DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Stellungnahme

zum Entwurf der Bundesregierung

eines

Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

(NotfallGesetz – NotfallG)

FAIR

Diskutieren, entscheiden, handeln.

Zusammenfassung

Der vorliegende Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (NotfallGesetz) hat das Potential, die ambulante Notfallversorgung für alle Patientinnen und Patienten spürbar zu verbessern. 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 Gesetzentwurf 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 Gesetzentwurf 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 die 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 Gesetzentwurf 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 Gesetzentwurf 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 Gesetzentwurf 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.

Darüber hinaus bewerten die Krankenhäuser die Ankündigungen des Bundesgesundheitsministers, dass durch Änderungsanträge der Regierungsfraktionen auch die Reform des Rettungsdienstes zum Gegenstand des vorliegenden NotfallGesetzes gemacht werden soll, sehr kritisch. Eine Reform der Notfallversorgung ist für die Krankenhäuser zwingend erforderlich. Der Einbezug einer Reform des Rettungsdienstes (bisher im Zuständigkeitsbereich der Länder) in das aktuelle Gesetzgebungsverfahren würde die Gefahr, dass das NotfallGesetz vom Bundesrat aufgehalten wird und danach im Vermittlungsausschuss scheitert, deutlich erhöhen. Gegebenenfalls notwendige Weiterentwicklungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen für den Rettungsdienst sollten deshalb nicht in den vorliegenden Gesetzentwurf aufgenommen, sondern zunächst in engem Schulterschluss mit den Ländern vorbereitet und anschließend in einem eigenständigen Gesetz auf den Weg gebracht werden. Dies gewährleistet die zeitnahe und adäquate Umsetzung beider Reformvorhaben.

Einzelbewertung der geplanten Maßnahmen

Erweiterter Landesausschuss § 90 Abs. 4a SGB V

Zentrales Element der vorliegenden Reform der ambulanten Notfallversorgung ist die Einrichtung Integrierter Notfallzentren (INZ). In diesem Zusammenhang sollen weitreichende Aufgaben auf die um Vertreter der Krankenhäuser erweiterten Landesausschüsse nach § 90 Abs. 4a (neu) SGB V übertragen werden. Diese erweiterten Landesausschüsse sollen die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser bestimmen, an denen INZ eingerichtet werden und hierzu im Vorfeld geeignete Planungsregionen zur Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten Notfallversorgung mit INZ festlegen. Vorgesehen ist, dass Krankenhäuser als Voraussetzung für die Bestimmung eines Krankenhausstandortes die Vorgaben des G-BA mindestens für die Basisnotfallversorgung erfüllen. Darüber hinaus sieht der Gesetzentwurf für die INZ-Standortfestlegung 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 Vertragsärztinnen bzw. -ärzten und Medizinischen Versorgungszentren in der Nähe des Krankenhauses vor.

Es bleibt insgesamt vollkommen unklar, aus welchem Grund eine zusätzliche Planung von Notfallstrukturen durch den erweiterten Landesausschuss erfolgen soll. Die verfassungsrechtlich verankerte Krankenhausplanung der Länder berücksichtigt bereits heute eine flächendeckende Gewährleistung der Notfallversorgung. Mit der Etablierung einer weiteren Planungsebene mit eigenen Planungsregionen und Planungskriterien soll ein Parallelsystem installiert werden, das im Widerspruch zu den Ergebnissen der Landeskrankenhausplanung steht und dadurch absehbar zu Unsicherheiten und Konflikten führen wird.

In diesem Zusammenhang ist es besonders problematisch, dass die Länder im erweiterten Landesausschuss kein Stimmrecht haben. Sie sollen beratend mitwirken, was auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung sowie das Recht zur Antragstellung umfasst. Beschlüsse der erweiterten Landesausschüsse werden jedoch nur 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 unterwandert somit die Beteiligungs- bzw. Gestaltungsrechte der Länder. Auch die geplante Letztentscheidung der obersten Landesbehörden im Falle der Nichteinigung des erweiterten Landesausschusses bei Überschreitung entsprechender Fristen wird absehbar ohne Bedeutung sein. Es 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 für die Krankenhausplanung zuständigen Behörden der Länder getroffen werden. Dazu ist gesondert darauf hinzuweisen, 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. Durch die im

erweiterten Landesausschuss vorgesehene einfache Mehrheitsentscheidung würden Kassen und Kassenärztliche Vereinigungen damit über die Zukunft der Notfallversorgungsstrukturen und damit auch über einen wesentlichen Bereich der Krankenhäuser entscheiden können. Das steht im absoluten Widerspruch zur verfassungsrechtlichen Zuordnung der Zuständigkeit für die Krankenhausplanung auf die Länder.

Insgesamt ist folglich die vorgesehene Neuregelung zur Etablierung und Definition der Zuständigkeiten der erweiterten Landesausschüsse vollständig zu streichen. Empfehlungen zur Planung und Festlegung Integrierter Notfallzentren sind durch die bestehenden Planungsstrukturen, insbesondere durch die Landeskrankenhausplanungsausschüsse, zu entwickeln. Dabei ist es von zentraler Bedeutung, die Entstehung von Doppelstrukturen zu vermeiden. Die endgültige Entscheidungskompetenz muss weiterhin bei den jeweiligen Bundesländern verbleiben.

Standorte für Integrierte Notfallzentren

Im Hinblick auf die Sicherstellung einer flächendeckenden Notfallversorgung und der Auswahl geeigneter Standorte für Integrierte Notfallzenten bleibt unklar, wie die gesetzlich vorgegebenen Planungskriterien ausgestaltet und operationalisiert werden sollen. Das gilt insbesondere für die Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Personennahverkehr, was im ländlichen Raum aufgrund der Taktzeiten im öffentlichen Personennahverkehr absehbar deutliche Erreichbarkeitsprobleme nach sich ziehen wird.

Die Erreichbarkeit innerhalb von 30 PKW-Fahrzeitminuten muss im Gesetz daher noch weiter spezifiziert werden. Es müssen angepasste Spielräume und eine nötige Flexibilität für Lösungen vor Ort ermöglicht werden, welche sowohl die spezifischen Gegebenheiten in ländlichen wie auch urbanen Gebieten berücksichtigen können. Die Vorgabe, dass innerhalb von 30-PKW 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 Krankenhausdichte vielfach nicht gewährleistet. Auch stellt die grundsätzliche Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Personenverkehr in diesen Gebieten eine große Herausforderung dar. In ländlichen Gebieten können die Vorgaben dazu führen, dass eine flächendeckende Versorgung mit INZ nicht gegeben ist. Die Möglichkeit, dass von den Vorgaben abgewichen werden kann, entfaltet angesichts der geringen Krankenhausdichte 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.

Investitionsfinanzierung Integrierte Notfallzentren

Der Gesetzentwurf 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 aktuellen Entwurf des KHVVGs in den Transformationsfonds überführt werden.

Aus diesen Mitteln sollen auch die strukturellen und technischen Anschaffungen der Krankenhäuser zur Einrichtung der INZ einmalig und initial finanziert werden. Die in die INZ eingebetteten Notdienstpraxen erhalten hingegen jährliche zusätzliche Fördermittel, bereitgestellt von der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen. Diese Fördermittel sind zweckgebunden für Maßnahmen zur strukturellen Verbesserung des kassenärztlichen telemedizinischen Notfallversorgungsangebots, des aufsuchenden Dienstes, den Aufbau der Akutleitstelle, zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems sowie zur Unterstützung der integrierten Notfallstrukturen zu verwenden.

Dabei ist es besonders kritisch, dass Krankenhäuser durch Bestimmung und Bescheid des erweiterten Landesausschusses verpflichtet werden, INZ zu errichten. Krankenhäuser können die Bestimmung als Standort zwar bei berechtigten Interessen ablehnen, jedoch ist der erweiterte Landesausschuss letztlich ermächtigt, den Standort des Krankenhauses festzulegen. Hierzu kann er zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung auch von den gesetzlich vorgegebenen Standortkriterien zum Vorliegen einer Basisnotfallstufe, der Zahl der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion, zur Erreichbarkeit sowie bestehender Notfallversorgungsstrukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 123a Abs. 1 Sätze 3 bis 5 (neu) SGB V) abweichen.

Insgesamt werden somit die Krankenhäuser per Bescheid zur Errichtung eines INZ verpflichtet, erhalten hierfür jedoch keine zusätzliche Refinanzierung, um die benötigten strukturellen und technischen Anforderungen dauerhaft zu betreiben. Insbesondere der Einsatz eines digitalen Ersteinschätzungsinstruments und die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bereitzustellende Schnittstelle zur digitalen Fallübergabe beinhalten hohe 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 laut aktuellem Stand von den Krankenhäusern selbst getragen werden, da die Mittel des Strukturfonds gedeckelt sind und deshalb nicht sichergestellt ist, dass in jedem Fall eine Refinanzierung erfolgt.

Finanzierung der Notfallleistungen

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der ergänzte Bewertungsausschuss eine Vergütungsregelung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ausschließlich für die Vergütung der Ersteinschätzung beschließen soll. 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 alle 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 dieser Reform weiter fortgeschrieben. Es wird ausschließlich eine zusätzliche Vergütung für die – von der Vergütung der Notfallleistungen abzugrenzende – Ersteinschätzung im EBM vorgesehen. Da auch dieses Vergütungselement im EBM berücksichtigt werden soll, ist davon auszugehen, dass wie bereits aktuell 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 Fallzahlanstieg ergeben wird, wird damit nicht abgebildet und folglich auch nicht finanziert.

Auch ist darauf hinzuweisen, dass die vorgesehenen finanziellen Aufwände für die Implementierung eines Organisationsgremiums sowie für die einzuführende digitale Fallübergabe im INZ, die mit technischen Implementierungs- und Wartungsaufwänden sowie personellen Schulungen einhergeht, im EBM nicht berücksichtigt werden. Insgesamt wird damit das finanzielle Defizit der Krankenhäuser bei der Erbringung ambulanter Notfallleistungen durch diese zusätzlichen Aufgaben und Aufwände weiter vergrößert.

Die Krankenhäuser erwarten eine auskömmliche Finanzierung aller im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung der krankenhausspezifischen Kostenstrukturen. Der aktuelle Entwurf erfüllt diese Anforderungen nicht und bedarf daher einer zwingenden Anpassung. Die vollständige Finanzierung der Krankenhauskosten in der ambulanten Notfallversorgung sollte über einen direkten Abrechnungsweg mit den Kostenträgern erfolgen.

Alternativ muss der ergänzte Bewertungsausschuss gesetzlich dazu verpflichtet werden, kostendeckende Gebührenordnungspositionen für die ambulante Notfallversorgung zu entwickeln. Hierfür könnten beispielsweise Zuschläge, einschließlich der Vorhaltekosten für INZ, auf die ambulante Notfallvergütung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) vereinbart werden. Zur Refinanzierung der Vorhaltekosten, die mit den INZ bzw. den Ersteinschätzungsstellen verbunden sind, sollte – zusätzlich zur Vergütung der erbrachten Leistungen – eine separate Vorhaltefinanzierung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle vorgesehen werden.

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 das 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.

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, sofern sie nicht in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis liegt, als zweite Offizin mit Lagerräumen an dem Standort, an dem die Notdienstpraxis betrieben wird, verortet sein.

Die Regelung stellt somit auf den Standort der Notdienstpraxis ab. Durch die Bindung an den Standort der Notdienstpraxis ist nicht auszuschließen, dass Krankenhäuser für den Betrieb einer zweiten Offizin einer Apotheke Fläche zur Verfügung stellen sollen. 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 am Standort der Notdienstpraxis und damit auch 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 am Standort einer Notdienstpraxis und damit auch 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.

Digitale Fallübergabe innerhalb des Integrierten Notfallzentrums

Der Entwurf sieht vor, dass innerhalb des INZs eine digitale Fallübergabe in einem interoperablen Datenformat ermöglicht werden soll. 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 im 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 Ersteinschätzungsinstrument 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. Neben direkten Schnittstellen zwischen KIS und PVS 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) denkbar. 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. Der Entwurf sieht vor, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem Kompetenzzentrum Interoperabilität im Gesundheitswesen (KIG) eine Spezifikation einer interoperablen Schnittstelle für die digitale Fallübergabe erarbeitet. Der Einbezug des KIG in eine solche Spezifikation wird begrüßt. Da die INZ aber kooperativ von den Praxen der Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhausträgern an den jeweiligen Krankenhausstandorten und unter Nutzung der Infrastruktur des Krankenhauses betrieben werden sollen, ist es sehr verwunderlich, dass die Einbindung der Deutschen Krankenhausgesellschaft bei der Festlegung der Spezifikation nicht vorgesehen ist. Da natürlich die Primärsysteme der Krankenhäuser unmittelbar von den Spezifikationen betroffen sind und entsprechende Prozessanpassungen in den Krankenhäusern vorgenommen werden müssen, muss auch mit der DKG ein Einvernehmen hergestellt werden.

Auch ist die Trennung der Verantwortlichkeiten für Vorgaben zum digitalen Ersteinschätzungstool und für die digitale Fallübergabe kritisch zu beurteilen. Beide Lösungen werden prozessual eng verknüpft sein müssen. Zudem sollten die zeitlichen Zusammenhänge besser berücksichtigt werden. So können die Inhalte der Kooperationsvereinbarungen nach § 123a Abs. 2 SGB V zum Ersteinschätzungsinstrument und zur digitalen Fallübergabe erst dann sinnvoll getroffen werden, wenn die Rahmenbedingungen für beides auf Bundesebene festgelegt sind und anschließend

ausreichend Zeit für die Umsetzung durch die Industrie und die Erprobung in den Versorgungsprozessen vorgesehen wird.

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 den 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.

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 angekündigten 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 folgenden Tag aufzusuchen.

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 Gesetzentwurf 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-Paragraphen 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 dkgmail@dkgev.de

FAIR

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT DKG