



AKG

Allianz Kommunalen
Großkrankenhäuser e. V.

**Allianz Kommunalen
Großkrankenhäuser e.V.**

Geschäftsstelle Berlin
Aroser Allee 70
13407 Berlin

Nils Dehne
Geschäftsführer
030 68051537

nils.dehne@akg-kliniken.de

Berlin, 19. April 2023

STELLUNGNAHME

ZUR „VIERTEN STELLUNGNAHME UND EMPFEHLUNG DER REGIERUNGSKOMMISSION FÜR EINE MODERNE UND BEDARFSGERECHTE KRANKENHAUSVERSORGUNG“ ZU EINER „REFORM DER NOTFALL- UND AKUTVERSORGUNG IN DEUTSCHLAND“ VOM 13. FEBRUAR 2023.

Die AKG-Kliniken begrüßen die umfassenden Ideen der Regierungskommission zur Reformierung der Notfallversorgung in Deutschland, die alle patientenrelevanten Bereiche der Notfallversorgung thematisiert. Im Mittelpunkt steht eine bedarfsgerechte Steuerung der Patientinnen und Patienten in den jeweils adäquaten Versorgungsbereich. Dabei benennt die Kommission auch bisher fehlende Versorgungsangebote und legt insbesondere im Zusammenhang mit neuen digitalen und überwiegend pflegerischen Versorgungsangeboten geeignete Konzepte vor.

Leider fehlen in den vorliegenden Vorschlägen jegliche Hinweise zu den erforderlichen personellen und finanziellen Ressourcen bei der Umsetzung dieser Vorschläge. Angesichts der demografischen Entwicklung und dem damit verbundenen Personalmangel in sämtlichen Gesundheitsberufen sowie der absehbar steigenden Versorgungsbedarfe in der Notfallversorgung erscheinen die Vorschläge in dieser Form kaum umsetzbar. Darüber hinaus fehlen in den föderalen und sektoralen Strukturen unseres Gesundheitswesens die organisatorischen und regulatorischen Voraussetzungen für zahlreiche der berechtigten Vorschläge (z.B. pflegerischer Notdienst).

Die AKG-Kliniken setzten sich aktiv für eine schnelle Reform der Notfallversorgung ein und zeigen mit ihren Reformvorschlägen auf Basis der vorliegenden Ideen kurzfristig realisierbare Lösungen auf. Dabei erkennen wir ausdrücklich an, dass neben dem Problem der unzureichenden kurzfristigen Behandlungsmöglichkeiten in der ambulanten Versorgung auch die Notfallstrukturen in vielen Krankenhäusern einem wachsenden Bedarf nicht mehr gerecht werden. Der Notfallpatientenstrom findet bei der Betriebsorganisation der Krankenhäuser vielfach keine ausreichende Berücksichtigung und kollidiert täglich mit dem elektiven Geschäft. Ineffiziente Raum- und Betriebskonzepte wurden in der Vergangenheit allzu oft durch Personalaufbau überdeckt oder kompensiert. Moderne Raum- und Betriebskonzepte mit kürzeren Schichtwegen und einer nonverbalen Bettenallokation reduzieren Wartezeiten und Verweildauern in der Notaufnahme. Auf diese Weise ist eine deutliche Steigerung der Behandlungsfälle bei konstantem Personaleinsatz möglich. Angesichts der nicht mehr verfügbaren Fachkräfte muss die Notfallreform die bestehenden Effizienzreserven heben und zu einem integralen Bestandteil der aktuellen Krankenhausreform werden.

Die Notfallversorgung muss im Rahmen der Versorgungslevel zu einer zentralen Strukturanforderung mit einer angemessenen Berücksichtigung in der Vorhaltefinanzierung mitgedacht werden. Nur durch eine konsequente Ausrichtung auf die absehbaren Patientenströme aus der Notaufnahme können wir die bestehenden Kapazitäten effizient weiterentwickeln. Hierfür muss die Rolle in der Notfallversorgung zu einer wesentlichen Kalkulationsgrundlage bei der Herleitung der Vorhaltefinanzierung werden. Eine Stärkung der Notfallversorgung

durch eine tragfähige Vorhaltefinanzierung kann die Verantwortung für die Daseinsvorsorge in den Krankenhäusern gegenüber dem wettbewerbsorientierten Elektivgeschäft wieder zum maßgeblichen Faktor für die strategische und organisatorische Ausrichtung der Krankenhäuser machen.

In diesem Sinne sind die Vorschläge der Regierungskommission, die Einführung von Integrierten Notfallzentren (INZ) in Zusammenarbeit von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern an allen Level 2 und Level 3 Krankenhäusern verbindlich zu verankern, sachgerecht. Erste Auswertungen zeigen, dass auf Basis der bestehenden Vorschläge für die Versorgungslevel ein Großteil der Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten Zugang zu einem INZ hat. In Ausnahmefällen können zusätzliche Strukturen auch an Standorten des Level I geschaffen werden. In diesem Bereich würde ein populationsorientiertes Budget in organisatorischer Verantwortung der jeweils vereinbarten INZ-Leitung den notwendigen Gestaltungsspielraum für regionale Besonderheiten schaffen. Dafür würde jedem INZ-Standort ein Budget pro Einwohner entsprechend der kürzesten Distanz zwischen Wohnort und dem nächsten INZ-Standort zugewiesen werden. Aus diesem Budget wären sämtliche Notfalleistungen sowohl im INZ als auch in der Notaufnahme des Krankenhauses zu finanzieren. Je nach regionalen Gegebenheiten könnten dabei auch Leistungen an Dritte ausgelagert und im Rahmen des Budgets vergütet werden (z.B. Partnerpraxen). Voraussetzung sind einheitliche Standards für die Verfügbarkeit und Leistungsfähigkeit im Sinne einer umfangreichen Vorhaltung für die Daseinsvorsorge.

Auf dieser Basis ist auch ein gemeinsamer Gerätepark aus EKG, Sonographie, Röntgen/ CT sowie Labordiagnostik zu finanzieren. Darüber hinaus wären zusätzliche Leistungen in organisatorischer Verantwortung der Krankenhäuser mit einem INZ denkbar, die eine schnelle Implementierung im Rahmen der anstehenden Gesetzgebungsprozesse ermöglichen:

- Alle Rettungsmittel werden mit einem einheitlichen Triage-System ausgestattet und das Personal entsprechend geschult.
- Das in vielen Regionen erfolgreich etablierte IVENA-System wird überregional verbindlich zur Vernetzung aller Akteure ausgebaut.
- Alle Rettungsmittel erhalten ein Videokonferenzsystem für ärztliche Rückfragen.
- Jeder beteiligte Leistungserbringer in der Versorgungskette erhält vollständige Transparenz über die vorliegenden Triageergebnisse.

So könnten die Krankenhäuser mit einem INZ jederzeit im Sinne des 4-Augen-Prinzip für eine Validierung der Ersteinschätzung zur Verfügung stehen. Über ein erweitertes Leistungsspektrum des Rettungsdienstes im Sinne einer Erstversorgung vor Ort und der Weitervermittlung von PatientInnen in die ambulante Versorgung (ggf. mit Transport) wäre eine echte Ressourcenoptimierung möglich. Durch die flächendeckende Etablierung von Partnerpraxen für die akute ambulante Behandlung werden dabei bestehende Versorgungslücken ohne zusätzlichen Ressourcenbedarf geschlossen.

Eine verlässliche Organisation der Notfallversorgung ist zwingende Voraussetzung für ein Gelingen der gesamten Strukturreform im Krankenhausesektor. Nur wenn es gelingt, der Bevölkerung vor Ort ein verlässliches und glaubwürdiges Netzwerk für den Notfall zu vermitteln, werden qualitätsorientierte und ressourcenschonende Konzentrationsprozesse realisierbar. Dabei ist eine gute Notfallversorgung heute keine Frage von Standorten oder Institutionen, sondern von guten Prozessen und effizienter Zusammenarbeit. Hierfür braucht es eine klare Aufgaben- und Rollenverteilung in den Regionen. Die Notfallversorgung steht beispielhaft für die gesamte Patientensteuerung zwischen den beteiligten Akteuren einer Region. Aufbauend auf den Vorschlägen der Regierungskommission ergeben sich aus unserer Sicht folgende Koordinierungsaufgaben für die Maximalversorger:

- Kapazitätssteuerung und Überwachung auf Basis einer vollständigen Transparenz der Notfallstrukturen und Rettungsmittel z.B. über das IVENA-System.
- Ortsunabhängige telemedizinische Unterstützung einer Notfalldiagnose und Erstversorgung
- Netzwerkkoordination und Weiterentwicklung der Versorgungsprozesse unter Einbindung aller beteiligten Krankenhäuser, sowie Rettungsdiensten und Partnerpraxen
- Schulung und Weiterbildung in allen Fragen der Notfallversorgung und Triage
- Bereitstellung und Betrieb von IT- und Dateninfrastruktur für eine schnittstellenarme Kommunikation und Informationsweitergabe

Derartige Koordinierungsaufgaben können nicht über die übliche Betriebskostenfinanzierung abgebildet werden. Sinnvollerweise gibt es in jeder Region einen koordinierenden Maximalversorger für diese Aufgaben. Derartige Modelle haben sich in einigen Bundesländern während der Corona-Pandemie bewährt. In Niedersachsen ist die Koordinierungsfunktion der Maximalversorger bereits im Krankenhausgesetz verankert. Etablierung und Betrieb dieser Koordinierungsfunktion wird für die ausgewählten Maximalversorger mit erheblichen Investitionen und Zusatzkosten verbunden sein. Hierfür bedarf es einer entsprechenden finanziellen Untermauerung. Durch eine bessere Zusammenarbeit und eine auf die regionalen Besonderheiten abgestimmte Infrastruktur ist davon auszugehen, dass diesen initialen Kosten langfristig ein geringerer Versorgungsaufwand folgt. Vor diesem Hintergrund kann die Notfallversorgung einen geeigneten Einstiegspunkt für Regionalbudgets darstellen. Auf diese Weise können die initialen Kosten des Netzwerkaufbaus verlässlich vorfinanziert und die Akteure vor Ort von den langfristigen Einsparungen gemeinsam profitieren.

Die AKG-Kliniken

Die AKG-Kliniken sind ein Interessenverbund von 27 Großkrankenhäusern und Krankenhausverbänden aus dem gesamten Bundesgebiet mit einem Umsatz von nahezu 10,5 Milliarden Euro. Sie repräsentieren derzeit rund 45.500 Betten und vertreten damit über 9,5 % der gesamtdeutschen Krankenhausversorgung. Gut 1,85 Millionen Patientinnen und Patienten im Jahr werden in den Häusern der AKG-Kliniken von mehr als 130.500 Mitarbeitenden vollstationär behandelt. Alle Mitglieder sind Maximalversorger in kommunaler Trägerschaft und decken damit das gesamte medizinische Spektrum ab. Als kommunale Krankenhäuser erbringen die Mitglieder der AKG-Kliniken eine wichtige Leistung für die Versorgung der gesamten Bevölkerung, von der Grund- bis zur Maximalversorgung. Damit leisten sie einen wichtigen gesundheitspolitischen Beitrag. Die Gewinne werden reinvestiert und nicht an Investoren abgeführt. So bleiben die Gelder den Regionen erhalten.