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für eine entsprechende Initiative einsetzen. Das Land Baden–Württemberg könnte dies unterstützen.

Wir begrüßen die Digitalisierungsstrategie des Landes und die Bereitstellung von rund 4,3 Mio. Euro für Telemedizin im Landeshaushalt 2017. Wir erwarten, dass damit nicht nur für die Krankenhäuser, sondern sektorenübergreifend für alle Versorgungsbereiche Impulse gesetzt werden. Digitale Verfahren können wesentlich dazu beitragen, die großen Herausforderungen, vor denen das Gesundheitswesen steht, zu bewältigen und die qualitativ hochwertige und effiziente medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung auch in Zukunft sicherzustellen. Folgerichtig hat das E–Health–Gesetz des Bundes den Auftrag zum Aufbau der Telematik–Infrastruktur geschärft.

Nun muss in den Regionen vor Ort die Entwicklung konkreter Anwendungen folgen.

Dazu bedarf es eines koordinierten Zusammenwirkens der betroffenen Akteure, das die Interessen der Patienten in den Mittelpunkt stellt, Qualitätsaspekten Rechnung trägt und den Datenschutz berücksichtigt. Dabei müssen Zuständigkeiten, Kompetenzen und Finanzierungsverantwortlichkeiten klar zugeordnet werden.

3.5. Krankenhaushygiene verbessern

Die Verordnung des baden-württembergischen Sozialministeriums über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHyg-VO) ist seit 20.07.2012 in Kraft. Bereits damals haben die Krankenkassen mehr Regelungen im ambulanten Bereich, die Aufnahme von Pflegeheimen sowie Regelungen für Pflegedienste gefordert.

In den vergangenen Jahren wurde immer wieder über Hygieneskandale und über damit einhergehende nosokomiale Infektionen in deutschen Krankenhäusern berichtet. Die Politik hat sich infolgedessen dieses Themas angenommen und einige Änderungen in der Hygienegesetzgebung herbeigeführt. Nichtsdestotrotz lassen sich in vielen Krankenhäusern noch Defizite feststellen. Dies betrifft bedauerlicherweise auch baden-württembergische Krankenhäuser.

In Deutschland treten pro Jahr 400 000 bis 600 000 Krankenhausinfektionen auf³⁹, die zu verzögerten Heilungsprozessen, zur Einnahme zusätzlicher Medikamente mit Nebenwirkungen sowie zu verlängerten Krankenhausaufenthalten führen. Hierdurch steigt nicht nur der Leidensdruck der Patienten. Es entstehen auch hohe zusätzliche Kosten. Dabei gilt ein Drittel der jährlichen Krankenhausinfektionen laut Bundesministerium für Gesundheit als vermeidbar.

Experten sind sich darüber einig, dass die wichtigste Maßnahme, um die Übertragung von Infektionserregern zu vermeiden, die sorgfältige Händedesinfektion ist. In vielen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden,

dass durch die Verbesserung der Händedesinfektion das Auftreten von Krankenhausinfektionen reduziert werden kann. Deshalb soll mit der „Aktion Saubere Hände“ das Händedesinfektionsverhalten durch verbindliche Hygiene-richtlinien, Fortbildungen für medizinisches Personal und einen Mindeststandard bei der Verfügbarkeit von Händedesinfektionsmitteln grundsätzlich verbessert und die Übertragung von Infektionserregern auf Patienten verhindert werden.

Die Partner der B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg engagieren sich seit Jahren in der Prävention von Krankenhausinfektionen und begrüßen daher die Aktivitäten der „Aktion Saubere Hände“.

Ebenso ist zu begrüßen, dass das bei der Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus (GeQiK) eingerichtete Landesverfahren Qualitätssicherung Multiresistente Erreger Baden–Württemberg zum zweiten Halbjahr 2015 auf die verpflichtende Erfassung von gramnegativen multiresistenten Erregern (4MRGN) ausgeweitet wurde. Die durch 4MRGN–Keime bedingten Infektionen und Kolonisationen nehmen bundes– und landesweit zu.

Aufgrund der starken Vernetzung der verschiedenen Gesundheitseinrichtungen bei der Betreuung von Patienten und der damit verbundenen Gefahr einer Ausbreitung von z.B. multiresistenten Erregern wurde die Kampagne inzwischen auf Rehabilitationseinrichtungen, Arztpraxen sowie Alten– und Pflegeheime erweitert. Dieses Ziel muss auch in Baden–Württemberg konsequent verfolgt und überprüft werden.

Nosokomiale Infektionen und vor allem Ausbrüche können für Krankenhäuser erhebliche negative Auswirkungen haben, die sich in verminderten Patientenzahlen und Einnahmeverlusten ausdrücken. Die medienwirksamen Skandale der letzten Jahre haben aber auch gezeigt, dass es meistens die Strukturen sind, die zu Ausbrüchen führen, Fehler begünstigen und letzten Endes Patientenschäden mitbedingen. Dies sind beispielsweise bauliche Defizite, zu wenig Pflegestellen, schlechte Reinigung oder ungenügende Aufbereitung von Medizinprodukten.⁴⁰

Im Rahmen des Beitragsschuldengesetzes (KVBeitrSchG), welches zum 1. August 2013 in Kraft trat, hat der Bundesgesetzgeber ein Sonderprogramm zur Förderung der Krankenhaushygiene mit einem Finanzierungsvolumen von etwa 365 Mio. Euro aufgestellt. Mit diesem Hygienesonderprogramm sollen den Krankenhäusern zur Erreichung der personellen und organisatorischen Voraussetzungen im Sinne der KRINKO–Empfehlungen zusätzliche Mittel von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden (KRINKO = Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert–Koch–Instituts). Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde die Laufzeit des Programms auf die Jahre 2017 bis 2019 verlängert, für einige Fördermaßnahmen der Fort– und Weiterbildung sowie im Bereich der externen Beratungsleistungen bis maximal 2023. Im Jahr 2020 geht die bis dahin krankenhausbazogene Zuschlagsfinanzierung in eine dauerhafte Finanzierung durch eine Einpreisung in die Landesbasisfallwerte über.

Nach einer ersten Auswertung des GKV–Spitzenverbandes auf Basis von durch Jahresabschlussprüfer bestätigten Angaben haben im Zeitraum 2013 bis 2015 1.218 Krankenhäuser zirka 131,4 Mio. Euro zur Verbesserung der personellen Ausstattung mit Hygienepersonal erhalten. Der Schwerpunkt der Inanspruchnahme liegt mit 86,8 Mio. Euro auf der Neueinstellung von Hygienepersonal, der internen Besetzung neu geschaffener Stellen sowie der Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen.⁴¹

Eine verbesserte Situation in den Krankenhäusern wird aus Sicht der B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg jedoch nur zu erreichen sein, wenn die zusätzlich zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel durch eine bundesweit einheitliche und verbesserte Überwachung flankiert werden; sei es durch den öffentlichen Gesundheitsdienst oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Die Hygiene muss außerdem wieder mehr in Studium, Forschung und Ausbildung vertreten sein. Hierzu sind an allen medizinischen Fakultäten (wieder) Hygienelehrstühle einzurichten. Auch im Bereich der Patientenedukation besteht Handlungsbedarf, damit grundlegende hygienische Regeln beachtet werden.

4. Fazit

Für die B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg ergeben sich die folgenden zentralen Aussagen und Forderungen zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung im Land:

Strukturelle Maßnahmen konsequent umsetzen

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 sind weitere strukturelle Maßnahmen zum Abbau von weiterhin bestehender Fehlversorgung unerlässlich.

Krankenhausplanung qualitätsorientiert weiterentwickeln

Es gilt, die Möglichkeiten, die das Krankenhaus–Strukturgesetz (KHSG) eröffnet hat, aktiv zu nutzen. Dazu zählt insbesondere die qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Krankenhausplanung. Das Land soll sich zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss bereits entwickelten und noch zu entwickelnden Indikatoren für die Struktur–, Prozess– und Ergebnisqualität bekennen und sie tatsächlich zur Grundlage für seine Planungsentscheidungen machen. Dabei sind auch die einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse zu berücksichtigen.

Mittel aus dem Krankenhausstrukturfonds zielgerichtet und effizient einsetzen; Kofinanzierung nicht zu Lasten der bisherigen Investitionskostenförderung

Zur Beschleunigung der notwendigen Marktbereinigung und Marktkonzentration erscheint es geboten, die finanziellen Mittel des Krankenhausstrukturfonds vollumfänglich auszuschöpfen und die für die entsprechende Kofinanzierung notwendigen Landesmittel additiv zur bisherigen Investitionskostenförderung zur Verfügung zu stellen. Die zusätzlichen Mittel müssen zielgerichtet für den Abbau oder die Umwidmung von Krankenhausbetten sowie andere strukturverbessernde Investitionen, welche die Konzentration von Krankenhausstandorten zum Ziel haben, eingesetzt werden.

GKV-Mittel nicht für Investitionen zweckentfremden

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.

Vergütung stringent an Behandlungsqualität koppeln

Die Qualität der Krankenhausversorgung im Land 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. Krankenhäuser, die eine überdurchschnittliche Qualität erbringen, sollen Vergütungszuschläge erhalten können, Leistungen unterhalb des Toleranzbereichs sind mit Abschlägen zu belegen. Bei unzureichender Qualität muss – ergänzend zu prospektiven Planungsentscheidungen – die Möglichkeit zur vollständigen Rechnungskürzung bestehen.

Personalressourcen effizienter einsetzen

Mehr Konzentration, Spezialisierung und Kooperation kann letztendlich auch zu einem effizienteren Einsatz der Personalressourcen im Krankenhaus führen. Dadurch ließe sich einerseits die Produktivität der Krankenhäuser erhöhen und andererseits würde sich der Preiswettbewerb um qualifiziertes Personal zwischen den Krankenhäusern verringern.

Investitionskostenanteil des Landes erhöhen

Die Finanzierung der Krankenhäuser wird gegenwärtig nur zu wenig mehr als vier Prozent vom Land getragen. Das Land muss den Investitionskostenanteil deutlich auf mindestens zehn Prozent erhöhen, damit die Krankenhäuser den notwendigen Strukturanpassungen nachkommen können.

Transparenz von Qualität in den Krankenhäusern stärken

Die B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg begrüßt die Regeln zur besseren Erfassung und zur Stärkung der Transparenz von Qualität in den Krankenhäusern. Sie erwartet die konsequente Nutzung der damit verbundenen Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten. Mittelfristig kann dies auch ein zentraler Baustein zum Abbau von Über- und Fehlversorgung sein.

Sektorenübergreifende Perspektive einnehmen

Zur Überwindung der sektoralen Versorgungsgrenzen müssen die ambulante und die stationäre Versorgung besser miteinander verzahnt werden. Hier kann eine intensivierete Nutzung der Telemedizin viele Möglichkeiten bieten. Zudem sollte im Rahmen einer am Patientennutzen orientierten Bedarfsplanung 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.

5. Quellennachweise:

- ¹ PricewaterhouseCoopers Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Umfrage „Krankenhäuser“, April 2014, <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/pwc-befragung-krankenhaeuser-2014.pdf>; Presseinformation der Porsche Consulting GmbH vom 24.05.2016, <https://www.porsche-consulting.com/de/home/news/krankenhaus-fuer-bessere-qualitaet-wuerden-patienten-extra-zahlen/>
- ² Stuttgarter Zeitung, Stadtausgabe vom 03.01.2017, Seite 5
- ³ Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1.1 (2015); eigene Berechnungen; eigene Darstellung
- ⁴ Ebenda; eigene Berechnungen; eigene Darstellung
- ⁵ Ebenda
- ⁶ Statistisches Landesamt Baden–Württemberg 2016; eigene Darstellung
- ⁷ Ebenda; eigene Darstellung
- ⁸ Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1.1 (2015); eigene Darstellung
- ⁹ Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.3 (2015); eigene Darstellung
- ¹⁰ Eigene Erhebung (www.perinatalzentren.org)
- ¹¹ heute: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
- ¹² Gutachterliche Stellungnahme „Grundlagen eines Vertrags zu „Mindestmengen“ nach § 37 Absatz 3 SGB V“ vorgelegt vom Fachbereich Sozialmedizin des MDS am 30.10.2002
- ¹³ Statistisches Bundesamt, „Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung 2015“; eigene Berechnungen
- ¹⁴ Für das Bundesgebiet ist davon auszugehen, dass die Mengenentwicklung nur zu etwa 1/3 demografiegetrieben ist und zu 2/3 durch ungewollte Anreizwirkungen verursacht wird. In Baden–Württemberg ist die Mengenentwicklung weniger stark ausgeprägt. Dennoch muss auch hier gegengesteuert werden.
- ¹⁵ Statement des GKV–Spitzenverbandes vom 12.01.2017
- ¹⁶ Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.3 (2015)
- ¹⁷ Staatshaushaltsplan Baden–Württemberg 2015 – Einzelplan 09
- ¹⁸ GKV Spitzenverband, GKV–Kennzahlen 2015
- ¹⁹ Ebenda; eigene Darstellung
- ²⁰ „Krankenhaus Rating Report 2016 – Mit Rückenwind in die Zukunft?“, Boris Augurzky, Sebastian Krolop, Adam Pilny, Christoph M. Schmidt, Christiane Wuckel; Juni 2016
- ²¹ Ebenda
- ²² 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.
- ²³ Bekanntmachungen des Bundesgesundheitsministeriums nach § 71 Abs. 3 SGB V vom 15.09.2014

- ²⁴ Eigene Erhebung
- ²⁵ Bundesgesundheitsministerium, Kennzahlen und Faustformeln zur Gesetzlichen Krankenversicherung (KF16Bund) – Stand Juni 2016; eigene Berechnungen
- ²⁶ Ebenda
- ²⁷ Eigene Erhebung
- ²⁸ Vgl. Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)
- ²⁹ Dass eine solche Zweckentfremdung der Betriebsmittel unmittelbare Folge einer unzureichenden Investitionskostenfinanzierung ist, räumen mittlerweile auch Landeskrankenhausesellschaften ein; vgl. z.B. die Aussage der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz in „Das Krankenhaus“, Ausgabe 5/2016, S. 438
- ³⁰ Staatshaushaltspläne Baden–Württemberg 2004 bis 2016 – Einzelplan 09; eigene Erhebung; eigene Berechnung und Darstellung
- ³¹ Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften, Diskussion Nr. 7, „Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem“, Oktober 2016
- ³² Bericht der Expertenkommission der Landesregierung „Zukunft der Krankenhausstruktur Baden–Württemberg“, Mai 2006
- ³³ Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.3, 2015; Niedersächsischer Krankenhausplan 2016 auf Grundlage einer Länderumfrage des Krankenhausausschusses der AOLG; eigene Berechnung und Darstellung
- ³⁴ Konkreter Anmeldebestand zuzüglich angekündigter zusätzlicher Anmeldebestand in den kommenden Jahren
- ³⁵ „Das Krankenhaus“, Ausgabe 12/2015, S. 1126 – 1165
- ³⁶ Ebenda
- ³⁷ Ebenda
- ³⁸ Pressemitteilung des G–BA vom 24.11.2016 unter <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/650/>
- ³⁹ BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2015 – Beiträge und Analysen, Seite 48
- ⁴⁰ C. Legeay, C. Bourigault, D. Lepelletier und J. R. Zahar: Prevention of healthcare associated infections in neonates: room for improvement. In: J Hosp Infect, 89/2015, S. 319–323
- ⁴¹ Bericht des GKV–Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm in den Förderjahren 2013 bis 2015 an das Bundesministerium für Gesundheit vom 30.06.2016

B 52-Verbändeoperation Baden-Württemberg

Geschäftsstelle beim BKK Landesverband Süd

Stuttgarter Straße 105

70806 Kornwestheim

Tel.: 07145/1316-340

E-Mail: geschäftsstelle@arge-b52.de

Internet: www.arge-b52.de

Vertretungsberechtigt und verantwortlich:

Konrad Ehing, BKK Landesverband Süd

Anton Hauptenthal, Knappschaft – Regionaldirektion München

Frank Hippler, IKK classic

Walter Scheller, Verband der Ersatzkassen e. V.