



Deutscher
Caritasverband e.V.



DIE KATHOLISCHEN
KRANKENHÄUSER
Kath. Krankenhausverband Deutschland e.V.

STELLUNGNAHME

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

Berlin, 25. Juni 2024 | Mit dem vorliegenden Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) 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 e.V. 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/2024/04/240425_Stellungnahme_RefE_KHVVG.pdf.



A. Allgemeine Anmerkungen

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 (ambulanten) hausärztlichen bzw. fachärztlichen¹ 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 Kontaktierung 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, deren Grundansatz ebenfalls als sinnvoll zu bewerten ist, (Notfallpraxis, aufsuchender Dienst, telemedizinisches Angebot) 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 Referentenentwurf angedachte räumliche Nähe der Kooperationspraxis zum Krankenhaus muss es daher konkrete Vorgaben geben.

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. Die Notfallversorgung muss grundsätzlich auch bei Nichtzuweisung eines INZ zu einem Krankenhausstandort weiterhin wohnortnah möglich sein. Auch in Krankenhäusern ohne INZ, die an der 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 Entwurf lässt zurecht 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. KKVD und Deutscher Caritasverband betonen, dass jedes Krankenhaus, das im Rahmen der G-BA Notfallstufensystematik an der stationären Notfallversorgung teilnimmt, auch ohne INZ ambulante Notfallpatienten

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.



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.

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.

B. Einzelbewertung der vorgeschlagenen Regelungen

Art. 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Neufassung (Absatz 1b) § 75 Abs. 1b: Notdienst

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.

Ergänzung (neuer Absatz 1e) § 75 Abs. 1e: Evaluation Terminservicestellen

Die Evaluation der Änderungen zur TSS hinsichtlich der fristgemäßen Vermittlung, der Häufigkeit der Inanspruchnahme und der Vermittlungsquote bis zum 30.6.2025 wird ausdrücklich begrüßt.

Neuer § 90 Abs. 4a: Erweiterter Landesausschuss

Die Entscheidung darüber, welches Krankenhaus ein INZ einrichten darf, soll durch den erweiterten Landesausschuss getroffen werden. In diesem Gremium werden die Vertreter der KVen und der Kassen zusammen die Mehrheit stellen und können die Vertreter der Krankenhäuser regelmäßig überstimmen.

Neuer § 123 Abs. 2 und 3 Integrierte Notfallzentren - Ersteinschätzungsverfahren

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 Ersteinschätzung⁵ vom 6.7.2023 wurde vom 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 Ersteinschätzungsinstrumenten „im Probetrieb“, da dies eine erhebliche Gefährdung der Patientensicherheit darstelle.⁶

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 Erstschatzung 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.⁷

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 Patient:innen 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 gesetzkonformes Ersteinschätzungsinstrument zur Ermittlung von „Dringlichkeitsgruppen“ vorliegen.

Neuer § 123a Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

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

⁵ „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_Ersteinschaetzungs-RL_Erstfassung.pdf

⁶ 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

⁷ Ebenda.



mehreren qualifizierten Kliniken anhand des Bevölkerungsbezugs (Erreichbarkeit für hohen Bevölkerungsanteil) und anderer objektiver Kriterien erfolgen. Aus unserer Sicht wird die Bestimmung der INZ streitbehaftet sein.

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.

Änderungsvorschlag

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.

Art. 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Ergänzung § 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 KJ-INZ in die Liste der förderfähigen Vorhaben nach § 12a Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 KHG im Rahmen des Transformationsfonds.

Unsere grundsätzliche Kritik am Transformationsfonds nach § 12b Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) Gesetzentwurf vom 15.05.2024 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 (GKV) 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 267 Krankenhäuser an 340 Standorten sowie 54 Reha-Einrichtungen mit insgesamt 210.000 Mitarbeitenden. Jährlich werden hier 3 Millionen Patient:innen stationär und 2,5 Millionen Patient:innen ambulant versorgt. Mit Umsätzen von 17 Milliarden Euro pro Jahr sind die katholischen Krankenhäuser zudem ein wichtiger Wirtschaftsfaktor.

695.921 Menschen arbeiten beruflich in den 24.952 Einrichtungen und Diensten, die der **Caritas** bundesweit angeschlossen sind. Sie werden von mehreren hunderttausend Ehrenamtlichen und Freiwilligen unterstützt. Von den beruflichen Mitarbeitenden sind 276.702 in den Einrichtungen und Diensten der Gesundheitshilfe tätig, 172.528 arbeiten in der Kinder- und Jugendhilfe, 123.798 in der Altenhilfe, 82.619 in der Behindertenhilfe/Psychiatrie, 33.852 bei weiteren sozialen Hilfen und 6.422 in der Familienhilfe. 58 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.