



Arbeitsgemeinschaft B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg

Fakten und Positionen zur Krankenhausversorgung in Baden-Württemberg

Stand: September 2015

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Handlungsfelder	3
2.1. Krankenhausplanung	3
2.1.1. Strukturdaten.....	3
2.1.2. Versorgungsgrad	5
2.1.3. Konzentration von Leistungen	9
2.1.4. Die Position der B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg	11
2.2. Krankenhausfinanzierung.....	16
2.2.1. Die Entwicklung der Betriebskostenfinanzierung.....	18
2.2.2. Die Entwicklung der Investitionskostenförderung	22
2.2.3. Die Position der B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg	24
2.3. Qualitätssicherung im Wettbewerb	29
2.3.1. Messung und Transparenz von Qualität im Krankenhaus.....	29
2.3.2. Die Position der B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg	31
2.4. Telemedizin stärken.....	33
2.5. Krankenhaushygiene verbessern.....	34
3. Fazit.....	36
4. Quellennachweise	38

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.

Obwohl die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) noch nie so viel Geld für Krankenhäuser bezahlt hat wie derzeit, proklamiert die Baden–Württembergische Krankenhausgesellschaft, dass die Zukunftserwartungen der Krankenhäuser im Land noch nie so schlecht gewesen seien. Mehr als 45 Prozent von ihnen hätten im Jahr 2014 ein Defizit ausgewiesen; und für die Zukunft rechneten gar 70 Prozent mit einer weiteren Verschlechterung¹. In anderen Ländern sieht die Situation teilweise noch schlechter aus.

Die Gesundheitspolitik reagiert ambivalent auf diese Problemlage. Einerseits werfen sich Landes– und Bundesebene wechselseitig vor, ihren jeweiligen Finanzierungsverpflichtungen nicht angemessen nachzukommen. Andererseits soll mit dem Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhaus–Strukturgesetz – KHSG), dessen wesentliche Eckpunkte von einer Bund–Länder–Arbeitsgruppe ohne Beteiligung Baden–Württembergs erarbeitet wurden, der Weg für eine aktivere Krankenhausplanung in den Ländern, für gezielte Standortentscheidungen, für mehr Qualität und für mehr Transparenz eröffnet werden.

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

Damit unsere Krankenhäuser auch zukünftig ihren wichtigen Aufgaben nachkommen können, sind strukturelle Änderungen unausweichlich. Dafür gilt es, die mit dem Krankenhaus-Strukturgesetz eröffneten Spielräume aktiv zu nutzen. Dabei dürfen auch unpopuläre, in der Sache aber gebotene Entscheidungen nicht ausgeschlossen sein. Nur so wird es gelingen, eine nachhaltige Finanzierung sicherzustellen und damit dauerhaft eine flächendeckende und qualitativ hochwertige stationäre Versorgung der Menschen in Baden-Württemberg zu gewährleisten.

2. Handlungsfelder

2.1. Krankenhausplanung

Gerade in einem großen Flächenland wie Baden–Württemberg ist eine aktive Krankenhausplanung vonnöten, 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.

2.1.1. Strukturdaten

Trotz eines Rückgangs der Zahl der Krankenhäuser um 15 Prozent in den vergangenen 15 Jahren, ist gegenwärtig in Baden–Württemberg eine flächen–deckende Krankenhausversorgung mehr als sichergestellt.

Das Land verfügt aktuell (9/2015) über 221 Krankenhäuser, die nach § 108 SGB V zugelassen sind. Von diesen behandeln 170 somatische und 91 psychiatrische sowie psychosomatische Erkrankungen; 39 Krankenhäuser verfügen sowohl über somatische als auch über psychiatrische und/oder psychosomatische Fachabteilungen.²

Die Zahl der Krankenhausbetten im Land ist ebenso wie die Zahl der Krankenhäuser zurückgegangen, von 64.493 Betten im Jahr 2000 auf 56.572 Betten im Jahr 2014 (12 Prozent).

2014 wurden knapp 41,5 Prozent der Krankenhäuser privat, 36 Prozent öffentlich und 22,5 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.

Tabelle 1: Krankenhäuser und Betten in Baden-Württemberg nach ihrer Trägerschaft (2014)³

Träger	Krankenhäuser		Betten	
	absolut	prozentual	absolut	prozentual
privat	112	41,5	6.845	12,1
öffentlich	97	36,0	37.726	66,7
frei-gemeinnützig	61	22,5	12.001	21,2
gesamt	270	100	56.572	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 7,5 Tage in 2014 (rund 26 Prozent). Gleichzeitig ist die Zahl der behandelten Patienten um etwa 14 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

Jahr	Krankenhäuser		Betten	Verweil- dauer**	Patienten	Auslas- tung***
	gesamt	davon zuge- lassen*				
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
prozentuale Veränderung seit 2000	- 15 %	-19 %	-12 %	- 26 %	+ 14 %	- 5 %

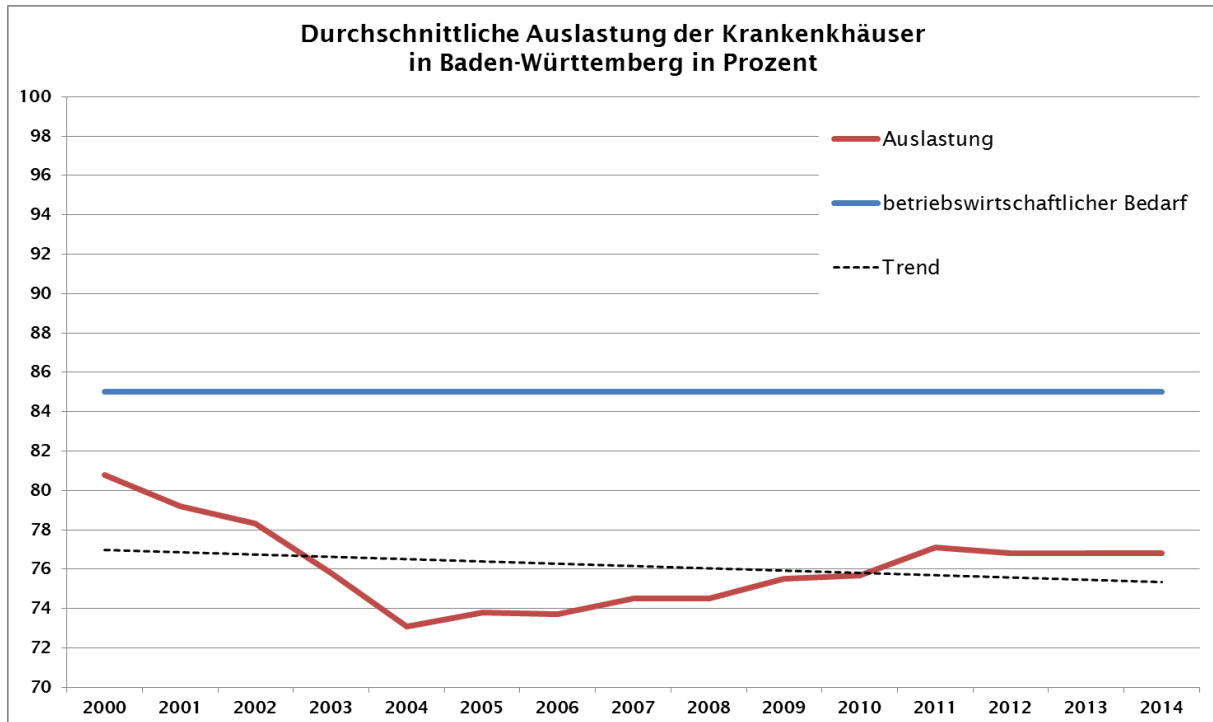
* nach § 108 SGB V

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

*** Durchschnitt in Prozent

2.1.2. Versorgungsgrad

Auch wenn sich der Nutzungsgrad der baden-württembergischen Krankenhäuser durch den Abbau von Betten seit der DRG-Einführung von 73,8 Prozent (2005) auf 76,8 Prozent (2014) erhöhte, wird der durchschnittliche planerische Richtwert für eine angemessene Bettennutzung von 85 Prozent nicht erreicht. Vielmehr zeigt sich bei Betrachtung der Bettenauslastung in den letzten 14 Jahren ein negativer Trend. Darüber hinaus liegt die durchschnittliche Bettenauslastung im Land immer noch um 0,6 Prozentpunkte niedriger als der Bundesdurchschnitt (Bund 77,4 Prozent, BW 76,8 Prozent)⁵. Das macht deutlich, dass noch große Kapazitäten für Strukturanpassungen zur Verfügung stehen.

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

Die dagegen 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 etwa als ein Beleg für die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser im Land und die Abwesenheit 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 fünf Prozentpunkte niedriger als der Bundesdurchschnitt (vgl. Tabelle 3).

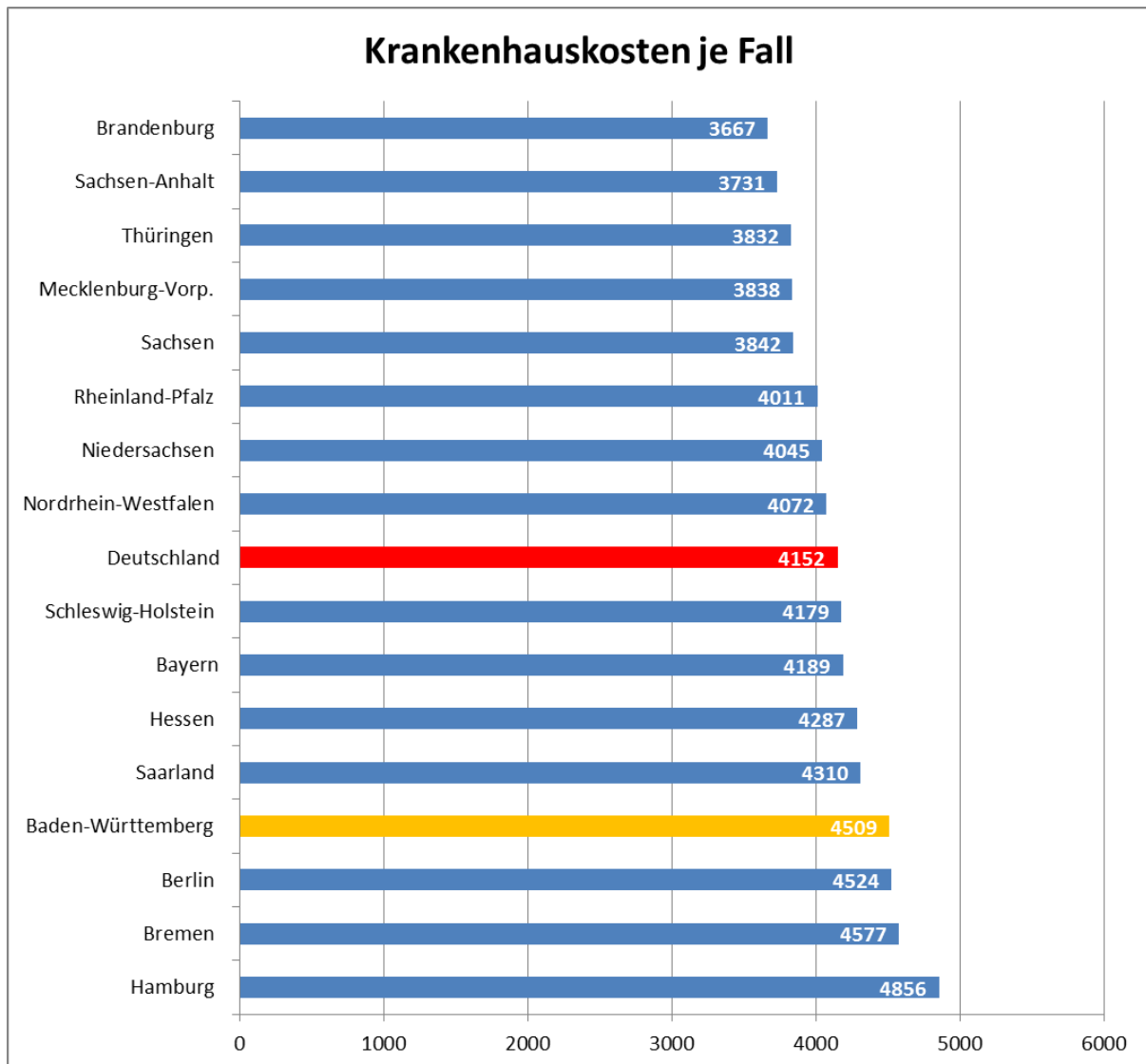
Tabelle 3: Krankenhaushäufigkeit 2013 im Bundesvergleich⁷

Bundesland	Krankenhaus- häufigkeit*	Bundesland	Krankenhaus- häufigkeit*
Baden-Württemberg	19,7 %	Sachsen	24,8 %
Schleswig-Holstein	20,9 %	Nordrhein-Westfalen	25,2 %
Niedersachsen	21,3 %	Mecklenburg-Vorp.	25,3 %
Hessen	22,1 %	Thüringen	26,7 %
Brandenburg	22,7 %	Sachsen-Anhalt	26,9 %
Bayern	23,0 %	Hamburg	27,3 %
Rheinland-Pfalz	23,1 %	Saarland	27,7 %
Berlin	23,4 %	Bremen	31,4 %
Deutschland	24,5 %		

* Fallzahl je 100.000 Einwohner

Betrachtet man zudem die Krankenhauskosten je Fall im Jahr 2013, 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 2).

Schaubild 2: Krankenhauskosten je Fall 2013 im Ländervergleich⁸



2.1.3. 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 krankenhauplanerisch ausgewiesen. Auch wenn die seit 2010 geltende Mindestmenge von 14 Fällen pro Jahr in den Level-1-Zentren überwiegend erreicht wird⁹, 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.

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 Krankenkassen¹⁰ 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.¹¹

Außerdem kann die Adipositas–Chirurgie angeführt werden. Allein in der Landeshauptstadt 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 und mehr nahezu beliebig fortsetzen.

Schließlich gibt es auch in anderen Bereichen Doppelvorhaltungen, die beseitigt werden können, ohne dass es negative Auswirkungen auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung hat. Teilweise verfügen Krankenhäuser in enger räumlicher Nähe über gleiche Abteilungen mit geringer Auslastung. Teilweise werden in benachbarten Einrichtungen gleiche (Groß–)Geräte zur Durchführung hochaufwendiger wie teurer Diagnostik und Therapiemaßnahmen angeschafft und vorgehalten. So stellt das IGES–Institut im 3. Zyklus der DRG–Begleitforschung nach § 17b Abs. 8 des Krankenhausgesetzes fest, dass insgesamt eine deutliche Zunahme der Zahl von Großgeräten zu erkennen sei und insbesondere Krankenhäuser mittlerer Größe Großgerätekapazitäten aufbauten.¹² Einschlägige Beispiele dafür lassen sich auch in Baden–Württemberg finden. Weil damit für das einzelne Krankenhaus geringe Fallzahlen und hohe Vorhaltekosten verbunden sind, beeinträchtigen diese Strukturen nicht nur die Erlössituation, sondern sie führen in der Folge auch zu schlechterer Behandlungsqualität. Zudem resultieren daraus Anreize für medizinisch nicht indizierte Mengenausweitungen.

So überrascht es wenig, dass die Zahl der Krankenhausbehandlungen in Deutschland seit 2005 um mehr als 15 Prozent auf über 19 Mio. Fälle anstieg¹³, was sich auch in der Entwicklung der Ausgaben der Krankenkassen deutlich bemerkbar macht.

Diese Mengenausweitung in der stationären Behandlung kann 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

Jede unnötig erbrachte Leistung stellt aber einen wirtschaftlichen Schaden für die Solidargemeinschaft der Beitragszahler dar. Bei unnötig erbrachten Operationen kommt noch die potenzielle Gefahr für den jeweiligen Patienten hinzu.

Bedauerlicherweise helfen hier auch die im Krankenhaus–Strukturgesetz vorgesehenen Änderungen bei der Mengensteuerung aus unserer Sicht nicht weiter; sie sind nicht geeignet, das Problem der ökonomisch motivierten Mengensteigerungen zu lösen.

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

Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung werden aus Mitteln der Solidargemeinschaft finanziert. Ein verantwortungsvoller und zielgerichteter Umgang mit diesen Ressourcen sollte für alle Beteiligten selbstverständlich sein. Die Krankenhausplanung 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 ausgehende Impuls zur Neuordnung der Krankenhausplanung aktiv genutzt wird. Das Land könnte 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 Gegebenheiten 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 Sozialministerium Baden–Württemberg als Krankenhausplanungsbehörde und unter Einbeziehung medizinischen Sachverständes 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 Grundlagen im Krankenhausentgeltgesetz zu verankern. Damit würde auch eine wichtige Voraussetzung dafür geschaffen, den Mehrwert und die Wirksamkeit neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach einheitlichen Maßstäben bewerten und letztlich auf Grund 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 eingeleitete Qualitäts-offensive 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 uns außerdem, dass weitere Konsequenzen aus der Qualitätsmessung gezogen werden können. So sollte es ergänzend zu den Krankenhausplanerischen Entscheidungen des Landes bei unzureichender Quali-

tät 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 Herbeiziehung des medizinischen Sachverständes 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 Strukturfonds zu unterstützen, der mit dem Krankenhaus–Strukturgesetz eingerichtet wird, gilt es entschlossen zu nutzen. Hier ist das Land gefordert, im Rahmen des oben beschriebenen aktiven Planungsverfahrens die entsprechenden Förderanträge zu stellen und die notwendigen Kofinanzierungsmittel aufzubringen.

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 die 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 fördern, welche die sektorenübergreifende Versorgung nachhaltig beleben und Reibungsverluste an der Schnittstelle stationär/ambulant abbauen. Dabei geht es nicht nur darum, das Entlassmanagement der Krankenhäuser besser mit den ambulanten Versorgungsangeboten zu vernetzen, um die Anschlussversorgung der Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt optimal zu gestalten und damit ihre Genesung zu unterstützen. 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.

2.2. Krankenhausfinanzierung

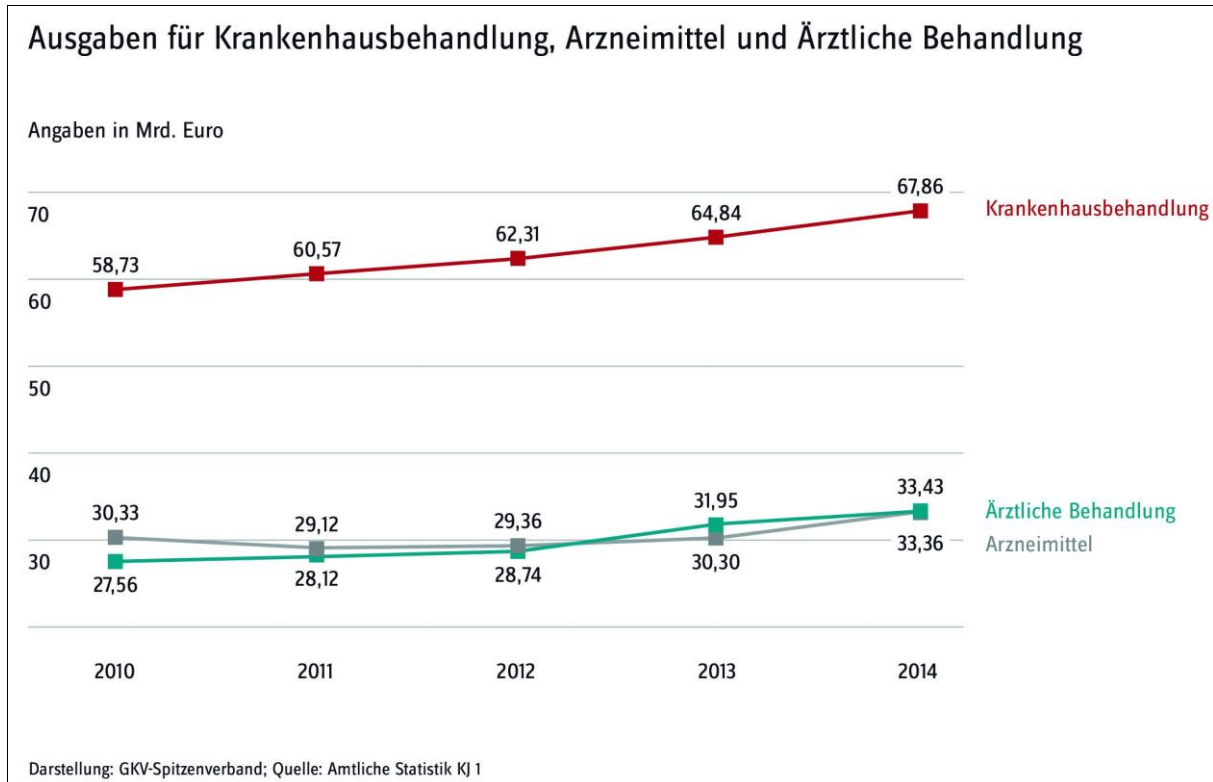
Ein weiteres wichtiges Handlungsfeld, das die Struktur und die Güte der Krankenhausversorgung maßgeblich beeinflusst, ist die Krankenhausfinanzierung. Richtige Anreize im Zusammenspiel von Krankenhausplanung und Vergütungssystematik können Mengenausweitungen auf das notwendige Maß begrenzen, Konzentration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

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

So wurden im Jahr 2014 in Baden–Württemberg rund 95 Prozent der Mittel für die Krankenhäuser von den Krankenkassen finanziert, ca. 5 Prozent hat das Land für Investitionen zur Verfügung gestellt. In absoluten Zahlen bedeutet dies, dass die Krankenkassen den Krankenhäusern zur Finanzierung der Betriebskosten rund 8,1 Mrd. Euro (95,2 Prozent) überwiesen haben, das Land hat zur Finanzierung der Investitionskosten 410 Mio. Euro beigetragen (4,8 Prozent).

Bundesweit machen die Krankenhauskosten im Jahr 2014 mehr als 35 Prozent der gesamten GKV–Ausgaben aus; sie sind damit höher als die ärztliche Vergütung und die Arzneimittelkosten zusammen.¹⁵

Schaubild 3: Ausgaben der GKV für Krankenhausbehandlung, Arzneimittel und Ärztliche Behandlung im Zeitverlauf



Zur wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser stellt der Krankenhaus Rating Report 2015 fest, dass sich die Situation in Baden–Württemberg, Bayern und Hessen im Jahr 2013 weiter verschlechtert habe. Dabei falle die Verschlechterung in den genannten Ländern stärker aus als im Bundestrend. Dies liege vor allem daran, dass die Krankenhausstrukturen in vielen Regionen ungünstig seien. Es gebe zu viele kleine Einheiten, eine zu hohe Krankenhausdichte und zu wenig Spezialisierung.¹⁶ Nach unserer Einschätzung dürfte für Baden–Württemberg vor allem ein Mangel an Spezialisierung und Konzentration ausschlaggebend sein.

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 allem 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. 2013 haben bundesweit 28 Prozent der öffentlich–rechtlichen Häuser im roten Bereich gelegen (2011: 21 Prozent), aber nur 16 Prozent der freigemeinnützigen (2011: 14 Prozent) und 3 Prozent der privaten (2011: 2 Prozent).¹⁷ Damit hat sich die anhaltend schlechte Wettbewerbsposition der öffentlich–rechtlichen Krankenhäuser gegenüber den anderen Trägern noch einmal überproportional verschlechtert.

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).

2.2.1. Die Entwicklung der Betriebskostenfinanzierung

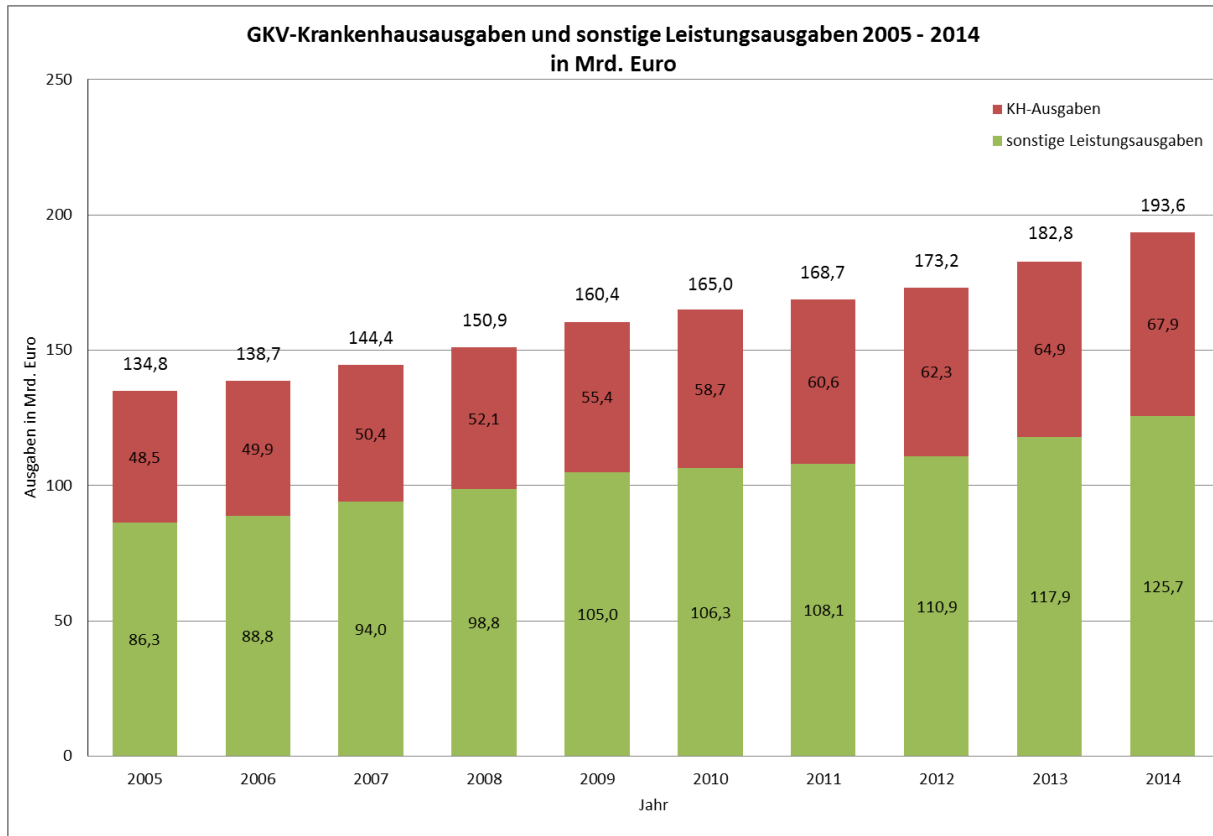
Die Ausgaben der Krankenkassen für die Krankenhäuser in Baden–Württemberg sind von rund 5,9 Mrd. Euro im Jahr 2005 auf 8,1 Mrd. Euro im Jahr 2014 angestiegen; das entspricht einem Zuwachs von 37 Prozent. Bezogen auf das entsprechende Vorjahr hat sich das Ausgabenvolumen der Krankenkassen für die Krankenhäuser im Land im Jahr 2013 (bei einer Veränderungsrate¹⁸ von 2,03 Prozent¹⁹) und im Jahr 2014 (bei einer Veränderungsrate von 2,81 Prozent²⁰) um jeweils 3,1 Prozent erhöht. 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 diesem Jahr beitragsatzrelevant gewesen.

Tabelle 4: GKV–Ausgaben für Krankenhäuser in Baden–Württemberg²¹

Jahr	DRG– Ausgaben– volumen in Mrd. Euro	BPfIV– Ausgaben– volumen in Mrd. Euro	Summe Ausgaben– volumen in Mrd. Euro
2005	5,305		
2006	5,342 (+0,7%)		
2007	5,399 (+1,1%)		
2008	5,606 (+3,8%)		
2009	6,131 (+9,4%)		
2010	6,377 (+4,0%)	0,683	7,060
2011	6,570 (+3,0%)	0,718 (+5,1%)	7,288 (+3,2%)
2012	6,865 (+4,5%)	0,751 (+4,6%)	7,616 (+4,5%)
2013	7,066 (+2,9%)	0,788 (+4,9%)	7,854 (+3,1%)
2014	7,248 (+2,6%)	0,849 (+7,7%)	8,097 (+3,1%)

Bundesweit betrachtet sind die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied von 2005 bis 2014 um 16,9 Prozent angestiegen²², die Steigerung der Krankenhausausgaben für die GKV lag demgegenüber im gleichen Zeitraum bei 40 Prozent (vgl. Schaubild 4).²³ Dabei ist der Anteil der Krankenhausausgaben an den gesamten GKV–Leistungsausgaben 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 4: GKV-Krankenhausausgaben und sonstige Leistungsausgaben 2005 – 2014 in Mrd. Euro



Die Landesbasisfallwerte lagen im Jahr 2015 zwischen 3.190,81 Euro in Thüringen (sowie neun anderen Bundesländern) und 3.396,00 Euro in Rheinland-Pfalz. Baden-Württemberg verfügt für das Jahr 2015 mit einem Landesbasisfallwert in Höhe von 3.232,73 Euro über den fünfthöchsten Landesbasisfallwert im Bundesvergleich (vgl. Tabelle 6); nach dem dritten Platz in den Jahren 2013 und 2014 bestätigt es damit seine Spitzenstellung bei der Vergütung der Krankenhäuser in Deutschland. Somit erhalten die Krankenhäuser in Baden-Württemberg im Jahr 2015 für die gleiche Leistung (bei einer Bewertungsrelation von 1) 41,92 Euro mehr als die Krankenhäuser in zehn anderen Bundesländern (und immer noch 23,73 Euro mehr als in Hamburg). Nachdem im Jahr 2010 in Baden-Württemberg erstmals die Marke von 2 Mio. Krankenhausfällen im Jahr überschritten wurde, kommt hier Jahr für Jahr ein erheblicher Mehraufwand für die GKV in Baden-Württemberg zusammen.

Tabelle 5: Höhe des Landesbasisfallwertes (ohne Ausgleiche) im Bundesvergleich 2014²⁴

Bundesland	Landesbasisfallwert	Bundesland	Landesbasisfallwert
Rheinland–Pfalz	3.325,00 €	Brandenburg	3.117,36 €
Saarland	3.217,76 €	Mecklenburg–Vorp.	3.117,36 €
Baden–Württemberg	3.190,00 €	Niedersachsen	3.117,36 €
Bayern	3.188,00 €	Nordrhein–Westfalen	3.117,36 €
Bremen	3.185,00 €	Sachsen	3.117,36 €
Hamburg	3.178,48 €	Sachsen–Anhalt	3.117,36 €
Hessen	3.145,05 €	Schleswig–Holstein	3.117,36 €
Berlin	3.117,36 €	Thüringen	3.117,36 €

Tabelle 6: Höhe des Landesbasisfallwertes (ohne Ausgleiche) im Bundesvergleich 2015²⁵

Bundesland	Landesbasisfallwert	Bundesland	Landesbasisfallwert
Rheinland–Pfalz	3.396,00 €	Hessen	3.190,81 €
Saarland	3.285,24 €	Mecklenburg–Vorp.	3.190,81 €
Bayern	3.257,00 €	Niedersachsen	3.190,81 €
Bremen	3.250,59 €	Nordrhein–Westfalen	3.190,81 €
Baden–Württemberg	3.232,73 €	Sachsen	3.190,81 €
Hamburg	3.209,00 €	Sachsen–Anhalt	3.190,81 €
Berlin	3.190,81 €	Schleswig–Holstein	3.190,81 €
Brandenburg	3.190,81 €	Thüringen	3.190,81 €

In Baden–Württemberg wurde seit Einführung des DRG–Systems stets ein medizinisch leistungsgerechter Landesbasisfallwert vereinbart bzw. im Jahr 2009 von der Schiedsstelle nach § 18a KHG 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.

2.2.2. Die Entwicklung der Investitionskostenförderung

Es ist ausdrücklich anzuerkennen, dass die baden–württembergische Landesregierung die Fördermittel für Krankenhausinvestitionen in den vergangenen vier Jahren deutlich angehoben hat und auch für das kommende Jahr eine weitere Steigerung der Gesamtmittel auf dann 455 Mio. Euro vorsieht. Gleichzeitig ist aber zu konstatieren, dass diese Aufstockung der Fördergelder nicht ausreicht, um der Zweckentfremdung der von den Krankenkassen finanzierten Betriebsmittel wirksam zu begegnen. 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. 2014 haben die Investitionskosten nur 4,8 Prozent der Einnahmen der Krankenhäuser in Baden–Württemberg ausgemacht. Obwohl sich das Land also in dem in Tabelle 8 dargestellten Ranking zwischenzeitlich um einige Plätze verbessert haben dürfte (die Investitionskostenförderung je Einwohner liegt im Jahr 2015 bei 41 Euro je Einwohner²⁶), reicht die Entwicklung der Investitionskostenförderung nicht aus, um den tatsächlich bestehenden Bedarf zu decken.

Tabelle 7: Investitionskostenförderung in Baden-Württemberg²⁷

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

Tabelle 8: Höhe der Investitionskostenförderung in Euro je Einwohner im Bundesvergleich²⁸

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

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

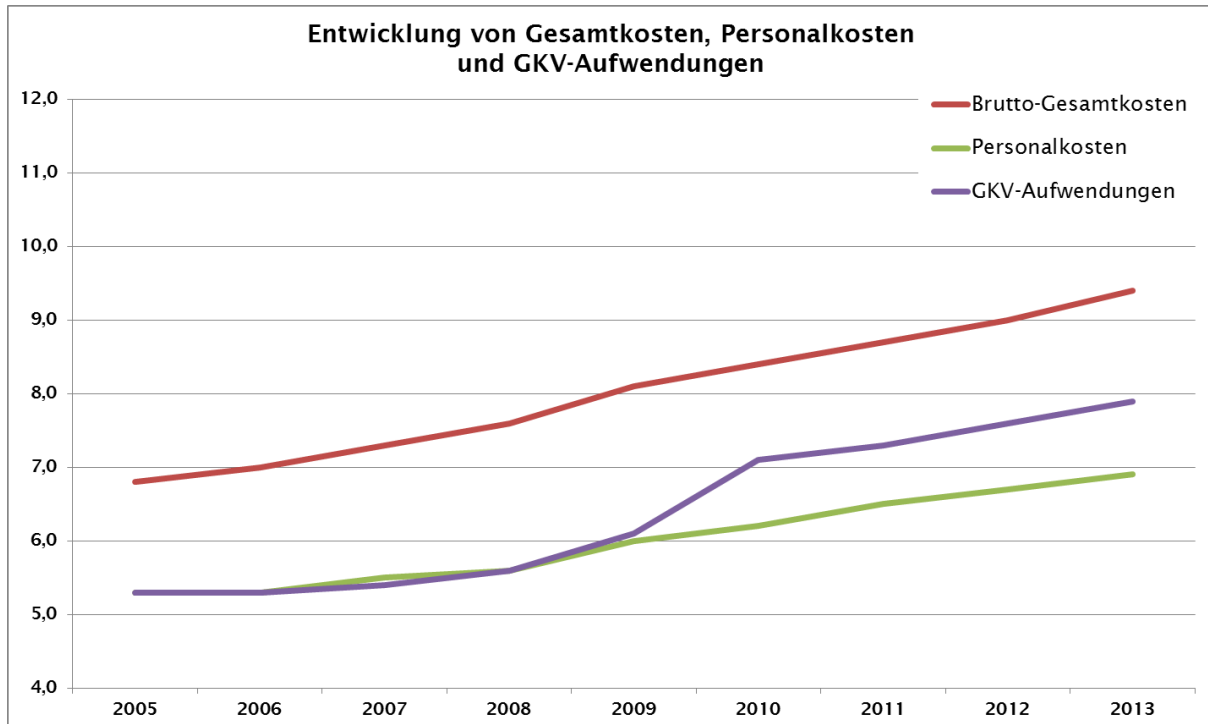
Oft wird die wirtschaftlich schwierige Situation vieler Krankenhäuser vor allem darauf zurückgeführt, dass die Vergütung durch die Krankenkassen angeblich langsamer steige als die Aufwendungen für den laufenden Betrieb, namentlich Lohn- und Energiekosten. Das lässt allerdings außer Acht, dass die Ausgaben der GKV für Krankenhausleistungen mit bundesweit 40 Prozent in den vergangenen Jahren deutlich stärker gestiegen sind als die der Beitragserhebung zu Grunde liegenden Löhne und Gehälter der Kassenmitglieder mit 16,9 Prozent (jeweils 2005 – 2014; vgl. oben).

Bezogen auf Baden Württemberg ist darüber hinaus festzuhalten, dass die Gesamtkosten der baden-württembergischen Krankenhäusern in der Zeit von 2005 bis 2013 einen Zuwachs von 38,5 Prozent verzeichneten und die darin enthaltenen Personalkosten einen Zuwachs von 31,7 Prozent²⁹. Die Ausgaben der Krankenkassen für die baden-württembergischen Krankenhäuser haben sich im selben Zeitraum allerdings um 48,1 Prozent erhöht (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Entwicklung von stationären Gesamtkosten, Personalkosten und GKV–Aufwendungen in Baden–Württemberg in Mrd. Euro im Zeitverlauf³⁰

Jahr	Brutto-Gesamtkosten	Personalkosten	GKV-Aufwendungen
2005	6,803	5,277	5,305
2006	6,981	5,316	5,342
2007	7,342	5,452	5,399
2008	7,594	5,619	5,606
2009	8,100	5,974	6,131
2010	8,371	6,208	7,060
2011	8,684	6,450	7,288
2012	9,022	6,701	7,616
2013	9,423	6,949	7,854
prozentuale Veränderung	+ 38,5 %	+31,7 %	+48,1 %

Schaubild 5: Entwicklung von stationären Gesamtkosten, Personalkosten und GKV-Aufwendungen in Baden-Württemberg in Mrd. Euro im Zeitverlauf



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 Beitragszahler nicht hinreichend effizient und zielgerichtet eingesetzt werden können. 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. Bereits 2006 hat die Expertenkommission zur Zukunft der Krankenhausstruktur Baden–Württemberg allerdings festgestellt, dass die Investitionskostenquote mindestens zehn Prozent betragen sollte.³¹ 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.

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.³² 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 aufgebrachten Beitragsmittel der Versicherten zweckentfremdet. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass ökonomische Aspekte Einfluss auf medizinische Entscheidungen nehmen.

Nur der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass auch der vom Krankenhaus–Strukturgesetz vorgesehene Strukturfonds 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 beför–

dern und die Behandlungsqualität zu steigern. Er wird aber die ihnen zu Grunde liegenden Ursachen nicht beseitigen.

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 können sachgerecht ausgestaltete Sicherstellungszuschläge sein. Sie sollten Krankenhäusern und Leistungsangeboten zu Gute kommen, deren Betrieb gefährdet ist und bei deren Wegfall tatsächlich eine Versorgungslücke droht.

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

2.3. Qualitätssicherung im Wettbewerb

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

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 Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen geschaffen hat und darüber hinaus mit dem Krankenhaus–Strukturgesetz die Systematik der Qualitätsmessung und Qualitätssicherung grundsätzlich neu ordnet.

2.3.1. Messung und Transparenz von Qualität im Krankenhaus

Das Krankenhaus–Strukturgesetz 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. Hinsichtlich des gemeinsamen und einheitlichen Abschlusses von Versorgungsverträgen durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen wird eine entsprechende Regelung eingeführt.

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 Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen 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 fallen 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.

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

Die konsequente Qualitätsorientierung des Krankenhaus–Strukturgesetzes 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 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 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.

2.4. 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 eigenständige 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.

2.5. Krankenhaushygiene verbessern

Die Verordnung des Sozialministeriums über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygVO) ist seit 20.07.2012 in Baden–Württemberg 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 auf³³, die zu verzögerten Heilungsprozessen, der Einnahme zusätzlicher Medikamente mit Nebenwirkungen sowie 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 Hygienerichtlinien, Fortbildungen für medizinisches Personal und einen Mindeststandard bei der Verfügbarkeit von Händedesinfektionsmittel grundsätzlich verbessert und die Übertragung von Infektionserregern auf Patienten verhindert werden.

Die Krankenkassen 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 befürworten, 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: Es sind meistens die Strukturen, die zu Ausbrüchen führen, Fehler begünstigen und letzten Endes die Patientenschäden mitbedingen. Dies sind beispielsweise bauliche Defizite, zu wenig Pflegestellen, schlechte Reinigung oder ungenügende Aufbereitung von Medizinprodukten.³⁴

Eine verbesserte Situation in den Krankenhäusern wird nur durch eine bundesweit einheitliche und verbesserte Überwachung zu erreichen sein, 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 Hygienelehrstühle (wieder) einzurichten. Auch im Bereich der Patientenedukation besteht Handlungsbedarf, damit grundlegende hygienische Regeln beachtet werden.

3. Fazit

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

- Die B 52–Verbändekooperation Baden–Württemberg bekennt sich ausdrücklich zu einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Versorgung mit Krankenhäusern, in deren Fokus das Wohl der Patienten stehen muss. Sie erkennt an, dass in Baden–Württemberg zur Erreichung dieses Ziels bereits große Anstrengungen unternommen wurden. Nichtsdestotrotz sind weitere strukturelle Maßnahmen zum Abbau von weiterhin bestehender Fehlversorgung unerlässlich.
- Es gilt, die Möglichkeiten, die das Krankenhaus–Strukturgesetz zukünftig eröffnen wird, aktiv zu nutzen. Dazu zählt insbesondere die qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Krankenhausplanung. Das Land soll sich zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss 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.
- Zudem erscheint es zur Beschleunigung der notwendigen Marktbereinigung und Markkonzentration geboten, die finanziellen Mittel des Strukturfonds durch entsprechende Kofinanzierung möglichst vollumfänglich auszuschöpfen.
- 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.

- 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 im unteren Toleranzbereich sind mit Abschlägen zu belegen. Bei unzureichender Qualität muss – ergänzend zu prospektiven Planungsentscheidungen – die Möglichkeit zur vollständigen Rechnungskürzung bestehen.
- Die Finanzierung der Krankenhäuser wird gegenwärtig zu 95 Prozent von den Krankenkassen und zu fünf Prozent vom Land getragen. Das Land muss den Investitionskostenanteil deutlich auf mindestens zehn Prozent erhöhen, damit die Krankenhäuser den notwendigen Struktur Anpassungen nachkommen können.
- Die B 52–Verbändekooperation 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.
- Zur Überwindung der sektoralen Versorgungsgrenzen müssen die ambulante und die stationäre Versorgung besser miteinander verzahnt werden. Hier kann eine intensiviertere 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.

4. Quellennachweise:

- ¹ Pressemitteilung der Baden–Württembergischen Krankenhausgesellschaft vom 27.04.2015 zum BWKG–Indikator 1/2015
- ² Erhebung der vdek–Landesvertretung Baden–Württemberg, Stand: August 2015
- ³ Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1 (2014); eigene Berechnungen
- ⁴ Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1 (2014); Statistisches Landesamt Baden–Württemberg, Pressemitteilung Nr. 211/2015 vom 11. August 2015; Erhebung der vdek–Landesvertretung Baden–Württemberg; eigene Berechnungen
- ⁵ Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1 (2014); eigene Berechnungen
- ⁶ Statistisches Landesamt Baden–Württemberg, Pressemitteilung Nr. 211/2015 vom 11. August 2015
- ⁷ Statistisches Bundesamt, „Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung 2013“
- ⁸ Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 393 vom 11.11.2014
- ⁹ eigene Erhebung (www.perinatalzentren.org)
- ¹⁰ heute: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
- ¹¹ Gutachterliche Stellungnahme „Grundlagen eines Vertrags zu „Mindestmengen“ nach § 37 Absatz 3 SGB V“ vorgelegt vom Fachbereich Sozialmedizin des MDS am 30.10.2002
- ¹² IGES Institut, G–DRG–Begleitforschung nach § 17b Abs. 8 KHG – Endbericht des 3. Forschungszyklus (2008 bis 2010), März 2013
- ¹³ Statistisches Bundesamt, „Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung 2014“; eigene Berechnungen
- ¹⁴ Für das Bundesgebiet ist davon auszugehen, dass die Mengenentwicklung nur zu etwa $\frac{1}{3}$ demografiegetrieben ist und zu $\frac{2}{3}$ durch ungewollte Anreizwirkungen verursacht wird. In Baden–Württemberg ist die Mengenentwicklung weniger stark ausgeprägt. Dennoch muss auch hier gegengesteuert werden.
- ¹⁵ Bundesgesundheitsministerium, Gesetzliche Krankenversicherung – Endgültige Rechnungsergebnisse 2014, Stand: 23.06.2015
- ¹⁶ Krankenhaus Rating Report 2015: ‚Bad Bank‘ für Krankenhäuser – Krankenhausausstieg vor der Tür?
- ¹⁷ Krankenhaus Rating Report 2015: ‚Bad Bank‘ für Krankenhäuser – Krankenhausausstieg vor der Tür? sowie Krankenhaus Rating Report 2013: Krankenhausversorgung zwischen Euro–Krise und Schuldenbremse
- ¹⁸ 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.
- ¹⁹ Bekanntmachungen des Bundesgesundheitsministeriums nach § 71 Abs. 3 SGB V
- ²⁰ Bekanntmachungen des Bundesgesundheitsministeriums nach § 71 Abs. 3 SGB V
- ²¹ Erhebung der vdek–Landesvertretung Baden–Württemberg; eigene Berechnungen
- ²² Bundesgesundheitsministerium, Kennzahlen und Faustformeln zur Gesetzlichen Krankenversicherung (KF15Bund) – Stand Juni 2015; eigene Berechnungen

- ²³ Bundesgesundheitsministerium, Kennzahlen und Faustformeln zur Gesetzlichen Krankenversicherung (KF1 5Bund) – Stand Juni 2015; eigene Berechnungen
- ²⁴ Erhebung der vdek–Landesvertretung Baden–Württemberg
- ²⁵ Erhebung der vdek–Landesvertretung Baden–Württemberg
- ²⁶ Staatshaushaltsplan Baden–Württemberg 2015/2016 – Einzelplan 09; Statistisches Landesamt Baden–Württemberg „Bevölkerung Baden–Württembergs am 31. Dezember 2013“; eigene Berechnungen
- ²⁷ Staatshaushaltspläne Baden–Württemberg 2004 – 2016 – Einzelplan 09; Erhebung der vdek–Landesvertretung Baden–Württemberg; eigene Berechnungen
- ²⁸ Erhebung der vdek–Landesvertretung Baden–Württemberg; eigene Berechnungen
- ²⁹ Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.3 Kostennachweis der Krankenhäuser (2005 und 2013); eigene Berechnungen
- ³⁰ Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.3 Kostennachweis der Krankenhäuser (2005 bis 2013); Erhebung der vdek–Landesvertretung Baden–Württemberg
- ³¹ Bericht der Expertenkommission der Landesregierung „Zukunft der Krankenhausstruktur Baden–Württemberg“, Mai 2006
- ³² konkreter Anmeldestand zuzüglich angekündigter zusätzlicher Anmeldestand in den kommenden Jahren
- ³³ BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2015 – Beiträge und Analysen: S. 48
- ³⁴ 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.

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, Bundesknappschaft

Gerd Ludwig, IKK classic

Walter Scheller, Verband der Ersatzkassen e. V.