

ÜBERREGULIERUNG ÜBERWINDEN

**HKG-FORDERUNGEN 2026 – DEZEMBER 2025**



## Überregulierung überwinden

*Die Krankenhausreform setzt den Irrweg der Überregulierung und Misstrauenskultur gegenüber den Krankenhäusern fort. Sie bewirkt eine weitere Flut detaillierter und komplexer Vorschriften mit den daraus folgenden Nachweispflichten und Kontrollen. Die zusätzlichen Strukturanforderungen der Leistungsgruppen führen zu zahlreichen Abgrenzungsproblemen und definitorischen Unklarheiten. Es entstehen Doppelungen und Interferenzen mit Strukturvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses und weiteren Regelungskreisen. Eine neue zusätzliche Prüfungsart durch den Medizinischen Dienst mit entsprechendem Aufwand wird eingeführt.*

*Die vorgesehene Verknüpfung von Krankenhausplanung und Finanzierung verkompliziert das System zusätzlich erheblich. Die Zuordnung der Fälle durch den InEK-Grouper funktioniert noch nicht ausreichend. Die Vorhaltefinanzierung führt zu einer schlechteren Plan- und Steuerbarkeit der Erlöse – jedoch nicht zu der dringend benötigten auskömmlichen Finanzierung. Besonders nachteilig wird sich dies auf Krankenhäuser mit anwachsenden Leistungen auswirken, wie es in Hamburg durchaus erwartet werden kann. Verschärft wird die Lage durch den steigenden Spardruck auf Seiten der gesetzlichen Krankenversicherung. Zusätzliche Erlöskürzungen, wie derzeit mit dem Aussetzen der Meistbegünstigungsklausel beim Veränderungswert für 2026 vorgesehen, verschärfen die Unterfinanzierung der Krankenhäuser. Gleichzeitig lassen die wachsenden Strukturanforderungen die Kosten explodieren. Das Finanzierungssystem wird durch die Vorhaltebudgets unnötig kompliziert, ohne zu einer finanziellen Absicherung notwendiger Vorhaltung zu führen. Die wirtschaftliche Notlage der Krankenhäuser besteht fort. Die Krankenhausplanung kann durch Elemente der Vorhaltevergütung, wie beispielsweise die Mindestvorhaltezahlen, ausgehebelt werden. Ein planvoller Strukturwandel kann so nicht stattfinden.*

*Eine Deregulierung könnte erhebliche Kosten sparen und zusätzliche Ressourcen freisetzen. Die Verantwortung für die Einhaltung der medizinischen Qualität sollte wieder auf die Krankenhäuser übergehen und sich nicht in dem Abprüfen von Strukturvorgaben erschöpfen. Ein Qualitätswettbewerb mit Handlungsfreiraumen und Orientierung an der Ergebnisqualität könnte die Versorgung auf qualitativ hohem Niveau sicherstellen.*

## Die Forderungen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft

- *Deregulierung dringend erforderlich*
- *Finanzierung langfristig sichern*
- *Investitionen finanzieren, moderne Strukturen ermöglichen*
- *Anreize für Ambulantisierung setzen*
- *ambulante Notfallversorgung aus der Patientensicht neu organisieren*
- *Fachkräftemangel beherrschen - Aufgabenteilung und SkillMix weiterentwickeln*
- *an Ergebnisqualität orientieren: Behandlungserfolg zum Maßstab nehmen*
- *Medizinischen Dienst neutral und seine Arbeit transparent gestalten*
- *Digitalisierung vorantreiben*

## Deregulierung dringend erforderlich

Ärzte und Pflegekräfte verbringen drei bis vier Stunden täglich mit patientenfernen Tätigkeiten durch Dokumentation und Bürokratie. Diese Arbeitszeit fehlt in der Patientenversorgung. Dies ist weder in Anbetracht des Fachkräftemangels noch unter dem Aspekt attraktiver Arbeitsbedingungen sinnvoll. Zudem haben sich in den letzten zehn Jahren die Verwaltungserfordernisse durch ein Anwachsen der Vorschriften massiv vermehrt und zu kostenintensivem Personalaufwuchs geführt. Gleichzeitig sind die Handlungs- und Entscheidungsfreiraume der Krankenhäuser durch immer mehr verbindliche Vorgaben beschnitten worden.

Die Krankenhausreform trägt maßgeblich zu weiterer Bürokratie durch neue Regelungskreise mit neuen Strukturanforderungen und Prüfungen durch den Medizinischen Dienst bei. Dies führt zu parallelen und miteinander nicht abgestimmten Qualitätskriterien in Leistungsgruppedefinitionen, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie weiteren Normen. So kann die fehlende Erfüllung einer G-BA Richtlinienanforderung einer bereits qualitativ erfüllten, planerisch zugewiesenen Leistungsgruppe entgegenstehen und umgekehrt.

Vorschriften zur Personalbesetzung und -bemessung sollen über nahezu alle Berufsgruppen ausgeweitet werden. Personaleinsätze müssen täglich geplant und dokumentiert werden. Über die Personalbesetzung kann nicht mehr anhand der realen Patientenerfordernisse entschieden werden, sondern es müssen starre Vorgaben umgesetzt werden. Dies führt zu einem unflexiblen und oftmals nicht bedarfsnotwendigen Personaleinsatz sowie in Engpässen zu fehlenden Kapazitäten. Beispiele für unmittelbar möglichen Bürokratieabbau sind die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) die sofort abgeschafft werden könnten, da es sich um eine Doppelregelung neben der Pflegepersonalbemessung handelt, die Richtlinie des G-BA zur Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL), desgleichen der Psych-Personalnachweis. Die Einführung neuer Personalbemessungssysteme für weitere Berufsgruppen muss gestoppt werden. Die Hoheit über den Personaleinsatz sollte gerade in Zeiten knapper Ressourcen wieder in die Verantwortung der Krankenhäuser zurückkehren.

Viele weitere Bereiche bieten Potential zum Bürokratieabbau: so sollte die Qualitätssicherung streng von der Normgebung getrennt werden. Derzeit findet durch die zahlreichen Strukturanforderungen eine Vermischung mit der Qualitätssicherung statt, die zu

Doppeldokumentation führt. Der G-BA-Eckpunktebeschluss zur Erhöhung der Effektivität und Effizienz der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung sollte konsequent umgesetzt werden. Anpassungen bei den Qualitätssicherungsrichtlinien und den Qualitätsberichten der Krankenhäuser sowie die Einrichtung eines Webportals für einfache Datenabfragen könnten Bürokratie einsparen.

Weitere Bereiche, in denen sofort Bürokratie abgebaut werden können, sind die Krankenhauskapazitätssurveillance und das Zuzahlungssinkasso. Beide können unmittelbar entfallen. Die Übergangspflege sollte vereinfacht werden, gleichermaßen das Mitteilungsverfahren für das ambulante Operieren, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung und NUB-Leistungen. Die Einleitungswege für Anschluss-Rehabilitation sollten vereinheitlicht und digital unterstützt werden.

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. Sämtliche bestehenden Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen müssen auf das notwendige Mindestmaß, die aufgrund fachlicher Standards erforderlichen medizinischen und pflegerischen Daten, reduziert werden.

Insgesamt wären in einem System, das auf die Verantwortung der Krankenhäuser für qualitativ gute Versorgung setzt und an der Ergebnisqualität orientiert ist, erhebliche Kosten einzusparen und zusätzliche Ressourcen zu schaffen. Die Misstrauenskultur gegenüber Krankenhäusern muss endlich ein Ende finden.

## Finanzierung langfristig sichern

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser ist weiterhin sehr schlecht. 56 Prozent der Krankenhäuser verzeichneten 2024 laut Krankenhaus Rating Report einen negativen Jahresabschluss - ein neuer Höchststand. Ursächlich ist die inflationsbedingte Finanzierungslücke aus den beiden Vorjahren. Diese soll nunmehr, allerdings nur anteilig und auf ein Jahr befristet durch einen Rechnungszuschlag von 3,25 Prozent vorübergehend abgemildert werden. Gleichzeitig wird die Erlössteigerung für 2026 durch Aussetzen der Meistbegünstigungsklausel beim Veränderungswert für 2026 auf 2,98 Prozent reduziert, wodurch eine wirtschaftliche Stabilisierung unmöglich gemacht wird. Die beschlossene nachgehende Erhöhung der Basis der Landesbasisfallwerte 2027 stellt zwar eine teilweise Kompensation dar, andererseits wird sich mit Wegfall des Zuschlags von 3,25 Prozent zum 1. November 2026 die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser erneut verschärfen.

Die mit der Krankenhausreform ab 2028 wirkende Vorhaltefinanzierung, wird voraussichtlich - insbesondere für wachsende Krankenhäuser - zu keiner auskömmlichen Finanzierung führen und damit die Erwartungen der Krankenhäuser an die Reform verfehlten.

Aufgrund der für das künftige Vorhaltebudget maßgeblichen unterschiedlichen Ebenen und Zeitpunkte der Neuberechnung, entsteht hohe Intransparenz, Abhängigkeit von Faktoren außerhalb der eigenen Einflusssphäre und fehlende wirtschaftliche Planbarkeit. Das Erlösbudget wird in Teilen – beispielsweise beim Landesbudget - von der Leistungsentwicklung des einzelnen Krankenhauses entkoppelt, die Fallabhängigkeit bleibt jedoch erhalten. Vorhaltung von Kapazitäten in belegungsschwankenden Bereichen der Krankenhäuser werden weiterhin nicht finanziert. Mindestvorhaltezahlen und Korridorgrenzen setzen zusätzliche Anreize zur Fallvermehrung. Ohne Not wird die Komplexität erheblich erhöht. Die Vorhaltefinanzierung schafft gegenüber dem etablierten DRG-System keine Vorteile.

Ein Finanzierungssystem muss langfristig die Kosten der Krankenhäuser decken. Diesem Anspruch wird die Krankenhausreform nicht gerecht. Zusätzliche Sparpakete verschärfen die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser weiter.

Der Metropolensituation der Hamburger Krankenhäuser muss in Bezug auf die Umlandversorgung unbedingt Rechnung getragen werden. Leistungsverschiebungen zwischen Umlandkrankenhäusern und Hamburger Krankenhäusern dürfen nicht zu finanziellen Nachteilen für wachsende Krankenhäuser führen.

Zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser sind kurzfristige Maßnahmen erforderlich:

- Die Soforttransformationskosten von vier Milliarden Euro müssen Eingang in die Basis der Kostenentwicklung finden, um nicht als Einmalzahlung zu verpuffen.
- Die Landesbasisfallwerte sollten als Automatismus um den Veränderungswert gesteigert werden, um zusätzlichen Abzüge auf dem Verhandlungswege zu verhindern.
- Sollte das Aussetzen der Meistbegünstigungsklausel für 2026 nicht abzuwenden sein, müssen 5,17 % anstelle 2,98 % als Ausgangsbasis für die Landesbasisfallwerte 2027 zur Anwendung kommen, Ein Sparbeitrag der Krankenhäuser darf nicht als dauerhafte Erlöslücke in die Zukunft fortwirken.
- Die Pflegepersonaluntergrenzen müssen sofort entfallen; es dürfen keine weiteren Personalbemessungssysteme im ärztlichen oder therapeutischen Bereich eingeführt werden.
- Der Fixkostendegressionsabschlag muss sofort entfallen; Strukturwandel darf nicht sanktioniert werden.
- Die Hybrid DRG müssen ausgesetzt und als Kurzzeitfallpauschale neu konzipiert werden.

## Investitionen finanzieren, moderne Strukturen ermöglichen

Die Länder kommen ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung seit langem nur unvollständig nach, so dass ein erheblicher Anteil der Investitionsmittel von den Krankenhäusern selbst aufgebracht werden muss.

Ein Richtwert für die maßgebliche Höhe der Investitionsförderung lässt sich aus den vom InEK veröffentlichten Investitionsbewertungsrelationen (IBR) als allgemein anerkannte Größe des Mindestinvestitionsbedarfs ableiten. Die erforderliche jährliche Investitionsquote liegt danach bei etwa acht Prozent des Umsatzes. Für Hamburg ergibt sich hieraus ein Investitionsbedarf von 175 Millionen Euro pro Jahr. Auch Hamburg erreicht diese Investitionsfinanzierung nicht, so dass jährlich etwa 65 Millionen Euro fehlen. Die ausbleibenden Investitionsmittel müssen die Krankenhäuser aus den mit den Krankenkassen vereinbarten Budgets für die Betriebskosten selbst erwirtschaften, übergangsweise durch Kredite finanzieren und dafür zusätzlich Zins- und Tilgungszahlungen leisten.

Patientenströme über Bundesländergrenzen hinweg erfordern eine gemeinsam getragene nutzungsabhängige Krankenhausinvestitionsfinanzierung. Der Investitionsbedarf von Patientinnen und Patienten aus dem Umland und umgekehrt sollten nach gegenseitiger Inanspruchnahme anhand der IBR beziffert und durch das andere Land ausgeglichen werden.

Die Krankenhausreform löst zusätzlichen Investitionsbedarf aus. Hierfür wird ein Krankenhaustransformationsfonds mit bundesweit 50 Milliarden Euro bereitgestellt. Die gesetzlich vorgesehene Kofinanzierung der Länder muss auch in Hamburg sichergestellt werden. Eine finanzielle Beteiligung der Krankenhäuser ist nicht akzeptabel.

Für die sich aus der Ambulantisierung ergebenden Investitionsbedarfe müssen ebenfalls Investitionsmittel zur Verfügung gestellt werden. Ferner bedarf es der Klarstellung, dass ambulante Bereiche eines Krankenhauses der Investitionsförderung der Länder unterfallen.

Eigenständige Probleme stellen die Investitionsbedarfe für die Digitalisierung, Nachhaltigkeit, Klimaschutz und Hitzeschutz dar. Diese Investitionsbedarfe müssen mit je einer Milliarde Euro pro Jahr versterigt werden.

## Anreize für Ambulantisierung setzen

Mit der Überarbeitung des Kataloges zum ambulanten Operieren nach § 115b SGB V und mit den Hybrid-DRG nach § 115f SGB V wird die Ambulantisierung vorangetrieben. Leider ist es bislang nicht gelungen, diesen Prozess mit wirksamen Anreizen zu unterstützen. Die mit der Krankenhausreform getroffenen Regelungen zu konkreten Fallzahlsteigerungen bei den Hybrid-DRG und die schrittweise Absenkung des Vergütungsniveaus auf das Niveau des ambulanten Operierens liefern keinen Anreiz, diesen Bereich auszuweiten.

Für Krankenhäuser sind ambulante und Hybrid-Leistungen nicht wirtschaftlich zu erbringen. Die im vertragsärztlichen Vergütungssystem nicht abgebildeten Kostenstrukturen der Krankenhäuser führen zu einer systematischen Unterfinanzierung. Krankenhäuser haben höhere Personalkosten als der niedergelassene Bereich, das Qualifikationsniveau des Personals ist im Krankenhaus höher. Der EBM trifft zumeist normative Annahmen und entbehrt einer empirischen Grundlage, während die DRG auf realen Kalkulationsdaten der Krankenhäuser basieren. Die unmittelbar kostenwirksame ständige Erreichbarkeit von Krankenhäusern wird als zentraler Bestandteil der postoperativen Versorgung nach ambulanten Eingriffen auch von Operateuren aus dem niedergelassenen Umfeld genutzt. Ärztliche Weiterbildung ist im ambulanten Krankenhausumfeld deutlich stärker ausgeprägt als im vertragsärztlichen Umfeld, aber nicht refinanziert. Sowohl für das ambulante Operieren als auch für die Hybrid-DRG muss daher eine Vergütung zur Anwendung kommen, die die Kosten der Krankenhäuser besser berücksichtigt. Ferner ist klarzustellen, dass die Investitionsförderung der Länder für den Aufbau neuer ambulanter Operationszentren genutzt werden kann.

Für die Hybrid-DRG besteht im vertragsärztlichen Bereich ein regulatorisches Vakuum. Da diese Leistungen gleichermaßen vom vertragsärztlichen Bereich erbracht werden können, ist zu fordern, dass Mindeststrukturvorgaben analog zum Krankenhausbereich gleichermaßen für den vertragsärztlichen Bereich gelten sollten, um die neue Versorgungsform in gleich hoher Qualität wie in der stationären Versorgung zu erbringen. Aufgrund der Fehlanreize zur Fallselektion im vertragsärztlichen Bereich und der Unterfinanzierung im stationären Bereich bedarf der Bereich der Hybrid DRG einer Neukonzeption wie folgt:

- Die Hybrid-DRG werden in der Krankenhausfinanzierung verankert und in Form von Kurzzeit-Fallpauschalen für geeignete Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen (zwei

Verweildauertage) im DRG-Katalog ausgewiesen.

- Die Hybrid-DRG können wie bisher sowohl in einem stationären als auch in einem ambulanten Behandlungssetting erbracht werden, wobei die administrative Abrechnung in der etablierten Systematik des stationären Vergütungssystems erfolgt. Hierzu sind die Hybrid-DRG von der primären Fehlbelegungsprüfung auszunehmen.
- Wie bisher werden die stationären Leistungen mit Ambulantierungspotenzial identifiziert und über Leistungs- und Patientenmerkmale in die Hybrid-DRG überführt. Zudem werden im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung die für eine primär ambulante Versorgung geeigneten Leistungen kontinuierlich in den AOP-Katalog oder in die ambulante vertragsärztliche Versorgung überführt.
- Durch die Ausgestaltung der Hybrid-DRG als Kurzzeit-Fallpauschalen entsteht ein verstärkter Anreiz zur Verweildauer- und Kostenreduktion. Diese Kosteneinsparungen werden regelhaft im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung des DRG-Kataloges und mit dem üblichen Zeitversatz von zwei Jahren an die Versichertengemeinschaft weitergegeben, indem der nationale Case-Mix um diese Einsparungen abgesenkt wird.
- Hybrid-DRG können in Krankenhäusern und sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen (süV) erbracht werden. Vertragsärzte können die Hybrid-DRG in Kooperation mit einem Krankenhaus oder einer süV erbringen. Dazu sind verbindliche Rahmenbedingungen gesetzlich vorzugeben.

## Ambulante Notfallversorgung aus der Patientensicht neu organisieren

Das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung liegt in Form eines Referentenentwurfes vor. Ziel einer solchen Reform sollte aus Sicht der Krankenhäuser eine zielgerichtete und sichere Patientensteuerung in die richtigen Strukturen und eine auskömmliche Finanzierung der Notfallversorgung sein.

Herzstück einer solchen Reform sollte eine zentrale Steuerung der Patienten durch eine gemeinsame Hotline und Onlineplattform der 112 und 116117 sein. Die gemeinsame Zentrale muss telefonisch sowie digital rund um die Uhr verfügbar sein. Sie muss über medizinischen Sachverstand verfügen und Rettungsmittel sowie Termine in allen Versorgungsformen disponieren können. Diese bessere Patientensteuerung in Kombination mit verbesserten und erweiterten Angeboten des vertragsärztlichen Bereiches für die ambulante Notfallversorgung, könnte die Notaufnahmen der Krankenhäuser entlasten helfen. So können diese ihre Ressourcen besser für die stationäre Notfallversorgung einsetzen.

Krankenhäuser mit Not- und Unfallversorgung sollten eine Struktur vorhalten, die ambulant behandelbare Patienten und Patientinnen getrennt von der stationären Not- und Unfallversorgung versorgt. Dies können integrierte Notfallzentren (INZ) zur Reform der Notfallversorgung sein, aber auch alternative Settings, beispielsweise MVZ, KV-Notfallpraxen, räumlich integrierte oder angeschlossene Vertragsarztpraxen mit entsprechenden Öffnungszeiten. Hierzu gibt es in Hamburg vielfältige Erfahrungen. Dies sollte auch weiterhin möglich sein. Die Entscheidung über Standorte von integrierten Notfallzentren sollte eine krankenhausplanerische Entscheidung ohne vorherige Einbindung des erweiterten Landesausschusses sein. Sie sollte primär in dem Ausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung des Landes getroffen werden.

Die mitzuversorgende Bevölkerung des Hamburger Umlandes muss für die ambulante Notfallversorgung zwingend mitberücksichtigt werden.

Die Vergütung der ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus ist defizitär. Bereits 2017 betrug das durchschnittliche Defizit einer ambulanten Notfallbehandlung im Krankenhaus 88 Euro. Eine kostendeckende Vergütung ist zu gewährleisten und muss dringend angepasst werden. Die integrierten Notfallzentren benötigen ein eigenes kostendeckendes Budget.

## Fachkräftemangel beherrschen – Aufgabenteilung und Skill-Mix weiterentwickeln

Die ausreichende Verfügbarkeit von Fachkräften bestimmt maßgeblich die Sicherstellung der Versorgung.

Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen erfordert eine ausreichende Personalausstattung. Dies wird in Anbetracht des zunehmenden Fachkräftemangels und der demographischen Entwicklung nur mit einer Umverteilung von Aufgaben auf verschiedene Berufsgruppen möglich sein.

In den Pflegebudgets werden ab 2025 nur die Pflegepersonalkosten von examinierten Pflegekräften und Pflegehilfskräften finanziert. Pflegeentlastende Maßnahmen werden zukünftig nur noch pauschaliert berücksichtigt. Für Skill-Mix-Teams gibt es keine ausreichende Finanzierung und keine ausreichende Flexibilität in den Regelungsrahmen der Personalbemessungsinstrumente.

Dem Fachkräftemangel muss auch berufsgruppenübergreifend entgegengewirkt werden. Zur Attraktivität des Arbeitsplatzes Krankenhaus tragen ebenfalls zahlreiche neue Berufsbilder wie Operations- und Anästhesietechnische Assistenten (OTA, ATA) oder physician assistants bei. Sie haben Aufgaben teils von Ärzten, teils von Pflegekräften übernommen und entlasten diese. Für eine hochwertige und in Zeiten des Fachkräftemangels sichere Versorgung sind diese neuen Berufe unverzichtbar. Die Aufgabenteilung im Krankenhaus muss in den rechtlichen Rahmenbedingungen bessere Berücksichtigung finden.

Nach Einführung des Pflegepersonalbemessungsinstruments müssen endlich die starren und bürokratieintensiven Pflegepersonaluntergrenzen entfallen. Es handelt sich um eine bürokratieintensive Doppelregelung, die Krankenhäusern Flexibilität in der Personaleinsatzplanung nimmt.

Die vorgesehene Entwicklung weiterer Personalbemessungsinstrumente für Ärzte und Therapeuten ist ein Irrweg, der beendet werden muss. Weitere Bürokratie und Einschränkungen des Organisationsspielraum der Krankenhäuser sind kontraproduktiv und treiben die Kosten in die Höhe.

## 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. Für den ambulanten ärztlichen Bereich fehlt eine vergleichbare Qualitätstransparenz weiterhin. Bislang ist es nicht gelungen, eine belastbare Ergebnisqualitätsmessung systemisch zu etablieren. Dies ist von zentraler Bedeutung für die Qualitätsbeurteilung, denn die Qualität einer Behandlung beim Patienten ist der wesentliche Parameter, auf den es letztendlich ankommt. Zudem könnten durch eine methodisch belastbare Ergebnisqualitätsmessung zahlreiche Anforderungen an die Strukturqualität überflüssig werden. Transparenz über Strukturqualität ist für Patienten nur von begrenztem Nutzen und ersetzt nicht den entscheidenden Parameter der Ergebnisqualität.

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. Methoden zur Messung der Ergebnisqualität aus der Patientenperspektive (beispielsweise Patient Reported Outcome Measures (PROMS)) sollten integriert und wie die bereits punktuell vorhandenen Follow-up Messungen aus Routinedaten als Teil der gesetzlichen Qualitätssicherung finanziert werden. Diese Methodik sollte schnell vorangetrieben werden und weiter ausgerollt werden, so dass sie als Entscheidungsparameter für die Versorgungsplanung eingesetzt werden kann.

Die Ambulantisierung erfordert ebenfalls eine Qualitätstransparenz des vertragsärztlichen Bereiches, da es für die Patientinnen und Patienten möglich sein sollte, sich über die Qualität der Leistungserbringer bei ambulanten Operationen und Leistungen, die als Hybrid-DRG erbracht werden, zu informieren.

Die angestrebte stärkere Orientierung an der Prozess- und Ergebnisqualität bietet neben dem Mehrwert für die Patienten eine echte Chance zum Bürokratieabbau und öffnet den Weg zu einer wirksamen Deregulierung des Gesundheitssystems.

## Medizinischen Dienst neutral und seine Arbeit transparent gestalten

Die politisch gewünschte Neutralität des Medizinischen Dienstes ist aus der Sicht der Krankenhäuser noch nicht ausreichend erreicht. So sind beispielsweise in den Verwaltungsräten des Medizinischen Dienstes keine Vertreter der Krankenhausseite vorgesehen.

Mit der Krankenhausreform kommt eine weitere Prüfungsart zur Überprüfung der Leistungsgruppen hinzu. Die OPS-Strukturprüfungen werden ebenso fortgeführt wie die einzelnen Qualitätskontrollen der G-BA-Richtlinien. Inhaltliche Redundanzen der Regelungskreise sind daher dringend zu prüfen und zu bereinigen, desgleichen eine Hierarchisierung.

Bei den neu hinzugekommenen Prüfungen der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen muss das Verfahren nachgebessert werden. Das Krankenhaus muss über die Begutachtungsergebnisse des Medizinischen Dienstes neben dem auftraggebenden Land direkt informiert werden und ein Recht zur Stellungnahme erhalten.

Die bundesweiten MD-Prüfrichtlinien und Begutachtungsrichtlinien sollten mit der DKG abgestimmt werden, um die praxisorientierte Perspektive der Krankenhäuser zu berücksichtigen und eine einseitige Interpretation des Medizinischen Dienstes auszuschließen. Dieses schließt die Notwendigkeit abgestimmter Begutachtungsrichtlinien für die Prüfung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen ein. Eine einseitiges Vorgehen nach der LOPS-Richtlinie durch den Medizinischen Dienst setzt die Krankenhäuser in Nachteil.

Die Transparenz über die Begutachtungs- und Prüfpraxis des Medizinischen Dienstes sollte inhaltlich vertieft und ausgebaut werden, so dass bei länderübergreifenden Medizinischen Diensten die Prüfstatistiken und -ergebnisse nach Prüfanlässen und Bundesland veröffentlicht werden. Die Begutachtung bedarf einer transparenten bundesweiten Qualitätssicherung.

Zur Eingrenzung von Streitfällen aus der Abrechnungsprüfung könnte die Korrekturmöglichkeit der Prüfquote und die Streichung der unteren Grenzverweildauer beitragen.

## Digitalisierung vorantreiben

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.

Mitarbeitende 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 selbstverständlich. Telemedizin ermöglicht Patienten und Ärzten Kontakte ohne Fahrzeiten. Telekonsile und Telemonitoring können als wesentliches Instrument regionaler Netzwerke sowohl die ambulante als auch die stationäre Versorgung vor Ort verbessern.

Moderne Medizintechnik ist ohne digitale Anbindung an die Infrastruktur eines Krankenhauses nicht mehr denkbar. Geräte, Implantate und Sensoren verfügen immer häufiger über rein digitale Schnittstellen und müssen in die Netzwerke der Krankenhäuser eingebunden werden. 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.

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. Erste Anwendungen wie das eRezept, die eAU oder die ePA lassen das Potential digitaler Prozesse erkennen.

Für laufende Kosten der IT, Lizenzien, Wartung und IT-Fachpersonal wird ein dauerhafter Digitalisierungszuschlag von 2 Prozent auf alle Rechnungen benötigt. Dies entspricht den geschätzten jährlichen Aufwänden für den Betrieb der digitalen Dienste. Ohne eine Zuschlagsregelung zur Sicherstellung des Betriebes der mit Hilfe des Krankenhauszukunftsgesetzes aufgebauten informationstechnischen Systeme und digitalen Dienste, ist deren nachhaltige und wertschöpfende Nutzung und Weiterentwicklung ernsthaft gefährdet.



---

**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)

---