

Antrag

des Abg. Jochen Haußmann u. a. FDP/DVP

und

Stellungnahme

des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration

Weiterentwicklung der Gesundheitsplanungen in Baden-Württemberg

Antrag

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

1. wie sie die Zielsetzung aus dem Koalitionsvertrag für die 17. Legislaturperiode des Landtags von Baden-Württemberg, wonach sie eine konsequente und langfristig angelegte Krankenhausstrukturpolitik, die sich an regionalen und überregionalen Versorgungsbedarfen orientiert, um die Krankenhausplanung nachhaltig, digital und inklusiv weiterzuentwickeln und dabei sektorenübergreifende Aspekte zu berücksichtigen, umsetzen wird;
2. mit welchen konkreten Maßnahmen sie dafür sorgen wird, dass Baden-Württemberg zum Vorreiter der Digitalisierung im Gesundheitswesen gemacht wird, insbesondere auch im Hinblick auf den öffentlichen Gesundheitsdienst;
3. wie sie die Entwicklung der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser im Zuge von spezialisierten Ambulanzen mit besonderen Versorgungsaufträgen, Allgemeiner Spezialfachärztlicher Versorgung (ASV) und ambulanten Operationen, stationersetzenden Behandlungen ab dem Jahr 2022 in Ergänzung zu den bestehenden stationersetzenden Eingriffen, dem Instrument der Ermächtigungen zur Schließung von Versorgungslücken vor Ort und singulären Versorgungsaufträgen beispielsweise im Zusammenhang mit der Notfallversorgung oder der Vermittlung von Terminen der Terminservicestelle, bewertet;
4. welche Herausforderungen sich für die Finanzierungssystematiken des Gesundheitssektors durch die Entwicklung einer sektorenunabhängigen ambulanten Versorgung ergeben;

5. wie sie sich bezüglich der drei Handlungsfelder der Bund-Länder-Arbeitsgruppe betreffend erstens den Umbau der Krankenhauslandschaft und Ausbau zu ambulanten Versorgungszentren, insbesondere in ländlichen Regionen, zweitens die Weiterentwicklung des gemeinsamen ambulanten fachärztlichen Versorgungsbereichs sowie drittens der Kooperation der Leistungserbringer und Koordination der Leistungen positioniert;
6. wie sie die Forderung nach Herstellung eines gemeinsamen sektorenunabhängigen Ordnungsrahmens durch Anpassung der Steuerungsmechanismen zur Planung der Leistungsmengen der ambulanten Versorgung unter dem Leitbild der Qualität und Wirtschaftlichkeit in einem gemeinsamen „3+1“-Gremium, bestehend aus Land, Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenkassen und Krankenhäusern bewertet, das Versorgungsaufträge gestuft nach Grund- und Basisversorgung, spezialisierter und hochspezialisierter Versorgung vergibt;
7. wie sie das im Jahr 2020 eingeführte Pflegebudget im Hinblick auf Differenzen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bei der Abrechnung und bei den Vertragsverhandlungen betreffend die Abgrenzung zwischen verbleibenden Fallpauschalen und dem Pflegebudget bewertet;
8. ob nach ihren Erkenntnissen die Fallpauschalen (DRG) Fehlanreize zu Mengenausweitungen und zum Anbieten vermeintlich lukrativer Operationen gesetzt haben sowie wie sie den Lösungsvorschlag der Ambulantisierung der DRG (differenzierte Bestimmung, wer wann und wo ambulante Leistungen zu welchem Preis erbringen darf) bewertet;
9. bis wann sie die bisherige Krankenhausplanung von einer Fachabteilungs- und Gesamtbettenplanung mit Struktur- und Prozessqualität zu einer um die Ergebnisqualität ergänzten Planung von Kapazitäten, Kompetenzen und Qualitäten unter Berücksichtigung von Vernetzung und Digitalisierung weiterentwickeln wird;
10. ob sie einen Masterplan zur Festlegung der Reihenfolge, für welche Versorgungsbereiche Mindestfallzahlen sowie die medizinischen Fachplanungen auf der Basis wissenschaftlich anerkannter Struktur- und Qualitätskriterien künftig die Grundlage für die Aufnahme in den Krankenhausplan sein werden, erarbeiten wird;
11. in welcher Weise sie telemedizinische Versorgungsangebote zum Gegenstand der Krankenhausplanung machen wird, nachdem auch aus Mitteln des Krankenhaus-Strukturfonds sowie des Krankenhauszukunftsfonds derzeit ein umfassendes sektorenübergreifendes telemedizinisches Versorgungsnetz aufgebaut wird;
12. wie sie die Forderung bewertet, wonach der Krankenhausplan eine Verpflichtung von allen stationären Einrichtungen zum Abschluss von Kooperationsvereinbarungen, die eine eng verzahnte Behandlungskette vor und nach einem stationären Aufenthalt gewährleisten soll, zu enthalten habe.

2.7.2021

Haußmann, Reith, Brauer, Heitlinger, Bonath, Dr. Jung,
Birnstock, Fischer, Dr. Schweickert, Dr. Timm Kern FDP/DVP

Begründung

Sektorenübergreifende Versorgung, Ambulantisierung und Qualitätsorientierung sind seit Jahren einige der Schlagworte in der Gesundheitswirtschaft. Die Schiedsstelle zur Festsetzung der Krankenhauspflegesätze hat dem Vernehmen nach bereits Defizite der Krankenhausplanung aufgezeigt. Es sei vermehrt zur Etablierung von Leistungen gekommen, die unter qualitativen Gesichtspunkten besser zentralisiert werden sollten.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat für die stationäre Notfallversorgung bundesweit gültige Kriterien und Sicherstellungsparameter definiert. Die Versorgung wird durch diese Kriterien und durch Zuschläge in den ländlichen Regionen gesichert. Als Versorgungsparameter der Zukunft werden Qualität, Vernetzung und Digitalisierung benannt.

Des Weiteren gibt es Diskussionsbeiträge, die eine neue Verflechtung der Versorgung zum Gegenstand haben und von einem neuen gemeinsamen sektorenunabhängigen Ordnungsrahmen sprechen.

Stellungnahme

Mit Schreiben vom 26. Juli 2021 Nr. 52-0141.5-017/416 nimmt das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration zu dem Antrag wie folgt Stellung:

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

1. wie sie die Zielsetzung aus dem Koalitionsvertrag für die 17. Legislaturperiode des Landtags von Baden-Württemberg, wonach sie eine konsequente und langfristige angelegte Krankenhausstrukturpolitik, die sich an regionalen und überregionalen Versorgungsbedarfen orientiert, um die Krankenhausplanung nachhaltig, digital und inklusiv weiterzuentwickeln und dabei sektorenübergreifende Aspekte zu berücksichtigen, umsetzen wird;

Die Krankenhausplanung ist eine Bedarfsfeststellungs- und Versorgungsplanung: Sie dient der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, wirtschaftlich gesicherten und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sowie der Gewährleistung einer medizinisch zweckmäßigen und qualitativ hochwertigen Versorgung der Patienten im Krankenhaus.

Die Krankenhausplanung ist ein kontinuierlicher Prozess. Neben permanenten Anpassungen durch Einzelentscheidungen der Krankenhausplanungsbehörde ist es selbstverständlich notwendig, die Eckpfeiler der Planung mit Blick auf die übergeordneten Faktoren regelmäßig zu überprüfen. Zu diesen Faktoren gehören u. a. veränderte gesetzliche Grundlagen, Entwicklungen in Bevölkerungszahl und -struktur, neue Diagnostik- und Therapiemethoden aber auch sich ändernde Organisationsformen der Leistungserbringung. Ein entsprechender Evaluierungsprozess hatte in Baden-Württemberg bereits begonnen, wurde allerdings infolge der Corona-Pandemie und der damit einhergehenden Fülle neuer, zusätzlicher Aufgaben unterbrochen.

Im Zuge der vor Ausbruch der Pandemie angestoßenen Evaluierung hat die Bestandsaufnahme Folgendes ergeben:

- Die Ordnung der aktuellen Krankenhausstrukturen durch Festlegung der Bedarfsgerechtigkeit, des Standorts, des Versorgungsauftrags und der Behandlungskapazitäten ist zwar ein etabliertes System, aber für die Steuerung aufgrund der Rechtslage, insbesondere aufgrund der verfassungsrechtlichen Vorgaben, in Grenzen wirksam.
- Die Zielsteuerung von Strukturen durch Fachplanungen wie etwa die Schlaganfallversorgung ist grundsätzlich ein gutes Instrument zur qualitätsorientierten Steuerung von Strukturen.
- Bedarfsprognosen im Rahmen der Förderung, etwa Entscheidungen über prioritäre Vorhaben, sind zwar ein Umweg, aber grundsätzlich zur strukturellen Steuerung gut geeignet. Auch insgesamt kann über das Förderinstrumentarium – sei es über Einzelförderungen, über die Pauschalförderung oder über Schließungs- und Umwandlungsförderungen sowie natürlich über die Strukturfondsförderung – wirksam strukturell gesteuert werden.

Die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung und deren Verknüpfung mit einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung bzw. mit Konzepten zur sektorenübergreifenden Versorgung ist somit zentral für die zukünftige Versorgungsstruktur in Baden-Württemberg. Kernbotschaft dabei ist: Der Patient steht im Zentrum der Versorgungskette. Ziel muss sein, durch eine bessere Verzahnung der ambulanten und der stationären Strukturen die bestmögliche Versorgung von Patienten zu erreichen. Und bei der bestmöglichen Versorgung geht es nicht in erster Linie um die Breite, sondern vielmehr um die Qualität des Angebots und der medizinischen Leistung.

2. mit welchen konkreten Maßnahmen sie dafür sorgen wird, dass Baden-Württemberg zum Vorreiter der Digitalisierung im Gesundheitswesen gemacht wird, insbesondere auch im Hinblick auf den öffentlichen Gesundheitsdienst;

In Baden-Württemberg werden viele Maßnahmen zur Förderung speziell bei der Digitalisierung im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und damit im Gesundheitswesen allgemein vorgenommen, die aus Sicht des Landes dazu führen werden, diesen Bereich auch im Ländervergleich weiter nach vorne zu bringen. In Baden-Württemberg haben die Kommunalen Landesverbände, das Innen- und das Sozialressort bereits im Dezember 2020 eine Vereinbarung digitales Gesundheitsamt abgeschlossen mit dem Ziel, gemeinsam über Entwicklung, Nutzung, Einführung, Betrieb, Weiterentwicklung und Betreuung digitaler Fachanwendungen im Bereich der Gesundheitsämter eng zusammenzuarbeiten. Bisher fanden bereits sechs Sitzungen des Lenkungskreises statt, in denen Beschlüsse mit landesweiter Wirkung gefasst werden. Zu nennen sind vor allem die 7 Kerntesen zur digitalen Transformation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Baden-Württemberg (Digitaler ÖGD 2030), die als Grundlage für die weiteren Entwicklungen zu sehen sind.

Eine konkrete Maßnahme ist die Einrichtung eines Referats mit den Aufgaben einer digitalen Leitstelle für den ÖGD am Landesgesundheitsamt. Hier werden die verschiedenen Aufgaben im Bereich der Digitalisierung im ÖGD gebündelt. Als weitere konkrete Maßnahme begleitet das Land im Rahmen einer Beauftragung des kommunalen IT-Dienstleister Komm.One AöR den flächendeckenden Roll-Out von SORMAS. Die Einführung dieser Softwareanwendung wird bundesweit befürwortet und weiterentwickelt.

Zudem leistet das Land mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit zur technischen Modernisierung der Gesundheitsämter im Sinne des Infektionsschutzgesetzes einen wichtigen Beitrag zur Interoperabilität. Weitere Bundesmittel aus dem Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst sollen in den kommenden Jahren dazu beitragen, die Digitalisierung der Gesundheitsämter weiter voranzubringen. Die Rahmenbedingungen dafür werden derzeit zwischen Bund und Ländern beraten.

3. wie sie die Entwicklung der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser im Zuge von spezialisierten Ambulanzen mit besonderen Versorgungsaufträgen, Allgemeiner Spezialfachärztlicher Versorgung (ASV) und ambulanten Operationen, stationsersetzenden Behandlungen ab dem Jahr 2022 in Ergänzung zu den bestehenden stationsersetzenden Eingriffen, dem Instrument der Ermächtigungen zur Schließung von Versorgungslücken vor Ort und singulären Versorgungsaufträgen beispielsweise im Zusammenhang mit der Notfallversorgung oder der Vermittlung von Terminen der Terminservicestelle, bewertet;

Das gestufte System der fachärztlichen Versorgung in Deutschland (direkt zugängliche ambulante fachärztliche Versorgung, fachärztlich-stationäre Basisversorgung und hochspezialisierte Versorgung im Krankenhaus) hat sich bewährt, in dem es sich den Veränderungen der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten angepasst hat. Die stetige medizinische Weiterentwicklung führt dazu, dass immer mehr Leistungen ambulant erbracht werden können, die früher ausschließlich stationär durchgeführt wurden.

Für die Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) zuständig.

In ihrer Stellungnahme zur Entwicklung der ambulanten Versorgung geht die KVBW auf die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach § 116b Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) ein. Aus ihrer Sicht stellt die Einführung der ASV keinen durchschlagenden Erfolg dar, weder was die Anzahl der mittlerweile arbeitenden Teams noch was eine sektorenübergreifende Versorgung angeht. Dies zeige sich darin, dass seit dem Jahr 2014 dem für die ASV zuständigen Erweiterten Landesausschuss erst 69 Erstanzeigen gemeldet wurden.

Nach Angaben der KVBW steigt die Anzahl der Ermächtigungen im Land. Die KVBW sei die Kassenärztliche Vereinigung mit den meisten Ermächtigungen in der Republik. Aktuell sei jedes 13. Mitglied ein Ermächtigter, der sein ganz spezifisches hochqualifiziertes Know-how in die ambulante Versorgung einbringt.

Die Ermächtigung habe sich als Mittel der Versorgungsoptimierung im Sinne einer ausgezeichnet funktionierenden ambulant-stationären Verzahnung bewährt, weil dadurch in Versorgungsrandbereichen das technische und wissenschaftliche Potenzial des Krankenhauses für die ambulante Versorgung eingebunden und genutzt werden kann.

Die Vermittlungsergebnisse der Terminservicestelle (TSS) zeige nach Ansicht der KVBW auf, dass es zur Versorgung der Patientinnen und Patienten in Baden-Württemberg mit fachärztlichen Terminen keinen über die ambulanten Versorgungsressourcen hinausgehenden Bedarf gibt. Es sei bisher nicht ein einziges Terminsuchen von der TSS in den stationären Sektor vermittelt worden.

Zu den stationsersetzenden Eingriffen ab dem Jahr 2022 teilt die KVBW Folgendes mit:

Mit dem am 1. Januar 2020 in Kraft getretenen MDK-Reformgesetz sei der Katalog für die ambulanten Operationen und stationsersetzende Eingriffe (sog. AOP-Katalog) erweitert worden. Dadurch könnten die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten in Krankenhäusern künftig noch stärker genutzt werden. Die KVBW spricht sich dafür aus, dass der hierfür in Baden-Württemberg neu vereinbarte AOP-Vertrag zunächst seine Wirkung entfalten sollte, bevor er bezüglich seiner Wirksamkeit bewertet wird.

Das Ministerium für Gesundheit, Soziales und Integration schließt sich der Bewertung der KVBW an.

4. welche Herausforderungen sich für die Finanzierungssystematiken des Gesundheitssektors durch die Entwicklung einer sektorenenunabhängigen ambulanten Versorgung ergeben;

Die Finanzierungssystematiken für den ambulanten und den stationären Sektor sind in Deutschland ungleich.

Eine Vereinheitlichung der Finanzierungssystematik setzt voraus, dass zuvor in den beiden Sektoren strukturelle Veränderungen vorgenommen werden. Ohne eine solche Strukturreform würde eine einheitliche sektorenenunabhängige Vergütungssystematik zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen den beteiligten Leistungserbringern führen.

5. wie sie sich bezüglich der drei Handlungsfelder der Bund-Länder-Arbeitsgruppe betreffend erstens den Umbau der Krankenhauslandschaft und Ausbau zu ambulanten Versorgungszentren, insbesondere in ländlichen Regionen, zweitens die Weiterentwicklung des gemeinsamen ambulanten fachärztlichen Versorgungsbereichs sowie drittens der Kooperation der Leistungserbringer und Koordination der Leistungen positioniert;

Grundsätzlich sieht das Ministerium für Gesundheit, Soziales und Integration die im Eckpunktepapier genannten Ansätze vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Versorgungslagen als nachvollziehbar und angemessen an. Für die weitere Entwicklung der medizinischen Versorgung in Baden-Württemberg greift das Ministerium für Gesundheit, Soziales und Integration diejenigen Punkte des Eckpunktepapiers auf, die geeignet sind, eine flächendeckende und qualitativ gute Versorgung sicherzustellen.

Das Ziel der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“, eine bessere Patientenversorgung durch eine Zusammenarbeit und Vernetzung des Gesundheitswesens zu erreichen, wird ausdrücklich unterstützt. Einen ersten Schritt hat das BMG mit der Vorlage eines Gesetzes zur Notfallversorgung gemacht. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“ hat diskutiert, ob die ambulante Versorgung durch Krankenhäuser in Regionen sichergestellt werden kann, in denen der ambulante Versorgungsbedarf aktuell und zukünftig nicht gedeckt werden kann. In diesem Zusammenhang wurde auch vorgeschlagen, dass Krankenhäuser in ambulante Gesundheitszentren oder in ein ambulant-stationäres Gesundheitszentrum umgewandelt werden können. Die Begriffe ambulante Gesundheitszentren und ambulant-stationäre Gesundheitszentren sind derzeit nicht konkret definiert. Hierzu bedarf es weiterer bundesgesetzlicher Regelungen. Zum jetzigen Zeitpunkt können deshalb keine Aussagen zu den personellen und sächlichen Voraussetzungen eines Gesundheitszentrums erfolgen. Vor einer möglichen „Umwandlung“ eines Krankenhauses in ein „ambulantes oder ambulant-stationäres Gesundheitszentrum“ wäre zu prüfen, ob das Krankenhaus zur Versorgung der Bevölkerung erforderlich ist. Im Übrigen entscheidet der Krankenhausträger, ob er ein Krankenhaus betreibt. Die Stadt- und Landkreise sind jedoch gem. § 3 Landeskrankenhausgesetz verpflichtet, Krankenhäuser zu betreiben, sofern die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern durch andere Träger nicht sichergestellt ist.

Ohne konkrete bundesgesetzliche Vorgaben kann die Landesregierung keine Konkretisierungen oder Maßnahmen über die Umwandlung von Krankenhäusern in ambulante oder stationär-ambulante Gesundheitszentren benennen.

Die ärztliche Leistungserbringung ist einer der wichtigsten Grundpfeiler eines Gesundheitszentrums. Dabei gilt es sicherzustellen, dass bereits vorhandenes Personal als auch neu zu rekrutierendes Personal zur ambulanten Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassen ist.

Da mit der Umwandlung eines Krankenhauses dieses nicht mehr über den leistungsrechtlichen Status des Krankenhausträgers verfügt, muss das Gesundheitszentrum zur Erbringung von Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sein. Die Zulassung kann in der Praxisform einer Einzelpraxis, Pra-

xisgemeinschaft, Berufsausübungsgemeinschaft oder als Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) erfolgen. Die Zulassung als MVZ nach § 95 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch ist für die Organisation eines Gesundheitszentrums besonders geeignet, um Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen anzustellen.

Zulassungen werden vom Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen im Rahmen der Vorgaben der Bedarfsplanung erteilt. In offenen Planungsbereichen sind Neugründungen von Praxen und MVZ möglich. In gesperrten Planungsbereichen sind zusätzliche Vertragsarztsitze jedoch nur über Einzelfalllösungen generierbar. Einzellösungen, wie z. B. Sonderbedarfszulassungen durch den Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen, werden bei Vorliegen der Voraussetzungen auf Antrag genehmigt.

Nach der derzeit gültigen Rechtslage haben die Länder keine Kompetenz, Krankenhäusern Versorgungsaufträge zur ambulanten ärztlichen Behandlung zu übertragen. Derzeit kann nur der Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen, also die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, Krankenhäuser bzw. Krankenhausärzte zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen.

Der Stellenwert einer guten Kooperation und Koordination gesundheitlicher Versorgung nimmt aufgrund der zunehmenden Komplexität von Erkrankungen und deren Behandlungsverläufen zu. Patientinnen und Patienten müssen – abhängig von der Art und Dauer ihrer Erkrankung – zahlreiche Leistungserbringer in ihre Behandlung miteinbeziehen. Eine bedarfsgerechte Kooperation und Koordinierung aller Angebote und Leistungen entsprechend der therapeutisch notwendigen Behandlungsverläufe ist für die unterschiedlichen Behandlungsbedarfe und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten herzustellen. Notwendig für eine bedarfsgerechte Kooperation und Koordination gesundheitlicher Versorgung ist die Etablierung von Case- und Care-Management-Strukturen, wofür sich das Ministerium für Soziales und Integration auf allen Ebenen einsetzt.

Die Vorbereitung auf die Pandemie und die Krisenbewältigung zeigen, dass die Strukturen im Gesundheitswesen in Baden-Württemberg gut aufgestellt sind und eine hohe Flexibilität aufweisen. Dies zeigt sich sowohl in der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, Krankenhäusern und Rehakliniken als auch die enge Abstimmung mit den rettungsdienstlichen Strukturen. Auf diese kooperativen Strukturen kann und muss auch nach der Krise aufgebaut werden, gleichfalls auf die etablierten Ansätze einer sektorenübergreifenden Versorgung im Land.

6. wie sie die Forderung nach Herstellung eines gemeinsamen sektorenunabhängigen Ordnungsrahmens durch Anpassung der Steuerungsmechanismen zur Planung der Leistungsmengen der ambulanten Versorgung unter dem Leitbild der Qualität und Wirtschaftlichkeit in einem gemeinsamen „3+1“-Gremium, bestehend aus Land, Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenkassen und Krankenhäusern bewertet, das Versorgungsaufträge gestuft nach Grund- und Basisversorgung, spezialisierter und hochspezialisierter Versorgung vergibt;

Solange es im deutschen Gesundheitssystem grundsätzlich zentrale Vorgaben durch den Bundesgesetzgeber (SGB V) gibt und der ambulante und der stationäre Sektor rechtlich voneinander getrennt zu betrachten sind, wird es nach Auffassung der KVBW mit einem zusätzlichen Verwaltungsgremium sehr schwierig sein, Entscheidungen zu treffen, die die medizinische Versorgung der Bevölkerung wirklich nachhaltig weiterentwickeln und verbessern. Ein entsprechendes Gremium, dessen Handlungsrahmen und dessen Aufgaben bisher nicht skizziert sind, werde nur zu weiterem Verwaltungsaufwand und -kosten sowie zu einer Verlängerung von Verwaltungsentscheidungen führen. Nachhaltige und zeitnahe Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung können aus Sicht der KVBW damit nicht erwartet werden.

Solange das Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe (siehe Antwort zu Ziffer 5) nicht durch den Bundesgesetzgeber umgesetzt ist, kann nicht beurteilt werden, ob ein gemeinsames „3+1“-Gremium auf Landesebene geeignet ist, die von Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzten und Krankenhäusern erbrachten ambulanten medizinischen Leistungen miteinander abzustimmen.

In diesem Zusammenhang erwähnt die KVBW, dass die ambulante Versorgung auch in der Zukunft gesichert ist, wenn auch weitere Wege in Kauf zu nehmen sein werden. Trotz derzeit in Baden-Württemberg knapp 700 offener hausärztlicher Sitze sei bisher kein versorgungsrelevanter Rückgang der hausärztlich versorgten Fälle – kollektiv- und selektiv-vertragliche Zahlen addiert – im Land festzustellen. Die Form der ärztlichen Tätigkeit ändere sich – weg von der Zulassung in Einzel- oder Gemeinschaftspraxis hin zur Tätigkeit in Anstellung in größeren Praxiseinheiten oder MVZ) –, die vergangenen Jahre hätten aber gezeigt, dass sich diesbezüglich sowohl die rechtlichen Rahmenbedingungen als auch die Praxisstrukturen anpassen. Um möglichen künftigen Versorgungsengpässen angesichts der demografischen Entwicklung im hausärztlichen Versorgungsbereich prospektiv und zügig entgegenwirken zu können, würden von der KVBW im Rahmen des Projekts „Ziel und Zukunft BW“ weitere Konzeptionen zukünftiger hausärztlicher Versorgungsstrukturen auf Basis des Strukturfonds nach § 105 SGB V entwickelt.

7. wie sie das im Jahr 2020 eingeführte Pflegebudget im Hinblick auf Differenzen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bei der Abrechnung und bei den Vertragsverhandlungen betreffend die Abgrenzung zwischen verbleibenden Fallpauschalen und dem Pflegebudget bewertet;

Der vom Bundesgesetzgeber vorgegebene Zeitrahmen, innerhalb dessen die Regelungen zur Ausgliederung der Pflegepersonalkosten in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen einerseits sowie die Rahmenbedingungen für Vereinbarung der Pflegebudgets für das einzelne Krankenhaus andererseits abgestimmt werden sollten, war sehr knapp bemessen. Darüber hinaus bestanden lange Zeit Interpretationsdifferenzen des pflegebudgetrelevanten Pflegebegriffs sowie über die erforderlichen Darlegungspflichten für die Krankenhäuser.

Insofern – zusätzlich bedingt durch die Pandemie – konnten die (Pflege-)Budgetverhandlungen für das Jahr 2020 weit überwiegend noch nicht abgeschlossen werden. Neben der damit einhergehenden Planungsunsicherheit hat dies vielfach zu massiven Liquiditätsschwierigkeiten für die Krankenhäuser geführt. Die tatsächlichen Pflegepersonalkosten konnten auch durch die in § 15 Abs. 2a Krankenhausentgeltgesetz vorgesehenen vorläufigen Pflegeentgeltwerte nicht refinanziert werden.

Ende Dezember 2020 haben sich die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Gesetzliche Krankenversicherungs-Spitzenverband sowie der Verband der Privaten Krankenversicherung) zur Beilegung der bundesweit bestehenden Konflikte auf weitergehende Empfehlungen für die Pflegebudgetverhandlungen verständigt. Dadurch werden insbesondere die pflegebudgetrelevanten Berufsgruppen klarer eingegrenzt. Jedoch bestehen hinsichtlich der Berücksichtigung von Berufsgruppen sowie weiterer Maßnahmen, die zur Unterstützung des examinierten Pflegefachpersonals im Hinblick auf den Fachkräftemangel eingesetzt werden, noch immer Konflikte zwischen den Selbstverwaltungspartnern.

Da Baden-Württemberg im Bundesvergleich ein überdurchschnittliches Lohn- und Preisniveau in den Krankenhausvergütungen hat, liegt der Anteil der defizitäreren Krankenhäuser im Bundesvergleich mit Abstand seit Jahren am höchsten. Diese Situation hat sich in den letzten Jahren verstärkt. Denn in dieser Zeit ist der Landesbasisfallwert in Baden-Württemberg nur sehr schwach angestiegen und konnte die Kostensteigerungen nicht kompensieren. Ursache dafür sind die gesetzlichen Vorschriften zur Ermittlung der Landesbasisfallwerte, die zu einer

bundesweiten Angleichung der Vergütung führen und dabei die massiven Lohnunterschiede zwischen den Bundesländern unbeachtet lassen.

Dies gilt nicht nur für die Pflegepersonalkosten in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, die mit Einführung der Pflegebudgets voll finanziert werden sollen, sondern ebenso für die Personalkosten anderer Berufsgruppen im Krankenhaus. Gleichwohl dürfte sich durch die Neu-Regelungen zur Pflegefinanzierung ab dem Jahr 2020 die Situation zumindest teilweise entschärfen.

8. ob nach ihren Erkenntnissen die Fallpauschalen (DRG) Fehlanreize zu Mengenausweitungen und zum Anbieten vermeintlich lukrativer Operationen gesetzt haben sowie wie sie den Lösungsvorschlag der Ambulantisierung der DRG (differenzierte Bestimmung, wer wann und wo ambulante Leistungen zu welchem Preis erbringen darf) bewertet;

Im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ist geregelt, dass Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, gezielte Eingriffe in die Krankenhausvergütung durch Absenkung oder Abstufung der Fallpauschalen vorzunehmen sind (§ 17b Abs. 1 S. 5 2. HS KHG). Hierfür haben die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene einen Katalog von Leistungen vereinbart, bei dem diese Vergütungsanpassung erfolgen muss.

Der pauschale Vorwurf, allein aus wirtschaftlichen Erwägungen heraus unnötige Operationen durchzuführen, findet in Baden-Württemberg keine sachliche Grundlage. Nach Angaben der BWKG hatte Baden-Württemberg im Jahre 2019 mit 19.340 Fällen je 100.000 Einwohner die mit Abstand niedrigste Fallzahl im Bundesvergleich (Bundesdurchschnitt 2019: 23.366 Fälle/100.000 Einwohner). Die Fallzahl je 100.000 Einwohner ist in Baden-Württemberg seit dem Jahre 2005 (17.969) bis zum Jahre 2019 (19.340) um 7,6 % gestiegen. Im Bundesdurchschnitt ist sie im gleichen Zeitraum um 16,5 % gestiegen (von 20.056 auf 23 366).

Dies bestätigt zudem ein Blick auf die vorgehaltenen Krankenhauskapazitäten: Baden-Württemberg hatte im Jahr 2019 mit 500 Betten je 100.000 Einwohner die niedrigste Bettendichte im Bundesgebiet (Bundesdurchschnitt 2019: 595). Bei gleicher Bettenausstattung wie im Bundesdurchschnitt müssten in Baden-Württemberg ca. 10.000 Krankenhausbetten (18 %) mehr zur Verfügung stehen. Zudem sind die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser in Baden-Württemberg vergleichsweise gut ausgebaut, was einen wesentlichen Beitrag dazu leistet, dass nur diejenigen Patientinnen und Patienten im Krankenhaus versorgt werden, die tatsächlich einer stationären Betreuung bedürfen.

Soweit sich in einer Einzelfallprüfung nach § 275c SGB V durch den Medizinischen Dienst (MD) herausstellen sollte, dass nach dessen Einschätzung eine stationäre Behandlung auch ambulant hätte durchgeführt oder früher beendet werden können, muss berücksichtigt werden, dass die Entscheidung zur stationären Therapie auf Grundlage einer Situation erfolgt, die zum Zeitpunkt der Aufnahme vorgelegen hatte. Eine etwaige, aus Sicht des MD zu lange stationäre Verweildauer der Patientinnen und Patienten ist vielfach eingeschränkten Nachsorgekapazitäten geschuldet. Bewusstes Fehlverhalten zu unterstellen ist im Hinblick dieser Umstände nicht angemessen und zielführend.

Es ist davon auszugehen, dass die Krankenhäuser im Hinblick auf eine wohnortnahe Gesundheitsversorgung im Flächenland Baden-Württemberg vermehrt mit ambulanten Leistungen einzubeziehen sind. Daher werden die Entwicklung eines erweiterten Katalogs ambulant durchführbarer Behandlungen (§ 115b SGB V) sowie die im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vorgesehene Möglichkeit zur Übergangspflege im Krankenhaus (§ 39e SGB V) begrüßt.

9. bis wann sie die bisherige Krankenhausplanung von einer Fachabteilungs- und Gesamtbettenplanung mit Struktur- und Prozessqualität zu einer um die Ergebnisqualität ergänzten Planung von Kapazitäten, Kompetenzen und Qualitäten unter Berücksichtigung von Vernetzung und Digitalisierung weiterentwickeln wird;

Die über die Fortschreibung des Plans hinausgehende Überarbeitung der Krankenhausplanung wurde begonnen, musste allerdings infolge der Corona-Pandemie und der damit einhergehenden Fülle neuer, zusätzlicher Aufgaben unterbrochen werden und kann voraussichtlich frühestens Ende des Jahres wieder aufgegriffen werden.

Durch Aufstellung des Krankenhausplans soll die bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung mit hierfür geeigneten Krankenhäusern gewährleistet werden. Es handelt sich bei der Krankenhausplanung daher nicht um festgeschriebene Versorgungskapazitäten, sondern um einen dynamischen Vorgang zur bestmöglichen Zielerreichung. Dabei hat das Land einen planerischen Gestaltungsspielraum, wobei es sich an den örtlichen Gegebenheiten und regionalen Bedarfsstrukturen zu orientieren hat. Insofern ist die Krankenhausplanung per se auf eine Ergebnisqualität – nämlich bestmögliche Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu sozial tragbaren Pflegesätzen, sozusagen das „Output“ – ausgerichtet.

Die Mittel, um ein bestmögliches „Output“ zu erzielen, können durch bestimmte Struktur- und Prozessvorgaben erreicht werden. Grundsätzlich ist die Planung in Baden-Württemberg als Rahmenplanung ausgerichtet, Fachplanungen können aber bestimmte personelle und sachliche Ausstattung (Strukturqualität) sowie Organisation und Koordination bestimmter Abläufe (Prozessqualität) vorschreiben. Hierbei wird die Vernetzung und Digitalisierung zukünftig eine noch wichtigere Rolle spielen.

Daneben hat der Bundesgesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in bestimmten Fällen die Aufgabe zugewiesen, die nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse sozialgesetzlich erforderlichen Leistungen zu bestimmen und das Verfahren der Qualitätssicherung festzulegen. Zunehmend zeigt sich jedoch, dass durch die Regelungen des G-BA die Ausübung des Sicherstellungsauftrags der Länder, die Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, immer mehr eingeschränkt werden. So werden insbesondere im Bereich der Personalvorgaben unerwünschte Wechselwirkungen hervorgerufen, die wiederum den Bedarf und dadurch den Zugang zu Versorgungsleistungen der Bevölkerung beeinflussen. Durch die Fülle von Qualitätssicherungsregelungen, die rechtlich nicht unproblematisch dem Finanzierungsbereich und damit der Bundeszuständigkeit zugeordnet sind, werden faktisch die Gesetzgebungszuständigkeiten verlagert. In der Presse wird inzwischen offen geäußert, dass die bundesweitern Qualitätsvorgaben vordringlich einer bundesweitern Strukturierung der Krankenhauslandschaft dienen und gleichzeitig gezielt den Einfluss der Länder schmälern. Qualitätskonzepte, wie beispielsweise das Geriatrie Konzept Baden-Württemberg, das die Vernetzung von Zentren mit Krankenhäusern der Grundversorgung vorsieht, um Fachwissen in die Breite zu bringen, finden im G-BA keinen Widerhall, da „keine Notwendigkeit“ hierfür gesehen werde.

10. ob sie einen Masterplan zur Festlegung der Reihenfolge, für welche Versorgungsbereiche Mindestfallzahlen sowie die medizinischen Fachplanungen auf der Basis wissenschaftlich anerkannter Struktur- und Qualitätskriterien künftig die Grundlage für die Aufnahme in den Krankenhausplan sein werden, erarbeiten wird;

Zu unterscheiden ist zwischen Mindestmengen und Mindestfallzahlen. Mindestfallzahlen werden im Zusammenhang mit den bundeseinheitlichen Zentrumsregelungen des G-BA nach § 136c Abs. 5 SGB V relevant. Es wird davon ausgegangen, dass die Frage in erster Linie auf Mindestmengen abzielt, für die der Bundesgesetzgeber bestimmte Voraussetzungen in § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V regelt, insbesondere muss es sich um planbare Leistungen handeln. Hinter der Idee der Mindestmenge steht das Ziel, besonders schwierige Eingriffe aus Grün-

den der Qualitätssicherung nur von solchen Kliniken durchführen zu lassen, deren Ärztinnen und Ärzte damit ausreichend Erfahrung haben. Mindestmengen sollen insbesondere der Verhinderung gravierender patientensicherheitsrelevanter Endpunkte, wie Mortalität oder schwerer Komplikationen dienen.

Durch das GVWG ist die Regelung über die Mindestmengen erheblich komplexer ausgestaltet: Der G-BA wird nun ausdrücklich verpflichtet, den wissenschaftlichen Erkenntnisstand zur Festlegung bestehender und weiterer Mindestmengen kontinuierlich zu prüfen und darüber zu entscheiden. Besonders bemerkenswert ist dabei, dass dem BMG in Bezug auf die Mindestmengenfestsetzungen zukünftig ein Antragsrecht beim G-BA eingeräumt wird, um Beratungen über Mindestmengenfestlegungen für Leistungen anzustoßen, obwohl dem BMG lediglich die Rechtsaufsicht zusteht.

Es bleibt abzuwarten, wie sich diese äußerst kleinteiligen und komplexen Regelungen, die mit einer Erhöhung des Katalogs der Mindestmengen einhergehen werden, in der Praxis auswirken. Zu bedenken ist in diesem Zusammenhang, dass nicht immer das Unterschreiten der Mindestmengenanforderungen allein dem die Leistung erbringenden Krankenhaus zuzurechnen ist. Nicht zuletzt sollten Fehlansätze vermieden werden, nur um die geforderte Mindestmenge zu erreichen. Darüber hinaus darf ein Unterschreiten der Mindestmenge nicht dazu führen, dass eine Versorgungslücke entsteht. Daher sollte die Landesplanung durch die Festlegung von Mindestmengen nicht überstrapaziert werden. Eine Festlegung landeseigener Mindestmengen wird derzeit nicht diskutiert, allerdings auch nicht grundsätzlich ausgeschlossen.

Hier sind noch zahlreiche Fragen ungeklärt, die im Rahmen der Überarbeitung des Krankenhausplans einer näheren und umfassenden Betrachtung bedürfen.

Im Unterschied zur wohl vordringlich beabsichtigten Krankenhausstrukturierung auf Bundesebene muss Baden-Württemberg nicht auf komplizierte gesetzliche Konstrukte über Qualitätssicherung zurückgreifen, die rechtlich nicht ohne weiteres nachvollziehbar sind und einen enormen Verwaltungsaufwand auslösen. Das Land Baden-Württemberg kann flexibel im Wege einer Gesamtschau und mit seinem Gestaltungsspielraum in einem demokratisch legitimierten System mit allen Beteiligten im Landeskrankenhauseausschuss unter Einbeziehung der Landesqualitätsstelle (Qualitätssicherung im Gesundheitswesen Baden-Württemberg GmbH – QiG GmbH) das Ziel einer bestmöglichen Gesundheitsversorgung verfolgen und dabei gezielt auf die tatsächlichen Gegebenheiten vor Ort reagieren.

11. in welcher Weise sie telemedizinische Versorgungsangebote zum Gegenstand der Krankenhausplanung machen wird, nachdem auch aus Mitteln des Krankenhaus-Strukturfonds sowie des Krankenhauszukunftsfonds derzeit ein umfassendes sektorenübergreifendes telemedizinisches Versorgungsnetz aufgebaut wird;

Die Mittel aus dem Krankenhauszukunftsfonds sollen in moderne Notfallkapazitäten und in bundesweiten Standards genügende digitale Infrastruktur der Krankenhäuser zur Verbesserung der internen und sektorenübergreifenden Versorgung fließen. Zudem sollen mit diesen Mitteln die Ablauforganisation, die Kommunikation, die Telemedizin, die Robotik und die Hightech-Medizin optimiert werden können. Und schließlich sollen sie zur gezielten Entwicklung und Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen eingesetzt werden.

Dass der telemedizinische Ausbau auch Bestandteil einer zukunftsfähigen Krankenhausplanung sein wird, ist unstrittig. Die konkrete Ausgestaltung muss, im Lichte der angestoßenen Maßnahmen durch den Krankenhauszukunftsfonds, bei der Überarbeitung des Krankenhausplanes bewertet werden.

12. wie sie die Forderung bewertet, wonach der Krankenhausplan eine Verpflichtung von allen stationären Einrichtungen zum Abschluss von Kooperationsvereinbarungen, die eine eng verzahnte Behandlungskette vor und nach einem stationären Aufenthalt gewährleisten soll, zu enthalten habe.

Im Rahmen der Regelungen des § 115a Abs. 1 Satz 2 SGB V besteht bereits die Möglichkeit Kooperationsverträge, zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten abzuschließen. Vertragsgegenstand dürfen aber nur vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlungen sein, d. h. Behandlungen, für die die Mittel des Krankenhauses erforderlich sind und für die eine vertragsärztliche Versorgung nicht ausreichend ist. Daraus folgt, dass die vor- und nachstationäre Behandlung eine originäre Aufgabe der vertragsärztlichen Versorgung ist und nicht vom Versorgungsauftrag der im Krankenhausplan berücksichtigten Krankenhäuser erfasst ist. Darüber hinaus liefe eine Verpflichtung zum Abschluss von Kooperationsverträgen ohne eine gleichartige Verpflichtung auf Seiten der Vertragsärzte oder ohne ausreichende ärztliche Kapazitäten letztlich ins Leere.

Lucha

Minister für Soziales,
Gesundheit und Integration