

NACH DER REFORM IST VOR DER REFORM

HKG-FORDERUNGEN 2025 – DEZEMBER 2024



Nach der Reform ist vor der Reform

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde im Oktober 2024 trotz massiver Kritik vom Bundestag beschlossen. Da noch nachgelagerte Regelungen - wie mehrere Rechtsverordnungen des Bundes - fehlen, sind noch nicht alle Auswirkungen beurteilbar. Es ist daher zu erwarten, dass während der Umsetzung eine kurzfristige Nachsteuerung erforderlich wird.

Die Krankenhausreform setzt den politischen Weg der Überregulierung und Misstrauenskultur fort und bewirkt eine weitere Flut detaillierter und komplexer Vorschriften mit den daraus folgenden Nachweispflichten, Kontrollen und Sanktionen. Die neuen Vorhaltebudgets komplizieren das Finanzierungssystem weiter. Sie führen zu einer schlechteren Plan- und Steuerbarkeit der Erlöse – jedoch nicht zu der dringend benötigten auskömmlichen Finanzierung, insbesondere nicht bei Krankenhäusern mit anwachsenden Leistungen, wie es in Hamburg erwartet werden kann.

Die Krankenhäuser starten mit der seit 2022 aufgelaufenen Finanzierungslücke von 16 Milliarden Euro in die Reform, in Hamburg rund 400 Millionen Euro. Die von den Krankenhäusern geforderte außerordentliche Anhebung der Landesbasisfallwerte zur Kompensation der Kostensteigerungen wurde vom Gesetzgeber nicht umgesetzt. Parallel zur Reform wird sich daher ein nicht planbarer Strukturwandel aufgrund wirtschaftlicher Notlagen vollziehen.

Krankenhäuser brauchen dringend wieder mehr Entscheidungsfreiraum und unternehmerische Gestaltungsmöglichkeiten. Ein politischer Richtungswechsel mit Deregulierung, Anreizen für gute Versorgung und Qualitätswettbewerb käme einem Befreiungsschlag gleich. Es würden erhebliche Kapazitäten für die Patientenversorgung frei werden, die heute durch Dokumentation und Bürokratie gebunden sind.

Die Forderungen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft

- *Reform nachsteuern*
- *auskömmliche Finanzierung sichern*
- *Investitionen finanzieren, moderne Strukturen ermöglichen*
- *Anreize für Ambulantisierung setzen*
- *Notfallversorgung stärken*
- *Fachkräftemangel beherrschen - Aufgabenteilung und SkillMix weiterentwickeln*
- *an Ergebnisqualität orientieren: Behandlungserfolg zum Maßstab nehmen*
- *Bürokratieabbau dringender denn je*
- *Medizinischen Dienst neutral und seine Arbeit transparent gestalten*
- *Digitalisierung vorantreiben*

Reform nachsteuern

Die bundesweite Einführung von 65 Leistungsgruppen soll die Versorgung stärker spezialisieren und zentralisieren. Da diese Leistungsgruppen sich von den in Nordrhein-Westfalen eingeführten unterscheiden und noch wesentliche Parameter, wie Ausnahmeregelungen, Kooperationen und Mindestvorhaltezahlen fehlen, sind die Auswirkungen auf die Versorgung im Detail unklar. Daher ist es unabdingbar, nachzusteuern, sobald Probleme bei der Umsetzung der Reform zutage treten.

Der nächste Krankenhausplan auf der Grundlage der neuen Leistungsgruppen wird voraussichtlich auch in Hamburg zu Veränderungen in der Leistungsstruktur der Krankenhäuser führen. Die Verknüpfung der Leistungsgruppen untereinander birgt das Risiko, bei Ausfällen kollaterale Auswirkungen auf die Versorgung an anderen Stellen zu entfalten. Zudem besteht die Gefahr, dass durch eine zu starre Anwendung bundesweiter Vorgaben Lücken in die Versorgung gerissen werden. Regionale Anpassungen müssen möglich sein, um die Versorgung nicht zu gefährden.

Für die Hamburger Krankenhäuser ist es unabdingbar, dass zukünftig Wachstum ermöglicht und auch finanziert wird. Eine Mitversorgung des Umlands wird perspektivisch zu einem Leistungsanstieg führen. Bisher kommen 35 Prozent der Krankenhauspatienten aus dem Umland. Für die Metropolregion Hamburg wäre eine gemeinsame Rahmenplanung mit Schleswig-Holstein und Niedersachsen sinnvoll. Dabei sollten die spezialisierten und hochspezialisierten Leistungsangebote für das Umland in den Hamburger Krankenhäusern konzentriert werden. In der Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen sollten Auswahlentscheidungen der Länder untereinander abgestimmt erfolgen.

Grundsätzlicher Reformbedarf besteht in der Neuordnung und Vereinfachung des Systems, das an Komplexität und Unübersichtlichkeit kaum noch zu übertreffen ist. Unschärfe Abgrenzungen, beispielsweise zwischen Strukturanforderungen und Qualitätssicherung, zahlreiche parallele und inhaltgleiche oder ähnliche Regelungen aus verschiedenen Normen harren einer Priorisierung und Neuordnung. Eine Versorgungsplanung nach Leistungsgruppen sollte nicht durch weitere Strukturvorgaben aus G-BA-Richtlinien oder OPS-Klassifikationen zusätzlich verkompliziert werden. Qualitätssicherung sollte vorrangig die Ergebnisqualität messen.

Auskömmliche Finanzierung sichern

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser ist dramatisch. Krankenhäuser sind seit dem Jahr 2022 nicht mehr in der Lage, die hohen Kostensteigerungen durch entsprechende Erlöse zu finanzieren. Seit 2022 bis Ende des Jahres 2023 sind rund 10 Milliarden Euro an Unterfinanzierung aufgelaufen. Das laufende Defizit im Jahr 2024 summiert sich auf 6 Milliarden Euro. Dies entspricht einer Unterdeckung bei den Landesbasisfallwerten von rund 9 Prozent. Krankenhäuser können weder im ärztlichen oder therapeutischen Dienst noch in der Pflege am Personal sparen, da Mindestbesetzungen, Strukturvorgaben und Dienstpläne eingehalten werden müssen. Durch Personalengpässe und wirtschaftlich bedingten Personalabbau verursachte Leistungseinschränkungen gefährden zunehmend die Versorgung.

Der Start in die Krankenhausreform schreibt die bestehende Unterfinanzierung als Ausgangsbasis fest. Eine außerordentliche Anhebung der Landesbasisfallwerte wurde den Krankenhäusern versagt. Der Veränderungswert begrenzt die Steigerung der Landesbasisfallwerte, für das Jahr 2025 auf 4,41 Prozent. Eine nachträgliche Korrektur der aufgelaufenen Defizite der Vorjahre ist hierüber nicht möglich.

Die Einführung der Vorhaltebudgets führt insbesondere für wachsende Krankenhäuser nicht zu einer verbesserten Finanzierung. Die Konzeption zeichnet sich durch hohe Intransparenz und fehlende wirtschaftliche Planbarkeit aus, da die Budgetentwicklung zusätzlich von der Entwicklung im Land insgesamt abhängig gemacht wird. Das Erlösbudget wird in Teilen von der Leistungsentwicklung des einzelnen Krankenhauses entkoppelt, die Fallabhängigkeit wird über einen längeren Zeitraum gestreckt. Die Mindestvorhaltezahlen setzen zusätzliche Anreize zur Fallvermehrung. Die fortbestehende Unterfinanzierung wird den Mengenanreiz weiter verstärken. Die Vorhaltefinanzierung in dieser Form ist untauglich. Sie bedarf eines konzeptionellen Neustarts. Sie muss pauschaliert und planungssicher sein, um Belegungsschwankungen abpuffern zu können.

Der Metropolsituation der Krankenhäuser in Bezug auf die Umlandversorgung muss Rechnung getragen werden. Leistungsverlagerungen dürfen nicht zu finanziellen Nachteilen für wachsende Krankenhäuser führen.

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 8 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 durch Umstrukturierungen zusätzlichen Investitionsbedarf aus. Hierfür wird ein Krankenhausstrukturfonds 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 verstetigt 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. Eine nicht kostendeckende Vergütung konterkariert das Ziel, Fälle vermehrt ambulant zu erbringen. Die mit der Krankenhausreform getroffenen Regelungen zu konkreten Fallzahlsteigerungen bei den Hybrid-DRG und die Absenkung des Vergütungsniveaus auf das Niveau des ambulanten Operierens liefern keinen Anreiz, diesen Bereich auszuweiten.

Krankenhäuser können ambulante Leistungen in den bislang genutzten stationären Strukturen nicht wirtschaftlich erbringen. Das ambulante Operieren nach § 115b SGB V ist aufgrund der im vertragsärztlichen Vergütungssystem nicht abgebildeten Kostenstrukturen der Krankenhäuser per se unterfinanziert. Sowohl für das ambulante Operieren als auch für die Hybrid-DRG müsste eine Vergütung geschaffen werden, die die Kosten eines Krankenhauses 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 bisher in der stationären Versorgung zu erbringen.

Notfallversorgung stärken

Das im Jahr 2024 nicht mehr verabschiedete Gesetz zur Reform der Notfallversorgung ging in die richtige Richtung und muss daher in der nächsten Legislaturperiode zügig umgesetzt werden. Verbesserte Angebote des vertragsärztlichen Bereiches in der ambulanten Notfallversorgung und eine bessere Patientensteuerung können dazu beitragen, die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu entlasten. So können diese ihre Ressourcen besser für die stationäre Notfallversorgung einsetzen.

Dem Grunde nach ist an allen Krankenhäusern mit Not- und Unfallversorgung eine Struktur sinnvoll und erforderlich, die ambulant behandelbare Patienten und Patientinnen in Strukturen leitet, die von der stationären Not- und Unfallversorgung getrennt sind. Die integrierten Notfallzentren (INZ/ KINZ) des Gesetzentwurfes zur Reform der Notfallversorgung sehen solche Strukturen vor; die Funktion kann jedoch auch in alternativen Settings umgesetzt werden. Hierzu gibt es in Hamburg vielfältige Erfahrungen. Dies muss auch weiterhin möglich sein.

Standortentscheidungen zu INZ/ KINZ müssen im Landesausschuss für Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung getroffen werden. Die Länder müssen aufgrund ihrer Verantwortung für die Krankenhausplanung das Letztentscheidungsrecht innehaben. Die Standortentscheidung ist unmittelbar mit der stationären Not- und Unfallversorgung und den nach dem KHVVG zu bildenden Versorgungsnetzwerken strukturell verwoben.

Auf eine ausreichende Anzahl von INZ und KINZ sowie eine mit den benachbarten Bundesländern abgestimmte Standortauswahl ist unbedingt zu achten. Die Bevölkerungszahl des Hamburger Umlandes muss für die Planungsregion Hamburg mitberücksichtigt werden.

Mindestöffnungszeiten der INZ und KINZ müssen den Bedarf der Bevölkerung in einer Großstadt abdecken.

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.

Fachkräftemangel beherrschen – Arbeitsteilung 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.

Der bundesweit vereinheitlichte Pflegeassistentenberuf nach dem 2024 nicht mehr verabschiedeten Pflegeassistenteneinführungsgesetz sollte schnellstmöglich eingeführt werden.

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 Pflegepersonalbemessungsinstrumentes müssen nunmehr die starren und bürokratieintensiven Pflegepersonaluntergrenzen entfallen. Es handelt sich um eine Doppelregelung, die Krankenhäusern ihre Flexibilität in der Personaleinsatzplanung nimmt.

Die vorgesehene Entwicklung weiterer Personalbemessungsinstrumente für Ärzte und weitere Berufsgruppen erhöht maßgeblich die Bürokratie und schränkt den Organisationsspielraum der Krankenhäuser ein.

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 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 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 auf Bürokratieabbau.

Bürokratieabbau dringender denn je

Ärzte und Pflegekräfte verbringen drei bis vier Stunden täglich mit patientenfernen Tätigkeiten durch Dokumentation und Bürokratie. Das KHVVG trägt maßgeblich zum Aufwuchs weiterer Bürokratie durch neue Regelungskreise mit neuen Dokumentations- und Meldepflichten bei. Dadurch wird die Arbeit für die Mitarbeitenden immer patientenferner. 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.

Viele 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.

Beispiele für möglichen Bürokratieabbau durch Entfall 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 Krankenhauskapazitätssurveillance und das Zuzahlungsinkasso. 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 bestehende Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen müssen auf das notwendige Mindestmaß, die aufgrund fachlicher Standards erforderlichen medizinischen und pflegerischen Daten, reduziert werden.

Medizinischen Dienst neutral und seine Arbeit transparent gestalten

Die mit dem MDK-Reformgesetz angestrebte 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 Krankenhausesseite vorgesehen. Eine Beteiligung der Krankenhäuser in den Verwaltungsräten ist zu fordern, um deren Perspektive einzubringen.

Die Prüfanlässe wachsen durch das KHVVG weiter an. Additiv kommt die Prüfung der Qualitätskriterien 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. Eine erhebliche Vereinfachung des Prüfgeschehens ließe sich erreichen, wenn eine einheitliche Geltungsdauer bei den OPS-Strukturprüfungen, den Qualitätskontrollen der G-BA-Richtlinien und den Prüfungen zu den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen von drei Jahren eingeführt würde.

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.

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.

Als Sofortmaßnahme zur Eingrenzung von Streitfällen aus der Abrechnungsprüfung könnte die untere Grenzverweildauer grundsätzlich, nicht nur in der Kindermedizin, aus dem DRG-Katalog und damit als Prüfanlass gestrichen werden.

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, zunehmend 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 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.

Für laufende Kosten der IT, Lizenzen, 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, die durch das Krankenhauszukunftsgesetz gefördert werden. 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 | Internet www.hkgev.de
