

Stellungnahme
der Deutschen Krankenhausgesellschaft
zum
Referentenentwurf
eines
Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Stand: 10. Februar 2020

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil	3
Besonderer Teil	8
Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	8
Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 60 Abs. 3 SGB V – neu –) Medizinische Notfallrettung	8
Zu Artikel 1 Nr. 5, Buchstabe b) (§ 75 Abs. 1b SGB V) Sicherstellungsauftrag	9
Zu Artikel 1 Nr. 8 Buchstabe b) (§ 90 Abs. 4a SGB V – neu –) Landesausschüsse.....	13
Zu Artikel 1 Nr. 10 (§ 115 Abs. 2 SGB V) Dreiseitige Verträge auf Landesebene	14
Zu Artikel 1 Nr. 12, Buchstabe a) und b) (§ 120 Abs. 1 SGB V) und Nr. 6 (§ 87 Abs. 2a SGB V) Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen sowie Schweregraddifferenzierung ambulanter Notfallleistungen im EBM	15
Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 123 Abs. 1 bis 5 SGB V – neu –) Integrierte Notfallzentren	17
Zu Artikel 1 Nr. 14 (§ 133 Abs. 3 SGB V neu) Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung	26
Artikel 2 und Artikel 3 - Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes / Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung	28
Zu Artikel 2 (§ 12a Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 KHG) und Artikel 3 (§ 11 Absatz 1 Nummer 5 KHSFV) Fortführung der Förderung und Förderungsfähige Vorhaben.....	28
Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf	30
Durchsetzbarkeit der Ansprüche nach §§ 6a AsylbLG, § 25 SGB XII – notwendige Änderungen	30

Allgemeiner Teil

Von 1.700 Akutkrankenhäusern in Deutschland nehmen etwa 1.200 Krankenhäuser an der ambulanten Notfallversorgung teil. Mit rund 11 Mio. Fällen sind sie trotz des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen die tragende Säule der ambulanten Notfallversorgung. Insbesondere außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten sind die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht in der Lage, die Notfallversorgung sicherzustellen. Dazu fehlen ihnen die fachspezifischen personellen Ressourcen und die erforderliche Infrastruktur, die sich nur an Krankenhäusern findet.

Es steht außer Frage, dass die Notfalleinrichtungen der Krankenhäuser auch von Patienten aufgesucht werden, die zu den regelhaften Öffnungszeiten der niedergelassenen Ärzte versorgt werden könnten. Offensichtlich erhalten die Patienten an anderer Stelle keine erreichbare oder keine adäquate Versorgung und entscheiden sich deshalb, die Notaufnahmen aufzusuchen. Auch verweisen die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen selbst die Patienten häufig in die Notaufnahmen der Krankenhäuser. Damit die Krankenhäuser die dringend notwendige Entlastung erfahren, sind daher aus Krankenhaussicht alle Initiativen ausdrücklich zu begrüßen, die Patienten Entscheidungshilfen geben, ob akut eine Notfalleinrichtung aufgesucht werden muss oder eine Behandlung in einer Arztpraxis ausreichend ist. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) unterstützt deshalb auch die Absicht des Gesetzgebers, die Patientensteuerung durch eine verbesserte telefonische Beratung und eine Zusammenführung der Leitstellen zu verbessern. Für Patienten, die sich im Notfall an die gemeinsame Leitstelle (GNL) wenden, ist über positive Anreizsysteme und Vergünstigungen nachzudenken. Auch sind alle Initiativen zur Ausweitung des Versorgungsangebotes der niedergelassenen Ärzte zu begrüßen. Es entspricht der gemeinsamen Zielsetzung der niedergelassenen Ärzte und der Krankenhäuser, zu den Sprechstundenzeiten möglichst alle Notfallpatienten in den Arztpraxen zu behandeln, bei welchen dies aus medizinischen Gründen ausreichend ist. Positiv bewerten die Krankenhäuser zudem die Schaffung einer unabhängigen Abrechnungsmöglichkeit für Rettungsfahrten, die Aufwertung der medizinischen Behandlung am Unfallort und deren Einbindung in das Ersteinschätzungsverfahren. Auch diese Maßnahmen können zu einer Entlastung der Notaufnahmen führen.

Die im Referentenentwurf vorgesehene Verortung und Verdichtung der ambulanten Notfallversorgung an den Standort des Krankenhauses entsprechen der Versorgungsrealität und verbessern die Patientenversorgung. Außerdem werden die begrenzt vorhandenen Ressourcen so effizient und zielgerichtet eingesetzt. Die konkrete Umsetzung der mit dem Reformkonzept geplanten grundsätzlichen Neuorganisation der ambulanten Notfallversorgung geht aus den nachfolgenden Gründen jedoch in eine völlig falsche Richtung:

- Abzulehnen ist die vorgeschlagene Begrenzung der ambulanten Notfallversorgung auf Integrierte Notfallzentren (INZ) nach der engen Definition des Gesetzentwurfes. Dies hätte eine deutliche Ausdünnung medizinischer Versorgung im Notfall zur Folge: Würde die Anzahl der rund 1.200 ambulanten Notfallstandorte in den Kliniken auf etwa die Hälfte der aktuellen Standorte reduziert werden, wie dies die erklärte

Absicht der KBV ist, bedeutet dies für die Patienten längere Wege und wird noch höhere Belastungen und Wartezeiten an den zentralen Standorten verursachen. Eine verbesserte Versorgung wird so nicht erreicht.

- Die Überführung der heute an den Krankenhäusern bestehenden Notaufnahmen in gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung getragenen INZ als eigenständiger Betrieb und unter medizinischer Leitung der KV ist völlig inakzeptabel. Absurdeste Auswirkungen hätte die Unterstellung bestehender großer zentraler Notaufnahmen, wie z. B. die der Charité, unter die fachliche Leitung eines von der Kassenärztlichen Vereinigung bestellten Arztes.
- Nicht nachvollziehbar ist, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen, den diese ganz offensichtlich in der Vergangenheit zu keinem Zeitpunkt eigenständig erfüllen konnten, nun auch noch auf die 11 Mio. Behandlungsfälle der Krankenhäuser und auf die zentralen Notaufnahmen der Krankenhäuser erstreckt werden soll. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten damit über die INZ maßgeblichen Einfluss auf die Organisation und den Betrieb des Krankenhauses. Es geht im vorliegenden Entwurf daher offensichtlich ausschließlich um die Sicherung und Ausweitung des vertragsärztlichen Zuständigkeitsbereichs auf die Krankenhäuser. Damit wird die Einschätzung aus dem Sachverständigenrat-Gutachten übernommen, Krankenhäuser würden ambulante Notfälle übertersorgen und medizinisch nicht notwendige Fälle stationär aufnehmen. Dafür gibt es keinerlei Evidenz. Internationale Vergleiche, die diese Vermutung nahelegen sollen, müssen die Besonderheiten der dortigen Versorgungssysteme berücksichtigen. Diese Fehleinschätzung darf nicht Handlungsleitlinie für die Neuorganisation der Notfallstrukturen sein. Misstrauen und Kontrolle können keine Grundlage einer konstruktiven Reform sein.
- Es wird vollkommen außer Acht gelassen, dass zwei Drittel aller in den Notaufnahmen der Krankenhäuser behandelten ambulanten Notfälle die diagnostischen und therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser auch zwingend bedürfen. Der vorliegende Referentenentwurf sieht demgegenüber vor, dass alle ambulanten Notfälle in den INZ zu versorgen sind bzw. dieses eine Weiterleitung zur stationären Aufnahme veranlasst. Hier wird die gesetzlich vorgesehene Überprüfung der stationären Behandlungsmöglichkeit durch die Krankenhäuser ad absurdum geführt – mit der Folge, dass es zu mehr stationären Aufnahmen kommt und bei der Prüfung stationärer Fälle durch den Medizinischen Dienst das Krankenhaus für eine Entscheidung des KV-geleiteten INZ haften müsste.
- Die Krankenhäuser brauchen auch in Zukunft eigene Notaufnahmen, so dass mit dem Konzept unwirtschaftliche und vollkommen unnötige Doppelstrukturen entstehen würden.
- Die durch die erweiterten Landesausschüsse festgelegten INZ-Standorte zwingen den Krankenhausträger, mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung einen Betreibervertrag zu schließen. Die vorgesehene Errichtung einer gemeinsamen Betreibergesellschaft mit der Kassenärztlichen Vereinigung ist für die Krankenhäuser inakzeptabel. Alle anderen ambulanten Leistungen der Krankenhäuser werden unter medizinischer und organisatorischer Verantwortung der Kliniken erbracht. Der vorge-

sehene Betrieb-im-Betrieb schafft neue Schnittstellen und keine erkennbaren Verbesserungen für die Versorgung der Patienten. Den Krankenhäusern kann nicht zugemutet werden, in die Mithaftung und Verantwortung für durch die Kassenärztliche Vereinigung veranlasste medizinische Leistungen genommen zu werden. Kassenärztliche Vereinigungen sind keine originären medizinischen Leistungserbringer.

- Die Krankenhäuser sollen offensichtlich Räume und medizinische Ausstattung in den vorgesehenen gemeinsamen Betrieb einbringen. Dies kann nicht unentgeltlich erfolgen. Folglich müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen finanzielle Einlagen in Milliardenhöhe leisten. Grundsätzlich können Krankenhausträger nicht gezwungen werden, Teile ihres eigenen Betriebsvermögens (insbesondere die aus eigenen Mitteln finanzierte Infrastruktur) in gemeinsame Betriebsstrukturen mit KVen einzubringen. Auch werden mit dem Konzept arbeitsrechtliche Probleme geschaffen (etwa Arbeitnehmerüberlassung).
- Verluste aus dem gemeinsamen Betrieb können die Kassenärztlichen Vereinigungen – als Körperschaft öffentlichen Rechts – durch Beiträge decken. Eine vergleichbare Defizit-Deckung für die Krankenhäuser existiert nicht.
- Völlig abwegig ist die Vorgabe, dass Krankenhäuser, die erforderliche Leistungen für Notfallpatienten erbringen, ohne dass sie eine INZ-Zulassung haben, nur noch die Hälfte der Vergütung erhalten sollen. Auch in Zukunft werden Patienten Krankenhäuser in Notfällen aufsuchen. Diese Patienten können nicht einfach weggeschickt werden, auch weil die gesetzlichen Regelungen dies nicht zulassen. Es ist absolut unverständlich, dass ein Gesetzentwurf der Bundesregierung Krankenhäuser, die in solchen Fällen Nothilfe leisten, mit der Halbierung der Vergütung bestraft. Auch hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung bereits signalisiert, dass sie an lediglich der Hälfte der bisherigen Standorte, die ambulante Notfälle versorgen, beabsichtigt, INZ einzurichten.
- Die Auswahl von Krankenhausstandorten mit INZ soll auf Grundlage von Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses, in dem Kassen und Vertragsärzte zusammen die Stimmenmehrheit haben, und durch um Krankenhausvertreter erweiterte Landesausschüsse über Mehrheitsentscheidung erfolgen. Durch die vorgesehenen Mehrheitsentscheidungen bei der Kriterien-Bestimmung sowie Zuordnung würden Kassen und Kassenärztliche Vereinigungen maßgeblich über die Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen in Deutschland entscheiden können. Das steht jedoch im absoluten Widerspruch zur verfassungsrechtlichen Zuordnung der Zuständigkeit für die Krankenhausplanung auf die Länder. Die Planungshoheit der Länder steht über allen strukturverändernden Maßnahmen und darf keinesfalls über indirekte Eingriffe ausgehöhlt werden.

DKG-Konzept: Flächendeckende ambulante Notfallversorgung aus einer Hand

Das Konzept der DKG für die Reform der ambulanten Notfallversorgung basiert demgegenüber auf regionaler Vielfalt und Verantwortlichkeit vor Ort sowie auf dem Fortbestand funktionierender Strukturen. Alle Maßnahmen, die eine Verbesserung der Patientensteuerung, insbesondere zur Vermeidung von Bagatellfällen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser, zum Ziel haben, werden grundsätzlich begrüßt. Die Eckpunkte des Konzeptes sind:

- Die gezielte Lenkung von potentiellen ambulanten Notfallpatienten durch eine GNL inklusive einer verbesserten telefonischen Beratung ist ein zentrales Steuerungsinstrument in einem gestuften ambulanten Notfallsystem. Hierbei gilt: Patienten, die voraussichtlich durch die niedergelassenen Arztpraxen ausreichend gut versorgt werden können, müssen konsequent auch an diese Stellen verwiesen werden.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages dafür Sorge tragen, dass aus der GNL heraus jederzeit zu den üblichen Sprechstundenzeiten ambulante Behandlungsangebote in den niedergelassenen Arztpraxen vermittelt werden können. Sofern sich Patienten außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten an die GNL wenden und dort kein unmittelbarer Behandlungsbedarf festgestellt wird, müssen diesen Patienten ebenfalls kurzfristig ambulante Behandlungsangebote in den niedergelassenen Arztpraxen vermittelt werden. Die GNL bewirken so eine gezielte Steuerung der Patienten in die geeigneten Versorgungsstrukturen.
- In allen übrigen Fällen, in denen Patienten als ambulante Notfälle aufgrund des voraussichtlichen medizinischen Versorgungsbedarfes nicht in den niedergelassenen ambulanten Strukturen behandelt werden können, werden diese ambulanten Notfallleistungen zukünftig regelhaft an den Standort des Krankenhauses überführt. Alle Krankenhäuser, die einer Stufe des Notfallstufensystems nach § 136 c Abs. 4 SGB V angehören, sind INZ, in denen auch vertragsärztliche Strukturen (Portalpraxen, einzelne Vertragsärzte) eingebunden sein können. Insofern sind INZ Krankenhäuser, in denen die ambulante und stationäre Notfallversorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten zusammengeführt ist. Das Land kann im Bedarfsfall weitere Krankenhausstandorte als INZ ausweisen, um die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung im medizinischen Notfall sicherzustellen (Öffnungsklausel).
- Die Leistungserbringung in diesen INZ kann, wie bisher vielfach üblich, in der Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. niedergelassenen Ärzten erfolgen. Erfolgreiche Modelle finden sich schon jetzt in vielen Regionen. An Krankenhausstandorten, die nicht über solche Kooperationen verfügen oder an welchen diese nicht realisiert werden konnten, übernehmen die Krankenhäuser diese Aufgabe in alleiniger Verantwortung. Die Krankenhäuser stehen wie bereits in der Vergangenheit zu partnerschaftlichen Kooperationen bereit. Die Zusammenarbeit zwischen den Portalpraxen und den Notaufnahmen der Krankenhäuser bedarf keiner weiteren gesetzlichen Vorgaben.

- Die INZ stellen eine Zusammenkunft von ambulanter und stationärer Notfallversorgung dar, an welchen die erforderlichen Kompetenzen umfassend vorhanden sind. Außerdem erfüllen diese die umfangreichen Anforderungen des Notfallstufensystems nach § 136 c Abs. 4 SGB V für die Versorgung stationärer Notfälle, die über die Anforderungen für ambulante Notfälle hinausgehen. Eine weitergehende Festlegung von Anforderungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ist daher nicht erforderlich.
- Der ergänzte Bewertungsausschuss wird zur Entwicklung einer neuen Gebührenordnung für die Leistungen an den INZ verpflichtet. Die Vergütung muss auskömmlich sein und insbesondere die spezifischen Vorhaltekosten berücksichtigen. Die Krankenhäuser rechnen die erbrachten ambulanten Notfalleleistungen direkt mit den Krankenkassen ab.
- Krankenhäuser, welchen kein INZ zugeordnet ist, können ambulante Notfalleleistungen auf der gesetzlichen Grundlage des § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V erbringen und wie bisher über den EBM abrechnen.
- Die Indikation zur Aufnahme von Notfallpatienten in die stationäre Versorgung ist schon bisher gesetzlich eindeutig und sachgerecht im Verantwortungsbereich des Krankenhauses geregelt und wird durch den Medizinischen Dienst engmaschig geprüft und gegebenenfalls sanktioniert. Ergänzend könnte die Wirksamkeit der Patientensteuerung nach einer ersten Umsetzungsphase evaluiert werden.
- Eine Neuordnung der ambulanten vertragsärztlichen Notfalleleistungen zu den regulären Sprechstundenzeiten ist aus Sicht der Krankenhäuser nicht erforderlich. Die vorgesehene Übertragung dieser Leistungen auf die INZ stellt einen Systembruch mit neuen Schnittstellenproblemen dar. Vielmehr sollte die Wirkung der Maßnahmen aus dem Terminservice- und Versorgungsgesetz und der neu einzuführenden GNL abgewartet werden. Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland hat am 31. Januar eine Erhebung veröffentlicht, die feststellt, dass das medizinische Ersteinschätzungsverfahren (SmED) fast 75 Prozent aller Anrufenden in die ärztliche Beratung und nur 25 Prozent in eine Notaufnahme vermittelt. Dies spricht dafür, dass die Implementierung von GNL die Problematik der Bagatellfälle zu Sprechstundenzeiten weitgehend lösen kann. Ergänzend müssen auch während der regulären Sprechstundenzeiten den Krankenhäusern durch die Kassenärztliche Vereinigung Praxen benannt werden, die im Bedarfsfall auch die weitere vertragsärztliche Versorgung übernehmen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die im Referentenentwurf vorgesehene Ausgestaltung der INZ und damit der Kernbereich der Reform der Notfallversorgung aus Sicht der Krankenhäuser absolut inakzeptabel ist. Der Aufbau solcher Strukturen führt lediglich zu ineffizienten Doppelvorhaltungen und zu komplexen, hochbürokratischen Parallelstrukturen. Der Referentenentwurf wird hier den Belangen der Krankenhäuser in keinsten Weise gerecht. Zu begrüßen sind hingegen alle Maßnahmen, die durch eine gezielte Patientensteuerung im Vorfeld der Behandlung zu einer Entlastung der Notaufnahmen der Krankenhäuser führen, und werden daher konstruktiv aufgegriffen.

Besonderer Teil

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 60 Abs. 3 SGB V – neu –)

Medizinische Notfallrettung

Beabsichtigte Neuregelung

Bei nicht eindeutiger Indikation für eine stationäre Aufnahme ist das nächstgelegene INZ anzufahren. Bei absehbarer stationärer Behandlungsbedürftigkeit sind grundsätzlich die Krankenhäuser anzufahren, die die Anforderungen nach § 136c Abs. 4 SGB V für die Teilnahme an der Basisnotfallversorgung, der erweiterten Notfallversorgung oder der umfassenden Notfallversorgung oder die Anforderungen für das Modul Notfallversorgung Kinder dieses Beschlusses erfüllen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 16 bestimmen, in welchen Fällen aus Gründen der zielgerichteten Behandlung ein spezialisiertes Krankenhaus angefahren werden soll.

Die besonderen Bedürfnisse bei der Versorgung von bestimmten Patientengruppen, insbesondere Kindern und psychisch Erkrankten, sind zu berücksichtigen.

Stellungnahme

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass der Referentenentwurf vorsieht, die Leistungen der Notfallrettung zwischen medizinischer Behandlung am Notfallort und Rettungsfahrt zu differenzieren und voneinander unabhängige Abrechnungsmöglichkeiten zu schaffen. Die damit verbundene Erwartung, dass die Notfallaufnahmen der Krankenhäuser entlastet werden, ist aus Sicht der Krankenhäuser uneingeschränkt positiv zu bewerten.

Die in § 60 Abs. 3 SGB V – neu – vorgesehene Regelung, dass bei nicht eindeutiger Indikation für eine stationäre Aufnahme das nächstgelegene INZ anzufahren ist, ist hingegen abzulehnen. Dies würde zu medizinischen Umwegen und Verzögerungen führen, die nicht begründet sind. So ist nicht nachvollziehbar, aus welchem Grund an Krankenhäusern, die der Basisnotfallversorgung oder erweiterten bzw. umfassenden Notfallversorgung nach § 136c Abs. 4 zugeordnet sind, an denen zugleich jedoch kein INZ verortet ist, die Patientenversorgung im Notfall aufgrund einer nicht eindeutigen Indikation ausgenommen ist. Insbesondere aufgrund der vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten strukturellen und personellen Anforderungen ist bei diesen Krankenhäusern jederzeit von einer patientenorientierten und qualitätsgesicherten medizinischen Versorgung auszugehen. Diese nehmen an der Notfallversorgung teil und müssen jederzeit krankenhausspezifische, ambulante Notfälle behandeln können.

Nach den konzeptionellen Vorstellungen der DKG wären die INZ flächendeckend vorhanden, wodurch Verzögerungen in der Versorgung vermieden werden.

Die Zielsetzung, primär auf die vertragsärztliche Versorgung zu fokussieren, ohne Versorgungsrealitäten und -notwendigkeiten zu beachten, muss kritisch gesehen werden. In der medizinischen Notfallrettung, bei der eine schnelle medizinische Versorgung dringend geboten ist, soll bei nicht eindeutiger Indikation zur stationären Aufnahme durch Umleitung auf INZ eine Verzögerung der Behandlung in Kauf genommen werden, indem die Wegezeiten zur medizinischen Behandlung verlängert werden. Dabei wird vernachlässigt, dass die Feststellung, über eine ambulante oder stationäre Versorgungsnotwendigkeit, auch von weiteren durchzuführenden diagnostischen Maßnahmen abhängig ist.

Die Entscheidung, ob die durch die Notfallrettung in das Krankenhaus transportierten Patienten eine ambulante Behandlung erhalten oder eine stationäre Aufnahme erforderlich ist, kann und wird bereits jetzt qualifiziert in den Notaufnahmen der Krankenhäuser getroffen. Darüber hinaus sind Krankenhäuser rechtlich dazu verpflichtet, eine Prüfung auf stationäre Behandlungsnotwendigkeit vorzunehmen. Sofern diese nicht zutrifft, ist in den Notfallaufnahmen der Kliniken die Behandlung ambulant durchzuführen und der Patient auch auf vertragsärztliche Versorgungsmöglichkeiten hinzuweisen.

Offen ist zudem, aus welchem Grund die besonderen Bedürfnisse insbesondere psychisch Kranker im Referentenentwurf hervorgehoben werden, in der Begründung aber darauf abgestellt wird, dass für diese Patientengruppe die Kooperation mit sozialpsychiatrischen Kriseninterventionsdiensten der Länder vorgesehen werden soll. Ob hier eine für dieses Patientenklientel jederzeit ausreichend psychiatrische Expertise vorgehalten wird, ist unklar.

Änderungsvorschlag

1. In Artikel 1 Nr. 2 wird § 60 Abs. 3 – neu – ersatzlos gestrichen.
2. In Artikel 1 Nr. 2 wird § 60 Abs. 4 – neu – zu Abs. 3 und § 60 Abs. 5 – neu – zu Abs. 4.

Zu Artikel 1 Nr. 5, Buchstabe b) (§ 75 Abs. 1b SGB V) **Sicherstellungsauftrag**

Beabsichtigte Neuregelung

Der vertragsärztliche Sicherstellungsauftrag soll jederzeit, d.h. 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche, die notdienstliche Versorgung umfassen. Bei der notdienstlichen Versorgung handelt es sich um Fälle, in denen eine sofortige Behandlung erforderlich ist. Die notärztliche Versorgung ist – soweit Landesrecht keine abweichende Bestimmung trifft – hiervon ausgenommen.

Die notdienstliche Versorgung wird durch die Kassenärztlichen Vereinigungen durch den Betrieb von INZ, einen telemedizinischen sowie einen aufsuchenden Bereitschaftsdienst sichergestellt. Hierzu haben die Kassenärztlichen Vereinigungen mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen zur Verbesserung der Versorgung mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch über die Organisation der notdienstlichen Versorgung treten.

Stellungnahme

Die notdienstliche Versorgung soll an INZ, durch telemedizinische Dienste sowie einen aufsuchenden Bereitschaftsdienst durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sichergestellt werden. Dass den Kassenärztlichen Vereinigungen der Sicherstellungsauftrag in der vorgesehenen Form zugeordnet und auf die Krankenhausstrukturen sogar noch ausgeweitet wird, ist nicht nachvollziehbar, da diese Zuordnung nicht der Versorgungsrealität entspricht. Der Gesetzgeber verkennt an dieser Stelle völlig, dass ein Großteil der ambulanten Notfallbehandlungen nur am Krankenhaus behandelt werden kann und nicht durch Vertragsärzte (MCK/DGINA 2015). Mehr als die Hälfte der ca. 20 Mio. in Deutschland betreuten ambulanten Notfälle (etwa 11 Mio.) suchen zudem Hilfe in den Krankenhäusern. Die Krankenhäuser tragen damit einen wesentlichen Teil der ambulanten Notfallversorgung, wobei ein großer Teil davon ausschließlich von diesen versorgt werden kann. Im Unterschied zum Diskussionsentwurf wird dennoch die Sicherstellung im ambulanten Notfall vollumfänglich auf die Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen.

Verschärfend kommt insbesondere hinzu, dass dem Wortlaut nach die notdienstliche Versorgung als originärer vertragsärztlicher Leistungsbestandteil auf die INZ übertragen und folglich aus dem bisherigen Versorgungsspektrum herausgenommen wird. Eine mögliche Folge aus der vorgesehenen Regelung könnte damit sein, dass die bislang zu Sprechstundenzeiten in den Praxen eintreffenden Patienten, für die eine sofortige Behandlung notwendig ist und durch Vertragsärzte vorgenommen wird, generell auf die drei gesetzlich vorgesehenen Versorgungsebenen verwiesen werden. Bei den INZ kann es sich jedoch nur um ein ergänzendes Angebot handeln, da die Regelungen der freien Arztwahl gemäß § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V sowie die erst mit dem TSVG eingeführten erweiterten Aufgaben der Terminservicestellen gänzlich unberührt bleiben. Dass es sich bei der notdienstlichen Versorgung um ein die bestehenden Versorgungsstrukturen ergänzendes Angebot handelt, ist daher deutlich klarzustellen. Auch dürfen sich die niedergelassenen Vertragsärzte nicht ihrer bisherigen Versorgungsverpflichtung entledigen, indem Patienten auf die INZ verwiesen werden, die jedoch in den Vertragsarztpraxen adäquat versorgt werden könnten. Nach den konzeptionellen Vorstellungen der DKG sind die Vertragsärzte zu Sprechstundenzeiten grundsätzlich verpflichtet, ambulante Notfälle zu versorgen und müssen dieser Verpflichtung wieder wesentlich stärker nachkommen. Daneben wird über die bestehenden Regelungen des TSVG und den zukünftig angedachten gemeinsamen Notfallleitstellen (GNL) eine Steuerung der Patienten in den vertragsärztlichen Bereich erfolgen, so dass das INZ vorrangig außerhalb der Sprechstundenzeiten ambulante Notfälle versorgt.

Die Herauslösung der ambulanten notdienstlichen Versorgung aus dem bestehenden System der vertragsärztlichen Versorgung und deren Sicherstellung durch INZ wird während der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten für die Krankenhäuser negative Auswirkungen auf die Personalressourcen der Krankenhäuser nach sich ziehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen keine medizinischen Leistungen zur Verfügung, da sie rein administrative Einheiten sind. Zur Sicherstellung der notdienstlichen Versorgung müssen sie auf die in ihr organisierten Ärzte zurückgreifen. Diese gehen zu den regulären Sprechstundenzeiten aber ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit nach, was sich aus dem Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 SGB V ergibt und gleichfalls auch aus wirtschaftlichen Erwägungen des Vertragsarztes als eigenständiger Unternehmer. Da parallel die notdienstliche Versorgung auf die INZ übertragen wird, ist davon auszugehen, dass die Personalausstattung primär durch Krankenhäuser erfolgt. Vor dem Hintergrund der eng begrenzten personellen Ressourcen in den Krankenhäusern ist vollkommen offen, in welchem Umfang neben der notwendigen Besetzung von Krankenhausstrukturen eine ausreichende Personalbesetzung in den zu etablierenden INZ gewährleistet werden kann, so dass die vorgesehene Strukturierung aus diesem Grund nicht umsetzbar erscheint. Vielmehr verschärft der vorliegende Entwurf zur Reform der Notfallversorgung bestehende Probleme der Krankenhäuser, indem bei ohnehin knappen Personalkapazitäten und gesetzlich vorgesehener Verlagerung der Versorgung in die INZ die Belastung für die Krankenhäuser steigt. Dies widerspricht jedoch der Zielsetzung des Gesetzesvorhabens, die Krankenhäuser zu entlasten.

Konsequenterweise müsste an dieser Stelle eigentlich zur Gewährleistung einer ausreichenden personellen Besetzung der INZ mit Ärzten das System der doppelten Facharztschiene verlassen werden und eine Ansiedlung der fachärztlichen Versorgung am Krankenhaus erfolgen. Auf diesem Weg wären die aus dem Entwurf resultierenden negativen personellen Auswirkungen zu lösen und zugleich würde für den Patienten ein eindeutiger Ort der Leistungserbringung geschaffen.

Das im Referentenentwurf dargelegte Konzept der INZ führt zu einer Zentrierung auf ausgewählte Krankenhäuser. Dies hat eine räumliche Ausdünnung der ambulanten Notfallversorgung für die Bevölkerung zur Folge. Patienten suchen aber vielfach das nächstgelegene Krankenhaus als niedrighschwelligen Zugang zur medizinischen Versorgung auf, wie im Referentenentwurf auch festgehalten wird. Patienten müssen aber jederzeit die Möglichkeit haben, in einer (subjektiv empfundenen) Notfallsituation auch die Notaufnahme eines Krankenhauses aufzusuchen, um dort untersucht und gegebenenfalls behandelt zu werden. Eine alleinige Weiterleitung ohne die notwendige Diagnostik in eine andere Versorgungsform kann aus haftungsrechtlichen als auch aus versorgungspolitischen Gründen nicht erfolgen. Außerdem erwartet der Patient zu Recht, dass er Hilfe in seiner Notfallsituation erhält. Die vorgesehene Konzentration der ambulanten Notfalleistungen – insbesondere vor dem Hintergrund der krankenhausspezifischen Notfalleistungen – auf eine eng begrenzte Zahl von Krankenhausstandorten geht an der Realität vorbei und ist damit abzulehnen.

Ergänzend ist anzumerken, dass auf Grundlage der bestehenden gesetzlichen Regelungen regionale Versorgungsmöglichkeiten geschaffen wurden, die eine aufeinander abgestimmte Notfallversorgung zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern nach sich gezogen haben, wie bspw. das gemeinsame Tresen-Modell „Frankfurt Höchst“ aus Hessen. Mit den beabsichtigten Regelungen wäre eine vollstän-

dige Neuordnung dieser etablierten Strukturen verknüpft. Aus diesem Blickwinkel heraus ist nicht nachzuvollziehen, warum ein Aufbrechen regional gewachsener und bewährter Versorgungsstrukturen durch die vorgesehene Neuformulierung des Sicherstellungsauftrages erfolgt.

Vor Ort soll die Flexibilität weiterhin ermöglicht werden, um passgenaue und abgestimmte Lösungen regionsspezifisch umzusetzen. Beispielsweise soll, in Abhängigkeit der zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen, optional gestaltbar sein, ob und wie ein „Tresen“ Bestandteil einer Versorgungslösung sein kann.

Vorgesehen ist ferner, dass zur Sicherstellung der notdienstlichen Versorgung die Kassenärztlichen Vereinigungen mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen haben. Vollkommen unklar ist, was hiermit gemeint ist. Grundsätzlich ist vor dem Hintergrund des Gleichbehandlungsgrundsatzes anzumerken, dass es keine Unterschiede in der Vergütungshöhe innerhalb des für das INZ rekrutierten ärztlichen Personals zwischen den Vertragsärzten, den Krankenhausärzten bzw. sonstigen Ärzten geben darf. Die Begründung weist an dieser Stelle aus, dass neben den vorgesehenen Vergütungsregularien der INZ die finanziellen und sonstigen Maßnahmen über die Haushalte bzw. die (Verwaltungskosten-)Umlage der Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt, aber konkretisiert den Sachverhalt nicht.

Mit dem Referentenentwurf verbleibt der Sicherstellungsauftrag weiterhin vollständig bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, so dass sie auch dafür vollumfänglich verantwortlich sind, Ärzte für die personelle Besetzung der INZ zur Verfügung zu stellen bzw. anzuwerben. Dabei ist die Zuordnung des Sicherstellungsauftrages damit zu verknüpfen, dass auch zu den Sprechstundenzeiten die Kassenärztlichen Vereinigungen diesem zwingend und zukünftig wesentlich besser nachkommen müssen. Alle patientensteuernden Maßnahmen müssen dies unterstützen. Dies berührt dabei nicht die im Notfall notwendige Inanspruchnahme der Krankenhäuser durch den Patienten nach § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V, so dass diese weiterhin ein notwendiger und die Versorgung ergänzender Bestandteil sind.

Änderungsvorschlag

1. Artikel 1 Nummer 5, Buchstabe b) (§ 75 Abs. 1b SGB V – neu –) wird ersatzlos gestrichen.
2. Es wird ein neuer § 115e SGB V eingefügt:
 - (1) **Das Krankenhaus kann in Notfällen auch ohne Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären und die ambulante Erstversorgung durchzuführen (ambulante Notfallbehandlung).**
 - (2) **Die Leistungen der Krankenhäuser nach Absatz 1 werden nach § 87 Absatz 2a Satz 23 und Satz 24 vergütet und nach § 120 Absatz 1 Satz 6 abgerechnet.**

Zu Artikel 1 Nr. 8 Buchstabe b) (§ 90 Abs. 4a SGB V – neu –) **Landesausschüsse**

Beabsichtigte Neuregelung

Für die Aufgaben nach § 116b Abs. 2 SGB V und § 123 Abs. 2 SGB V – neu – erhalten die um Vertreter der Krankenhäuser erweiterten Landesausschüsse eine eigenständige Regelung.

Die erweiterten Landesausschüsse sollen sich auf den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder einigen. Erfolgt keine Einigung, werden die Unparteiischen durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde im Benehmen mit den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie der Landeskrankenhausgesellschaft berufen.

Der erweiterte Landesausschuss beschließt mit einfacher Mehrheit, wobei die Stimmen der Kassenvertreter doppelt zählen.

Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden wirken beratend in den erweiterten Landesausschüssen mit. Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht zur Antragstellung bei den Aufgaben nach § 123 Abs. 2 Satz 2 SGB V – neu –. Kommt eine Festlegung nach § 123 Abs. 2 Satz 2 SGB V – neu – ganz oder nicht fristgemäß zustande, setzt die für die Sozialversicherung oberste Landesbehörde eine Nachfrist, die sechs Wochen nicht überschreiten darf. Bei Verstreichen dieser Frist erfolgt die Festlegung durch die für die Sozialversicherung oberste Landesbehörde.

Stellungnahme

Absolut inakzeptabel ist, dass die Entscheidung über die Zuordnung von INZ zu Krankenhäusern auf die Landesausschüsse nach § 90 SGB V in der vorgesehenen Form übertragen wird.

In einer ganzen Reihe von öffentlichen Stellungnahmen haben die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen angekündigt, die Anzahl der ambulanten Notfallstandorte in den Kliniken deutlich reduzieren zu wollen. In den erweiterten Landesausschüssen haben die Krankenkassen und niedergelassene Ärzte die Mehrheit. Durch die vorgesehene Mehrheitsentscheidung bei der Zuordnung würden Kassen und Kassenärztliche Vereinigungen damit maßgeblich über die Zukunft der Krankenhausstrukturen in Deutschland entscheiden können. Das steht im absoluten Widerspruch zur verfassungsrechtlichen Zuordnung der Zuständigkeit für die Krankenhausplanung auf die Länder.

Vielmehr sollte ein modifiziertes INZ-Konzept aus Krankenhaussicht so ausgestaltet sein, dass jedem Krankenhaus, das an der stationären Notfallversorgung teilnimmt und einer Stufe des Notfallstufensystems nach § 136 c Abs. 4 SGB V angehört, ein INZ zugeordnet ist. Um Versorgungslücken in der ambulanten Notfallversorgung zu vermeiden, ist den Länder die Kompetenz zuzusprechen, zusätzlich weitere Krankenhausstandorte zu benennen, an denen weitere INZ zu verorten sind. Da die Notfallversor-

gung wesentlichen Einfluss auf die Versorgungsstruktur der Krankenhauslandschaft hat, muss diese Planungshoheit bei den Ländern liegen. Für die entsprechende Umsetzung wird auf die Ausführungen zu § 123 SGB V bzw. § 6 KHG verwiesen. Für die Versorgung psychisch Kranker müssen gesonderte Regelungen gefunden werden, da diese über die Stufen des Notfallstufensystems nach § 136 c Abs. 4 SGB V nicht erfasst sind.

Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 8 Buchstabe b) (§ 90 Abs. 4a SGB V – neu –) wird ersatzlos gestrichen.

Zu Artikel 1 Nr. 10 (§ 115 Abs. 2 SGB V)

Dreiseitige Verträge auf Landesebene

Beabsichtigte Neuregelung

Aufgehoben werden die Regelungen zur dreiseitigen Gestaltung und Durchführung des Notdienstes auf Landesebene, ebenso wie die Möglichkeit, ergänzende Vergütungen zu vereinbaren.

Stellungnahme

Der vorgesehene Wegfall der dreiseitigen Vertragsgestaltung auf Landesebene ist eine Folgeanpassung im Kontext der im Referentenentwurf angestrebten Anpassungen. Dies darf jedoch nicht zur Konsequenz haben, dass damit bestehende vertragliche Regelungen auf der Landesebene, deren Grundlage § 115 Abs. 2 SGB V ist, damit hinfällig werden, insbesondere aufgrund der zu erwartenden Übergangsfristen zur Etablierung einer funktionsfähigen Versorgung auf Grundlage der neuen gesetzlichen Regelungen. Hier wären Übergangsfristen vorzusehen, die einen Weiterbetrieb regional abgestimmter Notfallversorgungsstrukturen ermöglichen.

Dass die bestehenden Regelungen zur Vereinbarung ergänzender Vergütungen auf der Landesebene hingegen ersatzlos gestrichen werden und allein Bestandteil der vorgesehenen Vergütung der INZ werden sollen, ist abzulehnen. Diese müssen auch bei denjenigen Krankenhäusern Berücksichtigung finden, die auf Grundlage einer Kooperationsvereinbarung nach § 75 Abs. 1b SGB V oder auf Grundlage des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V ambulante Notfalleistungen erbringen.

Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Änderung in Artikel 1 Nr. 10 wird aufgehoben.

Zu Artikel 1 Nr. 12, Buchstabe a) und b) (§ 120 Abs. 1 SGB V) und Nr. 6 (§ 87 Abs. 2a SGB V)

Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen sowie Schweregraddifferenzierung ambulanter Notfallleistungen im EBM

Beabsichtigte Neuregelung

In § 120 Abs. 1 SGB V wird vorgesehen, dass die Leistungen, die auf Grundlage des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V erbracht werden, in die Grundnorm zur Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen aufgenommen werden.

Festgelegt wird zugleich, dass die Vergütung der Krankenhäuser, die kein INZ oder keine Kooperationsvereinbarung gemäß § 75 Abs. 1b SGB V aufweisen, aufgrund einer Inanspruchnahme nach § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V um 50 Prozent zu kürzen ist.

Die Regelungen, wonach der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5a SGB V die Regelungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und die Entwicklung der Leistungen zu evaluieren hat, werden aufgehoben.

Stellungnahme

Vorgesehen wird die Integration der Leistungsvergütung ambulanter Notfallleistungen von Krankenhäusern in die Grundnorm zur Abrechnung ambulanter Krankenhausleistungen, was der höchstrichterlichen Rechtsprechung entspricht. Damit erfolgt eine Angleichung der gesetzlichen Vorgaben an die Rechtsprechung.

Vollends empörend und aus Sicht der Krankenhäuser strikt abzulehnen ist die vorgesehene Reduktion der Vergütungen um 50 Prozent für diejenigen Krankenhäuser, die weder ein INZ noch eine Kooperationsvereinbarung zwischen Krankenhaus und Kassenärztlicher Vereinigung auf Grundlage des § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V haben, jedoch eine Notfallversorgung auf Basis des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V durchführen. In diesem Fall erfolgt die Leistungsanspruchnahme ambulanter Notfallleistungen einzig auf Basis einer Entscheidung des Patienten, der für sich einen akuten Behandlungsbedarf wahrnimmt und im Krankenhaus zu Recht Hilfe sucht. Eine Diagnostik und gegebenenfalls notwendige Behandlung durch das Krankenhaus wird durch den vorliegenden Referentenentwurf allerdings sanktioniert, indem die bereits nicht kostendeckende EBM-Vergütung nochmals signifikant gekürzt wird.

Nicht ernsthaft kann eine Sanktionierung des zur Nothilfe Verpflichteten als Steuerungsinstrument für Patientenströme herangezogen werden. Im Referentenentwurf wird sogar die Feststellung getroffen, dass Krankenhäuser zur Abklärung von Notfällen rechtlich verpflichtet sind. Vor diesem Hintergrund ist die vorgesehene Sanktionierung von ambulanten Notfallleistungen völlig indiskutabel und stößt bei den Krankenhäusern auf höchstes Unverständnis, da aus (haftungs-) rechtlichen Erwägungen heraus eine Leistungserbringung durch Krankenhäuser – wie zurecht im Entwurf festgehalten – nicht abgelehnt werden kann. Eine alternative Handlungsoption wird den Krankenhäusern ohne INZ oder Kooperationsvereinbarung aus dieser Perspektive aber nicht geboten.

Auch sieht der Referentenentwurf nicht vor, die Inanspruchnahme von ambulant tätigen Ärzten – im Unterschied zum Krankenhaus – zu sanktionieren, die überdies auch auf Grundlage einer Kooperationsvereinbarung mit dem Krankenhaus den Notdienst sicherstellen können. Inwiefern mit dieser Regelung dem im Referentenentwurf herangezogenen Gleichheitsgrundsatz des Bundessozialgerichts Rechnung getragen wird, bleibt vollkommen offen. Zwar wird in der Begründung zum Referentenentwurf darauf hingewiesen, dass die EBM-Vergütung *insbesondere*, d.h. nicht ausschließlich, für die in einer Notaufnahme eines Krankenhauses erbrachten Leistungen zu kürzen ist, der Gesetzeswortlaut bezieht dabei Vertragsärzte jedoch explizit nicht ein.

Die Regelung ist insgesamt abzulehnen. Vielmehr müssen die Krankenhäuser dieselbe Vergütung für die Erbringung ambulanter Leistungen erhalten wie die Vertragsärzte, auch wenn kein INZ oder keine Kooperationsvereinbarung vorhanden ist. In diesem Zusammenhang ist die in § 87 Abs. 2a SGB V vorgesehene Streichung der Sätze 23 und 24 abzulehnen. Diese erfolgt aufgrund der Umsetzung des gesetzlichen Auftrages zur Schweregradifferenzierung als auch aufgrund der neu vorgesehenen Vergütungsregelung für die INZ. Da die beschlossenen Vergütungsregelungen zur Vergütung ambulanter Notfalleleistungen im EBM jedoch grundsätzlich weiterhin Bestand haben sollen, dürfen die bislang nicht kostenaufwandsgerechten EBM-Vergütungen des Abschnitts 1.2 nicht statisch weitergeführt werden und deren Fortentwicklung nicht allein dem zweiseitig besetzten Bewertungsausschuss zur Weiterentwicklung überlassen werden, da mit der vorgesehenen Aufhebung gleichfalls der um die DKG ergänzte Bewertungsausschuss aus der Norm gestrichen wird.

Aufgrund dessen ist die Vergütung weiterhin zwingend dreiseitig zu vereinbaren und muss gleichfalls regelmäßig überprüft und angepasst werden. Entscheidend ist ebenfalls, dass die Vergütung die Leistungserbringung kostenaufwandsgerecht abbildet, da Krankenhäuser auch weiterhin Teil der ambulanten Notfallversorgung sein werden. Insbesondere die notwendigen Vorhaltungen der Krankenhäuser, personeller als auch investiver Art, müssen entsprechend in der Leistungsvergütung abgebildet werden. Für die Krankenhäuser muss ein wirtschaftlicher Betrieb gewährleistet werden. Ausgangsgrundlage der Kalkulation kann damit nicht der EBM sein.

Änderungsvorschlag

1. Die vorgesehene Änderung in Artikel 1 Nr. 12, Buchstabe b) wird aufgehoben.
2. Die vorgesehene Änderung in Artikel 1 Nr. 6 wird aufgehoben.
3. In § 87 Abs. 2a werden die Sätze 23 und 24 wie folgt geändert:

Der Bewertungsausschuss nach Absatz 5a hat ~~bis spätestens zum 31. Dezember 2016~~ die Regelungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren; ~~die Vergütung muss dabei die Leistungsfähigkeit bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Zwei Jahre nach Inkrafttreten dieser Regelungen hat der~~ Der Bewertungsausschuss nach Absatz 5a hat die Entwicklung der Leistungen **und der Vergütungen in einem Abstand von zwei**

Kalenderjahren zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten; Absatz 3a gilt entsprechend.

4. Nach § 120 Abs. 1 Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

Die Vergütung der Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1 Satz 2 oder § 75 Absatz 1b oder § 115e erbracht werden, werden vom Krankenträger nach Maßgabe des Absatz 3 Satz 2 und 3 abgerechnet.

5. § 120 Abs. 3 Satz 3 wird wie folgt geändert:

Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke wird für die Hochschulambulanzen, die psychiatrischen Institutsambulanzen, die sozial-pädiatrischen Zentren, ~~und~~ die medizinischen Behandlungszentren **und die Leistungen gemäß Absatz 1 Satz 6** von den Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3 [...]

Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 123 Abs. 1 bis 5 SGB V – neu –) **Integrierte Notfallzentren**

Beabsichtigte Neuregelung

§ 123 Abs. 1 SGB V – neu – sieht die Etablierung von INZ vor. Diese sollen als zentrale, jederzeit zugängliche Anlaufstellen der Notfallversorgung eine qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfes auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Richtlinienvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die erforderliche medizinische Erstversorgung erbringen. Sofern medizinisch notwendig, sind sie zur Weiterleitung in die stationäre Versorgung des Krankenhauses berechtigt und verpflichtet.

INZ sollen nach § 123 Abs. 2 – neu – von dem hierzu durch den erweiterten Landesausschuss bestimmten Krankenhaus und der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemeinsam als räumlich und wirtschaftlich abgegrenzte Einrichtungen eingerichtet und betrieben werden. Die fachliche Leitung obliegt dabei der Kassenärztlichen Vereinigung. Nachdem ein Krankenhaus als Standort eines INZ festgelegt wurde, haben sich das Krankenhaus und die Kassenärztliche Vereinigung zu Einrichtung und Betrieb zu vereinbaren und hierbei auch Regelungen zur wirtschaftlichen und organisatorischen Ausgestaltung zu treffen. Kommt eine Vereinbarung nicht rechtzeitig zustande, wird ihr Inhalt von einer zu bestimmenden Schiedsperson festgesetzt.

Bestehende Notfallversorgungsstrukturen auf Basis des § 75 Abs. 1b SGB V sollen dabei in das INZ überführt werden, wobei Krankenhäuser, denen kein INZ zugeordnet wird, die aufgebauten Strukturen (insbesondere Portalpraxen) bis zu einem von den erweiterten Landesausschüssen zu bestimmenden Zeitpunkt übergangsweise weiter betreiben können.

Vorgesehen wird in § 123 Abs. 3 SGB V – neu –, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien bundesweit einheitliche bedarfsbezogene Planungsvorgaben zur Bestimmung der Anzahl und Standorte zu treffen hat. Hierzu hat er regionsbezogene Erreichbarkeitsrichtwerte mit Vorgaben für ein Betroffenheitsmaß und eine bevölkerungsbezogene Versorgungsdichte als verbindliche Planungskriterien sowie Ausnahmetatbestände zu definieren, in denen ein Krankenhaus in zwingend erforderlichen Fällen als Standort eines INZ festgelegt werden kann, obwohl es nicht die Anforderungen des Beschlusses für die Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 136c Abs. 4 SGB V erfüllt oder nicht in der höchsten, regional verfügbaren Stufe einzuordnen ist.

Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss bundesweit einheitliche Vorgaben und Qualitätsanforderungen zur Leistungserbringung in INZ zu beschließen, insbesondere zur Ausstattung von INZ, zur Durchführung einer Ersteinschätzung sowie zum Umfang der von INZ zu erbringenden notdienstlichen Versorgung. Auch soll er dabei die besonderen Bedürfnisse von Kindern und psychisch Erkrankten berücksichtigen.

§ 123 Abs. 4 SGB V – neu – sieht vor, dass die Leistungen der INZ außerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden. Hierzu hat der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5a SGB V eine Grundpauschale sowie nach dem Schweregrad der Fälle differenzierte Pauschale in den EBM aufzunehmen. Die Grundpauschale soll unabhängig von der Anzahl der behandelten Patienten die Vorhaltekosten für das INZ abbilden. Die Entwicklung der Leistungen und der Vergütungen sollen durch den ergänzten Bewertungsausschuss regelmäßig evaluiert und dem BMG gegenüber berichtet werden.

Darüber hinaus haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband gemeinsam und einheitlich Grundsätze zur wirtschaftlichen Leistungserbringung, zur Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie das Nähere zum Abrechnungsverfahren und zu Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und erforderlichen Vordrucke zu vereinbaren.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen als Abrechnungsstellen im Land dienen. Die Vertragspartner nach § 115 Abs. 1 SGB V haben die Berücksichtigung der spezifischen Investitionsbedingungen zu vereinbaren und können ergänzende Vergütungen vereinbaren.

§ 123 Abs. 5 SGB V – neu – sieht vor, dass die Krankenkassen ihre Versicherten in geeigneter Weise über das nächstgelegene INZ und die GNL zu informieren haben.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen grundsätzlich den Ansatz, die ambulante Notfallversorgung in Deutschland durch Krankenhäuser und niedergelassene Vertragsärzte enger aufeinander abzustimmen. Bereits jetzt gibt es auf regionaler Ebene positive Erfahrungen in der Zusammenarbeit zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern auf Grundlage einer kooperativen Zusammenarbeit.

Absolut unverständlich ist für die Krankenhäuser jedoch die Verpflichtung der Kliniken, gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung unter deren fachlicher Leitung die neuen INZ zu „betreiben“. Dies ist sachlich in keiner Weise zu begründen und mit verfassungsrechtlichen Bedenken besetzt.

Rechtlich gesehen ist die vorgeschriebene Verpflichtung zur Zusammenarbeit ein Rückfall in die Zeiten der Zwangskooperationen der 90er Jahre bei den Großgeräten, die nicht funktioniert hat und verfassungsrechtlich umstritten war. Dabei bewegt sich diese rechtliche Vorgabe im Spannungsfeld zwischen der verfassungsrechtlich geschützten Organisationshoheit der Krankenhausträger und der Gesetzgebungsbefugnis des Bundes (und ergänzend der Länder) unter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes.

Die Verpflichtung zum Betrieb von INZ mit den Kassenärztlichen Vereinigungen ist ein Eingriff in die Organisationshoheit der Krankenhäuser und stellt einen Betrieb-im-Betrieb dar. Der Kassenärztlichen Vereinigung obliegt als Verwaltungseinheit die administrative Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, indem sie die Rahmenbedingungen für die in ihr organisierten Ärzte gestaltet. Durch die Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigung in die INZ wird diese institutionell in die Versorgung einbezogen und eigenständiger medizinischer Versorgungsträger, mit der Folge, dass eine Neuordnung bislang dem Krankenhausbereich zugehöriger Versorgungsbereiche in eine neue, zu etablierende Organisationsform erfolgt. Damit erfolgt zunächst nichts weiter als ein fiktiver Aufbau von Versorgungseinheiten, deren grundsätzliche Funktionen bereits jetzt (ohne Einbindung der Kassenärztlichen Vereinigung) in den Krankenhäusern existieren. Denn bestehende Elemente der ambulanten Notfallversorgung (ärztlicher Bereitschaftsdienst sowie zentrale Notaufnahme) sollen lediglich in einer neuen (Rechts-)Form zusammengefasst werden.

Auch im Hinblick auf den Verzahnungsgedanken ist die vorgeschlagene Regelung absolut kontraproduktiv. Die Krankenhäuser werden auch in Zukunft für den stationären Betrieb eigenständige Zugangswege und damit Notaufnahmen vorhalten müssen. Die Verpflichtung zu gesonderten Einrichtungen für ambulante Notfälle würde damit zur ineffizienten Doppelvorhaltung von Versorgungsstrukturen führen. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser gemäß § 39 SGB V verpflichtet zu prüfen, ob Patienten stationär behandlungsbedürftig sind. Diese Verpflichtung kann das INZ nicht übernehmen, so dass die Weiterleitung eines vom INZ als stationär behandlungsbedürftig eingeschätzten Patienten grundsätzlich durch das Krankenhaus immer zu überprüfen ist und dieses letztendlich über die stationäre Behandlung entscheidet. Dass die Feststellung zur stationären Behandlung nicht in die Entscheidungshoheit des INZ gelegt werden darf und kann, ergibt sich zudem daraus, dass bei Zweifelsfragen zur stationären Behandlungsnotwendigkeit durch die Krankenkasse das Krankenhaus den wirtschaftlichen Schaden trägt und nicht das INZ.

Die fachliche Leitung soll den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen obliegen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind jedoch keine medizinischen Leistungserbringer. Sie müssten Ärzte rekrutieren, die in den neuen Ambulanzen an den Krankenhäusern Leitungsfunktionen ausüben, ohne dass sie den Krankenhäusern unterstehen bzw. in ihren Entscheidungen den Prozessen der Krankenhausstrukturen unterliegen. Demgegenüber werden heute sämtliche ambulanten Notfalleistungen und viele andere

ambulante Leistungen (ambulante Operationen, ASV-Leistungen, PIA-Leistungen etc.) ausschließlich unter der organisatorischen und ärztlichen Verantwortung der Krankenhäuser erbracht. Es gibt damit überhaupt keinen Grund, medizinische Leistungen, die am Krankenhaus und in vom Krankenhaus mitverantworteten Einrichtungen erbracht werden, unter die fachärztliche Leitung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu stellen.

Ob niedergelassene Ärzte überhaupt während der Sprechstundenzeiten an der notdienstlichen Versorgung in den INZ teilnehmen wollen, ist völlig unklar. Durch die Neuregelung des Sicherstellungsauftrages ist die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, medizinische Leistungen im Rahmen der notdienstlichen Versorgung sicherzustellen. Die Vertragsärzte müssten dafür jedoch ihre eigene Praxistätigkeit vernachlässigen, so dass davon auszugehen ist, dass während der Sprechstundenzeiten auf Krankenhauspersonal zurückgegriffen werden muss. Ein Rückgriff auf das Personal des Krankenhauses würde aber nicht zu einer Entlastung der Krankenhäuser führen. Hier muss die Kassenärztliche Vereinigung dafür Sorge tragen, dass die in ihr organisierten Ärzte ihrem Sicherstellungsauftrag jederzeit nachkommen.

Darüber hinaus darf nicht vernachlässigt werden, dass die vorgesehene Neuformulierung des Sicherstellungsauftrages den Kassenärztlichen Vereinigungen auch den aufsuchenden Bereitschaftsdienst zuordnet, welcher personell durch die Vertragsärzte abzudecken ist. Die Erbringung des aufsuchenden Bereitschaftsdienstes durch die Kassenärztliche Vereinigung ist bei konsequenter Umsetzung des Sicherstellungsauftrages folgerichtig. Im Rahmen des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen wird der aufsuchende Bereitschaftsdienst rund um die Uhr erbracht und bindet entsprechende Ressourcen, die den INZ damit ebenfalls nicht zur Verfügung stehen können.

Die Festlegung von Struktur- und Qualitätsvorgaben durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ist nicht nachvollziehbar. Die Anforderungen, die durch den Beschluss zum System der gestuften Notfallversorgung nach § 136c Abs. 4 SGB V getroffen wurden, können durch die neue Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 16 SGB V – neu – dabei nur unterschritten werden. Denn über diesen Beschluss hinausgehende Vorgaben zur personellen, apparativen und räumlichen Ausstattung wären nicht sinnvoll, da dies eine ineffiziente Doppelvorhaltung wäre. Damit kann sich das Anforderungsprofil der INZ nur unterhalb der Vorgaben zum Beschluss zum System der gestuften Notfallversorgung bewegen, so dass offen ist, aus welchem Grund nicht auf die bestehenden Krankenhausstrukturen für die notdienstliche Versorgung zurückgegriffen wird, da diese höhere Standards erfüllen. Hierauf wird auch in der Begründung hingewiesen, wonach nur solche Krankenhäuser als Standorte von INZ festgelegt werden können, die über die erforderliche personelle und sächliche Ausstattung für die Erbringung einer qualitätsorientierten stationären Notfallversorgung verfügen. Folglich müsse, laut Entwurf, ein Krankenhaus mindestens die Anforderungen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Abs. 4 SGB V für eine Teilnahme an der Basisstufe, der erweiterten Stufe, der umfassenden Stufe oder der des Moduls „Notfallversorgung Kinder“ erfüllen.

Grundsätzlich abzulehnen ist die in der Begründung dargelegte Strukturbereinigung, die über die Etablierung der INZ erfolgen soll. Der Referentenentwurf führt in der Begründung zu § 123 Abs. 3 SGB V – neu – weiter aus, dass nicht alle Krankenhäuser, die am

Notfallstufensystem für die stationäre Versorgung teilnehmen, ein INZ erhalten können. Aus diesem Grund sollten insbesondere jene ausgewählt werden, welche die Anforderungen der erweiterten oder umfassenden Stufe der Notfallversorgung erfüllen. Ferner sei der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Abs. 4 SGB V nach Festlegung der INZ-Standorte anzupassen, wobei zu prüfen ist, ob ergänzende Vorgaben für die Teilnahme von Krankenhäusern an der stationären Notfallversorgung erforderlich sind. Die Einführung von INZ kann nicht zur Folge haben, dass dadurch die Strukturen der stationären Notfallversorgung abgebaut werden.

Fraglich ist, in welchem Umfang der Gemeinsame Bundesausschuss Vorgaben für die von den INZ zu erbringende notdienstliche Versorgung treffen kann. Um welche medizinischen Maßnahmen es sich hierbei handeln kann, ist vollkommen offen. Soll hier eine über die vertragsärztliche Versorgung hinausgehende Versorgung Teil der Behandlung sein oder erfolgt eine Orientierung am vertragsärztlichen Versorgungsspektrum? Grundsätzlich ist dies ein Eingriff in die ärztliche Therapiefreiheit, die jedoch durch die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses in keiner Weise eingeschränkt werden darf.

Auch ist darauf hinzuweisen, dass Festlegungen im Behandlungsumfang zur Folge haben können, dass im jeweiligen Einzelfall eine vollständige Versorgung nicht möglich ist. Wenn aufgrund dessen das INZ aber veranlassen muss, die weitere ambulante Notfallversorgung durch das Krankenhaus erbringen zu lassen, würde dies aber bereits dem derzeitigen Status-Quo entsprechen, wonach zwei Drittel der im Krankenhaus behandelten ambulanten Notfälle eine fachspezifische bzw. krankenhausspezifische Behandlung bedürfen.

Der Referentenentwurf sieht vor, die Vergütung in eine fallzahlunabhängige Grundpauschale – zur Vergütung der Vorhaltekosten – und nach Schweregrad der Fälle differenzierte Pauschalen aufzutrennen. Die Differenzierung der Vergütung nach Schweregrad greift die Forderung der Krankenhäuser nach einer aufwandsgerechten Vergütung auf, da somit auch die Patienten- und Leistungsstruktur bei der Leistungsfinanzierung berücksichtigt werden könnte. Die Aufnahme eines eigenständigen Vergütungssystems, das die Vorhaltekosten und die Schweregraddifferenzierung berücksichtigt, wird hierbei ausdrücklich begrüßt.

Die Vergütungsfindung wird dabei dem ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5a SGB V zugeordnet und die Entgelte sollen Teil des EBM werden. Die Zuordnung der Entgeltfindung zum ergänzten Bewertungsausschuss sowie die Integration der Pauschalen in den EBM könnten zur Folge haben, dass Kalkulationsgrundlage der Pauschalen die Kostenstrukturen von Einzelpraxen sind. Allerdings stellt das Standardbewertungssystem des EBM lediglich auf facharztdifferenzierte Praxisbetriebsmodelle ab, so dass der EBM in der bestehenden Form keinesfalls als Vergütungsmaßstab geeignet ist. Entsprechende INZ-Versorgungs- und damit Kostenstrukturen existieren im EBM nicht. EBM-Vergütungen können damit nicht die Kalkulationsgrundlage für eine Vergütungsreform sein. Die Kalkulation der Vergütung kann sich nur an den tatsächlichen Kosten orientieren, so dass eine wirtschaftliche Betriebsführung zu gewährleisten ist.

Abzulehnen ist die vorgesehene Implementierung der Kassenärztlichen Vereinigungen als Abrechnungsstelle auf Landesebene. Nicht nachvollziehbar ist, dass dreiseitig das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen festzulegen ist, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen als Abrechnungsstelle tätig werden. Damit sind die technischen und inhaltlichen Vorgaben zum Abrechnungsverfahren vorgegeben, da davon auszugehen ist, dass auf diese zurückgegriffen wird, um einen möglichen technischen Aufwand zur Datenübermittlung und Programmierung gering zu halten. Damit ist die gesetzliche Neuregelung in § 123 Abs. 4 Satz 5 Nr. 3 SGB V – neu – hinfällig.

Auch müssen aus Datenschutzgründen die INZ in der vorgesehenen Struktur als eigenständige Organisations- bzw. Rechtseinheiten aufgefasst werden. Dies umfasst insbesondere die Notwendigkeit einer komplett von der Struktur des Krankenhauses getrennten Datenverarbeitung und bei Bedarf einen neuen Aufnahmeprozess für eine stationäre Aufnahme. Ein Datenaustausch zwischen INZ und Krankenhaus bedarf dann einer Einwilligung des Patienten, wenn dieses nicht explizit im Gesetz vorgegeben ist. Aktuell gibt es keine standardisierte Software, die einen solchen Austausch unterstützt.

Insgesamt ist aufgrund der vielfältigen Kritikpunkte die Konstruktion der INZ, wie diese im Referentenentwurf vorgeschlagen wird, aus Sicht der Krankenhäuser abzulehnen.

Die Krankenhäuser schlagen daher folgendes, modifiziertes Modell von INZ vor:

Zukünftig werden ambulante Notfall-Patienten, die aufgrund ihres voraussichtlichen medizinischen Versorgungsbedarfes nicht in den niedergelassenen ambulanten Strukturen behandelt werden können, regelhaft an den Standort eines Krankenhauses verwiesen. Die am Ort des Krankenhauses zusammengeführte ambulante und stationäre Notfallversorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten bildet das INZ, an welchem die erforderlichen Kompetenzen umfassend jederzeit vorhanden sind. Das INZ, das am Standort eines Krankenhauses, welches einer Stufe des Notfallstufensystems nach § 136 c Abs. 4 SGB V zugeordnet ist, verortet ist, hält grundsätzlich die notwendigen Ressourcen für die Versorgung von fach- bzw. krankenhausspezifischen ambulanten Notfallleistungen jederzeit vor. Das führt auch dazu, dass langfristig Patienten, die im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung der Strukturen der INZ bedürfen, auch in diese regelhaft gesteuert werden. Da die INZ bereits die umfangreichen Anforderungen des Notfallstufensystems nach § 136 c Abs. 4 SGB V, die über die Anforderungen für ambulante Notfälle hinausgehen, erfüllen, ist eine weitergehende Festlegung von Anforderungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss obsolet.

Darüber hinaus kann die Leistungserbringung in INZ in Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. niedergelassenen Ärzten erfolgen. Der regionalen Ebene sollte in der Ausgestaltung der Kooperationsformen ausreichend Spielraum gegeben werden, da die Lösungsansätze sehr unterschiedlich ausgestaltet sein können.

Die Festlegung der Vergütung der INZ-Leistungen, die das Krankenhaus mit einem INZ erhält, erfolgt dreiseitig durch den ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5a SGB V mit Abrechnung direkt gegenüber den Krankenkassen. Durch Beschluss über eine Grundpauschale und nach Schweregrad differenzierten Pauschalen soll eine aus-

kömmliche Finanzierung der INZ-Struktur erreicht werden, welche insbesondere die Vorhaltung der zur Verfügung gestellten Ressourcen entsprechend berücksichtigt.

Zu Sprechstundenzeiten sind die Vertragsärzte über ihren Sicherstellungsauftrag nach wie vor verpflichtet, ambulante Notfälle, die in den Vertragsarztstrukturen adäquat versorgt werden können, zu behandeln. Durch die derzeit verstärkten Koordinationsbemühungen über die Terminservicestellen nach dem TSVG und die zukünftig vorgesehenen GNL wird eine zielgerichtete Steuerung der vertragsärztlichen Patienten in die Vertragsarztpraxen ohnehin erfolgen.

Das Land erhält zusätzlich die Möglichkeit, im Bedarfsfall weitere Krankenhausstandorte als INZ ausweisen, um die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung im medizinischen Notfall sicherzustellen (Öffnungsklausel). Die näheren Kriterien zur Feststellung der flächendeckenden Notfallversorgung sind durch die Länder festzulegen. In diesem Zusammenhang können die Länder, wie bisher auf Grundlage von § 6 KHG, falls notwendig, spezifische Qualitätsvorgaben festlegen. Die letztendliche Entscheidungshoheit muss jedoch zwingend bei den Ländern liegen, die auch für die stationäre Krankenhausplanung zuständig sind.

An Krankenhäusern, die kein INZ-Standort sind, erfolgt die Leistung nach § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V und die Vergütung der ambulanten Notfallleistungen wie bisher auf Basis des EBM.

Änderungsvorschlag

1. Artikel 1 Nr. 13 zu § 123 Abs. 1 ist wie folgt anzupassen:

- (1) **Die ambulante Notfallversorgung gemäß § 75 Absatz 1b findet in Integrierten Notfallzentren statt. Die Integration vertragsärztlicher Strukturen nach § 75 Absatz 1 Satz 2 erster Halbsatz erfolgt über Kooperationsvereinbarungen.** Integrierte Notfallzentren erbringen als zentrale, ~~jederzeit zugängliche~~ Anlaufstellen der Notfallversorgung **am Standort eines Krankenhauses auf der Grundlage des bundeseinheitlichen Verfahrens nach Absatz 3 zu sprechstundenfreien Zeiten der vertragsärztlichen Versorgung** eine qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs der Hilfesuchenden sowie die aus medizinischer Sicht erforderliche notdienstliche Versorgung. Soweit dies medizinisch erforderlich ist, sind sie zur Weiterleitung in die stationäre Versorgung des Krankenhauses berechtigt und verpflichtet. Die Kooperationsvorgaben nach § 133b Absatz 4 sind zu beachten.

2. Artikel 1 Nr. 13 zu § 123 Abs. 2 ist wie folgt anzupassen:

- (2) Integrierte Notfallzentren werden von **den Krankenhäusern, die an der stationären Versorgung nach dem gestuften System von Notfallstufen in Krankenhäusern nach § 136c Abs. 4 SGB V teilnehmen, betrieben.** ~~der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemeinsam mit den nach Satz 2 bestimmten Krankenhäusern als räumlich und wirtschaftlich von diesen abgegrenzten Einrichtungen errichtet und betrieben.~~ Für den Fall, dass mit Integrierten Notfallzentren nach Absatz 1 eine ambulante Notfallversorgung

~~nicht flächendeckend möglich ist, können hiervon betroffene Länder, Krankenhausstandorten, die die Voraussetzungen nach Satz 1 nicht erfüllen, die Erlaubnis erteilen, ein Integriertes Notfallzentrum zu betreiben. Die Einbindung von Vertragsärzten kann im Rahmen von Kooperationen erfolgen. Die erweiterten Landesausschüsse nach § 90 Absatz 4a bestimmen innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Vorgaben nach Absatz 3 und unter Beachtung dieser Planungsvorgaben nach Absatz 3 die Krankenhäuser, an denen integrierte Notfallzentren einzurichten sind. Widerspruch und Klage gegen eine Festlegung nach Satz 2 haben keine aufschiebende Wirkung. Die fachliche Leitung des integrierten Notfallzentrums obliegt der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Das Nähere zur Einrichtung und zum Betrieb des integrierten Notfallzentrums vereinbaren die Kassenärztlichen Vereinigungen und das Krankenhaus innerhalb von sechs Monaten, nachdem das Krankenhaus als Standort eines integrierten Notfallzentrums festgelegt worden ist. In der Vereinbarung ist das Nähere zur wirtschaftlichen und organisatorischen Ausgestaltung des integrierten Notfallzentrums und zur Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 3 sowie insbesondere dazu zu regeln,~~

- ~~1. dass das integrierte Notfallzentrum räumlich derart an das Krankenhaus angebunden wird, dass es von den Hilfesuchenden als erste Anlaufstelle für die Notfallversorgung wahrgenommen wird und~~
- ~~2. dass nach § 75 Absatz 1b Satz 2 in der Fassung vom [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten] aufgebaute Strukturen, insbesondere sogenannte Portalpraxen, in das integrierte Notfallzentrum überführt werden.~~

~~Kommt eine Vereinbarung nach Satz 5 nicht rechtzeitig zustande, wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, wird diese innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsperson. Nach § 75 Absatz 1b in der Fassung vom ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten] aufgebaute Versorgungsstrukturen, insbesondere sogenannte Portalpraxen, sind bis zur Überführung in ein integriertes Notfallzentrum von der Kassenärztlichen Vereinigung weiter zu betreiben. Sofern das Krankenhaus nicht als Standort eines integrierten Notfallzentrums festgelegt wird, können die nach § 75 Absatz 1b in der Fassung vom ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten] aufgebauten Versorgungsstrukturen, insbesondere sogenannte Portalpraxen, bis zu einem von dem erweiterten Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a zu bestimmenden Zeitpunkt übergangsweise weiter betrieben werden.~~

3. Artikel 1 Nr. 13 zu § 123 Abs. 3 ist ersatzlos zu streichen.

4. Artikel 1 Nr. 13 zu § 123 Abs. 4 wird zu Abs. 3 und wie folgt geändert:

- (3) Die Leistungen der **Krankenhäuser mit der Zuordnung eines integrierten Notfallzentrums** werden von der Krankenkasse außerhalb der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütung nach Maßgabe dieses Absatzes **direkt an die Krankenhäuser** vergütet; **§ 120 Absatz 1 Satz 6 gilt entsprechend**. Hierzu beschließt der Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten ~~der Vorgaben nach Absatz 3~~ die Aufnahme einer Grundpauschale und nach Schweregrad differenzierte Pauschalen je Inanspruchnahme jeweils in Euro in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen; § 87 Absatz 6 und 7 gilt entsprechend. Mit der Grundpauschale sind unabhängig von der Anzahl der behandelten Patienten die Vorhaltekosten für das integrierte Notfallzentrum entsprechend ~~der nach Absatz 3 zu entwickelnden Vorgaben~~ abzubilden und Grundsätze zur Berücksichtigung der spezifischen Investitionsbedingungen zu vereinbaren. Der Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a hat zwei Jahre nach Inkrafttreten und anschließend in einem Abstand von zwei Kalenderjahren die Entwicklung der Leistungen und der Vergütungen in der ambulanten Notfallversorgung zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten; das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zu dem Bericht bestimmen. ~~Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren zudem innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Vorgaben nach Absatz 3 gemeinsam und einheitlich~~

~~1. Grundsätze zur wirtschaftlichen Leistungserbringung,~~

~~2. Grundsätze zur Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie~~

~~3. Näheres zum Abrechnungsverfahren und zu Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie der erforderlichen Vordrucke.~~

~~Die Kassenärztliche Vereinigung dient als Abrechnungsstelle im Land. Auf Grundlage des Beschlusses nach Satz 2 haben die Vertragspartner nach § 115 Absatz 1 die Berücksichtigung der spezifischen Investitionsbedingungen zu vereinbaren und können zudem weitere ergänzende Regelungen zur Vergütung vereinbaren. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 5 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet jeweils auf Antrag einer Vertragspartei das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium gemäß § 89a. Die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen sind nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7 in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 um die in den Sätzen 1 bis 3 genannten Leistungen zu bereinigen, soweit sie bisher Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind.~~

5. Artikel 1 Nr. 13 zu § 123 Abs. 5 wird zu Abs. 4.

6. Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes; in § 6 Abs. 1 KHG wird folgender Satz angefügt:

Die Krankenhausplanung umfasst auch die Festlegung der Standorte von integrierten Notfallzentren nach § 123 SGB V an Krankenhäusern für den Fall, dass eine flächendeckende Versorgung nicht möglich ist.

7. In Artikel 1 wird Nummer 9 Buchstabe a), Doppelbuchstabe cc) zu § 92 wie folgt gefasst:

16. medizinische Notfallrettung ~~und integrierte Notfallzentren~~

Zu Artikel 1 Nr. 14 (§ 133 Abs. 3 SGB V neu)

Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung

Beabsichtigte Neuregelung

Die zuständigen Landesbehörden müssen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich bei der Planung der Anzahl von Luftrettungsstandorten, Rettungsleitstellen, Rettungswachen und Rettungsmitteln beteiligen.

Stellungnahme

Es ist völlig einseitig, nur die Landesebene der gesetzlichen Krankenkassen an der Planung der Luftrettungsstandorte, der Rettungsleitstellen, der Rettungswachen und der Rettungsmittel zu beteiligen, nicht aber die davon unmittelbar betroffene Krankenseite. Die Besetzung der Rettungsmittel erfolgt vielerorts durch Mitarbeiter der Krankenhäuser, die kurze Ausrückzeiten gewährleisten. Die reine Kostenorientierung der Krankenkassen lässt eine erhebliche Ausdünnung der flächendeckenden Versorgung befürchten. Die versorgungspolitischen Aspekte kommen bei der Beteiligung ausschließlich der Kassen zu kurz. Daher ist der Satz 1 dahingehend zu ergänzen, dass auch die Landeskrankenhausgesellschaften bei der Planung zu beteiligen sind. Alternativ ist der Abs. 3 gänzlich zu streichen und die Planung allein den zuständigen Landesbehörden zu überlassen.

Die Krankenhäuser gehen davon aus, dass mit der Planung der Luftrettungsstandorte nicht die Planung der Hubschrauberlandeplätze und –stellen mit umfasst ist, sondern nur deren „Heimatflugplatz“. Durch eine Beteiligung an der Planung aller Hubschrauberlandeplätze hätten die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einen direkten Zugriff auf die Notfallversorgung durch die Krankenhäuser, da eine Teilnahme an der Notfallversorgung nach den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V an einen Hubschrauberlandeplatz gebunden ist. Hier bestände für die Krankenkassen die Möglichkeit, Zuschläge für die Teilnahme an der gestuften Notfallversorgung durch die planerische Streichung von Hubschrauberlandeplätzen in Abschlüsse wegen erzwungener Nicht-Teilnahme zu überführen. Dadurch wäre die Not-

fallversorgung ernsthaft gefährdet und die Interessen der Krankenhäuser in hohem Maße tangiert.

Änderungsvorschlag

§ 133 Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

(3) Die zuständigen Landesbehörden haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich **sowie die Landeskrankenhausgesellschaften** bei der Planung der Anzahl von Luftrettungsstandorten, Rettungsleitstellen, Rettungswachen und Rettungsmitteln zu beteiligen. § 12 Absatz 1 ist ebenso wie die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung zu beachten.

Alternativ: Absatz 3 streichen.

Artikel 2 und Artikel 3

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes / Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

Zu Artikel 2 (§ 12a Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 KHG) und Artikel 3 (§ 11 Absatz 1 Nummer 5 KHSFV)

Fortführung der Förderung und Förderungsfähige Vorhaben

Beabsichtigte Neuregelung

Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung werden bestimmte Vorhaben gefördert, wenn die entsprechenden Vorgaben nach § 12a KHG und § 11 KHSFV erfüllt werden. Mit der beabsichtigten Neuregelung handelt es sich um eine Folgeänderung zur Begriffsbestimmung von INZ in § 123 SGB V. Demnach werden die Wörter „integrierter Notfallstrukturen“ bzw. „integrierten Notfallzentrums“ durch die Wörter „integrierter Notfallzentren nach § 123 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ bzw. „integrierten Notfallzentrums nach § 123 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Stellungnahme

Wenngleich es sich hierbei um eine Folgeänderung der Begrifflichkeiten handelt, wird aufgrund der im vorliegenden Referentenentwurf angedachten Struktur der INZ der eigentlichen Intention des Gesetzgebers nicht mehr Rechnung getragen. Die Fortführung des Krankenhausstrukturfonds und die entsprechende Änderung des §12a KHG haben ihren Ursprung im Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG).

In der entsprechenden Begründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung (Drucksache 19/445 vom 24.09.2018) wird deutlich, dass die bisherigen Zwecke der Förderung von Schließungen, Konzentrationen und Umwandlungen akutstationärer Versorgungskapazitäten beibehalten werden. Insgesamt wird der Krankenhausstrukturfonds stärker darauf ausgerichtet, die Struktur der akutstationären Versorgung durch die Bildung von Zentren mit besonderer medizinischer Kompetenz für seltene oder schwerwiegende Erkrankungen, von zentralisierten Notfallstrukturen und von Krankenhausverbänden, insbesondere in Form telemedizinischer Netzwerke zu verbessern. Daneben können mit den Mitteln des Krankenhausstrukturfonds auch Vorhaben zur Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern und zur Schaffung von Ausbildungskapazitäten für Pflegeberufe gefördert werden.

Hieraus wird deutlich, dass es dem Gesetzgeber um die Förderung von akutstationärer Versorgung geht. Vor dem Hintergrund, dass im vorliegenden Entwurf die INZ nach § 123 Abs. 2 – neu – von dem hierzu durch den erweiterten Landesausschuss bestimmten Krankenhaus und der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemeinsam als räumlich und wirtschaftlich abgegrenzte Einrichtungen eingerichtet und betrieben werden sollen, und der Sicherstellungsauftrag und die fachliche Leitung an die

Kassenärztlichen Vereinigungen übergehen soll, ist die ursprüngliche Intention des Gesetzgebers (Förderung von akutstationärer Versorgung) nicht mehr gegeben. Daher ist es nicht nachvollziehbar und entsprechend abzulehnen, dass Mittel aus dem Krankenhausstrukturfonds, die für die akutstationäre Versorgung gedacht sind, zweckfremd eingesetzt und damit den Krankenhäusern entzogen werden. Die Finanzierung sollte über einen transparenten und eigenständigen Weg mit zusätzlichen Mitteln erfolgen.

Änderungsvorschlag

1. Die Formulierung unter Artikel 2 und Artikel 3 wird gestrichen.
2. In § 12a Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 KHG und § 11 Abs. 1 Nr. 5 KHSFV bleiben die Wörter „integrierter Notfallstrukturen“ sowie „integrierten Notfallzentrums“ bestehen.
3. Klarstellend sollte darauf hingewiesen werden, dass es sich hierbei um bestehende kooperative Zusammenschlüsse zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhaus handelt und sich nicht auf die INZ bezieht.

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

Durchsetzbarkeit der Ansprüche nach §§ 6a AsylbLG, § 25 SGB XII – notwendige Änderungen

Die Durchsetzung von Vergütungsansprüchen nach §§ 6a Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), 25 Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) bereitet den nothelfenden Krankenhäusern in der Praxis insbesondere im Rahmen der Notfallbehandlung bei Patienten mit unklarem/keinem Versichertenstatus (z.B. ausländische Patienten oder Personen ohne festen Wohnsitz und ohne Krankenversicherung) nach wie vor erhebliche Schwierigkeiten. Die Zahl der ausländischen Patienten ohne Versicherungsschutz oder mit unklarem Versichertenstatus ist in den vergangenen Jahren stark angestiegen. Zur Kostensicherung betreiben die Krankenhäuser einen extrem hohen administrativen Aufwand, der zu nicht hinnehmbaren Erlösausfällen führt.

Eine transparente Darstellung dieser Erlösausfälle ist für die Krankenhäuser nicht einfach mittels Abrufs aus den Krankenhausinformationssystemen möglich, da der Patient dort nicht als separater Fall oder sozusagen als „Kostenträgerproblem“ erfasst wird. Dass es sich um einen Fall mit zu erwartendem Erlösausfall handelt, stellt sich vielmehr erst nach der Aufnahme und im Kontext mit dem Abrechnungsprozess heraus, wo deutlich wird, dass keine vorrangige Krankenversicherung eingreift (ggfs. trotz gegenteiliger Angabe des Patienten) und auch die Voraussetzungen für die Durchsetzbarkeit der o. g. Ansprüche nicht erfüllt werden können (beispielsweise wegen fehlender Mitwirkung des Patienten). D. h. eine Aufstellung entsprechender Erlösausfälle ist nur mittels aufwändigster Einzelfallbearbeitung der Krankenhäuser möglich. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat dennoch aktuell zu einer Aufstellung verlässlicher Zahlen aufgerufen. Dabei muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass eine Vielzahl der Krankenhäuser den Aufwand einer entsprechenden Auswertung der Erlösausfälle nicht betreibt und die Fälle „ausbucht“, da sich der Aufwand im Verhältnis zu dem Erlösausfall nicht rechnet. Aufgrund dessen kann die Aufstellung auch nur einen Teil der Erlösausfälle abbilden.

Für 2018 ergibt sich folgendes Bild:

An der Umfrage haben 11 von 16 Landeskrankenhausgesellschaften teilgenommen. Es haben 151 Krankenhäuser Rückmeldungen gegeben. Betroffen von Erlösausfällen sind nach der Abfrage 111 Krankenhäuser, die Fälle von der oben dargestellten Problematik auch auswerten und vorlegen konnten. Dabei wurden 3662 Fälle aufgezeigt, die zu einem Erlösausfall von ca. 12,3 Millionen Euro geführt haben, d.h. pro Krankenhaus durchschnittlich ca. 111.000 € bzw. ein Erlösausfall pro durchschnittlich ca. 3.360 € bei den betroffenen Kliniken.

Demzufolge haben 73 % aller an der Umfrage teilgenommenen Krankenhäuser Erlösausfälle in oben dargestelltem Kontext. Bei den übrigen Krankenhäusern waren zum überwiegenden Teil ebenfalls Erlösausfälle vorhanden, jedoch aufgrund der o. g. geschilderten Problematik der Erfassung nicht darstellbar. Der Erlösausfall – hochgerechnet auf 151 Krankenhäuser – beziffert sich auf ca. 16,6 Millionen €.

Ca. 1.100 Krankenhäuser nehmen an der Notfallversorgung in Deutschland teil und versorgen Patienten, die in die o.g. Fallgruppe einzuordnen sind. Daraus ergibt sich ein hochgerechneter Erlösausfall in Höhe von 121,6 Millionen €. Die dargestellten Erlösausfälle verdeutlichen den dringenden Änderungsbedarf der §§ 6a AsylbLG, 25 SGB XII.

Nach diesen Vorschriften werden die Aufwendungen des hilfeleistenden Krankenhauses im „gebotenen Umfang“ durch den Träger der Sozialhilfe erstattet, wenn jemand einem anderen Leistungen erbracht hat, die bei rechtzeitigem Einsetzen der Sozialhilfe nicht zu erbringen wäre. Die Sozialhilfe setzt nach § 18 Abs. 1 SGB XII ein, sobald dem Träger der Sozialhilfe bekannt wird, dass die Voraussetzungen für die Leistungen vorliegen.

Zwei Aspekte erschweren die praktische Durchsetzbarkeit entsprechender „Nothelferansprüche“ der Krankenhäuser und führen zu erheblichen Erlösausfällen:

1. Beweislast

In der jetzigen Ausgestaltung der Ansprüche nach §§ 6a AsylbLG, 25 SGB XII trägt der „Nothelfer“, d.h. derjenige, der im Eilfall einem Anderen Leistungen erbracht hat, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären, die Beweislast hinsichtlich des Vorliegens der Voraussetzungen für einen Vergütungsanspruch. Danach muss das Krankenhaus einen Eilfall nachweisen. Ein Eilfall im sozialrechtlichen Sinn setzt voraus, dass aus medizinischer Sicht eine sofortige Hilfe erforderlich und eine gleichzeitige Einschaltung des Sozialleistungsträgers nicht möglich ist. D.h. es wird eine Notfallsituation im medizinischen Sinne verlangt sowie der sozialhilferechtliche Moment des Eilfalles, der nur solange besteht, wie eine rechtzeitige Leistung des Sozialhilfeträgers objektiv nicht zu erlangen ist. Dieser entfällt in der Regel bereits zu dem Zeitpunkt, zu dem die tatsächliche Dienstbereitschaft des Sozialhilfeträgers besteht. Demzufolge wird der Eilfall in der Praxis nur noch über ein Wochenende oder eine Nacht andauern, da am nächsten Morgen theoretisch eine Einschaltung des Sozialhilfeträgers möglich wäre.

Die materielle Hilfsbedürftigkeit des Patienten und damit die materielle Notlage muss das Krankenhaus darlegen können.

Zwar soll der zuständige Sozialleistungsträger nach dem Amtsermittlungsgrundsatz gem. § 20 SGB X erforschen, ob die Voraussetzungen für eine Hilfestellung vorliegen. Eine etwaige Nichtaufklärbarkeit geht dabei allerdings aufgrund der derzeitigen Beweislastverteilung zu Lasten des Nothelfers. Die Geltendmachung der Vergütungsansprüche aus §§ 6a AsylbLG, 25 SGB XII scheitert in der Praxis oftmals an Umständen, die sich dem Einfluss des Nothelfers entziehen, beispielsweise daran, dass der betreffende Patient seine sozialrechtliche Hilfsbedürftigkeit nicht nachweisen kann bzw. seinen Angaben dazu in komplexen Fragebögen ohne konkrete Nachweise, die er im Notfall nicht im Krankenhaus bei sich führt, keine Berücksichtigung finden. Oder die Durchsetzung eines Erstattungsanspruchs gelingt nicht, da sich der betreffende Patient weiteren Sachverhaltsermittlungen entzieht oder untertaucht, wenn er keine Leistungen nach dem AsylbLG in Anspruch nehmen will. Krankenhäusern sind in diesem Fall jegliche Kostenerstattungsansprüche verwehrt.

Es bedarf daher einer dringenden Klarstellung, dass die Beweislast im Hinblick auf fehlende Leistungsberechtigungen eines behandelten Patienten nach AsylbLG und SGB XII nicht zu Lasten des Krankenhauses geht und dieses in eine Situation als Ausfallbürge gedrängt wird.

Die Sicherstellung der öffentlichen Daseinsvorsorge der Gesundheitsbehandlung von hilfsbedürftigen Patienten und Asylbewerbern liegt nicht im originären Pflichtenkreis der Krankenhäuser, sondern ist Aufgabe des Staates.

Die bezüglich des betroffenen Personenkreises nach dem AsylbLG bekannten erheblichen Schwierigkeiten bei der Ermittlung des Sachverhalts insbesondere im Hinblick auf den Aufenthaltsstatus und die grundsätzliche Leistungsberechtigung dürfen zudem nicht auf die Krankenhäuser abgewälzt werden. Die Tatsache, dass nach der geltenden Gesetzes- und Rechtslage die Leistungsbehörden nur das aus der Nothilfe resultierende Risiko, nicht aber das Risiko der letztlich fehlenden wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit eines Patienten oder das unternehmerische Risiko des Krankenhauses als Nothelfer abdecken sollen, belastet Krankenhausträger jedoch in übermäßigem Maße und ist keinesfalls in Einklang mit der Intention der Nothelferregelung dahingehend zu bringen, dass diese die Hilfsbereitschaft Dritter im Interesse in Not geratener Menschen durch Gewährleistung eines leistungsfähigen Schuldners stärken sollte.

Um Sinn und Zweck einer praktikablen Nothelferregelung zu erfüllen, sind im Gesetz daher dringend entsprechende Beweiserleichterungen zu Gunsten des Nothelfers zu statuieren, indem vorgesehen wird, dass in medizinisch unabweisbaren Notfällen die Hilfebedürftigkeit und Leistungsberechtigung des Patienten zugunsten des Krankenhauses vermutet wird.

2. „Zäsur-Rechtsprechung“

Die Kenntnis des Sozialleistungsträgers von der Hilfsbedürftigkeit des Patienten bildet die Zäsur für die sich gegenseitig ausschließenden Ansprüche des Nothelfers und des Hilfebedürftigen.

Nur bis zum Zeitpunkt der Kenntnis des Sozialleistungsträgers oder einer entsprechenden Informationsobliegenheit ist der Anwendungsbereich der §§ 6a AsylbLG, 25 SGB XII eröffnet. Das bedeutet, dass bei zeitlicher Betrachtung der Krankenhausträger bis zur Kenntnis seinen Nothelferanspruch geltend machen kann – sofern das sozialhilfrechtliche Moment eines Einzelfalls vorliegt. Danach beginnt der Anspruch des Patienten. Angesichts der Verpflichtung des Krankenhausträgers den Träger der Sozialhilfe „so schnell wie möglich“ zu informieren, kann der Nothelferanspruch eines Krankenhauses, wie oben dargelegt, inzwischen nur noch einen geringen Zeitraum umfassen.

Die „Zäsur-Rechtsprechung“ des Bundessozialgerichts (vgl. z.B. BSG-Urteile vom 18.11.2014, Az.: B 8 SO 9/13 R und vom 23.08.2013, B 8 SO 19/12 R) führt zu einem Abrechnungsproblem. Ein möglicher Anspruch als Nothelfer ist danach der Höhe nach auf die Erstattung von Aufwendungen „in gebotenum Umfang“ begrenzt. Maßstab für die gebotene Höhe der Aufwendungen sind nach der Rechtsprechung die Kosten, die die Beklagte bei rechtzeitiger Kenntnis ihrerseits hätte aufwenden müssen. Die nach dem KHEntG abzurechnenden Krankenhausleistungen sind laut BSG teilbare Leistun-

gen und die Vergütung ist entsprechend dem Grundsatz pro rata temporis auf die Zahl der tatsächlich mit der Pauschale abgerechneten Tage aufzuteilen (vgl. BSG-Urteil vom 18.11.2014, Az.: B 8 SO 9/13 R, Rdn. 31). Der ursprüngliche Zweck der Regelungen, nämlich die Hilfsbereitschaft des Dritten zu erhalten und stärken, wird damit ins Gegenteil verkehrt. In der Praxis entstehen dem nothelfenden Krankenhaus durch die Behandlung Kosten, die es nicht ersetzt bekommt.

Da es sich mit der o.g. Zäsur um einen Leistungsanspruch ausschließlich des Patienten handelt, muss unverzüglich mit Hilfe des Sozialdienstes des Krankenhauses versucht werden, den Anspruch durchzusetzen, was in der Praxis jedoch mangels entsprechender Nachweise oder Mitwirkung der hilfebedürftigen Patienten regelmäßig scheitert. Eine Abtretung des Sozialhilfeanspruchs des Patienten an das Krankenhaus zur Sicherung der entstehenden bzw. entstandenen Behandlungskosten ist derzeit aufgrund des in § 17 SGB XII vorgesehenen Übertragungsverbots fraglich und wurde von der Rechtsprechung bislang abgelehnt (vgl. z.B. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22.11.2007, Az. L 7 SO 5195/06, LSG NRW, Urteil vom 12.12.2011, Az. L 20 AY 4/11).

Diese Rechtsprechung des BSG ist nicht sachgerecht. Wie oben dargelegt, ist die Sicherstellung der öffentlichen Daseinsvorsorge der Gesundheitsbehandlung nicht Aufgabe der Krankenhäuser, sondern des Staates. Damit muss sich der Staat um eine angemessene Lösung kümmern, die sicherstellt, dass das Krankenhaus die Kosten ersetzt bekommt, die im Eilfall im Rahmen der Behandlung des hilfsbedürftigen Patienten entstehen. Die Krankenhäuser anstelle der Sozialleistungsträger in die Position eines als Ausfallbürgen zu drängen, ist nicht akzeptabel, zumal für die Behandlung eines unabweisbar hilfsbedürftigen Patienten angesichts der o.g. Rechtsprechung nicht ansatzweise eine kostendeckende Bezahlung erfolgt.

Die Regelungen des § 6a AsylbLG und des § 25 SGB XII bedürfen daher einer Konkretisierung und Optimierung hinsichtlich der aktuellen Regelung der Beweislast sowie der „Zäsur-Rechtsprechung“ des BSG, um der Intention des Nothelferanspruchs adäquat gerecht zu werden.

Änderungsvorschlag

Satz 1 der §§ 6a AsylbLG, 25 SGB XII wird daher wie folgt geändert und es wird jeweils ein neuer Satz 3 angefügt.

§ 6a AsylbLG: Hat jemand in einem Eilfall einem anderen Leistungen erbracht, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Leistungen nach den §§ 3, 4 und 6 nicht zu erbringen gewesen wären, **sind ihm die angemessenen Aufwendungen, die ihm während des gesamten Behandlungszeitraumes entstehen**, zu erstatten, wenn er sie nicht auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat. Dies gilt nur, wenn die Erstattung innerhalb angemessener Frist beim zuständigen Träger des Asylbewerberleistungsgesetzes beantragt wird. **In medizinisch unabweisbaren Notfällen wird die Hilfebedürftigkeit und Leistungsberechtigung des Patienten zugunsten des Krankenhauses vermutet.**

§ 25 SGB XII: Hat jemand in einem Eilfall einem Anderen Leistungen erbracht, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären, **sind ihm die angemessenen Aufwendungen, die ihm während des gesamten Behandlungszeitraumes entstehen**, zu erstatten, wenn er sie nicht auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat. Dies gilt nur, wenn die Erstattung innerhalb angemessener Frist beim zuständigen Träger der Sozialhilfe beantragt wird. **In medizinisch unabweisbaren Notfällen wird die Hilfebedürftigkeit und Leistungsberechtigung des Patienten zugunsten des Krankenhauses vermutet.**