

Stellungnahme der Bayerischen Krankenhausgesellschaft zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Reform der Notfallversorgung (NotfallIG)

Stand: 05.11.2024

Die ambulante Notfallversorgung in den Krankenhäusern ist seit Jahren unterfinanziert und überlastet. Trotz Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) nutzen Patientinnen und Patienten die Notaufnahmen der Krankenhäuser als „schnelle Anlaufstelle“, z. T. in Unkenntnis der Strukturen, aber auch aufgrund der begrenzten Öffnungszeiten der (Bereitschaftsdienst-) Praxen.

Der Versorgungsauftrag außerhalb der KV-Notdienstpraxis verbleibt bei den Krankenhäusern, wobei das Problem der Unterfinanzierung der ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus mit dem Gesetzentwurf nicht gelöst wird. Der Erlös für einen ambulanten Notfall beträgt aufgrund der hohen Vorhaltekosten für die Kliniken im Schnitt nur rund 1/4 des Aufwandes (30 Euro Erlös ggü. 120 Euro Kosten). Dieses Problem wird im Gesetzentwurf nicht adressiert. Einzig die Ersteinschätzung soll künftig gesondert refinanziert werden.

Der Gesetzentwurf bietet jedoch Chancen für die Entlastung der Notaufnahmen und für eine bessere Patientensteuerung.

Aus Sicht der BKG ist das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung Chance und zugleich Verpflichtung an die Akteure im Land zu zeigen, dass sektorenübergreifende Kooperationen zur Sicherstellung der Versorgung der Patientinnen und Patienten möglich sind. Aufgrund immer knapperer Ressourcen im Gesundheitswesen, demografischen Wandels und Fachkräftemangels werden wir uns gesellschaftlich eine Sektorentrennung nicht länger leisten können. Auch die Digitalisierung kann zur besseren Patientensteuerung einen wichtigen Beitrag leisten.

Die BKG ist bereits mit der KV Bayern im Gespräch, um die Möglichkeiten eines interoperablen Datenaustausches in der ambulanten Notfallversorgung auszuloten. Die technischen Voraussetzungen hierfür sind auf beiden Seiten bereits gegeben: Über die Plattform „Mein-Krankenhaus. Bayern“ bzw. „Mein-Krankenhaus.Digital“ werden 110 primär bayerische Kliniken miteinander vernetzt, über DocOnline wird die 116 117 in Bayern digital und mit telemedizinischen Angeboten hinterlegt. Über die technische Vernetzung und den medienbruchfreien Austausch von Patientendaten können die im Referentenentwurf des Notfallgesetzes vorgesehenen Anforderungen zur digitalen, interoperablen Fallübergabe bereits umgesetzt werden.

Im Einzelnen positioniert sich die BKG wie folgt zum Gesetzentwurf

Die BKG wies bereits in ihrer Stellungnahme zum RefEntwurf auf die bestehende **Unterfinanzierung** der ambulanten Notfallversorgung in Krankenhäusern hin und forderte neben der vorgesehenen Vergütung der Leistungen der zentralen Ersteinschätzungsstelle zwingend eine Refinanzierung auch der Leistungen, die den Krankenhäusern mit der Erfüllung der neuen Aufgaben entstehen. Die Erwartung, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf die Leistungen zukünftig auskömmlich vergütet werden, wird insgesamt nicht erfüllt.

In der Möglichkeit, **Integrierte Notfallzentren (INZ)** auch an Krankenhäusern ohne Notfallstufe nach dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) anzusiedeln, sehen wir eine mögliche Chance, die ambulante Notfallversorgung in der Fläche aufrechtzuerhalten. Diese Ausnahmeregelung gilt nicht für die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche, hier ist das Modul Kindernotfallversorgung Voraussetzung. Zudem bleiben bei der Standortbestimmung noch wichtige Fragen offen wie die Berücksichtigung der Kriterien des Rettungsdienstes.

Gemäß Begründung geht mit der Bestimmung eines INZ-Standortes ohne G-BA-Notfallstufe keine zwingende Verpflichtung zur Aufrechterhaltung einer stationären Notfallversorgung 24/7 einher. Diesbezüglich bedarf es einer gesetzlichen Konkretisierung.

Der **Aspekt der integrierten Notfallversorgung** fehlt bisher im Entwurf des Krankenhausverbesserungsgesetzes (KVVG), dabei ist dieser für die Bevölkerung entscheidend. Gerade im ländlichen Raum ist die Aufrechterhaltung einer G-BA Notfallstufe aufgrund der niedrigen Patientenzahlen oftmals nicht kostendeckend für die Kliniken und kann personell nicht gewährleistet werden. Nach einer Kalkulation der BKG bedarf es bereits für den kosten-deckenden Betrieb der hohen Personal- und Strukturvorgaben einer G-BA-Basisnotfallstufe mindestens derzeit 7.500 stationärer Behandlungsfälle. Daran würde auch die im KVVG genannte Vorhaltepauschale nichts ändern. Vielmehr wäre eine spürbare Erhöhung der Zuschläge u. a. für die Notfall- und Intensivmedizin erforderlich.

Vorgaben für die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen sind zu begrüßen, um einen einheitlichen Qualitätsstandard für Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Die einschlägige G-BA-Richtlinie sollte baldmöglichst verabschiedet werden. Eine Grundausstattung (EKG, Labor etc.) sollte bereits heute zur Gewährleistung der Patientensicherheit verbindlich sein. Inwieweit ausgehend von der Ausstattung der Notdienstpraxen die Art und Schwere von medizinischen Hilfeersuchen, die dort behandelt werden können, bewertet werden kann, bleibt unklar. Die Eingrenzung des medizinischen Behandlungsspektrums in den Notdienstpraxen scheint nicht vom G-BA-Auftrag gem. § 123 Abs. 3 SGB V-Entwurf erfasst.

Gemäß Gesetzentwurf bleibt der **Sicherstellungsauftrag bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV)**, wird jedoch konkretisiert. Es bleibt trotz der geplanten Konkretisierung dabei, dass aufgrund begrenzter Öffnungszeiten der Notdienstpraxen insbesondere nachts die Krankenhäuser die ambulante Notfallversorgung sicherstellen.

Der Gesetzentwurf gibt die Möglichkeit, kürzere Öffnungszeiten als die im Gesetzentwurf angegebenen für die Notdienstpraxis in der Kooperationsvereinbarung zwischen Krankenhaus und KV zu vereinbaren. Diese Möglichkeit wurde dahingehend ergänzt, dass die KV in diesem Fall gegenüber dem Krankenhaus nachweisen muss, dass die Inanspruchnahme zu den gesetzlichen Öffnungszeiten nicht bedarfsgerecht ist. Aus Sicht der BKG ist diese Ergänzung sinnvoll, da die Einhaltung der gesetzlichen Öffnungszeiten verbindlich sein sollte. Auch bedarf die Änderung der Öffnungszeiten der Zustimmung des Apothekeninhabers der notdienstpraxisversorgenden Apotheke, da die Öffnungszeiten der Notdienstpraxis Einfluss auf den Betrieb der Apotheke haben.

Wir begrüßen, dass die zwischen KV und Krankenhaus zu **schließende Kooperationsvereinbarung Gestaltungsspielräume** zur Berücksichtigung der Situation vor Ort lässt. In strukturschwachen Regionen ist eine höhere Vergütung anzustreben, um die integrierte Versorgung vor Ort zu gewährleisten.

Die Verhandlung von Kooperationsvereinbarungen nach § 123a Abs. 2 SGB V-Entwurf auf Ortsebene ist einerseits wichtig, um flexible Lösungen vor Ort zu ermöglichen. Um den personellen und bürokratischen Aufwand auf allen Seiten möglichst gering zu halten, braucht es aus Sicht der BKG entsprechende **Muster-Kooperationsvereinbarungen auf Bundes- oder Landesebene, wozu die Selbstverwaltung beauftragt werden sollte.**

Dass die finanzielle und personelle Situation des jeweiligen Klinikums bei der Bestimmung von INZ-Standorten zu berücksichtigen ist, begrüßt die BKG, um einer **Überforderung der Kliniken entgegenzuwirken**. Laut Gesetzentwurf muss in der Abwägung das berechtigte Interesse der Krankenhäuser das Interesse an einer flächendeckenden Versorgung überwiegen. Aufgrund immer knapperer Ressourcen und der desaströsen finanziellen Situation der Mehrzahl der Kliniken muss der Aspekt der Wirtschaftlichkeit bei gesundheitspolitischen Entscheidungen zwangsläufig mitgedacht werden.

Die **Berücksichtigung von Erreichbarkeitsvorgaben sowie die Anzahl der zu versorgenden Menschen** bei der Festlegung von INZ-Standorten durch den erweiterten Landesauschuss begrüßt die BKG ebenfalls.

In künftigen Notfallversorgungsstrukturen müssen **Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. psychischen Krisen** ausdrücklich mitgedacht werden. In den INZ sollte die psychiatrische Behandlungskompetenz auf Facharzniveau verfügbar sein. In Krankenhäusern ohne selbständige, fachärztlich geleitete psychiatrische Abteilungen kann dies durch eine telemedizinische psychiatrische Behandlungskompetenz durch eine Kooperation mit einem räumlich entfernten Fachkrankenhaus sichergestellt werden.

Ein Ersteinschätzungsverfahren kann ein wichtiges ergänzendes Instrument im Versorgungsprozess sein, das bei unklarer Behandlungsdringlichkeit das Personal in den INZ unterstützt. Wichtig ist, dass die **Einstufung der Behandlungsdringlichkeit nicht zum Hindernis im Versorgungsalltag** wird und vorab ausreichend praktisch in einem INZ erprobt wurde. Es ist deswegen notwendig und sinnvoll, dass Hilfesuchende, die aufgrund einer ärztlichen Verordnung ein INZ aufsuchen oder durch den Rettungsdienst eingeliefert werden, kein Ersteinschätzungsverfahren durchlaufen müssen, da sich die medizinische Dringlichkeit aufgrund dieses Zugangswegs bereits ergibt. Zudem sollte das Ersteinschätzungsinstrument die besonderen Bedarfe von **psychisch erkrankten Menschen** berücksichtigen.

Das Hilfesuchende bei telefonischer Vermittlung durch die Akutstelle an das INZ bei gleicher Behandlungsdringlichkeit vorrangig behandelt werden, wurde bereits im RefEntwurf geregelt. Der Gesetzentwurf sieht nun vor, dass Hilfesuchende diesen telefonischen Erstkontakt nachweisen müssen. Zur Ausgestaltung des Nachweises äußert sich der Gesetzgeber weder im Gesetzentwurf noch in der Begründung – eine Konkretisierung wäre hier wünschenswert, um eine praktische Umsetzung der Regelung zu gewährleisten.

Dass Patientinnen und Patienten von der **Ersteinschätzungsstelle** – ohne separate Untersuchung – in einer Kooperationspraxis weitergeleitet werden dürfen ist wichtig, um Ärztinnen und Ärzte im INZ zu entlasten und für eine gestufte und fokussierte Patientensteuerung zu sorgen. Ob die Formulierung im Gesetzentwurf ausreichend ist, um den Kliniken Rechtssicherheit zu geben, ist noch vertiefend zu prüfen. Auf jeden Fall ist diese künftige Lenkung und Weiterleitung vorab mit einer staatlichen Aufklärungskampagne zu begleiten und darf nicht allein den Krankenhäusern und INZ überlassen werden.

Klärungsbedarf besteht bei der **Planung der Integrierten Notfallzentren (INZ)**. Die Planungshoheit über deren Standorte und die Letztentscheidung muss bei den für die Krankenhausplanung verantwortlichen Ländern liegen. Daher sollte die Festlegung der INZ-Standorte im Krankenhausplanungsausschuss erfolgen, der dafür anlassbezogen um die Kassenärztliche Vereinigung und einer Vertretung aus dem Rettungsdienst zu erweitern wäre. Sollte die Aufgabe der Festlegung der INZ-Standorte wie im Gesetzesvorschlag geplant an den erweiterten Landesausschuss nach § 90 Abs. 4a SGB V übertragen werden, müsste die Geschäftsstellenleitung dieses Gremium an das Land übergehen und um eine Vertretung aus dem Rettungsdienst ergänzt werden.

Gegenüber dem RefEntwurf wird das Ermessen des erweiterten Landesausschusses aufgrund der Neuregelung, **Bundeswehrkrankenhäuser** bei der Standortbestimmung vorrangig zu berücksichtigen, beschränkt.

Entgegen dem RefEntwurf soll der erweiterte Landesausschuss nun bei der **Behandlung von Kindern und Jugendlichen** in einem INZ die Konzeption und Koordinierung der telemedizinischen Unterstützung nicht bestimmen, sondern lediglich Empfehlungen aussprechen. Diese Änderung wird von der BKG positiv bewertet, da die organisatorische und inhaltliche Ausgestaltung der Versorgung den Leistungserbringen obliegt. Zudem kann zur Ausgestaltung der Versorgung auch auf den § 115 SGB V zurückgegriffen werden. Verträge gem. § 115 SGB V regeln die Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern, um eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten zu gewährleisten.

Im RefEntwurf wurden die erweiterten Aufgaben, die den Landeskrankenhausgesellschaften entstehen, mit einmalig rd. 217.000 Euro kalkuliert. Im Gesetzentwurf wurde der Betrag nun auf 200.000 Euro korrigiert. Aufgrund der zahlreichen Krankenhausstandorte im Freistaat und da Bayern das flächenmäßig größte Bundesland ist, ist für die BKG mit einem hohen Aufgabenzuwachs zu rechnen, der wiederum über die Mitglieder (Krankenhausträger) refinanziert werden muss. Die Belastung, die sich einerseits durch den Aufgabenzuwachs bei den Krankenhäusern (Ausschreibung von Versorgungsverträgen nach § 12b ApoG, Kooperationsvereinbarungen zu den INZ, Unterhalt des Organisationsgremiums am INZ), andererseits bei den Landeskrankenhausgesellschaften ergibt, muss über einen **pauschalen Zuschlag pro ambulanten Notfall** refinanziert werden, der einen eLA-Verwaltungskostenanteil ausweist. **Die Erwartung der BKG, die erbrachten Leistungen über einen pauschalen Zuschlag zu refinanzieren, wird insgesamt nicht erfüllt.**

Nachdem die **Apotheke am INZ** nur zu den Öffnungszeiten der KV-Notfallpraxis geöffnet sein soll (d. h. bspw. nicht nachts), bleibt weiterhin unklar, weshalb das Krankenhaus mit der Apotheke Verhandlungen führen soll, die mit 500.000 Euro einmaligen Erfüllungsaufwand beziffert sind.

Es sollte im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus ein eingeschränktes Verordnungsrecht für die **Verordnung von Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten** sowie die Ausstellung von **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen** gelten. Ohne dieses Verordnungsrecht wären Patientinnen und Patienten in vielen Fällen gezwungen, am nächsten Tag nach erfolgter Notfallbehandlung im Krankenhaus den vertragsärztlichen Bereich aufzusuchen. Eine solche Regelung fehlt bisher im Gesetzentwurf.

Es kann eine **zweite Offizin** der notdienstpraxisversorgenden Apotheke mit Lagerräumen am Standort der Notdienstpraxis betrieben werden, wenn die Apotheke nicht in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis liegt. Der Gesetzgeber sieht nun vor, dass die zweite Offizin zudem in

angemessener Nähe zur Apotheke liegen muss, damit die Leitung der Apotheke ihren Verantwortlichkeiten nachkommen kann. Diese Vorgabe verschärft die ohnehin problematische Situation, alle Versorgungsebenen in unmittelbarer Nähe zueinander unterzubringen.

Zudem ist nach wie vor unklar, was unter den Begrifflichkeiten „unmittelbare räumliche Nähe“, „unmittelbare Nähe“, „angemessene Entfernung“ und „im Umkreis des Krankenhausstandortes“, mit denen der Gesetzgeber die Entfernung zwischen den Versorgungsebenen innerhalb des Integrierten Notfallzentren regelt, konkret zu verstehen ist.

Die INZ-Errichtung wird in vielen Fällen umfangreiche bauliche Maßnahmen erfordern, die finanziert sein müssen. Die **Konkretisierung der Förderfähigkeit im Krankenhausstrukturfonds** in § 12a KHG für INZ ist hilfreich, jedoch stehen in Bayern keine Mittel mehr aus dem Strukturfonds zur Verfügung, diese sind bereits für andere Maßnahmen verplant. Somit fehlen Refinanzierungsmöglichkeiten für bauliche, strukturelle und technische Maßnahmen und Anschaffungen bei den Krankenhäusern. Die Konkretisierung im neuen § 12b KHG (Entwurf KHVVG) müsste für den Transformationsfonds nachgezogen werden.