

## **Antrag**

**der Abg. Jochen Haußmann u. a. FDP/DVP**

**und**

## **Stellungnahme**

**des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung,  
Familie, Frauen und Senioren**

### **Krankenhäuser in Baden-Württemberg: Situation und Weiterentwicklung**

Antrag

Der Landtag wolle beschließen,  
die Landesregierung zu ersuchen,

I. zu berichten,

1. wie sich die Anzahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten sowie die Umsatzerlös- und Gewinnsituation gegliedert nach Größenklassen und Trägerschaft mit Angabe des jeweiligen Auslastungsgrads in den letzten zehn Jahren entwickelt haben;
2. wie sie die Effizienz der Krankenhausstrukturen vor dem Hintergrund der Krankenhausbehandlungskosten je Krankenhausfall nach ihrem Kenntnisstand im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt bewertet;
3. ob sie den Krankenhausplan 2010 für geeignet erachtet, um ausschließlich bedarfsnotwendige Krankenhäuser und Fachgebiete auszuweisen und zu etablieren;
4. ob sie die Angebotsstruktur für bestimmte spezialisierte Leistungen, wie z. B. die Versorgung von Frühchen, Gelenkersatzoperationen oder Linksherzkathetermessplätze in qualitativer und ökonomischer Hinsicht als optimal bzw. bedarfsgerecht bezeichnet;
5. in welcher Höhe sich die Krankenhäuser trotz der formalen Trennung aufgrund des dualen Systems an der Finanzierung notwendiger Investitionen beteiligen (Quersubventionierungen aus den Fallpauschalen zur Deckung von Investitionen);

6. ob sie eine monistische Finanzierung von Betriebsmitteln und Investitionen als geeigneter ansehen würde, um Krankenhäusern eine ausreichende Finanzierungsbasis zu verschaffen;
  7. welcher weitere Handlungsbedarf nach ihrer Einschätzung im Hinblick auf das Informationsangebot der Krankenhäuser für Patientinnen und Patienten und insbesondere auf Fehlerkultur, Befragungen von Patientinnen und Patienten besteht;
  8. welche Erfolge bisher im Kampf gegen multiresistente Erreger erreicht wurden und was sie darüber hinaus plant;
  9. ob aus ihrer Sicht die im Krankenhausfinanzierungsgesetz und im Krankenhausentgeltgesetz bisher enthaltenen Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen als geeignetes Mittel zur Lösung aktueller Finanzierungsprobleme einzelner Krankenhäuser im Land ausreichen;
  10. welchen Weiterentwicklungsbedarf sie bezüglich des Landeskrankenhausausschusses sieht, um dort stärker als bisher über den Einzelfall hinausgehende Erörterungen gemeinsam mit den Partnern der Selbstverwaltung zur Fortentwicklung der Krankenhausstruktur im Land zu ermöglichen;
- II. den Landeskrankenhausausschuss bzw. den sektorenübergreifenden Landesbeirat so weiterzuentwickeln, dass über qualitätsorientierte und sektorenübergreifend koordinierende Zielvereinbarungen im Wettbewerb für ganz Baden-Württemberg wirtschaftlich dauerhaft tragfähige Angebotsstrukturen gebildet werden können.

18.07.2013

Haußmann, Grimm, Dr. Rülke, Dr. Kern, Dr. Bullinger FDP/DVP

#### Begründung

Die Situation der Krankenhäuser im Land stellt sich differenziert dar. Während ein Teil mit Gewinn oder kostendeckend arbeitet, werden auf der anderen Seite Verluste beklagt. Insgesamt soll die Gesundheitsversorgung sektorenübergreifender als bisher ausgestaltet werden und insbesondere für den ländlichen Raum werden neue Ansätze diskutiert. Die derzeit bestehende Gesamtstruktur wird von wesentlichen Akteuren als verbesserungswürdig bezeichnet. Das Land ist für die Struktur und Investitionsförderung zuständig. Bei der Weiterentwicklung der Angebotsstruktur soll auf wettbewerbliche Instrumente gesetzt werden, die dirigistischen Ansätzen stets überlegen sind, da sie neben mehr Qualität auch mehr Wirtschaftlichkeit generieren.

## Stellungnahme

Mit Schreiben vom 15. August 2013 Nr. 56-141.5/15/3862 nimmt das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren zu dem Antrag wie folgt Stellung:

*Der Landtag wolle beschließen,  
die Landesregierung zu ersuchen,*

*I. zu berichten,*

*1. wie sich die Anzahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten sowie die Umsatzerlös- und Gewinnsituation gegliedert nach Größenklassen und Trägerschaft mit Angabe des jeweiligen Auslastungsgrads in den letzten zehn Jahren entwickelt haben;*

In den nachstehenden Tabellen ist dargestellt, wie sich die Anzahl der Krankenhäuser sowie die Anzahl der Betten in den letzten 10 Jahren entwickelt haben. In Baden-Württemberg ist in diesem Zeitraum die Anzahl der Krankenhäuser um 53 und die Anzahl der Betten um 7.256 zurückgegangen. Das bedeutet aber nicht, dass 53 Krankenhausstandorte weggefallen sind, da sich verschiedene Krankenhäuser zu einheitlichen Krankenhäusern zusammengeschlossen haben, d. h. ein Krankenhaus mit 2 Standorten an denen jeweils medizinische Schwerpunkte gebildet wurden.

Zahlen über die Auslastung der Krankenhäuser liegen dem Sozialministerium bis zum Jahr 2011 vor.

Krankenhäuser unter freigemeinnütziger Trägerschaft

Jahr	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Krankenhäuser bis 200 Betten</b>	46	44	42	42	42	41	40	42	40	38
<b>Anzahl der Betten</b>	3.079	2.945	2.760	2.875	2.872	2.713	2.672	2.828	2.696	2.660
<b>Bettennutzungsgrad*</b>	70,7%	72,4%	70,6%	71%	70,2%	70,8%	72%	74,2%		
<b>Krankenhäuser von 201 bis 400 Betten</b>	9	9	9	8	8	7	8	8	7	7
<b>Anzahl der Betten</b>	2.153	2.153	2.188	2.016	2.016	1.671	1.896	2.095	2.095	1.845
<b>Bettennutzungsgrad*</b>	73,4%	73,5%	71,4%	71,5%	69,6%	71,1%	72%	68,9%		
<b>Krankenhäuser ab 401 Betten</b>	11	11	11	11	11	12	12	11	12	11
<b>Anzahl der Betten</b>	6.291	6.291	6.231	6.466	6.466	6.790	6.790	6.089	6.089	6.029
<b>Bettennutzungsgrad*</b>	73,4%	74,2%	73,7%	72,9%	73,6%	75,2%	74,5%	74,9		
<b>Betten Insgesamt</b>	11.523	11.389	11.179	11.357	11.354	11.174	11.358	11.012	10.880	10.534

## Öffentlich getragene Krankenhäuser

Jahr	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Krankenhäuser bis 200 Betten</b>	52	50	48	49	47	41	41	43	36	36
<b>Anzahl der Betten</b>	5.462	5.255	5.160	5.136	4.836	4.328	4.343	4.234	3.389	3.327
<b>Bettennutzungsgrad*</b>	68,9%	66,6%	68%	68,9%	70,6%	69,5%	68,6%	69,1%		
<b>Krankenhäuser von 201 bis 400 Betten</b>	51	52	45	43	40	38	36	32	32	31
<b>Anzahl der Betten</b>	14.600	15.194	13.042	12.545	11.594	11.155	10.722	9.575	9.697	9.354
<b>Bettennutzungsgrad*</b>	73,3%	74,4%	74%	75,5%	74,4%	74,7%	73,9%	75%		
<b>Krankenhäuser ab 401 Betten</b>	35	30	30	28	30	31	30	31	31	32
<b>Anzahl der Betten</b>	25.747	23.962	23.213	23.394	24.770	24.790	24.480	25.216	25.417	26.049
<b>Bettennutzungsgrad*</b>	74,6%	77,1%	77,7%	77,8%	79,1%	81,3%	82,3%	82,4%		
<b>Betten Insgesamt</b>	45.809	44.411	41.415	41.075	41.200	40.273	39.545	39.025	38.503	38.730

## Privat getragene Krankenhäuser

Jahr	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Krankenhäuser bis 200 Betten</b>	67	68	68	70	68	69	67	64	64	62
<b>Anzahl der Betten</b>	3.994	3.992	4.146	4.091	4.056	4.224	4.151	4.006	4.236	3.984
<b>Bettennutzungsgrad*</b>	78,2%	76,1%	75,3%	75,9%	75,9%	75,8%	76%	76,6%		
<b>Krankenhäuser von 201 bis 400 Betten</b>	2	2	3	3	3	1	1	1	1	1
<b>Anzahl der Betten</b>	725	725	716	723	723	355	355	355	355	355
<b>Bettennutzungsgrad*</b>	79,6%	83,1%	81,9%	81,4%	84%	69,6%	70,6%	67,7%		
<b>Krankenhäuser ab 401 Betten</b>	--	--	1	1	1	2	2	2	2	2
<b>Anzahl der Betten</b>	--	--	500	500	500	908	908	908	908	917
<b>Bettennutzungsgrad*</b>	--	--	80,2%	76,2%	79%	82,4%	83,5	82,6%		
<b>Betten Insgesamt</b>	4.719	4.717	5.362	5.314	5.279	5.449	5.414	5.269	5.499	5.531

\* Quelle: Statistisches Bundesamt und eigene Berechnungen

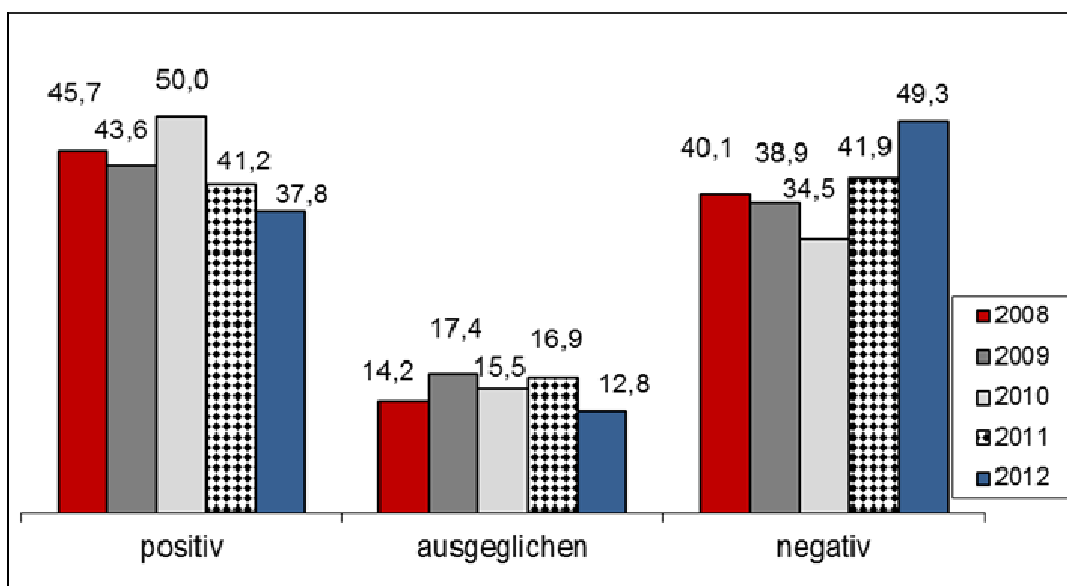
Dem Sozialministerium liegen keine Zahlen über die Umsatzerlös- und Gewinn-situation der einzelnen Krankenhäuser vor. Jedoch befragt die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG) halbjährlich die Geschäftsführer ihrer Mitgliedseinrichtungen zu den wirtschaftlichen Ergebnissen der Einrichtungen und den Erwartungen für die Zukunft (BWKG-Indikator). An der Umfrage beteiligen sich jedes Mal etwa zwei Drittel der Krankenhäuser, sodass die BWKG von einer hohen Repräsentativität ausgeht. Mittlerweile stehen im Rahmen des „BWKG-Indikators“ Zahlen für die Jahre 2008 bis 2012 zur Verfügung:

BWKG-Indikator: Ergebnisse der Gewinn- und Verlustrechnungen der Krankenhäuser (insgesamt) in Baden-Württemberg

	2008	2009	2010	2011	2012*
positiv	45,7 %	43,6 %	50,0 %	41,2 %	37,8 %
ausgeglichen	14,2 %	17,4 %	15,5 %	16,9 %	12,8 %
negativ	40,1 %	38,9 %	34,5 %	41,9 %	49,3 %

\* erwartet

Ergebnisse der Gewinn- und Verlustrechnungen 2008 bis 2012 (2012 erwartet)  
Krankenhäuser insgesamt – in Prozent



Eine Differenzierung der Zahlen des BWKG-Indikators nach Größenklassen und Trägerarten ist nicht möglich.

2. wie sie die Effizienz der Krankenhausstrukturen vor dem Hintergrund der Krankenhausbehandlungskosten je Krankenhausfall nach ihrem Kenntnisstand im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt bewertet;

Die Krankenhausstrukturen in Baden-Württemberg wurden in den letzten Jahren sukzessiv entsprechend den Erfordernissen weiterentwickelt. Zum Beispiel wurde die Bettenzahl seit dem Jahr 2000 um rd. 8.800 reduziert. Zudem wurde mit dem Krankenhausplan 2010 die Rahmenplanung umgesetzt, die auf eine Ausweisung von konkreten Bettenzahlen für die meisten medizinischen Fachgebiete verzichtet. Den Krankenhäusern wird lediglich eine Gesamtbettenzahl zugewiesen. Dies ermöglicht den Krankenhäusern entsprechend flexibel auf die nachgefragten Leistungen zu reagieren.

Krankenhäuser stehen grundsätzlich im qualitativen und wirtschaftlichen Wettbewerb zueinander. Jedoch haben viele Krankenhausträger erkannt, dass die Abstimmung von Leistungsangeboten viele Vorteile bietet und haben daher – in unterschiedlicher Form – Kooperationen vereinbart. Das Land versucht frühzeitig auf solche Kooperationen hinzuwirken und setzt die Krankenhausplanung und Krankenhausförderung nach Möglichkeit entsprechend ein.

Aufgrund der vorgenommenen Strukturanpassungen steht in Baden Württemberg eine gut ausgebaute und qualitativ hochstehende Krankenhausversorgung zur Verfügung. Dies wird auch in einer Studie des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) bestätigt. In dieser Studie des RWI wird u. a. dar-

gelegt, dass die Zahl der Krankenhausfälle sowie die Krankenhausbehandlungskosten pro Einwohner in Baden-Württemberg bundesweit mit deutlichem Abstand am geringsten sind.

	<b>Kosten pro Einwohner</b>
Bundesdurchschnitt	882 Euro
Baden-Württemberg	772 Euro

Auch im Barmer GEK Report Krankenhaus 2013 wird ausgeführt: „Die geringsten Fallzahlen (jeweils unter 200 Fälle je 1.000 Versicherungsjahre) finden sich in Bremen und Baden-Württemberg, die höchsten (jeweils mehr als 230 Fälle je 1.000 Versicherungsjahre) in Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. (...) Gemessen an den erfassten Ausgaben für die vollstationären Krankenhausbehandlungsfälle erscheint nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen die stationäre Versorgung in Baden-Württemberg mit Kosten von unter 700 Euro je Versicherungsjahr am günstigsten (gefolgt von Sachsen mit 741 Euro) und im Saarland mit durchschnittlichen jährlichen Aufwendungen von 864 Euro je Versichertem am teuersten.“

Der einzelne Krankenhausfall ist im Vergleich zum Bundesdurchschnitt zwar kostengünstiger, jedoch ist davon auszugehen, dass in Baden-Württemberg aufgrund der niedrigen Krankenhaushäufigkeit insbesondere kostenintensive Fälle behandelt werden. Hinzu kommt, dass die Personalkosten in Baden-Württemberg im Bundesvergleich höher sind, da der Wettbewerb um Pflegekräfte aufgrund der vergleichsweise geringen Arbeitslosigkeit ausgeprägter ist als in anderen Bundesländern.

*3. ob sie den Krankenhausplan 2010 für geeignet erachtet, um ausschließlich bedarfsnotwendige Krankenhäuser und Fachgebiete auszuweisen und zu etablieren;*

Im Rahmen der Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes (LKHG) im Jahr 2007 wurden die gesetzlichen Grundlagen des baden-württembergischen Krankenhausplans neu gefasst. Nach § 6 Abs. 1 LKHG ist er als Rahmenplan angelegt und enthält allgemeine Zielsetzungen sowie Kriterien zur Investitionsförderung. Die Einzelfestsetzungen für jedes Krankenhaus umfassen den Standort, die Fachgebiete und die Gesamtzahl der Planbetten. Daneben kann entsprechend planerischen Erfordernissen auch die Zahl der Planbetten je Fachgebiet, die Zuweisung besonderer Aufgaben sowie die Zusammenarbeit mehrerer Krankenhäuser festgelegt werden. Der vom Land vorgegebene Rahmen wird gemäß § 11 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) von den Vertragsparteien vor Ort ausgefüllt.

Krankenhausplanung ist ein dynamischer und langfristiger Planungs- und Entwicklungsprozess unter besonderer Berücksichtigung der jeweiligen örtlichen und regionalen Gegebenheiten. Dabei kommt Aspekten wie beispielsweise der Sicherstellung der flächendeckenden bedarfsgerechten Versorgung, der medizinischen Leistungsfähigkeit und Zweckmäßigkeit, der möglichst effizienten und wirtschaftlichen Leistungserbringung, der Sicherung der Notfallversorgung, der Vielfalt der Krankenhausträger und der sinnvollen regionalen und fachlichen Aufgabenteilung zwischen den medizinischen Leistungserbringern große Bedeutung zu. Zudem sind die Krankenhäuser wichtiger Fixpunkt der sich auf örtlicher Ebene immer stärker entwickelnden Gesundheitszentren, die im Sinne der Patientenorientierung eine durchgängige Versorgungskette in einem breiten Gesundheitsnetzwerk bilden.

Die Fortschreibung der jeweiligen krankenhauserplanerischen Vorgaben erfolgt stets in enger Abstimmung mit dem Krankenhausträger und den Vorort Verantwortlichen bzw. nach eingehender Beratung im Landeskrankenhausausschuss. Die Ermittlung des künftigen Versorgungs- und Bettenbedarfs für den einzelnen Krankenhausstandort ergibt sich durch Anwendung der allgemein anerkannten Burton-Hill-Formel unter Einbeziehung der planerischen Richtwerte der Bettennutzung. Auch ist in Baden-Württemberg auf der Grundlage der dualen Krankenhausfinanzierung eine enge Verknüpfung der Krankenhausplanung mit der Krankenhausförderung gegeben.

Die für jedes Krankenhaus getroffenen Festsetzungen stehen stets unter dem Vorbehalt der gesetzlich vorgeschriebenen Anpassung an aktuelle Entwicklungen. Daraus folgt, dass fortlaufend planerische Festsetzungen für Krankenhäuser oder Teile davon, die nicht mehr medizinisch leistungsfähig, kostengünstig oder bedarfsnotwendig sind, aufgrund von Einzelentscheidungen der Krankenhausplanungsbehörde geändert bzw. aufgehoben werden können (vergl. § 7 Abs. 4 LKHG). Das Verzeichnis der zugelassenen Krankenhäuser mit ihrem Versorgungsauftrag wird jährlich mit aktualisiertem Stand zum 1. Januar des jeweiligen Jahres auf der Internetseite des Sozialministeriums veröffentlicht.

Da der Krankenhausplan 2010 bezüglich einzelner Standorte einer laufenden, sich immer neu ergebenden Entwicklungen Rechnung tragenden Aktualisierung unterliegt und er daneben durch verschiedene medizinische, bedarfsplanerisch gebotene und geeignete Fachplanungen (z. B. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Schlaganfallversorgung sowie neurologische Frührehabilitation Phase B) ergänzt wird, bietet er eine gute Grundlage, die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

*4. ob sie die Angebotsstruktur für bestimmte spezialisierte Leistungen, wie z. B. die Versorgung von Frühchen, Gelenkersatzoperationen oder Linksherzkathetermessplätze in qualitativer und ökonomischer Hinsicht als optimal bzw. bedarfsgerecht bezeichnet;*

Wie bereits unter Ziffer 3 ausgeführt, unterliegen die meisten somatischen Fachgebieten gem. § 6 LKHG grundsätzlich der Rahmenplanung. Das Land verzichtet grundsätzlich darauf, den Versorgungsauftrag von Krankenhäusern bis ins Detail festzulegen. Nur in Ausnahmefällen wird eine Fachplanung vorgenommen, dabei handelt es sich in der Regel um hochspezialisierte Behandlungsangebote, die auf der anderen Seite nur in relativ geringer Zahl indiziert sind wie beispielsweise die Neurologische Frührehabilitation Phase B. Es erfolgt keine Planung einzelner diagnostischer Verfahren (Linksherzkatheter) oder häufiger Routineeingriffe (operativer Gelenkersatz).

Die Vergütung der jeweiligen Leistungen erfolgt auf Grundlage des G-DRG-System (German-Diagnosis Related Groups-System), wodurch jeder stationäre Behandlungsfall mittels einer entsprechenden DRG-Fallpauschale vergütet wird. Mit der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des DRG-Systems wurden die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (DKG, GKV und PKV) gesetzlich beauftragt. Die Selbstverwaltungspartner haben diese Aufgaben dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) als deutsches DRG-Institut übertragen. Das InEK definiert die Fallgruppen, passt diese an und legt Kodierrichtlinien fest. Zudem kalkuliert das InEK die jeweilige Fallpauschale anhand der gemeldeten realen Kosten sogenannter Kalkulationskrankenhäuser jährlich neu. Dadurch ergibt sich ein sogenanntes Relativgewicht für jede DRG; multipliziert mit dem Landesbasisfallwert erhält man dann die Vergütung für diese Leistung. Ob diese für die einzelne Klinik kostendeckend ist, hängt von der individuellen Kostenstruktur dieser Klinik ab.

Hinsichtlich qualitativer Aspekte hat der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen umfangreiche Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität von Perinatalzentren gemacht, die von diesen Zentren verpflichtend einzuhalten sind. Hinsichtlich der Ergebnisqualität weist der „Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung“ der Bertelsmann Stiftung 2011 für die Perinatalsterblichkeit in Baden-Württemberg im Zeitraum 2005 bis 2009 mit von 493 auf 100.000 Geborene den zweitniedrigsten Wert der Bundesrepublik aus. Die Perinatalsterblichkeit (gemessen als Zahl der Säuglingstodesfälle in den ersten 7 Lebenstagen sowie der totgeborenen Feten mit einem Geburtsgewicht von mindestens 500 Gramm bezogen auf 100.000 Geborene) ist zwischen 2005 und 2009 in Baden-Württemberg im Gegensatz zu etlichen anderen Bundesländern weiter zurückgegangen. Dies spricht für eine hohe Qualität in der Versorgung der Früh- und Neugeborenen in Baden-Württemberg.

Hinsichtlich der Endoprothetik weisen die Erhebungen der AOK (Versorgungsatlas) und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie eine deutlich geringere Versorgungsrate mit Knieendoprothesen in den Jahren 2005 bis 2011 in Baden-Württemberg im Vergleich zu Bayern aus. Von einer Unterversorgung ist jedoch nicht auszugehen.

Endoprothesen-Implantation und -wechsel sowie Koronarangiographie und perkutane Koronarangiographie sind von der verpflichtenden externen Qualitätssicherung der Krankenhäuser gem. §§ 135 a und 137 Sozialgesetzbuch V erfasst. Entsprechende Indikatoren müssen seit 2012 in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden und sind so für Patienten direkt oder über Suchmaschinen zugänglich. Eine gezielte Krankenhauswahl beispielsweise unter den Aspekten Fallzahl und Komplikationsraten ist für elektive Eingriffe somit möglich.

*5. in welcher Höhe sich die Krankenhäuser trotz der formalen Trennung aufgrund des dualen Systems an der Finanzierung notwendiger Investitionen beteiligen (Quersubventionierungen aus den Fallpauschalen zur Deckung von Investitionen);*

Der Finanzierungsanteil der Krankenhäuser an ihren Bauprojekten/Investitionen ist individuell verschieden. Weder die Betragshöhe noch der prozentuale Anteil kann beziffert werden.

Die Krankenhäuser erhalten für ihre Investitionen die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz vorgesehene

- Einzelförderung (für Errichtungs- und Umbaumaßnahmen sowie für die Erstbeschaffung von Einrichtung und Ausstattung)
- Pauschalförderung (für die Wiederbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern und den kleinen Bauaufwand).

Für Instandhaltungsmaßnahmen stehen nach der Abgrenzungsverordnung den Krankenhäusern innerhalb ihrer Budgets in beschränktem Umfang Finanzierungsmittel zur Verfügung.

Die Höhe der Einzelförderung wird in einer detaillierten Prüfung der Förderanträge durch den Landesbetrieb Vermögen und Bau Baden Württemberg und dem Sozialministerium ermittelt.

Hierbei müssen auch die nicht einzelförderfähigen Kosten wie

- Kosten für die Wiederbeschaffung der kurzfristigen Anlagegüter
- Kosten für Instandhaltung
- Kostenminderungen wie z. B. überzogener Standard, überhöhte Kostenansätze
- nicht förderfähige Kosten wie z. B. Überflächen, nicht förderfähige Flächen/Betriebsstellen, nicht erforderliche technische Einrichtungen usw.

ermittelt werden.

*6. ob sie eine monistische Finanzierung von Betriebsmitteln und Investitionen als geeigneter ansehen würde, um Krankenhäusern eine ausreichende Finanzierungsbasis zu verschaffen;*

In Baden-Württemberg wird im Einklang mit der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft sehr intensiv die duale Krankenhausfinanzierung mit einer starken Einzelförderung von Krankenhausinvestitionen praktiziert. Die entsprechenden Investitionsmittel wurden durch die grün-rote Landesregierung in den letzten Jahren deutlich erhöht; insgesamt stehen in Baden-Württemberg in den Jahren 2013 und 2014 zusammen knapp 800 Mio. Euro für die Förderung von Krankenhausinvestitionskosten zur Verfügung.

Das System der dualen Krankenhausfinanzierung bzw. der staatlichen Investitionskostenförderung, zu dem sich die Landesregierung bekennt, hat viele systemische Vorteile und auch erhebliche Vorteile für die Krankenhausträger. Über die Einzelförderung von Investitionen können gezielte und krankenhauplanerisch



hinterlegte bauliche und strukturelle Verbesserungen in der stationären Versorgung erreicht werden; dies wäre über eine generell pauschale Verteilung der Mittel so nicht möglich. Für die Krankenhausträger bietet die Einzelförderung den großen Vorteil, dass eine langwierige Ansparphase entfällt und wichtige, zentrale Großprojekte zeitnah realisiert werden können. So wurde beispielsweise in Villingen-Schwenningen in diesem Jahr das neue, 750 Betten umfassende Zentralklinikum eingeweiht. Die Baukosten lagen bei rund 260 Mio. Euro, die Einzelförderung des Landes lag bei 104 Mio. Euro; daneben wird die jährliche Pauschalförderung des Landes bewilligt. Ohne diese Förderung des Landes hätte der Krankenhausträger das Vorhaben so nicht realisieren können. Bei einer monistischen Finanzierung hätte er über Jahre ansparen müssen, um einen gewissen Grundstock der Eigenbeteiligung zu erreichen. Krankenhausplanerisch wurden mit dem neuen Zentralklinikum letztlich insgesamt 5 Krankenhausstandorte im Schwarzwald-Baar-Kreis zusammengefasst. Dieses Beispiel belegt, wie wichtig das Zusammenspiel von aktiver Krankenhausplanung und staatlicher Förderung ist. Eine vom Land verantwortete Einzelförderung der Krankenhausinvestitionen ist damit auch Ausdruck der verfassungsrechtlich vorgegebenen staatlichen Versorgungsverantwortung.

*7. welcher weitere Handlungsbedarf nach ihrer Einschätzung im Hinblick auf das Informationsangebot der Krankenhäuser für Patientinnen und Patienten und insbesondere auf Fehlerkultur, Befragungen von Patientinnen und Patienten besteht;*

Zur Information für Patienten gibt es eine Vielzahl öffentlich zugänglicher Daten. Grunddaten zur stationären Versorgung werden vom Statistischen Landesamt Baden-Württemberg und dem Statistischen Bundesamt veröffentlicht. Seit dem Jahr 2005 sind Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, regelmäßig Qualitätsberichte zu veröffentlichen. Im Internet findet man die Qualitätsberichte aller ca. 2.000 deutschen Krankenhäuser in der Regel über die Internetseiten der Krankenkassen und ihrer Verbände sowie über die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Patientenorganisationen. Dort werden sogenannte „Kliniksuchmaschinen“ angeboten. Die Veröffentlichungen sind sehr umfangreich und detailliert. Auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses wird eine Hilfestellung für das tiefere Verständnis der Qualitätsberichte angeboten. Objektive Informationen über Vor- und Nachteile medizinischer Leistungen sind über das Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zu erhalten, welches seit 2004 Vor- und Nachteile medizinischer Leistungen für Bürgerinnen und Bürger überprüft und die Ergebnisse veröffentlicht.

Hinsichtlich einer offenen Fehlerkultur und der Einführung von Risikomanagementsystemen ist einer Studie des Instituts für Patientensicherheit in Bonn aus dem Jahr 2012 zu entnehmen, dass wesentliche Elemente einer neuen Fehlerkultur umgesetzt werden. In 75 % der befragten Krankenhäuser finden Fallkonferenzen zu kritischen Vorfällen statt, fast zwei Drittel der befragten Krankenhäuser haben externe Beratung bei der Planung und Umsetzung von Risikomanagement in Anspruch genommen und fast 48 % der befragten Krankenhäuser haben eine lokale Risikoinformationsammlung (CIRS; Critical Incident Reporting System), die in 97 % der Fälle anonyme Meldungen ermöglicht.

Die (Beinahe-)Fehler in den Krankenhäusern sollen offen diskutiert werden, um aus ihnen lernen zu können. Zentraler Bestandteil dieser neuen Fehlerkultur ist es, dass die einzelnen Mitarbeiter die Vorfälle angstfrei melden können, ohne persönliche Konsequenzen befürchten zu müssen. Auch für die Krankenhäuser ist die Anonymität der Meldungen in einem bundesweiten CIRS von großer Bedeutung, da nur so mit ehrlichen Meldungen gerechnet werden kann. Dies ist auch die Basis dafür, dass hausübergreifend aus diesen Situationen gelernt werden kann. Kontraproduktiv wäre es, wenn den Krankenhäusern der neue, offenere Umgang mit Fehlern oder riskanten Vorfällen vorgeworfen wird. Die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft weist regelmäßig in ihrem Mitteilungsdienst auf den „Fall des Monats“ hin, der durch das „Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland“ veröffentlicht wird.

*8. welche Erfolge bisher im Kampf gegen multiresistente Erreger erreicht wurden und was sie darüber hinaus plant;*

Infektionen mit multiresistenten Krankheitserregern (MRE), die für die Patienten oft längere Behandlungszeiten, längere Krankenhausaufenthaltszeiten und zusätzliche Belastung durch eine verzögerte oder nicht eintretende Heilung bedeuten, haben in Deutschland in den letzten Jahren zugenommen. Die Weiterverbreitung von MRE erfolgt vor allem in den Einrichtungen des Gesundheitswesens wie Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheimen – aber auch durch ambulante Pflegedienste und in Arztpraxen.

Um einer Infektion mit MRE sachgerecht zu begegnen, wurden auf Bundes- und Landesebene umfangreiche rechtliche Regelungen getroffen. Mit Erlass einer Krankenhaushygieneverordnung (KHHygieneVO) im Jahr 2010 in Baden-Württemberg wurden rechtsverbindliche Hygienestandards in Krankenhäusern festgelegt. Durch das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes vom 28. Juli 2011 wurde eine Aktualisierung der Krankenhaushygieneverordnung durch die Verordnung des Sozialministeriums über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygVO) notwendig, in der rechtsverbindliche Hygienestandards neben Krankenhäusern für weitere medizinische Einrichtungen, in denen ein erhöhtes Risiko für nosokomiale Infektionen besteht, wie Einrichtungen für ambulantes Operieren, Dialysezentren und Tageskliniken festgelegt wurden.

In der MedHygVO wurde zusätzlich zu den bundesrechtlichen Vorgaben die Zusammenarbeit aller an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Dienste und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens in regionalen Netzwerken unter Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes aufgenommen. Die Netzwerkbildung hat sich schon als Bestandteil der KHHygieneVO bewährt.

Weitere Regelungen auf Bundesebene umfassen beispielsweise die Einrichtung einer Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) am Robert Koch-Institut, die Leitlinien zum rationalen Einsatz von Antibiotika erarbeiten soll oder die Kostenerstattung des Screenings und der Sanierung von MRSA im ambulanten Bereich. Im Rahmen der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) wurden zusätzlich Maßnahmen zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen bei Tieren ergriffen.

Im medizinproduktrechtlichen Bereich wurden mit Inkrafttreten der Verwaltungsvorschrift zum Medizinprodukterecht zum 1. Januar 2013 die Überwachungsintervalle für Krankenhäuser und ambulant operierende Einrichtungen verkürzt, sowie weitere Einrichtungen in eine anlassunabhängige Überwachung einbezogen.

Durch die oben beschriebenen Regelungen sind wesentliche Maßnahmen zur Eindämmung von MRE getroffen worden, sodass derzeit kein zusätzlicher Handlungsbedarf gesehen wird.

*9. ob aus ihrer Sicht die im Krankenhausfinanzierungsgesetz und im Krankenhausentgeltgesetz bisher enthaltenen Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen als geeignetes Mittel zur Lösung aktueller Finanzierungsprobleme einzelner Krankenhäuser im Land ausreichen;*

Rechtsgrundlage für die Gewährung eines Sicherstellungszuschlages ist § 5 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz i. V. m. § 17 b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Nach § 5 Abs. 2 KHEntgG ist Voraussetzung für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlages, dass die Vorhaltung von Leistungen zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung bei einem Krankenhaus notwendig ist, diese Leistungen jedoch aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbar sind.

Mit der Gewährung des Sicherstellungszuschlages sind allerdings zahlreiche, u. a. rechtliche und finanzierungstechnische Fragen verbunden. So ist gesetzlich und gerichtlich nicht abschließend geklärt, ob allein auf die kostendeckende Finanzierbarkeit der einzelnen Fachabteilung abzustellen ist oder auf die kostendeckende Finanzierbarkeit des gesamten Krankenhauses bzw. des Krankenhausverbundes. Auch erscheint der Abzug der Sicherstellungszuschläge vom Erlösvolumen

der anderen Krankenhäuser nicht gerechtfertigt. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben zudem die Empfehlungen für Maßstäbe, unter welchen Voraussetzungen der Tatbestand einer notwendigen Vorhaltung vorliegt sowie in welchem Umfang grundsätzlich zusätzliche Leistungen zu gewähren sind, bislang nicht erlassen.

Der Ausgleich von nicht kostendeckend finanzierten Leistungen in strukturschwachen und bevölkerungsarmen Gebieten über den Sicherstellungszuschlag wird den aktuellen, grundlegenden Problemen in der Krankenhausfinanzierung nicht hinreichend gerecht. Viele Krankenhäuser in Baden-Württemberg erwarten für das Jahr 2012 wegen einer unzureichenden Betriebskostenfinanzierung einen negativen Jahresabschluss. Deshalb ist eine grundlegende Reform der Betriebskostenfinanzierung notwendig.

*10. welchen Weiterentwicklungsbedarf sieht sie bezüglich des Landeskrankenhausausschusses, um dort stärker als bisher über den Einzelfall hinausgehende Erörterungen gemeinsam mit den Partnern der Selbstverwaltung zur Fortentwicklung der Krankenhausstruktur im Land zu ermöglichen;*

*II. den Landeskrankenhausausschuss bzw. den sektorenübergreifenden Landesbeirat so weiterzuentwickeln, dass über qualitätsorientierte und sektorenübergreifend koordinierende Zielvereinbarungen im Wettbewerb für ganz Baden-Württemberg wirtschaftlich dauerhaft tragfähige Angebotsstrukturen gebildet werden können.*

Im Landeskrankenhausausschuss werden neben den planerischen Neufestsetzungen für einzelne Krankenhäuser insbesondere auch der Krankenhausplan, die medizinischen Fachplanungen und die Jahreskrankenhausbauprogramme beraten. Daneben werden auch allgemeine Versorgungsfragen erörtert. Es ist damit eine Grundlage gegeben, um mit den Partnern der Selbstverwaltung im Landeskrankenhausausschuss die Fortentwicklung der Krankenhausstrukturen im Land zu beraten und so dauerhaft wirtschaftlich tragfähige Angebotsstrukturen zu bilden.

Der auf der Basis von § 90 a SGB V eingerichtete sektorenübergreifende Landesbeirat befasst sich – ausgehend von den Fragen der ambulanten ärztlichen Versorgung – zwar auch mit Schnittstellenfragen zum stationären Bereich. Er kann deshalb bei der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen im Land eine wichtige Unterstützungsfunktion einnehmen. Der sektorenübergreifende Landesbeirat hat derzeit jedoch lediglich beratende Funktion und kann keine verbindlichen Zielvereinbarungen treffen.

In Vertretung

Lämmle

Ministerialdirektor