

Stellungnahme zum Krankenhausrahmenplan 2022-2024 für das Land Bremen

Im Rahmen des schriftlichen Anhörungsverfahrens zum Krankenhausrahmenplan 2022-2024 nimmt die Arbeitnehmerkammer Bremen gerne Stellung. Die Fortsetzung der Krankenhausplanung nach der bisherigen Systematik ist aufgrund der zu erwartenden Änderungen durch die Krankenhausstrukturreform nachvollziehbar. Dennoch ließen sich aus Sicht der Arbeitnehmerkammer Bremen bereits heute erweiternde Elemente integrieren, die insbesondere die **Bedarfsgerechtigkeit und sektorenübergreifende Perspektive stärken**. Die Ergänzung der inhaltlichen Schwerpunktsetzung auf die Leistungskonzentration und wohnortnahe Versorgung um **Aspekte der Personalplanung, Qualitätsvorgaben und Partizipation** – und damit der weitergehenden Nutzung der planerischen Kompetenzen des Landes – erscheinen darüber hinaus sinnvoll und vor dem Hintergrund des sich verstärkenden Fachkräftemangels geboten. Zuletzt werden sich die geplanten **Krankenhausstrukturreformen** maßgeblich auf den Krankenhausrahmenplan auswirken, weshalb diese Stellungnahme abschließend auch auf diese eingeht.

Zu den genannten Punkten im Einzelnen:

Fachkräftemangel adressieren: Ergänzung um Personalplanung, insb. Planung der Ausbildungsplätze

Der Krankenhausrahmenplan identifiziert richtigerweise den (Fach-)Personalmangel als größtes Problem zur Erfüllung der steigenden Bedarfe. Im Weiteren wird der **Ausbildungs- und Fachkräftebedarf** jedoch nicht adressiert. Insbesondere die Planung der Ausbildungskapazitäten ist expliziter Bestandteil der Krankenhausplanung. Die von der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz in Auftrag gegebene Aktualisierung des **Gesundheitsberufemonitorings** liefert hierzu wertvolle Informationen. Ein Hinweis auf dessen Berücksichtigung, analog zu den Hinweisen auf die Dritte Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung oder dem Gutachten „Krankenhausversorgung 2030 im Land Bremen“ wäre hier sinnvoll.

Möglichkeit der Qualitätsvorgaben nutzen

Der Krankenhausrahmenplan hat die Möglichkeit, Qualitätsvorgaben zu machen und Kriterien der Prozess- und Strukturqualität sowie Mindestmengen festzulegen. Die Qualität der Krankenhausversorgung ist eng mit den Arbeitsbedingungen der Krankenhausbeschäftigten verknüpft. Einschlägige wissenschaftliche Studien stellen den Zusammenhang zwischen einer mangelnden Personalausstattung und unerwünschten Pflegeereignissen oder auch einer erhöhten Mortalitätsrate her. Die Krankenhausrahmenplanung für das Land Bremen lässt die **Gestaltungsmöglichkeit durch Qualitätsvorgaben derzeit ungenutzt**. Möglich wären **Personalvorgaben** in all jenen Bereichen, in denen der Bundesgesetzgeber (und der G-BA) bisher nicht tätig geworden ist. Denkbar und sinnvoll wären Regelungen für die Berufsgruppe der Hebammen oder auch der Reinigungskräfte. Beispiele für die Ausgestaltung derartiger Personalvorgaben finden sich in den existierenden Tarifverträgen Entlastung der ver.di.

Planung weiterentwickeln: Bedarfsgerecht, partizipativ, sektorenübergreifend

Der aktuelle Krankenhausrahmenplan legt die Methodik zur Berechnung des zukünftigen „Versorgungsbedarfs“ ausführlich dar. Der Versorgungsbedarf wird weiterhin ausschließlich aufgrund von Leistungsanspruchnahmedaten mithilfe der Hill-Burton-Formel bestimmt. Zu dieser Formel existieren Weiterentwicklungen, die in anderen Bundesländern bereits zum Einsatz kommen. Alle diese Verfahren haben jedoch gemein, dass sie auf Grundlage einer Ist-Analyse und unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung lediglich den suboptimalen Status Quo fortschreiben. Unberücksichtigt bleibt, dass das System der Fallpauschalen zahlreiche Anreize zur Über-, Unter- und Fehlversorgung setzt. Bedarfsgerecht ist eine Krankenhausplanung jedoch nur, wenn sie Über-, Unter- und Fehlversorgung nicht fortschreibt, sondern soweit wie möglich ausschließt.

Wenn auch der tatsächliche Versorgungsbedarf statistisch für nicht abschließend bestimmbar gehalten wird, erachtet die Arbeitnehmerkammer Bremen **mindestens jedoch die Einbeziehung weiterer wissenschaftlicher und praktischer Expertise sowie weiterer Datenquellen** für eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung für unerlässlich. Diese ist auch aufgrund der weitverbreiteten **Überlastung von Beschäftigten** und der sich verstärkenden Fachkräfteproblematik nötig. Es ist nicht zielführend, wenn Personal unnötigerweise in überversorgten Bereichen eingesetzt wird, während es in unterversorgten Bereichen fehlt und diese zunehmend verlässt (bspw. die Bereiche der Intensivmedizin und Pädiatrie).

Ergänzung der Hill-Burton-Formel um Morbiditätsanalysen, weiterer Datenquellen und Expertisen

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat in ihrer Überblicksarbeit „Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2021“ zahlreiche Alternativen bzw. Fortentwicklungen der Hill-Burton-Formel aufgezeigt. So sehen etwa die dort aufgeführten Rüschemann (GSbG)- und BASYS/I + G-Gutachten vor, die auf Grundlage der Inanspruchnahmedaten **ermittelten Prognosen um eine geschätzte Morbiditätsentwicklung mithilfe von Survey- und Registerdaten zu korrigieren**. Auch die GEBERA-Gutachten, die im Auftrag der Länder Rheinland-Pfalz (2003), Thüringen (2005) und des Saarlands (2005, 2010 und 2017) ausgearbeitet wurden, sowie das Dornier/IGES-Gutachten des Landes Hamburg fügen der Hill-Burton-Formel bedarfsbeeinflussende Determinanten hin. Dies sind neben der (auch in Bremen berücksichtigten) demographischen Entwicklung ebenfalls Morbiditätsanalysen. Diese Determinanten werden **auf Grundlage von Material- und Literaturrecherchen sowie Expert*innenbefragungen** bestimmt. Besonders interessant ist das beschriebene Procedere im Stadtstaat Hamburg: „Zunächst erfolgt für jedes medizinische Fachgebiet eine Fortschreibung der bestehenden Statistiken von Fallzahlen und Verweildauern. In einem zweiten Schritt werden die ermittelten Ergebnisse einem Kreis von medizinischen Experten vorgelegt. Die den Experten vorgestellten Ergebnisse werden zudem durch weitere Informationen aus der Diagnosestatistik über fachgebietsbezogene Fakten ergänzt. Auf dieser Grundlage wird der Expertenkreis gebeten, eine Einschätzung zu den Einflussfaktoren auf die Fallzahlen und die Verweildauern abzugeben“.

Gerade in Bremen böte sich zudem die **Anhörung von Stadtteilmanager*innen und Gesundheitsfachkräften** an. Sinnvoll zusammenführen ließe sich das detaillierte landesspezifische Versorgungswissen der verschiedenen Akteur*innen sowie Expert*innen im Format einer beratenden **Gesundheitskonferenz**, deren Ergebnisse als Teil der Anhörung zum Krankenhaus(rahmen)plan vorgesehen wären.

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung

Der Krankenhausrahmenplan greift eingangs auch die im Koalitionsvertrag der Bundesregierung sowie von der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung angekündigte Absicht der Weiterentwicklung der Krankenhausplanung zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung auf, trifft diesbezüglich aber keine weiteren Bestimmungen.

Eine Gesundheitskonferenz und auch eine Anhörung von sachkundigen Expert*innen, könnte die sektorenübergreifende Perspektive in die Krankenhausplanung integrieren. Insbesondere vor dem Hintergrund der neuen Möglichkeit der ambulanten Leistungserbringung in den Krankenhäusern sowie den Bestrebungen zur verstärkten Erbringung von bisher stationär erbrachten Leistungen im Zuge der Einführung der Hybrid-DRGs, ebenso wie den

Bestrebungen zur Etablierung von Gesundheitskiosken und Level II-Kliniken, ist eine **Verzahnung mit der ambulanten Versorgung unter Berücksichtigung sozialräumlicher Indikatoren** notwendig. Ebenso wird die Versorgung niedersächsischer Patient*innen zwar richtigerweise in die Bedarfsplanung einbezogen, die Absicht der **Abstimmung der Versorgungsplanung mit dem Land Niedersachsen** kommt im Krankenhausrahmenplan jedoch nicht zum Ausdruck.

Information der mittelbar Beteiligten

Für eine sachliche Einschätzung in den sie unmittelbar betreffenden Fragen benötigen die weiteren Beteiligten auch ausreichend Informationsrechte. Daher sollten der **Aufstellung des Krankenhausplans durch den Planungsausschuss begründet** und den mittelbar Beteiligten zugeleitet werden.

Investitionskostenverpflichtung erfüllen

Die Arbeitnehmerkammer begrüßt die geäußerte Absicht, die **reguläre Investitionsförderung bedarfsdeckend sicherzustellen**. Wird der Investitionsbedarf der Krankenhäuser nicht vollumfänglich gedeckt, muss davon ausgegangen werden, dass **Investitionen aus Personalkosten finanziert werden** (ausgenommen der Pflegepersonalkosten) und sich der Arbeitsdruck auf die Beschäftigten erhöht.

Die Novellierung des Bremischen Krankenhausgesetz hat zuletzt auch den **Förderanspruch** der von den bedarfsnotwendigen Krankenhäusern gegründeten und unterhaltenen **Ausbildungsstätten** klargestellt. Eine solche Förderung erscheint zur Steigerung der Ausbildungsqualität und Fachkräftesicherung, sowie angesichts der erhöhten Anforderungen an die Ausbildungsstätten durch die generalistische Ausbildung sinnvoll und sollte auch im Krankenhausrahmenplan bekräftigt werden.

Bundespolitische Entwicklungen

Wie eingangs erwähnt, ist für die Arbeitnehmerkammer Bremen nachvollziehbar, dass der vorliegende Krankenhausrahmenplan eine Übergangslösung ist und 2024 auf Grundlage der zu erwartenden Krankenhausstrukturreform angepasst wird. Das zu erwartende Ende der Planung nach Betten ist unumstritten und wird auch von der Arbeitnehmerkammer Bremen unterstützt. Die geplante Neuordnung der Krankenhauslandschaft sowie die Reform des Fallpauschalensystems haben das Potenzial, die Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern im Land Bremen entscheidend zu beeinflussen und werden daher an dieser Stelle ebenfalls kommentiert.

Neuordnung der Krankenhauslandschaft auf Grundlage von Level und Leistungsgruppen

Die geplante Krankenhausstrukturreform würde für die Krankenhäuser im Land Bremen tiefgreifende Veränderungen bedeuten. Richtigerweise haben die Bundesländer bereits auf die Notwendigkeit einer **Neuaufgabe des Strukturfonds** hingewiesen. Strukturreformen bedürfen häufig jedoch nicht nur baulicher, sondern auch personeller und organisationaler Veränderungen. Insbesondere der Neuzuschnitt von Aufgaben, der Wechsel des Arbeitszusammenhangs oder auch des Betriebsortes sind für Beschäftigte häufig mit großen Anpassungsleistungen und Mehrbelastungen verbunden. Die Arbeitnehmerkammer Bremen empfiehlt daher, in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe darauf hinwirken, dass die Mittel des Strukturfonds auch für die Finanzierung **beschäftigtenorientierter, partizipativer Organisationsprozesse** zur Verfügung gestellt werden.

Reform der Fallpauschalen

Kurzfristiger und weitaus entscheidender wird sich jedoch die **Reform des Finanzierungssystems der Fallpauschalen** auf die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern auswirken. In der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn“ unter 12.700 ausgestiegenen und in Teilzeit arbeitenden Pflegekräften kam zum Ausdruck, dass für sie die wichtigste Form der Anerkennung ist, dass das Patient*innenwohl vor wirtschaftlichen Interessen steht. Die Befragten stellten in umfangreichen Freitextantworten die Verbindung zwischen der pauschalierten Finanzierung zu den von ihnen bemängelten Arbeitsbedingungen eindeutig her. **Eine Abschaffung der Fallpauschalen kann als Motivationsfaktor für eine Rückkehr in den Pflegeberuf und eine Stundenerhöhung durch Teilzeitkräfte betrachtet werden.** Ein Potenzial von mindestens 300.000 Pflegefachkräften stünde so zur Verfügung.

Die von der Regierungskommission vorgeschlagene Ergänzung der Fallpauschalen um Vorhaltepauschalen im Umfang von 40 – 60 % des Erlösvolumens ist nicht geeignet, die Fehlanreize des Fallpauschalensystems zu beseitigen und wirksam für Entlastung der Beschäftigten zu sorgen: Die **Vorhaltepauschalen** richten sich neben der zu versorgenden Bevölkerung sowie bestimmten zu erfüllenden Qualitätskriterien weiterhin nach der Anzahl der Fälle und beinhalten somit **weiterhin einen Anreiz zur Mengenausweitung** aus ökonomischen anstelle von medizinischen Gründen. Der Berechnung sollen zudem die Jahre 2022/23 zugrunde gelegt werden. Dies könnte die Krankenhäuser zu einer kurzzeitigen Steigerung von Behandlungen anreizen, um eine möglichst starke Berechnungsgrundlage für die Vorhaltepauschale zu schaffen. Die bisherigen Fehlanreize der nun auf 40 - 60 % reduzierten Fallpauschalen bleiben darüber hinaus weiterhin bestehen. Fraglich ist, warum den Krankenhäusern **pauschale Beträge für die Vorhaltung gezahlt werden und nicht tatsächliche definierte Vorhaltekosten** erstattet werden.

Durch die vorgeschlagene Reform ist zudem eine **Komplexitätssteigerung des Finanzierungssystems und erhöhter bürokratischer Aufwand** zu erwarten, die die Arbeitsbelastung der Beschäftigten weiter steigern und der insbesondere die vom Pflegedienst gewünschte Zeit für pflegerische Tätigkeiten schmälern.

Problematisch ist darüber hinaus, dass die **Reform kostenneutral** umgesetzt werden soll. Wenn sich die Finanzierungsgrundlage nicht ändert, **wird der bestehende Mangel nur anders verteilt**. Das vermag die Situation in den bisher besonders unterfinanzierten Bereichen möglicherweise zu entschärfen. Doch das grundsätzliche Problem der Unterfinanzierung bleibt bestehen und die Finanzsituation der Krankenhäuser wird sich durch gestiegene Sachkosten weiter verschärfen.

Von einer „Revolution“, mit der Bundesgesundheitsminister Lauterbach die Vorschläge der Regierungskommission angekündigt hat, kann keine Rede sein. Dabei gab es **in der öffentlichen Diskussion durchaus bereits weitergehende Vorschläge zur Abkehr vom Fallpauschalensystem**, wie etwa die Rückkehr zu einer kostendeckenden Vergütung während des ersten Jahrs der Covid-19-Pandemie durch den AOK Bundesverband und die DKG, die Ausgliederung bestimmter medizinischer Bereiche, u.a. durch die Regierungskoalition selbst, oder der gesamten Personalkosten durch die Bundesärztekammer, analog zu den Pflegebudgets.

Die Regierungskommission beharrt darauf, dass Leistungsanreize erhalten bleiben müssten, weil auch eine kostendeckende Vergütung Fehlanreize setze und erhebliche Risiken für eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung sowie finanzielle Risiken für die Kostenträger auslösen würde. **Belege hierfür führen die Autor*innen jedoch nicht an**.

Bekannt ist hingegen, dass **die Kosten für Krankenhausbehandlungen seit Einführung der Fallpauschalen** trotz der wirtschaftlich induzierten Rationierungen und Unterversorgung **nicht reduziert** wurden. Nur ein Drittel der jährlichen Leistungssteigerungen kann auf die Alterung der Bevölkerung zurückgeführt werden, für den Großteil der Steigerungen sind medizinisch nicht notwendige Leistungen verantwortlich.¹ Für die vielbeschworene Kostenexplosion in der Zeit des zuvor geltenden Systems der kostendeckenden Vergütung gibt es hingegen keine Belege. Im Gegenteil: Der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) in Deutschland ist relativ konstant. Er lag seit 1980 bis zur Einführung der Fallpauschalen zwischen 6,1 bis 6,5 Prozent.² Nach Einführung

¹ https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/mengenentwicklung_und_mengensteuerung/mengenentwicklung_und_mengensteuerung_1.jsp

² http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI23.pdf. Der Anstieg

der Fallpauschalen **stieg der Anteil der GKV-Ausgaben am BIP jedoch auf zuletzt 7,9 Prozent (2021).**³ Ebenso ist **der Anteil der Krankenhausbehandlungen an den GKV-Ausgaben** nach Einführung der Fallpauschalen deutlich stärker angestiegen als zuvor.⁴ **Eine Kostenexplosion ist also bei einer vollständigen Rückkehr zu einer kostendeckenden Finanzierung rein statistisch nicht zu erwarten.**

Die Arbeitnehmerkammer Bremen empfiehlt daher die **vollständige Abkehr von den Fallpauschalen und eine kostendeckende Finanzierung unter Geltung des Wirtschaftlichkeitsprinzips.** Angesichts zahlreicher Abrechnungsstreitigkeiten mit den Krankenhäusern, wäre den Krankenkassen zuzutrauen, dessen Einhaltung auch bei kostendeckender Finanzierung zu garantieren. Von Vorteil wäre, dass der Anreiz zur Erbringung medizinisch nicht notwendiger Leistungen entfallen würde, Beschäftigte entlastet, Versichertenbeiträge nicht mehr in Renditen fließen würden und der Bedarf der Patient*innen wieder ausschlaggebend wäre.

März 2023

Dr. Jennie Auffenberg

Referentin für Gesundheits- und Pflegepolitik
auffenberg@arbeitnehmerkammer.de

der durchschnittlichen GKV-Beitragssätze von 13,2 Prozent im Jahr 1994 auf 15,5 Prozent im Jahr 2011 ist auf die steigende Arbeitslosigkeit und geringe Lohnentwicklung zurückzuführen.

³ <https://aok-bv.de/hintergrund/zahlen-fakten/#finanzdaten> auf Grundlage von Statistisches Bundesamt 2022, Fachserie 18 Reihe 1.5; Bundesministerium für Gesundheit, KJ1.

⁴ Statistisches Bundesamt 2019, Fachserie 12 Reihe 6.3, Eckdaten der Krankenhäuser 2019, Zeitreihe 1991-2019 nach Ländern, Bereinigte Kosten insgesamt.