



Deutscher
Caritasverband e.V.



DIE KATHOLISCHEN
KRANKENHÄUSER
Kath. Krankenhausverband Deutschland e.V.

STELLUNGNAHME

zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Notfallgesetz – NotfallG)

Berlin, 5. November 2024 | Mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 17. Juli 2024 zur Notfallversorgung soll die ambulante Notfallversorgung verbessert werden. In dem Entwurf heißt es, die Versorgungsbereiche vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste müssten besser vernetzt und aufeinander abgestimmt werden. Dieses Ziel begrüßen und unterstützen die katholischen Krankenhäuser, für die der Katholische Krankenhausverband Deutschland e.V. und der Deutsche Caritasverband e. V. als Fach- und Spitzenverbände diese gemeinsame Stellungnahme abgeben.

Der Katholische Krankenhausverband weist gemeinsam mit seinem Dachverband, dem Deutschen Caritasverband darauf hin, dass die Reform der Notfallstrukturen zwingend in Bezug zur geplanten Krankenhausreform zu bewerten ist. Unsere Stellungnahme zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) ist hier abrufbar:

https://die-katholischen-krankenhaeuser.de/wp-content/uploads/2024/08/20240815-Aktualisierte-Stellungnahme_KHVVG.pdf.

Während der bisherige Gesetzentwurf keine Regelungen zur Reform des Rettungsdienstes enthält, sollen diese nun über Änderungsanträge im parlamentarischen Verfahren ergänzt werden. Um die ambulante Versorgung in der Fläche nicht zu gefährden, müssen die Verzahnungen der Gesetze (KHVVG, Notfallreform, Rettungsdienstreform) systematisch betrachtet und notwendige Auswirkungen analysen durchgeführt werden. Ohnedem ist eine notwendige breite Fachdiskussion, die die weitreichenden Änderungen eigentlich erfordern, nicht gewährleistet.



Deutscher
Caritasverband e.V.



DIE KATHOLISCHEN
KRANKENHÄUSER
Kath. Krankenhausverband Deutschland e.V.

1. Allgemeines	3
2. Bewertung der Regelungen.....	5
Art. 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	5
§ 75 Abs. 1b: Sicherstellungsauftrag vertragsärztliche Versorgung	5
§ 90 Abs. 4a: Erweiterter Landesausschuss	6
§ 123: Integrierte Notfallzentren	6
§ 123a: Einrichtung von Integrierten Notfallzentren.....	8
§ 123b: Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche.....	11
Art. 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.....	11



1. Allgemeines

Die Notaufnahmen der Krankenhäuser sind häufig überfüllt. Viele Menschen suchen dort vor allem am Wochenende und an Feiertagen Hilfe, weil sie sich selbst als Notfall sehen, keine alternativen Anlaufstellen kennen und möglichst schnell behandelt werden wollen. Das führte in der Vergangenheit oft zu langen Wartezeiten, gereizten Patienten und überlastetem Personal. Sind die Kapazitäten vollkommen überlastet, melden sich Notaufnahmen bei den Rettungsstellen ab. Das signalisiert dem Rettungsdienst, dass sie andere Krankenhäuser in regionaler Nähe präferiert anfahren sollen, um die Situation in der abgemeldeten Notaufnahme zu entlasten. Für Patienten mit schweren, lebensbedrohlichen medizinischen Ereignissen, kann es mitunter schwerwiegende Folgen haben, verfügt eine Notaufnahme nicht über freie Kapazitäten.

Der vorliegende Entwurf zur Notfallreform setzt genau an dieser Problematik an. Das Ziel der Reform ist es, überfüllte Notaufnahmen durch eine bessere Patientensteuerung zu verhindern. Der Entwurf sieht dazu vor, dass Hilfesuchende zuerst eine sogenannte Akutleitstelle kontaktieren. Die Akutleitstelle soll dann nach einem bundesweit einheitlichen standardisierten Ersteinschätzungsverfahren den Gesundheitszustand des Hilfesuchenden einschätzen und ihn in die adäquate Versorgungsebene lenken. Das heißt, bei leichteren Beschwerden wird dem Hilfesuchenden bei Bedarf ein Termin in der vertragsärztlichen¹ Versorgung gebucht oder – in geeigneten Fällen – eine telefonische oder videounterstützte ärztliche Konsultation vermittelt, bei schwereren Beschwerden wird er zum Integrierten Notfallzentrum (INZ) weitergeleitet. Im INZ wird sein Gesundheitszustand erneut eingeschätzt und er wird entweder der KV-Notdienstpraxis oder der Notaufnahme des Krankenhauses zugewiesen. Bei vorheriger Kontakttierung der Akutleitstelle soll er bei „gleicher medizinischer Behandlungsdringlichkeit“ vorrangig behandelt werden. Der Grundansatz der Regelung ist richtig. Ob es allerdings als Anreiz ausreicht und sich nicht nur als bloße Theorie erweist, sich vorher an die Akutleitstelle zu wenden und sich nicht – wie bisher – direkt einfach ins nächste Krankenhaus zu begeben, ist fraglich².

Ebenso fraglich ist, ob angesichts der demographischen Entwicklung und des Ärztemangels die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) in der Lage sein werden, die vorgesehenen Dienste (Notfallpraxis, aufsuchender Dienst, telemedizinisches Angebot), deren Grundansatz ebenfalls als sinnvoll zu bewerten ist, zu besetzen. Hauptgrund, warum so viele Hilfesuchende die Notaufnahmen der Krankenhäuser aufsuchen, sind neben den überlasteten oder geschlossenen Hausarztpraxen auch die langen Wartezeiten auf Facharzttermine. Die Vorgaben des

¹ Für die Terminvermittlung in die fachärztliche Versorgung bedarf es im Akutfall keiner Überweisung.

² Die Erhebung einer Gebühr für Patienten, die weiterhin direkt die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen, ohne vorher die Akutleitstelle kontaktiert zu haben, lehnen wir ab, da es finanziell schlechter gestellte Patienten benachteiligt.



Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu Personal und Ausstattung der KV-Notfallpraxen sollte vor diesem Hintergrund realitätsnah erfolgen.

Wesentliches Element des INZ ist die zentrale Einschätzungsstelle, die Hilfesuchende der richtigen Struktur – entweder der KV-Notarztpraxis oder der Notaufnahme – zuweisen soll. Besteht kein akuter Behandlungsbedarf ist auch eine Zuweisung in den niedergelassenen vertragsärztlichen Bereich möglich. Hier sehen der Katholische Krankenhausverband und der Deutsche Caritasverband in der Umsetzungspraxis die größte Herausforderung, wenn Patienten nach objektiven Kriterien zu einer Kooperationspraxis, die weiter entfernt liegt, geschickt werden sollen. Das hat zumindest Konfliktpotential. Für die im Entwurf angedachte räumliche Nähe der Kooperationspraxis zum Krankenhaus muss es daher konkrete Vorgaben geben. Für die Fallgestaltung, in der das INZ Patienten an Kooperationspraxen verwiesen hat, muss es Rechtssicherheit für Krankenhäuser geben, dass diese Patienten abgelehnt werden dürfen dies keinen Verstoß gegen die Sicherstellungspflicht der Versorgung durch die Krankenhäuser darstellt. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass das Einschätzungsverfahren ad absurdum geführt wird. Die Haftungsregelungen sind dahingehend anzupassen.

Eine effiziente Patientenversorgung erfordert eine klare Organisation und durchgängige Verantwortlichkeiten. Der Katholische Krankenhausverband und der Deutsche Caritasverband befürworten deshalb, dass die fachliche und organisatorische Leitung der INZ den Krankenhäusern obliegt. Trotzdem möchten wir an dieser Stelle darauf aufmerksam machen, dass die Krankenhausnotaufnahmen in vielen Kliniken seit Jahren defizitär laufen und häufig durch andere Abteilungen quersubventioniert werden müssen, da die Vorhaltekosten dieser Abteilungen relativ hoch sind. Um das ein wenig abzufedern, gibt es (neben der Abrechnung der Krankenhausbehandlung) seit 2018 Zuschläge³ für die Teilnahme an der stationären Notfallversorgung. Im geplanten KHVVG soll zudem eine neue Form der Vorhaltevergütung (pauschaler Anteil) eingeführt werden, um die Vorhaltekosten besser zu berücksichtigen⁴. Wir fordern eine kostendeckende Vergütung des Betriebs der zentralen Einschätzungsstelle. Dass die Ersteinschätzung unabhängig von der Weiterbehandlung eine zu vergütende Einzelleistung werden soll, begrüßen wir ausdrücklich.

Die Notfallversorgung muss grundsätzlich auch bei Nichtzuweisung eines INZ zu einem Krankenhausstandort weiterhin wohnortnah möglich sein. Der Entwurf lässt offen, wie viele INZ es am Ende geben wird. Dass ein Krankenhaus für ein INZ ausgewählt werden kann, wenn es die Basisnotfallstufe hat, ist folgerichtig. Aber auch in Krankenhäusern ohne INZ, die an der

³ Erfüllt ein Krankenhaus die strukturellen Voraussetzungen an eine G-BA-Notfallstufe kann es Zuschläge abrechnen (Höhe der Zu- und Abschläge unterscheidet sich je nach Stufe). Die Notfallstufenvergütungsvereinbarung kann hierunter abgerufen werden:

https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.3_Versorgung-Struktur/2.3.2_Gestuftes-System-Notfallstrukturen/Notfallstufenverguetungsvereinbarung.pdfv.

⁴ Unsere Kritik an der neuen Form der Vorhaltevergütung finden Sie in unserer Stellungnahme zum KHVVG, den Link dazu auf Seite 1 dieser Stellungnahme.



stationären Notfallversorgung teilnehmen, werden im Rahmen der Triagierung Patientinnen und Patienten identifiziert, die lediglich einen ambulanten Versorgungsbedarf haben. Daher ist es notwendig, sicherzustellen, dass die Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit des Patienten, auch in Krankenhäusern ohne INZ abrechnungsfähig ist. Der Katholische Krankenhausverband und der Deutsche Caritasverband betonen, dass jedes Krankenhaus, das im Rahmen der G-BA Notfallstufensystematik an der stationären Notfallversorgung teilnimmt, auch ohne INZ ambulante Notfallpatienten abrechnen können muss, um die flächendeckende Notfallversorgung nicht zu gefährden. Ansonsten müssten Kliniken ohne INZ Notfallpatienten, die nach erster Sichtung keiner stationären Behandlung bedürfen, zukünftig abweisen, sofern diese nicht an eine Kooperationspraxis verwiesen werden können.

Abschließend weisen der Katholische Krankenhausverband und der Deutsche Caritasverband darauf hin, dass in der Notfallversorgung auch die Schnittstellen für mögliche Kooperationen mit der psychiatrischen Notfall- und Krisenversorgung stets mitzudenken sind.

2. Bewertung der Regelungen

Art. 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 2b

§ 75 Abs. 1b: Sicherstellungsauftrag vertragsärztliche Versorgung

Wir begrüßen, dass der Sicherstellungsauftrag in Bezug zur notdienstlichen Akutversorgung genauer definiert und verbindlich eingefordert wird. Wir haben jedoch Bedenken, ob der 24/7-Sicherstellungsauftrag in der Praxis aufgrund von Fachkräftemangel verlässlich umgesetzt werden kann, insbesondere wenn vertragsärztliche Versorgungsangebote in strukturschwachen Räumen einerseits ein ausgedünntes Netz sind und infolge der demografischen Entwicklung der Versorgungsbedarf drastisch steigen wird. Ausdrücklich zu begrüßen ist der Ausbau des aufsuchenden Dienstes, der insbesondere pflegebedürftigen Menschen nützt und auch für die Pflegeheimversorgung dringend gebraucht wird.

Wir sehen kritisch, wie mit den bestehenden vertragsärztlichen Strukturen die einzurichtenden KV-Praxen im und in unmittelbarer Nähe zum Krankenhaus verlässlich betrieben werden können und eine Weitervermittlung in die vertragsärztliche Regelversorgung aus dem INZ heraus gelingt. Das INZ kann nur dann Termine an Haus- und Fachärzte vermitteln, wenn diese freie Kapazitäten haben.

Die Strukturen und Kapazitäten des Rettungs- und Krankentransportwesens müssen mitberücksichtigt werden. Der Aufbau von Strukturen⁵ und Personal erfordert einen angemessenen Zeitrahmen.

⁵ wie zum Beispiel Dienst- und Leitstellen, Fahrzeuge, Ausstattung und Technik



Zu Nummer 6b

§ 90 Abs. 4a: Erweiterter Landesausschuss

Die Entscheidung darüber, welches Krankenhaus ein INZ einrichten darf, soll durch den erweiterten Landesausschuss getroffen werden. Dabei irritiert, dass die Bundesländer, die nach dem geplanten KHVVG aufgrund von Bundesvorgaben die Leistungsgruppe Notfallmedizin an die einzelnen Krankenhausstandorte zuweisen sollen, bei der Errichtung eines INZ im erweiterten Landesausschuss kein Stimmrecht haben.

Auch die Interessen der Krankenhäuser sehen wir nicht ausreichend vertreten. In diesem Gremium stellen die Vertreter der KVen und der Kassen zusammen die Mehrheit und können die Vertreter der Krankenhäuser regelmäßig überstimmen. Damit werden die Interessen der Krankenhäuser, die wesentlich von der Aufgabe, ein INZ einzurichten und zu betreiben, berührt sind, nicht hinreichend berücksichtigt.

Änderungsvorschlag

Wir fordern ein höheres Stimmgewicht der Krankenhäuser im erweiterten Landesausschuss. Dies kann alternativ über mehr Stimmen, eine höhere Stimmengewichtung oder ein Vetorecht bei den Entscheidungen über die Auswahl der INZ-Standorte geregelt werden.

Zu Nummer 11

§ 123: Integrierte Notfallzentren

Zu § 123 Abs. 2 Satz 3 Standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument

Die zentrale Ersteinschätzungsstelle hat ein qualifiziertes und standardisiertes Verfahren einzusetzen, um die Dringlichkeit als auch die geeignete Versorgungsebene eines Hilfesuchenden festzulegen. Bei dieser Ersteinschätzung gilt es relevante Symptome und Risikomerkmale für abwendbar gefährliche Krankheitsverläufe zu erkennen. Ein solches Ersteinschätzungsverfahren gibt es bislang nicht. Die Erstfassung einer G-BA-Richtlinie zur Ersteinschätzung⁶ vom 6.7.2023 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beanstandet. Argumentiert wurde damit, dass die „Einführung, Definition und Ermittlung der konkret definierten „Dringlichkeitsgruppen“ gemäß § 5 Absatz 3 EE-RL [...] ein neues und in den Krankenhäusern nicht etabliertes Verfahren“ abbilden. So gibt es in Krankenhäusern ein strukturiertes und validiertes Triage-System zur Behandlungspriorisierung, nicht jedoch ein Verfahren, das nach „Dringlichkeitsgruppen“ differenziert. Das BMG beanstandete neben der fehlenden wissenschaftlichen Validierung von „Dringlichkeitsgruppen“ auch die Durchführung von

⁶ „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung gemäß § 120 Absatz 3b SGB V (Ersteinschätzungs-Richtlinie)“, online abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6078/2023-07-06_Ersteinschaet-zungs-RL_Erstfassung.pdf



Ersteinschätzungsinstrumenten „im Probetrieb“, da dies eine erhebliche Gefährdung der Patientensicherheit darstelle.⁷

Als rechtswidrig hat das BMG auch die Regelung in der Erstfassung der G-BA-Richtlinie eingestuft, dass sich auch Hilfesuchende, die mittels Rettungsdienstes in ein Krankenhaus eingeliefert werden, grundsätzlich einer Erstschtätzung unterliegen. Die gesetzliche Ermächtigung lässt nur eine Richtlinie für Hilfesuchenden, die sich direkt an ein Krankenhaus wenden, nicht aber für diejenigen, die sich an einen Rettungsdienst wenden, zu.⁸

Die verbindliche Weiterleitung der Hilfesuchenden an die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und MVZ, die in unmittelbarer Nähe eines INZ geöffnet sind, begrüßen wir. Wir sehen in der Praxis Umsetzungshürden in strukturschwachen Räumen, da die Weiterleitung von Patienten mit niedriger Dringlichkeit trotzdem innerhalb eines medizinisch vertretbaren Zeitraums erfolgen sollte, was bei längeren Wegstrecken in ausgedünnten ambulanten Versorgungsbereichen problematisch werden dürfte.

Änderungsvorschlag

Vor Inkrafttreten des Gesetzes muss ein wissenschaftlich validiertes, praxiserprobtes und gesetzeskonformes Ersteinschätzungsinstrument zur Ermittlung von „Dringlichkeitsgruppen“ vorliegen.

Zu § 123 Abs. 2 Satz 6 SGB V Terminbuchung im INZ

Das INZ wird hiermit verpflichtet, den Patienten im Anschluss an eine notdienstliche Akutbehandlung eine Terminbuchung über das System der Terminservicestellen anzubieten, sofern im Anschluss eine ambulante Weiterbehandlung notwendig ist. Damit wird das bisherige Grundproblem, dass sich hilfesuchende Patienten in Folge einer schlechten Versorgung in der vertragsärztlichen Struktur sich an die Notaufnahmen wenden, auf die INZ übertragen. Sie sind dann verpflichtet, an Stelle der Patienten Termine in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu finden, was vor allem in strukturschwachen Gebieten eine echte Herausforderung darstellen dürfte

Änderungsvorschlag

Wir fordern die Streichung von § 123 Abs. 2 Satz 6 SGB V.

⁷ Bundesministerium für Gesundheit: Schreiben der Beanstandung vom 12.9.2023, online abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-9756/2023-07-06_Ersteinschaetzungs-RL_Erstfassung_BMG.pdf

⁸ Ebenda.



Zu § 123 Abs. 6 Satz 1 SGB V Gewährleistung von Konsilien

In § 123 Abs. 6 ist vorgesehen, dass ein INZ – wenn es kein KINZ am Standort gibt – bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen telemedizinische oder telefonische Konsilien von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin zu gewährleisten hat.

Änderungsvorschlag

Eine grundsätzliche Verpflichtung zur Durchführung der o.g. Konsilien lehnen wir ab, da sich das INZ auf die Ersteinschätzung sowie auf die Versorgung der aufsuchenden Patienten konzentrieren sollte.

Zu § 123 Abs. 6 Satz 2 SGB V Konzeption und Koordination der Konsilien nach Satz 1

Der erweiterte Landesausschuss soll die Konzeption und Koordination der telemedizinischen Unterstützung bestimmen, womit er die inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung zugewiesen bekommt.

Änderungsvorschlag

Wir teilen die Einschätzung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dass die inhaltlichen Vorgaben zur Ausgestaltung einer telemedizinischen Versorgung nicht vom erweiterten Landesausschuss getroffen, sondern über Verträge nach § 115 SGB V zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, der Ersatzkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landeskrankenhausesellschaften ausgehandelt werden sollten. Damit ließen sich auch regionale Besonderheiten besser berücksichtigen.

§ 123a: Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

Zu § 123a Abs. 1 SGB V Festlegung der INZ-Standorte

Der Entwurf lässt offen, wie viele INZ es deutschlandweit an Krankenhäusern braucht, um eine bedarfsgerechte Notfallversorgung sicherzustellen. Grundvoraussetzung, um ein INZ zu erhalten, ist die G-BA-Notfallstufe Basisversorgung (Stufe 1). In Städten soll eine Auswahl aus mehreren qualifizierten Kliniken anhand des Bevölkerungsbezugs (Erreichbarkeit für hohen Bevölkerungsanteil) und anderer objektiver Kriterien erfolgen. Ziel ist eine flächendeckende Erreichbarkeit für 95 Prozent der Bevölkerung innerhalb von 30 Fahrzeitminuten in einer Planungsregion.

Fall a) INZ in ländlichen Regionen

Bewertung

Die Vorgabe, dass in einer Planungsregion ein Krankenhausstandort mit INZ für 95 Prozent der zu versorgenden Menschen innerhalb von 30-Fahrzeitminuten erreichbar sein muss, ist heute



schon in vielen ländlichen, strukturschwachen Gebieten aufgrund der niedrigen Krankenhausedichte nicht gewährleistet. Ein Abbau vieler weiterer kleinerer Standorte verschärft diese Vorgabe. Auch hinsichtlich der Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Personenverkehr sind diese Regionen im Nachteil. Das stellt vor allem für ältere und immobile Menschen eine enorme Herausforderung dar, insbesondere wenn kein soziales Netzwerk oder Fahrdienste vorhanden sind. Eine flächendeckende Versorgung in ländlichen Gebieten mit INZ-Standorten sehen wir aufgrund mangelnder Notaufnahmen realitätsfremd, so dass die Versorgungsverbesserung für die Landbevölkerung gar nicht greift.

Fall b) INZ in Ballungsgebieten

Änderungsvorschlag

Dagegen wird Vorgabe in Ballungsgebieten von mehreren Krankenhäusern erreicht, so dass klargestellt werden muss, dass es bei großen Planungsregionen auch mehrere INZ-Standorte geben können soll. Die Notwendigkeit einer höheren INZ-Dichte ist aufgrund höherer Bevölkerungszahlen gegeben.

Zu § 123a Abs. 1 SGB V Rechtsweg gegen Bescheid

Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Abs. 4a bestimmt Standorte der zugelassenen Krankenhäuser, an denen ein INZ eingerichtet werden soll. Die Festlegung erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben. Widerspruch und Klage gegen den Bescheid haben keine aufschiebende Wirkung.

Änderungsvorschlag

Wir fordern, dass Widerspruch und Klage gegen den Bescheid grundsätzlich aufschiebende Wirkung haben müssen. Andernfalls muss das Krankenhaus ein solches INZ einrichten, was mit Organisation, Kosten etc. verbunden ist, obwohl es den berechtigten Interessen des Krankenhauses entgegensteht.

Zu § 123a Abs. 2 Satz 1 SGB V Zeitrahmen für Kooperationsvereinbarung

Innerhalb von 6 Monaten nach Bestimmung zum INZ-Standort soll die Kooperationsvereinbarung zwischen KV und Krankenhausträger geschlossen sein.

Änderungsvorschlag

Die Krankenhäuser benötigen einen angemessenen Zeitrahmen, um ein INZ einzurichten und die Kooperationsverträge abzuschließen. Wir fordern eine Verlängerung der Umsetzungsfrist für INZ von 6 auf 12 Monate. Das ist auch gerade vor dem Hintergrund der sich stark



verändernden Krankenhauslandschaft durch das KHVVG dringend geboten, deren Auswirkungen auf die einzelnen Krankenhäuser noch völlig unklar sind.

Zu § 123a Abs. 3 SGB V Öffnungszeiten Notdienstpraxis

Die Notdienstpraxis soll mindestens an Wochenenden und Feiertagen von 9 bis 21 Uhr, Mittwoch und Freitag von 14 bis 21 Uhr und Montag, Dienstag und Donnerstag von 18 bis 21 geöffnet sein. Kürzere Öffnungszeiten können in Kooperationsvereinbarungen festgelegt werden, sofern die KV dem Krankenhaus gegenüber nachweist, dass der Betrieb der Notdienstpraxis aufgrund niedriger Inanspruchnahme nicht bedarfsgerecht ist.

Änderungsvorschlag

Wir sehen mit Sorge und geben zu bedenken, dass in Planungsregionen mit zu wenig Haus- und Fachärzten – vor allem im strukturschwachen ländlichen Räumen – die Öffnungszeiten nicht verlässlich durch die KVen gewährleistet werden können. In Kooperationsvereinbarungen sollen beide Parteien sich auf Regelungen zu Verstößen gegen die Öffnungszeiten einigen. Das wird nach unserer Einschätzung in der Praxis zu Problemen führen.

Generell zu § 123a Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

a) Refinanzierung Einrichtung von INZ

Die Krankenhäuser werden mit § 123a Abs. 1 Satz 1 verpflichtet, INZ durch Bescheid des erweiterten Landesausschusses zu errichten. Die Krankenhäuser erhalten dafür jedoch keine zusätzliche Refinanzierung. Das Argument im Gesetzentwurf, es entstehen den meisten Krankenhäuser keine zusätzlichen Kosten, da in der Regel die Errichtung der INZ dort bestimmt werden sollen, wo auf bereits vorhandene Strukturen aufgesetzt werden kann, können wir kalkulatorisch nicht nachvollziehen. Die vorgegebenen Struktur- und technischen Anforderungen an den Betrieb eines INZ müssen refinanziert werden. Insbesondere ist der Investitionsaufwand durch die Einführung des digitalen Ersteinschätzungsinstruments zu vergüten. Dazu gehört die Anschaffung der Software, die Schulungskosten für das Personal und die weiteren damit verbundenen technischen Ausstattungen. Die entstehenden Kosten für den dauerhaften Betrieb ist nicht durch die Förderung aus dem Strukturfonds bzw. dem Transformationsfonds abgedeckt und gehören von den Kassen refinanziert.

b) Vergütung der Ersteinschätzung

Die Vergütung der Ersteinschätzung soll als Einzelleistung erfolgen. Es ist darauf zu achten, dass diese Vergütung in der Höhe auskömmlich für die Krankenhäuser ist. Alle Kosten, die einem Krankenhaus im Zusammenhang mit dem Betrieb des Gemeinsamen Tresens entstehen, müssen in der Kalkulation berücksichtigt werden, wie zum Beispiel der Personalaufwand,



die Software-Schulungen und der technische Wartungsaufwand, damit sich ein INZ kostendeckend betreiben lässt.

c) Vergütung ambulanter Notfallleistungen

Die Finanzierung aller im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung erbrachten Leistungen durch die Krankenhäuser erfordert aus unserer Sicht eine Anpassung. Seit Jahren werden „sämtliche Notaufnahmen in Deutschland defizitär betrieben, kein Krankenhaus erreicht mit seiner Notfallversorgung auch nur ein ausgeglichenes Ergebnis“.⁹ Wir finden es daher bedauerlich, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf keine Maßnahmen gegen die bestehende Unterfinanzierung von ambulanten Notfallleistungen durch die Krankenhäuser aufgenommen wurden. Die Kosten der ambulanten Notfallversorgung müssen den Kliniken endlich vollständig refinanziert werden.

c) Abrechnungsfähigkeit ohne INZ erhalten

Für Krankenhäuser, an denen kein INZ eingerichtet wird, muss sichergestellt sein, dass die Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit des Patienten abrechnungsfähig ist. Zudem muss klargestellt werden, dass auch diese Krankenhäuser weiterhin ambulante Notfallversorgungsleistungen erbringen und abrechnen können. Nur so ist eine flächendeckende Notfallversorgung weiterhin gewährleistet, denn sonst müssten Krankenhäuser ambulante Notfälle abweisen, was haftungsrechtlich und ethisch nicht vertretbar wäre.

§ 123b: Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche

Änderungsvorschlag

Die Krankenhäuser benötigen einen angemessenen Zeitrahmen, um ein KINZ einzurichten und die Kooperationsverträge abzuschließen. Wir fordern eine Verlängerung der Umsetzungsfrist für KINZ von 12 auf 24 Monate.

Art. 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 12a Abs. 1 Satz 4 Nr. 2

Sofern für die Bereitstellung von Räumen für die Notdienstpraxis in unmittelbarer Nähe zur Notaufnahme bauliche Maßnahmen erfolgen müssen, führt dies zu erheblichen Kosten. Wir begrüßen daher die Aufnahme der Einrichtung von INZ und KINZ in die Liste der förderfähigen Vorhaben nach § 12a Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 KHG im Rahmen des Transformationsfonds.

⁹ DKG (2023): <https://www.dkgv.de/dkg/presse/details/ambulante-notfallversorgung-muss-dringend-neu-geordnet-werden/>



Deutscher
Caritasverband e.V.



DIE KATHOLISCHEN
KRANKENHÄUSER
Kath. Krankenhausverband Deutschland e.V.

Unsere grundsätzliche Kritik am Transformationsfonds nach § 12b KHVVG bleibt unverändert bestehen. Der Katholische Krankenhausverband und der Deutsche Caritasverband kritisieren weiterhin, dass der Bund sich am Umbau der Krankenhauslandschaft nicht mit Steuermitteln beteiligt, sondern dafür Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds entnimmt. Der Umbau der Krankenhauslandschaft ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nicht einseitig von den Beitragszahlern der Gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden sollte.



Deutscher
Caritasverband e.V.



DIE KATHOLISCHEN
KRANKENHÄUSER
Kath. Krankenhausverband Deutschland e.V.

Kontakt

Katholischer Krankenhausverband Deutschland e. V.

Bernadette Rümmelin

Geschäftsführerin

Tel. 030 240 83 68-10

kkvd@caritas.de

Deutscher Caritasverband e. V.

Dr. Elisabeth Fix

Leiterin Kontaktstelle Politik

Tel. 030 284 47 46

kontaktstelle.politik@caritas.de

Der **Katholische Krankenhausverband Deutschland e. V.** vertritt als Fachverband bundesweit 261 Krankenhäuser an 330 Standorten sowie 52 Reha-Einrichtungen mit insgesamt 204.000 Mitarbeitenden. Jährlich werden hier 3 Millionen Patient:innen stationär und 2,5 Millionen Patient:innen ambulant versorgt. Mit Umsätzen von 16 Milliarden Euro pro Jahr sind die katholischen Krankenhäuser zudem ein wichtiger Wirtschaftsfaktor.

739.410 Menschen arbeiten beruflich in den 25.453 Einrichtungen und Diensten, die der **Caritas** bundesweit angeschlossen sind. Sie werden von mehreren hunderttausend Ehrenamtlichen und Freiwilligen unterstützt. Von den beruflichen Mitarbeitenden sind 293.603 in den Einrichtungen und Diensten der Gesundheitshilfe tätig, 183.809 arbeiten in der Kinder- und Jugendhilfe, 126.790 in der Altenhilfe, 87.276 in der Behindertenhilfe/Psychiatrie, 41.320 bei weiteren sozialen Hilfen und 6612 in der Familienhilfe. 57,25 Prozent aller Mitarbeitenden der Caritas pflegen, begleiten und betreuen Menschen in stationären Einrichtungen wie Krankenhäusern oder Pflegeheimen, 25 Prozent arbeiten in Tageseinrichtungen wie Kindergärten oder Werkstätten für Menschen mit Behinderung.