Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung – Anlage

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch			
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	Eine Überarbeitung des § 60 SGB V ist aufgrund der Überführung der Rettungsfahrten in einen neu geschaffenen § 30 SGB V sachgerecht. Positiv hervorzuheben ist aus Sicht der Krankenhäuser die im Zuge der Überarbeitung vorgesehene Ergänzung in Absatz 2 Satz 1 Nummer 2. Hiernach werden die Kosten für Krankentransporte oder Krankenfahrten bei Verlegung in ein anderes Krankenhaus von der Krankenkasse übernommen, wenn es der besonderen Mittel des Krankenhauses der höheren Stufe nicht oder nicht mehr bedarf und die dortigen Versorgungskapazitäten für andere Patientinnen und Patienten benötigt werden. Im Zuge der Umsetzung der Vorgaben aus dem KHVVG ist mit einer zunehmenden Anzahl von solchen Verlegungen zu rechnen, um die bedarfsgerechte Verfügbarkeit bzw. Nutzung spezialisierter Kapazitäten sicherzustellen. Die vorgesehene Ergänzung schafft flankierend die erforderliche Klarheit, dass die Kosten für diese Verlegungsfahrten von den Krankenkassen übernommen werden. Zu begrüßen ist auch die Regelung in Absatz 2 Nr. 5, wonach für Fahrten zu einem INZ die Entscheidung mittels digitaler standardisierter Abfrage einer ärztlichen Verordnung gleichgestellt wird. Dies stellt sicher, dass auch in diesen Fällen eine belastbare Grundlage für die Kostentragung vorliegt. Darüber hinaus sind jedoch auch Änderungen der in Absatz 2 vorgesehenen Regelungen erforderlich.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			1. § 60 Absatz 2 Nr. 2b) (neu) regelt die Kostenübernahme der Krankenkassen im Zuge einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements. Das Entlassmanagement unterstützt im Hinblick auf eine sektorenübergreifende Versorgung der Patientinnen und Patienten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. Das Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a SGB V organisiert somit die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. Nach § 39 Absatz 1a Satz 7 umfasst das Entlassmanagement auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt in seinen Richtlinien das Weitere zum Verordnungsrecht. Dieses Verordnungsrecht umfasst auch die Verordnung von Krankenhausbehandlung. Nach dem Rahmenvertrag Entlassmanagement ist die Verordnung von Krankenhausbehandlung im Rahmen des Entlassmanagements jedoch ausgeschlossen, da das Entlassmanagement dem Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung dient. Hiervon ausgenommen sind ausschließlich Fälle gemäß § 3 Absatz 3 der B-BEP-Abschlagsvereinbarung, der Beatmungsentwöhnung. Aus Sicht des Entlassmanagements ist der Begriff der Verlegung in § 60 Absatz 2 Nr. 2b) nicht zutreffend. Vielmehr muss hier von der Verordnung von Krankenhaushandlung ausgegangen werden. § 60 Absatz 2 Nr. 2b) ist somit zu streichen. Vielmehr ist eine Ergänzung zu Absatz 2 Nr. 1 vorzunehmen. **Änderungsvorschlag:** § 60 Absatz 2 Nr. 1 (neu) sollte wie folgt gefasst werden: „Fahrten zur stationären Behandlung, **auch im Falle einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a,**“

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			§ 60 Absatz 2 Nr. 2b) (neu) ist zu streichen. **2.** In § 60 Absatz 2 Nr. 3b) und 3c) (neu) muss klargestellt werden, dass neben den Fahrten zu einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in einer Vertragsarztpraxis auch die Fahrten zu den hierzu jeweils erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen sowohl im Krankenhaus als auch in der Vertragsarztpraxis übernommen werden. Der Verweis in § 60 Absatz 2 Nr. 3c auf die in § 115a Absatz 2 Satz 1 bis 3 genannten Fristen geht in Bezug auf Ambulante Operationen in Leere, da der AOP-Vertrag eigene Fristen vorsieht. Der Verweis auf die Fristen ist demnach zu streichen. **Änderungsvorschlag:** „3. Fahrten zu a) einer vor- oder nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach § 115a, b) einer ambulanten Operation im Krankenhaus nach § 115b **einschließlich der hierzu erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen** oder c) einer ambulanten Operation in einer Vertragsarztpraxis einschließlich der hierzu erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen, ~~jeweils innerhalb der in § 115a Absatz 2 Satz 1 bis 3 genannten Fristen,~~ wenn dadurch eine aus medizinischen Gründen erforderliche vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Absatz 1 vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese nicht ausführbar ist,“ **3.** Ferner ergibt sich in § 60 Absatz 2 Nr. 3 eine Regelungslücke im Hinblick auf Hybrid-Leistungen gemäß § 115f SGB V. Während die Krankenkasse nach Nr. 3b) und 3c) die Kosten für Krankentransporte und Krankenfahrten zu einer ambulanten Operation

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			sowohl im Krankenhaus als auch in einer Vertragsarztpraxis übernimmt, wird die Kostenübernahme von Fahrten zu ambulant oder stationär erbringbaren Leistungen des Hybridkatalogs (Leistungen nach § 115f SGB V) nicht geregelt. Daher sollte in § 60 Absatz 2 eine weitere Regelung aufgenommen werden, die die Kostenübernahme von Krankentransporten und Krankenfahrten zu Vertragsärzten und Krankenhäusern im Falle der Erbringung von Hybrid-Leistungen regelt. Die für den Leistungsbereich des § 115f SGB V geltenden Regularien sehen allerdings vor, dass die Hybrid-Leistungen bereits nach Abschluss der Indikationsstellung und Überprüfung der Operationsfähigkeit mit der Einleitung der Maßnahmen zur Operationsplanung und -vorbereitung beginnen. Im Gegensatz zur Regelung in § 60 Absatz 2 Nr. 3b) und 3c), wonach die Fahrten zu ambulanten Operationen einschließlich der hierzu erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen übernommen werden, sind in § 60 Absatz 2 Nr. 4 (neu) daher bei den Fahrten zu Behandlungen gemäß § 115f SGB V nur Fahrten zu den hierzu erforderlichen Nachbehandlungen einzuschließen. Nach § 60 Absatz 2 Nr. 3 sollte daher eine neue Nr. 4 eingefügt werden. **Änderungsvorschlag:** **„4. Fahrten zu** **a) einer Behandlung gemäß § 115f SGB V (Hybrid-Leistung) im Krankenhaus oder** **b) einer Behandlung gemäß § 115f SGB V (Hybrid-Leistung) in einer Vertragsarztpraxis** **einschließlich der hierzu erforderlichen postoperativen Nachbehandlung,“** Die bisherigen Nummern 4 und 5 des Absatzes 2 werden zu Nummern 5 und 6.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
6	§ 75	Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung • Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung • Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge	(Grundsätzliche Bewertung siehe Hauptdokument) Rolle des aufsuchenden Dienstes Die Sicherstellung eines verlässlichen aufsuchenden Dienstes wird von den Krankenhäusern begrüßt, sind sie doch oftmals mit Situationen konfrontiert, dass bspw. ältere Heimbewohner vom Rettungsdienst in Notaufnahmen gefahren werden, weil eine medizinische Versorgung vor Ort nicht gewährleistet ist bzw. zu aufwändig erscheint, obwohl augenscheinlich keine stationäre Bedürftigkeit vorliegt. Dieses Problem lässt sich aber nur lösen, wenn dem aufsuchenden Dienst kein Nachrang-Prinzip nach den Integrierten Notfallzentren (INZ) eingeräumt wird, sondern als vorgeschaltete Option zur Entlastung von INZ fungiert. Hier ist die beabsichtigte Regelung in § 75 Abs. 1b Satz 5 Nr. 3 („nicht anderweitig erbracht werden kann“) nicht ausreichend. **Änderungsvorschlag** § 75 Abs. 1b Satz 5 Nr. 3 SGB V wird wie folgt gefasst: „einen 24 Stunden täglich verfügbaren aufsuchenden Dienst für Fälle, in denen die Versorgung nach Satz 1 nicht anderweitig erbracht werden kann **oder das Aufsuchen eines Integrierten Notfallzentrums vermieden werden kann.“** Neue Verordnungsbefugnis im Notdienst Durch die Neuregelung in Absatz 1b in Verbindung mit § 123 (neu) werden zugelassene Krankenhäuser, die als Standorte von INZ bestimmt wurden und die mit den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen Kooperationsvereinbarungen schließen, den Notdienstpraxen des vertragsärztlichen Bereiches im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung im Hinblick auf das Ausstellen von

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Arzneimittelverordnungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen gleichgestellt. Diese für Notfallambulanzen im Rahmen eines INZ grundsätzlich positiv zu bewertende Regelung greift jedoch nicht weit genug. Eine notdienstliche Akutversorgung muss auch die Verordnung von Hilfsmitteln ermöglichen. Patientinnen und Patienten, die zum Beispiel aufgrund von Verletzungen die Notfallambulanz des INZ aufsuchen, die dem Fachgebiet der Orthopädie zuzuordnen sind, sollten neben einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und einer Arzneimittelverordnung auch eine Verordnung für Hilfsmittel erhalten können. Auch eine Hilfsmittelverordnung kann eine unaufschiebbare erforderliche Maßnahme im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung sein. **Änderungsvorschlag** § 75 Absatz 1b Satz 3 (neu) sollte daher um die Verordnungsmöglichkeit von Hilfsmitteln ergänzt und wie folgt gefasst werden: „**Im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung kann auch die Feststellung und Erstbescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit sowie die Verordnung von Arzneimitteln und Hilfsmitteln erfolgen**.“ Fehlende Berücksichtigung psychiatrischer Notsituationen Psychiatrische Notfälle und psychische Krisen stellen einen nicht unerheblichen Anteil bei der Inanspruchnahme von Notfallversorgung dar. Häufig erkennen Betroffene oder ihre Angehörigen die psychische Notsituation selbst nicht oder nicht ausreichend, sodass der psychiatrische Notfall unerkannt bleibt. Andererseits wird oft zu schnell in ein Krankenhaus weitergeleitet mit dem erhöhten Risiko, einer (vermeidbaren) stationären Behandlung. Zudem ist es Menschen in psychischen Krisen nicht zumutbar, verschiedenen möglichen Beteiligten und Institutionen des

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Hilfesystems, die eigene Notlage mehrfach darzustellen. Auch bestehen grundsätzliche Herausforderungen dahingehend, dass es nahezu unmöglich erscheint, mit einem einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahren gleichermaßen somatische und psychische Notfälle adäquat einzuordnen. Somit ist es erforderlich, dass in der notdienstlichen Akutversorgung und den Akutleitstellen psychiatrische Basiskompetenz vorhanden ist. Ferner sind in einigen Bundesländern bestehende Strukturen einer spezialisierten psychiatrischen und psychosozialen Krisenhilfe einzubeziehen und eine flächendeckende bundesweite Etablierung ebendieser zu unterstützen. **Änderungsvorschlag** In § 75 Abs. 1c SGB V (neu) wird ein neuer Satz 4 eingefügt: „**Den besonderen Bedarfen psychisch erkrankter Menschen ist durch die Sicherstellung psychiatrischer Basiskompetenzen Rechnung zu tragen**.“
7	§ 76	Folgeänderung zu § 75 SGB V	Die Folgeänderung greift die mit dem Referentenentwurf vorgesehene Trennung zwischen Terminservicestelle und Akutleitstelle auf. Durch die Anpassung in § 76 Abs. 1a Satz 2 werden bislang weitere Inanspruchnahmen, die zur Sicherung oder Festigung des Behandlungserfolges dienen und auf einer Vermittlung durch die Terminservicestelle beruhen, gestrichen. Damit sind nach einer Akutversorgung Leistungen aufgrund einer Verletzung nicht mehr durch die erstbehandelnde Einrichtung erbringbar, sondern die Versicherten müssen nunmehr eine vertragsärztliche Versorgung eigenständig initiieren. Allerdings ist an Wochenenden oder aber auch zu Feiertagszeiten eine medizinisch notwendige Nachbehandlung (bspw. eine Wundkontrolle und/ oder eine Wundversorgung) damit

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			nicht mehr möglich, sodass sich die vorgesehene Regelung negativ auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten auswirkt. **Änderungsvorschlag**: In Artikel 1, Nr. 7 wird die vorgesehene Änderung in Buchstabe b) **gestrichen**.
9	§ 87a	Folgeänderung zu § 75 SGB V	Vorgesehen ist eine Anpassung der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzierenden Leistungen. Gemäß der vorgesehenen Neuregelung sind Leistungen im Behandlungsfall dann außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzieren, wenn diese entweder aufgrund eines Vermittlungsersuchens nach § 75 Abs. 1a Satz 5 Nr. 1 erfolgen (Vermittlung Behandlungstermin) oder wenn eine Vermittlung durch die Akutleitstelle in eine geeignete Versorgungsebene erfolgte. An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass die Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Vermittlung der Akutleitstelle erfolgen, unabhängig vom Ort der Inanspruchnahme außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzieren sind, also entweder in der Vertragsarztpraxis zu Sprechstundenzeiten, in der Notdienstpraxis aber auch in den Notaufnahmen. Unklar ist jedoch das Zusammenspiel zwischen Vermittlung durch die Akutleitstelle einerseits und Ersteinschätzung andererseits, wenn durch die – trotz vorliegendem Nachweis der Akutleitstelle – Notaufnahmen eine erneute Ersteinschätzung durchzuführen haben. Folge könnte sein, dass damit die vorgesehenen Vergütungsregelungen unterlaufen werden. Zu begrüßen ist, dass der Referentenentwurf vorsieht, dass das Nähere zum Nachweis einer Vermittlung durch die Akutleitstelle vorzusehen ist, sodass die in diesem Punkt aktuell ungenügende gesetzliche Regelung in Bezug auf die extrabudgetäre Vergütung

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			bei Akutfallvermittlung durch Terminservicestellen einer Regelung zugeführt wird. Da der Regelungsentwurf aber keine Frist setzt, ist diese im Sinne der Verbindlichkeit festzulegen. **Änderungsvorschlag** In § 123 Abs. 2 Satz 8 wird nach dem Wort „Bundesmantelvertrag“ eine Datumsangabe eingesetzt **„[…] (einsetzen: drei Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes)**“.
10	§ 90	Standortbestimmung für INZ durch erweiterten Landesausschuss	(Grundsätzliche Bewertung siehe Hauptdokument) Im neuen Absatz 4a wurden die bisher unter § 116b Absatz 3 SGB V verorteten Vorgaben zur Zusammensetzung, Arbeitsweise und Finanzierung der eLA übernommen. Unklar bleibt, welche neuen Aufgaben genau durch die eLA übernommen werden sollen, da der neu gefasste § 123 SGB V keinen Absatz 6 enthält, auf den diesbezüglich verwiesen wird.
16	§ 120	• Klarstellung zur Vergütung in den Notdienst einbezogener Ärzte aus Gesamtvergütung • Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie (Folgeänderung zu § 123c)	Klargestellt wird, dass nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser und Ärztinnen/ Ärzte, die aufgrund einer Kooperationsvereinbarung in den Notdienst einbezogen sind, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der Gesamtvergütung vergütet werden. Unklar bleibt, aus welchem Grund zugelassene Krankenhäuser, die nicht aufgrund einer Kooperationsvereinbarung in den Notdienst einbezogen sind, aber dennoch im Bedarfsfall für Hilfesuchende, die die Notaufnahme eines solchen Krankenhauses aufsuchen, gemäß § 123c Abs. 1 SGB V (neu) bei unzumutbarer Weiterleitung an ein INZ Leistungen erbringen können und damit subsidiär vertragsärztlich tätig werden,

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			nicht in diese Regelung aufgenommen werden. Zur Klarstellung sind diese Einrichtungen in § 120 Abs. 1 SGB V aufzunehmen. Da seitens der Krankenhäuser vorgeschlagen wird, die Vergütung der Leistungen der Notaufnahmen sowie der zentralen Ersteinschätzungsstellen über ein jährlich zu verhandelndes Budget abzubilden und die Vergütung direkt gegenüber den Krankenkassen erfolgen soll (Direktabrechner), unterliegen die Leistungen der INZ nicht der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Darüber hinaus liegt im vorliegenden Referentenentwurf ein Verweisfehler vor, da nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser und Ärzte, die aufgrund einer Kooperationsvereinbarung in den Notdienst einbezogen sind und damit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen in § 75 Abs. 1b Satz 11 SGB V (neu) genannt werden. **Änderungsvorschlag** Artikel 1, Nr. 16, Buchstabe a) wird wie folgt gefasst: In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 75 Absatz 1b Satz 2“ durch die Angabe „§ 75 Absatz 1b Satz **11 und § 123c Absatz 1**“ ersetzt.
17	§ 123	Integrierte Notfallzentren (INZ) • Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion • Notaufnahme, Notdienstpraxis, Ersteinschätzungsstelle - optional Kooperationspraxis / statt	(Grundsätzliche Bewertung siehe Hauptdokument) (Im Hinblick auf die Verordnungsbefugnis im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung wird auf die Ausführungen zu § 75 verwiesen.) Digitale Fallübergabe In § 123 Abs. 1 Satz 8 wird eine zeitlich nahtlose Fallübergabe zwischen dem Integrierten Notfallzentrum und der Kooperationspraxis gefordert. Daneben wird mit

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		Notdienstpraxis MVZ oder Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Nähe • Ersteinschätzung und Steuerung innerhalb des INZ, gegenseitige Datenübermittlung • Versorgungsvertrag mit Apotheken • Telemedizinische Anbindung an Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie • Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung von INZ	§ 133a im Notfallgesetz gefordert, dass die Teilnehmer der Rettungskette an die Telematikinfrastruktur angebunden werden. Es muss klargestellt werden, dass dem INZ und der Kooperationspraxis keine Nachteile erwachsen, wenn die Telematikinfrastruktur die Anforderungen an eine zeitlich nahtlose Fallübergabe vorübergehend nicht erfüllt. Zu Absatz 2 Teil 1 (Sätze 1-6) Zur Fallübergabe zwischen Ersteinschätzungsstelle/ Notaufnahme und KV-Notdienstpraxis sowie Kooperationspraxis und Leitstelle sowie für die Abspeicherung in der ePA der behandelten Person und die Verwendung in der Leitstelle ist eine einheitliche Datenstruktur zu verwenden, die im Wege der TI übermittelt wird. Zu Absatz 2 Teil 2 Satz 7 Wie bereits zu Punkt 6 ausgeführt, ist eine Vernetzung von Notaufnahmen mit der Rettungsleitstelle 112 sinnvoll. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Übergabe von Dokumenten, die auf telefonischen Befragungen der Leitstellen beruhen, prinzipiell keine durchgehend verlässliche, interoperable Abbildung von Personenmerkmalen ermöglichen kann. Mangelnde Ansprechbarkeit der Patientinnen und Patienten, fehlende Sprachkenntnisse oder schlechte akustische Verhältnisse des Anrufs, während der Patient/ die Patientin bzw. der Anrufer/ die Anruferin oft unter hohem Stress steht, werden dazu führen, dass nach Übergabe an einen anderen Kommunikationsteilnehmenden eine Zuordnung von Dokumenten zu einem vorbestehenden Fall oder Personenstammdaten mit hohen Unsicherheiten behaftet ist und daher nicht automatisiert sondern händisch erfolgen muss.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Wichtig ist eine solche Zuordnung insbesondere dann, wenn während der Rettungsfahrt bereits Aufzeichnungen telemetrischer Untersuchungen vorliegen oder Angaben zur Schwere des Falles eine Vorbereitung im Krankenhaus erfordert (z. B. Polytrauma → Schockraum). Auf der Grundlage einer Ersteinschätzung in der ALS in der INZ eine theoretische Priorisierung durchzuführen, die sich ohnehin nur auf vergleichbare Patienten beziehen kann, ist nicht praxisgerecht. Der erforderliche Aufwand hierfür ist im Vergleich zu dem i. A. gering zu erwartenden Nutzen unverhältnismäßig. **Änderungsvorschlag** Satz 7 entfällt. Zu Absatz 4 In § 123 Abs. 4 bleibt unklar, wie ein Integriertes Notfallzentrum die telemedizinische oder telefonische Unterstützung durch Fachärzte gewährleisten soll. Vorgaben zum Aufbau entsprechender Telemedizinischer Zentren sind im Referentenentwurf nicht enthalten und sollten ergänzt werden.
	§ 123c	Ersteinschätzung • Vergütung ambulanter Behandlung für Krankenhäuser ohne INZ nur noch nach Ersteinschätzung, die die Unzumutbarkeit einer Verweisung an INZ festgestellt hat • Richtlinie des G-BA zu Vorgaben für standardisierte digitale Ersteinschätzung	(Grundsätzliche Bewertung siehe Hauptdokument) Verordnungsrecht für nicht-INZ-Notaufnahmen Wie in § 75 (neu) ausgeführt, sollte das Verordnungsrecht für Notaufnahmen innerhalb eines INZ ausgeweitet werden. Für Notfälle im Sinne des § 76 Absatz 1 Satz 2 und somit für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig einen Krankenhausstandort ohne INZ aufsuchen und deren Verweisung an ein INZ unzumutbar ist, ist dieses ärztliche Verordnungsrecht nicht vorgesehen. Im Falle einer nichtzumutbaren Verweisung an

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Richtlinie regelt auch Mindestausstattungsanforderungen für Notdienstpraxen • Berichtspflicht G-BA zu Auswirkungen der Ersteinschätzung • EBM für Ersteinschätzung	ein INZ wird jedoch ein dringendes Behandlungserfordernis durch das ärztliche Personal des Krankhausstandortes ohne INZ festgestellt. Die Notaufnahme übernimmt mit der aus ärztlicher Sicht dringenden Behandlung des Hilfesuchenden eine Aufgabe, die der notdienstlichen Akutversorgung und somit dem Sicherstellungsauftrag, § 75 Absatz 1b Sätze 1 und 2 (neu), unterfällt. In diesen Fällen sind diese Krankenhausstandorte ohne INZ denen mit INZ gleichzustellen. Unabhängig davon, dass eine Verweisungspflicht an INZ abgelehnt wird (siehe grundsätzliche Bewertung im Hauptdokument), ist den Krankenhausstandorten ohne INZ in Fällen des § 123c Absatz 1 Satz 1 (neu) insofern das Verordnungsecht in demselben Umfang einzuräumen wie den Krankenhausstandorten ohne INZ. § 123c Absatz 1 (neu) sollte somit um einen Satz 4 ergänzt werden, in dem das Verordnungsrecht auf bei Fällen der unzumutbaren Verweisung von Patientinnen und Patienten an ein INZ gegeben ist. **Änderungsvorschlag:** § 123c Absatz 1 ist um einen Satz 4 zu ergänzen: **„Ist eine ambulante Notfallbehandlung erforderlich, findet das Verordnungsrecht im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung nach § § 75 Absatz 1b Satz 3 Anwendung.“**
18	§ 133a	Gesundheitsleitsystem • Kooperationsvereinbarung zwischen Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116117 auf Antrag der Rettungsleitstelle	Es sollte klargestellt werden, dass ergänzend zur Verwendung der Telematikinfrastruktur eine direkte Verbindung zwischen INZ und Kooperationspraxis aufgebaut werden kann, um die Notfallversorgung unabhängiger von der Telematikinfrastruktur durchführen zu können, z. B. bei einem Ausfall der Telematikinfrastruktur.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Verbindliche Absprache, wer welche Fälle übernimmt, und Abstimmung der Abfragesysteme • Medienbruchfreie Übergabe von Fällen und Daten • Schnittstelle durch KBV zur Verfügung zu stellen • Gemeinsames Qualitätsmanagement der Kooperationspartner • Vermittlung von Krankentransporten und medizinischen komplementären Diensten sowie sonstigen komplementären Diensten für vulnerable Gruppe oder krisenhafte Situationen • Bericht KBV zu Entwicklung der Gesundheitsleitsysteme	**Änderungsvorschlag:** In § 133a Abs. 2 wird ein neuer Satz 8 wie folgt eingefügt: „**INZ können mit Kooperationspraxen und mit weiteren Kommunikationspartnern ergänzende Schnittstellen umsetzen, die eine Datenübertragung unabhängig von der Telematikinfrastruktur gewährleisten**.“
	§ 133b	Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung • Gremium bei GKV-SV, paritätisches Stimmgewicht zwischen GKV-SV und Ländervertretern, nicht stimmberechtigte Vertreter von Spitzenverbänden der Leistungserbringer und Fachverbänden und Fachgesellschaften sowie BMG	Zu Absatz 1 und 2 Das Gremium für Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung soll primär durch den Bereich der Krankenkassen gesteuert werden, die nach Satz 5 lediglich einzelne Vertreter von Leistungserbringerorganisationen hinzuziehen. Diese Art der Besetzung durch fachfremde Vertreter ist in einem hochkomplexen Themenbereich – wie der medizinischen Notfallrettung – stellt in Frage, wie weit hier praxistaugliche Vorgaben resultieren können.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Fachliche Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung; bei Nichtzustandekommen Ersatzvornahme BMG • Empfehlungen zur Übermittlung der Daten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung, Rechtsverordnung durch BMG • Spezifikationen für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation unter Beteiligung von KBV, DKG und KIG, Rechtsverordnung durch BMG	Zu Absatz 3 Insbesondere die Vorgaben für den Einsatz von digitalen Lösungen (Punkte 1-3, 6-8) und Kapazitätssurveillance-Themen (Punkt 6) sind nicht geeignet, von Gremienmitgliedern festgelegt zu werden, die mehrheitlich keinen hinreichenden fachlichen Hintergrund haben und incentiviert sind, Vorgaben zu erteilen, die großzügig mit dem dafür erforderlichen Erfassungsaufwand umgehen. Die Erfahrung zeigt, dass einseitig besetzte Gremien sowohl den inhaltlichen Aufwand für Einführung, Betrieb und Eingabe als auch deren Kosten kleinrechnen. Dies gilt zumal dann, wenn ein hoher Detaillierungsgrad der Angaben und die Komplexität der Vorgaben geeignet sind, Rechnungen für die fraglichen Leistungen zu kürzen. Wichtiger noch als die strikte Beschränkung des Datenkranzes für Kapazitätsauswertungen auf bereits jetzt flächendeckend erhobene Formen standardisierter Routinedaten ist es, auch Ausleitungsschnittstellen und Berichtspflichten auf eine systematische Nutzung natürlich vorhandener Datenquellen (Processmining) zu betreiben. Zu Absatz 4 Eine Stellungnahme nach Abs. 4 ist kein geeignetes Mittel, die resultierende zusätzliche Rettungsbürokratie, die durch die Besetzung des Gremiums gebahnt wird, geeignet einzudämmen. Zu Absatz 7 Das Vorgehen, einseitig durch fachfremde Personen erzeugte Spezifikationen im Nachhinein einem Einvernehmen zuzuführen, ist in Anbetracht der Besetzung des Gremiums nicht geeignet, hinreichend praxisgerechte Lösungen zu erzeugen.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Änderungsvorschlag: § 133b Abs. 1 wird folgender Satz angefügt: **„Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Landeskrankenhausgesellschaften entsenden jeweils einen Vertreter.“**
	§ 133c	Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende digitale Notfalldokumentation für alle Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätennachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung • Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme	Zu Absatz 1 Zu berücksichtigen ist bei allen Dokumentationen der Leitstellen, dass eine Personenidentifikation am Telefon nicht immer zuverlässig erfolgen kann. Eine digitale Notfalldokumentation kann daher nicht anhand rein personenbezogener Merkmale wie Namen und Adressdaten übergeben werden. Zur Identifikation einer nicht personensicheren Notfalldokumentation bedarf es daher geeigneter prozessübergreifend einheitlicher Festlegungen von Datenstrukturen, um eine schnelle Übergabe in zeitkritischen Situationen zu ermöglichen. Derartige Festlegungen können nicht einseitig von der gematik getroffen werden, sie bedürfen des Einvernehmens mit KBV und DKG. Zu Absatz 2 Die Verpflichtung der Krankenhäuser, in Echtzeit einen Versorgungskapazitätennachweis zu erbringen, setzt technisch in der Praxis ein von Leitstellen, KV-Notdienst und Krankenhaus gemeinsam genutztes System voraus. Dies ist weder aus Gründen der Resilienz (single point of failure) noch organisatorisch-technisch wünschenswert oder machbar. Wird kein gemeinsames System verwendet, bedeutet eine Echtzeitdatenübertragung einen sehr hohen Ressourcenaufwand, da jeder Eingabe- und Speichervorgang eine aktive Übertragung auslösen muss. Scheingenauigkeiten von Kapazitätsnachweisen,

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			die aufgrund von Eingabeverzögerungen nicht der tatsächlichen aktuellen Versorgungslage entsprechen, sind nicht hilfreich. Im Falle eines Massenanfalls von Verletzten ist in der Praxis mit solchen Zeitverzügen bei der Eingabe zu rechnen. Eine unverzügliche Datenübermittlung wäre daher realistischer und sachgerecht. Die Frage der in einer Notaufnahme verfügbaren Ressourcen, die in einem Versorgungskapazitätennachweis abgebildet werden sollen, ist nicht hinreichend geklärt und hängt von zahlreichen Faktoren außerhalb der Notaufnahme ab (u. a. Auslastung OP, Verfügbarkeit von Bettenkapazität auf Station, Personalkapazität). Diese Faktoren interagieren oftmals, so können bestimmte Fachärzte entweder auf Station, im OP oder in der Notaufnahme eingesetzt werden, dürfen aber als Ressource keinesfalls als für alle drei Bereiche verfügbar betrachtet werden. Im Rahmen der Diskussion zur Krankenhaus-Kapazitätssurveillance des RKI wurde daher diskutiert, inwieweit eine Kapazitätenbetrachtung von Krankenhäusern nicht grundsätzlich von einer Vollauslastung des Hauses und von im Krisenfall erfolgenden Verschiebungen des Spektrums der Behandlungen betrachtet werden sollte. Dies gilt für langfristige Änderungen des Behandlungsspektrums, wie z. B. während der Corona-Pandemie, genauso wie für kurzfristige Umschichtungen aufgrund von akuten Krisenlagen. Insbesondere wird die erforderliche Datengrundlage nicht festgelegt. Werden für den Kapazitätsnachweis Daten aus mehreren Systemen für einen Kapazitätsnachweis benötigt, steigert dies den Aufwand für Einreichung und Betrieb eines Echtzeitnachweises abermals, ohne damit notwendigerweise die Datenqualität zu steigern. Zugleich gibt es zahlreiche weitere Vorhaben und Interessen, Kapazitätsdaten aus Krankenhäusern abzufragen, etwa zum Zweck des Managements von pandemischen Krisensituationen oder in innen- oder außenpolitischen Krisensituationen. Alle diese

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Vorhaben treten mit der Forderung absoluter Datengenauigkeit und Verfügbarkeit an die Krankenhäuser heran, ohne dass bislang eine Abstimmung der Normgebung zu diesen Vorhaben erkennbar ist. Sie werden – alleine schon aus Datenschutzgründen – bislang i. A. separat vorangetrieben und erzeugen damit einen multiplen Aufwand, obwohl die erfassten Daten in gemeinsamen Strukturen ermittelt werden könnten. Eine solche Datenstrategie, die maßgeblich auf bereits existierende Datenstrukturen (Routinedaten) und Extraktionsmechanismen setzen muss, bedarf eines abgestimmten, übergeordneten Vorgehens, das moderne Ansätze wie Process Mining und die Nutzung von Surrogatparametern mit einschließt. Gerne steht die DKG auch hierzu für Gespräche zur Verfügung. Bis dahin wird empfohlen, Absatz 2 in einem späteren Gesetzesvorhaben, in dem ein datenstrategischer Ansatz berücksichtigt werden kann, umzusetzen. Zu Absatz 3 Gemäß § 133c Abs. 3 soll das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) Vorgaben für die Informationssicherheit der Integration in Krankenhaus-Notaufnahme-Systeme im Einvernehmen mit der Gesellschaft für Telematik festlegen. Weil die gematik und das BSI bei entsprechenden Festlegungen erfahrungsgemäß die Sicherheit der TI fokussieren und z. B. den Malware-Schutz vor einer Übermittlung an ein Krankenhaus nicht ohne weiteres mit einplanen, ist zusätzlich ein Einvernehmen mit der DKG vorzusehen. **Änderungsvorschlag** § 133c Abs. 3 Satz 1 wird wie folgt geändert: „Die Gesellschaft für Telematik hat bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des zweiundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] Vorgaben zur

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Interoperabilität der Informationssysteme nach Absatz 2 Satz 1 und im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, **der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung** Vorgaben zur Informationssicherheit festzulegen.“
	§ 133d	Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form durch Datenstelle beim GKV-SV	Gemäß § 133d Abs. 1 soll der GKV-Spitzenverband das Nähere zur Übermittlung in einer Richtlinie bestimmen. Die Richtlinie darf nicht nur auf die Anforderungen der Qualitätssicherung ausgerichtet sein. Es muss ebenso berücksichtigt werden, ob sich die geforderten Daten ohne manuelle Arbeiten anonymisieren lassen. Die Richtlinie muss im Einvernehmen mit der DKG festgelegt werden. **Änderungsvorschlag** § 133d Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt geändert: „Das Nähere zur Übermittlung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen **und die Deutsche Krankenhausgesellschaft** in einer Richtlinie.“
	§ 133e	Verpflichtender Anschluss an TI für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung und Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten, Finanzierungsvereinbarung von GKV-SV, PKV-Verband sowie maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene	Neben den in § 133 Abs. 1 erfassten Leistungserbringer müssen z. B. auch die Krankenhäuser neue Schnittstellen integrieren und haben damit neue Ausstattungs- und Betriebskosten. **Änderungsvorschlag**: In § 133e Abs. 3 sollte zur Klarstellung der folgende Satz 3 angefügt werden: „**Der Erstattungsbedarf der Krankenhäuser für den Bereich der stationären Versorgung sowie die Notfallversorgung ohne Kooperationsvertrag mit einer KV wird in der Finanzierungsvereinbarung der DKG mit dem GKV-SV abgebildet.“**

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 133f	Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung • Finanzierung von Investitionen in digitale Infrastruktur von 2027 bis 2031 aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes • Abwicklung durch GKV-SV, Richtlinie im Benehmen mit den Ländern zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen • Bezeichnete Investitionen können ausschließlich über diesen Weg gefördert werden	Bereits mit dem KHZG wurden verschiedene Datenübermittlungsprojekte im Bereich der Notfallrettung gefördert und die Beantragungsphase durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) begleitet. Zur Wahrung der Kontinuität sollte hier wieder auf die bewährte Begleitung durch die DKG und hier ergänzend die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zurückgegriffen werden. **Änderungsvorschlag:** § 133f Abs. 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst: „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erlässt **im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung** bis zum 30.06.2027 im Benehmen mit den Ländern unter der Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 133b Absatz 3 eine Richtlinie, die nähere Vorgaben und Bestimmungen zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen enthält.“
22	§ 302	Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Datenübermittlungspflicht	Die Verwendung einer eineindeutigen Fallidentifikationsnummer in der Datenübermittlung nach § 302 SGB V muss wie im Folgenden dargelegt, auf die Funktion der Rechnungslegung beschränkt bleiben. Eine Eineindeutigkeit bedeutet, dass die fragliche Nummer in der Praxis nicht zur Übergabe und Identifikation der behandelten Person zwischen Leitstelle und INZ geeignet ist: Die Person wird in der Leitstelle nicht notwendigerweise sicher mit Personenangaben dokumentiert werden können. Sprachliche oder akustische Barrieren können einerseits bei der Datenerfassung zu Verwechslungsgefahr führen, andererseits muss das INZ den Patienten identifizieren und dessen Fall mit den zugehörigen Daten aus der Leitstelle zusammenführen. Die

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Person muss nach § 123c Abs. 2 in praktikabler Weise dem INZ glaubhaft machen können, dass eine Ersteinschätzung der ALS bereits erfolgte. Eine bundesweit eineindeutige Nummer, die mindestens 10-stellig sein müsste, ist daher nur für Abrechnungszwecke geeignet, nicht für die Zuordnung bei Fallübergabe, wenn die Personendaten mit Unsicherheiten behaftet sind. Hier wäre also eine kurze, gesonderte Identifikationsnummer (etwa in Verbindung mit dem Geburtsdatum) zu verwenden. Eine bundesweit eineindeutige Fallidentifikationsnummer kann zudem je Leistungserbringer von Rettungsfahrten nur von einer zentralen Stelle in Form von Nummernkreisen, die jeweils einem Leistungserbringer zugeteilt werden, festgelegt werden. Sofern aber die genannte Fallidentifikationsnummer wie dargelegt für die anderen Prozesse in und um die INZ nicht geeignet ist, bleibt fraglich, weshalb in § 302 SGB V auf die bundesweite Eindeutigkeit dieser Angabe abgestellt wird. Ggf. sollte die Eindeutigkeit auf einen Orts- oder Zeitbezug eingeschränkt werden.
Art. 3: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes			
	§ 12b	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	Der Referentenentwurf verweist für die Investitionsförderung der Integrierten Notfallzentren (INZ) sowie der INZ für Kinder und Jugendliche auf den Fördertatbestand des Transformationsfonds nach § 12b Abs. 1 Nr. 6 KHG, ohne jedoch eine Erhöhung der Gesamtfördersumme vorzusehen. Aus diesen Mitteln sollen auch die strukturellen und technischen Anschaffungen der Krankenhäuser zur Einrichtung der INZ einmalig und initial finanziert werden. Die Mittel des Transformationsfonds sind für acht Fördertatbestände vorgesehen und sollen vorrangig die mit dem KHVVG

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			angestoßene Umstrukturierungsprozesse der Krankenhauslandschaft unterstützen. Die INZ stellen dabei lediglich einen einzelnen Fördertatbestand dar und sind nicht flächendeckend für alle Krankenhausstandorte abrufbar. Vor diesem Hintergrund erscheint es faktisch nicht möglich, dass alle als INZ-Standort vorgesehenen Krankenhäuser ihre stationären Investitionsbedarfe ausschließlich über den Fördertatbestand des § 12b Nr. 6 KHG decken können. Es handelt sich also lediglich um eine Klarstellung von bereits existenten, aber nicht ausreichenden Fördermöglichkeiten. Es sind daher ergänzende Investitionsförderungen durch die Länder vorzusehen. Zudem ist die Einvernehmensregelung mit den Krankenkassen zu streichen. **Änderungsvorschlag** Es ist die **Pflicht zur Herstellung des Einvernehmens** mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach § 13 KHG für Förderentscheidungen generell und damit einschließend für den Fördertatbestand § 12 b Nr. 6 KHG „Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen nach § 123 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ im Rahmen des Transformationsfonds (§ 12b KHG) **zu streichen**.
Art. 4: Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung			
	§ 3	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	siehe Ausführungen zu §§ 123, 123b SGB V

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
Art. 7: Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung			
2	§ 17a	Meldeverpflichtung für Bertreiber von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) an das AED-Kataster	Die Erfassung der AEDs in einem Kataster ist grundsätzlich sinnvoll. Allerdings sollten Krankenhäuser von den Pflichten in §17a-neu MPBetreibV ausgenommen sein. Der Zweck des Katasters ist die Verbesserung des Notfallmanagements, der telefonischen und telemedizinischen Notfallberatung, einschließlich der telefonischen Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen, sowie die Nutzung von mobilen Alarmierungs-Anwendungen zur Einbindung von registrierten Ersthelfern (Laienreanimation). Krankenhäuser sind per se Notfallhelfer und agieren außerhalb der o. g. Situationen. Auf einen AED innerhalb des Krankenhauses hinzuweisen, anstatt direkt vor Ort Hilfe zu suchen ist nicht zweckmäßig und würde unnötige Bürokratie erzeugen. **Änderungsvorschlag:** § 17a Absatz 1 wie folgt ergänzt: **„Krankenhäuser sind von dieser Verpflichtung ausgenommen."**
Art. 10: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte			
	§ 19a	Gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe	Die vorgesehene Regelung zur Festlegung der offenen Sprechstunden sind nachvollziehbar. Allerdings erscheint es vollkommen unrealistisch, dass in der vertragsärztlichen Versorgung zu den Sprechstundenzeiten potentielle Kapazitäten zu ermöglichen sind. Auch ist darauf hinzuweisen, dass die vorgesehene Anpassung den Planungsbereich als Bezugspunkt benennt, was im Bedarfsfall für die Patientinnen und Patienten in einer Akutsituation längere Anfahrtszeiten bedeutet. Offen bleibt daher, ob ein entsprechendes Angebot überhaupt wahrgenommen wird oder Patientinnen und Patienten dann den jeweils kürzesten Weg zur Versorgung – etwa in die Krankenhäuser – nehmen werden.

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf		
Vorschrift	**Stichwort**	**Stellungnahme**
§ 87 SGB V, Bundesmantel-vertrag Ärzte	**Deutsche Krankenhausgesellschaft als weiterer Vertragspartner des Bundesmantelvertrags Ärzte**	Krankenhäuser wurden bereits im Rahmen vergangener Gesetzesvorhaben in zahlreichen Vorschriften stetig mehr in die ambulante vertragsärztliche Versorgung eingebunden. Nach § 75 Absatz 1 Satz 1 haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Der Sicherstellungauftrag umfasst auch die 24 Stunden täglich verfügbare vertragsärztliche Versorgung in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist und umfasst auch die notdienstliche Akutversorgung (§ 75 Absatz 1b Sätze 1 und 2 SGB V). Nach § 75 Absatz 1b Satz 11 (neu) in Verbindung mit § 123a werden kooperierende Krankenhäuser in den Notdienst einbezogen und nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Mit der Einbeziehung in die notdienstliche Akutversorgung übernehmen Krankenhäuser einen bedeutenden Teil der Versorgung, die dem Sicherstellungsauftrag unterfällt. Dieser nochmals verstärkten Einbindung der Krankenhäuser in die vertragsärztliche Versorgung sollte Rechnung getragen werden, in dem neben der Kassenärztlichen Bundevereinigung und dem GKV-Spitzenverband die Deutsche Krankenhausgesellschaft Vertragspartner des Bundesmantelvertrags Ärzte wird.
§ 6a AsylbLG und § 25 SGB XII	**Versorgung Nicht-Versicherter**	Auch dieser Referentenentwurf ignoriert die sich seit Jahren verschärfende Situation der Notfallbehandlung von nichtversicherten Patientinnen und Patienten bzw. von Personen, deren Versichertenstatus ungeklärt ist, durch Notaufnahmen der Krankenhäuser. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat vielfach auf die enormen Erlösausfälle hingewiesen, die den Krankenhäusern durch die Notfallbehandlung dieser Patientengruppe entstehen. Eine umfassende

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf		
Vorschrift	**Stichwort**	**Stellungnahme**
		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

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf		
Vorschrift	**Stichwort**	**Stellungnahme**
		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.