DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

DKG-Konzept für eine Reform der ambulanten Notfallversorgung

August 2025

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und ihre Mitgliedsverbände unterbreiten der Bundesregierung einen konkreten Vorschlag zur Umsetzung der angekündigten Reform der ambulanten Notfallversorgung.

Das vorliegende Konzept setzt auf den bereits existierenden Versorgungsstrukturen und bekannten Reformvorhaben auf und entwickelt sie weiter. Die Krankenhäuser sprechen sich für eine sehr zügige Umsetzung einer Reform der ambulanten Notfallversorgung aus.

Das Konzept stellt die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten mit medizinischem Versorgungsbedarf anhand der folgenden Zielstellungen in den Mittelpunkt:

- Zielgerichtete und sichere Patientensteuerung
- Nachvollziehbare und eindeutige Strukturen
- Qualitativ hochwertige medizinische Behandlungen
- Flächendeckende, interdisziplinäre und patientenorientierte Versorgung
- Effizienter EinSatz von finanziellen Mitteln

Mit ihrem Vorschlag untermauern die Krankenhäuser ihr Angebot, in Zukunft noch enger mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zusammenzuarbeiten, wo immer diese Kooperationen möglich sind. Die Krankenhäuser bekräftigen dabei auch ihr Angebot, die ambulante Notfallversorgung für Fälle zu übernehmen, die der infrastrukturellen und medizintechnischen Gegebenheiten von Integrierten Notfallzentren (INZ) bedürfen, sofern die KVen dies an einzelnen Standorten nicht gemeinsam mit den Krankenhäusern realisieren können.

Um den Erfolg einer ambulanten Notfallreform zu sichern, weisen die Krankenhäuser zunächst auf folgende übergeordnete Aspekte hin:

Sicherstellung von vertragsärztlichen Versorgungsangeboten – Die KVen sind gesetzlich verpflichtet, ihrem Sicherstellungsauftrag für vertragsärztliche Versorgungsangebote vollumfänglich nachzukommen und Bürgerinnen und Bürgern bei objektiv vorhandenem Behandlungsbedarf ein breites Versorgungsangebot einschließlich aufsuchender Dienste und telemedizinischer Leistungsangebote

bereitzustellen sowie via Terminbereitstellung die Regelversorgung in vertragsärztlichen Praxen sicherzustellen. Die Rufnummer 116 117 und Terminvermittlungsmöglichkeiten sind daher auszubauen. Nur so kann vermieden werden, dass Bürgerinnen und Bürger Notfallstrukturen des Gesundheitssystems und der Krankenhäuser aufsuchen und damit Behandlungskapazitäten binden, die eigentlich tatsächlichen Notfällen vorbehalten sein müssen.

Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung – Vor dem Hintergrund fehlender Ressourcen und Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen, aber insbesondere vor dem Hintergrund knapper Behandlungsressourcen für dringende Notfälle in Notaufnahmen sowie der diesbezüglichen wachsenden Unzufriedenheit des medizinischen Personals – aber auch der Patientinnen und Patienten aufgrund langer Wartezeiten – stellen die Krankenhäuser die Forderung einer grundsätzlichen Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ihren konkreten Vorschlägen für eine Notfallreform voran. Denn Menschen mit einer Gesundheitskompetenz, die in der Lage sind, gesundheitsbezogene Entscheidungen informiert zu treffen, können im Krankheitsfall besser agieren und damit das Gesundheitssystem patientensicher entlasten. Sie weisen auch oftmals einen besseren Gesundheitszustand sowie ein positiveres Gesundheitsverhalten auf. Es muss sowohl die Gesundheitskompetenz gestärkt werden als auch die Gesundheitssystemkompetenz. Bürgerinnen und Bürger mit medizinischem Behandlungsbedarf müssen ihre Anlaufstellen kennen. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Anlaufstellen verlässlich zur Verfügung stehen. Dabei muss selbstverständlich den Belangen vulnerabler Bevölkerungsgruppen Rechnung getragen werden.

Das Konzept der Krankenhäuser für eine ambulante Notfallreform umfasst die folgenden konkreten **Kernelemente**:

- **Ambulante Notfallbehandlung an Integrierten Notfallzentren (INZ)** – Die ambulante Notfallbehandlung an Krankenhäusern erfolgt zukünftig grundsätzlich an INZ. Diese werden flächendeckend an Krankenhausstandorten etabliert und übernehmen die Versorgung von Patientinnen und Patienten, die nach einer telefonischen Ersteinschätzung durch eine zentrale telefonische Leitstelle an ein INZ weitergeleitet werden. INZ nutzen die Räumlichkeiten sowie die infrastrukturellen und medizintechnischen Gegebenheiten der Krankenhäuser zur Diagnostik und Behandlung der ambulanten Notfallpatientinnen und -patienten.

Die Verantwortung für den Betrieb der INZ obliegt grundsätzlich dem Krankenhaus und der KV gemeinsam. Denkbar sind hier verschiedene Modelle der Zusammenarbeit. Ein gemeinsamer Betrieb von Klinik und KV stellt die Regelform dar. Möglich sind aber auch die 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. Bereits vorhandene, funktionierende ambulante Notfallstrukturen, insbesondere in Form von Notdienst-, Portal- oder Bereitschaftsdienstpraxen an Krankenhäusern, sollen erhalten bleiben und soweit möglich in die neue INZ-Struktur überführt werden. Das einzelne Krankenhaus und die zuständige KV regeln die konkrete Kooperation vor Ort in Kooperationsverträgen und sind dabei frei in der konkreten Ausgestaltung von bundesweiten Rahmenregelungen.

INZ werden idealerweise nur von Patientinnen und Patienten aufgesucht, die mit hoher Wahrscheinlichkeit die apparativen und strukturellen Diagnose- und Behandlungskapazitäten eines INZ benötigen und eine entsprechende Empfehlung einer vorher kontaktierten zentralen Leitstelle vorweisen könen. Für Hilfesuchende, die ohne voran-gehenden Kontakt zur zentralen telefonischen Leitstelle am INZ vorstellig werden und nach einer Ersteinschätzung zur Behandlungspriorisierung vor Ort nicht offensichtlich unmittelbare Behandlungsbedürftigkeit aufweisen (z. B. durch Einstufung in die Stufen 4 oder 5 des Manchester Triage Systems [MTS]), besteht kein Behandlungsanspruch. Ein Verweis auf eine Kontaktaufnahme mit der Leitstelle wäre dann die konsequente Lösung, wobei dabei allerdings erhebliche Konflikte zumindest mit einem Teil der Patientinnen und Patienten – nach den aktuellen Erfahrungen – zu erwarten wären. Aufgrund der Einstufung nach der MTS können die Patienten je nach aktueller Situation auf die erheblichen Wartezeiten hingewiesen werden. Erfolgt eine Behandlung, wird sie von den Leistungsträgern vergütet.

- **Primäre Patientensteuerung durch eine zentrale Leitstelle mit Vernetzung von 112 und 116117** – Für den Erstkontakt im Notfall steht Bürgerinnen und Bürgern bei (angenommenem) akuten Behandlungsbedarf zukünftig eine rund um die Uhr telefonisch erreichbare zentrale Leitstelle zur Verfügung, in der die Rufnummern 112 und 116117 vernetzt und Hilfesuchende auf Grundlage eines telefonischen Ersteinschätzungsverfahrens in die notwendige medizinische Versorgungsebene gesteuert werden. Unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer muss die Leitstelle innerhalb von drei Minuten

für 75 Prozent der Anrufenden und innerhalb von zehn Minuten für 95 Prozent der Anrufenden erreichbar sein. Zur Steuerung von Patientinnen und Patienten, die auch mit klassischen vertragsärztlichen Strukturen (einschließlich aufsuchender und telemedizinischer Versorgung) unmittelbar oder via Terminbereitstellung durch die KVen versorgt werden können, erfolgt keine Weiterleitung an INZ. Unmittelbar behandlungsbedürftige Patientinnen und Patienten, die nicht nur rein vertragsärztlicher Strukturen bedürfen, werden in der Regel an das nächstgelegene INZ verwiesen.

- **Festlegung von INZ-Standorten** – Im Hinblick auf die Sicherstellung einer flächendeckenden Notfallversorgung und die Auswahl geeigneter Standorte für INZ beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Empfehlungen für bundesweite Planungskriterien. Diese Empfehlungen basieren insbesondere auf Kriterien wie der Erreichbarkeit der Standorte und dem Umfang der von einem Standort zu versorgenden regionalen Bevölkerung, wobei Besonderheiten von urbanen und ländlichen Regionen Rechnung zu tragen ist.

  Die Empfehlungen des G-BA bilden dann die Grundlage für eine Bund-Länder-Rechtsverordnung. Auf Basis der Rechtsverordnung entscheiden die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden (Planungsbehörden) letztverantwortlich über die Standorte im Rahmen ihrer Planungsverantwortung. Um die Versorgung flächendeckend gewährleisten zu können, muss die Rechtsverordnung den Ländern angepasste Spielräume und eine nötige Flexibilität für Lösungen vor Ort ermöglichen. Zudem können Krankenhäuser, die sich für die Übernahme eines INZ-Standorts als geeignet ansehen, einen entsprechenden Antrag bei den Behörden stellen.

- **Ambulante Notfallbehandlung an Krankenhäusern ohne INZ-Status** – Krankenhäuser, die keine INZ-Zuweisung von den Ländern erhalten, werden nicht von der ambulanten Notfallversorgung ausgeschlossen, sofern sie eine Teilnahme für sinnvoll erachten. Dies ist erforderlich, da bis auf Weiteres davon auszugehen ist, dass sich trotz einer verbesserten Patientensteuerung weiterhin fußläufige Hilfesuchende an diese Krankenhäuser wenden werden. Solche Fälle sind angemessen zu vergüten. Diese Standorte erbringen ihre ambulanten Notfallleistungen – im Unterschied zu den INZ – auf Grundlage der Vergütungsgrundsätze des EBM (Einheitlichen Bewertungsmaßstabs). Um den gegenüber der vertragsärztlichen Versorgung erhöhten Kostenaufwand der Krankenhäuser bei der ambulanten Notfallversorgung abzubilden, müssen die bisherigen EBM-Vergütungssätze angepasst werden. Diese Standorte

stehen zudem selbstverständlich für Rettungsdienste und für stationäre Aufnahmen im Rahmen ihrer GB-A-Notfallstufe vollumfänglich zur Verfügung.

- **Finanzierung von INZ-Standorten** – Die Finanzierung der Betriebskosten des INZ erfolgt im Rahmen eines auskömmlich kalkulierten, vom stationären Budget abzugrenzenden INZ-Budgets. Die INZ-Budgetkalkulation umfasst alle zu erwartenden Sach- und Personalkosten für die ambulante Versorgung von (Notfall-)Patientinnen und (Notfall-)Patienten im Rahmen des INZ. Grundlage sind die Festlegungen zur Ausstattung der INZ. Gegenstand der Finanzierung von INZ müssen neben den Betriebskosten zwingend auch die Investitionskosten sein. Erforderliche Investitionen für die Etablierung und den Ausbau von INZ sind außerhalb des zu kalkulierenden Budgets gesondert zu finanzieren.

- **Digitale Anbindung** – Es wird eine verlässliche digitale Infrastruktur zwischen der zentralen Leitstelle und dem INZ geschaffen, um Patienten- und Krankheitsdaten aus dem Gesundheitsleitsystem ohne Informationsverlust an weiterbehandelnde Einrichtungen bzw. an das INZ zu übermitteln. Über technische Verfahren wird die Zuweisung von dem oder der Hilfesuchenden an das INZ nachgewiesen. Auch die digitale Fallübergabe innerhalb des INZ und des Krankenhauses ist zu gewährleisten. Hierfür muss von der gematik eine Schnittstelle zur digitalen Fallübergabe definiert und von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine Schnittstelle zur digitalen Fallübergabe vereinbart werden. Die Spezifikationen müssen ein einheitliches Vorgehen gewährleisten. Hersteller müssen die Interoperabilität durch eine konforme Umsetzung der beauftragten Schnittstelle sicherstellen.

Das Konzept umfasst zudem weitere Forderungen, die im Rahmen einer Notfallreform zwingend umgesetzt werden müssen:

- **Notfallbehandlung von Patientinnen und Patienten mit keinem oder ungeklärtem Versichertenstatus** – Krankenhäusern entstehen durch die Notfallbehandlung von Patientinnen und Patienten mit keinem oder ungeklärtem Versichertenstatus enorme, stetig steigende Erlösausfälle. Da Nichtversicherten der Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung wegen fehlender Krankenversicherung verwehrt ist, ist das Krankenhaus mit seinen Notfallstrukturen oft der einzige Ort, dessen Inanspruchnahme möglich ist. Eine umfassende

Notfallreform muss daher auch die prekäre Vergütungssituation der Krankenhäuser bei der Notfallbehandlung Nichtversicherter einschließen. Hierfür sind im vorliegenden Konzept verschiedene alternative Gesetzesvorschläge angeführt.

- **Arzneimittelversorgung und Verordnungsrecht für Krankenhäuser** – Im GegenSatz zur vertragsärztlichen Versorgung in Notdienstpraxen dürfen Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus derzeit im Rahmen der ambulanten notdienstlichen Versorgung keine Verordnungen ausstellen. Patientinnen und Patienten, die in der Notfallambulanz des Krankenhauses behandelt werden, werden somit in der Versorgung schlechtergestellt als diejenigen, die in klassischen KV-Notdienststrukturen behandelt werden. Die Krankenhäuser fordern daher – angelehnt an die für das Entlassmanagement geltenden Regeln zur Verordnung – für im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung tätige Krankenhausärztinnen und -ärzte im Zuge der Notfallreform ein eingeschränktes Verordnungsrecht für Arzneimittel, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie die Möglichkeit zum Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen.

Inhalt

Einleitung 10

Konzept für eine ambulante Notfallreform 13

1. Ambulante Notfallbehandlung an Integrierten Notfallzentren (INZ) 13
2. Zuverlässige Patientensteuerung durch eine zentrale Leitstelle 15
3. Festlegung von INZ-Standorten 16
4. Ambulante Notfallbehandlung an Krankenhäusern ohne INZ-Status 17
5. Finanzierung von INZ-Standorten 18
6. Digitale Infrastruktur 19

Weitere wichtige Elemente 20

1. Notfallbehandlung von Patientinnen und Patienten mit keinem oder ungeklärtem Versichertenstatus 20
2. Arzneimittelversorgung und Verordnungsrecht für Krankenhäuser 22

Einleitung

Ambulante und stationäre Notfallversorgung an Krankenhäusern

- 2023 nahmen 1.145 Krankenhausstandorte am gestuften System der stationären Notfallversorgung teil. Die Krankenhäuser werden damit ihrer Verantwortung für die stationäre Notfallversorgung vollumfänglich gerecht.

- Die Krankenhäuser sind in der Regel die einzigen Institutionen im Gesundheitswesen, die eine 24/7-Versorgung auch für ambulante Notfälle gewährleisten und eine verlässliche Anlaufstelle mit einem interdisziplinären Angebot bieten. Krankenhäuser behandeln in ihren Notaufnahmen jährlich mehr als 10 Millionen ambulante Notfälle. Im Jahr 2023 belief sich die Zahl konkret auf 11,05 Millionen Fälle.[1] Krankenhäuser kommen damit nicht nur ihrer Aufgabe der stationären Notfallversorgung nach, sondern sind auch in der ambulanten Notfallversorgung eine tragende Säule. Mit ihnen ist die flächendeckende ambulante Notfallversorgung gewährleistet. Sie stoßen aber aufgrund von allseits bekannten Problemen und aufgrund des hohen Patientenaufkommens an ihre Grenzen. Insbesondere am Wochenende kommen teilweise erhebliche Versorgungsengpässe hinzu.

- Die Patientenservicenummer des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes (116117) ist in der Bevölkerung weitestgehend unbekannt und in der Steuerung von Hilfesuchenden nicht effektiv. So gaben 94 Prozent 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.

- Das Spektrum der ambulanten Notfallversorgung an Krankenhäusern reicht derzeit von der „allgemeinen Notfallbehandlung“ mit hausärztlichen Fragestellungen über die „fachspezifische Notfallbehandlung“ bis hin zur „krankenhausspezifischen Notfallbehandlung“, die häufig einer erweiterten Diagnostik im Krankenhaussetting bedarf (zügige Labor-, Röntgen- oder CT-Untersuchungen). Die Krankenhäuser sehen sich insbesondere für das letztgenannte medizinische Feld als primärer Ansprechpartner, versorgen aber aufgrund des hohen Patientenaufkommens derzeit alle Formen.

- Mancherorts kooperieren KVen zur Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung mit den Krankenhäusern. Es wurden Notdienst-, Bereitschaftsdienst- oder Portalpraxen an den Krankenhäusern gegründet. Mangels konkreter gesetzlicher Vorgaben ist dies aber nicht

1 DKI Blitzumfrage Januar 2023: Aktuelle Lage der Notaufnahmen im Krankenhaus

flächendeckend und auch nicht immer verlässlich der Fall. An vielen Orten werden Kapazitäten von den KVen abgebaut. In einer repräsentativen Umfrage des DKI stuften lediglich 14 Prozent der befragten Allgemeinkrankenhäuser ihre Zusammenarbeit mit der KV als gut ein.[2]

- Trotz aller Bemühungen, die ambulante Notfallbehandlung aufrechtzuerhalten, erwirtschaften Krankenhäuser mit ambulanten Notfallleistungen jährlich ein Milliardendefizit. Zudem verweigern KVen immer wieder die Vergütung der von den Krankenhäusern erbrachten Notfallleistungen selbst dann, wenn diese auf die Abklärung des Behandlungsbedarfs und die Erstversorgung der Patienten beschränkt bleiben oder entsprechende Behandlungskapazitäten im vertragsärztlichen Bereich zum erforderlichen Zeitpunkt nicht zur Verfügung standen.

- Für Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten sowie für Krankenhäuser ist die aktuelle Situation in der ambulanten Notfallbehandlung gleichermaßen absolut unbefriedigend. Einerseits kommt es zu langen Wartezeiten für Hilfesuchende, andererseits zur Überlastung von Notaufnahmen und damit auch zur Überlastung des Personals.

- Nichtversicherten ist der Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung wegen fehlender Krankenversicherung verwehrt. Fast ausnahmslos sind Krankenhäuser der einzige Ort, an dem Nichtversicherte medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Oftmals fungieren Krankenhäuser mit ihren Notaufnahmen auch als Orte, an denen soziale Probleme abgeladen werden. Die Hilfeleistung erfolgt in der Regel im Rahmen der Notfallbehandlung und geht mit gravierenden Erlösausfällen einher.

2 DKI Blitzumfrage Januar 2023: Aktuelle Lage der Notaufnahmen im Krankenhaus

Hintergründe der derzeitigen Probleme in der ambulanten Notfallbehandlung

- Infolge einer fehlenden Patientensteuerung suchen viele Bürgerinnen und Bürger im Notfall als erste Anlaufstelle Krankenhäuser auf.

- Aufgrund fehlender Gesundheits- und Gesundheitssystemkompetenz in der Bevölkerung kennen Bürgerinnen und Bürger nicht alle Strukturen und können oftmals auch nicht einschätzen, ob ihr medizinisches Anliegen als dringend einzustufen ist.

- Die Patientenservicenummer 116 117, die einen wesentlichen Beitrag zur Steuerung leisten könnte, ist vielen Patienten noch immer unbekannt, mit teils langen Wartezeiten verbunden und häufig mit mangelndem Vertrauen in schnelle Hilfsangebote behaftet.

- Insbesondere für grundlegende fachärztliche Untersuchungen stehen häufig nicht genügend kurzfristige Behandlungsangebote zur Verfügung, sodass sich Patienten ohne zeitnahen Termin subjektiv in einer Notfallsituation befinden und Krankenhausnotaufnahmen aufsuchen. Nach einer ersten Abklärung und ggf. Erstversorgung durch die Krankenhäuser ist zudem eine Weiterbehandlung im vertragsärztlichen Bereich oftmals nicht zeitnah sichergestellt. Zumeist werden die Patientinnen und Patienten nach einer Erstversorgung in die Unsicherheit der Weiterversorgung entlassen, nicht selten erscheinen sie erneut oder suchen Hilfe an einem anderen Krankenhaus (Drehtüreffekt).

- Der EBM, auf dessen Grundlage derzeit sämtliche ambulanten Notfallleistungen der Krankenhäuser vergütet werden, berücksichtigt die besonderen Vorhaltungen und Kostenstrukturen der Krankenhäuser nicht, ebenso wenig wie die Kosten für die Leistungen der bereits beschriebenen „krankenhausspezifischen Notfallbehandlung“ – wie etwa eine notwendige Beobachtung bzw. Überwachung durch Pflegekräfte. Dies ist im EBM auch nicht vorgesehen. Dadurch verursacht die ambulante Notfallversorgung in den Krankenhäusern ein jährliches Defizit in Höhe von rund einer Milliarde Euro. Die ambulante Notfallbehandlung an Krankenhäusern muss teilweise mit knappen Ressourcen auskommen.

Konzept für eine ambulante Notfallreform

1. Ambulante Notfallbehandlung an Integrierten Notfallzentren (INZ)

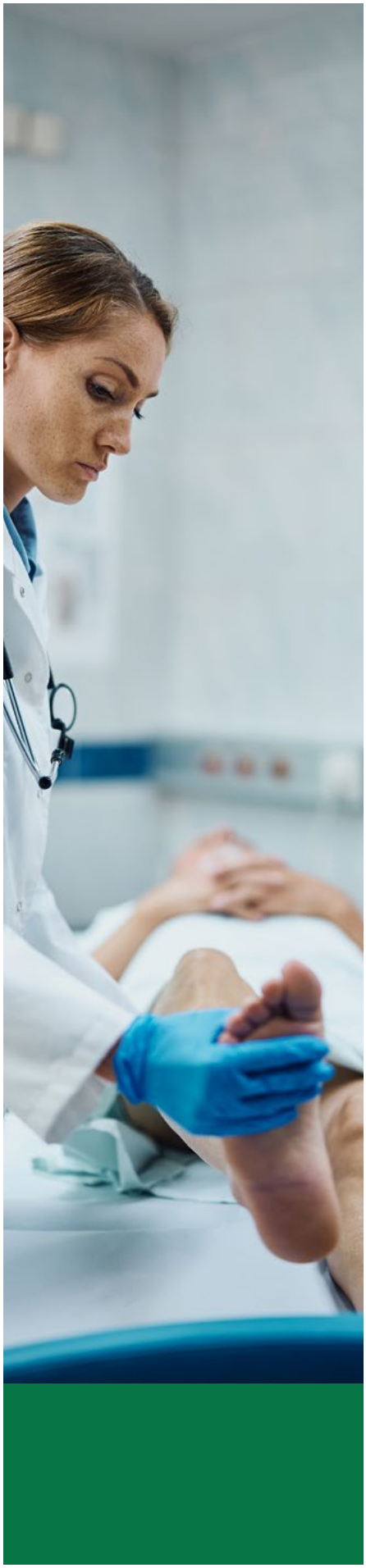
Die ambulante Notfallbehandlung an Krankenhäusern erfolgt zukünftig grundsätzlich an Integrierten Notfallzentren (INZ). Sie übernehmen die Versorgung von Patientinnen und Patienten, die nach einer telefonischen Ersteinschätzung durch eine zentrale Leitstelle *(siehe unter 2.)* an INZ weitergeleitet werden, weil sie mit hoher Wahrscheinlichkeit die apparativen und strukturellen Diagnose- und Behandlungskapazitäten eines Krankenhauses benötigen.

INZ nutzen die Räumlichkeiten sowie die infrastrukturellen und medizintechnischen Gegebenheiten der Krankenhäuser zur Diagnostik und Behandlung der ambulanten Notfallpatienten. In diesen sollen KVen und Krankenhaus grundsätzlich gemeinsam die ambulante Notfallversorgung aufrechterhalten. Das einzelne Krankenhaus und die KV sind frei in der Gestaltung ihrer Kooperation. Sie regeln die konkrete Kooperation vor Ort, um den Betrieb des INZ sicherzustellen. Hierfür schließen sie einen Kooperationsvertrag. Möglich sind auch INZ, die im Einvernehmen der beiden Partner vollständig von einem der beiden Partner betrieben werden. Auch in diesem Fall wird ein Kooperationsvertrag geschlossen, der die Übertragung der Zuständigkeit und die Übertragung der Finanzmittel auf nur einen Partner eindeutig regelt.

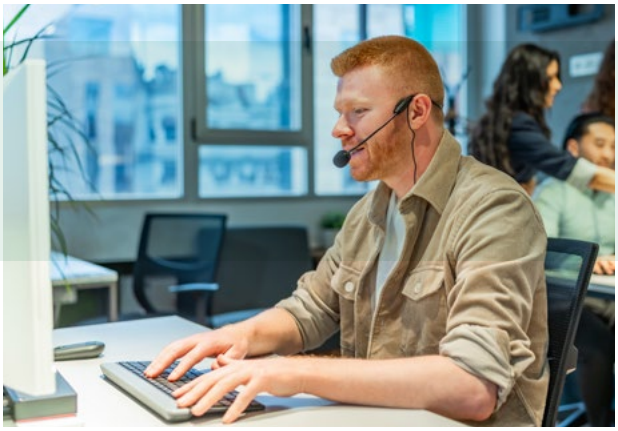
Da in der Regel nur Patientinnen und Patienten am INZ vorstellig werden, die vorher die zentrale Leitstelle telefonisch kontaktiert haben, erfolgt am INZ **keine Ersteinschätzung zur Festlegung der Versorgungsebene**. Der entsprechende Regelungsauftrag gemäß § 120 Abs. 3b SGB V an den G-BA ist demnach ersatzlos zu streichen. Eines neuen Auftrags an den G-BA bedarf es nicht, da die maßgebliche Patientensteuerung nach diesem Konzept nicht am INZ, sondern vorgeschaltet im Rahmen der Ersteinschätzung durch die zentrale telefonische Leitstelle erfolgt.

Nach Eintreffen der Patientin oder des Patienten erfolgt am INZ – wie bisher auch in Notaufnahmen von Krankenhäusern – eine **Ersteinschätzung zum Zwecke einer Behandlungspriorisierung** (z. B. über Instrumente wie MTS oder Emergency Severity Index [ESI]). Über erforderliche Ersteinschätzungsinstrumente und die erforderliche Qualifikation des ersteinschätzenden Personals entscheiden die oder der Betreiber des INZ.

Es ist unvermeidbar, dass auch Hilfesuchende ohne vorangehenden Kontakt zur zentralen telefonischen Leitstelle am INZ vorstellig werden. Der Umgang mit diesen Hilfesuchenden muss ebenso geregelt werden. Die Krankenhäuser schlagen



vor, dass diese Personengruppe in jedem Fall eine Ersteinschätzung zum Zwecke einer Behandlungspriorisierung erhält, um nicht akut behandlungsbedürftige oder gar lebensgefährdete Patientinnen und Patienten zu übersehen. Diese Ersteinschätzung ist zu vergüten. Weist die oder der Hilfesuchende keine unmittelbare Behandlungsbedürftigkeit auf (beispielsweise, weil er oder sie in die MTS-Ersteinschätzungsstufe 4 oder 5 eingestuft wurde), wäre ein Verweis auf eine Kontaktaufnahme mit der zentralen Leitstelle dann die konsequente Lösung, wobei dabei allerdings erhebliche Konflikte zumindest mit einem Teil der Patientinnen und Patienten – nach den aktuellen Erfahrungen – zu erwarten wären. Aufgrund der Einstufung nach der MTS können die Patienten je nach aktueller Situation auf die erheblichen Wartezeiten hingewiesen werden. Erfolgt eine Behandlung, wird sie von den Leistungsträgern vergütet.



2. Zuverlässige Patientensteuerung durch eine zentrale Leitstelle

Für den Erstkontakt im Notfall muss zukünftig rund um die Uhr unter einer Patientenservicenummer eine zuverlässig erreichbare zentrale Leitstelle zur Verfügung stehen. Dies ist zeitnah und als erster wichtiger Schritt einer Notfallreform zu implementieren. Idealerweise wird hierfür die Notrufnummer 112 mit der Servicenummer 116 117 vernetzt. Für Patientinnen und Patienten in unmittelbarer Lebensgefahr oder mit stärksten Schmerzen ist weiterhin der Rettungsdienst der Notrufnummer 112 zuständig.

Alle anderen Fälle werden auf Grundlage eines telefonisches Ersteinschätzungsverfahrens durch die KVen wie folgt gesteuert.

Patientinnen und Patienten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit die apparativen und strukturellen Diagnose- und Behandlungskapazitäten eines INZ benötigen, werden zu diesen gesteuert.

Allen anderen stehen verschiedene Versorgungspfade in der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung, deren Angebot sukzessive ausgebaut werden muss. Insbesondere müssen die KVen ihrem Sicherstellungsauftrag gerecht werden und die vertragsärztliche notdienstliche Versorgung 24/7 auch außerhalb von INZ gewährleisten.

Der Ausbau des telemedizinischen Angebots durch KVen ist dabei ein zentraler Baustein zur Aufrechterhaltung der Versorgung außerhalb von INZ.

Patientinnen oder Patienten, die unmittelbar behandlungsbedürftig sind und die Strukturen eines Krankenhauses nicht benötigen sowie den entsprechenden Indikationskatalog der KVen erfüllen (z. B. immobile Patienten), sind durch den aufsuchenden Dienst zu versorgen.

Patientinnen oder Patienten, die nicht als unmittelbar behandlungsbedürftig eingestuft werden, ist von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Patientenservicenummer ein zeitnaher Termin bei einem geeigneten Haus- oder Facharzt zu vermitteln.

3. Festlegung von INZ-Standorten

Um die ambulante Notfallversorgung durch INZ im Bedarfsfall flächendeckend zu gewährleisten, werden INZ nach einer konkreten Planung etabliert. Hierfür erforderliche Planungskriterien werden **mit einem Empfehlungscharakter** vom G-BA erarbeitet. Diese müssen insbesondere die Erreichbarkeit von INZ-Standorten und den Umfang der von einem Standort zu versorgenden regionalen Bevölkerung berücksichtigen. Dabei ist den Besonderheiten sowohl urbaner als auch ländlicher Regionen Rechnung zu tragen, denn diese benötigen je nach regionalen Gegebenheiten unterschiedliche Betrachtungsweisen. Die in die bisherigen politischen Diskussionen eingebrachten Kriterien wie „Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Personennahverkehr“ und „Anzahl der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion“ würden ohne diese differenzierte Betrachtung zu kurz greifen.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass unbedingt von einer Einbindung von erweiterten Landesausschüssen (eLA) in die Planung – wie im bekannten Gesetzesentwurf der vorangehenden Bundesregierung geplant – abzusehen ist. Ihre Entscheidungsbefugnis wird nicht als zielführend angesehen, da eLA lediglich Erfahrungen mit Anzeigen für Teilnahmen an der Ambulanten Spezialärztlichen Versorgung (ASV), aber keine krankenhausplanerische Expertise vorweisen können, die für eine anspruchsvoll zu planende flächendeckende Versorgung von INZ notwendig ist.

Die Empfehlungen des G-BA bilden dann die Grundlage für eine Bund-Länder-Rechtsverordnung. Die Rechtsverordnung muss den Ländern angepasste Spielräume und eine nötige Flexibilität für Lösungen vor Ort ermöglichen. Auf Basis der Rechtsverordnung entscheiden die Planungsbehörden der Bundesländer letztverantwortlich über die Standorte im Rahmen ihrer Planungsverantwortung. Bei der Festlegung von INZ ist vorhandenen, funktionierenden ambulanten Notfallstrukturen Vorrang zu gewähren. Bereits etablierte Bereitschaftsdienst-, Notdienst- und Portalpraxen sind vorrangig in die neue INZ-Struktur zu überführen. Ebenso können Krankenhäuser Anträge auf Zuweisung eines INZ-Standorts stellen. Auch diese sind bei der Entscheidungsfindung im Besonderen zu berücksichtigen.

4. Ambulante Notfallbehandlung an Krankenhäusern ohne INZ-Status

Es ist bis auf Weiteres davon auszugehen und nicht vermeidbar, dass sich trotz einer verbesserten Patientensteuerung weiterhin fußläufige Hilfesuchende an Krankenhäuser wenden werden, die im Rahmen der Standortplanung und -festlegung nicht den Status eines INZ erlangen. Diese Krankenhäuser werden nicht von der ambulanten Notfallversorgung ausgeschlossen. Sie können auf Wunsch weiterhin an ihr teilnehmen. Denn Patientinnen und Patienten, die sich direkt an diese Krankenhäuser wenden, können ebenso unmittelbare Behandlungsbedürftigkeit aufweisen wie Hilfesuchende, die sich an die telefonische Leitstelle oder an ein INZ wenden.

Zudem müssen viele dieser Krankenhäuser ihre Notfallstrukturen – ganz unabhängig von einer INZ-Zuweisung – aufrechterhalten. Sie sind weiterhin für die stationäre Notfallversorgung zuständig und notwendig und werden schon daher weiterhin am gestuften G-BA-System teilnehmen (müssen), welches auch Anforderungen an die Strukturen der ambulanten Notfallversorgung in diesen Häusern stellt. Diese Krankenhäuser müssen sowohl für unmittelbar stationär behandlungsbedürftige Fälle (z. B. schwere Unfälle) für den Rettungsdienst zur Verfügung stehen als auch bei Überlastung von nahe gelegenen INZ Patientinnen und Patienten aufnehmen. Denn es kann nicht davon ausgegangen werden, dass Krankenhäuser, die ein INZ vorweisen, auch die Kapazität haben, alle stationär behandlungsbedürftigen Fälle aufzunehmen.

Diese Fälle sind angemessen zu vergüten. Diese Standorte erbringen ihre ambulanten Notfallleistungen – im Unterschied zu den INZ – auf Grundlage der Vergütungsgrundsätze des EBM. Um den gegenüber der vertragsärztlichen Versorgung erhöhten Kostenaufwand der Krankenhäuser bei der ambulanten Notfallversorgung abzubilden, müssen die bisherigen EBM-Vergütungssätze angepasst werden.

5. Finanzierung von INZ-Standorten

Für das Gelingen einer dringend benötigten Notfallreform ist zwingend ein neues Vergütungssystem notwendig. Ohne eine auskömmliche Finanzierung ambulanter Notfallleistungen werden Reformvorhaben ins Leere laufen. Auch die von der letzten Bundesregierung eingesetzte Regierungskommission weist in ihrer vierten Stellungnahme zur „Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland“ auf die unzureichende Refinanzierung hin und mahnt ein neues Vergütungssystem an; eine Berücksichtigung dieser Forderung ist im bekannten Reformvorhaben aber bisher ausgeblieben.

Mit einer Notfallreform ist daher ein neues, auskömmliches und vor allem zielgerichtetes Finanzierungsmodell für INZ und ihre Betreiber zu etablieren. Die Finanzierung des INZ erfolgt künftig im Rahmen eines auskömmlich kalkulierten, vom stationären Budget abzugrenzenden INZ-Budgets. Die INZ-Budgetkalkulation umfasst alle zu erwartenden Sach- und Personalkosten für die ambulante Versorgung von (Notfall-)Patientinnen und (Notfall-)Patienten sowie eine kostendeckende Finanzierung der für die ambulante Versorgung von Notfällen notwendigen Vorhaltungen im Rahmen des INZ. Grundlage sind die Festlegungen zur Ausstattung der INZ. Dabei sind mit der Versorgung weitere erforderliche Kosten (z. B. Energiekosten) zu berücksichtigen. Die anfallenden Kosten sind in einem jährlich neu zu verhandelnden Budget zu vereinbaren.

Gegenstand der Finanzierung von INZ müssen neben den Betriebskosten zwingend auch die Investitionskosten sein. Erforderliche Investitionen für die Etablierung und den Ausbau von INZ sind außerhalb des zu kalkulierenden Budgets gesondert zu finanzieren. Zu begrüßen ist, dass der Transformationsfonds gemäß § 12b KHG den Fördertatbestand „Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen“ beinhaltet. Im Rahmen des Transformationsfonds sind Vorhaben zur Förderung ambulanter Versorgungsstrukturen jedoch grundsätzlich von der Förderung ausgenommen. Lediglich der „Anschluss an ambulante Versorgungsstrukturen“ ist förderfähig, wie z. B. der räumliche Anschluss von Beobachtungsstationen oder einer Notdienstpraxis an die zentrale Notaufnahme. Insbesondere bei alten Gebäuden können erhebliche Kosten für Umbaumaßnahmen entstehen, etwa im Hinblick auf die Barrierefreiheit gemäß § 50 Musterbauordnung sowie § 4 Behindertengleichstellungsgesetz. Hierfür benötigen die Krankenhäuser eine individuelle finanzielle Unterstützung bei der Schaffung von barrierefreien integrierten Notfallzentren. Daraus folgt, dass die Investitionskosten für ambulante Notfallstrukturen im Rahmen des INZ Teil der Investitionsfinanzierung der Länder sein sollten. Notwendig ist in diesem Zusammenhang eine Klarstellung dahin gehend, dass mit der Nutzung bestehender infrastruktureller und medizintechnischer Gegebenheiten der Krankenhäuser zur Diagnostik und Behandlung von ambulanten Notfällen im Rahmen des INZ keine Rückzahlungsverpflichtungen für das Krankenhaus verknüpft sind. Dies würde dem Ansinnen einer sektorenübergreifenden Versorgung entgegenstehen.

Um die gemeinsame Verantwortung von Krankenhäusern und KVen für die ambulante Notfallversorgung in den INZ zu stärken, ist es zudem folgerichtig, ergänzend Fördermittel für den vertragsärztlichen Notdienst auch in den strukturellen Ausbau der INZ zu investieren.

6. Digitale Infrastruktur

Es wird eine verlässliche digitale Infrastruktur geschaffen, damit INZ die Empfehlung des Gesundheitsleitsystems und die zugehörigen Patienten- und Krankheitsdaten ohne Informationsverlust empfangen und übernehmen können. Nur so kann sichergestellt sein, dass das Ergebnis der telefonischen Ersteinschätzung durch die Leitstelle einen verbindlichen Charakter aufweist. Auch die ggf. erforderliche digitale Fallübergabe innerhalb des INZ muss ein einheitliches Vorgehen gewährleisten. Für diese Aufgaben muss von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine Schnittstelle zur digitalen Fallübergabe vereinbart werden, die mit üblichen Schnittstellen von Krankenhausinformationssystemen und vergleichbarer Notfalldatenmanagementsoftware sektorenübergreifend interoperabel ausgelegt ist. Die Spezifikationen für eine derart strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation müssen unter Einbindung des Kompetenzzentrums für Interoperabilität im Gesundheitswesen erfolgen und eine nahtlose digitale Datenübernahme über eine bundesweit festgelegte Schnittstelle in einem einheitlichen Vorgehen gewährleisten. Eine Einbindung der Krankenhäuser in diese Festlegung von Spezifikationen ist daher unabdingbar, weil die Primärsysteme der Krankenhäuser unmittelbar von den Spezifikationen betroffen sind. Für die Implementierung und Anpassung im Krankenhaus müssen entsprechende Finanzierungsinstrumente gesetzlich verankert werden. Hersteller müssen die Interoperabilität durch eine zügige Umsetzung der vereinbarten Schnittstelle sicherstellen. Um diese Umsetzbarkeit zu gewährleisten, sind ferner die datenschutzrechtlichen Anforderungen – keinesfalls einwilligungsbasiert – auf der Grundlage gesetzlicher Übermittlungsbefugnisse zu regeln.

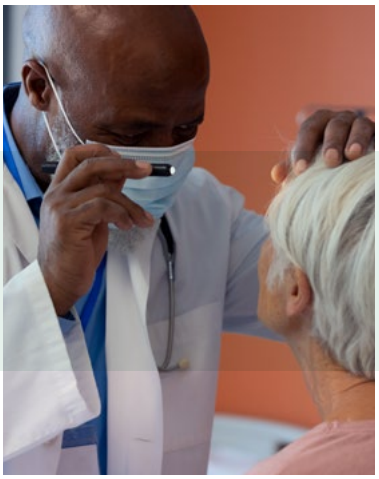
Die Schnittstelle zur Fallübergabe kann sich nicht ohne Weiteres an bestehenden Prozessen zur Terminvermittlung orientieren, die von Kontaktmöglichkeiten zu einem überweisenden Arzt oder einer überweisenden Ärztin zur Bereitstellung eines Vermittlungscodes ausgehen. Vielmehr muss die von ambulanten Hilfesuchenden kontaktierte Leitstelle auf Anforderung eines INZ regelhaft die erforderlichen Informationen über die Schnittstelle zur Fallübergabe bereitstellen. Dabei sollten soweit möglich Bausteine der Telematikinfrastruktur entsprechend erweitert und nachgenutzt werden. In Verbindung mit einem Webbrowser oder einer App auf dem Smartphone in der Hand des Patienten oder der Patientin lassen sich so die Patientenidentifikation und z. B. die Verfügbarkeit von Dateien aus der elektronischen Patientenakte (ePA) absichern, bevor der Patient oder die Patientin das INZ erreicht. Dadurch lässt sich die Behandlung besser vorbereiten und Wartezeiten ggf. verkürzen. Software zur Integration entsprechender Funktionen in eRezept-Apps oder Krankenkassen-Apps müsste von der gematik bereitgestellt werden.

Für ambulante Notfallpatienten, die keine Digitaltechnik verwenden können oder wollen, muss die telefonische Kontaktaufnahme zur Leitstelle z. B. mittels eines Codes nachgewiesen werden können, der per SMS übermittelt wird, oder als Passphrase, die der Patient niederschreiben kann.

Bundesweit einheitliche Digitaltechnik in der Hand der Patienten und Patientinnen bietet zusätzlich Chancen, Gesundheitssystemkompetenz mit erweiterter Sprachunterstützung zu verbreiten und dabei z. B. Informationen zum erwartbaren Behandlungsverlauf einschließlich Wartezeiten zu vermitteln. Mit verständlichen Informationen können Stress auslösende Momente verringert werden, bevor Patienten das INZ erreichen.

Weitere wichtige Elemente

1. Notfallbehandlung von Patientinnen und Patienten mit keinem oder ungeklärtem Versichertenstatus



In der Vergangenheit hat die DKG vielfach auf die enormen, stetig steigenden Erlösausfälle hingewiesen, die den Krankenhäusern durch die Notfallbehandlung von Patientinnen und Patienten mit keinem oder ungeklärtem Versichertenstatus, hier kurz Nichtversicherten, entstehen. Da Nichtversicherten der Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung wegen fehlender Krankenversicherung verwehrt ist, ist das Krankenhaus oft der einzige Ort, dessen Inanspruchnahme möglich ist. Dies erfolgt in der Regel im Rahmen der Notfallbehandlung. Von der stetig steigenden Inanspruchnahme sind zunächst Krankenhäuser in größeren Städten betroffen, und hier insbesondere die in Bahnhofsnähe. Aber auch Krankenhäuser in ländlichen Gebieten verzeichnen einen erheblichen Zuwachs an Notfallbehandlungen Nichtversicherter. Eine umfassende Notfallreform muss daher auch die prekäre Vergütungssituation der Krankenhäuser bei der Notfallbehandlung Nichtversicherter einschließen.

Nach § 6a AsylbLG und § 25 SGB XII werden die Aufwendungen des hilfeleistenden Krankenhauses im „gebotenen Umfang“ vom Träger der Sozialhilfe erstattet, wenn es einem anderen Leistungen erbracht hat, die bei rechtzeitigem Einsetzen der Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären. Die Sozialhilfe setzt nach § 18 Abs. 1 SGB XII ein, sobald dem Träger der Sozialhilfe bekannt wird, dass die Voraussetzungen für die Leistungen vorliegen. Die praktische Durchsetzbarkeit entsprechender „Nothelferansprüche“ der Krankenhäuser wird durch die bestehende Beweislastregelung und die Zäsur-Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes erschwert.

Die Regelungen des § 6a AsylbLG und des § 25 SGB XII bedürfen daher dringend einer Änderung. Wie bereits in anderen Stellungnahmen zu Gesetzesvorhaben ausgeführt, sollten die Regelungen im Hinblick auf die Beweislast und die Zäsur-Rechtsprechung geändert werden:

Änderungsvorschläge:

§ 6a Satz 1 AsylbLG und § 25 Satz 1 SGB XII werden wie folgt geändert und es wird jeweils ein neuer Satz 3 angefügt:

§ 25 SGB XII:

„Hat jemand in einem Eilfall einem anderen Leistungen erbracht, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären, sind ihm die angemessenen Aufwendungen, die ihm während des gesamten Behandlungszeitraumes entstehen, zu erstatten, wenn er sie nicht auf

Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat. Dies gilt nur, wenn die Erstattung innerhalb angemessener Frist beim zuständigen Träger der Sozialhilfe beantragt wird. In medizinisch unabweisbaren Notfällen werden die Hilfebedürftigkeit und die Leistungsberechtigung des Patienten zugunsten des Krankenhauses vermutet."

§ 6a AsylbLG:
„Hat jemand in einem Eilfall einem anderen Leistungen erbracht, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Leistungen nach den §§ 3, 4 und 6 nicht zu erbringen gewesen wären, sind ihm die angemessenen Aufwendungen, die ihm während des gesamten Behandlungszeitraumes entstehen, zu erstatten, wenn er sie nicht auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat. Dies gilt nur, wenn die Erstattung innerhalb angemessener Frist beim zuständigen Träger des Asylbewerberleistungsgesetzes beantragt wird. In medizinisch unabweisbaren Notfällen werden die Hilfebedürftigkeit und die Leistungsberechtigung des Patienten zugunsten des Krankenhauses vermutet."

Alternativ zu dieser möglichen Gesetzesänderung könnte der Anspruch des im Notfall tätig gewordenen Krankenhauses in Anlehnung an § 123 Abs. 6 SGB IX auch als Direktanspruch des leistungserbringenden Krankenhauses gegenüber dem Träger der Sozialhilfe ausgestaltet werden.

Änderungsvorschläge:

§ 25 SGB XII:
„Hat jemand in einem Eilfall einem anderen Leistungen erbracht, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären, hat der Leistungserbringer gegen den Träger der Sozialhilfe einen Anspruch auf Vergütung der gegenüber dem Leistungsberechtigten erbrachten Leistungen der Sozialhilfe, wenn er sie nicht auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat."

§ 6a AsylbLG:
„Hat jemand in einem Eilfall einem anderen Leistungen erbracht, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Leistungen nach den §§ 3, 4 und 6 nicht zu erbringen gewesen wären, hat der Leistungserbringer gegen den Träger der Sozialhilfe einen Anspruch auf Vergütung der gegenüber dem Leistungsberechtigten erbrachten Leistungen der Sozialhilfe, wenn er sie nicht auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat."

Ferner wäre eine Ausnahme von dem in § 17 Abs. 1 Satz 2 SGB XII geregelten Abtretungsverbot in Erwägung zu ziehen. Eine Abtretung des Sozialhilfeanspruchs des Patienten an das Krankenhaus zur Sicherung der entstehenden bzw. entstandenen Behandlungskosten ist aufgrund des in § 17 Abs. 1 Satz 2 SGB XII geregelten Übertragungsverbots von der Rechtsprechung bislang abgelehnt worden. Dies führt dazu, dass Krankenhäuser unabweisbare Notfallbehandlungen Nichtversicherter erbringen, ihnen jedoch die Kostenerstattung versagt bleibt. Den Krankenhäusern müsste die Möglichkeit eingeräumt werden, zum Zwecke der Kostenerstattung von Krankenhausbehandlungen auch bereits die Feststellung des Kostenanspruchs zu betreiben. Die Ausnahme vom Abtretungsverbot könnte an diese Zweckbestimmung geknüpft werden.

Änderungsvorschlag:

Nach § 17 Abs. 1 Satz 2 SGB XII wird ein Satz 3 angefügt:

„Der Anspruch auf Krankenbehandlung geht im Rahmen von Nothelferleistungen auf den Leistungserbringer über."

2. Arzneimittelversorgung und Verordnungsrecht für Krankenhäuser

Für die vertragsärztliche Arzneimittelversorgung von Patientinnen und Patienten im Notfall steht das Notdienstnetz der öffentlichen Apotheken zur Verfügung. Schon heute haben sie im Rahmen von Notdiensten die Pflicht, Patientinnen und Patienten außerhalb der regulären Öffnungszeiten mit Medikamenten und apothekenpflichtigen Medizinprodukten zu versorgen. Neue Formen von öffentlichen Apotheken (z. B. sog. notdienstpraxisversorgende Apotheken am Standort des Krankenhauses) – wie im bekannten Reformvorhaben der Vorgängerregierung vorgesehen – sind daher aus Sicht der Krankenhäuser nicht notwendig. Insbesondere wird eine etwaige Verpflichtung zur Bereitstellung von Lagerräumen für diese strikt abgelehnt, da sie Krankenhäuser vor große Kapazitätsprobleme stellen und einen Eingriff in ihre Eigentumsrechte bedeuten würde.

Viel wichtiger ist es, die Versorgung mit Arzneimitteln, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln von Patientinnen und Patienten in der ambulanten Notfallversorgung durch Krankenhäuser dringend durch ein Verordnungsrecht von Krankenhausärzten zu ergänzen.

Im GegenSatz zur vertragsärztlichen Notdienstversorgung dürfen Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus im Rahmen der ambulanten notdienstlichen Versorgung derzeit keine Verordnungen ausstellen. Für Patientinnen und Patienten, die KV-Strukturen aufsuchen, ist das Ausstellen von z. B. Arzneimittelverordnungen möglich. Hingegen bleibt für Patientinnen und Patienten, die in der Notaufnahme (und zukünftig in INZ) behandelt werden müssen, die Arzneimittelversorgung bislang ungeklärt. Patientinnen und Patienten, die von Krankenhäusern behandelt werden, werden somit in der Versorgung schlechtergestellt als diejenigen, die in KV-Strukturen behandelt werden. Grundsätzlich sollte im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus für die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte ein eingeschränktes Verordnungsrecht gelten, angelehnt an die für das Entlassmanagement geltenden Regeln zur Verordnung, beschränkt auf die Möglichkeit der Verordnung von Arzneimitteln in Form einer Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen, auf Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie auf die Möglichkeit des Ausstellens von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Ohne dieses Verordnungsrecht ist z. B. keine ausreichende medikamentöse Versorgung der Patientinnen und Patienten über Nacht möglich bzw. sind Patientinnen und Patienten in vielen Fällen gezwungen, nach der Notfallbehandlung im Krankenhaus den vertragsärztlichen Bereich am folgenden Tag aufzusuchen.

MACROGOL

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3
10623 Berlin

Telefon	0 30 3 98 01-0
Fax	0 30 3 98 01-30 00
E-Mail	dkgmail@dkgev.de

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT