

**KRANKENHÄUSER DER ZUKUNFT  
MODERNE STRUKTUREN - SICHERE ARBEITSPLÄTZE**

**HKG-FORDERUNGEN 2022 – NOVEMBER 2021**



## **Krankenhäuser der Zukunft Moderne Strukturen - sichere Arbeitsplätze**

*Die COVID-19 Pandemie hat deutlich gemacht, welche Bedeutung leistungsfähige Krankenhäuser für die Versorgung der Bevölkerung haben. Die Grenzen einer rein leistungsbezogenen Finanzierung wurden immer dann deutlich, wenn kurzfristig Reservekapazitäten für die Pandemiebewältigung benötigt wurden. Die Krankenhäuser haben in der Pandemie unter sehr schwierigen Bedingungen Großes geleistet. Die in dieser extremen Belastungssituation gewonnenen Erkenntnisse müssen in die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen einfließen.*

*Leider wird auch das Jahr 2022 durch die anhaltende Pandemie noch keine durchgehende Rückkehr der Krankenhäuser zum Normalbetrieb möglich machen. Daher werden zusätzlich zu dem grundlegenden Reformbedarf für 2022 erneut ein Rettungsschirm für die Krankenhäuser sowie Soforthilfen für die Pflege notwendig werden.*

*Nochmals verschärft hat sich in den Krankenhäusern der Fachkräftemangel. Dieser stellt die wesentliche Begrenzung für die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser und die Sicherstellung der Versorgung dar. Besonders deutlich wird dies an der Zahl der personalabhängig betreibbaren Intensivbetten. Vorrangig muss es daher sein, die Arbeitsbedingungen und die Personalausstattung in den Krankenhäusern zu verbessern, um Abwanderung, insbesondere der Pflegekräfte, in krankenhausferne Tätigkeiten oder die Zeitarbeit zu begegnen. Die Arbeit im Krankenhaus muss wieder attraktiver werden.*

*Grundlage hierfür ist eine gesicherte Finanzierung der Personalkosten. Nach der Ausgliederung des Pflegebudgets und zahlreichen Korrekturen am DRG-System muss die Krankenhausfinanzierung nun dringend zukunftsfähig gemacht werden. Das Pflegebudget kann nur eine Übergangslösung sein. Es muss in ein neues Konzept der Krankenhausfinanzierung überführt werden, das notwendigerweise entstehende Vorhaltekosten der Krankenhäuser berücksichtigt, aber die DRG als bewährte, leistungsbezogene Abrechnungsgröße enthält. Eine gesicherte Finanzierung der Personalkosten aller Berufsgruppen im Krankenhaus ist die zentrale Voraussetzung für Personalaufbau und verbesserte Arbeitsbedingungen.*

*Eine Reform der Krankenhausfinanzierung wird langfristig nur dann erfolgreich sein können, wenn auch für die fehlenden Investitionskosten eine dauerhafte Lösung gefunden wird.*

*Die Digitalisierung des Gesundheitswesens hat in der Pandemie weiter an Fahrt aufgenommen. Diese Entwicklung muss weitergeführt und ausgebaut werden. Für die mit der Digitalisierung verbundenen Investitions- und Betriebskosten muss es eine regelhafte Finanzierung geben.*

*Die Versorgung der Patienten sollte sich stärker am Ergebnis der medizinischen Behandlung orientieren. Eine bessere sektorenübergreifende Versorgung und Vernetzung der Leistungserbringer müssen 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.*

*Es bedarf eines entschlossenen Bürokratieabbaus, um Ärzte und Pflegekräfte wieder Freiraum für die Arbeit an und mit den Patienten zu schaffen. 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 konfliktbehafteten 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

- *Rettungsschirm 2022*
- *Personalkosten vollständig refinanzieren – dem Fachkräftemangel entgegenwirken*
- *Zeitarbeit überflüssig machen*
- *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*
- *Abrechnungsprüfung und Qualitätskontrollen intelligent und aufwandsarm lösen*

## Rettungsschirm 2022

Leider zeichnet sich zum Jahresende 2021 ab, dass die Krankenhäuser erneut massiv durch die in der Herbst-/ Wintersaison ansteigende Welle von COVID-19 Erkrankten gefordert werden. Eine möglicherweise hinzutretende Influenzawelle ist noch nicht einzuschätzen. Erneut werden Intensivkapazitäten knapp. Dies wird verschärft durch einen steigenden Mangel an Intensivpflegekräften. Nach einer aktuellen Erhebung des Deutschen Krankenhausinstituts vom Oktober 2021 haben in den vorangegangenen zwölf Monaten 5 bis 10 % der Intensivpflegekräfte ihre Arbeit aufgegeben oder die Arbeitszeit reduziert. Aufgrund des Pflegepersonalmangels und der geltenden Pflegepersonaluntergrenzen von 1 : 2 können die vorhandenen Intensivbetten nur teilweise betrieben werden.

Die Krankenhäuser können einen erhöhten Bedarf an Intensivbetten nur durch Reduktion oder Schließung anderer Bereiche des Krankenhauses gewährleisten. Fachpersonal, das dann zusätzlich auf den COVID-19 Intensivstationen eingesetzt werden kann, kann nur durch Absage von elektiven Eingriffen und Schließung von OPs oder anderen Intensivstationen frei werden. Um den Krankenhäusern ohne wirtschaftliche Gefährdung die Absage elektiver Eingriffe zu ermöglichen, ist daher schnell ein Rettungsschirm für 2022 erforderlich. Dabei kann in angepasster Form auf den bekannten Instrumentenkasten der Rettungsschirme 2020 und 2021 zurückgegriffen werden.

Vorrangig sind dies:

- Budgetabsicherung durch einen Ganzjahreserlösausgleich 2021 und 2022 ohne jedwede Abschläge gegenüber 2019
- ergebniswirksame Versorgungszuschläge
- Verlängerung der Coronamehrkostenzuschläge
- beherrzte Bürokratieentlastung der Krankenhäuser nach dem Modell des ersten Rettungsschirms 2020
- Sofortmaßnahmen zur Stärkung der Pflege im Krankenhaus, bspw. Anerkennung und Refinanzierung tarifüberschreitender Zahlungen und Zuschläge an Mitarbeitende

## Personalkosten vollständig refinanzieren – dem Fachkräftemangel entgegenwirken

Die langjährige Unterfinanzierung von Personal- und Investitionskosten hat maßgeblich den heutigen Fachkräftemangel verursacht. Der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser hat zu Personaleinsparungen geführt. Folge ist die hohe Arbeitsbelastung, die zu wenig verlässlichen Dienstplänen und hoher Arbeitsintensität führt. Die Pandemie hat das Personal zusätzlich massiv gefordert. Für eine grundlegende Verbesserung der Arbeitsbelastung ist eine gesicherte Finanzierung von Personalkosten und Tarifentwicklung erforderlich. Der Fachkräftemangel wird derzeit durch die Abwanderung von Mitarbeitenden in die Zeitarbeit noch verschärft. Hier bedarf es zusätzlich einer begrenzenden Gegensteuerung sowie Anreizen für krankenhauseigene Lösungen.

Eine grundlegende Bewertung des Pflegebudgets nach dessen Einführung 2020 steht aufgrund des zeitlichen Rückstands der Budgetvereinbarungen noch aus. Es zeichnet sich jedoch bereits ab, dass die Krankenhäuser ihre Pflegebudgets nicht in der erforderlichen Höhe werden vereinbaren können oder ihnen an anderer Stelle finanzielle Mittel entzogen werden, so dass das politische Versprechen, die Pflege vom Spardruck zu befreien nicht eingelöst werden kann. Auch können die Pflegebudgets den Skill-Mix-Teams in den Krankenhäusern nicht ausreichend Rechnung tragen.

Die starren Pflegepersonaluntergrenzen erzeugen weiterhin viel Bürokratie und verhindern flexiblen und aufwandsbezogenen Personaleinsatz. Nach dem Willen der Krankenhäuser sollten sie durch ein krankenhausbefugtes, flexibles und kapazitätsorientiertes Modell der Personalbemessung abgelöst werden.

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, wodurch sich zahlreiche Definitions-Abgrenzungsfragen stellen. 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 auf diese Berufsgruppen. Eine grundlegende Bewertung der Einführung des Pflegebudgets steht noch aus. Es verdichtet sich jedoch bereits der Eindruck, dass es weder gelingt, die Pflege am Bett aufgrund der vielfältigen Abgrenzungsprobleme vollständig zu refinanzieren, noch die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser insgesamt zu verbessern, da durch kollaterale Effekte den Krankenhäusern an anderen Stellen Geld entzogen wird. 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.

Der Fachkräftemangel wird zudem durch einen Sog der Mitarbeitenden in die **Zeitarbeit** verstärkt; eine kritische Entwicklung, da den Krankenhäusern auf diesem Wege Personal verloren geht, das für ein Vielfaches der Kosten bei Zeitarbeitsfirmen wieder eingekauft werden muss. Auf den Mehrkosten bleiben die Krankenhäuser sitzen. Für die fest ange-

stellten Mitarbeitenden verbleiben die unattraktiven Dienste, der Zusammenhalt der Teams schwindet und die tägliche Arbeit wird durch weniger gut in die Abläufe eingearbeitete Mitarbeitende aus der Zeitarbeit für die Stammebelegschaft zusätzlich erschwert. Dieser Entwicklung muss dringend entgegengewirkt werden. Zeitarbeit muss wieder die Ausnahme, nicht die Regel werden.

Eine qualitativ hohe Versorgung ist nur mit einer ausreichenden Personalausstattung zu gewährleisten. Die **Pflegepersonaluntergrenzen** sind aus der Sicht der Krankenhäuser weiterhin ein ungeeignetes und starres Instrument. 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, krankenhausbazogene und kapazitätsangepasste Modelle** wieder einen bedarfsorientierten Personaleinsatz ermöglichen. Pflegepersonaluntergrenzen sind eine zusätzliche Bürokratielast. Durch Sanktionszahlungen und unzureichende Ausnahmeregelungen entziehen sie den Krankenhäusern zusätzlich finanzielle Mittel und verschlechtern damit die Situation für Patienten und Personal. Versorgungsgänge können die Folge sein, wenn Krankenhäuser aufgrund drohender Sanktionen Betten sperren müssen.

**Es besteht weiterhin Handlungsbedarf für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung, so dass sowohl die Kosten der Pflege als auch die Kosten anderer Berufsgruppen gleichermaßen gesichert refinanziert werden. Das Pflegebudget ist als Übergangslösung hin zu einer stärkeren anteiligen Finanzierung von Vorhaltekosten anzusehen und abzulösen.**

**Eine moderne, flexible und innovative Arbeitsorganisation muss durch das Vergütungssystem unterstützt und nicht verhindert werden.**

## **Zeitarbeit überflüssig machen**

**Der Fachkräftemangel stellt den zentralen Engpass für die Sicherstellung der Versorgung dar. Besonders im Pflegedienst steigt der Druck, auf Zeitarbeit zurückzugreifen. Dies führt zu zahlreichen Folgeproblemen, denn Zeitarbeitsfirmen konkurrieren mit Krankenhäusern um Personal. Frei wählbare Arbeitszeiten und deutlich höhere Vergütungen führen zur Abwanderung von Pflegekräften aus Krankenhäusern in die Zeitarbeit. Der Fachkräftemangel verstärkt sich; zudem steigen die Preise der Zeitarbeit proportional zur Nachfrage. Diese Mehrkosten von rund 9 Millionen Euro pro Jahr allein in Hamburg sind für die Krankenhäuser nicht refinanziert und werden dem System jedes Jahr aufs Neue entzogen.**

Die Mitarbeitenden der Krankenhäuser, insbesondere des Pflegedienstes, arbeiten seit Jahren unter hohem Druck aufgrund des anhaltenden Fachkräftemangels. Offene Stellen können nicht zeitnah besetzt werden. Die knappe Personaldecke führt zu hohen Belastungen, Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und fehlender Dienstplansicherheit. Steigen die Belastung und Unzufriedenheit der Mitarbeitenden, suchen diese nach alternativen Arbeitsmöglichkeiten und verlassen das Krankenhaus. Da der Arbeitsmarkt nicht ausreichend neue Pflegekräfte zur Festanstellung bietet, greifen die Krankenhäuser aus der Not heraus auf Zeitarbeit zurück. Diese wird längst nicht mehr nur zur Abfederung von Belastungsspitzen genutzt, sondern Zeitarbeitskräfte sind teilweise bis zur gesetzlichen Grenze von 18 Monaten fest an Krankenhäuser entliehen und nach kurzen Pausen erneut bis zur gesetzlichen Grenze im selben Krankenhaus eingesetzt. Bei akuten Belastungsspitzen stehen auf dem Markt aufgrund der langfristigen Arbeitnehmerüberlassungen häufig keine Zeitarbeitskräfte kurzfristig zur Verfügung. Ein paradoxer Zustand, da die Zeitarbeit in der Pflege somit ihren originären Zweck nicht mehr vollumfänglich erfüllen kann. Da die Zeitarbeitskräfte sehr häufig ihre zeitliche Verfügbarkeit genau vorgeben, muss das Stammpersonal bei der Dienstplangestaltung zurückstehen und die unattraktiveren Dienste übernehmen. Außerdem kommt es durch die Zeitarbeitskräfte zu erhöhtem Einweisungs- und Supervisionsaufwand beim Stammpersonal. Teilweise können die Zeitarbeits-

kräfte auch nicht in den krankenhauseigenen IT-Systemen dokumentieren, so dass sich auch die Dokumentation einseitig zu Lasten des Stammpersonals verschieben kann.

Höhere Stundenlöhne und Sonderleistungen in der Zeitarbeit lassen einen Vergleich des Jahresbruttolohns ebenso in den Hintergrund treten wie die fehlende Einbindung in ein Unternehmen mit sozialer Absicherung in unterschiedlichen Lebensphasen, das langfristige Betriebszugehörigkeit honoriert. Eine Zweiklassengesellschaft auf den Stationen ermutigt weitere Mitarbeitende, ebenfalls in die Zeitarbeit zu wechseln, wodurch sich das Problem erneut verschärft.

Für die Krankenhäuser ist die Zeitarbeit nur bis zur Höhe der Tarifkosten in den Pflegebudgets ansetzbar und verhandelbar. Auf Mehrkosten der Zeitarbeit bleiben die Krankenhäuser sitzen und müssen sie an anderer Stelle einsparen. Eine aktuelle Erhebung der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft ergab, dass die Krankenhäuser pro Jahr rund 9 Millionen Euro durch Mehrkosten der Zeitarbeit verlieren. Um dem Fachkräftemangel langfristig entgegenzuwirken, die Arbeitsbedingungen zu verbessern, aber auch dem Wunsch der Mitarbeitenden nach mehr Flexibilität Rechnung zu tragen, benötigen die Krankenhäuser einen finanziellen Spielraum, um eigene Lösungen wie z.B. einen hauseigenen Pflegepersonalpool entwickeln zu können. Durch solche Springerpools können Lücken in den Stationsteams kurzfristig ausgeglichen werden. Die Mitarbeitenden in Pflegepools haben eine stärkere Mitsprachemöglichkeit bei ihren Dienstzeiten, stehen aber auch für kurzfristiges Einspringen in unterschiedlichen Teams zur Verfügung. Diese Flexibilität erfordert zusätzliche Anreize, bspw. finanzielle Zuschläge oder Zulagen. Das Vorhalten eines solchen Pflegepools erfordert zusätzliches Personal, das nicht in den regulären Schichtdienst eingeplant wird, sondern tatsächlich für kurzfristige Ausfälle zusätzlich zur Verfügung steht. Das Management eines Pools verursacht ebenfalls zusätzlichen Aufwand.

Daher können solche sinnvollen Strukturen nur durch zusätzliche finanzielle Mittel umgesetzt werden, die eine Tariflohnüberschreitung möglich machen. Dies ist in den aktuellen Regelungen zur Bildung des Pflegebudgets jedoch nicht vorgesehen. Würden die Krankenhäuser bei der Entwicklung eigener Lösungen wie eines Personalpools entsprechend unterstützt, könnten mittelfristig Mitarbeitende aus der Zeitarbeit zurückgewonnen werden. Der Abfluss von finanziellen Mitteln aus

den Einnahmen der Solidargemeinschaft in die Gewinnmarge der Zeitarbeit könnte vermindert werden. Daher wäre es notwendig, in den Pflegebudgets tariflohnüberschreitende Kosten, wie Zuschläge, Zulagen und Managementkosten für individuelle Krankenhauslösungen wie eines Personalpools, zusätzlich geltend machen zu können. Um einen entsprechenden Anreiz für krankenhauseigene Lösungen zu setzen, sollten die Aufschläge in Höhe der nachgewiesenen Kosten verhandelbar sein. Wird übergangsweise noch Zeitarbeit in Anspruch genommen, sollten die Krankenhäuser einen gedeckelten Aufschlag (bspw. 2,0-fach der Tarifkosten) in den Pflegebudgets ansetzen können, um auf den Mehrkosten nicht komplett sitzen zu bleiben und die Versorgung aufrecht erhalten zu können. Die Krankenhäuser betrachten Finanzierungsanreize für z.B. krankenhauseigene Pflegepools mit den entsprechenden Mehrkosten als sehr gut investiertes Geld, um dem Fachkräftemangel langfristig zu begegnen, Pflegekräfte in die Krankenhäuser zurückzuholen und Zeitarbeit auf den originären Zweck des Ausgleichs von Belastungsspitzen zurückzuführen.

**Krankenhauseigene Lösungen sollten Zeitarbeit in der Pflege überflüssig machen. Dafür müssten die tarifüberschreitenden Aufschläge in Höhe der nachgewiesenen Kosten verhandelbar sein. Für einen Übergangszeitraum, in dem noch Zeitarbeit benötigt wird, sollten die Krankenhäuser einen gedeckelten Aufschlag (bspw. 2,0-fach der Tarifkosten) in den Pflegebudgets oder einer den Pflegebudgets nachfolgenden Finanzierungsform ansetzen können, um die Versorgung aufrecht erhalten zu können.**

## **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 muss. 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. 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.

Es muss eine dauerhafte Lösung für eine betriebswirtschaftliche ausreichende Investitionsförderung einschließlich der Digitalisierung geschaffen werden.

## 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. Für ein krisenfestes Vergütungssystem müssen 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 allein in Abhängigkeit von der **Leistungsmenge**, sondern auch durch die krankenhausindividuell mindestens **vorzuhaltenden Kapazitäten** bestimmt.

**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.**

## 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 Ausweisung 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 über 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.

Die konsequente und sektorenübergreifende Orientierung an den medizinischen Ergebnissen muss Versorgungsentscheidungen begründen. Die gesetzliche Qualitätssicherung sollte auf solche Verfahren beschränkt werden, die nachweislich zu mehr Qualität und Patientensicherheit beitragen. Methoden zur Messung der Ergebnisqualität aus der Patientenperspektive sind zu integrieren.

## **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 **Krankenhauszukunfts fonds** und des **Krankenhausstruktur fonds** 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 Prozent** auf alle Rechnungen benötigt.

**Der beschleunigte Ausbau der Digitalisierung muss höchste Priorität haben. Für die Betriebskosten ist ein dauerhafter Zuschlag von 2 Prozent auf die Rechnungen erforderlich.**

## 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 Mitarbeitende 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 mehr als überfällig, dass eine Initiative für einen spürbaren Bürokratieabbau in den Krankenhäusern startet.

Zum Bürokratiekollaps des bestehenden Systems tragen maßgeblich die Abrechnungsprüfungen der Krankenkassen und die Prüfungen des Medizinischen Dienstes (MD) bei. Zahlreiche entgeltrelevante Parameter müssen bei jedem Patienten täglich dokumentiert werden, und belasten die Krankenhäuser massiv. 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.

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 Dokumentations- 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.

**Es ist mehr als überfällig, dass eine ernsthafte Initiative für einen spürbaren Bürokratieabbau in den Krankenhäusern beginnt. Dies schließt auch die Dokumentationslasten abrechnungsrelevanter Parameter ein.**

## Abrechnungsprüfungen und Qualitätskontrollen intelligent und aufwandsarm lösen

Zum Bürokratiekollaps des bestehenden Systems trägt maßgeblich bei, dass die Abrechnungsprüfungen massiven Dokumentationsaufwand verursachen und die Krankenhäuser durch die Prüfungen des Medizinischen Dienstes (MD) massiv belastet werden. 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 1.230 angewachsen. Hinzu kommen zahlreiche Dokumentations- und Nachweispflichten für die OPS und Erfüllung der StrOPS RL erfordern, 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 die Dokumentationsanfordernisse auf das Minimum begrenzt werden, das aus medizinischen und pflegerischen Gründen notwendig ist, um die Behandlung zu dokumentieren.

Ein Großteil der heute bürokratiegebundenen Arbeitszeit von Ärzten und von Pflegekräften könnte damit 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.

**Abrechnungsprüfungen müssen vereinfacht und aufwandarm gestaltet werden. Hierfür sollten die Potentiale der Digitalisierung und neutral festgesetzter Prüfkriterien genutzt werden.**



**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) | Internet [www.hkgev.de](http://www.hkgev.de)

---