

**KRANKENHÄUSER ZUKUNFTSFEST MACHEN  
MODERNE STRUKTUREN - SICHERE FINANZIERUNG**

**HKG-FORDERUNGEN 2021 – Dezember 2020**



## **Krankenhäuser zukunftsfest machen Moderne Strukturen - sichere Finanzierung**

*Die Bewältigung der COVID-19 Pandemie im Jahr 2020 hat deutlich gemacht, welche große Bedeutung leistungsfähige Krankenhäuser und ausreichende Behandlungskapazitäten für die Versorgung Schwer- und Schwerstkranker haben. Die Hamburger Krankenhäuser haben schnell und entschlossen in den Krisenmodus umgeschaltet und alles organisatorisch und personell Mögliche getan, um auf viele COVID-19 Erkrankte vorbereitet zu sein. Geholfen hat ihnen dabei, dass zahlreiche bürokratieintensive Strukturvorgaben kurzfristig ausgesetzt wurden und damit eine Konzentration auf die Patientenbehandlung möglich war. Die regionale Steuerung durch den Krisenstab des Landes hat gut funktioniert.*

*Umso mehr Gründe, die Krankenhäuser dringend zukunftsfest zu machen. In erster Linie muss die Personalsituation der Krankenhäuser verbessert werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Krankenhäuser in die Lage versetzt werden, ihr Personal sowie dessen Tarifentwicklung bezahlen zu können. Die Krankenhausfinanzierung muss in diesem Punkt angepasst und die derzeitige Zwischenform des Pflegebudgets in ein langfristig tragfähiges Modell überführt werden. Weitere Voraussetzung für eine erfolgreiche Finanzierungsreform ist, dass eine Lösung für die Investitionslücke geschaffen wird.*

*In der Digitalisierung des Gesundheitswesens besteht weiterhin großer Nachholbedarf. Die Pandemie hat gezeigt, dass die Digitalisierung unverzichtbar ist. Geschwindigkeit und Qualität der Informationsweitergabe können digital deutlich gesteigert werden. Für die Patienten bietet Telemedizin großen Nutzen. Diese*

*Entwicklung muss weiter vorangetrieben und beschleunigt werden.*

*Die Versorgung der Patienten sollte sich stärker am Ergebnis der medizinischen Behandlung orientieren. Eine bessere sektorenübergreifende Versorgung und Vernetzung der Leistungserbringer kann diesem Ziel dienen und die Versorgung für die Patienten spürbar verbessern.*

*Die Verantwortung der Länder für die ambulante und stationäre Versorgung sollte gestärkt werden, um regionale Gegebenheiten besser berücksichtigen und Netzwerkbildung fördern zu können. Bundesweite Vorgaben sollten als Orientierungsrahmen genutzt werden, von dem die Länder abweichen können.*

*Überflüssige Bürokratie muss über Bord geworfen werden. Die befristete Aussetzung der zahlreichen Dokumentations- und Nachweispflichten hat gezeigt, dass Krankenhäuser sich besser auf die Patientenversorgung konzentrieren können, wenn nur noch medizinisch und pflegerisch erforderliche Parameter dokumentiert werden müssen. Hauptsächlicher Treiber der Bürokratie ist die Abrechnungsprüfung der Krankenkassen sowie die Prüfungen des Medizinischen Dienstes. Bisherige Reformbemühungen haben noch nicht den gewünschten Erfolg gebracht. Die heutigen aufwändigen und konfliktträchtigen Verfahren müssen durch neutral akkreditierte und digital durchführbare Prüfalgorithmen ersetzt werden. So kann eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auch in Zukunft sichergestellt werden.*

## Die Forderungen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft

- *Personalkosten vollständig refinanzieren – dem Fachkräftemangel entgegenwirken*
- *Investitionen nachhaltig finanzieren, moderne Strukturen ermöglichen*
- *Vergütungssystem fit machen für die Zukunft*
- *regionale Versorgungsnetzwerke stärken*
- *an Ergebnisqualität orientieren: Behandlungserfolg zum Maßstab nehmen*
- *Digitalisierung beschleunigen: e-Health ausbauen – Bürokratie abbauen*
- *Bürokratieabbau vorantreiben*
- *Medizinischen Dienst und Medizincontrolling abschaffen*

## Personalkosten vollständig refinanzieren – dem Fachkräftemangel entgegenwirken

Die langjährige Unterfinanzierung von Personal- und Investitionskosten hat viele der heutigen Probleme verursacht. Daher ist eine gesicherte Finanzierung von Personalkosten und Tarifentwicklung wesentliche Voraussetzung, um dem Fachkräftemangel erfolgreich begegnen zu können. Zusätzlich hat die Querfinanzierung der Investitionen aus den Betriebserlösen zum Personalmangel in der Pflege gleichermaßen beigetragen wie die fehlende Refinanzierung der Personalkosten in den Fallpauschalen und Landesbasisfallwerten. Der anhaltende wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser hat zu der heutigen hohen Arbeitsbelastung geführt. Das Pflegebudget sollte Abhilfe schaffen, ist jedoch als langfristige Problemlösung ungeeignet, da es ein symptomatischer Eingriff mit zahlreichen Abgrenzungsproblemen ist. Gleiches gilt für die starren Pflegepersonaluntergrenzen, die durch ein krankenhausesbezogenes, flexibles und kapazitätsorientiertes Modell abgelöst werden sollten.

Aufgrund der kritischen Pflegepersonalsituation hat der Gesetzgeber entschieden, mit dem Pflegebudget ab 2020 eine **Personalkosten-erstattung** einzuführen – jedoch ausschließlich für die Pflege am Bett. Die Definition der Pflege am Bett ist in Anbetracht der heutigen Arbeitspraxis in Skill Mix Teams schwierig. Das Pflegebudget setzt damit einen rückwärtsgerichteten Anreiz, der dazu führt, dass Multiprofessionalität und damit die Vielfalt im Krankenhaus wieder abgebaut und durch besser refinanzierbare Pflegekräfte ersetzt wird. Dies ist weder wirtschaftlich noch inhaltlich förderlich. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels gefährdet dies die Nachwuchsgewinnung, den Bestand der Skill Mix-Kräfte und damit die Betreuungs- und Behandlungsqualität der Patienten. Eine Ungleichbehandlung der Berufsgruppen im Krankenhaus ist die Folge. Für Ärzte, Therapeuten, Funktionsdienste und weitere Mitarbeitergruppen im Krankenhaus besteht die nur anteilige Tarifkostenrefinanzierung fort, damit steigt der Spardruck. Daher ist das Pflegebudget allenfalls als Übergangslösung auf dem Weg zu einem neuen Finanzierungssystem anzusehen.

Nicht nur in der Pflege herrscht Personalmangel in den Krankenhäusern. Auch bei Ärzten und Fachberufen im Gesundheitswesen, Hebammen und Therapeuten gibt es Engpässe. Dem Fachkräftemangel muss **berufsgruppenübergreifend** entgegengewirkt werden. Zur Attraktivität des Arbeitsplatzes Krankenhaus gehört neben einer ausreichenden Personalausstattung auch die **Diversität neuer Berufsbilder**. In den vergangenen Jahren sind vielfältige spezialisierte Berufsbilder wie Pflegeassistenten, Operations- und Anästhesietechnische Assistenten (OTA, ATA) oder physician assistants entstanden, die heute aus der Organisation eines Krankenhauses nicht mehr wegzudenken sind. Sie haben Aufgaben teils von Ärzten, teils von Pflegekräften mit übernommen und entlasten diese. Für eine hochwertige und in Zeiten des Fachkräftemangels sichere Versorgung sind diese neuen Berufe unverzichtbar. Daher müssen sie sowie weitere Berufsgruppen in **Skill-Mix-Teams** auch in den Anforderungen und Vergütungsregelungen gleichberechtigt anerkannt werden.

Eine qualitativ hohe Versorgung ist nur mit einer ausreichenden Personalausstattung zu gewährleisten. Für die Pflege ist – gegen die Argumente der Krankenhäuser – das Instrument der **Pflegepersonaluntergrenzen** eingeführt worden. Die Pflegepersonaluntergrenzen orientieren sich nicht am Pflegebedarf des individuellen Patienten, sie sind kein Maßstab für eine gute Pflege, schaffen jedoch hohen administrativen Aufwand und viel Bürokratie. Eine patientenorientierte gute medizinische Versorgung muss den individuellen medizinischen und pflegerischen Bedarf berücksichtigen. Bundesweit zentralisierte Personalvorschriften können weder diesen individuellen Bedarf noch die organisatorischen Gegebenheiten des einzelnen Krankenhauses abbilden. Anstelle starrer, schichtgenauer Personalbesetzungsvorschriften für einzelne Stationen müssen **flexible, krankenhausesbezogene und kapazitätsangepasste Modelle** wieder einen bedarfsorientierten Personaleinsatz ermöglichen. Da es mit dem Pflegebudget keinen Anreiz mehr gibt, an der Pflege zu sparen, sind Pflegepersonaluntergrenzen heute bereits überflüssig und eine zusätzliche Bürokratielast. Durch Sanktionszahlungen und unzureichende Ausnahmeregelungen entziehen sie den Krankenhäusern zusätzlich finanzielle Mittel und verschlechtern damit die Situation für Patienten und Personal. Versorgungsengpässe können die Folge sein, wenn Krankenhäuser aufgrund drohender Sanktionen Betten sperren müssen.

Mit einer Reform der Krankenhausfinanzierung sollte sowohl für die Pflegekosten als auch für die Personalkosten der anderen Berufsgruppen

eine Lösung gefunden werden, um eine vollständige Refinanzierung einschließlich der Tarifentwicklung zu erreichen. Als Instrument für den Personalbedarf können **krankenhausbezogene, flexible und kapazitätsangepasste Modelle** Orientierung geben. Eine moderne, flexible und innovative Arbeitsorganisation muss durch das Vergütungssystem unterstützt und nicht verhindert werden.

## **Investitionen nachhaltig finanzieren, moderne Strukturen ermöglichen**

Seit langem fehlen ausreichende finanzielle Mittel im investiven Bereich für den Neubau und die Modernisierung der Gebäude und die medizinische Infrastruktur in Krankenhäusern. Die Länder kommen ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung nur teilweise nach, so dass ein erheblicher Anteil der Investitionsmittel von den Krankenhäusern selbst aufgebracht werden müssen. Ein zusätzlicher Investitionsbedarf hat sich durch die Digitalisierung des Gesundheitswesens entwickelt. Die erforderliche IT-Infrastruktur und -Sicherheit benötigt dauerhafte zusätzliche Investitionen.

Richtwert für die maßgebliche Höhe der Investitionsförderung lassen sich aus den vom InEK veröffentlichten Investitionsbewertungsrelationen (IBR) als allgemein anerkannte Größe des Mindestinvestitionsbedarfs ableiten. Die erforderliche jährliche Investitionsquote liegt bei etwa acht Prozent des Umsatzes. Für Hamburg ergibt sich hieraus ein Investitionsbedarf von 175 Millionen Euro pro Jahr. Das Land hat seine Investitionsfinanzierung zwar im Jahr 2019 erhöht, finanziert jedoch mit 110 Millionen Euro seine Krankenhäuser weiterhin nicht ausreichend. Jedes Jahr fehlen 65 Millionen Euro. Die ausbleibenden Investitionsmittel müssen die Krankenhäuser selbst erwirtschaften, übergangsweise durch Kredite finanzieren und dafür zusätzlich Zins- und Tilgungszahlungen leisten. Um einen solchen Abfluss finanzieller Mittel aus den Betriebserlösen zu verhindern, muss eine dauerhafte Lösung für eine **betriebswirtschaftliche ausreichende Investitionsförderung** geschaffen werden.

Ein eigenständiges Problem stellt der Investitionsbedarf für die **Digitalisierung** dar – mit allen damit verbundenen Anforderungen an eine sichere IT-Infrastruktur. Krankenhäuser, die der so genannten „kritischen Infrastruktur“ zuzuordnen sind, können Mittel aus dem **Krankenhausstrukturfonds** beantragen, sofern die Krankenkassen dem zustimmen. Der **Krankenhauszukunftsfonds** bietet zusätzliche Finanzierungsmöglichkeiten für die Digitalisierung. Über diese Sonderprogramme hinaus muss der Investitionsbedarf für die Digitalisierung in **Höhe von einer Milliarde Euro** verstetigt werden. Zusätzlich ist ein **dauerhafter Zuschlag von zwei Prozent je Fall** für die Betriebskosten der Digitalisierung erforderlich.



## Vergütungssystem fit machen für die Zukunft

Durch die COVID-19 Pandemie ist deutlich geworden, dass ein leistungsbezogenes Entgeltsystem im Krisenfall schnell an seine Grenzen stößt. Kapazitäten für Notfälle oder infektiologische Absonderung freizuhalten führt die Krankenhäuser bei einem streng leistungsbezogenen Entgeltsystem schnell in den finanziellen Ruin. Gleiches gilt, wenn Patienten in der Pandemie das Krankenhaus aus Angst vor Infektion meiden. Daher müssen für ein krisenfestes Vergütungssystem die Kosten für die Sicherstellung der Versorgung als garantierter Budgetanteil finanziert werden. Den größten Anteil dieser Kosten machen die Personalkosten eines Krankenhauses aus. Die Personalkosten sowie weitere unabweislich notwendige Kosten für die Betriebsbereitschaft eines Krankenhauses müssen zukünftig in Form eines garantierten Grundbudgets ausgezahlt werden. In diesem Zuge muss das Pflegebudget in dem neu gebildeten Grundbudget aufgehen, da es sich um den auf die Pflege entfallenden Teil der Vorhaltekosten handelt.

Ein leistungs- und kapazitätsorientiertes Budgetsystem muss auf dem **Versorgungsauftrag** des Krankenhauses aufsetzen. In der Verantwortung des Landes sind die mindestens vorzuhaltenden, **stationären und ambulanten Kapazitäten** der Krankenhäuser auszuweisen, die für eine Sicherstellung der Versorgung benötigt werden. Dies schließt auch die **stationäre und ambulante Notfallversorgung** an Krankenhäusern ein, die das Land als bedarfsnotwendig anerkannt hat. Darüber hinaus können Krankenhäuser **zusätzliche Leistungen** mit den Krankenkassen vereinbaren.

Die vorzuhaltenden Mindestkapazitäten müssen über einen garantierten Anteil des Gesamtbudgets finanziert werden. Dieser Budgetanteil kann entweder aus der **InEK Kalkulation** errechnet oder in Form von **Pauschalbeträgen je Bett/ Behandlungsplatz** ermittelt werden. Das **Pflegebudget** ist vollständig in das Grundbudget zu integrieren, da es sich um Vorhaltekosten für die Pflege am Bett handelt. In die Vorhaltekosten des Grundbudgets müssen ebenfalls die **Kosten der stationären und ambulanten Notfallversorgung** eines Krankenhauses eingehen. Die Notfallaufnahme und die Notfallambulanzen sind ebenso als

Vorhaltekosten zu betrachten wie die OP-Bereitschaft oder die Vorhaltung von Intensivbetten oder Kreissälen. Die kapazitätsbezogene Mindestvorhaltung wird über ein festes Jahresbudget finanziert und in Form von Abschlagsbeträgen über die Abrechnung der behandelten Fälle erlöst. Zentrales Element des garantierten Grundbudgets ist der **Erlösausgleich** am Jahresende, mit dem fehlende Erlöse für Vorhaltekosten ausgeglichen oder Überzahlungen korrigiert werden.

Für Leistungen, die im Rahmen der Mindestvorhaltung erbracht werden, werden zusätzlich zum Grundbudget lediglich die **leistungsabhängigen Kosten** finanziert. Für diesen leistungsbezogenen Anteil der Finanzierung ist mit den Krankenkassen auf Grundlage der bundeseinheitlichen Entgeltkataloge ein **Leistungsbudget** zu vereinbaren. Hierzu sind die leistungsbezogenen Anteile der Bewertungsrelationen in den Entgeltkatalogen gesondert auszuweisen. Die **nicht im Grundbudget enthaltenen Leistungen** sind mit den Krankenkassen **mit der vollen Höhe der Relativgewichte** zu vereinbaren und dem **Leistungsbudget** zuzuordnen. Das **krankenhausindividuelle Gesamtbudget** setzt sich aus **Grundbudget und Leistungsbudget** sowie etwaiger Zuschläge zusammen und kommt über einen **krankenhausindividuellen Entgeltwert** zur Abrechnung.

In der Mittelverwendung muss den Krankenhäusern **Gestaltungsfreiheit** erhalten bleiben. Daher scheidet ein nachweisorientiertes Kostenerstattungssystem als Alternativmodell aus.

Im Ergebnis wird die Erlössituation nicht mehr alleine in Abhängigkeit von der **Leistungsmenge** sondern auch durch die krankenhausindividuell mindestens **vorzuhaltenden Kapazitäten** bestimmt.

## Regionale Versorgungsnetzwerke stärken

Der föderale Aufbau unseres Gesundheitswesens hat sich bewährt. In der Corona-Krise konnten die Bundesländer, die regionalen Krisenstäbe und die örtlichen Gesundheitsämter gezielt auf das Pandemiegeschehen vor Ort reagieren und dabei die Besonderheiten der regionalen Gegebenheiten berücksichtigen. Die Planungskompetenz der Länder ermöglichte einen zielgenauen Einsatz der begrenzt verfügbaren Ressourcen. Bei einer bundeseinheitlichen Steuerung der Versorgung wäre dies nicht in dieser Form möglich gewesen. Die politische Letztverantwortung für eine flächendeckende, wohnortnahe Gesundheitsversorgung der Bevölkerung muss daher auch in Zukunft in der Hand der Länder liegen. Die Planungsentscheidungen der Länder müssen über die Sektoren hinweg erweitert und gestärkt werden. Bundesweite Vorgaben sollten daher zukünftig nurmehr den Orientierungsrahmen geben. Regionale Versorgungsnetzwerke können die Versorgung patientenzentrierter gestalten und Kooperationen zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern stärken.

Die Pandemiebewältigung bestätigt die Erfahrungen, dass über die regionale Versorgung am besten vor Ort in Kenntnis der realen Gegebenheiten entschieden werden kann. Daher sollten die Versorgungsstrukturen unter Einbindung der Akteure im Land und durch **Letztentscheidungskompetenz der Länder** festgelegt werden. Um eine **patientenorientierte und sektorenübergreifende Perspektive** zu stärken, die Leistungen besser zu verzahnen und integrierte sektorenübergreifende Behandlungen regelhaft etablieren zu können, müssen die Länder neben den stationären auch die ambulanten Strukturen aktiv mitgestalten können. Zusätzlich zum bestehenden Recht der Planung und Steuerung stationärer Krankenhauskapazitäten brauchen die Länder **aktive Mitwirkungsrechte** im Rahmen der **vertragsärztlichen Versorgungssteuerung**. Um die **ambulante und stationäre Notfallversorgung** aufeinander abgestimmt und orientiert an tatsächlichen Bedarf sicherstellen zu können, müssen diese in **planerischer Verantwortung des Landes** liegen.

Mit einer größeren Verantwortung der Länder für die sektorenübergreifende Sicherstellung der Versorgung muss ein **erweiterter Gestaltungsrahmen** für die Länder geschaffen werden. Bundesweite gesetz-

liche oder gesetzgleiche Vorgaben können der regionalen Lösungsfindung als **Orientierungsrahmen** dienen. Dies gilt für zahlreiche Vorschriften, insbesondere jedoch für die des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Eine regionale Entscheidung ist bspw. bei der Ausweitung von Zentren und Schwerpunkten, der Zuordnung der Notfallstufen, bei der Anwendung der QFR-RL u.v.m. unter Berücksichtigung bundesweiter Orientierungsgrößen praxisnäher zu treffen als eine zentralistisch einheitliche Anwendung solcher Vorgaben. Um ihrer Verantwortung für das regionale Versorgungsgeschehen gerecht werden zu können, müssen die Länder **abweichende Regelungen** von den Strukturvorgaben des G-BA treffen können.

In einem föderal organisierten Gesundheitssystem können die Erwartungen der Patientinnen und Patienten an die medizinische Versorgung und die Versorgungsqualität durch die Förderung und Etablierung **regionaler krankenzentrierter Netzwerke** verwirklicht werden. Die Krankenhäuser übernehmen in den regionalen Versorgungsnetzwerken die **Sicherstellung der voll- und teilstationären Versorgung**. Darüber hinaus können sie im Rahmen der Entscheidungskompetenz der Länder weitere **ambulante Leistungen** anbieten. Als integrierte Dienstleistungszentren können die Krankenhäuser selbst oder in Kooperation und Koordination mit anderen Leistungsanbietern eine am Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtete **Steuerung der Behandlungsabläufe** vornehmen. Im Bereich der **ambulanten Notfallversorgung** sind bestehende **regionale Kooperationen** weiter auszubauen und zu fördern.

Die für die sektorenübergreifende Versorgungsplanung zuständigen Länder stehen deshalb in der Pflicht, bestehende Versorgungsnetzwerke zu stärken und die Bildung neuer regionaler Netzwerke durch klar abgegrenzte Versorgungsaufträge und Vorgaben zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit sektorenübergreifend aktiv zu befördern.

Die politische Letztverantwortung für eine flächendeckende, wohnortnahe Gesundheitsversorgung der Bevölkerung muss auch in Zukunft bei den Ländern liegen. Aus Krankenhausplanung und vertragsärztlicher Bedarfsplanung muss daher **sektorenübergreifende Versorgungsplanung** werden.

## **An Ergebnisqualität orientieren: Behandlungserfolg zum Maßstab nehmen**

Schon heute sind die Krankenhäuser in einem Ausmaß transparent, wie es für keinen anderen Bereich des deutschen Gesundheitswesens der Fall ist. Seit Jahren überfällig ist eine vergleichbare Qualitätstransparenz des ambulanten ärztlichen Bereichs. Zudem fehlt es an einer konsequenten Orientierung an den medizinischen Ergebnissen im Behandlungsverlauf eines Patienten. Ergebnisqualität sollte – sektorenübergreifend – zum Maß aller Dinge werden, denn letztlich ist es der Erfolg einer Behandlung, auf den es ankommt.

Eine aussagekräftige Beurteilung der Ergebnisqualität ist in der Patientenversorgung nur möglich, wenn der **Behandlungsverlauf über die Sektorengrenzen hinweg** in den Blick genommen wird und auf langfristige Qualitätsergebnisse hin ausgerichtet ist. Eine gute Methode hierfür sind **Patient Reported Outcome Measures**, wie sie immer häufiger in Krankenhäusern eingesetzt werden, auch wenn der ambulante Behandlungsteil derzeit nicht in deren Verantwortung erbracht wird.

Im Zentrum aller Bemühungen, unser Gesundheitssystem weiterzuentwickeln, muss die bestmögliche medizinische Versorgung der Patienten stehen. Das medizinische Ergebnis sollte über die verschiedenen Behandlungsabschnitte hinweg messbar und transparent sein. Die verpflichtende Qualitätssicherung sollte auf solche Verfahren beschränkt werden, die **nachweislich zu mehr Qualität und Patientensicherheit** beitragen. Der Patient muss wieder mehr in den Mittelpunkt rücken. Zahllose Strukturvorgaben und Verwaltungsvorschriften werden schlagartig überflüssig, wenn es gelingt, das medizinische Ergebnis am Patienten zum Maß aller Dinge zu machen. In Kombination mit einem neuen Vergütungssystem vermag Ergebnisqualität als zentrale Messgröße zu gewährleisten, dass die Patientenversorgung verlässlich das gewünschte qualitativ hohe Niveau aufweist.

Da die patientenzentrierte Ergebnismessung über längere Zeiträume und die Sektoren hinweg sehr aufwändig und ressourcenintensiv ist, müssen solche Verfahren vorrangig über den Gemeinsamen Bundesausschuss und das IQTIG in die gesetzliche Qualitätssicherung integriert werden, wodurch auch die dringend benötigte Refinanzierung sichergestellt werden kann.

## **Digitalisierung beschleunigen: e-Health ausbauen – Bürokratie abbauen**

Die Digitalisierung bietet allen Beteiligten im Gesundheitswesen die Chance, Kommunikation zu beschleunigen und zu vereinfachen, Informationen zeitnah und vollständig zu übermitteln und die Abläufe entlang der Behandlungskette zu optimieren. Damit können nicht nur Qualitäts- und Effizienzgewinne erzielt, sondern auch Verwaltungsarbeiten in erheblichem Umfang reduziert werden. Die Pandemie hat den Bedarf und den Nutzen digitaler Kommunikation sowohl zwischen den Leistungserbringern, als auch zwischen Patienten und Ärzten in Videosprechstunden und bei der digitalen AU deutlich gemacht.

Regionale Versorgungsnetzwerke setzen eine gut ausgebaute, belastbare und sichere digitale Infrastruktur zwingend voraus. Unter strenger Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Vorschriften muss dem beschleunigten Ausbau der Digitalisierung daher höchste Priorität eingeräumt werden. Durch die Sonderprogramme „Krankenhausstrukturfonds“ und „Krankenhauszukunftsfonds“ kann die notwendige digitale Ertüchtigung beschleunigt werden. Dieser Schub muss verstetigt werden.

Die Digitalisierung hat das Alltagsleben der Menschen nachhaltig verändert. Die Corona Pandemie hat der Digitalisierung einen zusätzlichen Schub verliehen. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Krankenhäusern erwarten, dass sie auch am Arbeitsplatz **digital unterstützt handeln und kommunizieren** können. Für Patienten sind digitale Dienstleistungen wie Terminvereinbarungen, Kommunikation, Befunde, Arztbriefe und Informationsmaterialien zunehmend selbstverständlich. **Telemedizin** ermöglicht Patienten und Ärzten in der Pandemie Kontakte ohne Infektionsrisiko, bspw. in Videosprechstunden. Darüber hinaus unterstützt **Telemedizin** patientenorientierte Behandlungsprozesse und damit eine bessere Versorgung. Telekonsile und Telemonitoring können als wesentliches Instrument regionaler Netzwerke die ambulante Versorgung vor Ort verbessern, Spezialisten auch aus Krankenhäusern in die Behandlung einbinden und den Patienten zukünftig viele Wege ersparen. Neben der Vernetzung von Krankenhäusern mit niedergelassenen Ärzten müssen auch Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen, ambulante Pflegedienste und Therapeuten eingebunden werden.

Für **telemedizinische Leistungen** bei ambulanten Patienten muss eine **Ermächtigung** und eine **Finanzierungsregelung** für Krankenhäuser geschaffen werden.

**Moderne Medizintechnik** ist ohne digitale Anbindung an die Infrastruktur eines Krankenhauses nicht mehr einsetzbar. Geräte, Implantate und Sensoren verfügen immer häufiger über rein digitale Schnittstellen und müssen in die Netzwerke der Krankenhäuser eingebunden werden. Moderne Informationstechnologie ist eine unabdingbare Voraussetzung für die Medizin des 21. Jahrhunderts.

Um technologische Flickenteppiche und Insellösungen zu vermeiden, ist eine Standardisierung und Interoperabilität der Anwendungen entscheidend. So sollten **einheitliche Standards** für medizinische Dokumente sowie deren Metadaten bundesweit für alle Sektoren zum Einsatz kommen. Es bedarf einer Festlegung, wie der zukünftige gemeinsame Basisstandard für medizinische Terminologien (SNOMED-CT) in den KIS und PVS genutzt werden soll. Eine einheitliche Standardisierung von Daten und Terminologien muss auch für verpflichtende Register und die Qualitätssicherung gelten.

Die elektronischen Gesundheitsakten der Krankenversicherungen, die nicht die Spezifikationen der Gematik umsetzen, müssen zeitnah beendet werden, da ansonsten in den Krankenhäusern parallel unterschiedliche Aktenkonzepte unterstützt werden müssen.

Die **einrichtungsübergreifende elektronische Fallakte** (EFA) muss in ihrer Entwicklung dringend vorangetrieben werden, da sie die Informationsweitergabe zwischen den Leistungserbringern verbessert.

Neben dem Heilberufsausweis (HBA) ist eine **Institutionskarte im SGB V** einzuführen, die das institutionelle Handeln der Krankenhäuser ohne einen Rückverweis auf einen HBA legitimiert.

Eine flächendeckende Einführung des branchenspezifischen Sicherheitsstandards (**B3S**) bei allen Krankenhäusern ist erforderlich.

In den zahlreichen Strukturanforderungen aus G-BA Richtlinien und OPS müssen **telemedizinisch organisierte Strukturvorhaltungen** den Strukturmerkmalen am Standort des Krankenhauses gleichgestellt werden.

Der Nutzen der Digitalisierung überwiegt bei weitem die Risiken, da eine verbesserte Kommunikation und eine vollständige Informationsgrundlage die Qualität steigern. Digital unterstützte Prozesse **helfen Bürokratie abzubauen** und machen damit Arbeitszeit für die Patientenversorgung frei. Die Mitarbeiter können sich wieder auf das Wesentliche – ihre Patienten – konzentrieren.

Um diese Entwicklungen zu befördern und den Nutzen für alle Beteiligten und die Patienten zu heben, müssen die Mittel des **Krankenhauszufundsfonds** und des **Krankenhausstrukturfonds** genutzt werden. Über diesen Investitionsschub hinaus müssen für die weitere Digitalisierung und den Betrieb dauerhaft ausreichend finanzielle und personelle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Daher wird für die laufenden Kosten, Lizenzen, Wartung und IT-Fachpersonal ein **Digitalisierungszuschlag von 2 %** auf alle Rechnungen benötigt.



## Bürokratieabbau vorantreiben

Ärzte und Pflegekräfte verbringen drei bis vier Stunden täglich mit patientenfernen Tätigkeiten durch Dokumentation und Bürokratie. Mit jeder neuen Vorschrift wächst die Bürokratieflut und hält Mitarbeiter von ihrer eigentlichen Tätigkeit am Patienten ab. Dies ist weder vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels, noch unter dem Aspekt attraktiver Arbeitsbedingungen zu verantworten. Es ist überfällig, dass eine Initiative für einen spürbaren Bürokratieabbau in den Krankenhäusern startet.

Zum Bürokratiekollaps des bestehenden Systems trägt maßgeblich bei, dass die Krankenkassen die Abrechnungsprüfungen ausdehnen und die Krankenhäuser mit den Prüfungen ihres Medizinischen Dienstes (MD) massiv belasten. Dieser Entwicklung sollte zwar durch das MDK-Reformgesetz Einhalt geboten werden. Leider ist dies jedoch nicht geglückt. Es sind zahlreiche neue streitbehaftete Tatbestände geschaffen worden, das System ist komplizierter geworden. Hier muss nachgesteuert werden.

Der Gesetzgeber hat den Krankenhäusern in den vergangenen Jahren eine kaum noch überschaubare Flut von Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen auferlegt. **40 Prozent der Arbeitszeit von Ärzten** und **33 Prozent der Arbeitszeit von Pflegekräften** sind durch Schreibtischarbeit gebunden. Die Bürokratiebelastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hält diese von den Patienten fern und führt zu großer Unzufriedenheit.

Ein Lichtblick war die anlässlich der Corona-Pandemie vorgenommene befristete **Befreiung** der Krankenhäuser von zahlreichen **Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen**. Die Maßnahmen entlasteten das Personal spürbar. Die Krankenhäuser sind mit den so gewonnenen Freiräumen verantwortungsvoll umgegangen. Dies zeigt, dass ein Großteil dieser Verpflichtungen auch **dauerhaft verzichtbar** ist, ohne dass damit die Qualität der Patientenversorgung beeinträchtigt wird. Zahlreiche Dokumentationen müssen nur erstellt werden, um **Abrechnungstatbestände zu sichern** oder **Sanktionen zu vermeiden**. Sie haben keine Auswirkungen auf die Qualität oder die Patientenbehandlung selbst.

Der **Abbau von Bürokratielasten** ist ein Querschnittsthema und muss alle Regelungsbereiche umfassen. Sämtliche bestehenden Dokumenta-

tions- und Nachweisverpflichtungen (einschließlich der damit verbundenen Kontroll- und Sanktionsmechanismen) müssen kritisch hinterfragt und auf das notwendige Mindestmaß reduziert werden. Unstrittig ist eine aufgrund **fachlicher Standards** erforderliche Dokumentation **medizinischer** und **pflegerischer Daten**.

Eine wesentliche Stellschraube für **attraktive Arbeitsbedingungen** ist nicht zuletzt der Bürokratieabbau. Solange Ärzte und Pflegekräfte einen großen Teil ihrer Arbeitszeit am Schreibtisch statt am Patientenbett oder am OP-Tisch verbringen, führt dies immer stärker zu Frustration, beruflichem Exodus und Mangel an Nachwuchskräften. Ein spürbarer Bürokratieabbau muss für alle gesetzgeberischen Aktivitäten gefordert werden, um die personellen Kapazitäten für die Arbeit am Patienten ebenso wie die Zufriedenheit im Beruf deutlich zu erhöhen.

## Medizinischen Dienst und Medizincontrolling abschaffen

Zum Bürokratiekollaps des bestehenden Systems trägt maßgeblich bei, dass die Krankenkassen die Abrechnungsprüfungen stetig ausweiten und die Krankenhäuser mit den Prüfungen ihres Medizinischen Dienstes (MD) massiv belasten. Dieser Entwicklung sollte zwar durch das MDK-Reformgesetz Einhalt geboten werden. Leider sieht dieses jedoch Regelungen vor, die es den Krankenkassen erlauben, durch pauschale Strafzahlungen den Krankenhäusern in erheblichem Umfang finanzielle Mittel zu entziehen. Damit wurde ein kontraproduktiver Anreiz gesetzt, der zwar die Prüfquote ab 2021 auf 12,5 Prozent begrenzt, der aber auch zu einem Maximum an Strafzahlungen führen wird. Solange das Misstrauen gegenüber Krankenhäusern nicht beendet und das System nicht radikal vereinfacht wird, werden die Konflikte aus den Abrechnungsprüfungen weiter zunehmen.

Einsparwettbewerb der Krankenkassen, komplexe Krankenhausvergütung durch Fallpauschalen mit zahllosen Nebenregelungen, komplizierte Operationen- und Prozeduren-Schlüssel (OPS), Zu- und Abschläge, Zusatzentgelte, tagesbezogene Entgelte – all dies bietet reichhaltige Möglichkeiten für Abrechnungsprüfungen. Von 642 verschiedenen DRG im Jahr 2003 ist der Katalog auf heute 1.292 angewachsen. Hinzu kommen 218 Zusatzentgelte im OPS, die zahlreiche Dokumentations- und Nachweispflichten erfordern und Prüfanlässe bieten, des Weiteren Nachweise für die Personalausstattung und -besetzung, Vorgaben aus Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie Strukturprüfungen, für die die Rechtsgrundlage jüngst erst geschaffen wurde.

Diese Entwicklung macht sehr deutlich, dass komplexe Abrechnungsregeln und Strukturvorgaben zu erheblich mehr Unübersichtlichkeit und Bürokratie im System führen und zahllose Prüfanlässe bieten. In den Krankenhäusern muss zu viel dokumentiert werden, was zu beträchtlichen zusätzlichen Kosten führt und das Personal von den Patienten fernhält. Mit **Transparenz, Klarheit und einer radikalen Vereinfachung der Vergütungsbestimmungen** könnten auf einen Schlag 40 Prozent der Arbeitszeit von Ärzten und 33 Prozent von Pflegekräften wieder den Patienten zur Verfügung stehen. Zusätzlich könnten rund 30.000 Ärzte

und 20.000 Pflegekräfte aus den Prüfabteilungen des MD oder dem Medizincontrolling wieder in der Patientenversorgung eingesetzt werden. Daher muss bei einer Reform des Finanzierungssystems auf deutlich **vereinfachte Abrechnungsregeln** und möglichst **automatisierbare Prüfroutinen** geachtet werden. Eine versachlichte Abrechnungsprüfung könnte mit abgestimmten und neutral akkreditierten Prüfalgorithmen stattfinden, an die beide Seiten gebunden sind. Dadurch könnten sowohl Medizinischer Dienst als auch Medizincontrolling weitestgehend überflüssig werden.

Weitere **Vereinfachungen des Prüfverfahrens** könnten bspw. Stichtagsprüfungen und pauschale Korrekturmechanismen sein. Die neu eingeführte vorgeschaltete Prüfung von Strukturanforderungen durch den Medizinischen Dienst für bestimmte Leistungsbereiche sollte diese Leistungen im Gegenzug von einer nachgehenden Einzelfallprüfung freistellen. Als Sofortmaßnahme zur Eingrenzung von Streitfällen aus der Abrechnungsprüfung könnte die untere Grenzverweildauer aus dem DRG-Katalog und damit als Prüfanlass gestrichen werden.

Neben der geforderten Vereinfachung des Vergütungssystems sind die zentralen Erfolgsfaktoren für eine einfachere und weitgehend automatisierte Abrechnungsprüfung, die Kommunikation zwischen Medizinischem Dienst und Krankenhaus vollständig zu **digitalisieren** und für beide Seiten **neutral akkreditierte und verbindliche Prüfkriterien** zu schaffen.



**Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.**

Burchardstraße 19 | 20095 Hamburg

Telefon 040 / 25 17 36-0 | Telefax 040 / 25 17 36-40

E-Mail [hkgev@hkgev.de](mailto:hkgev@hkgev.de) | [www.hkgev.de](http://www.hkgev.de)

---