

## Konzept der DKG (Stand 27.04.2020)

### Vorschlag für eine Balance zwischen COVID-19-Bereitschaft und Regelversorgung

Die Krankenhäuser in Deutschland haben in den zurückliegenden Monaten ihre verfügbaren Ressourcen mit absoluter Priorität zur Vorbereitung auf die erwartete Krankheitslast und zur Versorgung von COVID-19-Patienten eingesetzt. Mit einem beispiellosen Engagement haben sich alle Krankenhäuser auf diese Lage eingestellt und einen ganz wesentlichen Beitrag dafür geleistet, dass die konkreten Auswirkungen der Pandemie in Deutschland insbesondere im Hinblick auf die Mortalität gegenüber den meisten europäischen Staaten weniger gravierend verlaufen sind. Die Kliniken haben in der ersten Phase der Pandemie gezeigt, dass sie in der Lage sind, flexibel und schnell auf sich verändernde Behandlungsnotwendigkeiten zu reagieren.

Die weltweiten Erfahrungen mit der Corona-Pandemie machen deutlich, dass auch bei beherrschbarer Infektionslage dauerhaft, mindestens bis zur flächendeckenden Verfügbarkeit eines Impfstoffes, die Krankenhäuser in Deutschland COVID-19-erkrankte und infizierte Patienten zu versorgen haben. Realistisch muss bis weit in das Jahr 2021 hinein mit dieser Aufgabe gerechnet werden. Ziel der jetzt bevorstehenden zweiten Phase der Infektionsbekämpfung muss deshalb sein, eine Balance zwischen COVID-19-Bereitschaft und Regelversorgung zu organisieren.

Festgelegt werden muss als Orientierungsrahmen auf der Bundesebene zum einen der Umfang der für COVID-19-Patienten freizuhaltenen Allgemein- und Intensivbetten, zum anderen die Priorisierung für stationär aufzunehmende Patienten außerhalb des COVID-19-Geschehens. Das Personal zum Betreiben der für COVID-19-Patienten freigehaltenen Betten muss kurzfristig einsatzbereit sein. In allen Fällen der Wiederaufnahme der Regelversorgung muss hausindividuell ein Maximum der Infektionsprävention einschließlich der räumlichen Trennung der Behandlungsbereiche gewährleistet sein. Eine größere Anzahl Infektionspatienten führt aufgrund der baulichen Strukturen der deutschen Krankenhäuser (überwiegend Mehrbettzimmerbelegung) zwangsläufig zu Kapazitätsbeschränkungen, die zu beachten sind.

Selbstverständlich haben die Krankenhäuser dort wo besonderer medizinischer Versorgungsbedarf bestand, die Behandlung für die Patientinnen und Patienten auch in der ersten Phase der Pandemie sichergestellt. Als besonders dringlich betrachten wir nun auch die Versorgung von:

- Patienten, bei denen eine Verschiebung der Behandlung zu einer Verkürzung der Lebenserwartung führen würde, auch im Verdachtsfall;

- Patienten, bei denen eine Verschiebung der Behandlung zu einer dauerhaften und unverhältnismäßigen Funktionseinschränkung führen würde, auch im Verdachtsfall;
- Patienten mit deutlich lebensqualitätseinschränkenden Symptomen.

### **1. Sofort erforderliche Behandlungsmöglichkeiten müssen jederzeit freigehalten werden**

Das absehbare Infektionsgeschehen führt auch bei stabilem Verlauf mittelfristig dazu, dass ein stationärer Versorgungsbedarf besteht. Die konkrete COVID-19-Krankheitslast in den Kliniken schwankt - je nach Betroffenheit vulnerabler Bevölkerungsgruppen in und zwischen den Regionen. Zusätzliche Krankheitslasten können deshalb in gewissem Umfang auch bei insgesamt stabilem Infektionsgeschehen auftreten. Darauf müssen die Krankenhäuser jederzeit mit verfügbaren Kapazitäten reagieren können. Für diese Situation halten die Krankenhäuser einen Teil ihrer Behandlungsbetten für COVID-19-Patienten frei.

Diese Vorgabe zur Freihaltung gilt insbesondere für Intensivbehandlungsbetten mit Beatmungsmöglichkeit. Für alle Krankenhäuser, die über entsprechende Behandlungsmöglichkeiten verfügen und im DIVI-Register gelistet sind, gilt die Vorgabe 20 Prozent ihrer Intensivbehandlungsbetten mit Beatmungsmöglichkeit freizuhalten.

Die Behandlungsrealität der COVID-19-Patienten in den Krankenhäusern zeigt ein Belegungsverhältnis von etwa 1:3, bezogen auf die Zahl der im Intensivbereich und im Normalbereich behandelten Patienten. Dies gilt es auch bei der Freihaltung der Kapazitäten im Hinblick auf die Normalversorgung in Isolierstationen zu berücksichtigen.

### **2. Das jeweils aktuelle Infektionsgeschehen erfordert eine dynamische Steuerung der Belegung in den Kliniken**

Über diese grundsätzlichen Freihaltvorgaben hinaus sollen die Krankenhäuser in der Lage sein, innerhalb von 72 Stunden weitere Behandlungskapazitäten für COVID-19-Patienten zu organisieren, wenn es der Anstieg der Reproduktionsrate bei den Infektionen erfordert. Hier gilt für alle Kliniken mit Intensivbehandlungsmöglichkeiten, dass zusätzlich 20 Prozent ihrer Behandlungskapazitäten im Intensivbehandlungsbereich für die Behandlung zur Verfügung stehen sollen. Zu diesem Zweck entwickeln die Kliniken individuelle Organisationskonzepte, die eine dynamische Anpassung der Kapazitäten an das Infektionsgeschehen zulassen.

Auch Grundversorger und Fachkliniken (z. B. psychiatrische und psychosomatische, orthopädische und dermatologische) ohne Intensivbehandlungskapazitäten sollten sich an der dynamischen Steuerung der Belegung beteiligen. Ausnahmen können in Abstimmung mit der jeweiligen Landesplanungsbehörde unter der Berücksichtigung regionaler Konzepte geregelt werden.

### **3. Rehakliniken nehmen ihren regulären Betrieb wieder auf**

Im Zuge der ersten Infektionswelle hat sich gezeigt, dass die Behandlungskapazitäten in den Akutkrankenhäusern ausreichend sind, um die aus dem zurückliegenden Infektionsgeschehen entstehende Krankheitslast zu versorgen. Flächendeckende Freihaltungen in den Rehakliniken sind deshalb bis auf weiteres nicht erforderlich. Im Interesse der rehabilitationspflichtigen Patienten sollten die Kliniken ihren Regelbetrieb wieder aufnehmen. Vor allem Anschlussheilbehandlungen mit der direkten Übernahme von Patienten aus den Akutkrankenhäusern sollten wieder ermöglicht werden. Ausnahmen können in Abstimmung mit der jeweiligen Landesplanungsbehörde unter Berücksichtigung regionaler Konzepte geregelt werden. Grundsätzlich bleiben die Rehakliniken aber als zweite Versorgungsstufe nach den Akutkrankenhäusern Teil der COVID-19-Versorgungsstrategien.

### **4. Stationäre Pflegeeinrichtungen brauchen Unterstützung im Umgang mit Corona-positiven Bewohner und Verdachtsfällen**

Die Pflegeheime müssen auch mittelfristig mit der besonderen Herausforderung zurechtkommen, die Isolierung von Verdachtsfällen und Corona-positiven Bewohnern ohne starke Symptome zu organisieren. Die räumlichen und personellen Kapazitäten des Regelsystems dürften dazu nicht ausreichen. Konkrete Unterstützung können am ehesten die regionalen Netzwerkstrukturen gewähren, an denen sich die Kliniken aktiv beteiligen werden. Einen besonderen Beitrag zur Unterstützung der stationären Pflegeeinrichtungen können auch verfügbare Rehakliniken (z. B. bei Kurzzeitpflege) leisten, die für diese Aufgabe eine auskömmliche Finanzierung brauchen.

### **5. Ambulante Behandlungen flächendeckend wieder aufnehmen**

Patienten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht stationär aufgenommen werden müssen, können wieder in vollem Umfang behandelt werden. Dazu gehören z. B. Patienten der psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen, der Hochschulambulanzen sowie Patienten mit ambulanten Operationen und ambulanten onkologischen Therapien.

### **6. Europäische Solidarität und Unterstützung soll weiterhin möglich sein**

Eine Aufnahme von COVID-19-Patienten aus EU-Ländern mit überforderten Gesundheitssystemen ist politisch und humanitär grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings muss dabei auch beachtet werden, dass im Rahmen der Daseinsvorsorge für die eigene Bevölkerung ausreichend viele Intensivbetten vorgehalten werden. Nach Deutschland verlegte Patienten benötigen in der Regel die Beatmungsbetten für einen längeren Zeitraum (2-6 Wochen) und sind im Falle eines Engpasses an Beatmungsbetten eben gerade nicht schnell zu mobilisieren. Dies muss bei Hilfsangeboten bedacht werden.

## **7. Alle Kliniken leisten ein Maximum an Infektionsprävention gemäß den Vorgaben des RKI**

Die Krankenhäuser organisieren ihr Versorgungsgeschehen unter der Prämisse einer maximalen Infektionsprävention zum Schutz der Patientinnen und Patienten und ihrer eigenen Beschäftigten. Die parallele Behandlung von Patienten mit ansteckenden Krankheiten und nicht infizierten Patienten gehört zum regelhaften Versorgungsauftrag der Akutkrankenhäuser. Die Beschäftigten der Kliniken sind auf diese Aufgaben im Rahmen ihrer Aus- und Fortbildung vorbereitet und verfügen damit über die Kompetenz im Umgang mit infizierten Patienten. Spezifische Erfahrungen zum Umgang mit Corona-Infizierten konnten in den vergangenen Monaten gewonnen werden und fließen in die Ablauforganisation der Krankenhäuser ein. Die kontinuierlich weiterentwickelten Empfehlungen des RKI sind dafür die Grundlage. Die Verfügbarkeit und Finanzierung der persönlichen Schutzausrüstung für die Beschäftigten muss sichergestellt sein

## **8. Besondere Teststrategien müssen die Arbeit der Krankenhäuser unterstützen und dienen dem Schutz von Patienten und Mitarbeitern**

Zur Vermeidung der Ausbreitung der Infektionen innerhalb der Krankenhäuser brauchen die Kliniken eine besondere Teststrategie, um positive Patienten und Mitarbeiter sehr frühzeitig zu erkennen und die geeigneten Maßnahmen zu ergreifen. Diese sollte das RKI entwickeln und bundesweit einheitlich vorgeben und sie müssen refinanziert werden.

## **9. Die Finanzierung der Krankenhäuser muss auf die abgestimmte Balance zwischen Bereitschaft und Versorgung angepasst werden**

Für die erste Phase der Pandemie bis zunächst Ende September 2020 hat der Gesetzgeber einen finanziellen Rettungsschirm als Instrument zur wirtschaftlichen Stabilität der Krankenhäuser implementiert. Die konkreten Auswirkungen der dort festgelegten Finanzierungsinstrumente überprüft der Beirat aus Krankenkassen und Krankenhäusern. In diesem Zusammenhang ist es erforderlich, Finanzierungsinstrumente zu entwickeln, die mittelfristig angelegt sind und über den 30. September hinaus bestehenden besonderen Aufgaben der Krankenhäuser adäquat finanzieren. Eine rein leistungsbezogene Vergütung über DRGs und Pflegesätze wird diesen Aufgaben nicht gerecht.

## **10. In den einzelnen Ländern sind diese Eckpunkte konkret auszugestalten und bei besonderen Versorgungslagen anzupassen**

Das Versorgungsgeschehen und die Verfügbarkeit der Ressourcen sind in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich. Dies erfordert auch regionale Konzepte und Reaktionen. Die vorgenannten Positionen dienen deshalb der Orientierung, sind aber am konkreten Bedarf auszurichten.