

DEUTSCHE  
KRANKENHAUS  
GESELLSCHAFT



# Stellungnahme

zum Antrag der Fraktion der CDU/CSU

Notfallversorgung in Deutschland weiterentwickeln  
und Zugang zu Notfallambulanzen gezielter steuern

*(Bundestag-Drucksache 20/7194)*

Stand: 11.01.2024



Diskutieren, entscheiden, handeln.

## Allgemeine Bewertung

Die aktuelle Situation der ambulanten Notfallversorgung ist sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die Krankenhäuser dringend reformbedürftig. Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Das Fehlen einer konsequenten Patientensteuerung und die Lücken und Wartezeiten in der vertragsärztlichen Versorgung bewirken, dass sich immer mehr Patientinnen und Patienten im Notfall direkt an die Notaufnahmen der Krankenhäuser wenden, obwohl die Versorgung vieler Patientinnen und Patienten auch in einer vertragsärztlichen Notdienst-, Fach- oder Hausarztpraxis (und ggf. zu einem späteren Zeitpunkt) hätte erfolgen können. Diese so genannten „Bagatellfälle“ überlasten die Notaufnahmen der Krankenhäuser und binden Personal und Ressourcen, die für die Versorgung „echter“ Notfälle dringend benötigt werden. Insbesondere aus straf- und haftungsrechtlichen Gründen können die Krankenhäuser keine Patientinnen und Patienten, die die Notfallversorgungsstrukturen aufsuchen, ärztlich ungeprüft zurückweisen.

Vor diesem Hintergrund begrüßen die Krankenhäuser, dass die Fraktion der CDU/CSU mit dem vorliegenden Antrag konstruktive Vorschläge vorlegt und damit der Diskussion um eine Reform der Notfallversorgung neue Impulse gibt. Bereits im Frühjahr 2023 hatte die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung ein umfangreiches Maßnahmenpaket präsentiert, dessen zentralen Inhalte auf eine breite Zustimmung der Krankenhäuser gestoßen sind. Die Stellungnahme der DKG zu den Empfehlungen der Regierungskommission ist dieser Stellungnahme als Anlage beigefügt.

### Bessere Patientensteuerung sollte Herzstück der Reform sein

Die Krankenhäuser teilen die Auffassung der Unionsfraktion, dass eine verbesserte Patientensteuerung im Zentrum der anstehenden Notfallreform stehen sollte. Unter anderem die engere Verschränkung und Vernetzung der Hotline des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes (116 117) mit den Rettungsleitstellen (112) könnte dazu einen wichtigen Beitrag leisten. Perspektivisch könnte eine Zusammenführung beider Nummern in einer integrierten Leitstelle sinnvoll sein.

Mit einer obligatorischen telefonischen Ersteinschätzung durch eine einheitliche Notfalloffnummer könnten Patientinnen und Patienten zielgerichtet in die am individuellen Versorgungsbedarf orientierte, richtige Versorgungsebene geleitet und sowohl die Notaufnahmen der Krankenhäuser als auch die Rettungsdienste wirksam entlastet werden. Um die Inanspruchnahme der Notrufnummer zu erhöhen, ist der telefonische Erstkontakt so attraktiv und vorteilhaft auszugestalten, dass für die Bevölkerung ein so großer Anreiz besteht, dass dieser telefonische Erstkontakt dem eines ungesteuerten Aufsuchens einer Notfallversorgungseinheit des Krankenhauses vorgezogen wird.

### Digitale Lösungen sollen Informationsbrüche verhindern

Um die Steuerung zwischen Leitstellen und Versorgern besser auszugestalten und eine Notfallversorgung ohne Datenverluste sicherzustellen, bedarf es informationstechnischer Systeme, die einen digitalen Workflow ermöglichen. Dafür sind geeignete Schnittstellen zu schaffen und entsprechende IT-Systeme auskömmlich zu finanzieren, die eine Kommunikation der Systeme untereinander ermöglichen. Eine starre Sektorentrennung der IT-Systeme wird sich in der

Versorgungspraxis im Sinne der Patientinnen und Patienten nicht bewähren. Über den gesamten Behandlungsverlauf (telefonische Ersteinschätzung, Notfallbehandlung, ambulante Nachsorge) müssen die zugehörigen Behandlungsdaten allen Beteiligten zur Verfügung stehen. Wie von der Unionsfraktion in ihrem Antrag treffend ausgeführt, wird auch dem Ausbau der Telemedizin und der flächendeckenden Einführung der elektronischen Patientenakte in diesem Rahmen eine wichtige Rolle zukommen.

# Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger  
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3  
10623 Berlin

Tel. (030) 3 98 01-0

Fax (030) 3 98 01-3000

E-Mail [dkg@mail.dkgev.de](mailto:dkg@mail.dkgev.de)



DEUTSCHE  
KRANKENHAUS  
GESELLSCHAFT



# Stellungnahme

zur Vierten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für  
eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Reform der Notfall- und Akutversorgung in  
Deutschland

*Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen*



Diskutieren, entscheiden, handeln.



# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Gesamtbewertung</b>	<b>2</b>
<b>2. Integrierte Leitstellen</b>	<b>2</b>
<b>3. 24/7-Sicherstellungsauftrag der KVen</b>	<b>3</b>
<b>4. Integrierte Notfallzentren (INZ)</b>	<b>3</b>
<b>5. INZ für Kinder und Jugendliche (KINZ)</b>	<b>5</b>
<b>6. Pflegepersonaluntergrenzen</b>	<b>5</b>
<b>7. Sanktionszahlungen</b>	<b>5</b>
<b>8. Finanzierung</b>	<b>6</b>
<b>9. Digitalisierung</b>	<b>6</b>

## 1. Gesamtbewertung

Die aktuelle Situation der ambulanten Notfallversorgung ist sowohl für die Patienten als auch für die Krankenhäuser dringend reformbedürftig. Das Fehlen einer konsequenten Patientensteuerung und die vielerorts unzureichende vertragsärztliche Versorgung bewirken, dass sich immer mehr Patienten im Notfall direkt an die Notaufnahmen der Krankenhäuser wenden, obwohl die Versorgung vieler Patienten auch in einer vertragsärztlichen Notdienst-, Fach- oder Hausarztpraxis (und ggf. zu einem späteren Zeitpunkt) hätte erfolgen können. Diese so genannten „Bagatellfälle“ überlasten die Notaufnahmen der Krankenhäuser und binden Personal und Ressourcen, die für die Versorgung „echter“ Notfälle dringend benötigt werden. Daher begrüßen die Krankenhäuser, dass die Regierungskommission die Verbesserung der Patientensteuerung in den Mittelpunkt ihrer Empfehlungen stellt. Der Aufbau von Integrierten Leitstellen und Notfallzentren, die verbindlichere Einforderung und Konkretisierung des 24/7-Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die Förderung der digitalen Vernetzung aller Beteiligten und die Einführung eines verpflichtenden einheitlichen Terminbuchungssystems haben das Potenzial, die medizinische Versorgung der Patienten - nicht nur in Notfallsituationen - nachhaltig zu verbessern.

## 2. Integrierte Leitstellen

Angesichts der herausgehobenen Bedeutung, die einer konsequenten Steuerung der Patienten in die richtige Versorgungsebene zukommt, ist der von der Regierungskommission vorgeschlagene, flächendeckende Aufbau Integrierter Leitstellen (ILS) das Herzstück und der zentrale Faktor für den Erfolg der Notfallreform. Sowohl die Aufgaben (insbesondere die Zuordnung des Anrufenden zum geeigneten Versorgungsangebot auf Grundlage eines qualitätsgesicherten Ersteinschätzungsinstrumentes) als auch das breite Leistungsangebot, das die Kommission für die ILS vorsieht (von der telemedizinischen Beratung bis hin zur Verordnung von Notfallmedikamenten und Buchung verbindlicher Termine, s. Seite 13 der Empfehlungen), findet daher unsere volle Unterstützung.

Die Kommission strebt an, die ILS so vorteilhaft und attraktiv auszugestalten, dass für die Bevölkerung ein großer Anreiz besteht, sich in einem Notfall primär an die ILS zu wenden. Aus Sicht der Krankenhäuser sollte ergänzend dazu über die Einführung entsprechender finanzieller Anreize nachgedacht werden. Denkbar wäre z. B. ein Eigenbeitrag in Höhe von 20 Euro, wenn ein Patient ein Krankenhaus (mit oder ohne INZ) aufsucht, ohne im Vorfeld die ILS kontaktiert zu haben.



### 3. 24/7-Sicherstellungsauftrag der KVen

Neben der unzureichenden Patientensteuerung ist das zunehmend ausgedünnte vertragsärztliche Versorgungsangebot ein Hauptgrund für den dringenden Reformbedarf der ambulanten Notfallversorgung. Die Empfehlung der Kommission, den 24/7-Sicherstellungsauftrag genauer zu definieren und verbindlicher einzufordern, ist daher ein erster wichtiger Schritt in Richtung einer verbesserten ambulanten Notfallversorgung. Den von der Kommission vorgeschlagenen Maßnahmen müssen jedoch noch weitere Schritte folgen. Vor allem gilt dies für die dringend notwendige Stärkung des primär hausärztlichen Bereiches. Dass die Rolle des primär hausärztlichen Bereiches ausdrücklich nicht im Fokus der Kommissionsempfehlungen steht, bedauern wir daher sehr. Die Kommission sollte auch dieses Thema zeitnah auf ihre Agenda setzen.

Für die Patienten und für die Krankenhäuser sind verlässliche Öffnungszeiten und bundeseinheitliche Vorgaben an die personelle und apparative Ausstattung der KV-Notdienstpraxen äußerst wichtig. Die Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass sie in den KV-Notdienstpraxen tatsächlich die Versorgung erhalten, die ihnen dort in Aussicht gestellt wird. Dass Patienten, wie es heute häufig der Fall ist, zunächst in eine KV-Notdienstpraxis gesteuert und dann wegen unzureichender personeller und apparativer Ausstattung doch an eine Krankenhaus-Notaufnahme verwiesen werden, untergräbt das Vertrauen der Patienten in unser Gesundheitssystem nachhaltig und muss für die Zukunft unbedingt vermieden werden.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft spricht sich in ihrem Konzept zur ambulanten Notfallreform dafür aus, die KV-Notdienstpraxen wochentags generell von 7 bis 19 Uhr zu öffnen und die KVen wochentags von 19 bis 7 Uhr sowie am Wochenende und an Feiertagen von ihrer Verpflichtung, Notdienstpraxen zu betreiben, zu befreien. Gegenüber den Empfehlungen der Kommission, die für die KV-Notdienstpraxen unterschiedliche Öffnungszeiten vorsieht, hätten einheitliche Öffnungszeiten insbesondere den Vorteil, dass die Patienten das zukünftige System der Notfallversorgung besser verstehen und nachvollziehen können.

### 4. Integrierte Notfallzentren (INZ)

Die von der Kommission vorgesehene Ausgestaltung der INZ findet unsere volle Unterstützung. Positiv hervorzuheben sind insbesondere die pragmatischen und an der Versorgungsrealität orientierten Vorgaben zur Leitung der INZ, die Regelungen zu den Räumlichkeiten der KV-Notdienstpraxen und die Berechtigung der INZ zur

Medikamentenvergabe und Krankschreibung. Absolut richtig ist auch, dass in den INZ die Entscheidung, ob ein Patient der KV-Notdienstpraxis oder der Notaufnahme zugewiesen wird, zunächst „nach medizinischen Kriterien getroffen“ werden soll. Denn aktuell gibt es, wie die Kommission zutreffend ausführt, noch keinen entsprechenden standardisierten Algorithmus („Ersteinschätzungsinstrument“), der diese Aufgabe in naher Zukunft übernehmen könnte.

Kritisch zu hinterfragen ist allerdings, dass INZ grundsätzlich nur an Krankenhäusern der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung angesiedelt werden sollen. Lediglich in Ausnahmefällen („wo regional erforderlich“) sollen auch Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung (sowie alternativ 24/7-MVZ mit telemedizinischer Anbindung an ein INZ) ein INZ erhalten. In ihren Empfehlungen geht die Kommission offenbar davon aus, dass die Integrierten Leitstellen zeitnah und flächendeckend aufgebaut werden können und sie ihr gesamtes Leistungsangebot von Tag 1 an vorhalten können. Die Krankenhäuser erachten diese Grundannahme als unrealistisch und halten es daher weiterhin für notwendig, INZ zumindest an allen Krankenhäusern mit stationärer Notfallstufe gemäß den Vorgaben des G-BA anzusiedeln. Bis zur Etablierung der ILS und deren vollen Funktionsfähigkeit würde eine Begrenzung der INZ auf vergleichsweise wenige Krankenhausstandorte die ambulante Notfallversorgung der Patienten nicht verbessern, sondern nachhaltig verschlechtern. Keinesfalls sachgerecht wäre deshalb auch die von der Kommission angedachte Einschränkung der regionalen Öffnungsklausel auf dünn besiedelte Gebiete. Die notwendige Flexibilität bei der Entscheidung über eine zu berücksichtigende regionale Besonderheit (z.B. die Lage des Krankenhauses an einem Fluss) würde dadurch unnötigerweise eingeschränkt.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, welche Perspektive die Regierungskommission Krankenhäusern mit stationärer Notfallstufe, aber ohne INZ, und Fachkliniken für die Versorgung ambulanter Notfallpatienten zuordnet. Auch in Zukunft werden Patienten diese Krankenhäuser „ungesteuert“ aufsuchen und dort bei Bedarf erstversorgt werden müssen. Schon aus haftungsrechtlichen Gründen können die Krankenhäuser keine Patienten abweisen, ohne zumindest die Dringlichkeit des medizinischen Versorgungsbedarfes abgeklärt und die gegebenenfalls erforderliche Erstversorgung vorgenommen zu haben. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass sich auch im Setting der stationären Notfallversorgung häufig erst während der medizinischen Untersuchung zeigt, ob ein Patient stationär aufgenommen werden muss oder nicht. Vor diesem Hintergrund müssen alle Krankenhäuser auch zukünftig die Möglichkeit haben, ambulante Notfallpatienten zu behandeln und abzurechnen.

Die Kommission trifft überdies keine Aussage dazu, wer entscheiden soll, ob zusätzliche INZ regional erforderlich sind und an welchen Krankenhäusern diese anzusiedeln sind. Da die Letztverantwortung für die Gewährleistung der medizinischen Versorgung bei den Ländern

liegt, muss diese Aufgabe (sofern nicht alle Krankenhäuser mit Notfallstufe ein INZ erhalten) zwingend bei den zuständigen Landesbehörden liegen.

## 5. INZ für Kinder und Jugendliche (KINZ)

Eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen setzt die besondere Expertise in diesem Fachgebiet voraus. Die Krankenhäuser begrüßen daher die Empfehlung der Regierungskommission, für die Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen gesonderte Rahmenbedingungen vorzusehen. Die Etablierung von KINZ bietet allerdings nicht nur Chancen, sondern auch Risiken. Die Krankenhäuser sehen insbesondere die Gefahr, dass die KINZ zum Auffangbecken für die Unzulänglichkeiten der vertragsärztlichen Versorgung in diesem Bereich (und ggf. weiteren Fachbereichen) werden könnten. Darüber hinaus stellt sich die Frage des generellen Umgangs mit Fachkliniken im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung.

## 6. Pflegepersonaluntergrenzen

Das gestufte System von Notfallstrukturen des G-BA sieht für die Teilnahme von Krankenhäusern an der stationären Notfallversorgung umfassende Strukturanforderungen vor. Diese umfassen für Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung, der erweiterten und der umfassenden Notfallstufe auch Vorgaben für deren personelle Ausstattung. Darüberhinausgehende Strukturvorgaben für die Teilnahme von Krankenhäusern an der ambulanten Notfallversorgung, wie die von der Regierungskommission angedachten Pflegepersonaluntergrenzen für Notaufnahmen, halten wir vor diesem Hintergrund nicht für notwendig. Wer hinreichend für die stationäre Notfallbehandlung qualifiziert ist, ist dies auch für die ambulante Notfallversorgung.

## 7. Sanktionszahlungen

Die Kommission empfiehlt, Krankenhäuser für jede Stunde, in der eine Notaufnahme die Facharzteerreichbarkeit gemäß den Vorgaben des G-BA nicht erfüllt oder sich von der Annahme von Hilfesuchenden (z. B. in IVENA oder bei der Leitstelle) abmeldet, zur Strafe mit Ausgleichszahlungen zu belegen. Diese Empfehlung missachtet die Tatsache, dass sich keine Notaufnahme ohne triftigen Grund von der Versorgung abmeldet und auch die zeitweise Nicht-Erfüllung der Facharzteerreichbarkeit im Regelfall auf Gründe zurückzuführen ist, die das Krankenhaus nicht zu verantworten hat. An vorderster Stelle ist das in den Notaufnahmen und

bettenführenden Stationen stark schwankende Patientenaufkommen zu nennen. In Phasen der Kapazitätsüberlastung liegt das temporäre Abmelden der Notaufnahmen auch unter qualitativen Gesichtspunkten im ureigensten Interesse der Patienten. Von den geplanten Strafzahlungen würden insofern finanzielle Anreize ausgehen, die in die absolut falsche Richtung weisen. Anstelle der Strafzahlungen sprechen sich die Krankenhäuser für eine zeitnahe Evaluation der Gründe für die temporären Abmeldungen der Notaufnahmen und die Ergreifung geeigneter, ursachenadäquater Gegenmaßnahmen aus.

## 8. Finanzierung

Mit Blick auf die Finanzierung der zukünftigen ambulanten Notfallversorgung trifft die Regierungskommission bislang nur erste Vorüberlegungen. Eine abschließende Bewertung der Empfehlungen ist daher zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich. Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass (anders als von der Regierungskommission in ihren Ausführungen zur Finanzierungsvariante 2 angedeutet) den Krankenhäusern derzeit keinerlei Gelder zur Verfügung gestellt werden, die zur Speisung eines gemeinsamen Finanzierungstopfes genutzt werden könnten.

Die Krankenhäuser erwarten, dass sämtliche von ihnen im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung erbrachten Leistungen auskömmlich und unter Berücksichtigung der krankenhausspezifischen Kostenstrukturen auf direktem Abrechnungsweg mit den Kostenträgern vergütet und die erforderlichen Investitionsmaßnahmen von den Ländern aufgebracht werden.

## 9. Digitalisierung

Die Kommission spricht dafür aus, alle an der Notfallversorgung beteiligten Institutionen (einschließlich INZ) digital mit Echtzeitübermittlung der medizinischen Daten zu vernetzen („IT-Plattform“). Außerdem empfiehlt die Kommission die Einführung einer elektronischen Behandlungsakte.

Die Krankenhäuser begrüßen, dass die Kommission in ihren Empfehlungen die Digitalisierung mitdenkt und deren Potentiale auch für die zukünftige Notfallversorgung der Bevölkerung ausschöpfen möchte. Die Ausführungen der Kommission bleiben jedoch zu vage, um sie abschließend bewerten zu können. Schon heute ist absehbar, dass die geplante Vernetzung aller an der Versorgung Beteiligten zahlreiche datenschutzrechtliche Fragestellungen aufwirft, die zeitnah beantwortet werden müssen. Ebenso

notwendig ist eine vollständige Refinanzierung der mit den zusätzlichen digitalen Angeboten einhergehenden Investitions- und Betriebskosten.

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**20(14)172(1)**  
gel. VB zur öffent. Anh. am  
17.02.2024 - Notfallversorgung  
12.01.2024

# Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger  
in der Bundesrepublik Deutschland

**Wegelystraße 3**  
**10623 Berlin**

**Tel. (030) 3 98 01-0**  
**Fax (030) 3 98 01-3000**  
**E-Mail [dkg@mail@dkgev.de](mailto:dkg@mail.dkgev.de)**

