

**KRANKENHAUS 2.0 – REFORM ZWISCHEN FACHKRÄFTEMANGEL UND
AMBULANTISIERUNG**

HKG-FORDERUNGEN 2024 – NOVEMBER 2023



Krankenhaus 2.0 – Reform zwischen Fachkräftemangel und Ambulantisierung

Eine Krankenhausreform plant die Versorgung stärker zu spezialisieren und zu zentralisieren. Als Planungsgröße sollen bundesweit einheitliche Leistungsgruppen eingeführt werden. Die Finanzierung soll künftig aus Vorhaltebudgets, Pflegebudget und r-DRG bestehen. Zusätzliche finanzielle Mittel sind nicht in Aussicht. Bislang ist sogar unklar, ob es den für den Strukturwandel zwingend benötigten Krankenhausstrukturfonds mit Investitionsmitteln in Höhe von etwa € 50 Mrd. geben wird, ohne den die Reform nicht umsetzbar ist.

Bei den Reformüberlegungen bleibt die aktuelle wirtschaftliche Notlage der Krankenhäuser völlig außer Acht. Die Reform setzt nicht darauf, die Unterfinanzierung der Krankenhäuser zu beheben, sondern auf eine Umverteilung der vorhandenen Mittel durch Strukturwandel. Die Umsetzung wird Jahre, wenn nicht sogar Jahrzehnte benötigen. Dass eine ausreichende Anzahl Krankenhäuser diese Phase wirtschaftlich übersteht, erscheint aus heutiger Sicht mehr als fraglich.

Die bestehende Unterfinanzierung hat durch die Kostenexplosion der letzten beiden Jahre dramatische Ausmaße angenommen. Die Forderungen der Krankenhäuser nach einem Vorschaltgesetz, um die aus Inflation und Personalkostensteigerung entstandene Erlöslücke zu decken, bleibt politisch unbeantwortet.

Ungelöst ist weiterhin, wie eine ausreichende Investitionsfinanzierung sichergestellt werden kann.

Der Fachkräftemangel limitiert die Versorgung. Fehlendes Personal hat in den letzten Jahren bereits dazu geführt, dass nicht alle vorhandenen Betten betrieben werden konnten. Einen Ausweg, den die Krankenhäuser seit Jahren erfolgreich entwickelt und praktiziert haben, liegt im Einsatz von SkillMix Teams. Die Aufgabenteilung auf unterschiedliche Berufsgruppen ist eine wirksame Maßnahme gegen den Fachkräftemangel. Sie muss gefördert und weiterentwickelt werden und vollumfänglich Eingang in die Anforderungen

finden.

Die Versorgung der Patienten sollte sich stärker am Ergebnis der medizinischen Behandlung orientieren. Das Ziel guter Ergebnisqualität sollte vom Beginn der Reform an Entscheidungen leiten. Die Qualitätssicherung darf nicht für Systemeingriffe und Kontrollen missbraucht werden. Durch eine stringente Ergebnisorientierung können Strukturvorgaben eingespart werden. Die Nutzung von Routinedaten kann die Dokumentationslast verringern.

Ein Bürokratieabbau ist mehr als überfällig. Das System ist durch Überregulierung bis ins kleinste Detail erstarrt, jegliche Handlungsfreiräume für Innovation und initiative Problemlösungen wurden den Krankenhäusern in den letzten Jahren durch kleinteilige Vorschriften genommen. Die fehlende Abstimmung der Regelungen miteinander führt zu Mehrfachdokumentationen und einem ineffizienten und aufwändigen Kontrollsystem. Die Krankenhausreform muss Bürokratie reduzieren. Die bestehenden Regelungen müssen kritisch auf ihre Sinnhaftigkeit überprüft werden. Strukturvorgaben sollten abgebaut und von Qualitätskriterien unterschieden werden. Für diese Aufgaben wäre ein Qualitätsinstitut des Bundes und der Länder zu gründen, das den G-BA im Bereich Qualität und das IQTIG ablöst.

Die Ambulantisierung wird derzeit nicht mit wirksamen Anreizen befördert. Die ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus erfordert eine Umstellung der Strukturen und Prozesse. Dies bedarf einer Übergangsphase, in der die notwendigen Umstellungen vollzogen werden können und ohne Erlöseinbußen bereits ambulant gearbeitet werden kann.

In der Digitalisierung des Gesundheitswesens besteht weiterhin großer Nachholbedarf. Geschwindigkeit und Qualität der Informationsweitergabe können digital deutlich gesteigert werden. Für die Patienten bietet Telemedizin großen Nutzen. Diese Entwicklung muss beschleunigt werden.

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 jetzt verhindern - Strukturwandel aktiv gestalten*
- *auskömmliche Finanzierung ist oberstes Gebot*
- *Investitionen nachhaltig finanzieren, moderne Strukturen ermöglichen*
- *Anreize für Ambulantisierung setzen*
- *dem Fachkräftemangel entgegenwirken - Aufgabenteilung und SkillMix weiterentwickeln*
- *Zeitarbeit überflüssig machen*
- *an Ergebnisqualität orientieren: Behandlungserfolg zum Maßstab nehmen*
- *Bürokratieabbau vorantreiben*
- *Abrechnungsprüfungen und Qualitätskontrollen intelligent und aufwandsarm lösen*
- *Digitalisierung beschleunigen: e-Health ausbauen*

Kollaps der Krankenhäuser jetzt verhindern - Strukturwandel aktiv gestalten

Die Inflation und die nachfolgenden Personalkostensteigerungen haben die Krankenhäuser in eine dramatische wirtschaftliche Lage gebracht. 96 % gaben im Juli 2023 an, die aktuellen Kostensteigerungen (Energie, medizinischer Bedarf, Löhne etc.) nicht aus den Erlösen finanzieren zu können. 69 % der Krankenhäuser konnten in den vergangenen Jahren keine Rücklagen bilden, um den finanziellen Engpass zu überbrücken. 63 % der Krankenhäuser beurteilten ihre Liquidität als schlecht oder sehr schlecht. 69 % der Krankenhäuser sehen in den nächsten drei Jahren ihre wirtschaftliche Existenz als gefährdet an. Im Jahr 2024 droht die Lage weiter zu eskalieren. Krankenhäuser können die massiven Kostensteigerungen nicht vollständig über Preisanpassungen weitergeben. Die Forderungen der Krankenhäuser nach einem Vorschaltgesetz bleiben unbeantwortet. Einem planvollen Strukturwandel wird durch die wirtschaftliche Notlage und das nachfolgende Krankenhaussterben der Boden entzogen.

Das System der Krankenhausfinanzierung ermöglicht eine Preisanpassung nur einmal im Jahr. Der Veränderungswert begrenzt die Steigerung der Landesbasisfallwerte, auch wenn die tatsächliche Kostenentwicklung höher ausfällt. Dies hat durch die Inflation seit 2022 zu einer Finanzierungslücke von bundesweit ca. **€ 10 Mrd.** geführt. Durch die gesetzliche Begrenzung konnten die Krankenhauspreise 2022 nur um **2,32 %**, 2023 nur um **4,32 %** steigen. Die Inflation lag in dieser Zeit durchschnittlich bei **7 bis 8 %**. Die Energiepreishilfen konnten diese Lücke nicht schließen. Für 2024 ist die Preisentwicklung auf **5,13 %** begrenzt. Die Inflation besteht fort. Zudem belasten Personalkostensteigerungen in erheblichem Maße die Krankenhäuser. Krankenhäuser können weder im ärztlichen Dienst, im therapeutischen Dienst noch in der Pflege am Personal sparen, da Mindestbesetzungen, Strukturvorgaben und Dienstpläne eingehalten werden müssen. Aufgrund des Fachkräftemangels lastet ohnehin bereits hoher Druck auf den Mitarbeitenden. Zusätzlicher wirtschaftlicher Druck verschlechtert die Arbeitsbedingungen weiter. Personalengpässe und wirtschaftlich bedingter Personalabbau führen zu Leistungseinschränkungen, die die Versorgung gefährden.

Daher ist eine Basisanhebung der Landesbasisfallwerte um **4 bis 6 %** dringend notwendig, um das wirtschaftliche Überleben der Krankenhäuser zu sichern. Eine 100%ige Tarifraterhöhung ab 2024 muss für das ärztliche und pflegerische Fachpersonal eingeführt werden.

Auskömmliche Finanzierung ist oberstes Gebot

Die Krankenhausreform schließt eine Finanzierungsreform ein. Die Finanzierung soll sich zukünftig aus einem Vorhaltebudget, dem Pflegebudget und den r-DRG zusammensetzen. Zu diesem Zweck sollen pauschal Vorhaltefinanzierungsanteile aus den DRG ausgegliedert werden, so dass über die r-DRG nur noch 40 % als leistungsabhängiger Erlösanteil finanziert würde. Das Ziel, Mengenanreize zu minimieren wird jedoch nur dann erreicht werden können, wenn die Finanzierung insgesamt auskömmlich ist. Auch zukünftige Kostenentwicklungen müssen refinanzierbar sein. Eine Übernahme der bestehenden Unterfinanzierung in ein neues System wird die heutigen Probleme nicht lösen können, sondern den Mengenanreiz sogar verstärken. Eine Finanzierungsreform muss langfristig die Kosten der Krankenhäuser decken. Das neue Finanzierungskonzept erhöht zudem die Komplexität erheblich.

Die Krankenhausreform soll Vorhaltebudgets einführen, um den Krankenhäusern den Anreiz zu nehmen, mehr Leistungen zu erbringen. Vorgesehen ist derzeit eine pauschale Ausgliederung - unter Berücksichtigung des Pflegebudgets - von 60 % Vorhaltekosten aus den DRG. Die Probleme, die sich bei der Ausgliederung des Pflegebudgets aus dem DRG-Katalog ergeben haben, dürfen sich keinesfalls wiederholen. Daher ist Vorsicht geboten! Eine Ausgliederung ist ein fundamentaler und irreversibler Eingriff in das DRG-System. Da zur Wirkungsweise und Allokation des Vorhaltebudgets noch keine Folgeneinschätzung möglich ist, wäre eine vorsichtige Einführung anzuraten. Bereits mit einer pauschalen Erhöhung der Notfallstufenzuschläge könnte Vorhaltung besser finanziert werden, ohne das System weiter zu verkomplizieren. Anstelle einer Ausgliederung wäre ein weiterer risikoärmerer Einstieg in Vorhaltefinanzierung ein nachrichtlicher Ausweis der Vorhaltebewertungsrelationen im A-DRG Katalog. Die Budgetsicherheit des Vorhaltebudgets könnte dennoch durch Erlösausgleiche vollständig hergestellt werden. Erst wenn die Mechanismen und Wirkungsweise der Vorhaltbudgets absehbar und beurteilbar ist, sollte über weitere Schritte entschieden werden.

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

Für eine Finanzierungsreform ist die Auskömmlichkeit der Mittel entscheidender als eine Aufteilung in mehrere Erlösbestandteile.

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 8 % des Umsatzes. Für Hamburg ergibt sich hieraus ein Investitionsbedarf von € 175 Mio. pro Jahr. Auch Hamburg erreicht diese Investitionsfinanzierung nicht, so dass jährlich etwa € 65 Mio. 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 Krankenhausreform selbst wird durch Umstrukturierungen der Krankenhauslandschaft umfangreichen zusätzlichen Investitionsbedarf auslösen. Diese Investitionen müssen sichergestellt werden, um die Reform umsetzbar zu machen. Hierfür muss ein Krankenhausstrukturfonds mit bundesweit mindestens € 50 Mrd. bereitgestellt werden.

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.

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 € 1 Mrd. pro Jahr verstetigt werden.

Anreize für Ambulantisierung setzen

Mit der Überarbeitung des Kataloges zum ambulanten Operieren nach § 115b SGB V und mit der Einführung der Hybrid-DRG nach § 115f SGB V wird die Ambulantisierung vorangetrieben. Leider ist es bislang nicht gelungen, diesen Prozess mit wirksamen Anreizen zu unterstützen. Ein sinnvoller Anreiz wäre beispielsweise eine Übergangsphase ohne sofortige Erlöseinbußen, so dass den Krankenhäusern Zeit für eine Anpassung von Strukturen und Prozessen eingeräumt wird.

Die Einführung der Hybrid-DRG mit sofortigen Vergütungsabschlägen macht es Krankenhäusern in vielen Fällen unmöglich, die entsprechenden Leistungen ambulant in den bislang genutzten stationären Strukturen wirtschaftlich zu erbringen. Daher ist zu befürchten, dass diese Leistungen zurückhaltend oder nicht erbracht werden. Das ambulante Operieren nach § 115b SGB V ist aufgrund der im vertragsärztlichen Vergütungssystem nicht abgebildeten Kostenstrukturen der Krankenhäuser per se unterfinanziert. Für diesen Bereich müsste ebenfalls eine Vergütung in Anlehnung an die DRG geschaffen werden, die die Kosten eines Krankenhauses berücksichtigt.

Ferner ist klarzustellen, dass Investitionsförderung der Länder für den Aufbau neuer ambulanter Operationszentren genutzt werden können.

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 bisher in der stationären Versorgung zu erbringen.

Dem Fachkräftemangel entgegenwirken – Arbeitsteilung und SkillMix weiterentwickeln

Der Fachkräftemangel bestimmt die Sicherstellung der Versorgung in den kommenden Jahren. Durch 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 der Einführung des Pflegepersonalbemessungsinstruments müssen die starren und bürokratieintensiven Pflegepersonaluntergrenzen entfallen. Es handelt sich um eine überbürokratisierende Doppelregelung, die Krankenhäusern jede Flexibilität in der Personaleinsatzplanung nimmt.

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 Mio. 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 originalen 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. Ein bundesweites Transparenzportal soll zusätzlich eingeführt werden. 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, beispielsweise über die Personalausstattung, wie sie das neue Transparenzportal zum Inhalt haben soll, ist für die Patienten ohne wirklichen Wert.

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 als Teil der gesetzlichen Qualitätssicherung finanziert werden.

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 der sektorengleichen Vergütung nach den Hybrid-DRG unterfallen, zu informieren.

Ein neues Qualitätsinstitut des Bundes und der Länder sollte die qualitätsbezogenen Aufgaben des G-BA und des IQTIG übernehmen und zu einer Neuordnung einer datensparsamen, aus Routinedaten gespeisten und ergebnisorientierten Qualitätssicherung hinführen. Diese sollte auf solche Verfahren beschränkt werden, die nachweislich zu mehr Qualität und Patientensicherheit beitragen.

Die Krankenhausreform sollte eine Reform der Qualitätssicherung einschließen, um die angestrebte stärkere Orientierung an der Prozess- und Ergebnisqualität möglich macht. Sie bietet neben Mehrwert für die Patienten zudem eine echte Chance auf Bürokratieabbau.

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 % der Arbeitszeit von Ärzten und 33 % 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 darf keinesfalls zu einer erhöhten Bürokratielast führen; Strukturanforderungen durch Leistungsgruppen und Vorhaltebudgets bergen erhebliches Bürokratiepotential. Im Gegenteil - 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.

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.

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
