

**Öffentliche Anhörung im
Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren
des Landtages von Baden-Württemberg
am 08.05.2014**

„Wie kann eine Krankenhausplanung aussehen, welche verbindliche Qualitätskriterien für eine gute Gesundheitsversorgung in Baden-Württemberg enthält?“

**Positionen der B 52-Verbändeoperation Baden-Württemberg
vom 28.04.2014**

1. Qualität muss ein eigenständiges Planungskriterium werden.

Die Qualität spielt in der Krankenhausplanung bisher nur eine untergeordnete Rolle. Zum einen gilt eher der Grundsatz „Wer will, der darf.“ und nicht etwa „Wer kann, der darf.“. Zum anderen fehlt es an einer in die Zukunft gerichteten Planung, die auf Basis von Erreichbarkeits- sowie Qualitätsaspekten Patientenströme lenkt und Behandlungspfade definiert. Stattdessen wird gegenwärtig vor allem die in der Vergangenheit tatsächlich erfolgte Belegung von Betten krankenhauserisch nachvollzogen.

Eine zukunftsorientierte Krankenhausplanung muss vor allem 3 Aspekten Rechnung tragen:

- (a) Es müssen ausreichende Behandlungskapazitäten zur Verfügung stehen.
- (b) Die Behandlungsangebote müssen gut erreichbar sein.
- (c) Die Strukturqualität muss bei allen Planungsentscheidungen ein wesentliches Leitkriterium werden.

a. Behandlungskapazitäten

Notwendig ist ein flächendeckendes Netz von Krankenhäusern, das entsprechend der Bevölkerungsdichte und des Behandlungsbedarfs ausreichende Behandlungskapazitäten zur Verfügung stellt. Hier sollte die Krankenhausplanung anstreben, den Auslastungsgrad der Krankenhäuser deutlich zu erhöhen. Doppelvorhaltungen von gleichen Abteilungen mit geringen Auslastungen in räumlicher Nähe sind auszuschließen.

Die Planung muss dabei auch dem Bedarf gerecht werden, der aus dem demographischen Wandel resultiert.

Beispiel: Die Altersmedizin wird in der Zukunft vehement an Bedeutung gewinnen, das heißt die Krankenhausplanung muss sich in der Zukunft differenziert auf die Behandlung der in der älteren Generation vermehrt auftretenden Krankheitsbilder (siehe Demenz) ausrichten. Erforderlich ist eine differenzierte, auf altersspezifische Bedürfnisse ausgerichtete Planung unter Berücksichtigung der Bevölkerungsdichte und -struktur.

b. Erreichbarkeit

Eine aktuelle Umfrage der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft PwC vom März 2014¹ hat ergeben, dass viele Patienten bereit sind, für gute Krankenhäuser weite Wege in Kauf zu nehmen. Über 40 Prozent würden mehr als 50 Kilometer fahren, gut jeder sechste würde sogar Wegstrecken von mehr als 100 Kilometer in Kauf nehmen, um ein Krankenhaus aufzusuchen, das seinen persönlichen Qualitätsanforderungen entspricht. Nur 6 Prozent der Befragten würden sich demgegenüber grundsätzlich im nächstgelegenen Krankenhaus behandeln lassen.

Dementsprechend ist im Rahmen einer neu ausgerichteten Krankenhausplanung auch zu fragen, inwieweit bestehende Strukturen weiter zentralisiert werden können.²

c. Strukturqualität

Eine zukunftsorientierte Krankenhausplanung sollte sich jedoch nicht nur mit der Frage beschäftigen, wie viele Kapazitäten ein Krankenhaus vorzuhalten hat und wie es für die Patienten zu erreichen ist. Sie muss auch festlegen können, inwieweit ein Krankenhaus bestimmte Leistungsbereiche anbieten darf oder nicht. Die Strukturqualität sollte bei der Krankenhausplanung stärker als Qualitätsindikator berücksichtigt und von den Bundesländern regelmäßig überprüft werden. Bei Nichteinhaltung sollte es nach der Gewährung eines Übergangszeitraums zur Verlagerung der Leistungen in qualifizierte Krankenhäuser kommen.

Erforderlich ist eine nachvollziehbare Prüfung der Leistungsfähigkeit bzw. der Strukturqualität von Krankenhäusern und ihren Abteilungen. Bisher wird jede neu zugelassene Rehabilitationseinrichtung hinsichtlich ihrer Strukturvoraussetzungen von den Kassenverbänden besser geprüft als ein Krankenhaus.

¹ Studie im Internet abrufbar unter: <http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/patienten-fahren-weit-fuer-die-beste-klinik.jhtml>

² Aktuelle Analysen zur Erreichbarkeit von Krankenhäusern zeigen, dass 73,2 % der Bevölkerung in 10 Minuten und 97,5 % in 20 Minuten das nächste Krankenhaus der Grundversorgung erreichen. (vgl. u.a. Analyse des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung).

In der Kinder- und Jugendpsychotherapie sind zum Beispiel erst jüngst wieder Tageskliniken mit nur 12 Plätzen umgesetzt worden. In solch kleinen Gruppen kann allerdings eine qualitätsgesicherte Behandlung schon deshalb nicht sichergestellt werden, weil die Bildung von alters- und diagnosegerechten Therapiegruppen nicht möglich ist. Damit wird zwar eine wohnortnahe Versorgung umgesetzt, dies geht jedoch auf Kosten der Behandlungsqualität. Eine Krankenhausplanung mit verbindlichen Qualitätskriterien erfordert stattdessen, dass die Behandlungsqualität gegenüber der Wohnortnähe zu priorisieren ist.

Die weitere Konzentration von Leistungen ist in Baden-Württemberg beispielsweise auch in der neonatologischen Versorgung angezeigt. Mit der Einführung der einschlägigen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) verfügt das Land aktuell über 20 so genannte Perinatalzentren Level 1, also Perinatalzentren der höchsten Leistungsstufe. Vor Einführung der Richtlinie waren lediglich 15 perinatologische Zentren krankenhauplanerisch ausgewiesen. Damit sind in einem Teil der 20 Level-1-Zentren die Fallzahlen relativ gering. Das bringt Risiken für die Versorgung mit sich. Die alleinige Betrachtung der in diesen Zentren erzielten geringen Säuglingssterblichkeit reicht insoweit nicht aus. Es sind auch mögliche Folgeschäden bei den frühgeborenen Kindern zu berücksichtigen. So besteht die Gefahr, dass überlebende Kinder in einem Zentrum mit weniger Erfahrung schwere Schäden und damit eine lebenslange Behinderung erleiden. Zwar behindert hier die aktuelle BSG-Rechtsprechung zu den Perinatalzentren die Umsetzung von adäquaten Mindestmengen durch den G-BA, jedoch könnte auch die Krankenhausplanung regulierend eingreifen (bspw. über eine Rechtsverordnung), damit tatsächlich nur noch die Zentren an der Versorgung teilnehmen können, die über eine ausreichende Erfahrung im Umgang mit Frühgeborenen verfügen. Ziel der Mindestmengenregelung ist es, eine angemessene Versorgungsqualität sowie die kontinuierliche Verbesserung des Versorgungsniveaus zu gewährleisten. Sie ist so auszugestalten, dass die flächendeckende Versorgung nicht gefährdet wird.

Auch bleiben die bisherigen Fachplanungen – wie zum Beispiel in der Schlaganfallversorgung oder jüngst bei der Bildung von Traumanetzwerken – gerade unter dem Blickwinkel der Qualitätssicherung auf halbem Wege stehen. Es werden zwar Zentren krankenhauplanerisch ausgewiesen bzw. freiwillige Zertifizierungen nachvollzogen. Nicht ausgewiesene/nicht zertifizierte Krankenhäuser werden aber nicht von der Versorgung ausgeschlossen (etwa über Negativ-Feststellungsbescheide oder eine entsprechende Rechtsverordnung des Landes).

2. Eine stärkere Spezialisierung ist im Sinne des Patientenschutzes dringend geboten.

Im Interesse des Patientenschutzes und der Effizienz der Leistungserbringung sollte eine zukunftsorientierte Krankenhausplanung darüber hinaus die Spezialisierung der Krankenhäuser vorantreiben.

Der medizinische Fortschritt wird bisher von den Krankenhäusern ungesteuert und teilweise aus rein ökonomischen Gründen umgesetzt (zum Beispiel: TAVI = Aortenklappenimplantationen, Cochlear-Implantationen, LHKM = Linksherzkathetermessplätze). Die rechtsverbindliche Planung von Zentren zur notwendigen Konzentration der Leistungen im Sinne des Patientenschutzes unterbleibt dagegen. Das hat eine medizinisch nicht notwendige Leistungsausweitung zur Folge. Von den gesamten Leistungssteigerungen im Bereich der Krankenhausversorgung ist nur ca. ein Drittel mit dem demographischen Wandel zu erklären.

Die B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg bekennt sich ausdrücklich zur Anwendung innovativer Verfahren im Krankenhaus. Neue Verfahren sollten jedoch nicht von Anfang an in jedem Krankenhaus erbracht werden können, denn die Einführung von Innovationen beinhaltet für die Patienten auch Risiken. Nicht jede Produktänderung bedeutet zwangsläufig einen medizinischen Vorteil, wengleich sie die lukrative Abrechnung eines hausindividuellen Entgeltes unter der Rubrik „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ ermöglicht. Innovationen und medizinischer Fortschritt sind nicht identisch. Daher sollten nur Innovationszentren, insbesondere Universitätskliniken, neue Verfahren erbringen dürfen. Erst wenn evidenzbasiert nachgewiesen ist, dass die neue Methode tatsächlich einen signifikanten Nutzen für den Patienten mit sich bringt, sollte sie für weitere Krankenhäuser freigegeben werden.

Ebenso ist es für eine qualitätsorientierte Patientenversorgung kontraproduktiv, wenn jedes Krankenhaus für sich beansprucht, alle Leistungen eines Fachgebietes anbieten zu können und zu müssen. Gerade bei (hoch-)spezialisierten Leistungen mit teilweise geringen Patientenzahlen ist die Einrichtung von Zentren unerlässlich. Das heißt auch, dass nicht jedes Universitätsklinikum alle Leistungen eines Fachgebietes anbieten sollte (Beispiel: Transplantationen).

Bisher heißt es jedoch zum Beispiel „Jeder darf innerhalb der Chirurgie alles.“. Hier sind Konkretisierungen der Versorgungsaufträge erforderlich, dass eben nicht jeder innerhalb der Chirurgie alles darf (Beispiel: Adipositas-Chirurgie).

Eine eklatante Fehlentwicklung wäre es des Weiteren, wenn – wie im letzten Landeskrankenhausausschuss erörtert – die notwendigerweise auf ausgewiesene Zentren konzentrierte herzchirurgische Versorgung auf weitere Standorte zersplittert werden würde, um anderen Krankenhäusern die Erbringung von TAVI-Leistungen zu ermöglichen. Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung muss vielmehr eine Zersplitterung von Zentren auf weitere Standorte verhindern.

3. In ländlichen Regionen brauchen wir die Umwidmung von Krankenhäusern in Gesundheitszentren zur ambulanten und stationären Versorgung.

Qualitätsverluste an kleinen ländlichen Krankenhäusern durch geringe Fallzahlen und dadurch fehlende Routine sind zu vermeiden, damit für alle Patienten die gleiche qualitätsgesicherte Krankenhausversorgung zur Verfügung steht. Unter anderem auch zur Sicherstellung der Notfallversorgung im ländlichen Raum sollten daher Krankenhäuser in Gesundheitszentren zur ambulanten und stationären Versorgung umgewidmet werden. Dabei ist eine telemedizinische Vernetzung der Versorgungsstandorte hilfreich. Erfreulicherweise gibt es bereits solche Gesundheitszentren, weitere sollten hinzukommen.

Die Schaffung eines Fonds zur Förderung der Umstrukturierungen ist ebenso überlegenswert, wie die Überprüfung und Schaffung neuer Trägerstrukturen.

4. Es sollte möglich sein, Krankenhäuser mit dauerhaft schlechter Qualität von der Versorgung auszuschließen.

Dauerhafte Qualitätsdefizite müssen zu Leistungseinschränkungen führen. Im Rahmen der bisherigen externen Qualitätssicherung vergehen jedoch fünf Jahre, bis ein Krankenhaus mit dauerhaften Qualitätsdefiziten (Beispiel: Nicht-Versorgung von Oberschenkelhalsbrüchen am Wochenende) innerhalb des Lenkungsgremiums „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ offengelegt wird. Planungsrechtliche Konsequenzen hat dies für das betroffene Krankenhaus dennoch nicht.

Qualitätssicherung muss sektorenübergreifend gestaltet werden. Noch immer werden Qualitätsinformationen nicht im gewünschten Maße wirksam und werden nicht für die qualitätsorientierte Krankenhausplanung eingesetzt. Qualitätsinformationen müssen weiterentwickelt, transparent und nachvollziehbar dargestellt werden. Außerdem müssen Qualitätsstandards bundesweit verbindlich sein und dürfen nicht unterschritten werden. Wenn schlechte Qualität festgestellt wird, muss dies auch Konsequenzen haben.

Die im Koalitionsvertrag zur Stärkung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung vereinbarte Verpflichtung des G-BA zur Gründung eines fachlich unabhängigen wissenschaftlichen Institutes für Qualitätssicherung und

Transparenz im Gesundheitswesen wird ausdrücklich befürwortet. Die (Weiter-) Entwicklung planungstauglicher und entgeltsystemkonformer Qualitätskriterien und -indikatoren (zum Beispiel risikoadjustierte Komplikationsraten, Mortalitätsraten, Mindestmengen) ist unabdingbar.

5. Das Land sollte die Qualität der Krankenhausversorgung durch ausreichende Investitionsmittel fördern.

Das Land muss seinen Beitrag zur qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung durch ein weiteres Aufstocken der Investitionsmittel leisten.

Trotz erkennbarer Anstrengungen des Landes hat die unzureichende Investitionskostenförderung dazu geführt, dass einerseits ein ganz erheblicher Förderstau aufgelaufen ist und andererseits der Anteil der Investitionskosten an den Gesamtkosten der Krankenhäuser kontinuierlich gesunken ist.

Jährlich steigen die GKV-Kosten für die stationäre Versorgung um vier bis fünf Prozent an. Im Jahr 2013 haben die gesetzlichen Krankenkassen bundesweit 64,21 Milliarden Euro für Krankenhausbehandlung ausgegeben. In Baden-Württemberg finanziert die GKV mittlerweile rund 95 Prozent der Kosten für die stationäre Versorgung, das Land lediglich fünf Prozent. Bereits 2006 hat jedoch die „Expertenkommission zur Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg“ festgestellt, dass die Investitionsquote mindestens zehn Prozent betragen sollte.

6. Die Krankenkassen sollten an der Krankenhausplanung sowie der Ausgestaltung der Versorgungsaufträge stärker mitwirken können.

Die Krankenkassen tragen die Folgekosten der Planungsentscheidungen, ohne selbst darauf Einfluss nehmen zu können. Die Kassenverbände besitzen derzeit im Rahmen der Krankenhausplanung lediglich ein Anhörungsrecht.

Die Einhaltung der Qualitätsvorgaben muss durch Strukturprüfungen und die Qualitätsergebnisse müssen durch Auffälligkeitsprüfungen kontrolliert werden können. Hierfür muss eine Rechtsgrundlage geschaffen werden. Ebenso müssen Kündigungen von Versorgungsverträgen durch die Kassenverbände aus Qualitätsmängeln rechtlich leichter möglich sein. Hierfür ist die Rechtsgrundlage entsprechend zu erweitern.

Daneben ist der Rechtsschutz der Krankenkassen zu stärken, indem Klagen gegen krankenhauserplanerische Entscheidungen des Landes möglich werden.

Auch in den Budgetverhandlungen sollten Leistungen mit dauerhaft schlechter Qualität rechtsverbindlich ausgeschlossen werden können, was derzeit nicht möglich ist.

Die leitliniengerechte Indikationsstellung sollte vermehrt über verpflichtende Qualitätsvereinbarungen sichergestellt werden können (Beispiel: Renale Nierendenervation).

7. Fazit

Eine zukunftsorientierte Krankenhausplanung muss sicherstellen, dass flächendeckend ausreichende Behandlungskapazitäten zur Verfügung stehen. Dabei hat eine hohe Behandlungsqualität grundsätzlich Vorrang gegenüber wohnortnahen Lösungen. Die daraus resultierende Spezialisierung dient auch dem Patientenschutz. Die Qualität der Behandlung sollte im Übrigen durch entsprechende Vergütungsanreize und durch die Möglichkeit zum Versorgungsausschluss gefördert werden. Ebenso ist eine insgesamt ausreichende Investitions- und Betriebskostenfinanzierung essentiell.

Soweit die Konzentration der stationären Angebote zu einem Abbau von Krankenhausbetten führt, soll die dadurch frei werdende Infrastruktur insbesondere im ländlichen Raum zu sektorenübergreifenden Versorgungszentren weiterentwickelt werden. Bei der Neuordnung und der Durchführung der Krankenhausplanung sollte stärker auf das bei den Krankenkassen vorhandene Expertenwissen zurückgegriffen werden.