

**Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Gesetzentwurf der Bundesregierung
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	<p>Eine Überarbeitung des § 60 SGB V ist aufgrund der Überführung der Rettungsfahrten in einen neu geschaffenen § 30 SGB V sachgerecht. Zu begrüßen ist die Regelung in Absatz 3 Nr. 6, 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.</p> <p>Darüber hinaus sind jedoch auch Änderungen der in Absatz 3 vorgesehenen Regelungen erforderlich.</p> <p>1. § 60 Absatz 3 Nr. 2b) (neu) regelt die Kostenübernahme der Krankenkassen im Zuge einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements. Der Begriff der „Verlegung“ ist an dieser Stelle unzutreffend und sollte durch eine, dem Wortlaut des § 39 Absatz 1a Satz 7 SGB V angelehnte Formulierung ersetzt werden.</p> <p>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 SGB V umfasst das Entlassmanagement auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem</p>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>anderen Krankenhaus. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt in seinen Richtlinien das Weitere zum Ordnungsrecht. Dieses Ordnungsrecht 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 3 Nr. 2b) nicht zutreffend. Vielmehr muss hier von der Verordnung von Krankenhausbehandlung ausgegangen werden. § 60 Absatz 3 Nr. 2b) ist somit zu streichen und eine Ergänzung zu Absatz 3 Nr. 1 vorzunehmen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>§ 60 Absatz 3 Nr. 1 (neu) sollte wie folgt gefasst werden:</p> <p><i>„Krankenfahrten oder Krankentransporte zur stationären Behandlung, auch im Falle einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a,“</i></p> <p>§ 60 Absatz 3 Nr. 2b) (neu) ist zu streichen.</p> <p>2. In § 60 Absatz 3 Nr. 2a) (neu) ist gegenüber dem Referentenentwurf die Regelung entfallen, wonach die Kosten für Krankentransporte oder Krankenfahrten bei Verlegung in ein anderes Krankenhaus von der Krankenkasse übernommen werden, wenn es der besonderen Mittel des Krankenhauses der höheren Stufe nicht oder nicht mehr bedarf und die dortigen Versorgungskapazitäten für andere Patienten benötigt werden. Im Zuge der Umsetzung der Vorgaben aus dem KHVVG ist mit einer</p>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>zunehmenden Anzahl von solchen Verlegungen zu rechnen, um die bedarfsgerechte Verfügbarkeit bzw. Nutzung spezialisierter Kapazitäten sicher zu stellen. Daher muss die entsprechende klarstellende Regelung aus dem Referentenentwurf aufgenommen werden. Nur so wird flankierend die erforderliche Sicherheit geschaffen, dass die Kosten für diese Verlegungsfahrten von den Krankenkassen übernommen werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>§ 60 Absatz 3 Nr. 2a) (neu) sollte wie folgt gefasst werden:</p> <p><i>„in ein anderes Krankenhaus während einer stationären Behandlung, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder soweit es zur Behandlung des Versicherten der besonderen Mittel des Krankenhauses der höheren Stufe nicht oder nicht mehr bedarf und die dortigen Versorgungskapazitäten für andere Patienten benötigt werden,“</i></p> <p>3. Zu begrüßen ist die Aufnahme der nach § 115f Absatz 2 Satz 4 SGB V ausgewählten Behandlungen in § 60 Absatz 23 Nr. 3b) (neu), weil dadurch die Regelungslücke im Hinblick auf Fahrkosten zu Hybrid-Leistungen gemäß § 115f SGB V geschlossen wird. In § 60 Absatz 3 Nr. 3b) (neu) muss aber klargestellt werden, dass neben den Fahrten zu einer der in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten oder nach § 115f Absatz 2 Satz 4 ausgewählten Behandlung auch Krankenfahrten oder Krankentransporte zu hierzu erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen übernommen werden.</p> <p>Der Verweis in § 60 Absatz 3 Nr. 3c auf die in § 115a Absatz 2 Satz 1 bis 3 genannten Fristen ist unzutreffend, da im Zusammenhang mit ambulanten Operationen in einer Vertragsarztpraxis der Verweis auf die für vor- und nachstationäre Behandlungen im</p>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Krankenhaus in § 115a SGB V vorgesehenen Fristen mangels erkennbarem Zusammenhang nicht nachvollziehbar ist. Auch ein Verweis auf die im AOP-Vertrag gemäß § 115b SGB V enthaltenen Fristen würde in Leere gehen, da für ambulante Operationen in einer Vertragsarztpraxis die im EBM vorgesehenen Fristen zu Anwendung kommen. Der Verweis auf die Fristen ist demnach zu streichen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p><i>„3. Krankenfahrten oder Krankentransporte zu</i></p> <p><i>a) einer vor- oder nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach § 115a Absatz 1,</i></p> <p><i>b) einer der in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten oder nach § 115f Absatz 2 Satz 4 ausgewählten Behandlung einschließlich der Krankenfahrten oder Krankentransporte zu hierzu erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen oder</i></p> <p><i>c) einer ambulanten Operation in einer Vertragsarztpraxis einschließlich der Krankenfahrten oder Krankentransporte zu hierzu erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen, jeweils innerhalb der in § 115a Absatz 2 Satz 1 bis 3 genannten Fristen,</i></p> <p><i>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,“</i></p>
6	§ 75	Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung	<p>(Grundsätzliche Bewertung siehe Hauptdokument)</p> <p><u>Rolle des aufsuchenden Dienstes</u></p>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung • Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge 	<p>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 6 Nr. 3 („nicht anderweitig erbracht werden kann“) nicht ausreichend.</p> <p>Änderungsvorschlag</p> <p>§ 75 Abs. 1b Satz 6 Nr. 3 SGB V wird wie folgt gefasst:</p> <p><i>„einen jederzeit verfügbaren aufsuchenden Dienst in Fällen, in denen die in Satz 1 genannte Versorgung nicht anderweitig erbracht werden kann oder das Aufsuchen eines Integrierten Notfallzentrums vermieden werden kann.“</i></p> <p><u>Neue Verordnungsbefugnis im Notdienst</u></p> <p>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 Arzneimittelverordnungen, von Erstbescheinigungen einer Arbeitsunfähigkeit und von Bescheinigungen einer notwendigen Betreuung, Beaufsichtigung oder Pflege eines erkrankten Kindes gleichgestellt. Diese für Notfallambulanzen im Rahmen eines</p>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>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 den aufgeführten Bescheinigungen und der Arzneimittelverordnung auch eine Verordnung für Hilfsmittel erhalten können. Durch diese weitere Verordnungsmöglichkeit wären Patientinnen und Patienten nicht gezwungen, am nächsten Tag den niedergelassenen Bereich aufzusuchen, um eine solche Verordnung zu erhalten.</p> <p>Änderungsvorschlag</p> <p>§ 75 Absatz 1b Satz 4 (neu) sollte daher um die Verordnungsmöglichkeit von Hilfsmitteln ergänzt und wie folgt gefasst werden:</p> <p><i>„Im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung kann darüber hinaus auch die Feststellung und Erstbescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit, die Feststellung und Bescheinigung einer notwendigen Betreuung, Beaufsichtigung oder Pflege eines erkrankten Kindes sowie die Verordnung von Arzneimitteln und Hilfsmitteln erfolgen.“</i></p> <p><u>Verordnungsrecht für nicht-INZ-Notaufnahmen</u></p> <p>Wie unter § 75 Absatz 1b Satz 4 (neu) ausgeführt, sollte das Verordnungsrecht im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung zunächst inhaltlich ausgeweitet werden.</p> <p>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 <u>ohne INZ</u> aufsuchen und deren Verweisung an ein INZ nicht zumutbar ist, ist dieses ärztliche Verordnungsrecht hingegen nicht vorgesehen. Im Falle einer nicht zumutbaren Verweisung an ein INZ wird jedoch ein dringendes</p>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Behandlungserfordernis durch das ärztliche Personal des Krankenhausstandortes 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 Satz 1 (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), sind den Krankenhausstandorten ohne INZ insofern die Rechte aus § 75 Absatz 1b Satz 4 (neu) in demselben Umfang einzuräumen wie den Krankenhausstandorten mit INZ. In § 75 Absatz 1b (neu) sollte nach Satz 4 (neu) ein neuer Satz 5 eingefügt werden, der klarstellt, dass das Verordnungsrecht und das Recht auf Ausstellen von Bescheinigungen nach § 75 Absatz 1b Satz 4 (neu) auch bei Fällen der nicht zumutbaren Verweisung von Patientinnen und Patienten an ein INZ und somit der erforderlichen ambulanten Notfallbehandlung Anwendung finden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>In § 75 Absatz 1b ist nach Satz 4 (neu) einer neuer Satz 5 einzufügen:</p> <p><i>„Ist eine ambulante Notfallbehandlung an einem Krankenhausstandort ohne integriertes Notfallzentrum erforderlich, findet § 75 Absatz 1b Satz 4 Anwendung.“</i></p> <p><u>Fehlende Berücksichtigung psychiatrischer Notsituationen</u></p> <p>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</p>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>(vermeidbaren) stationären Behandlung. Zudem ist es Menschen in psychischen Krisen nicht zumutbar, verschiedenen möglichen Beteiligten und Institutionen des 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.</p> <p>Änderungsvorschlag</p> <p>In § 75 Abs. 1c SGB V (neu) wird ein neuer Satz 4 eingefügt:</p> <p><i>„Den besonderen Bedarfen psychisch erkrankter Menschen ist durch die Sicherstellung psychiatrischer Basiskompetenzen Rechnung zu tragen.“</i></p> <p><u>Fehlende Berücksichtigung telemedizinischer Zentren</u></p> <p>Die vorrangige Vermittlung in Arztpraxen und MVZ lässt telemedizinische Zentren außen vor, die in geeigneten Fällen als medizinisch gebotene Versorgung gleichberechtigt in die Vermittlung einzubeziehen sind.</p> <p>Änderungsvorschlag</p> <p>In § 75 Abs. 1c SGB V (neu) wird Satz 4 und 5 wie folgt gefasst:</p> <p><i>„Zur Behandlung kann in die Praxen zugelassener Ärzte und zugelassener medizinischer Versorgungszentren vermittelt werden, sofern diese als medizinisch</i></p>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p><i>gebotene Versorgungsebene in Betracht kommen. In geeigneten Fällen kann eine telefonische oder videounterstützte ärztliche Konsultation vermittelt werden, zum Beispiel von einem telemedizinischen Zentrum.</i>“</p>
7	§ 76	Folgeänderung zu § 75 SGB V	<p>Die Folgeänderung greift die vorgesehene Trennung zwischen Terminservicestelle und Akutleitstelle auf. Nach der Neuregelung in § 76 Abs. 1a Satz 2 und 3 wird die Inanspruchnahme einer Notaufnahme für auf die Erstversorgung folgende weitere Behandlungen im Gegensatz zur bestehenden Regelung nicht mehr möglich sein.</p> <p>Damit sind nach einer Behandlung von Akutfällen 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 nicht mehr möglich, sodass sich die vorgesehene Regelung negativ auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten auswirkt.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>In § 76 Absatz 1a (neu) wird Satz 3 wie folgt gefasst:</p> <p><i>„Die Inanspruchnahme umfasst in den Fällen des § 75 Absatz 1a Satz 7 sowie des Absatz 1c Satz 3 auch weitere auf den Termin folgende notwendige Behandlungen, die dazu dienen, den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen.“</i></p>
9	§ 87a	Folgeänderung zu § 75 SGB V	<p>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</p>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>aufgrund eines Vermittlungersuchens nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 1 erfolgen (Vermittlung Behandlungstermin) oder wenn eine Vermittlung durch die Akutleitstelle in eine geeignete Versorgungsebene erfolgte.</p> <p>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.</p> <p>Zu begrüßen ist, dass der Gesetzentwurf 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 bei Akutfallvermittlung durch Terminservicestellen einer Regelung zugeführt wird. Da der Regelungsentwurf aber keine Frist setzt, ist diese im Sinne der Verbindlichkeit festzulegen.</p> <p>Änderungsvorschlag</p> <p>In § 123 Abs. 2 Satz 8 wird nach dem Wort „Bundesmantelvertrag“ eine Datumsangabe eingesetzt: „[...] (<i>einsetzen: drei Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes</i>)“.</p>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
16	§ 120	<ul style="list-style-type: none"> • Klarstellung zur Vergütung in den Notdienst einbezogener Ärzte aus Gesamtvergütung • Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie (Folgeänderung zu § 123c) 	<p>Es gilt unverändert, dass nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser und Ärztinnen/ Ärzte, die aufgrund einer Kooperationsvereinbarung in den Notdienst einbezogen sind und somit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der Gesamtvergütung vergütet werden.</p> <p>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 Satz 4 SGB V (neu) nach Ersteinschätzung Leistungen erbringen können und damit subsidiär vertragsärztlich tätig werden, nicht in diese Regelung aufgenommen werden. Zur Klarstellung sind diese Einrichtungen in § 120 Abs. 1 SGB V aufzunehmen.</p> <p>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.</p> <p>Änderungsvorschlag</p> <p>Artikel 1, Nr.17, Buchstabe a) wird wie folgt gefasst:</p> <p>In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 75 Absatz 1b Satz 2“ durch die Angabe „§ 75 Absatz 1b Satz 13“ ersetzt.</p> <p>In § 120 Absatz 3b werden im Satz 1 nach den Wörtern „erfolgen kann“ die Wörter „; Absatz 1 Satz 1 gilt entsprechend“ eingefügt.</p>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
17	§ 123	<p>Integrierte Notfallzentren (INZ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion • Notaufnahme, Notdienstpraxis, Ersteinschätzungsstelle - optional Kooperationspraxis / statt Notdienstpraxis MVZ oder Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Nähe • Ersteinschätzung und Steuerung innerhalb des INZ, gegenseitige Datenübermittlung • Telemedizinische Anbindung an Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie • Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung von INZ 	<p>(Grundsätzliche Bewertung siehe Hauptdokument)</p> <p><u>Digitale Fallübergabe</u></p> <p>In § 123 Abs. 1 Satz 8 wird eine zeitlich nahtlose Fallübergabe zwischen dem Integrierten Notfallzentrum und der Kooperationspraxis gefordert. Daneben wird mit § 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 z.B. die Telematikinfrastruktur die Anforderungen an eine zeitlich nahtlose Fallübergabe vorübergehend nicht erfüllt.</p> <p><u>Zu Absatz 2 Teil 1 (Sätze 1-6)</u></p> <p>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.</p> <p><u>Zu Absatz 2 Teil 2 Satz 7</u></p> <p>Wie bereits 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.</p> <p>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,</p>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>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.</p> <p>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).</p> <p>In Satz 7 sollte klargestellt werden, dass die vorrangige Behandlung nach Vermittlung durch die Akutleitstelle auf Grund von Kommunikationsproblemen im Einzelfall nicht möglich sein kann.</p> <p><u>Zu Absatz 3</u></p> <p>In § 123 Abs. 3 bleibt unklar, wie ein Integriertes Notfallzentrum die telemedizinische oder telefonische Unterstützung durch Fachärzte gewährleisten soll. Vorgaben zum Aufbau entsprechender Telemedizinischer Zentren sind im Entwurf nicht enthalten und sollten ergänzt werden.</p>
	§ 123c	<p>Ersteinschätzung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Richtlinie des G-BA zu Vorgaben für standardisierte digitale Ersteinschätzung • Richtlinie regelt auch Mindestausstattungsanforderungen für Notdienstpraxen 	(Grundsätzliche Bewertung siehe Hauptdokument)

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Berichtspflicht G-BA zu Auswirkungen der Ersteinschätzung • EBM für Ersteinschätzung 	
18	§ 133a	<p>Gesundheitsleitsystem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kooperationsvereinbarung zwischen Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116117 auf Antrag der Rettungsleitstelle • 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 	<p>Es sollte klargestellt werden, dass ergänzend zur Verwendung der Telematikinfrastuktur eine direkte Verbindung zwischen INZ und Kooperationspraxis aufgebaut werden kann, um die Notfallversorgung unabhängiger von der Telematikinfrastuktur durchführen zu können, z. B. bei einem Ausfall der Telematikinfrastuktur.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>In § 133a Abs. 2 wird ein neuer Satz 9 wie folgt angefügt:</p> <p><i>„INZ können mit Kooperationspraxen und mit weiteren Kommunikationspartnern ergänzende Schnittstellen umsetzen, die eine Datenübertragung unabhängig von der Telematikinfrastuktur gewährleisten.“</i></p>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 133b	<p>Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gremium bei GKV-SV, paritätisches Stimmgewicht zwischen GKV-SV und Ländervertretern, nicht stimmberechtigte Vertreter von Spitzenverbänden der Leistungserbringer und Fachverbänden und Fachgesellschaften sowie BMG • 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 	<p><u>Zu Absatz 1 und 2</u></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><u>Zu Absatz 4</u></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><u>Zu Absatz 5</u></p>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Eine Stellungnahme nach Abs. 4 ist kein geeignetes Mittel, die resultierende zusätzliche Rettungsbürokratie, die durch die Besetzung des Gremiums gebahnt wird, geeignet einzudämmen.</p> <p><u>Zu Absatz 6</u></p> <p>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.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>§ 133b Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:</p> <p>„Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Landeskrankenhausgesellschaften entsenden jeweils einen Vertreter.“</p>
	§ 133c	<p>Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verpflichtende digitale Notfalldokumentation für alle Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätenachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung • Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme 	<p><u>Zu Absatz 1</u></p> <p>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.</p> <p><u>Zu Absatz 2</u></p>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>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.</p> <p>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, die aufgrund von Eingabeverzögerungen nicht der tatsächlichen aktuellen Versorgungslage entsprechen, sind nicht hilfreich. Im Falle eines Massenansturms von Verletzten ist in der Praxis mit solchen Zeitverzügen bei der Eingabe zu rechnen.</p> <p>Eine unverzügliche Datenübermittlung wäre daher realistischer und sachgerecht.</p> <p>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.</p>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>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.</p> <p>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 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.</p> <p>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.</p> <p>Bis dahin wird empfohlen, das Versorgungskapazitätsnachweissystem in einem späteren Gesetzesvorhaben, in dem ein datenstrategischer Ansatz berücksichtigt werden kann, umzusetzen.</p> <p>Gemäß § 133c Abs. 2 Satz 7 soll das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) Vorgaben für die Informationssicherheit der Integration in Krankenhaus-Notaufnahmehysteme im Einvernehmen mit der Gesellschaft für Telematik festlegen. Weil die gematik und das BSI bei entsprechenden Festlegungen</p>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>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 Benehmen mit der DKG vorzusehen.</p> <p>Änderungsvorschlag</p> <p>§ 133c Abs. 2 Satz 7 wird wie folgt geändert:</p> <p><i>„Die Gesellschaft für Telematik hat bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des zweiundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Vorgaben zur Informationssicherheit festzulegen.“</i></p>
	§ 133d	Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form durch Datenstelle beim GKV-SV	<p>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.</p> <p>Änderungsvorschlag</p> <p>§ 133d Abs. 1 Satz 3 wird wie folgt geändert:</p> <p><i>„Das Nähere zum Verfahren der Übermittlung der Daten bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in einer Richtlinie.“</i></p>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 133e	<p>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</p>	<p>Neben den in § 133 Abs. 1 erfassten Leistungserbringer müssen z. B. auch die Krankenhäuser neue Schnittstellen integrieren und haben damit neue Ausstattungs- und Betriebskosten.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>In § 133e Abs. 3 sollte zur Klarstellung der folgende Satz 3 angefügt werden:</p> <p><i>„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.“</i></p>
	§ 133f	<p>Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>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.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>§ 133f Abs. 8 Satz 2 wird wie folgt gefasst:</p> <p><i>„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum 31. März 2027 nähere Vorgaben zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen in einem einheitlichen Format oder in einer maschinell auswertbaren Form fest.“</i></p>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
22	§ 302	Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Datenübermittlungspflicht	<p>Die Verwendung einer eindeutigen Fallidentifikationsnummer in der Datenübermittlung nach § 302 SGB V muss wie im Folgenden dargelegt, auf die Funktion der Rechnungslegung beschränkt bleiben.</p> <p>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.</p> <p>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 Person muss nach § 123c Abs. 2 in praktikabler Weise dem INZ glaubhaft machen können, dass eine Ersteinschätzung der ALS bereits erfolgte.</p> <p>Eine bundesweit eindeutige 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.</p> <p>Eine bundesweit eindeutige Fallidentifikationsnummer kann zudem je Leistungserbringer von Rettungsfahrten nur von einer zentralen Stelle in Form von Nummernkreisen, die jeweils einem Leistungserbringer zugeteilt werden, festgelegt werden.</p> <p>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</p>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			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	<p>Der Gesetzentwurf 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 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.</p> <p>Änderungsvorschlag</p> <p>Es ist das Anstreben der Herstellung des Einvernehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach § 13 KHG für Förderentscheidungen generell und damit einschließlich für den Fördertatbestand § 12b Nr. 6 KHG</p>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			„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. 6: Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung			
	§ 3	Abgabe von apothekenpflichtigen Medizinprodukten durch Ärzte von Notdienstpraxen	<p>Hier wird sinngemäß auf die Ausführungen zu § 43 Absatz 4 (neu) verwiesen. Auch in § 3 Medizinprodukte-Abgabeverordnung sind Ärzte von Notaufnahmen miteinzubeziehen.</p> <p>§ 3 Absatz 2 Medizinprodukte-Abgabeverordnung ist somit wie folgt zu ergänzen:</p> <p><i>(1) Produkte</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nach § 2 Absatz 1 Nummer 1, 2. die zur Anwendung durch Laien bestimmt sind, soweit sie Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen enthalten, die nach der Verordnung über apothekenpflichtige und freiverkäufliche Arzneimittel apothekenpflichtig sind, oder 3. die in Anlage 2 zu dieser Verordnung aufgeführt sind, <p>dürfen berufs- und gewerbsmäßig für den Endverbrauch nur durch Apotheken in den Verkehr gebracht werden (apothekenpflichtige Produkte).</p> <p><i>(2) Abweichend von Absatz 1 dürfen Ärzte der Notdienstpraxis im Sinne des § 123 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie Ärzte einer Notaufnahme im Sinne des § 123 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Ärzte bei Vorliegen eines Notfalls im Sinne des § 76 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch apothekenpflichtige Medizinprodukte an Patienten der Notdienstpraxis und der Notaufnahmen für den akuten Bedarf in einer zur Überbrückung für längstens drei Tage benötigten Menge abgeben, soweit</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Abgabe außerhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten von öffentlichen Apotheken erfolgt oder im unmittelbaren Anschluss an den Tag der Behandlung in der Notdienstpraxis oder in den Notaufnahmen ein Wochenende oder ein Feiertag folgt und

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			2. die Anwendung des apothekenpflichtigen Medizinprodukts keinen Aufschub erlaubt.“
Art. 7: Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung			
2	§ 17a	Meldeverpflichtung für Betreiber von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) an das AED-Kataster	<p>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).</p> <p>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.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>§ 17a Absatz 1 wie folgt ergänzt:</p> <p>„Krankenhäuser sind von dieser Verpflichtung ausgenommen.“</p>
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

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			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, Bundesmantelvertrag 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 Sicherstellungsauftrag 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. Nach § 75 Absatz 1b Satz 13 (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 Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband die Deutsche Krankenhausgesellschaft Vertragspartner des Bundesmantelvertrags Ärzte wird.
§ 6a AsylbLG und § 25 SGB XII	Versorgung Nicht-Versicherter	Auch dieser Gesetzentwurf 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 Notfallreform sollte daher

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf		
Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		<p>auch die prekäre Vergütungssituation der Krankenhäuser bei der Notfallbehandlung Nichtversicherter angehen.</p> <p>Nach §§ 6a AsylbLG sowie 25 SGB XII werden die Aufwendungen des hilfeleistenden Krankenhauses im „<i>gebotenen Umfang</i>“ 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 „<i>Nothelferansprüche</i>“ der Krankenhäuser werden erschwert durch die bestehende Beweislastregelung und die Zäsur-Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes.</p> <p>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 „<i>in medizinisch unabweisbaren Notfällen die Hilfebedürftigkeit und die Leistungsberechtigung des Patienten zugunsten des Krankenhauses vermutet werden</i>“. Ferner muss geregelt werden, dass dem Krankenhaus „<i>die angemessenen Aufwendungen, die ihm während des gesamten Behandlungszeitraumes entstehen</i>“, zu erstatten sind.</p> <p>Alternativ zu dieser möglichen Gesetzesänderung könnte der Anspruch des im Notfall tätig gewordenen Krankenhauses in Anlehnung an § 123 Abs. 6 SGB IX auch</p>

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf		
Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		<p>als Direktanspruch des leistungserbringenden Krankenhauses gegenüber dem Träger der Sozialhilfe ausgestaltet werden.</p> <p>Ferner wäre eine Ausnahme von dem in § 17 Abs. 1 Satz 2 SGB XII geregelten Abtretungsverbot in Erwägung zu ziehen. Die ausführlichen Begründungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur erforderlichen Änderung der Nothelfer-Paragrafen dürfen wir als bekannt voraussetzen.</p> <p>Die vom BMG seit Jahren vorgetragene Unzuständigkeit für die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen ändert nichts an der Tatsache, dass Notaufnahmen von Krankenhäusern hier staatliche Aufgaben übernehmen, die mit enormen Erlösausfällen einhergehen. Es wäre dringend notwendig, eine auch diese Patientengruppe einschließende Notfallversorgung in ein Gesamtkonzept einer Notfallreform einzubinden.</p>