

**KRANKENHÄUSER IN GEFAHR
VERSORGUNG SICHERN**

HKG-FORDERUNGEN 2023 – JANUAR 2023



Krankenhäuser in Gefahr Versorgung sichern

Krankenhäuser befinden sich in einer dramatischen Phase des Umbruchs. Die Pandemiejahre haben durch Leistungsrückgänge, Personalmangel und wirtschaftliche Defizite erhebliche Spuren hinterlassen. Das Überleben vieler Krankenhäuser ist durch die Inflation und die damit verbundene Kostenexplosion akut gefährdet, da Preisanpassungen gesetzlich begrenzt sind.

Eine große Krankenhausreform steht vor der Tür. Diese setzt jedoch derzeit nicht darauf, die Unterfinanzierung der Krankenhäuser zu beheben, sondern zielt auf einen Strukturwandel, der für die Umsetzung Jahre, wenn nicht sogar Jahrzehnte benötigen wird. Ob eine ausreichende Anzahl Krankenhäuser diese lange Phase wirtschaftlich übersteht, erscheint aus heutiger Sicht mehr als fraglich.

Erste Empfehlungen der Regierungskommission liegen vor und lassen mögliche Grundzüge einer Reform erkennen. Eine Folgenabschätzung ist unverzichtbar. Die Sicherstellung der Versorgung wird dabei die Grenze des Machbaren definieren. Der Erfolg einer Reform wird sich aus Sicht der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft an den nachfolgenden zehn Forderungen messen lassen müssen:

Die Forderungen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft

- ***Kollaps der Krankenhäuser verhindern - Strukturwandel aktiv gestalten***
- ***Vergütungssystem fit machen für die Zukunft***
- ***Planungskompetenz der Länder sektorenübergreifend stärken***
- ***Investitionen nachhaltig finanzieren, moderne Strukturen ermöglichen***
- ***dem Fachkräftemangel entgegenwirken - Aufgabenteilung und SkillMix weiterentwickeln***
- ***Zeitarbeit überflüssig machen***
- ***an Ergebnisqualität orientieren: Behandlungserfolg zum Maßstab nehmen***
- ***Digitalisierung beschleunigen: e-Health ausbauen***
- ***Bürokratieabbau vorantreiben***
- ***Abrechnungsprüfungen und Qualitätskontrollen intelligent und aufwandsarm lösen***

Kollaps der Krankenhäuser verhindern - Strukturwandel aktiv gestalten

Die Inflation des Jahres 2022 hat die Krankenhäuser binnen weniger Monate in eine dramatische wirtschaftliche Lage gebracht. Bundesweit schrieben in diesem Jahr 60 Prozent der Krankenhäuser rote Zahlen, ein Fünftel rechnete sogar damit, keine Kredite mehr zu erhalten. Im Jahr 2023 droht die Lage noch weiter zu eskalieren. Krankenhäuser können die Kostensteigerungen nicht mehr aus ihren Erlösen decken. Bereits im August 2022 gaben 96 % einer vom Deutschen Krankenhausinstitut befragten Stichprobe an, die aktuellen Kostensteigerungen nicht dauerhaft aus den regelhaften Erlösen finanzieren zu können. Krankenhäuser können die massiven Kostensteigerungen nicht vollständig über Preisadjustierungen weitergeben.

Die Krankenhausreform soll durch Einführung einer Vorhaltefinanzierung mengenabhängige Vergütungsanreize reduzieren. Dies soll in Form einer Umverteilung der bisherigen Budgets umgesetzt werden. Es ist bislang nicht vorgesehen, die bestehende Finanzierungslücke bis zum Start der Reform auszugleichen.

Mit der Krankenhausreform soll ein Strukturwandel eingeleitet werden, der zu einer stärkeren Zentralisierung spezialisierter Leistungen und einem Umbau der Krankenhauslandschaft führen soll. Aufgrund der akuten finanziellen Nöte der Krankenhäuser wird dieser geordnete Umbau der Krankenhauslandschaft möglicherweise nicht mehr möglich sein, da Krankenhäuser ungeplant aus der Versorgung ausscheiden.

Der Gesetzgeber ist gefordert, schnellstmöglich einen Inflationszuschlag einzuführen. Die Krankenhausreform braucht zum Start eine auskömmliche Finanzierungsgrundlage, um geordnete Strukturveränderungen möglich zu machen. Die Sicherstellung der Versorgung muss stets Vorrang haben.

Vergütungssystem fit machen für die Zukunft

Die Empfehlungen der Regierungskommission für eine Krankenhausreform sehen die Einführung einer Vorhaltefinanzierung und einer ergänzenden leistungsabhängigen rDRG-Vergütung vor. Dies soll die Krankenhäuser krisenfester machen und Mengenanreize mindern.

Eine Absicherung der Vorhaltekosten ist grundsätzlich zu begrüßen. Große Teile der Vorhaltekosten sind Personalkosten. In der Notfallversorgung muss Personal unabhängig von der realen Belegungssituation vorgehalten werden. Der Vorhaltekostenanteil sollte bei notfallintensiven Bereichen eines Krankenhauses, bspw. Intensiv-, Notfallmedizin, Geburtshilfe und Neonatologie, höher sein, als bei elektiven Leistungsbereichen; dort ist eine zielgenauere Personaleinsatzplanung möglich.

Die Probleme, die sich bei der Ausgliederung des Pflegebudgets aus dem DRG-Katalog ergeben haben, dürfen sich nicht wiederholen. Daher ist ein pauschaler Ansatz, die Vorhaltebudgets zu bilden, zu begrüßen.

Durch die derzeit vorgesehene, eigenständige Fortführung des Pflegebudgets innerhalb des Vorhaltebudgets werden sich jedoch im Pflegebudget angelegte Abgrenzungsprobleme und Streitfragen mittelbar auch auf das Vorhaltebudget auswirken. Das Pflegebudget könnte mit erheblicher Bürokratieersparnis im Vorhaltebudget aufgehen und zu einer gesamthaft deutlich vereinfachten Budgetbildung führen.

Eine vollständige Finanzierung der Tarifentwicklung über eine Tarifraten ist für alle Berufsgruppen im Krankenhaus notwendig.

Der Krankenhausplanung kommt mit dem Reformvorschlag der Regierungskommission eine noch höhere Bedeutung als bislang zu, da die planerische Zuweisung von Leistungsgruppen die Grundlage für die Bildung und Auszahlung des Vorhaltebudgets bilden soll. Die Länder benötigen hierfür planerische Letztentscheidungskompetenz. Die vorgesehene planerische Zuweisung von Leveln ist nicht finanzierungsrelevant und kann entfallen.

Der Metropolensituation der Krankenhäuser in Bezug auf die Umlandversorgung muss Rechnung getragen werden.

Planungskompetenz der Länder sektorenübergreifend stärken

Versorgung findet regional statt. Entscheidungen über die Versorgungsstrukturen sollten in den Ländern gemeinsam mit den an der Versorgung Beteiligten getroffen werden. Die Letztverantwortung für eine flächendeckende, wohnortnahe Gesundheitsversorgung der Bevölkerung muss in der Hand der Länder liegen. Die Planungsentscheidungen der Länder müssen über die Sektoren hinweg erweitert und gestärkt werden. Regionale sektorenübergreifende Versorgungsnetzwerke können die Versorgung patientenzentrierter gestalten und Kooperationen zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern stärken. Bundesweite Vorgaben sollten den Orientierungsrahmen vorgeben.

Die Krankenhausreform lässt eine stärkere bundesweite Vereinheitlichung der Planungsmethodik erwarten. Bundesweite Vorgaben, wie bspw. Leistungsgruppen, sollten als Orientierung und methodische Hilfestellung dienen, von der die Länder aufgrund regionaler Erfordernisse abweichen können. Eine Verknüpfung von Levels mit Leistungsgruppen ist nicht erforderlich und schafft keinen zusätzlichen Nutzen. Eine Einteilung in Versorgungsstufen mit abgestuften Strukturanforderungen ist bereits durch die Notfallstufen des G-BA gegeben.

Aus Krankenhausplanung und vertragsärztlicher Bedarfsplanung muss schrittweise sektorenübergreifende Versorgungsplanung unter Führung des Landes werden. Erste Planungsfelder können die sektorenübergreifenden Gesundheitszentren und die ambulante und stationäre Notfallversorgung sein.

Investitionen nachhaltig 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 selbst erwirtschaften, übergangsweise durch Kredite finanzieren und dafür zusätzlich Zins- und Tilgungszahlungen leisten. Die Krankenhausreform muss für dieses bundesweite Finanzierungsproblem eine tragfähige Lösung schaffen.

Die in den Empfehlungen der Regierungskommission vorgeschlagenen Umstrukturierungen der Krankenhauslandschaft lösen umfangreichen zusätzlichen Investitionsbedarf aus. Diese Investitionen müssen sichergestellt werden, um die Reform umsetzbar zu machen. Eine Bewertung der für die Reformfolgen benötigten Investitionen erfordert eine gründliche Folgenabschätzung. Ein spezieller Krankenhausstrukturfonds für diese Umstrukturierungsfolgen muss mit dem dafür benötigten Finanzvolumen ausgestattet werden.

Ein eigenständiges Problem stellt der Investitionsbedarf für die Digitalisierung dar. Über die Sonderprogramme Krankenhausstrukturfonds und Krankenhauszukunftsfonds hinaus muss der Investitionsbedarf für die Digitalisierung in Höhe von einer Milliarde Euro pro Jahr verstetigt werden.

Dem Fachkräftemangel entgegenwirken – Arbeitsteilung und SkillMix weiterentwickeln

Der Fachkräftemangel bestimmt die Sicherstellung der Versorgung in den kommenden Jahren. Durch die Pandemie und den anhaltend hohen Arbeitsdruck ist das Personal der Krankenhäuser erschöpft; Mitarbeitende haben ihre Arbeitszeit reduziert oder sogar das Krankenhaus verlassen. Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen erfordert eine ausreichende Personalausstattung. Dies wird zum einen nur mit einer gesicherten Finanzierung der Personalkosten gelingen, zum anderen mit einer Umverteilung von Aufgaben auf verschiedene Berufsgruppen.

Mit den Pflegebudgets werden weder die Pflegepersonalkosten vollständig finanziert, wie ursprünglich in Aussicht gestellt, noch werden pflegeentlastende Maßnahmen und SkillMix in ausreichendem Maße anerkannt.

Krankenhäuser haben bereits vor Einführung der Pflegebudgets Aufgaben in der Pflege nach Qualifikationsniveau der Mitarbeitenden umverteilt und konnten so die Pflegefachkräfte entlasten. In Hamburg fehlt weiterhin ein mit der generalistischen Ausbildung kompatibler, einjährig qualifizierter Pflegeassistentenberuf als Teil dieser Pflegeteams.

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 als wesentliche Maßnahme gegen den Fachkräftemangel weiterentwickelt werden. Der rechtliche Rahmen muss entsprechend angepasst werden.

Mit dem Krankenpflegeentlastungsgesetz wird ein Pflegepersonalbemessungsinstrument eingeführt. Spätestens mit dem Start dieses Pflegepersonalbemessungsinstruments müssen die starren und bürokratieintensiven Pflegepersonaluntergrenzen entfallen.

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.

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 für eigene Lösungen, wie bspw. Springerpools. Um in wechselnden Einsatzorten arbeiten zu können, muss es sich um besonders erfahrenes und gut qualifiziertes Personal handeln. Die Flexibilität des Einspringens erfordert zusätzliche finanzielle Anreize. Das Management eines Pools verursacht Aufwand. Dies ist in den aktuellen Finanzierungsregelungen des Pflegebudgets 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 Mehrkosten 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.

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.

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 sollten integriert werden.

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.

Die mit der Krankenhausreform angestrebte stärkere Orientierung an der Prozess- und Ergebnisqualität muss bereits mit dem Start der Reform beginnen.

Digitalisierung beschleunigen: e-Health ausbauen

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 deutlich gemacht.

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

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. 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. Die Mitarbeitenden können sich wieder auf das Wesentliche – ihre Patienten – konzentrieren.

Für laufende Kosten der IT, Lizenzen, Wartung und IT-Fachpersonal wird ein dauerhafter 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.

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.

Solange Ärzte und Pflegekräfte einen großen Teil ihrer Arbeitszeit am Schreibtisch statt am Patientenbett oder am OP-Tisch verbringen, führt dies zu Frustration, beruflichem Exodus und Mangel an Nachwuchskräften. Die laufende Gesetzgebung, so auch die Krankenhausreform, muss zu einem spürbaren Bürokratieabbau beitragen. Die Personalnot erfordert es mehr denn je, die vorhandenen Kapazitäten für die Arbeit am Patienten einzusetzen. Eine steigende Zufriedenheit der Mitarbeitenden im Beruf wird die unmittelbare Folge sein.

Sämtliche bestehenden Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen müssen auf das notwendige Mindestmaß reduziert werden. Unstrittig ist eine aufgrund fachlicher Standards erforderliche Dokumentation medizinischer und pflegerischer Daten.

Die Krankenhausreform muss sich an einem erfolgreichen Bürokratieabbau messen lassen.

Abrechnungsprüfungen und Qualitätskontrollen intelligent und aufwandsarm lösen

Die Abrechnungsprüfungen der Krankenkassen verursachen massiven Dokumentationsaufwand und belasten die Krankenhäuser durch die Prüfungen des Medizinischen Dienstes (MD) erheblich. Sowohl der Einsparwettbewerb der Krankenkassen als auch die stetig zunehmende Komplexität der Krankenhausvergütung lässt die Prüfanlässe weiter anwachsen. Nachweise für die Personalausstattung und -besetzung, Vorgaben aus Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie Strukturprüfungen belasten die Krankenhäuser zusätzlich.

In den Krankenhäusern muss zu viel dokumentiert werden, das nicht für die Patientenbehandlung relevant ist. Dies hält das Personal von den Patienten fern, bindet Arbeitszeit und führt zu Unzufriedenheit bei den Mitarbeitenden. Mit Transparenz, Klarheit und einer radikalen Vereinfachung der Vergütungsbestimmungen könnte deutlich mehr Arbeitszeit von Ärzten und Pflegekräften den Patienten zur Verfügung stehen. Zusätzlich könnten rund 30.000 Ärzte und 20.000 Pflegekräfte aus dem MD oder dem Medizincontrolling wieder in der Patientenversorgung eingesetzt werden. Daher muss bei einer Reform des Finanzierungssystems auf deutlich vereinfachte Abrechnungsregeln und möglichst automatisierbare Prüfverfahren 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 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.

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 | Internet www.hkgev.de
