



Özlem Acikgöz

Erfolgsfaktoren für die angekündigte Notfallreform

Bisherige bekannte Vorhaben zu einer ambulanten Notfallreform beinhalten viele sinnvolle Ansätze, sind aus Sicht der Krankenhäuser aber zu kurz gegriffen. Denn alle bis dato in die politischen Diskussionen eingebrachten Ideen und Gesetzesentwürfe gehen mit essenziellen offenen Fragen einher, die den Erfolg einer dringend benötigten Notfallreform gefährden würden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat daher jüngst ihre Vorstellungen für die angekündigte Notfallreform in Form eines Positionspapiers veröffentlicht. Das Papier greift dabei sinnvolle Ansätze bekannter Reformvorschläge auf, entwickelt diese aber weiter und präsentiert Lösungen für bisher unbeantwortete Fragen. Getragen wird das Konzept von folgenden Eckpfeilern: gezielte Patientensteuerung, Sicherstellung des Regelversorgungsangebots, klare Strukturen sowie eine gemeinsame und verbindliche, aber auch autarke Verantwortung von Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen für Integrierte Notfallzentren (INZ). Mit besonderem Blick auf die Implementierung und Ausgestaltung von INZ stellt die Autorin die Vorschläge der Krankenhäuser vor.

Hintergrund

Seit vielen Jahren sind sich nahezu alle Stakeholder einig: Deutschland benötigt dringend eine ambulante Notfallreform. Überfüllte Notaufnahmen an Krankenhäusern mit ihren weitreichenden, allseits bekannten negativen Folgen für die Bevölkerung und für das Gesundheitssystem sind in aller Munde, gelöst hat bisher aber noch niemand das Problem. Daran haben auch viel Aufmerksamkeit erregende Sachverständigenratsgutachten, Positionspapiere, Stellungnahmen einer Regierungskommission, Gesetzesvorhaben unter Gesundheitsminister Spahn und Gesetzesvorhaben unter Gesundheitsminister Lauterbach faktisch nichts geändert, auch wenn diese teilweise sinnvolle Ansätze boten.

Am weitesten in Sachen Notfallreform ist bisher die Vorgängerregierung gekommen. Im November 2024 fand im Gesundheitsausschuss des Bundestags die Anhörung zu ihrem Gesetzesentwurf statt. Durch das abrupte Scheitern der Ampel-Regierung konnte die Gesetzgebung jedoch nicht zum Abschluss gebracht werden, obwohl der Entwurf zuvor viel Zuspruch von der Fachöffentlichkeit erhalten hatte. Als eine der wenigen Akteure war die Kassenärztliche Bundesvereinigung nicht sehr glücklich mit dem Gesetzesentwurf. Wenig überraschend, sollten doch an vielen Standorten quasi von heute auf morgen Notdienstpraxen und gemeinsame Tresen entstehen; und das vor dem Hintergrund knapper und absehbar noch knapperer personeller Ressourcen im Gesundheits- und Vertragsarztwesen. Auch wenn Krankenhäuser immer angemahnt haben, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ihrem Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung nachkommen und für Kooperationen zur Verfügung stehen müssen, ist es unrealistisch zu denken, dass nach jahre- und jahrzehntelanger vergeblicher Diskussionen nun plötzlich an jedem INZ in Deutschland eine vollfunktionierende und mit umfangreichen Sprechstundenzeiten versehene Notdienstpraxis etabliert werden kann. Vielerorts fehlen derzeit funktionierende Koopera-

tionen, teilweise sind jahrelange Bemühungen für eine Kooperation ins Leere gelaufen. Dass diese nun plötzlich flächendeckend zustande kommen, weil ein Gesetz dies so vorsieht, ist unrealistisch. Auch hierauf muss eine Notfallreform eine angemessene Antwort finden. Der aktuelle Vorschlag der Krankenhäuser liefert diese Antwort.

Auch die Krankenhäuser bewerteten den Gesetzesentwurf der Vorgängerregierung trotz einiger Limitationen in weiten Teilen positiv, wiesen aber auf ungeklärte Fragen hin. Warum sollten beispielsweise erweiterte Landesausschüsse die Standorte für INZ festlegen, wo sie doch keinerlei krankenhaushausplanerische Expertise besitzen? Warum wurde das Thema Finanzierung ausgeklammert, wo doch schon die „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ im Februar 2023 in ihrer vierten Stellungnahme (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte_Stellungnahme_Regierungskommission_Notfall_ILS_und_INZ.pdf) die für den Erfolg einer Notfallreform notwendige Entwicklung eines neuen Finanzierungsmodells für die ambulante Notfallversorgung angemahnt hatte? Und was sollte mit Krankenhausnotaufnahmen werden, die derzeit an der ambulanten und stationären Notfallversorgung teilnehmen, aber keine INZ-Zuweisung erhalten werden? Mit dem vorliegenden DKG-Konzept für eine ambulante Notfallreform beantwortet die DKG auch diese offenen Fragen.

Was übergeordnet wichtig ist

Gesundheits- und Gesundheitssystemkompetenz

Vor dem Hintergrund knapper Ressourcen in allen Sektoren des Gesundheitswesens muss zunächst betont werden, dass die beste Versorgung diejenige ist, die sich im Vorfeld vermeiden lässt, ohne dabei das Patientenwohl zu gefährden. Übergeordnet und politisch sowie gesamtgesellschaftlich dringend in Angriff zu nehmen ist deshalb die Stärkung der Gesundheits-

kompetenz und der Patientensteuerung in Deutschland. Dies ist unabhängig davon, in welcher Form die Notfallreform gestaltet wird, nicht nur für deren mittelfristigen Erfolg entscheidend, sondern vor dem Hintergrund knapper Ressourcen für das gesamte deutsche Gesundheitssystem leitend.

Im Jahr 2022 behandelten Krankenhäuser in ihren Notaufnahmen über 11 Millionen Fälle, und das mit einem Zuwachs von 24 % gegenüber dem Vorjahr (https://www.dki.de/fileadmin//user_upload/2023_01_16_Blitzumfrage_Notaufnahmen_-final_0.pdf). Die Gründe für diese hohe Inanspruchnahme sind vielfältig, oftmals strukturell bedingt und objektivierbar. Es ist aber auch nicht zu leugnen, dass der niederschwellige Zugang zu Krankenhausnotaufnahmen auch Bagatellfälle anzieht, die ganz sicher nicht die strukturellen Voraussetzungen eines Krankenhauses bedürfen. Hier gilt es, die Gesundheits- aber auch die Gesundheitssystemkompetenz der Bevölkerung in besonderem Maße zu stärken und sie dafür zu schulen, Behandlungsbedürftigkeit von Nicht-Behandlungsbedürftigkeit sowie Notfälle von allgemeinen medizinischen Behandlungsbedarfen zu unterscheiden und auch nur das passende Versorgungsangebot in Anspruch zu nehmen. Es herrscht zwar die richtige und nachvollziehbare Wahrnehmung in der Bevölkerung, dass Krankenhäuser die einzigen Institutionen im Gesundheitswesen sind, die eine 24/7-Versorgung auch für ambulante Notfälle gewährleisten und eine verlässliche Anlaufstelle mit einem interdisziplinären Angebot bieten. Dass dieses Angebot im System der Notfallversorgung aber kein Angebot ist, das jederzeit undifferenziert in Anspruch genommen werden darf, gilt es zu vermitteln. Als Grundvoraussetzung hierfür müssen die alternativen Anlaufstellen mit einem breiten Angebot zuverlässig zur Verfügung stehen und Bürgerinnen und Bürger transparent gemacht werden.

Bereits 2003 wurde als eines der Nationalen Gesundheitsziele die Stärkung der Gesundheitskompetenz formuliert. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hatte im Jahr 2017 die Allianz für Gesundheitskompetenz und mehrere Projekte ins Leben gerufen, um die Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung voranzutreiben ([Allianz_fuer_Gesundheitskompetenz_Abschlusserklaerung.pdf](#)). Acht Jahre später hat sich an der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung spürbar nichts geändert. Diese Aufgabe muss das Ministerium unter neuer Führung und unter der prekären Finanzlage des GKV-Systems zweifelsohne prioritär in Angriff nehmen.

Gezielte Patientensteuerung und Ausbau des Regelversorgungsangebots

Auch das vorliegende Positionspapier der Krankenhäuser setzt wie viele Überlegungen vorher auch auf eine gezielte Patientensteuerung durch den obligatorischen Erstkontakt bei einer primären (telefonischen oder digitalen) und in der Bevölkerung vollumfänglich bekannten Leitstelle. Hier muss nach einer kompetenten Ersteinschätzung selektiert und priorisiert werden. Hilfesuchenden, die nicht als dringlich behandlungsbedürftig eingeschätzt werden, muss ein Angebot in der KV-Regel-

Patientensteuerung über zentrale Leitstelle



- 1: Terminvermittlung in die Regelversorgung
- 2: aufsuchende Dienste
- 3: telemedizinisches Angebot
- 4: Integriertes Notfallzentrum

versorgung gemacht werden. Hierfür sind die Terminservice-stelle 116117 und ihre Terminvermittlungsmöglichkeiten verlässlich und unmittelbar verfügbar auszubauen. Aufsuchende Dienste sollen insbesondere das System von Fällen entlasten, die oftmals mangels ärztlicher Sichtungsmöglichkeiten vor Ort (beispielsweise in Heimen oder bei älteren Menschen im häuslichen Umfeld) durch den Rettungsdienst in Notaufnahmen gefahren werden, obwohl offensichtlich keine medizinische stationäre Behandlungsbedürftigkeit vorliegt. Telemedizinische Angebote müssen ausgebaut werden, um Fälle versorgen zu können, die augenscheinlich nicht zwingend einen physischen Arzt-Patienten-Kontakt benötigen. Nur Notfälle, die unmittelbar behandlungsbedürftig sind und aus medizinischen Gründen nicht primär in der vertragsärztlichen Regelversorgung behandelt werden können, sollen in INZ an Krankenhausstandorten übermittelt werden.

Digitalisierung

Um die Zuweisung in ein INZ für alle Beteiligten nachvollziehbar, transparent und zweifelsfrei zu gewährleisten, ist eine verlässliche digitale Infrastruktur zwischen der zentralen Leitstelle

und dem INZ notwendig. Sie ist unabdingbarer Bestandteil einer Notfallreform, um Patienten- und Krankheitsdaten aus dem Gesundheitsleitsystem ohne Informationsverlust an weiterbehandelnde Einrichtungen bzw. an das INZ übermitteln zu können und die Nachverfolgbarkeit zu gewährleisten.

Auch heute schon können Patientinnen und Patienten bei Behandlungsbedarf die Patientenservicenummer 116117 kontaktieren, die die Empfehlung zum Aufsuchen einer Notaufnahme aussprechen kann. Leider gaben 94 % der befragten Krankenhäuser in einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) an, dass die Vermittlung über 116117 keine Wirkung auf die Abläufe in der Notaufnahme entfaltet (https://www.dki.de/fileadmin//user_upload/2023_01_16_Blitzumfrage_Notaufnahmen_-_final_0.pdf). Neben der Tatsache, dass die 116117 in der Bevölkerung immer noch weitestgehend unbekannt ist, spielt dabei auch die fehlende Nachverfolgbarkeit eine Rolle. Die Informationen, die der Patientenservicenummer vorliegen, werden nicht übertragen bzw. nicht für alle Stakeholder einsehbar digital abgelegt.

Vorschlag der Krankenhäuser für Integrierte Notfallzentren (INZ)

Festlegung von INZ-Standorten

INZ-Standorte müssen versorgungsplanerisch durch die Länder festgelegt werden. Diese sollen insbesondere festlegen, in welchem Umkreis, mit welcher zumutbaren Erreichbarkeit (unter Berücksichtigung der Gegebenheiten des Nah- und Regionalverkehrs), für welche Bevölkerungsanzahl und Bevölkerungsstruktur jeweils ein INZ erforderlich ist. Als Grundlage für die

Festlegungen könnten erforderliche Planungskriterien vom G-BA festgelegt werden. Diese dürfen aber lediglich Empfehlungscharakter besitzen, von denen regional begründet durch die Landesplanung abgewichen werden kann. Strikte bundesweite Vorgaben wären nicht sachgerecht, denn Besonderheiten sowohl urbaner als auch ländlicher Regionen, aber auch anderweitiger regionaler Besonderheiten aber auch anderweitiger regionaler Besonderheiten können nur von Ländern angemessen berücksichtigt werden.

Bei der Festlegung der Standorte sollte unbedingt von der Einbindung von erweiterten Landesausschüssen abgesehen werden. Dies war im bekannten Reformvorhaben aus 2024 so vorgesehen, ist aber strikt abzulehnen. Denn erweiterte Landesausschüsse haben bisher lediglich Erfahrungen mit Anzeigen für Teilnahmen an der Ambulanten Spezialärztlichen Versorgung, können aber keine krankenhausplanerische Expertise vorweisen. Für eine anspruchsvoll zu planende flächendeckende Versorgung durch INZ ist diese aber zwingend notwendig. Die Planung und Etablierung von INZ muss zügig auf den Weg gebracht werden, sie dulden keinen Aufschub mehr. Für eine weitergehende Implementierung von Fachexpertise und lange Lernphase der erweiterten Landesausschüsse ist hier keine Zeit.

Betrieb von INZ

Das aktuelle DKG-Konzept sieht vor, dass Krankenhäuser und KVen die INZ grundsätzlich gemeinsam betreiben. Das ist soweit kein neuer Gedanke, die Spielregeln werden aber neu gefasst. Die bisher politisch angedachten verpflichtenden Kooperationsvorgaben, bei der die an jedem INZ eine Notdienstpraxis

Vorschlag der Krankenhäuser für ein INZ

Standortfestlegung

- Planungskriterien: Erreichbarkeit, Bevölkerungszahl und Bevölkerungsstruktur
- Erarbeitung der Kriterien durch den G-BA (Empfehlungen)
- Standort-Festlegung durch Länder in Letztverantwortung

Betrieb

- gemeinsame Verantwortung von Krankenhäusern und KVen
- Bundeseinheitliche Qualitätsvorgaben
- freie Kooperationsmöglichkeiten
- Vermeiden von Doppelstrukturen
- Keine organisatorisch getrennten Einheiten
- Kein obligater gemeinsamer Tresen
- In Ausnahmefällen alleiniger Betrieb durch einen Partner

Refinanzierung

- Finanzierung über Budget
- Kalkulationsgrundlage: Sach- und Personalkosten, Festlegungen zur Ausstattung der INZ, Umfang der von einem Standort zu versorgenden regionalen Bevölkerung
- Fallabhängige Direktabrechnung mit Kassen, aus dem Budget speisend
- Abrechnungsgrundlage: nach Aufwand differenziertes, aber nicht kleinteiliges Stufensystem



vorsehen, wird sich in der aktuellen Situation nicht kurz- oder mittelfristig und vermutlich auch nicht langfristig verwirklichen lassen. In einer repräsentativen Umfrage des DKI stuften lediglich 14 % der befragten Allgemeinkrankenhäuser ihre Zusammenarbeit in Sachen Notfallbehandlung mit der KV als gut ein (https://www.dki.de/fileadmin//user_upload/2023_01_16_Blitzumfrage_Notaufnahmen_-_final_0.pdf). Das wird sich auch nicht durch ein Gesetz ändern lassen, das an allen INZ-Standorten eine weitreichend besetzte Notdienstpraxis vorsieht. Bisherige geplante Forderungen an Mindestsprechstundenzeiten und an die Qualifikation des medizinischen Personals in Notdienstpraxen sind zwar nachvollziehbar, werden aber an die Grenzen der realen Machbarkeit stoßen.

Um bekannten Hürden und Hindernissen für erfolgreiche Kooperationen im ambulanten Notfallsystem zu begegnen, sehen die Krankenhäuser daher eine wesentliche Neuerung vor: Der Dreiklang „Krankenhaus-Notaufnahme, KV-Notdienstpraxis und gemeinsamer Tresen“ ist nicht mehr obligater Bestandteil eines INZ. Krankenhäuser und KVen sollen zwar nach wie vor verpflichtet werden, die Verantwortung für die ambulante INZ-Notfallversorgung in ihrer Region gemeinsam zu tragen und INZ gemeinsam personell zu besetzen, in ihrer Kooperation sollen sie aber frei sein und damit mehr ressourcenschonenden Spielraum haben. Schon jetzt ist es der Fall, dass Notdienstpraxen und Notaufnahmen gemeinsam auf apparative, diagnostische und therapeutische Möglichkeiten – oftmals von Krankenhäusern – zurückgreifen. Daher ist es nicht erforderlich, die Sektoren organisatorisch so klar voneinander abzugrenzen und Doppelstrukturen aufzubauen. Wichtig ist vielmehr, dass behandlungsbedürftige Patientinnen und Patienten auf kompetente Strukturen treffen. Welchem Sektor diese Strukturen zugehörig sind, sei dahingestellt und ist dem Patienten oder der Patientin in der Regel auch gar nicht geläufig. Das Credo muss sein, die Bevölkerung im Notfall effektiv zu versorgen, die knappen Ressourcen sowohl auf Krankenhaus-Seite als auch auf Vertragsarzt-Seite zu schonen und sichere und unkomplizierte Patientenzugänge zu etablieren. Dafür braucht es keine organisatorisch getrennten Strukturen, sondern ein gemeinsames Handeln und Verantwortungsbewusstsein von Krankenhäusern und KVen. Die Verantwortung für den Betrieb der INZ soll grundsätzlich dem Krankenhaus und der KV gemeinsam obliegen, wobei hier verschiedene Modelle der Zusammenarbeit denkbar sind. Ein gemeinsamer Betrieb von Klinik und KV soll dabei die Regelform darstellen, möglich sind aber auch eine alleinige Verantwortung von KV oder Klinik auf der Basis einer einvernehmlichen Regelung als Ausnahme von der Regel. In diesem Falle erhält der übernehmende Partner sämtliche finanziellen Mittel, die für die Leistungen des INZ vorgesehen sind. Das einzelne Krankenhaus und die zuständige KV sollen dafür die konkrete Kooperation vor Ort in Kooperationsverträgen regeln.

Die Anforderungen an den Betrieb eines INZ sollten bundeseinheitlich dreiseitig zwischen Deutscher Krankenhausgesellschaft, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband festgelegt werden. Kleinteilige Vorgaben braucht es

dabei nicht, sondern vielmehr Rahmenvorgaben, die den Betreibern flexiblen und dennoch effektiven und patientensicheren Einsatz von Ressourcen ermöglichen. Diese Rahmenvorgaben sollen dann eine wesentliche Grundlage für die künftige Finanzierung von INZ bilden.

Wichtig ist dabei zu betonen, dass bestehende Strukturen, in denen Krankenhäuser und KVen jetzt schon erfolgreich zusammenarbeiten, mit diesem Vorschlag zur Gestaltung von INZ nicht gefährdet werden sollen. Im Gegenteil, ihnen wird eine Vorreiterrolle zugesprochen und ihr bisheriges Engagement gewürdigt. So sind diese vorrangig in die neuen INZ-Strukturen zu überführen und ihnen bei der krankenhaushausplanerischen Festlegung von INZ-Standorten ein Vorrangprinzip einzuräumen.

Refinanzierung von INZ-Leistungen

INZ können nur effektiv betrieben werden, wenn die seit vielen Jahren bekannte Problematik der nicht-auskömmlichen Refinanzierung ambulanter Notfallleistungen für Krankenhäuser mit einer Notfallreform gelöst wird. Andernfalls werden sämtliche Bemühungen auf kurz oder lang aufgrund begrenzter Mittel ins Leere laufen. Auch die Regierungskommission der Ampelregierung hatte in seiner vierten Stellungnahme der Notfallmedizin eine hohe gesellschaftliche Bedeutung beigemessen, die Finanzierung der Vorhaltekosten hingegen als nicht ausreichend angesehen. Die gegenwärtige Vergütung von Vorhaltekosten als ein kalkulierter Anteil der fallmengenabhängigen Leistungsvergütung werde dem Wesen von Vorhalteleistungen nicht gerecht, und die Vergütung ambulanter Fälle in der Notfallversorgung sei bei höherer Komplexität der Fälle und besseren Akut-Therapiemöglichkeiten im Krankenhaus häufig nicht kostendeckend (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte_Stellungnahme_Regierungskommission_Notfall_ILS_und_INZ.pdf).

Auch für den KV-Notdienstpraxis-Bereich dürfte der derzeitige Finanzierungsmechanismus problematisch sein. Denn die Vergütung erfolgt auch hier rein leistungs- und fallabhängig, was aufgrund von schwer kalkulierbaren Notfall-Aufkommen sicherlich eine planerisch und kalkulatorisch große Herausforderung sowohl für KVen als auch für die in der Notdienstpraxis tätigen Vertragsärzte darstellt.

Deshalb baut der DKG-Vorschlag auf einem neuen Finanzierungsvorschlag für INZ auf, dass die erforderlichen Vorhaltungen, Investitionen und Aufwände angemessen berücksichtigt. Grundidee ist dabei, dass die Finanzierung des INZ künftig im Rahmen eines auskömmlich kalkulierten, vom stationären, aber auch vertragsärztlichen Budget abzugrenzenden INZ-Budgets erfolgt. Diese INZ-Budgetkalkulation soll alle zu erwartenden Sach- und Personalkosten für die ambulante Notfallversorgung auf Grundlage der Festlegungen zur Ausstattung der INZ und zum Umfang der von einem Standort zu versorgenden regionalen Bevölkerung umfassen. Die Abrechnung der Leistungen sollte dabei weiterhin fallabhängig, aber aus dem Budget speisend und direkt mit den Krankenkassen erfolgen. Grund-

lage für die Abrechnung muss ein differenziertes, aber nicht kleinteiliges Stufensystem sein. Denkbar sind hier zwei Stufen eines Entgelts, mit denen zwischen weniger und mehr aufwändigen Fällen differenziert wird.

Notaufnahmen ohne INZ-Zuweisung

Im bekannten Reformvorhaben der letzten Bundesregierung wurde die Thematik rund um die zukünftige Rolle von Krankenhäusern ausgeklammert, die aktuell und vielleicht schon viele Jahre und Jahrzehnte erfolgreich an der ambulanten und stationären Notfallversorgung teilnehmen, künftig aber keine Zuweisung als INZ erhalten werden. Der Gesetzesentwurf der Ampelregierung hatte sich hier einen „schlanken Fuß gemacht“ und dieses brisante Thema in ihrem Entwurf nicht adressiert. Aus dem Blickwinkel der Politik ist dieses „Totschweigen“ wenig überraschend, weil die Kollateralschäden nicht abschätzbar wären, würde man derzeit funktionierende, zukünftig im Rahmen der INZ-Standortfestlegung aber unberücksichtigte Zentrale Notaufnahmen aus der ambulanten Notfallversorgung ausschließen.

Bei allen Bemühungen zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz und weitreichenden Bekanntmachung einer zentralen Leitstelle und Ausweitung des regulären Versorgungsangebots wird es nämlich kurz- bis mittelfristig unvermeidbar sein, dass auch Hilfesuchende an Krankenhäusern vorstellig werden, die keine INZ-Zuweisung besitzen. Auch wenn diese Fälle deutlich zurückgehen werden, kann ein bloßes Abweisen oder striktes Verweisen von Hilfesuchenden auf die zentrale Leitstelle hier nicht die richtige Lösung sein. Darunter können immer potenziell ernsthafte Notfälle sein. Hinzu kommt der Umstand, dass nach aktuellen Gewalterfahrungen in Notaufnahmen durch ein Abweisen oder striktes Verweisen erhebliche Konflikte zumindest mit einem Teil der Hilfesuchenden zu erwarten wäre, wovon es das medizinische Personal zu schützen gilt. Daher müssen diese Fälle zumindest vor Ort ersteingeschätzt werden können.

Zudem werden diese Krankenhäuser ihre Notfallstrukturen – ganz unabhängig von einer INZ-Zuweisung – für die stationäre Notfallversorgung aufrechterhalten und insbesondere auch Patientinnen und Patienten aus dem Rettungsdienst entgegennehmen. Der Weg über den Rettungsdienst ist aber bekannter-

maßen nicht gleichzusetzen mit einem klaren stationären Fall. So verlassen viele Patientinnen und Patienten trotz Eintreffen mit dem Rettungsdienst als ambulante Fälle die Notaufnahme. Auch daher muss die ambulante Notfallbehandlung weiterhin für diese Häuser möglich und abrechenbar sein. Diese Fälle, auch die Ersteinschätzungen ohne weitere unmittelbare Behandlungsbedürftigkeit, sind angemessen zu vergüten, produzieren sie doch Aufwand und Kosten in den Zentralen Notaufnahmen von Krankenhäusern, die vorrangig nur noch für die stationäre Notfallversorgung zuständig sein sollen.

Dieser Realität muss in einer Notfallreform ehrlich begegnet werden, ohne das Leitbild von zentraler Patientensteuerung und INZ zu verlassen. Ambulante Notfallleistungen müssen in einem gewissen Rahmen auch an Nicht-INZ-Krankenhäusern weiterhin möglich sein, sollen aber nicht über ein Budget finanziert werden, sondern sie erbringen diese – im Unterschied also zu den INZ – weiterhin auf Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM).

Ausblick

Das Bundesministerium für Gesundheit hat für Herbst 2025 einen Gesetzesentwurf für eine ambulante Notfallreform angekündigt. Es ist sehr zu hoffen, dass sich dieser nicht nur an dem bekannten Vorschlag der Ampel-Regierung orientiert, sondern einen umfangreichen, alle Fragen weitreichend beantwortenden Reformvorschlag enthält. Die ambulante Notfallversorgung in Deutschland benötigt eine „Revolution“, und nicht nur eine halbherzige Mini-Reform, die bestehende Krankenhaus-Strukturen ausreizt, ohne neue Pfade und Wege zu etablieren. Die Krankenhäuser können jedenfalls vor Letzterem nur warnen. Damit würde die Regierung zwar einen formalen Haken hinter ihrem Auftrag aus dem Koalitionsvertrag machen, nicht aber die ambulante Notfallversorgung in Deutschland tatsächlich reformieren können. Das wäre ein fatales Signal an die Bevölkerung und an das Gesundheitssystem.

Anschrift der Verfasserin

Özlem Acikgöz, Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.,
Abteilungsleitung und Stv. Geschäftsbereichsleiterin im Geschäftsbereich Evidenzbasierte Medizinische Versorgung und G-BA, Wegelystr. 3, 10623 Berlin ■

Im Interesse einer besseren Lesbarkeit verzichten wir darauf, ausdrücklich geschlechtsspezifische Personenbezeichnungen zu differenzieren. Die gewählte Form schließt grundsätzlich alle Geschlechter gleichberechtigt ein. Daher bitten wir Sie, die „klassische“ Schreibweise in unserer Zeitschrift eine Entscheidung im Sinne einer besseren Lesbarkeit und klareren Information zu sehen.