



Arbeitsgemeinschaft
Kommunaler
Großkrankenhäuser e.V.

**Arbeitsgemeinschaft Kommunaler
Großkrankenhäuser e.V. (AKG)**
Geschäftsstelle Berlin
Aroser Allee 70
13407 Berlin

Helmut Schüttig
AKG Geschäftsführer
Fon: 030 80103005
E-Mail: info@akg-kliniken.de

Nils Dehne
AKG Geschäftsstellenleiter
Fon: 030 68051537
E-Mail: nils.dehne@akg-kliniken.de

Stellungnahme Notfallreform

Berlin, den 6. Februar 2020

Gesetzentwurf führt zu Parallelstrukturen ohne sinnvolle Leistungsbeziehung

- Notfallreform ist Grundlage für Strukturreformen
- Organisationsverantwortung der KV verhindert effiziente Nutzung bestehender Ressourcen
- Leistungsbeziehung zur sinnvollen Einbindung der Krankenhäuser fehlt

Die Reform der Notfallversorgung wird für die deutschen Krankenhäuser zur zentralen Weichenstellung auf dem Weg zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der gesamten Versorgungslandschaft. Nur wenn eine flächendeckende und hochwertige Notfallversorgung in Verbindung mit einer sinnvollen Patientensteuerung sichergestellt ist, können die Krankenhausstrukturen zukunftsfähig aufgestellt werden.

Die kommunalen Großkrankenhäuser nehmen bereits heute vollständig an der Notfallversorgung nach den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V teil. Darüber hinaus sind an vielen Standorten Kooperationen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) realisiert sowie der Rettungsdienst verankert. Mit den etablierten Strukturen und der umfassenden notärztlichen Expertise stehen die kommunalen Großkrankenhäuser bereit, auch in der ambulanten Notfallversorgung weitergehende Verantwortung zu übernehmen. Vor dem Hintergrund des erheblichen Fachkräftemangels in der stationären Versorgung gilt das gemeinsame Interesse der Vermeidung von unnötigen stationären Aufenthalten.

Der vorliegende Gesetzentwurf adressiert alle relevanten Schnittstellenprobleme in der Notfallversorgung. Leider bleiben die Regelungen zur Einrichtung der Integrierten Notfallzentren (INZ) deutlich hinter den Erwartungen zurück. Eine bloße Fortsetzung immer engerer Kooperationsverpflichtungen mit den überholten Rollenbildern und Strukturen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wird keine nachhaltige Verbesserung schaffen. Um die notwendigen Strukturreformen zu ermöglichen braucht es weiterer gesetzlicher Klarstellungen:

- **Fachliche Leitung, Sicherstellungsauftrag und Standortauswahl der INZ**
Zur Sicherstellung einer hochwertigen Patientenversorgung und zur Realisation der angestrebten Steuerungswirkung durch das INZ ist die ärztliche Leitung zwingend durch einen entsprechend qualifizierten Notfallmediziner zu gewährleisten. Bisher wird diese fachliche Expertise ausschließlich im stationären Sektor qualifiziert und systematisch eingesetzt. Damit treten INZ und Krankenhaus in einen systematischen Wettbewerb um die knappen Fachkräfte mit entsprechenden Kompetenzen.

Auch über diese spezialisierten Experten hinaus ist unter Berücksichtigung der tatsächlichen Bedingungen vor Ort davon auszugehen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Umsetzung der strukturellen Anforderungen an die INZ eigene Ärzte beschäftigen müssen. Ein Rückgriff auf das bestehende Personal der Krankenhäuser kommt schon aus arbeitsrechtlichen Gründen (hier insbesondere Arbeitnehmerüberlassung) nicht in Betracht. Die Zuweisung des Versorgungsauftrages und der fachlichen Leitung der INZ an die KVen ist dementsprechend mit erheblichen Personal- und Budgetrisiko verbunden. Vor diesem Hintergrund besteht das Risiko, dass zur Bewältigung dieser Herausforderungen sachfremde Erwägungen bei der Auswahl von INZ-Standorten Berücksichtigung finden könnten.

Die Sicherstellungsverantwortung in der Hand der Länder oder Kommunen wird hingegen eine sinnvolle gestalterische Offenheit der Leistungserbringungsstrukturen ermöglichen. Nur ein tatsächlich unabhängiger Leistungsbereich mit eigenständigem Finanzierungsrahmen wird zukunftsfähige und patientenorientierte Versorgungskonzepte hervorbringen und damit weit über die Notfallversorgung hinaus einen wertvollen Grundstein für die wichtigen Strukturreformen im Gesundheitswesen legen. Zur Sicherstellung der angestrebten Verbesserung in der Patientensteuerung und -versorgung ist in jedem Falle die Festlegung von INZ-Standorten an Krankenhäusern mit einer erweiterten sowie umfassenden Notfallstufe gesetzlich zu verankern.

Dem Gesetzentwurf fehlt jeder Bezug zu den vielfältigen Notfallstrukturen aus der fachärztlichen Grundversorgung (Gynäkologie, Augenheilkunde, Kinderheilkunde und Zahnmedizin). Hierfür bedarf es bei der Festlegung von einheitlichen Struktur- und Qualitätsanforderungen durch den G-BA eines sinnvollen Stufenmodells, dass mit den Anforderungen der gestuften stationären Notfallversorgung korrespondiert. Nur an solchen Standorten, die auch entsprechende stationäre Versorgungsangebote haben, können INZ mit gleichartiger Fachexpertise effizient betrieben werden und gleichzeitig tatsächlich unnötige Krankenhausaufenthalte vermeiden.

- **Leistungsbeziehung zwischen INZ und Krankenhaus**
Mit der Zuweisung der fachlichen Leitung an die KV ergibt sich schon aus steuerrechtlichen, arbeitsrechtlichen und haftungsrechtlichen Überlegungen auch eine organisatorische und wirtschaftliche Verantwortung. Die Überlassung von Arbeitskräften scheidet auf dieser Basis aus (Arbeitnehmerüberlassung). Alle anderen Ressourcen sind in jedem Falle einzelvertraglich zu regeln und zu marktgerechten Konditionen zu beziehen. Damit wird der Leistungsumfang der

INZ bereits mit dem Gesetzentwurf auf die reinen ärztlichen Leistungen beschränkt. Bestehende Kapazitäten für eine erforderliche diagnostische Abklärung des Behandlungsbedarfes (Röntgen, Labor, Monitoring, uvm.) können auf dieser Basis praktisch nicht genutzt werden, weil hierbei immer Personal und andere Ressourcen des Krankenhauses eingebunden sind. Dadurch müssen die Krankenhäuser auch ihre ambulanten Notfallstrukturen zusätzlich zu den neuen INZ-Strukturen im bisherigen Umfang offenhalten. So entstehend unnötige Doppelstrukturen zu Lasten einer effizienten Patientenversorgung, zusätzlicher bürokratischer Aufwand sowie unnötiger Wettbewerb um das verfügbare Personal. Im vorliegenden Gesetzentwurf fehlt jede sozialrechtliche Verankerung einer patientenorientierten Zusammenarbeit zwischen den INZ und den Krankenhäusern.

Um unnötige Krankenhauseinweisungen tatsächlich zu vermeiden, müssen die Krankenhäuser in geeigneter Weise in die Versorgung mit eingebunden werden können. Hierfür bieten sich im aktuellen Reformentwurf „Verbringungsleistungen“ durch das Krankenhaus auf Anforderung der INZ an. So können diagnostische Untersuchungen oder temporäre Überwachungen im Auftrag des INZ und vor einer stationären Einweisung realisiert werden. Zur Vermeidung von Steuerungsanreizen durch die pauschalisierte Vergütung innerhalb der INZ sind diese Leistungen durch das Krankenhaus zwingend gegenüber dem INZ abzurechnen und aus dem vorhandenen Notfallbudget zu finanzieren. Eine kostendeckende Refinanzierung ist insbesondere bei gemeinnützigen Krankenhäusern zwingend erforderlich, weil diese Leistungen niemals originäre Krankenhausleistungen sein können.

Darüber hinaus kann es sich bei der Weiterleitung eines Patienten aus dem INZ an das Krankenhaus ausschließlich um eine stationäre Einweisung handeln. Zur Vermeidung von unnötigen Doppeluntersuchungen und aufgrund der fehlenden Einflussmöglichkeiten durch das aufnehmende Krankenhaus, sind diese Fälle zwingend aus dem Prüfrezime des Medizinischen Dienstes auszuschließen. In einem zukunftsfähigen System aus aufeinander aufbauenden Versorgungsstufen, muss sich die jeweilige Versorgungsstufe auf die Entscheidungen und Informationen der vorausgehenden Versorgung verlassen können. Anreize und Verpflichtungen zum wirtschaftlichen Umgang mit den verfügbaren Ressourcen müssen in jeder Versorgungsstufe separat sichergestellt werden.

Stufenkonzept zur Patientensteuerung ist richtiger Weg

Der vorliegende Entwurf setzt die Implementierung von klar definierten Versorgungsstufen in der Notfallversorgung konsequent fort. Erstmals werden nun auch Instrumente für eine dringend notwendige Patientensteuerung gesetzlich verankert und bundesweit einheitliche Leistungsansprüche in der Notfallversorgung definiert. Begleitend dazu bedarf es umfassender Aufklärungs- und Informationsanstrengungen durch die öffentlichen Institutionen zur Sicherstellung der gewünschten Steuerungswirkung. Eine mutige Fortsetzung dieser Ausrichtung bietet gute Möglichkeiten für eine nachhaltige Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft in allen Teilen des Landes. Die AKG wird hierzu zeitnah konkrete Vorschläge veröffentlichen.

Die AKG

Die AKG ist ein Interessenverbund von 24 Großkrankenhäusern und Krankenhausverbänden aus dem gesamten Bundesgebiet mit einem Umsatz von insgesamt 9,5 Milliarden Euro. Sie repräsentiert derzeit ca. 42.500 Betten und vertritt damit rund 9,0 % der gesamtdeutschen Krankenhausversorgung. Gut 1,75 Millionen Patienten im Jahr werden in den Häusern der AKG von nahezu 120.000 Mitarbeiter/innen 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 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.