

Arbeitsgemeinschaft  
der Krankenkassenverbände  
in Bayern

Positionspapier  
zur Krankenhausversorgung  
2019



## Inhalt

Einleitung	3
1. Krankenhausversorgung gezielt auf die Patienten ausrichten	5
2. Qualitätsorientierung voranstellen	7
3. Fehlversorgung verhindern	10
4. Dem Pflegefachkräftemangel begegnen	15
5. Sektorengrenzen überwinden	16
6. Krankenhausfinanzierung neu justieren	17

## Reformansätze für die Krankenhausversorgung in Bayern ab 2019

Die Krankenhauslandschaft in Bayern bedarf eines Umbruchs. Der demographische Wandel, der medizinisch-technologische Fortschritt, immer knapper werdende personelle und finanzielle Ressourcen sowie strukturelle Unzulänglichkeiten innerhalb des Versorgungssystems machen eine grundlegende Diskussion über die künftigen Krankenhausstrukturen im Freistaat notwendiger denn je.

Im Spannungsfeld zwischen bestmöglicher Qualität, wirtschaftlicher Tragfähigkeit und wohnortnaher Versorgung gilt es herauszufinden, welche Krankenhäuser der Gesundheitsstandort Bayern braucht und wie viele Krankenhäuser für eine an den Bedürfnissen der Bevölkerung ausgerichteten Versorgung tatsächlich benötigt werden. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung plädiert in seinem jüngsten Jahresgutachten 2018/2019 nachdrücklich für eine Strukturbereinigung in der deutschen Krankenhausversorgung und sieht in einer solchen Strukturreform die einzige Möglichkeit, den immer akuter werdenden Personalengpässen im stationären Sektor zu begegnen.

Die Bayerische Staatsregierung setzt sich mit ihrem Koalitionsvertrag zum Ziel, künftig flächendeckend eine qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sicherzustellen. Die Krankenhausstrukturen sollen nicht nur erhalten, sondern – so das erklärte Ziel – auch bedarfsgerecht weiterentwickelt werden. Mit gezielten Strukturförderprogrammen soll in den ländlichen Räumen eine wohnortnahe Krankenhausversorgung sichergestellt werden. Der Freistaat will die Krankenhausträger aktiv dabei unterstützen für jeden Standort ein passendes Nutzungskonzept zu entwickeln.

Die Gesetzliche Krankenversicherung in Bayern begrüßt die politische Zielsetzung einer bedarfsgerechten Weiterentwicklung der hiesigen Krankenhausstrukturen und erklärt sich bereit, daran aktiv mitzuwirken. Die Krankenhausstrukturen im Freistaat können nur dann zukunftsfest gemacht werden, wenn wir die Veränderungsprozesse zeitnah und gezielt einleiten. Hierzu bedarf es eines gemeinsamen Reformkonzepts und die Bereitschaft, die notwendigen Maßnahmen rasch auf den Weg zu bringen. Zu Recht erwarten die Patientinnen und Patienten eine steigende Behandlungsqualität, die sich in einer zu kleinteiligen Krankenhauslandschaft definitiv nicht umsetzen lässt.

Die GKV in Bayern ist bereit, den Veränderungsprozess aktiv mitzugestalten und will mit diesem Positionspapier gezielte Reformanstöße geben. Wir konzentrieren uns auf die wichtigsten Handlungsfelder und leiten aus den Problemanalysen konkrete Anpassungsmaßnahmen ab. Das Positionspapier soll Impulse für die dringend erforderliche politische Debatte setzen und den Einstieg in einen umfassenden Dialog zwischen den Akteuren im Bereich der Krankenhausversorgung ermöglichen.

## 1. Krankenhausversorgung gezielt auf die Patienten ausrichten

SCHIEFLAGE

Das aktuelle Vergütungssystem setzt über ökonomische Anreize die Gefahr von Fehlsteuerungen. Dabei zählt vielfach weniger der tatsächliche Therapiebedarf, sondern eher die betriebswirtschaftliche Kalkulation. Der Einfluss von fehl gerichteten ökonomischen Anreizen auf die präferierte Behandlungsmethode hat in den letzten Jahren weiter zugenommen. Noch immer fehlen für Versicherte transparente und neutrale Informationen über mögliche Behandlungsalternativen. Darunter leiden Patientenschutz bzw. Patientensicherheit.

MAßNAHME

Der Patient muss stärker in den Mittelpunkt der Krankenhausversorgung gestellt werden. Benötigt werden ein erweitertes Verständnis von Patientenschutz, eine Patientensicherheitskultur in den Krankenhäusern sowie eine aktivere Einbindung der Patientinnen und Patienten. Mit OP-Checklisten, der Aktion „Saubere Hände“ und zahlreichen Handlungsempfehlungen etwa zur Weiterbildung von Ärzten und Pflegekräften wurden in den letzten Jahren Fortschritte erreicht. Es besteht dennoch weiterer Handlungsbedarf insbesondere in folgenden Bereichen:

1. Die Hygiene in Krankenhäusern muss weiter verbessert werden, z.B. durch eine verbindliche bundeseinheitliche Hygiene-Richtlinie mit Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität von Hygienemaßnahmen

2. Alle Krankenhäuser müssen an sog. einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen (CIRS) teilnehmen
3. Benötigt wird ein Implantateregister für sämtliche Hochrisikomedizinprodukte mit einer Teilnahmeverpflichtung für alle Beteiligten
4. Erfahrungen von Patienten und Angehörigen müssen systematisch erfasst und ausgewertet werden, um Fehlerquellen aufzudecken und Verbesserungspotentiale zu finden.

## 2. Qualitätsorientierung voranstellen

### 2.1. Qualität muss für den Patienten transparent sein

SCHIEFLAGE

Noch weist die Informationspraxis der Kliniken gegenüber ihren Patienten, insbesondere über die Qualität konkreter Leistungen im Krankenhaus erhebliche Defizite auf. Die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlichten Daten sind häufig undurchsichtig bzw. unvollständig. Echte Hilfestellungen in Form von allgemeinverständlichen Informationen, z.B. zur richtigen Auswahl eines Krankenhauses, fehlen.

MAßNAHME

Eine qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung muss für den Patienten benutzerfreundlich identifizierbar sein. Nur auf der Grundlage aktueller, transparenter und verständlicher Informationen wird ein qualitätsbewusstes Verhalten des Versicherten bei der Wahl eines Krankenhauses erzeugt. Mit der Einrichtung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat der Gesetzgeber einen wichtigen Schritt zur Entwicklung von Verfahren und Instrumenten zur Messung und Darstellung von Versorgungsqualität geleistet. Die Krankenkassenverbände auf Landesebene erwarten die konsequente Nutzung der damit verbundenen Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten.

## 2.2. Krankenhausplanung weiterentwickeln

SCHIEFLAGE

Derzeit finden Qualitätsaspekte keine ausreichende Berücksichtigung im bayerischen Krankenhausplanungsprozess. Der Ausschluss des bundesrechtlich vorgesehenen Automatismus der Aufnahme von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (PlanQI) als Teil der bayerischen Krankenhausplanung hat zu erheblichen Irritationen geführt. Mit der Opt-Out-Regelung Bayerns wurden primär infrastrukturelle Erwägungen über versorgungspolitische Notwendigkeiten gestellt. PlanQI ohne bindenden regulatorischen Charakter werden absehbar jedoch ins Leere laufen.

MAßNAHME

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde eine Qualitätsoffensive eingeleitet. Der Gesetzgeber hat erkannt, dass es einer qualitätsorientierten Steuerung in der stationären Versorgung bedarf, um sowohl die finanziellen als auch die notwendigen personellen Ressourcen zu schaffen, mit denen die medizinische und pflegerische Versorgung in Deutschland zukunftsorientiert weiterentwickelt werden kann.

Der Freistaat Bayern sollte sich zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss bereits entwickelten und noch weiter zu entwickelnden Indikatoren für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bekennen und diese auch tatsächlich zur Grundlage für seine Planungsentscheidungen machen. Wo und in welchem Umfang stationäre Leistungen erbracht werden, darüber muss zukünftig die Qualität der medizinischen Versorgung entscheiden. Ebenso sollte es selbstverständlich sein, dass die Krankenhäuser die Einhaltung der Qualitätsvorgaben

regelmäßig und verbindlich nachweisen. Schlechte Qualität muss zwingend Konsequenzen haben. Werden die PlanQI dauerhaft in erheblichem Maße unterschritten, muss das Krankenhaus rechtssicher von der Erbringung dieser Leistung ausgeschlossen werden.

Die neuen Mindestmengenregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses sollten strikt und konsequent umgesetzt werden. Klare Vorgaben für Mindestmengen verbessern die Qualität der Patientenbehandlung. Studien haben belegt, dass die Sterblichkeit der Patienten in Krankenhäusern mit Fallzahlen unterhalb der geltenden Mindestmengen signifikant höher ist als in Krankenhäusern mit der nötigen Routine. Deshalb sollten Abweichungen von Mindestmengenvorgaben nur im Ausnahmefall gewährt werden. Im Übrigen gilt es den Standortbezug der Mindestmengenregelung zwingend zu beachten.

### 3. Fehlversorgung verhindern

#### 3.1. Anpassung der Krankenhausplanungsgrundsätze an den tatsächlichen Versorgungsbedarf in den jeweiligen Regionen

SCHIEFLAGE

Eine sich an der tatsächlichen Betteninanspruchnahme orientierende bayerische Krankenhausplanung wird den aktuellen Rahmenbedingungen nicht mehr gerecht. Die planerische Kapazitätsbemessung für Betten steht seit der DRG-Einführung (2003) mit der leistungsbezogenen Fallpauschalenvergütung nicht mehr im Einklang. Infolge der eingetretenen Verweildauerabsenkung sind Bettenkapazitäten frei geworden, die für Fallzahlsteigerungen genutzt werden können. Neben der Kapazitätsbemessung ist der planerische Versorgungsauftrag nur ungenau definiert. De facto wird dadurch das Leistungsspektrum eines Krankenhauses kaum eingegrenzt. Die Folge ist, dass vermehrt Krankenhäuser ihr Leistungsgeschehen ausweiten. Daraus resultierende medizinische Eingriffe am Rande der Notwendigkeit können die Gesundheit der Patienten gefährden und verursachen zusätzliche Kosten.

MAßNAHME

Notwendig ist eine Anpassung der bisherigen Planungsgrundsätze an den tatsächlichen medizinischen Versorgungsbedarf unter Berücksichtigung des demographischen Wandels und technologischen Fortschritts.

Wichtig bei der Modernisierung der Krankenhausplanung ist ihre künftig prospektive Ausrichtung sowie die Verschiebung

des Fokus weg von einer standortbasierten hin zu einer erreichbarkeitsorientierten Planung. Perspektivisch sollte eine sektorenübergreifend organisierte Versorgungsplanung angestrebt werden. Nur so kann eine umfassende flächendeckende medizinische Versorgung der Bevölkerung zukünftig sichergestellt werden.

## 3.2. Strukturwandel aktiv vorantreiben

SCHIEFLAGE

Die Wahrnehmung der politischen Verantwortung und damit einhergehend auch die Akzeptanz der Bevölkerung für den erforderlichen Abbau von Bettenüberkapazitäten, fehlen. Bayern hat mit 246 Krankenhäusern pro 10 Millionen Einwohner die höchste Krankenhausedichte eines Flächenlandes in der Bundesrepublik, und das bei einer seit Jahren stagnierenden Auslastungsquote von nur 77 Prozent. Zudem ist der Anteil kleiner Krankenhäuser mit weniger als 150 Betten mit 57 Prozent bundesweit am größten. Dabei schreibt in Bayern jede zweite Klinik 2018 rote Zahlen. Ökonomische Anreize und Zwänge führen dazu, dass höher spezialisierte Leistungen unabhängig von der Versorgungsstufe des Krankenhauses erbracht werden. Strukturell unzureichend ausgestattete Krankenhäuser erbringen komplexe Leistungen und erweitern durch eine Spezialisierung ihren Versorgungsauftrag. Auch hierbei stehen oft ökonomische Interessen und nicht die Versorgungsqualität im Vordergrund. Dies geht insbesondere zu Lasten der Patienten - "Wer kann, der darf".

MAßNAHME

Die Krankenhausplanungsbehörde muss ihrer ordnungspolitischen Aufgabe zum Abbau von Überkapazitäten gerecht werden. Eine moderne Krankenhausplanung ist erreichbarkeitsorientiert am medizinischen Versorgungsbedarf auszurichten. Der vom Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) gesetzte Impuls zur Neuordnung der Krankenhausplanung sollte dringend aktiv genutzt werden. Der Freistaat Bayern muss die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die Angebotsstrukturen durch die

Konzentration von Leistungen und/oder Fachabteilungen gestrafft werden, Fehlversorgung zurück geht und Qualität sowie Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung steigen.

Faktoren wie regionale Demographie und Morbidität, räumliche und zeitliche Erreichbarkeit über Landkreisgrenzen hinweg sowie infrastrukturelle Gegebenheiten sollten ausschlaggebend dafür sein, welche Leistungen sinnvollerweise an welchen Krankenhausstandorten angeboten werden. Leistungen der Basis- und Notfallversorgung müssen weiterhin wohnortnah erbracht werden. Leistungen der spezialisierten Medizin sollten demgegenüber nur noch von qualifizierten Zentren angeboten werden, die nachweislich über eine besondere Behandlungskompetenz verfügen. Auch die Erbringung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sollte auf spezialisierte Zentren beschränkt werden.

Soweit im Zuge der Strukturreform nicht versorgungsrelevante Kapazitäten abgebaut oder umgebaut werden müssen, haben alle gesundheitspolitischen Akteure Sorge dafür zu tragen, dass die Bevölkerung den Konzentrationsprozess als das erlebt, was er ist: Nicht eine quantitative Verschlechterung, sondern eine qualitative Verbesserung und damit ein wichtiger Beitrag zur Sicherstellung der Zukunftsfähigkeit der stationären Versorgung im Land.

Die Chance, diesen Prozess mit den Mitteln aus dem Krankenhausstrukturfonds zielgerichtet und effizient zu unterstützen, gilt es entschlossen zu nutzen. Dessen Verlängerung über 2018 hinaus ist ein wichtiger und richtiger Schritt den nötigen Strukturwandel weiter voranzutreiben. Gefördert werden sollten allerdings nur echte Projekte zur Strukturbereinigung. Die

zusätzlichen Mittel müssen zielgerichtet für den Abbau oder die Umwidmung von Krankenhausbetten sowie für andere strukturverbessernde Investitionen, die die Konzentration von Krankenhausstandorten zum Ziel haben, eingesetzt werden. Eine Verwendung für zweckfremde Investitionen lehnen die Krankenkassenverbände auf Landesebene ab.

Bei der Auswahl konkreter Strukturfondsvorhaben sollten solche Projekte umso höher priorisiert werden, je größer der mit den Vorhaben verbundene Abbau von Überkapazitäten ist und je konsequenter damit Versorgungsstrukturen konzentriert bzw. umgewandelt werden. Der Ansatz die regionale Grundversorgung in ländlichen Gebieten durch die Transformation unwirtschaftlicher Kleinstkrankenhäuser in sog. „intersektorale Gesundheitszentren (IGZ)“ mit Schwerpunkt auf allgemeinärztlichen, internistischen und weiteren konservativen Angeboten zu stärken, ist grundsätzlich positiv. Unter Berücksichtigung sich verändernder Bedarfe der ländlichen Bevölkerung wie auch angesichts des gravierenden Fachkräftemangels können mit neuen intersektoralen Versorgungsmodellen Perspektiven eröffnet werden, langfristig eine wohnortnahe qualitativ hochwertige medizinische Versorgung lokal sicherzustellen. Die Krankenkassenverbände begrüßen deshalb innovative Ansätze und sind bereit je nach regionalem Bedarf Umwandlungsprojekte mit Mitteln aus dem Krankenhausstrukturfonds aktiv zu unterstützen. Für eine flächendeckende Implementierung von IGZ müssen jedoch die rechtlichen Rahmenbedingungen in Bezug auf die Vertragsgrundlagen angepasst werden. Auch ein geeignetes Vergütungsformat, das der Leistungsverschiebung in den ambulanten Bereich gerecht wird, ist auf gesetzlicher Ebene sicherzustellen.

## 4. Dem Pflegekräftemangel begegnen

SCHIEFLAGE

Qualifizierte Pflegekräfte stehen auf dem Arbeitsmarkt nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung. In vielen ländlichen Krankenhäusern lassen sich z.B. Nacht- und Wochenendbesetzungen nicht mehr garantieren. Knapper werdende Personalressourcen können nicht mehr auf die bestehende Zahl von Krankenhäusern verteilt werden. Kleinteilige Strukturen sorgen insofern für geringere Versorgungsqualität.

MAßNAHME

Die aktuellen gesetzgeberischen Maßnahmen zur Förderung der Pflege im Krankenhaus, wie die Festlegung von Personaluntergrenzen für alle bettenführenden Abteilungen, die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRGs, die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen sowie die Fortsetzung des Pflegestellenförderprogramms erfüllen nur bedingt die Voraussetzungen für eine nachhaltige Sicherung des Personalbedarfs. Vor dem Hintergrund immer höherer Ausgaben darf nicht mehr Personal in ineffiziente Strukturen gesteckt werden. Vielmehr kann mehr Konzentration, Spezialisierung und Kooperation zu einem effizienteren Einsatz der Personalressourcen im Krankenhaus führen. Die Produktivität der Krankenhäuser wird erhöht und der Preiswettbewerb um qualifiziertes Personal zwischen den einzelnen Krankenhäusern kann verringert werden.

## 5. Sektorengrenzen überwinden

SCHIEFLAGE

Vor allem Ballungsräume weisen eine Überversorgung an Kliniken und niedergelassenen Ärzten auf. Gleichzeitig besteht in ländlichen Regionen die Gefahr einer Unterversorgung mit ambulanten Leistungen. Die Planung der ambulanten wie stationären Versorgung findet derzeit strikt sektoral statt.

MAßNAHME

Die Schaffung einheitlicher sektorenübergreifender Datengrundlagen sollte gesetzlich vorgegeben werden. Eine effiziente Krankenhausstruktur lässt sich perspektivisch nur über eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung realisieren. Mit einer engeren Vernetzung der Gesundheitsdienstleister und der Etablierung regionaler Versorgungsnetzwerke lassen sich Synergien erschließen, insbesondere dort wo ein geringer Spezialisierungsgrad besteht. Bei der Optimierung der bestehenden Strukturen kann sich die digitale Technologie als entscheidender Faktor erweisen.

Eine erreichbarkeitsorientierte Versorgung der Bevölkerung insbesondere im ländlichen Raum sollte deshalb künftig durch eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung in Verbindung mit digitalen Technologien, wie telemedizinischen Anwendungen, sichergestellt werden. Nachnutzungskonzepte sind gemeinsam mit den Akteuren vor Ort zu entwickeln.

## 6. Krankenhausfinanzierung neu justieren

### 6.1 Betriebskosten zweckentsprechend verwenden

SCHIEFLAGE

Zahlreiche Krankenhäuser beklagen „rote Zahlen“. Die Schuld für die Misere, die auch zu Personalabbau geführt hat, wird in erster Linie im DRG-Vergütungssystem verortet. Die Situation ist allerdings komplexer. Die in einem funktionierenden DRG-System erzielbaren Erlöse reichen regelhaft bei wirtschaftlich arbeitenden Krankenhäusern zur Deckung der laufenden Betriebskosten aus. Mangels ausreichender Investitionsmittel werden allerdings faktisch im Wege der Querfinanzierung aus Eigenmitteln und auch in immer größeren Teilen aus den DRG-Erlösen Investitionen finanziert, die eigentlich für die Deckung der Betriebskosten bestimmt sind.

MAßNAHME

Das Vergütungssystem im Krankenhausbereich ist durch die DRG-Einführung leistungsorientiert und dynamisch modernisiert worden. Die Krankenhausfinanzierung wurde für Leistungserbringer und Kostenträger transparenter. Die Krankenkassen als Selbstverwaltungspartner werden nach wie vor aktiv die Weiterentwicklung dieses Systems sowie eine qualitätsorientierte Vergütungsstruktur mitgestalten und den bisher erfolgreichen Weg fortführen.

Eine strukturkonservierende Kapazitätsplanung der Länder und die ungenügende Investitionsfinanzierung sind zentral für die derzeitige finanzielle Lage der Krankenhäuser verant-

wortlich. Diese strukturellen Defizite sind zugunsten der Sicherung einer zukunftsorientierten Betriebskostenfinanzierung zu beseitigen.

## 6.2. Investitionsförderung nachhaltig und zielgerichtet ausrichten

SCHIEFLAGE

Nicht ausreichend gedeckte Investitionskosten zwingen die Krankenhäuser Sanierungs- und Investitionsmaßnahmen aus Mitteln für die Patientenbehandlungen zu finanzieren. Dadurch besteht ein Anreiz zur Mengenausweitung in Leistungsbereichen mit ökonomischem Potential. Dies wirkt sich negativ auf die Versorgung der Versicherten aus.

MAßNAHME

Es gilt, eine ausreichende, nachhaltige und allokativ effiziente Investitionsfinanzierung durch das Bundesland Bayern sicher zu stellen, die in adäquater Relation zur Betriebskostenfinanzierung durch die Kassen steht. Der Investitionskostenanteil des Freistaats, der gegenwärtig nur ca. 6 Prozent beträgt, muss deutlich auf mindestens 10 Prozent der Gesamtausgaben der Krankenhäuser angehoben werden, damit die Kliniken ihren notwendigen Struktur Anpassungen nachkommen können.

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse  
Carl-Wery-Straße 28  
81739 München

BKK Landesverband Bayern  
Züricher Straße 25  
81476 München

IKK classic  
Landesdirektion Bayern  
Böheimstraße 8  
86153 Augsburg

KNAPPSCHAFT  
Regionaldirektion München  
Putzbrunner Straße 73  
81739 München

Sozialversicherung für  
Landwirtschaft, Forsten  
und Gartenbau als  
Landwirtschaftliche Krankenkasse  
Neumarkter Straße 35  
81673 München

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Landesvertretung Bayern  
Arnulfstraße 201 a  
80634 München