DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Stellungnahme

zum Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

für ein

Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

FAIR

Diskutieren, entscheiden, handeln.

Zusammenfassung

Das Bundesministerium für Gesundheit hat Mitte November 2025 den lange angekündigten Referentenentwurf für eine ambulante Notfallreform vorgelegt. Die Regelungen sind umfangreich und beinhalten auch eine Reform des Rettungsdienstes. Auch wenn die erforderliche Reform aus Sicht der Krankenhäuser keinen langen Aufschub duldet, wird die kurze Frist für eine Stellungnahme (04.12.2025) sowie der Zeitumfang und Ort für eine mündliche Anhörung (zwei Stunden per Videokonferenz) der Relevanz und dem Umfang der Regelungen nicht gerecht.

Ungeachtet dessen begrüßen die Krankenhäuser, dass mit dem vorgelegten Entwurf das Verfahren zu der längst überfälligen Notfallreform auf den Weg gebracht wurde. Die derzeitige ambulante Notfallversorgung muss für die Bevölkerung spürbar verbessert werden. Hilfesuchende, Patientinnen und Patienten müssen sich zukünftig darauf verlassen können, dass sie bei akutem Behandlungsbedarf zeitnah in die für sie richtige Versorgungsebene gesteuert und angemessen versorgt werden. Die Arbeitssituation in den Notaufnahmen der Krankenhäuser muss sich spürbar verbessern und die dort vorgehaltenen Ressourcen müssen in erster Linie für die Behandlung ernster Notfälle genutzt und effizient eingesetzt werden.

Leider weisen die beabsichtigten Regelungen im vorliegenden Referentenentwurf einen hohen Grad an Komplexität auf, der mit unklaren Strukturen für Patientinnen und Patienten, nicht nachverfolgbaren Patientenpfaden für an der Notfallversorgung beteiligte Leistungserbringer, einem fehlenden Zusammenwirken der verschiedenen vorgesehenen Elemente, dem Aufbau von Doppelstrukturen sowie teilweise mit unverbindlichen Verpflichtungen für Leistungserbringer einhergeht. Überschattet wird das Reformvorhaben zudem von der derzeit vielerorts fehlenden digitalen Infrastruktur, die für ein nachverfolgbares und damit effizientes Notfallsystem notwendig ist. Hier wäre die Devise gewesen, das System nicht gleich im ersten Schritt zu kompliziert aufzuziehen, sondern die digitale Struktur für die Kommunikation zwischen den vielen verschiedenen Akteuren stufenweise und mit festen Fristen versehen aufzubauen und daran angelehnt auch die Reformschritte auszurichten. Andernfalls werden an unterschiedlichen Stellen im Gesundheitssystem mit viel Kraftanstrengung Strukturen aufgebaut, die nicht aufeinander abgestimmt sind und damit zu einer Ineffizienz der eingesetzten und knappen Ressourcen führen werden.

Nicht zuletzt leidet das Reformvorhaben unter dem mangelnden Willen der Politik, die Refinanzierung von Leistungen der Notfallbehandlung an Integrierten Notfallzentren (INZ) transparent und für alle Beteiligten fair zu gestalten. Mit dem Ausbleiben einer Vorhaltevergütung für Krankenhäuser, die die ambulante Notfallbehandlung vornehmlich aufrechterhalten, ist anzunehmen, dass der flächendeckende Betrieb von INZ nicht als Teil der gesellschaftlichen Daseinsvorsorge erachtet wird. Krankenhäuser übernehmen mit ihren Notaufnahmen – trotz einer defizitären Leistungserbringung sowie Abrechnung lediglich über den nicht auskömmlichen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) – nunmehr seit mehreren Jahrzehnten einen großen Anteil der ambulanten Notfallversorgung. Und dies, obwohl der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen liegt. Die Krankenhäuser hatten jüngst Vorschläge in die politischen Diskussionen eingebracht, mit der eine faire Refinanzierung von Leistungen an Integrierten Notfallzentren – unabhängig davon, ob sie von vertragsärztlichen Leistungserbringern oder von Krankenhäusern erbracht werden – gewährleistet wäre. Mit Bedauern nehmen die Krankenhäuser zur Kenntnis, dass

ihr Einsatz wieder einmal nicht gewürdigt wird, sie aber als verlässlicher Partner angesehen werden, auf deren Ressourcen wie selbstverständlich zurückgegriffen werden darf. So sollen sich beispielsweise Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) der Verantwortung für die INZ entziehen können, wenn der Versorgungsbedarf auch von den Krankenhäusern oder ihren Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gedeckt werden könnte. Während den meisten Akteuren im vorliegenden Entwurf eine Refinanzierung ihrer Aufwände über Anschubfinanzierungen und Aufstockung des Strukturfonds zugebilligt wird, sollen die Krankenhäuser weiterhin über den nicht auskömmlichen EBM und innerhalb der morbiditätsbedingten Vergütung entlohnt werden. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass die Ersteinschätzung als Einzelleistung im EBM verankert und die dort bereits verankerten Zuschläge je nach Betreuung und Überwachung weiterentwickelt werden sollen. Solange der Gesetzgeber die Refinanzierung nicht selbst in die Hand nimmt, die erforderlichen Vorhaltekosten nicht anerkennt, sondern stattdessen die Festlegung der bekannten Systematik des erweiterten Bewertungsausschusses überlässt, wird sich für Krankenhäuser erwartungsgemäß spürbar nichts verändern.

Hält die Politik an dem verpflichtenden Dreiklang Krankenhausnotaufnahme, gemeinsamer Tresen und Notdienstpraxis – wie er schon spätestens seit dem Sachverständigenratsgutachten 2018 als Idealmodell angepriesen, aber trotz aller Bemühungen der Krankenhäuser faktisch so gut wie nicht oder unzureichend gelebt wird – und einer Weiterfinanzierung über EBM fest, so muss sie sich auch zu dem verpflichtenden Dreiklang bekennen. Sie muss diese als obligat angesehene Struktur dann konsequenterweise auch wirklich verpflichtend im Gesetz verankern, und keine Szenarien erlauben, bei denen die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auf Kosten der Krankenhäuser aufgeweicht werden kann.

Eine Rettungsdienstreform ist auch aus Sicht der Krankenhäuser dringend notwendig, da sie das Potenzial besitzt, die präklinische Patientensteuerung effizient zu gestalten und damit die Ressourcen der Notaufnahmen von Krankenhäusern und INZ zu schonen. Wie mehrmals bereits angemahnt, erachten sie jedoch die undifferenzierte Integration der Rettungsdienstreform in eine Notfallreform – trotz des erforderlichen Zusammenwirkens der beiden Reformen – für das parlamentarische Verfahren potenziell als schädlich, da dies aufgrund von Kompetenzüberschreitungen zwischen Bund und Ländern zu einem Scheitern der Gesamtreform führen könnte. Wir schlagen stattdessen vor, bestimmte Rettungsdienstreformelemente (§§ 60, 133, 133g SGB V) im parlamentarischen Verfahren von der Notfallreform zu entkoppeln und diese im Schulterschluss mit den Ländern zeitlich parallel zur Notfallreform in einer eigenen Rettungsdienstreform auf den Weg zu bringen. Dies würde die Akzeptanz bei allen betroffenen Verantwortlichen steigern. Regelungen hingegen, die für das Funktionieren des Gesundheitsleitsystems, der medizinischen Notfallrettung und digitalen Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung (§§ 133a, 133b, 133c SGB V) vor dem Hintergrund des direkten Zusammenspiels zwingend notwendig sind, sollten weiterhin in die Notfallreform integriert bleiben.

Vor dem Hintergrund knapper Ressourcen in allen Sektoren des Gesundheitswesens ist überdies übergeordnet und politisch sowie gesamtgesellschaftlich die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung dringend zu stärken. Dies ist unabhängig davon, in welcher Form die Notfallreform gestaltet wird, nicht nur für deren mittelfristigen Erfolg entscheidend, sondern sollte vor dem Hintergrund knapper Ressourcen für das gesamte deutsche Gesundheitssystem leitend sein. Hier gilt

es, die Gesundheits- aber auch die Gesundheitssystemkompetenz der Bevölkerung in besonderem Maße zu stärken und sie dafür zu schulen, Behandlungsbedürftigkeit von Nicht-Behandlungsbedürftigkeit sowie Notfälle von allgemeinen medizinischen Behandlungsbedarfen zu unterscheiden, damit sie das System der Notfallversorgung nicht als ein Angebot wahrnehmen, das jederzeit undifferenziert in Anspruch genommen werden darf. Der vorliegende Entwurf lässt das Bestreben der Politik an dieser Stelle vermissen. Wie soll die 116117 Bürgerinnen und Bürgern bekannter gemacht werden? Wie soll ihnen der Unterschied zwischen der Terminservicestelle und der geplanten Akutleitstelle vermittelt werden? Wie soll transparent gemacht werden, in welchen Fällen eine Akutleitstelle kontaktiert werden darf? Wie soll bewirkt werden, dass Hilfesuchende nicht direkt INZ aufsuchen, sondern vorher die Akutleitstelle anrufen? Statt präventive Elemente zu etablieren, die zur prospektiven Steuerung dienen können, soll stattdessen am Ende der Kette angesetzt und Krankenhäusern die Aufgabe übertragen werden, Hilfesuchende ohne vorangehenden Kontakt mit der Akutleitstelle abzuweisen bzw. zu verweisen.

Im Folgenden nimmt die Deutsche Krankenhausgesellschaft zu mehreren kritikwürdigen Einzelaspekten Stellung. Der Entwurf wird aber aus den genannten Gründen in der Gesamtschau als nicht tragfähig und zielführend bewertet. Neben einer grundlegenden Bewertung, die sich auf wesentliche Inhalte bezieht, finden sich weitere Bewertungen zu einzelnen Aspekten der Regelungen in der Anlage zu dieser Stellungnahme.

Grundlegende Bewertung

Patientensteuerung über 116117, Akutleitstelle und Gesundheitsleitsystem

Neuregelegungen §§ 75, 133a SGB V

Unter der Telefonnummer 116117 soll künftig neben der Terminservicestelle auch eine Akutleitstelle der KVen zu erreichen sein. Letztere soll, auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle, mit der 112 vernetzt werden und mit ihr das Gesundheitsleitsystem in Notfällen bilden. Während die 116117 von Montag bis Samstag sowohl als Terminservicestelle (ohne genaue Zeitangabe, mutmaßlich tagsüber) als auch als Akutleitstelle (24 Stunden) fungieren soll, soll sie sonntags nur die Telefonnummer zur Akutleitstelle sein.

Diese Ausführungen zur beabsichtigten Funktion der Rufnummer 116117 zeigen bereits die Komplexität des vorgesehenen Konstruktes auf. Im Sinne einer anzustrebenden Akzeptanz in der Bevölkerung, eindeutiger Anlaufstellen und klarer Patientenpfade sollte die 116117 als bisherige reguläre Terminservicestelle fortbestehen und von einer Akutleitstelle klar getrennt werden. Denn eine lediglich im Hintergrund gelebte Trennung von Terminservicestelle und Akutleitstelle unter einer gemeinsamen Nummer würde zu Missverständnissen in der Bevölkerung führen und die Akzeptanz einer zentralen Patientensteuerung mindern. Vielmehr sollte die 116117 als reine Terminservicestelle im System bleiben, die weiterhin Bürgerinnen und Bürgern mit Terminvermittlungswunsch in die Regelversorgung außerhalb von Notfallsituationen zur Verfügung steht. Die Akutleitstelle sollte unter einer anderen und neuen Nummer im System zu erreichen sein. Dies hätte – unterfüttert durch eine politische Aufklärungskampagne – den klaren Vorteil, eher Akzeptanz zu erwirken als das Aufsetzen auf einer Telefonnummer, die bereits seit vielen Jahren gesetzlich verankert, in der Wahrnehmung der Bevölkerung aber immer noch weitestgehend unbekannt und in weiten Teilen auch mit negativen Erfahrungen verbunden ist. Zudem muss auch die Akutleitstelle Termine vermitteln können, und zwar rund um die Uhr, um über eine Vermittlung in die vertragsärztliche Versorgung Notfallkontakte mit einem INZ zu vermeiden. Schon daher sind Bezeichnungen, die eine Terminvermittlung nur an der einen Stelle suggerieren, zu vermeiden. Sollte mit dieser begrifflichen Trennung hingegen beabsichtigt sein, dass durch die Akutleitstelle auch ein Verweisen auf eine Terminvermittlung zu einem späteren Zeitpunkt und unter derselben Telefonnummer möglich ist (weil die Terminservicestelle womöglich gerade nicht im Dienst ist), ist dies strikt abzulehnen. Damit würde provoziert werden, dass Hilfesuchende nach einer nicht abschließenden telefonischen Kontaktaufnahme wieder eigenständig INZ aufsuchen.

Änderungsvorschläge

- §75 Abs. 1a Satz 2 SGB V wird wie folgt gefasst:

  „[…] und richten Terminservicestellen ein, die jeweils von Montag bis Samstag unter einer bundesweit einheitlichen Rufnummer und 24 Stunden täglich durch digitale Angebote **außerhalb von Notfällen für Terminvermittlungen in die vertragsärztliche Versorgung** erreichbar sein müssen; […]“

- §75 Abs. 1c Satz 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

  „Zur Vermittlung von Behandlungsterminen in Akutfällen und zur Wahrnehmung ihrer in Absatz 1b genannten Aufgaben betreibt jede Kassenärztliche Vereinigung eine Akutleitstelle, die 24 Stunden täglich unter ~~**der in Absatz 1a Satz 2 genannten**~~ **einer** bundesweit einheitlichen Rufnummer und über digitale Angebote erreichbar ist.“

Eine Vernetzung mit der 112 ist sachgerecht und wichtig. Warum dies nur auf Antrag einer Rettungsleitstelle und nicht verpflichtend erfolgen soll, ist im Sinne einer einheitlichen und effektiven Patientensteuerung nicht nachvollziehbar. Vielmehr sollte eine Vernetzung von 112 und der Akutleitstelle der KVen obligat vorgesehen werden. Hierfür kann eine Verpflichtung zu einem in der Zukunft liegenden Zeitpunkt (bspw. ab 2028) oder schrittweise eingeführt werden, um realistische Verpflichtungen für die digitalen Vorkehrungen und insbesondere Fallübergaben zu ermöglichen.

Änderungsvorschlag

§ 133a Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„**Der Träger der Rettungsleitstelle und die örtlich zuständige Kassenärztliche Vereinigung als Träger der Akutleitstelle sind verpflichtet, bis zum 01.01.2028 eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems zu schließen**.“

Verpflichtung von KVen, an INZ Notdienstpraxen einzurichten

Neuregelungen in §§ 123, 123c SGB V

Im vorliegenden Entwurf wird an dem Dreiklang Krankenhausnotaufnahme, gemeinsamer Tresen und Notdienstpraxen für INZ festgehalten. Damit wird dem Vorschlag der Krankenhäuser, den sie bereits im Vorfeld in die politischen Diskussionen eingebracht hatten, nicht gefolgt. Zur Vermeidung von Doppelstrukturen sowie für einen effizienten und realistischen Einsatz von medizinischen und insbesondere personellen Ressourcen hatten die Krankenhäuser vorgeschlagen, über einvernehmliche Kooperationsvereinbarungen an INZ-Standorten Ausnahmen von der Regel zu ermöglichen, mit denen bei Notwendigkeit die Aufgaben der Notdienstpraxen von Krankenhäusern übernommen werden. Voraussetzung für dieses Angebot der Krankenhäuser war aber die Etablierung eines Vorhaltebudgets für INZ (Ausführungen zum Vorschlag für ein Vorhaltebudget siehe weiter unten). Krankenhäuser und KVen sollten zwar nach wie vor verpflichtet werden, die Verantwortung für die ambulante INZ-Notfallversorgung in ihrer Region gemeinsam zu tragen und INZ gemeinsam personell zu besetzen, in ihrer Kooperation sollten sie aber frei sein und damit mehr und ressourcenschonenden Spielraum haben. Ein gemeinsamer Betrieb von Klinik und KV sollte dabei die Regelform darstellen, möglich wären aber auch einvernehmliche Regelungen als Ausnahme von der Regel. Schon jetzt ist es der Fall, dass Notdienstpraxen und Notaufnahmen gemeinsam auf apparative, diagnostische und therapeutische Möglichkeiten von Krankenhäusern zurückgreifen. Daher ist es nicht erforderlich, die Sektoren organisatorisch so klar voneinander abzugrenzen und Doppelstrukturen aufzubauen. In diesem Falle sollte aber – und das ist die Grundvoraussetzung für das Entgegenkommen der Krankenhäuser – der übernehmende Partner sämtliche finanziellen Mittel aus dem Vorhaltebudget, die für die Leistungen des INZ vorgesehen sind, erhalten.

Da der vorliegende Entwurf aber an der „klassischen“ INZ-Struktur festhält, ist es wie vorgesehen folgerichtig, Mindestanforderungen an die Notdienstpraxen zu stellen und damit (inkl. der Vorgaben zu Kontrollen, Prüfungs- und Berichtspflichten) den G-BA zu beauftragen. Es dürfen aber keine Ausnahmen von den Notdienstöffnungszeiten a priori ermöglicht werden, wie es in § 123a SGB V vorgesehen ist. Denn demnach sollen kürzere Öffnungszeiten der Notdienstpraxen möglich sein, „soweit die Kassenärztliche Vereinigung gegenüber dem Krankenhaus nachweist, dass der Betrieb der Notdienstpraxis zu den in Satz 5 genannten Öffnungszeiten aufgrund der tatsächlichen Inanspruchnahme der Notdienstpraxis nicht bedarfsgerecht wäre“. Der Nachweis ist nicht näher geregelt und lässt Interpretationsspielraum zu. Diese a priori-Ausnahme ist zu streichen und stattdessen eine Evaluation vorzusehen, die die Inanspruchnahme von INZ nach einer bestimmten Zeit überprüft und einvernehmliche Anpassungen in Kooperationsverträgen ermöglicht, wobei es dabei nur um die Reduzierung von Öffnungszeiten und nicht um das Einstellen des Betriebes von Notdienstpraxen gehen kann.

Änderungsvorschlag

§ 123a Absatz 2 Satz 6 ist ersatzlos zu streichen.

In § 123c SGB V soll festgelegt werden, dass die fachliche und datenschutzrechtliche Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle und ihre fachliche Leitung dem Krankenhaus obliegen, wenn in der Kooperationsvereinbarung nichts Abweichendes geregelt ist. Dies ist insofern nachvollziehbar. Der Entwurf lässt aber eine eindeutige Regelung zur fachlichen Leitung des INZ vermissen. INZ sollen an Krankenhausstandorten etabliert werden Es sollen vornehmlich die Ressourcen von Krankenhäusern genutzt und die Notdienstpraxen sollen lediglich in einem begrenzten Umfang im INZ tätig werden. Die fachliche und organisatorische Leitung muss daher unabhängig von der genauen Ausgestaltung der Kooperation unmissverständlich beim Krankenhaus liegen.

Änderungsvorschlag

§ 123 Absatz 1 Satz 5 ist wie folgt zu fassen:

„Die fachliche und datenschutzrechtliche Verantwortung für ~~**die zentrale Ersteinschätzungsstelle**~~ **das Integrierte Notfallzentrum** und ihre fachliche Leitung obliegen dem Krankenhaus~~**, wenn in der nach Satz 3 abzuschließenden Kooperationsvereinbarung nichts Abweichendes geregelt ist.**~~“

An dieser Stelle erfolgt zudem ein Hinweis zum Einbezug von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in die notdienstliche Akutversorgung. Die beabsichtigten gesetzlichen Regelungen in § 123a Absatz 2 und § 123a Absatz 4 Nr. 5 sind nicht zu beanstanden und der Einbezug von MVZ insbesondere als Kooperationspraxis von INZ wird grundsätzlich begrüßt. Bei MVZ handelt es sich aber – entgegen der mancherorts propagierten Ideallösung – um Strukturen, die insbesondere für Sprechstunden- und sprechstundennahe Zeiten Lösungen anbieten und insbesondere außerhalb der § 123a Absatz 2 Satz 5 genannten Zeiten die notdienstliche Akutversorgung an INZ mitgestalten können. Eine weitreichende Übernahme der Aufgaben der Notdienstpraxen in der vorgesehenen Zeit wird damit nicht einhergehen können.

Finanzierung von Leistungen der Krankenhäuser

Neuregelungen in § 87 SGB V

Die Regelung in § 87 Abs. 2a Satz 21 SGB V differenziert die durch den ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5a SGB V für die ambulante Notfallversorgung zu beschließenden berechnungsfähigen Vergütungen. Gegenüber dem von der Vorgängerregierung eingebrachten Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung (BT-Drs. 20/13166) ist positiv hervorzuheben, dass der vorliegende Referentenentwurf Regelungen zur Vergütung von Notfallleistungen benennt.

Im Zusammenhang mit der vorgesehenen Differenzierung gemäß § 87 Abs. 2a Satz 21 Nr. 1 wird in der Begründung auf die bisherige Verpflichtung des Ergänzten Bewertungsausschusses (ErgBA) verwiesen, welcher die Gebührenordnungspositionen des EBM für die Versorgung im Notfall und Notdienst zu beschließen hat, wobei aufgrund der Neuregelung der medizinischen Notfallrettung die Versorgung im Notfall zur Abgrenzung nunmehr auf § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V verweist. Ferner wird ausgeführt, dass mit der Neuregelung in § 87 Abs. 2a Satz 21 Nr. 2 der bisherige Auftrag zur Regelung der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen für die Versorgung mit telemedizinischen Leistungen fortgeführt wird. Faktisch wird damit nur eine Umformulierung der bereits in § 87 Abs. 2a SGB V getroffenen Regelungstatbestände vorgenommen, ohne dass eine gesetzlich notwendige Anpassung der Vergütung vorgesehen wird. Vorgesehen werden in § 87 Abs. 2a Satz 21 Nr. 3 zusätzlich berechnungsfähige Zuschläge für Versicherte, die wegen Art, Schwere oder Komplexität eine besonders aufwändige Betreuung und Überwachung in den Notaufnahmen eines Integrierten Notfallzentrums bedürfen. Allerdings wird in der Begründung hierzu auf die bereits im EBM vorhandenen Schweregradzuschläge bei ambulanter Notfallbehandlung hingewiesen, welche nach § 87 Abs. 2a Satz 21 Nr. 3 insoweit überprüft und weiterentwickelt werden sollen. Adressiert werden in § 87 Abs. 2a Satz 21 Nr. 3 damit ebenfalls die im EBM bereits enthaltenen Schweregradzuschläge.

Unverständlich ist, dass eine Berechnung dieser Zuschlagsleistungen nach § 87 Abs. 2a Satz 21 Nr. 3 (neu) allein für die Notaufnahmen nach § 123 (neu) vorgesehen wird. Daraus folgt im Umkehrschluss, dass die Vergütung einer im Bedarfsfall notwendigen stundenweisen Betreuung und Überwachung in einer Notaufnahme ohne Integriertes Notfallzentrum nicht zulässig ist, wenngleich der vorliegende Referentenentwurf vorsieht, dass nach Ersteinschätzung eines Krankenhauses ohne Integriertes Notfallzentrum eine Versorgung auch dann vor Ort erfolgen könne, wenn eine Weiterleitung unzumutbar ist. Diese werden bei derselben Leistungserbringung praktisch schlechter gestellt.

Der Referentenentwurf sieht zudem vor, dass die Vergütung der ambulanten Notfallleistungen weiterhin innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt, unabhängig davon, ob die Leistungen von Krankenhäusern oder Vertragsärzten erbracht werden. Vor dem Hintergrund, dass die Leistungen des EBM für die Vergütung ambulanter Notfallleistungen weiterhin Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, ist eine substantielle Vergütungsanpassung unter Berücksichtigung der spezifischen Krankenhauskosten nicht zu erwarten. Vielmehr ist aufgrund der fortbestehenden Zuweisung der Leistungen zur morbiditätsbedingten Vergütung davon auszugehen, dass bestehende Gebührenordnungspositionen im EBM eher abgewertet werden, um eine Refinanzierung der Zuschläge gemäß der § 87 Abs. 2a Satz 21 Nr. 3 (neu) innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu gewährleisten.

Insgesamt wird die bestehende Unterfinanzierung der von Krankenhäusern erbrachten ambulanten Notfallleistungen mit dem vorliegenden Referentenentwurf nicht verbessert.

Darüber hinaus greift der vorliegende Referentenentwurf die von den Krankenhäusern eingebrachten Vorschläge zur Finanzierung von Standorten mit Integrierten Notfallzentren nicht auf, wonach die Finanzierung der Betriebskosten des Integrierten Notfallzentrums im Rahmen eines auskömmlich kalkulierten, vom stationären Budget abzugrenzenden INZ-Budgets erfolgen muss. Für das Gelingen einer dringend benötigten Notfallreform ist aber zwingend ein neues Vergütungssystem notwendig. Ohne eine auskömmliche Finanzierung ambulanter Notfallleistungen werden Reformvorhaben ins Leere laufen. Auch die von der letzten Bundesregierung eingesetzte Regierungskommission weist in ihrer vierten Stellungnahme zur „Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland“ auf die unzureichende Refinanzierung hin und mahnt ein neues Vergütungssystem an; eine Berücksichtigung dieser Forderung bleibt im vorliegenden Referentenentwurf aus.

Die Krankenhäuser fordern erneut ein neues, auskömmliches und vor allem zielgerichtetes Finanzierungsmodell für INZ und ihre Betreiber. Die Finanzierung des INZ muss künftig im Rahmen eines auskömmlich kalkulierten, vom stationären Budget abzugrenzenden INZ-Budgets erfolgen. Die INZ-Budgetkalkulation muss dabei alle zu erwartenden Sach- und Personalkosten für die ambulante Versorgung von (Notfall-)Patientinnen und (Notfall-)Patienten sowie eine kostendeckende Finanzierung der für die ambulante Versorgung von Notfällen notwendigen Vorhaltungen im Rahmen des INZ umfassen. Dabei sind auch weitere erforderliche Kosten (z. B. Energiekosten) zu berücksichtigen. Die anfallenden Kosten sind in einem jährlich neu zu verhandelnden Budget zu vereinbaren.

Darüber hinaus darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass der vorliegende Referentenentwurf die vertragsärztlichen Leistungserbringer von der Verpflichtung zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung sogar zu wirtschaftlich ungünstigen Zeiträumen entlastet. Die an Integrierten Notdienstzentren beteiligten Notdienstpraxen müssen lediglich bestimmte festgelegte Öffnungszeiten einhalten, von der die Kassenärztlichen Vereinigungen sogar abweichen können. Dies steht im Widerspruch zur Gewährleistung einer rund um die Uhr zur Verfügung stehenden vertragsärztlichen Versorgung, wie in § 75 Abs. 1b (neu) vorgesehen ist. Damit sind die Notaufnahmen der Krankenhäuser in zunehmendem Maße Anlaufpunkt zu den Zeiten, in denen die Notdienstpraxen nicht besetzt sind. Mit dieser impliziten Erweiterung des Versorgungsauftrages und der Belastung der Krankenhäuser muss zwingend eine adäquate und auskömmliche Finanzierung für deren ambulante Notfallleistungen einhergehen. Es kann nicht sein, dass die KV sich nur dann in der Pflicht sieht, wenn durch entsprechende Fallzahlen eine weitgehende Refinanzierung des Angebotes möglich ist, die teuren Randzeiten ohne adäquate Refinanzierung dann aber von den Kliniken erbracht werden sollen.

Änderungsvorschläge

- § 87 Abs. 2a Satz 21 wird wie folgt geändert:

  „Der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Absatz 5a beschließt **unter Berücksichtigung der spezifischen Kostenstrukturen der Notaufnahmen zugelassener Krankenhäuser** im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen Regelungen

1. für die Versorgung im Notdienst sowie in Notfällen nach § 76 Absatz 1 Satz 2,
2. für die Versorgung im Notdienst mit telemedizinischen Leistungen sowie
3. Zuschläge für die Gruppe der Versicherten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität eine besonders aufwändige Betreuung und Überwachung in der Notaufnahme eines ~~**Integrierten Notfallzentrums**~~ **Krankenhauses** ~~**nach § 123 Absatz 1 oder eines Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche nach § 123b Absatz 1**~~ bedürfen."

- In § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 8 wird nach dem Wort „Heimen" der Punkt durch ein Koma ersetzt und folgende Nr. 9 eingefügt: „**Leistungen nach § 87 Abs. 2a Satz 21 Nr. 1 bis 3**"

- In Artikel 1 Nr. 17 wird in § 123 ein neuer Absatz 3 eingefügt:

  „**Die Leistungen der Notaufnahmen und zentralen Ersteinschätzungsstelle der Integrierten Notfallzentren werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den nach § 123 zur Leistungserbringung bestimmten Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land jährlich als Budget vereinbart. Die Vergütung nach Satz 1 muss die Leistungsfähigkeit der Integrierten Notfallzentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten, die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses sind hierbei zu berücksichtigen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a KHG ihren Inhalt innerhalb von drei Monaten fest. § 295 Absatz 1b Satz 1 gilt entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen wird von den Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3 vereinbart**."

Ambulante Notfallbehandlung und Ersteinschätzung an nicht-INZ-Krankenhäusern

Positiv ist hervorzuheben, dass der vorliegende Referentenentwurf im Unterschied zum Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung der Vorgängerregierung in § 123c Abs. 1 SGB V (neu) Regelungen zur Teilnahme und Vergütung von Krankenhäusern ohne INZ-Status vorsieht. Denn es ist bis auf Weiteres davon auszugehen und auch nicht vermeidbar, dass sich trotz einer vorgesehenen Patientensteuerung weiterhin Hilfesuchende direkt an Krankenhäuser wenden werden, die im Rahmen der Standortplanung und -festlegung nicht den Status eines INZ erlangen. Diese Krankenhäuser werden mit der vorliegenden Regelung nicht von der ambulanten Notfallversorgung ausgeschlossen. Sie können unter bestimmten Bedingungen weiterhin an ihr teilnehmen, wenn Patientinnen und Patienten, die sich direkt und ohne Anruf bei der Akutleitstelle an diese Krankenhäuser wenden und eine Behandlungsbedürftigkeit vorliegt.

Leider lässt auch diese Regelung keine klare Linie erkennen. Sollen diese Krankenhäuser nun die ambulante Notfallbehandlung mit aufrechterhalten oder nicht? Statt einer klaren gesetzlichen Regelung werden unklare Aufgaben an den G-BA übertragen. Wieder soll dabei in die Abläufe von Krankenhäusern eingegriffen werden, die eine präklinische Fehlsteuerung erst nach Kontakt mit ihnen, also erst am Ende der Kette, steuern und Hilfesuchende an INZ verweisen sollen. Wieder soll Krankenhäusern eine Ersteinschätzung als Leistungserbringungsberechtigung aufgebürdert werden, für die es kein patientensicheres Instrument gibt. Ein bloßes Abweisen oder striktes Verweisen von Hilfesuchenden auf nahegelegene INZ kann nicht die richtige Lösung sein. Die medizinische Verantwortung für das Verweisen würde beim Krankenhaus liegen. Als Gegenleistung würden sie lediglich mit der Ersteinschätzung eine nicht auskömmliche Vergütung ihrer Leistungen erhalten.

Auch wenn direkte Kontakte mit einem nicht-INZ-Krankenhaus optimalerweise durch eine Notfallreform deutlich zurückgehen werden, muss hier weiterhin die Möglichkeit bestehen, Patientinnen und Patienten mit Behandlungsbedarf zu behandeln. Diese Fälle sind wie bisher auch über den EBM, aber nunmehr angemessen, zu vergüten. Um den gegenüber der vertragsärztlichen Versorgung erhöhten Kostenaufwand der Krankenhäuser bei der ambulanten Notfallversorgung abzubilden, müssen die bisherigen EBM-Vergütungssätze angepasst werden. Allerdings sieht der vorliegende Referentenentwurf dies nicht vor, etwa da die Vergütung ambulanter Notfallleistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung verbleibt. Darüber hinaus sind notwendige Zuschläge für Überwachung und Betreuung, die auch in diesen Einrichtungen bei unzumutbarer Verweisung vorkommen können, nicht berechnungsfähig.

Vollkommen unklar bleibt, ob und in welchem Umfang sich Krankenhäuser ohne Integriertes Notfallzentrum zu verhalten haben, wenn Hilfesuchende selbstständig nach vorherigem Kontakt mit der Akutleitstelle diese Einrichtungen aufsuchen, weil ihnen das Aufsuchen des nächstgelegenen Krankenhauses empfohlen wurde. Hier ist dringend klarzustellen, dass diese Fälle keiner Ersteinschätzung bedürfen und sich dies nicht nachteilig auf die Leistungsvergütung auswirken darf. Diese Fälle dürfen im Zuge der Abrechnung nicht mit überzogenen Begründungsanforderungen einhergehen.

Auch ist darauf hinzuweisen, dass in INZ eine Leistungsverdichtung erfolgen wird, sodass diese möglicherweise aus Kapazitätsgründen Patientinnen und Patienten in Krankenhäuser ohne INZ verweisen werden. Auch in diesem Fall muss eine Leistungserbringung und -vergütung gewährleistet sein. Die einer Versorgung nachgelagerte Abrechnung darf zudem nicht mit überzogenen Begründungsanforderungen einhergehen.

Statt einer Verweisung von Hilfesuchenden schlagen die Krankenhäuser zur Steuerung eine Eigenbeteiligung für Versicherte vor, die vorher nicht die Akutleitstelle kontaktiert haben und an einem nicht-INZ-Krankenhaus, oder aber auch an einem INZ vorstellig werden. Die Idee des vorliegenden Entwurfes, dass diese vorstellig werdenden Hilfesuchenden an ein INZ verwiesen werden bzw. sich bei INZ auf längere Wartezeiten einstellen sollen, soll zwar in dieser Form einen „Nachteil“ erbringen, dieser wird im Zweifel aber nicht deutlich spürbar sein. Eine Direkt-Zugangsgebühr wäre hingegen sofort spürbar und hätte das Potenzial, das GKV-System zu entlasten, indem Patientinnen und Patienten über den vorangehenden Kontakt zur Akutleitstelle direkt in die richtige Versorgungsebene gelenkt werden und auch ein bewussteres Empfinden für Notfälle und Nicht-Notfälle erhalten. Da diese Verwaltungsaufgabe den Krankenhäusern und INZ nicht zugemutet werden kann, und die Krankenkassen mit bereits existenten Instrumenten in Form von Zuzahlungsbefreiungen die wirtschaftliche und soziale Belastung ihrer Versicherten am besten berücksichtigen können, muss der Einzug bzw. die In-Rechnungstellung durch die Krankenkassen erfolgen. Eine Direkt-Zugangsgebühr hätte den Vorteil, dass die Patientenlenkung trotz fehlender ausreichend evaluierter Instrumente nicht den Krankenhäusern aufgebürdet werden muss, sondern über den Weg einer direkt spürbaren Sanktion die begrenzten Ressourcen des Gesundheitssystems a priori geschont werden.

Der Auftrag an den G-BA, die Ersteinschätzung mit dem Ziel einer Verweisung an INZ zu regeln, ist schon daher ersatzlos zu streichen. Auch hat sich nichts an der Sach- und Tatsachenlage seit dem Nichtzustandekommen der G-BA-Ersteinschätzungsrichtlinie gemäß § 120 Absatz 3b SGB V (alt) geändert. Insbesondere gibt es nach wie vor kein Instrument, welches das Verweisen von

Hilfesuchenden an Leistungserbringer außerhalb oder in nicht unmittelbarer Nähe des Krankenhausstandortes erlaubt und in Anforderungen einer untergesetzlichen Norm verankert werden kann.

Änderungsvorschläge

- §123c Absatz 1 ist wie folgt zu fassen:

  „Die Vergütung ambulanter Leistungen zur Behandlung von Notfällen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 setzt für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig einen Krankenhausstandort ohne Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, ~~**ab dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 2 Satz 4 Nummer 6 festgelegten Zeitpunkt voraus, dass eine Ersteinschätzung nach Absatz 2 Satz 1 durchgeführt wurde und diese ergibt, dass eine Verweisung an ein Integriertes Notfallzentrum im Einzelfall unzumutbar ist,**~~ **voraus, dass eine unmittelbare Behandlungsbedürftigkeit nicht ausgeschlossen werden kann**. Die Ersteinschätzung nach Absatz 2 Satz 1 kann als eine in § 28 Absatz 1 Satz 2 genannte Hilfeleistung erbracht werden. Die Vergütung der Ersteinschätzung bleibt davon unberührt.

- §123c Absatz 2 Satz 3 und zugehörige Regelungen in Satz 4 sind zu streichen. (In diesem Paragraphen sind insgesamt weitreichende Streichungen vorzunehmen, siehe hierzu nächster Abschnitt.)

Ersteinschätzung an INZ zur Festlegung der geeigneten Versorgungsebene

Es erschließt sich an dieser Stelle nicht, warum insbesondere nach einer Ersteinschätzung und Empfehlung durch die Akutleitstelle eine erneute Ersteinschätzung in INZ zur Festlegung der Versorgungsebene vorgesehen wird. Die Notfallreform definiert als eines der vorrangigen Ziele, dass Hilfesuchende nach einer telefonischen bzw. digitalen Ersteinschätzung durch die 116117 in die richtige Versorgungsebene gelenkt werden. Ist hierbei ein INZ als die richtige Versorgungsebene der Patientin/ dem Patienten mitgeteilt worden, trifft die Patientin/ der Patient im INZ ein. Eine weitere Ersteinschätzung zur Festlegung der differenzierten Versorgungsebene (vertragsärztlich oder Notaufnahme) innerhalb des INZ ist nicht erforderlich, sondern entspricht wieder einem vermeidbaren und unnötigen Doppelaufwand, der zu keinem höheren Patientennutzen führt. Zudem ist zu berücksichtigen, dass bei Menschen in psychischen Notlagen, aber auch bei Missbrauch oder anderen Gewaltvorkommnissen, Vertrauen und Sensibilität angezeigt ist, die durch das Erfordernis einer Mehrfacheinschätzung erheblich erschwert wird.

Gleichwohl muss natürlich eine Ersteinschätzung stattfinden, jedoch nicht zur Festlegung der Versorgungsebene, sondern zur Behandlungspriorisierung, was heute auch schon absoluter Standard in allen Notaufnahmen ist. Die Zusammenarbeit im INZ soll gemäß § 123c SGB V (neu) Kooperationsverträgen obliegen. Die Arbeitsteilung vor Ort wird auch stark davon abhängig sein, welche vertragsärztlichen Strukturen mit welcher Expertise am INZ-Standort zur Verfügung stehen. Deshalb sollten die Vertragspartner vor Ort gemeinsam festlegen und dies ggf. auch in ihren Kooperationsverträgen niederlegen, ab welcher Stufe der standortspezifischen Behandlungspriorisierungsinstrumente welche Struktur am INZ zuständig ist. Da der Entwurf richtigerweise vorsieht, dass die vertragsärztliche Struktur (Notdienstpraxis) am oder in unmittelbarer Nähe zum INZ-Standort zur Verfügung stehen muss, ist auch keine Patientengefährdung bei einer

fehlenden bundesweit standardisierten Ersteinschätzung zur Festlegung der Versorgungsebene zu befürchten.

Änderungsvorschlag

Der Auftrag an den G-BA, in der vorgesehenen Richtlinie des § 123c auch die Ersteinschätzung am INZ zu regeln, ist daher ersatzlos zu streichen.

Vergütung der Ersteinschätzung

Vorgesehen wird, dass der ergänzte Bewertungsausschuss Regelungen im EBM zur Vergütung der Ersteinschätzung zu beschließen hat, die unabhängig von der Weiterbehandlung zu vergüten ist. Grundsätzlich positiv ist, dass für die Ersteinschätzung eine gesonderte und von der weiteren Behandlung unabhängige Vergütung vorgesehen wird.

Während die Leistungen der ambulanten Notfallversorgung weiterhin der morbiditätsorientieren Gesamtvergütung zugewiesen werden (s. o.), bleibt für die zu beschließende Ersteinschätzungsvergütung offen, ob diese innerhalb oder außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzieren ist. Da § 87a SGB V im vorliegenden Referentenentwurf dies nicht vorsieht, ist davon auszugehen, dass die Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung verortet sein könnten. Dies wirkt sich aber kontraproduktiv auf die Beratungen und Ergebnisse des ergänzten Bewertungsausschusses aus, sodass eine entsprechende Klarstellung vorzunehmen ist, dass die Ersteinschätzungsvergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (dauerhaft) zu finanzieren ist.

Änderungsvorschlag

a) Nach § 123c Abs. 3 Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt: „**Die Leistung nach Satz 1 ist unter Berücksichtigung der spezifischen Kosten der Krankenhäuser zu beschließen und muss bei wirtschaftlicher Betriebsführung kostendeckend sein**.“

In § 87a Abs. 3 Satz 5 wird Nr. 10 eingefügt: „**Leistungen nach § 123c Abs. 3.**“

Festlegung von INZ-Standorten durch erweiterte Landesausschüsse

Neuregelungen in §§ 90, 123a und 123b SGB V

Der vorliegende Referentenentwurf sieht für die Standortfestlegung der Integrierten Notfallzentren vor, die Landesausschüsse um Vertreter der Krankenhäuser zu erweitern. Die erweiterten Landesausschüsse (eLA) nach § 90 Abs. 4a SGB V (neu) erhalten neben der Wahrnehmung der Aufgaben für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung damit weitreichende Aufgaben für die Einrichtung und den Betrieb von Integrierten Notfallzentren. Der eLA soll gemäß der §§ 123a und 123b SGB V (neu) die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser bestimmen, an denen INZ eingerichtet werden. Hierzu soll er im Vorfeld eine geeignete Planungsregion zur flächendeckenden Versorgung mit INZ festlegen. Bei Vorhandensein mehrerer geeigneter Standorte sollen beispielsweise „medizinisch relevante Fachabteilungen“ berücksichtigt werden. Auch soll beurteilt werden, ob „Notdienstpraxen unmittelbar in der Notaufnahme eingerichtet werden können“ (§ 123a Abs. 1 Satz 6 Nr. 2 und 3). Dabei bleibt unklar, mit welcher medizinischen Expertise und auf welcher Grundlage die Relevanz von Fachabteilungen festgelegt werden sollen. Auch ist unklar, inwiefern das „nicht können“-Kriterium im

Zusammenhang mit der Einrichtung von Notdienstpraxen gemeint ist. Eine objektiv nachvollziehbare Entscheidungsfindung ist damit von vornherein gefährdet.

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 Notfallversorgung, die durch die Etablierung einer weiteren Planungsebene mit eigenen Planungsregionen und Planungskriterien ausgehöhlt wird.

Erschwerend kommt hinzu, dass dem Land im eLA kein Stimmrecht zusteht. Nach § 90 Abs. 4 SGB V wirken die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in den (erweiterten) Landesausschüssen 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 eLA 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 eLA bei Überschreitung einer eingeräumten Nachfrist hat keine Relevanz.

Darüber hinaus ist zu erwarten, dass mit dieser durch paritätische Besetzung zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern scheinbar legitimierten Entscheidungsfindung aufgrund der Stimmrechtsverteilung der eLA Entscheidungen mit den Stimmen von KVen und Krankenkassen gegen das Votum der Krankenhäuser und auch gegen Entscheidungen der Krankenhausplanung des Landes getroffen werden können. In einer Reihe von öffentlichen Stellungnahmen haben die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen bereits kundgetan, die Anzahl der ambulanten Notfallstandorte in den Kliniken deutlich reduzieren zu wollen. Die eLA böte ihnen eine niederschwellige Möglichkeit, denn durch die vorgesehene Mehrheitsentscheidung könnte so über die Zukunft der Krankenhausstrukturen in Deutschland entschieden werden, ohne dass Krankenhäuser und Länder ein faktisches Mitspracherecht hätten. Das steht im absoluten Widerspruch zur verfassungsrechtlichen Länderzuständigkeit für die Krankenhausplanung.

Insgesamt ist die vorgesehene Neuregelung in § 90 Abs. 4a SGB V komplett zu streichen. Die Planung und Bestimmung von INZ ist durch den Krankenhausplanungs-Ausschuss auf Landesebene erforderlich, da die flächendeckende Planung von Krankenhausstrukturen dem Land obliegt. Als Grundlage für die Festlegungen könnten erforderliche Planungskriterien mit Empfehlungscharakter vom G-BA festgelegt werden, der hierfür die bedarfsplanerische Expertise vorweisen kann. Es ist nicht hinnehmbar, dass die Kompetenz zur Standortbestimmung der INZ sowie die Festlegung von Planungsregionen über die erweiterten Landesausschüsse, und damit in erster Linie von KVen und Kassen, erfolgen sollen.

Änderungsvorschlag

Die vorgesehenen Änderungen in § 90 SGB V werden gestrichen.

Evaluationen durch Kassenärztliche Vereinigungen

Der Entwurf sieht in mehreren Regelungen Berichtspflichten der KVen vor. So sollen sie die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen und der Akutleitstellen insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Arztterminen, auf die Weiterleitung in offene Sprechstunden, auf die Vermittlungsquote von telefonischen oder videounterstützten ärztlichen Beratungen oder von Leistungen des aufsuchenden Dienstes, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme, insbesondere die Gesamtanzahl der Anrufe, die Anzahl der angenommenen Anrufe, die durchschnittliche Wartezeit bis zur Annahme eines Anrufes und die Anzahl der abgebrochenen Anrufe sowie auf die Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst evaluieren (§75 Abs. 1e SGB V). Ebenso sollen sie den für die Sozialversicherung und den für die Krankenhausplanung zuständigen obersten Landesbehörden über die Versorgung in den Integrierten Notfallzentren im Hinblick auf Abweichungen von den in § 123a Absatz 2 Satz 5 genannten Öffnungszeiten der Notdienstpraxis, auf die Anzahl der Leistungserbringer nach Absatz 1 Satz 6 sowie der einbezogenen Kooperationspraxen und der eingerichteten INZ für Kinder und Jugendliche, auf die Anteile der Inanspruchnahme des INZ mit und ohne vorherigen Kontakt zur Akutleitstelle und auf die Anzahl der abgeschlossenen in § 12b Absatz 1 Satz 1 des Apothekengesetzes genannten Verträge sowie über die Auswirkungen auf die ambulanten Behandlungen in Notaufnahmen, die nicht über ein INZ verfügen, berichten (§ 123 Absatz 5). Auch die Berichtspflichten im Zuge der Kooperationen innerhalb der Gesundheitsleitstelle soll den KVen obliegen (§ 133a Absatz 5).

Berichtspflichten in alleiniger Verantwortung der KVen werden strikt abgelehnt. Bei allen vorgesehenen Berichtspflichten handelt es sich um Regelungen, bei denen die KVen als Adressaten der maßgeblichen gesetzlichen Pflichten fungieren und bspw. auch alleinig Auskunft zu Kooperationstatbeständen geben sollen. Die Evaluationen müssen vom Bundesgesundheitsministerium neutraler gestaltet und unabhängigen Institutionen überlassen werden. Eine Evaluierung durch die KVen ist hier nicht der zielführende Weg.

Notdienstpraxisversorgende Apotheken

Neuregelungen im ApoG und ApoBetrO

Die Änderungen des Apothekengesetzes (§§ 12b, 20, 25) und die damit zusammenhängenden Änderungen in der Apothekenbetriebsordnung werden abgelehnt.

Der Referentenentwurf sieht, wie auch schon der vorhergehende Gesetzentwurf der Vorgängerregierung, eine neue Form von öffentlichen Apotheken vor (sog. Notdienstpraxisversorgende Apotheken). Zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung von Patientinnen und Patienten der Notdienstpraxis während ihrer Öffnungszeiten hat gemäß § 123 Absatz 3 in Verbindung mit § 12b Abs. 1 S. 1 ApoG die zuständige Kassenärztliche Vereinigung gemeinsam mit dem Träger des Krankenhauses, mit dessen Notaufnahme die Notdienstpraxis ein INZ bildet, einen Vertrag mit dem Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke zu schließen. Die öffentliche Apotheke muss entweder in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis liegen oder als zweite Offizin mit Lagerräumen an dem Standort betrieben werden, an dem sich die Notdienstpraxis befindet.

Zunächst ist nicht nachzuvollziehen, aus welchen Gründen die Patientinnen und Patienten, die der Notaufnahme eines INZ zugewiesen wurden und eine Arzneimittelverordnung erhalten, von einer Versorgung mit Arzneimitteln durch die Notdienstpraxisversorgende Apotheke (zu deren Öffnungszeiten) ausgeschlossen werden. Wenn Krankenhäuser nach § 75 Absatz 1b Satz 11 (neu) zur Leistungserbringung im Rahmen des Notdienstes berechtigt sind und zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen sowie Arzneimittelverordnungen ausstellen dürfen, ist eine Ungleichbehandlung von Krankenhäusern im Hinblick auf die Arzneimittelversorgung der Notaufnahmepatienten nicht vertretbar.

Die Regelung wird jedoch grundsätzlich abgelehnt, da die Arzneimittelversorgung von Patientinnen und Patienten im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung durch den Apotheken-Notdienst sichergestellt werden kann; und dies ganz unabhängig davon, ob eine Notdienstpraxis geöffnet hat. Statt der Etablierung einer neuen Form von Apotheken sollten stattdessen die Regelungen zur Dienstbereitschaft der Apotheken überprüft und ggf. angepasst werden. Die parallellaufende Apothekenreform böte hierfür die geeignete Gelegenheit.

Die Ablehnung der Regelung basiert darüber hinaus darauf, dass die Regelung einen Eingriff in die Eigentumsrechte der Krankenhausträger bedeutet. Auch wenn die Regelung die Vorhaltung von Lagerräumen am Standort der Notdienstpraxis vorsieht, bedeutet das, dass auf dem Gelände des Krankenhauses, dessen Notfallambulanz am INZ beteiligt ist und auf dem die Notdienstpraxis ihren Standort hat, weitere Fläche zur Verfügung gestellt werden muss. Die Kapazitätsprobleme von Krankenhäusern haben sich durch die Pflicht zur erhöhten Bevorratung nach dem Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG) verschärft. Eine mit der Regelung einhergehende Pflicht zur Zurverfügungstellung von Flächen für eine zweite Offizin einer öffentlichen Apotheke mit Lagerräumen am Standort der Notdienstpraxis würde diese Problematik weiter verschärfen und den unnötigen Aufbau von Doppelstrukturen nach sich ziehen.

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