

DEUTSCHE  
KRANKENHAUS  
GESELLSCHAFT



# Stellungnahme

zum Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

eines

Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

(Notfallgesetz – NotfallG)



Diskutieren, entscheiden, handeln.

## Zusammenfassung

Der vorliegende Referentenentwurf hat das Potential, die ambulante Notfallversorgung für alle Patientinnen und Patienten spürbar zu verbessern. Die Patientinnen und Patienten werden sich zukünftig 24 Stunden an sieben Tagen der Woche darauf verlassen können, dass sie bei akutem Behandlungsbedarf zeitnah in die für sie richtige Versorgungsebene gesteuert und in den Notaufnahmen der Krankenhäuser, in den Notdienstpraxen oder auf dem Weg des telemedizinischen oder aufsuchenden Notdienstes hochwertig versorgt werden. Die verbesserte Patientensteuerung wird sich auch auf die Arbeitssituation in den Notaufnahmen der Krankenhäuser positiv auswirken. Das geringere Aufkommen von Fällen, die auch in Vertragsarztpraxen versorgt werden können, wird das ärztliche und pflegerische Personal in den Notaufnahmen entlasten und dafür sorgen, dass die dort vorgehaltenen Ressourcen in erster Linie für die Behandlung schwerer Notfälle genutzt und somit effizienter als heute eingesetzt werden können.

Grundvoraussetzung für diese positive Bewertung ist allerdings, dass die im Referentenentwurf angelegte Vernetzung der Rufnummern 112 und der 116117 und sämtliche Maßnahmen zur Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen vollständig umgesetzt und im weiteren Gesetzgebungsverfahren nicht verwässert werden. In besonderem Maße gilt dies für die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die notdienstliche Versorgung (einschließlich telemedizinischer und aufsuchender Versorgung) 24/7 zu gewährleisten sowie die Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Vorgaben für die personelle und apparative Ausstattung der Notdienstpraxen festzulegen. Auch müssen die Aufträge an den G-BA zur Erstellung von Richtlinien für die Notdienstpraxis und für die Ersteinschätzung weiter konkretisiert werden, um den gesetzlichen Willen zweifelsfrei in die Umsetzung zu bringen.

Ebenso notwendig, im Referentenentwurf aber noch nicht angelegt, ist eine auskömmliche Finanzierung sämtlicher Leistungen, die von den Krankenhäusern im zukünftigen System der ambulanten Notfallversorgung zu erbringen sind. Aktuell erwirtschaften die Notaufnahmen der Krankenhäuser ein jährliches Milliardendefizit. Diese Schieflage darf sich infolge der Notfallreform nicht weiter verschärfen, sondern muss vollständig aufgelöst werden. Neben der bereits vorgesehenen Vergütung für die Leistungen der zentralen Ersteinschätzungsstelle müssen daher zwingend auch für diejenigen Kosten, die für die Krankenhäuser mit dem digitalen Ersteinschätzungsverfahren und der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bereitzustellenden Schnittstelle zur digitalen Fallübergabe einhergehen, entsprechende Finanzierungsinstrumente in den Gesetzentwurf aufgenommen werden. Nur unzureichend im Referentenentwurf abgebildet sind darüber hinaus die mit der Errichtung der Integrierten Notfallzentren (INZ) verbundenen Investitionskosten. Deren vollständige Finanzierung ohne eine entsprechende Aufstockung der für den KHVVG-Transformationsfonds vorgesehenen Volumens dürfte jedoch kaum möglich sein. Konkret erwarten die Krankenhäuser, dass zukünftig sämtliche ambulanten Notfallleistungen unter Berücksichtigung der krankenhausspezifischen Kostenstrukturen auf direktem Abrechnungsweg mit den Kostenträgern vergütet und die erforderlichen Investitionsmaßnahmen von den Ländern aufgebracht werden.

Nachbesserungsbedarf am Referentenentwurf sehen die Krankenhäuser auch mit Blick auf die vorgesehenen Regelungen zur Festlegung der INZ-Standorte. Die Letztentscheidung, an welchen Krankenhausstandorten INZ errichtet werden sollen, muss in die Hand der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden gelegt werden. Die im Referentenentwurf vorgesehene Einbindung der Selbstverwaltungspartner in die Entscheidungsfindung ist zwar richtig und zwingend notwendig, sollte aber – wie in anderen vergleichbaren Prozessen – auf einen Empfehlungscharakter beschränkt werden. Nicht nachvollziehbar ist in diesem Zusammenhang, weshalb die Einbindung über die erweiterten Landesausschüsse erfolgen soll. Sachgerechter wäre es, diese Aufgabe in den etablierten Krankenhausplanungsausschüssen der Länder zu verorten.

## Einzelbewertung der geplanten Maßnahmen

### Erweiterter Landesausschuss § 90 Abs. 4a SGB V

Der Entwurf sieht vor, dass die um Vertreter der Krankenhäuser erweiterten Landesausschüsse nach § 90 Abs. 4a (neu) SGB V neben der Wahrnehmung der Aufgaben für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung auch weitreichende Aufgaben für die Einrichtung und den Betrieb von Integrierten Notfallzentren (INZ) erhält. Der erweiterte Landesausschuss soll gemäß § 123 a (neu) SGB V die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser bestimmen, an denen INZ eingerichtet werden. Hierzu soll der erweiterte Landesausschuss im Vorfeld eine geeignete Planungsregion zur flächendeckenden Versorgung mit Integrierten Notfallzentren festlegen. Vorgesehen ist, dass als Voraussetzung für die Bestimmung eines Krankenhausstandortes die Vorgaben des G-BA mindestens für die Basisnotfallversorgung erfüllt werden und keine berechtigten Interessen des Krankenhauses einer Bestimmung durch den erweiterten Landesausschuss entgegenstehen.

Der vorliegende Referentenentwurf sieht für die Standortfestlegung durch den erweiterten Landesausschuss als weitere heranzuziehende Kriterien die Erreichbarkeit innerhalb von 30 Fahrzeitminuten, die Zahl der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion, die Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Personennahverkehr und die Kooperation mit Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren in der Nähe des Krankenhauses vor. Vollkommen unklar ist, aus welchem Grund neben der bereits vorhandenen Krankenhausplanung des Landes eine zusätzliche Planung von Notfallstrukturen durch den erweiterten Landesausschuss erfolgen soll. Die Krankenhausplanung der Länder berücksichtigt bereits eine flächendeckende Versorgung der Notfallversorgung, die durch die Etablierung einer weiteren Planungsebene mit eigenen Planungsregionen und Planungskriterien ausgehöhlt wird. Unklar bleibt, wie eine Operationalisierung der gesetzlich vorgegebenen Planungskriterien erfolgen soll, etwa im Hinblick auf die Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Personennahverkehr, was im ländlichen Raum aufgrund der Taktzeiten im öffentlichen Personennahverkehr deutliche Probleme nach sich ziehen wird.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Länder im erweiterten Landesausschuss kein Stimmrecht haben. Nach § 90 Abs. 4 SGB V wirken die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden beratend mit. Das Mitberatungsrecht umfasst dabei auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung sowie das Recht zur Antragstellung. Beschlüsse der erweiterten Landesausschüsse werden jedoch von der Kassenärztlichen Vereinigung, den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen und den Vertretern der Krankenhäuser mit einfacher Mehrheit getroffen.

Die vorgesehene Konstruktion der erweiterten Landesausschüsse verleiht dem Land damit keine durchgreifenden Beteiligungs- bzw. Gestaltungsrechte. Die angedachte Festlegung durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde im § 90 Abs. 4a Satz 6 (neu) SGB V im Falle der Nichteinigung des erweiterten Landesausschusses bei Überschreitung einer eingeräumten Nachfrist hat keine Relevanz. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass aufgrund der Stimmrechtsverteilung der erweiterten Landesausschüsse mit den Stimmen von Kassenärztlicher Vereinigung und den Krankenkassen Entscheidungen sowohl gegen das Votum der Krankenhäuser als auch gegen

Entscheidungen der Krankenhausplanung des Landes getroffen werden. Auch ist darauf zu verweisen, dass die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen in einer Reihe von öffentlichen Stellungnahmen kundtun, die Anzahl der ambulanten Notfallstandorte in den Kliniken deutlich reduzieren zu wollen. In den erweiterten Landesausschüssen haben die Krankenkassen und niedergelassene Ärzte die Stimmenmehrheit. Durch die im erweiterten Landesausschuss vorgesehene Mehrheitsentscheidung würden Kassen und Kassenärztliche Vereinigungen damit über die Zukunft der Krankenhausstrukturen in Deutschland entscheiden können. Das steht im absoluten Widerspruch zur verfassungsrechtlichen Zuordnung der Zuständigkeit für die Krankenhausplanung auf die Länder.

Daher ist in der Gesamtbetrachtung die vorgesehene Neuregelung des in § 90 Abs. 4a SGB V komplett zu streichen. Die Planung und Bestimmung Integrierter Notfallzentren hat durch den Krankenhausplanungs-Ausschuss auf Landesebene zu erfolgen, da flächendeckende Planung von Krankenhausstrukturen dem Land obliegt. Es ist nicht hinnehmbar, dass die Kompetenz zur Standortbestimmung der INZ sowie die Festlegung von Planungsregionen über die erweiterten Landesausschüsse erfolgen soll.

Darüber hinaus ist die Vorgabe in § 123 Abs. 6 (neu) SGB V abzulehnen, nachdem die erweiterten Landesausschüsse für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen die Konzeption und Koordinierung der telemedizinischen Unterstützung zu bestimmen haben, wenn am Standort eines Integrierten Notfallzentrums kein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche vorhanden ist. Damit wird dem erweiterten Landesausschuss neben der Planung auch noch die inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung der Versorgung zugewiesen, was abzulehnen ist. Hierfür sollte vielmehr auf § 115 SGB V zurückgegriffen werden. § 115 SGB V sieht vor, dass die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Landeskrankenhausgesellschaft Verträge mit dem Ziel schließen, durch enge Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten zu gewährleisten. Diese Verträge sollen insbesondere auch die Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes regeln. Vorgaben zur Ausgestaltung einer telemedizinischen Versorgung könnten damit über bestehende gesetzliche Vorgaben landeseinheitlich als Rahmenempfehlung geregelt werden. Eine Konkretisierung würde durch die Vertragsärzte und Krankenhäuser erfolgen und damit könnte regionalen Besonderheiten Rechnung getragen werden.

### **Standorte für Integrierte Notfallzentren**

Wie bereits ausgeführt, bleibt unklar, wie eine Operationalisierung der gesetzlich vorgegebenen Planungskriterien erfolgen soll, etwa im Hinblick auf die Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Personennahverkehr, was im ländlichen Raum aufgrund der Taktzeiten im öffentlichen Personennahverkehr deutliche Probleme nach sich ziehen wird. Die Erreichbarkeit innerhalb von 30 Fahrzeitminuten muss im Gesetz noch weiter spezifiziert werden. Die Vorgabe, dass innerhalb von 30-Fahrzeitminuten 95 Prozent der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion einen Standort mit INZ erreichen müssen, ist gerade in bevölkerungsarmen ländlichen Gebieten derzeit schon angesichts der lokalen Krankenhausedichte vielfach nicht gewährleistet. Auch stellt die grundsätzliche

Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Personenverkehr in diesen Gebieten ein großes Hindernis dar. Insgesamt kommt es dabei zu der Situation, dass in ländlichen Gebieten eine flächendeckende Versorgung mit INZ nicht gegeben ist. Die Möglichkeit, dass von den Vorgaben abgewichen werden kann, entfaltet in diesen Fällen keine Wirkung.

Anders stellt sich die Lage in Ballungsgebieten dar, wo eine grundsätzliche Erreichbarkeit überwiegend gegeben ist. Hier sollte die Anzahl der versorgenden Menschen in einer Planungsregion noch weiter definiert werden, um die Notwendigkeit einer höheren Dichte von INZ klarer herauszustellen und nicht nur auf die Möglichkeit einer abweichenden Regelung zu verweisen.

### **Investitionsfinanzierung Integrierte Notfallzentren**

Der Referentenentwurf sieht vor, auch INZ und INZ für Kinder und Jugendliche zum Fördergegenstand des Strukturfonds nach § 12a Abs. 1 Satz 4 KHG zu machen, ohne jedoch eine Erhöhung der Gesamtfördersumme vorzusehen. Der Strukturfonds II ist bislang bis 2024 abrufbar. Allerdings ist mit dem KHVVG beabsichtigt, die Laufzeit um ein Jahr (also bis 2025) zu verlängern. Der Strukturfonds II umfasst eine Gesamtfördersumme von 2 Milliarden Euro und soll anschließend gemäß dem neuesten Referentenentwurf des KHVVGs in den Transformationsfonds überführt werden.

Die Refinanzierung der strukturellen und technischen Anschaffungen der Krankenhäuser zur Einrichtung der INZ ist hiermit abgegolten. Die in INZ eingebetteten Notdienstpraxen erhalten hingegen jährliche zusätzliche Fördermittel, bereitgestellt von der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen gemäß § 105 Abs. 1b SGB V. Diese Fördermittel sind zweckgebunden für Maßnahmen zur strukturellen Verbesserung gemäß §§ 75 Abs. 1b Satz 4 Nummer 2 und 3, 75 Abs. 1c und 133a SGB V sowie zur Unterstützung der integrierten Notfallstrukturen nach §§ 123 und 123b SGB V zu verwenden.

Kritisch zu betrachten ist hierbei die Verpflichtung der Krankenhäuser, INZ durch Bescheid des erweiterten Landesausschusses zu errichten. Laut Entwurf werden die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser, die zur Errichtung von INZ verpflichtet werden, vom erweiterten Landesausschuss bestimmt. Nach § 123a Abs. 1 Nr. 2 SGB V können Krankenhäuser die Bestimmung als Standort zwar bei berechtigten Interessen ablehnen, jedoch ist der erweiterte Landesausschuss letztlich ermächtigt, den Standort des Krankenhauses festzulegen und kann zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung von den Vorgaben des § 123a Abs. 1 Sätze 3 bis 5 (neu) SGB V abweichen. Somit werden die Krankenhäuser per Bescheid zur Errichtung eines INZ verpflichtet, erhalten hierfür jedoch keine zusätzliche Refinanzierung, um die benötigten Strukturen- und technischen Anforderungen dauerhaft zu betreiben. Insbesondere der Einsatz eines digitalen Ersteinschätzungsinstruments und die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bereitzustellende Schnittstelle zur digitalen Fallübergabe gemäß der neuen § 123 Abs. 1 SGB V und § 123a Abs. 2 SGB V beinhalten zusätzliche Aufwendungen für die Krankenhäuser. Diese Aufwendungen betreffen die Anschaffung neuer Software, deren Aktualisierungen sowie die damit verbundenen Schulungen und technische Ausstattungen. Diese Kosten müssen von den Krankenhäusern selbst getragen werden. Die Mittel des Strukturfonds sind gedeckelt und es ist nicht sichergestellt, dass in jedem Fall eine Refinanzierung erfolgt.

## Finanzierung der Notfallleistungen

Der Referentenentwurf sieht in § 123 Abs. 4 (neu) SGB V vor, dass der ergänzte Bewertungsausschuss eine Vergütungsregelung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ausschließlich für die Vergütung der Ersteinschätzung zu beschließen habe. Darüberhinausgehende Vergütungsregelungen für die erbrachten Leistungen der Krankenhäuser sind nicht vorgesehen.

In ihrer vierten Stellungnahme zur „Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland“ weist die Regierungskommission darauf hin, dass die Vergütung ambulanter Fälle in der Notfallversorgung im Krankenhaus in der Regel nicht kostendeckend sei. Zur selben Einschätzung kommt eine Umfrage des Deutschen Krankenhausinstitutes (DKI) aus dem Jahr 2023, wonach Krankenhäuser die Vergütung der von ihrer Notaufnahme erbrachten ambulanten Leistungen als defizitär bewerten.

Insgesamt wird die bestehende Unterfinanzierung der von Krankenhäusern erbrachten ambulanten Notfallleistungen mit dem vorliegenden Referentenentwurf nicht aufgegriffen. Es wird ausschließlich eine Vergütung für die – von der Vergütung der Notfallleistungen abzugrenzende – Ersteinschätzung im EBM vorgesehen. Durch die Zuweisung der Vergütung in den EBM ist davon auszugehen, dass ebenso wie die bestehende Vergütung ambulanter Notfallleistungen über den EBM eine aufwandsgerechte Finanzierung der vom Krankenhaus zu erbringenden Leistungen nicht gewährleistet werden kann (DKI 2021). Der für die Krankenhäuser entstehende Mehraufwand, welcher sich durch den Personaleinsatz bzw. die aufzuwendende Arbeitszeit bei einem zu erwartenden Fallzahlenanstieg ergeben wird, wird damit nicht abgebildet.

Auch ist darauf hinzuweisen, dass mit dem neu einzuführenden § 123a Abs. 2 SGB V finanzielle Aufwände für die Implementierung eines Organisationsgremiums sowie die mit dem § 123 Abs. 1 SGB V einzuführende digitale Fallübergabe im INZ, die mit technischen Implementierungs- und Wartungsaufwänden sowie personellen Schulungen einhergeht, im EBM keine Berücksichtigung erfahren. Insgesamt wird damit das finanzielle Defizit der Krankenhäuser bei Erbringung ambulanter Notfallleistungen durch diese zusätzlichen Aufgaben vergrößert.

Die Erwartung der Krankenhäuser, dass mit dem vorliegenden Entwurf eines Notfallgesetzes sämtliche von ihnen im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung erbrachten Leistungen auskömmlich und unter Berücksichtigung der krankenhausspezifischen Kostenstrukturen auf direktem Abrechnungsweg mit den Kostenträgern vergütet werden, wird insgesamt nicht erfüllt.

Aus diesem Grund ist der vorliegende Entwurf anzupassen. Der ergänzte Bewertungsausschuss muss zur Entwicklung von Gebührenordnungspositionen für die Leistungen der ambulanten Notfallversorgung gesetzlich dazu verpflichtet werden, dass die Vergütung ambulanter Notfallleistungen kostendeckend sein muss. Zu diesem Zweck könnten bspw. Zuschläge, auch für Vorhaltekosten des INZ, auf die ambulante Notfallvergütung des EBM vereinbart werden.

Der Referentenentwurf berücksichtigt auch die mit den INZ bzw. den Ersteinschätzungsstellen verbundenen Vorhaltekosten nicht, die insbesondere durch das vorzuhaltende Personal entstehen. Aus diesem Grund ist – neben der Leistungsvergütung für die ambulanten Leistungen der

Ersteinschätzungsstelle – eine Vorhaltefinanzierung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle aufzunehmen.

Darüber hinaus ist der Abrechnungsweg anzupassen, indem die Krankenhäuser direkt mit den Krankenkassen ihre erbrachten Leistungen abzurechnen haben.

### **Richtlinienbefugnis des G-BA gemäß § 123 Absatz 3 SGB V**

Für die in § 123 Abs. 3 SGB V vorgesehenen gesetzlichen Regelungen ist zur Erstellung einer Richtlinie ein Auftrag an den G-BA vorgesehen. Gleichzeitig wird der bisherige Regelungsauftrag des G-BA für eine Ersteinschätzungs-Richtlinie in § 120 Abs. 3b SGB V aufgehoben. Der aktuelle Auftrag beinhaltet gemäß § 123 Abs. 3 Nr. 1 auch Vorgaben an ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument, welches neben der Dringlichkeit des Behandlungsbedarfes auch die sachgerechte Versorgungsebene ermöglichen soll. Die Gesetzesbegründung fordert dabei ein validiertes und patientensicheres Instrument, das zudem auch die Bedürfnisse von Kindern, Menschen mit Behinderung und psychisch Erkrankten berücksichtigen soll. Zur Anwendung kommen sollen laut Gesetzesbegründung in Notaufnahmen bereits zur Anwendung kommende Systeme für die Ersteinschätzung.

Die Aufhebung des § 120 Abs. 3b SGB V und damit auch die Aufhebung der (bereits beanstandeten) Richtlinie des G-BA befürworten die Krankenhäuser uneingeschränkt. Auch der neue Auftrag an den G-BA kann in weiten Teilen mitgetragen werden. Allerdings liegt, wie hinlänglich bekannt, nach wie vor und absehbar kein bundesweit einsetzbares validiertes Ersteinschätzungsinstrument vor, welches die o. g. Anforderungen an ein derartiges Instrument im Sinne der Patientensicherheit erfüllen könnte.

Eine Festlegung von Anforderungen in einer G-BA-Richtlinie, nachdem sich dann ein Instrument in der Folge zu richten hat, ist, wie die Beratungen zur Ersteinschätzungs-Richtlinie des G-BA (alt) gezeigt haben, mutmaßlich wieder nicht realistisch umsetzbar und auch nicht notwendig. Angesichts der Tatsache, dass die Notfallreform keine Weiterleitung von Hilfesuchenden ohne Erstversorgung (im INZ oder unmittelbarer Nähe des INZ) vorsieht, sollten die Vertragspartner vor Ort gemeinsam entscheiden können, ab welcher Stufe des bereits zur Anwendung kommenden Priorisierungsinstrumentes eine Weiterleitung an die Notdienstpraxis sinnvoll ist. Dabei könnten auch die Kapazitäten der Notdienstpraxis in Zusammenhang mit dem erwartbaren Patientenaufkommen berücksichtigt werden. Niedergelegt werden könnte dies in den vorgesehenen Kooperationsvereinbarungen. Nur diese Vorgehensweise kann den lokalen Begebenheiten Rechnung tragen und von Kooperationspartnern gemeinsam getragene Lösungen zur Entlastung von Notaufnahmen zutage fördern. Durch den Umstand, dass Hilfesuchenden ein unmittelbares Versorgungsangebot durch Fachpersonal in räumlicher Nähe zur Ersteinschätzungsstelle zu machen ist, sollte die Gefahr von überhöhten, nicht erfüllbaren Anforderungen nicht eingegangen werden. Als gutes Beispiel für eine derartig gemeinsame getragene Vorgehensweise dient hier als Beispiel des RoMed Klinikums Rosenheim, das in einer Machbarkeitsstudie unter Berücksichtigung der lokalen Begebenheiten für den Standort erprobt wurde. Einer Richtlinie des G-BA bedarf es hierfür eindeutig nicht und wäre auch im Sinne der gesetzgeberischen Intention nicht zielführend.



Es ist vorgesehen, dass die Ersteinschätzung im Wege der Delegation durch nichtärztliches Personal erbracht werden kann. Es ist erstrebenswert, die knappen ärztlichen Ressourcen in Krankenhäusern effizient einzusetzen. Allerdings sollte klargestellt werden, dass eine Delegation der Ersteinschätzung an nicht-ärztliches Personal nicht mit überhöhten Anforderungen an dieses einhergehen darf und hier auf Angemessenheit zu achten ist. Auch die Ressource nicht-ärztliches Personal ist bekanntermaßen zu schützen.

Die Richtlinie des G-BA soll innerhalb von 6 Monaten nach Verkündung des Gesetzes beschlossen werden. Zudem soll per gesetzlicher Vorgabe einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht für die Richtlinie eingeräumt werden. Angesichts der engen Frist für eine Beschlussfassung könnte Letztgenanntes faktisch ins Leere laufen. Um einen Einbezug der Fachgesellschaften in der gebotenen Sorgfalt zu ermöglichen, sollte die Frist für die Richtlinie auf 12 Monate verlängert werden.

### **Geplante Regelungen zur Arzneimittelversorgung von Notdienstpraxen**

Der Gesetzentwurf sieht eine neue Form von öffentlichen Apotheken vor (sog. Notdienstpraxisversorgende Apotheken). Zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung von Patientinnen und Patienten der Notdienstpraxis während ihrer Öffnungszeiten soll gemäß § 12b Abs. 1 S. 1 ApoG der Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke zur Versorgung dieser Patientinnen und Patienten einen Vertrag nach § 123 Abs. 5 SGB V schließen können. Die öffentliche Apotheke muss entweder in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis liegen oder als zweite Offizin mit Lagerräumen auf dem Gelände, auf dem die Notdienstpraxis betrieben wird, verortet sein.

Durch die erforderliche Nähe von Notdienstpraxis und Notdienstpraxisversorgender Apotheke sollen Krankenhäuser für den Betrieb einer zweiten Offizin einer Apotheke Fläche zur Verfügung stellen. Vor diesem Hintergrund sollen Krankenhäuser in einen dreiseitigen Versorgungsvertrag zwischen Krankenhaus, Notdienstpraxis und öffentliche Apotheke einbezogen werden und Räume bzw. Lagerräume für die öffentliche Apotheke auf dem Gelände durch das Krankenhaus bereitstellen bzw. vermieten.

Diese Regelung lehnen die Krankenhäuser ab. Dies würde einen bedeutenden Eingriff in die Eigentumsrechte der Krankenhausträger bedeuten, die nicht zur Bereitstellung verpflichtet werden können. Unabhängig davon würden Krankenhäuser vor große Kapazitätsprobleme gestellt werden. Bereits die Ausweitung der Bevorratungspflicht durch das Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG) hat zu erheblichen Kapazitätsproblemen in Krankenhäusern und zu baulichen sowie behördlichen Genehmigungssachverhalten geführt. Eine Pflicht zur Zurverfügungstellung von Flächen für eine zweite Offizin einer öffentlichen Apotheke mit Lagerräumen auf dem Gelände eines Krankenhauses würde die problematische Situation in den Krankenhäusern noch weiter verschärfen.

Vielmehr sollte eine Regelung vorgesehen werden, nachdem hierfür Räume durch die KVen bereitzustellen sind. Dies könnten Räume in baulich abgrenzbaren Notdienstpraxen oder aber auch Räume in unmittelbarer Nähe zum Krankenhaus sein.

### **Gepante Regelungen zu dreiseitigen Rahmenverträgen gemäß § 123a Abs. 2 SGB V i. V. m. § 115 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V**

Zur Organisation der INZ schließen die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung und der Krankenhausträger vor Ort eine Kooperationsvereinbarung gemäß § 123a Abs. 2 SGB V. In Satz 7 von § 123a Abs. 2 SGB V ist sodann die Möglichkeit vorgesehen, entsprechende Kooperationsvereinbarungen als Rahmenverträge in Verträgen nach § 115 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V landesweit verbindlich vorzugeben. Bei diesen adressierten Rahmenverträgen handelt es sich um dreiseitige Verträge unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Landeskrankenhausgesellschaften sowie der Krankenkassen. Die abzuschließenden Kooperationsverträge sind jedoch rein zweiseitige Verträge zwischen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung und dem Krankenhaus. Eine Beteiligung der Krankenkassen ist für den Abschluss der Kooperationsverträge weder notwendig noch vorgesehen. Insofern ist die Möglichkeit des Abschlusses als dreiseitiger Rahmenvertrag unter Maßgabe der Regelungssystematik des SGB V nicht stimmig. Auch wenn diese Regelungsmöglichkeit als Kann-Regelung ausgestaltet ist, sollte sie aufgrund ihrer Systemwidrigkeit gestrichen werden.

### **Digitale Fallübergabe innerhalb des Integrierten Notfallzentrums**

Der Entwurf sieht innerhalb des INZs eine digitale Fallübergabe in einem interoperablen Datenformat unter Beachtung der geltenden verbindlichen Festlegungen nach § 385 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V vor.

Die Digitalisierung der Arbeitsabläufe in der medizinischen Versorgung – hier der Informationsaustausch zur Fallübergabe innerhalb des INZ – ist ein wichtiger Baustein zur Verbesserung der Versorgung und wird daher seitens der Krankenhäuser ausdrücklich begrüßt. Die Festlegung eines interoperablen Datenformates sollte dabei auch sicherstellen, dass die im INZ erhobenen Informationen sofort für die gegebenenfalls notwendige stationäre Weiterbehandlung zur Verfügung stehen, ohne erneut erfasst werden zu müssen.

Die digitale Vernetzung in INZ kann dann erfolgreich sein, wenn sie den bereits gelebten klinischen Arbeitsabläufen folgt. Allerdings gestalten sich diese sehr heterogen und können von den KV-zentrierten Abläufen abweichen. Auch die jeweiligen strukturellen, informationstechnischen, organisatorischen und prozessualen Voraussetzungen können in den Notaufnahmen der Krankenhäuser sehr unterschiedlich sein. Vorgaben für digitale Lösungen - sowohl für ein digitales Ersteinschätzungstool als auch für die digitale Fallübergabe - müssen dieser Heterogenität Rechnung tragen.

Entscheidend ist, dass keine neuen proprietären Standards etabliert werden, sondern - so weit wie möglich - auf bestehende Lösungen aufgesetzt wird. Denkbar ist beispielsweise die Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) oder der elektronischen Fallakte (eFA) als zentrales Instrument der Fallübergabe in Kombination mit einer digitalen Lösung für die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Muster 2) bzw. den Überweisungsschein (Muster 6). Letzteres könnte auch für Patientinnen und Patienten, die der ePA widersprochen haben, über einen Direktversand via Kommunikation im Medizinwesen (KIM) oder Telematikinfrastruktur-Messenger genutzt werden. Die Definition könnte dem neu geschaffenen Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen (KIG) zugewiesen werden. Auf Bundesebene einheitliche Vorgaben, die nach § 385 Abs.2 Satz 1 Nr. 1 SGB V allein durch das BMG getroffen werden, bergen die Gefahr, die Anwendung bestehender, bewährter Lösungen zu unterbinden und stattdessen eine u.U. sehr langwierige und aufwendige Einführung von Vorgehensweisen zu forcieren, die nicht zu den lokal vorhandenen technischen oder organisatorischen Gegebenheiten passt oder von dem jeweiligen Hersteller der Krankenhausinformationssysteme (KIS) gar nicht angeboten wird. Auch sollte die Verantwortlichkeit für Vorgaben zum digitalen Ersteinschätzungstool und für die digitale Fallübergabe nicht geteilt werden. Beide Lösungen werden prozessual eng verknüpft sein müssen.

Der Gesetzentwurf sieht ausdrücklich vor, dass bereits während der Behandlung im INZ die Infrastruktur des Krankenhauses mit genutzt werden soll. Diese Vorgabe ist mit Blick auf die Optimierung der Versorgung nachvollziehbar. Allerdings darf hierüber nicht vergessen werden, dass nicht alle Angestellten des INZ einer Weisungsbefugnis durch das Krankenhaus unterliegen. Beispielsweise dürfte die Durchsetzung von Vorgaben zur Informationssicherheit, welche das Krankenhaus für die eigenen Bereiche und Mitarbeitenden festlegt, für das Gesamt-INZ per se erst einmal nicht greifen. Hierfür bräuchte es ggf. Anknüpfungspunkte für vertragsrechtliche Gestaltungen in der INZ, um die Vorgaben wirksam durchsetzen zu können. In letzter Konsequenz wäre auch die Nutzung des Primärsystems des Krankenhauses durch das INZ denkbar, auch, wenn dies mit datenschutzrechtlichen und abrechnungstechnischen Herausforderungen verbunden wäre.

Der sektorenübergreifende Austausch von Informationen zwischen Privatärztlichen Verrechnungsstellen (PVS) und KIS zum Beispiel über HL7-Schnittstellen könnte als Alternative zur Fallübergabe innerhalb der elektronischen Patientenakte oder elektronischen Fallakte infrage kommen. Auch die Nutzung des digitalen Verordnungsmusters „Krankenseinweisung“ könnte sinnvoll sein.

Vor dem Hintergrund, dass personelle Ressourcen der Hersteller und Krankenhäuser, die nicht beliebig ersetzt werden können, in den kommenden Jahren stark in KHZG-Projekten und der Ablösung des abgekündigten SAP IS-H als führendem System (ca. 60 % der Abrechnungssysteme) gebunden sein werden, ist eine prozess- und sachgerechte Flexibilität bei der Konzeption der Anbindung eine Grundvoraussetzung für die erfolgreiche Einführung digitaler Integrierter Notfallzentren.

Zusammenfassend sollte Innerhalb des INZ eine digitale Fallübergabe an das Softwaresystem des Krankenhauses, das in der Notfallaufnahme verwendet wird, in einem interoperablen Datenformat, das mindestens den Charakter eines Kurzbriefes übermitteln kann, erfolgen. Näheres hierzu

vereinbaren die Vereinbarungspartner nach § 123a Abs.2 SGB V. Die Vereinbarungspartner nach § 90a SGB V können einvernehmlich eine abschließende Liste geeigneter Lösungen festlegen.

## Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf im Rahmen der Notfallreform

### Verordnungsrecht für Krankenhäuser

Im Gegensatz zur vertragsärztlichen Versorgung in Notdienstpraxen dürfen Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus im Rahmen der ambulanten notdienstlichen Versorgung keine Verordnungen ausstellen. Für Patientinnen und Patienten, die die Notdienstpraxis aufsuchen, ist das Ausstellen von zum Beispiel Arzneimittelverordnungen möglich. Hingegen bleibt für Patientinnen und Patienten, die nach 21 Uhr die Notfallambulanz eines Krankenhauses aufsuchen, aber auch für die Patientinnen und Patienten, die unabhängig von einem Notdienstpraxisangebot nach der Ersteinschätzung der Notaufnahme zugeordnet werden, die Arzneimittelversorgung weiterhin ungeklärt. Patientinnen und Patienten, die der Notfallambulanz des Krankenhauses zugeordnet oder dort nach 21 Uhr behandelt werden, werden somit in der Versorgung schlechter gestellt, als diejenigen, die vor 21 Uhr in der Notdienstpraxis behandelt werden. Grundsätzlich sollte im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus für die in Notfallambulanzen tätigen Ärztinnen und Ärzte ein eingeschränktes Verordnungsrecht gelten, angelehnt an die für das Entlassmanagement geltenden Regeln zur Verordnung, beschränkt auf die Möglichkeiten der Verordnung von Arzneimitteln in Form einer Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen, auf Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie auf die Möglichkeit des Ausstellens von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Ohne dieses Verordnungsrecht ist zum Beispiel keine ausreichende medikamentöse Versorgung der Patientinnen und Patienten über Nacht möglich bzw. sind Patientinnen und Patienten in vielen Fällen gezwungen, nach erfolgter Notfallbehandlung im Krankenhaus den vertragsärztlichen Bereich am anderen Tag aufzusuchen.

### Ausnahmeregelung für die Sozialversicherungspflicht von im Notfalldienst tätigen Poolärztinnen und Poolärzten

Gemäß der Entscheidung des BSG vom 24.10.2023 (Az.: B 12 R 9/21 R) sind Poolärztinnen und Poolärzte, die im Notfalldienst der Kassenärztlichen Vereinigungen tätig sind, nicht automatisch selbstständig, wenn diese in einer ihrer Tätigkeit prägenden Art und Weise in vorgehaltene Abläufe eingegliedert sind und demzufolge keine unternehmerischen Risiken tragen. Dies gilt besonders, wenn sie Räume und Personal der Kassenärztlichen Vereinigung nutzen. Dieses Urteil hat insofern bereits weitreichende Konsequenzen gezeigt, als die bis zum Ergehen der Entscheidung bestehenden Systeme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in ihrer bisherigen Form teilweise nicht fortgeführt wurden, wodurch nicht unerhebliche Einschränkungen in der Sicherstellung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes eingetreten sind. Um sicherzustellen, dass die Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. die Integrierten Notfallzentren personell überhaupt in ausreichendem Maße besetzt werden können, regen die Krankenhäuser dringend an, eine Ausnahme von der Sozialversicherungspflicht – in Form einer dem § 23c Abs. 2 SGB IV entsprechenden Regelung – für die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte zu statuieren.

## Versorgung Nicht-Versicherter und notwendige Änderungen des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG)

Das Gesetz hat zum Ziel, „für alle Hilfesuchenden eine bundesweite einheitliche und gleichwertige Notfallversorgung sicherzustellen“. Der Referentenentwurf erwähnt hierbei nicht, wie die Situation für die zahlreichen Patientinnen und Patienten geregelt werden soll, die die Notfallambulanzen der Krankenhäuser aufsuchen und nicht versichert sind bzw. deren Versichertenstatus ungeklärt ist. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat vielfach auf die enormen Erlösausfälle hingewiesen, die den Krankenhäusern durch die Notfallbehandlung dieser Patientengruppe entstehen. Eine umfassende Notfallreform sollte daher auch die prekäre Vergütungssituation der Krankenhäuser bei der Notfallbehandlung Nichtversicherter angehen.

Nach §§ 6a AsylbLG sowie 25 SGB XII werden die Aufwendungen des hilfeleistenden Krankenhauses im „gebotenen Umfang“ durch den Träger der Sozialhilfe erstattet, wenn es einem anderen Leistungen erbracht hat, die bei rechtzeitigem Einsetzen der Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären. Die Sozialhilfe setzt nach § 18 Abs. 1 SGB XII ein, sobald dem Träger der Sozialhilfe bekannt wird, dass die Voraussetzungen für die Leistungen vorliegen. Die praktische Durchsetzbarkeit entsprechender „Nothelferansprüche“ der Krankenhäuser werden erschwert durch die bestehende Beweislastregelung und die Zäsur-Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes.

Die Regelungen des § 6a AsylbLG und des § 25 SGB XII bedürfen daher einer für die Krankenhäuser dringenden Konkretisierung. Wie bereits schon in anderen Stellungnahmen zu Gesetzesvorhaben ausgeführt, sollten die Regelungen im Hinblick auf die Beweislast als Vermutens-Regelung ausgestaltet werden, sodass „in medizinisch unabweisbaren Notfällen die Hilfebedürftigkeit und die Leistungsberechtigung des Patienten zugunsten des Krankenhauses vermutet werden“. Ferner muss geregelt werden, dass dem Krankenhaus „die angemessenen Aufwendungen, die ihm während des gesamten Behandlungszeitraumes entstehen“, zu erstatten sind.

Alternativ zu dieser möglichen Gesetzesänderung könnte der Anspruch des im Notfall tätig gewordenen Krankenhauses in Anlehnung an § 123 Abs. 6 SGB IX auch als Direktanspruch des leistungserbringenden Krankenhauses gegenüber dem Träger der Sozialhilfe ausgestaltet werden. Ferner wäre eine Ausnahme von dem in § 17 Abs. 1 Satz 2 SGB XII geregelten Abtretungsverbot in Erwägung zu ziehen. Die ausführlichen Begründungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur erforderlichen Änderung der Nothelfer-Paragrafen dürfen wir als bekannt voraussetzen.

# Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger  
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3  
10623 Berlin

Tel. (030) 3 98 01-0

Fax (030) 3 98 01-3000

E-Mail [dkg@mail.dkgev.de](mailto:dkg@mail.dkgev.de)



DEUTSCHE  
KRANKENHAUS  
GESELLSCHAFT

