



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

zum Referentenentwurf eines Gesetzes des Bundesministeriums für  
Gesundheit zur Reform der Notfallversorgung vom 08.01.2020

Berlin, 07.02.2020

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs.....	3
2. Vorbemerkung.....	4
3. Stellungnahme im Einzelnen.....	5
Integrierte Notfallzentren (INZ).....	5
Zu Artikel 1 Nummer 13 (§ 123 SGB V-E).....	5
Gemeinsames Notfalleitsystem (GNL).....	9
Zu Artikel 1 Nummer 15 (§ 133b SGB V-E).....	9
Medizinische Notfallrettung.....	10
Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 60 SGB V-E).....	10
Landesausschüsse.....	11
Zu Artikel 1 Nummern 8 und 9 (§§ 90 Absatz 4a, 92 Absatz 7g SGB V-E).....	11
Abschlagsregelung.....	12
Zu Artikel 1 Nummer 12 (§ 120 Absatz 2 SGB V-E).....	12

## 1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Aus Sicht der Bundesärztekammer findet die medizinische Versorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten in Deutschland auf einem hohen Niveau statt und ist in den letzten Jahren kontinuierlich weiterentwickelt worden, vor allem durch die zunehmende Etablierung interdisziplinärer Notaufnahmen als unabhängige Klinikeinheiten und den Ausbau von Portalpraxen und Bereitschaftsdienstpraxen sowie der Bekanntmachung und umfassenderen Erreichbarkeit der Rufnummer 116117. Inzwischen wurden zahlreiche Kooperationen und Strukturen entwickelt, die die sektorenverbindende Zusammenarbeit deutlich verbessert haben und die sich weiter im Aufbau befinden.

Die Bundesärztekammer stimmt dem Gesetzgeber zu, dass weiteres Verbesserungspotenzial besteht, um die Akut- und Notfallversorgung in Deutschland an sich verändernde Bedingungen anzupassen und die Zusammenarbeit der Sektoren sowie die Steuerung der Patienten weiterzuentwickeln. Dies gilt auch für die Einbindung der medizinischen Notfallrettung. Der Referentenentwurf bietet für diese Weiterentwicklung gute Ansätze, zum Beispiel durch die Ermöglichung der digitalen Vernetzung der Leistungserbringer sowie die Echtzeitübertragung von notfallmedizinischen Versorgungskapazitäten. Trotzdem werden insbesondere das Ausmaß und der Detaillierungsgrad der geplanten bundesweiten Vorgaben sowie die zukünftige Rolle der Integrierten Notfallzentren (INZ) in der medizinischen Notfallversorgung von der Bundesärztekammer kritisch bewertet.

Der Referentenentwurf fördert zwar die Kooperation der Sektoren, insbesondere durch die avisierte digitale Vernetzung der Leistungserbringer, er trägt jedoch nicht dazu bei, Sektorengrenzen abzubauen. Dies betrifft vor allem die Übertragung der fachlichen Verantwortung in den INZ allein auf die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), aber auch die unausgewogene Zusammensetzung der Landesausschüsse nach § 90 Absatz 4a SGB V. Hinterfragt werden muss in diesem Zusammenhang das Konstrukt der Übertragung einer fachlichen Leitung an nur eine Institution. In diesem Zusammenhang stellen sich auch weitere Fragen in Bezug auf Verantwortlichkeiten für die ärztliche Weiterbildung. Im Sinne einer Stärkung sektorübergreifender Elemente und zur Vermeidung dieser Probleme wäre es stattdessen zielführend, wenn sich Krankenhäuser und KVen auf eine ärztliche Leitung einigen. Zudem muss aber klargestellt werden, dass auch die in den INZ tätigen Ärztinnen und Ärzte bei ihren ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden sind.

Sehr kritisch sieht die Bundesärztekammer die geplante generelle Abschlagsregelung in Höhe von 50 Prozent für die Inanspruchnahme von Kliniken, die nicht den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) entsprechen. Dies wird der Versorgungsverpflichtung der Klinik und der persönlichen Hilfeleistungspflicht der Ärzte nicht gerecht und ist ersatzlos zu streichen.

Nicht nachzuvollziehen ist, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nicht mehr Zeit für die Umsetzung und Weiterentwicklung des mit dem Krankenhausstrukturgesetz angestoßenen Prozesses der Einführung von Portalpraxen einräumt. Um regionalen Versorgungsstrukturen und Bedürfnissen gerecht zu werden, wäre es sinnvoll, die in den letzten Jahren geschaffenen regionalen Kooperationen und Vernetzungen sowie die vielerorts an Kliniken angesiedelten Portalpraxen und Bereitschaftsdienstpraxen in den Reformprozess zu integrieren. Aus Sicht der Bundesärztekammer sollte sich der Gesetzgeber darauf konzentrieren, lediglich einen Rahmen vorzugeben, in dem diese Zusammenarbeit ausgebaut werden kann

Es ist zu befürchten, dass durch die geplanten Richtlinien des G-BA zu Struktur- sowie Qualitäts- und Personalanforderungen erfolgreiche Aktivitäten auf regionaler Ebene zu einem Stillstand gebracht und in ein Korsett gepresst werden, das der Versorgung vor Ort

nicht gerecht wird. Aus Sicht der Ärzteschaft sollten sich die Planungsvorgaben auf ein Minimum an Strukturmerkmalen beschränken. Dazu sollte der gesetzliche Auftrag für die Richtlinie des G-BA entsprechend angepasst werden.

Die Bundesärztekammer hält es für dringlich notwendig, dass Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung auch im INZ, zur Vertiefung der Kompetenzen in der Notfallversorgung, weitergebildet werden können.

Aufgrund der hohen Relevanz der Notfallversorgung für alle Versorgungsbereiche und Fachgebiete sowie der Auswirkungen der Zuweisung von INZ auf die Krankenhausplanung der Länder fordert die Bundesärztekammer den Gesetzgeber auf, die Ärztekammern als Vertreter der Ärztinnen und Ärzte aller Sektoren zukünftig in die Ausgestaltung der Notfallversorgung einzubeziehen. Die Landesärztekammern müssen stimmberechtigte Mitglieder der erweiterten Landesausschüsse werden und die Bundesärztekammer muss zumindest ein Antrags- und Mitberatungsrecht bei den entsprechenden Richtlinienverfahren des G-BA erhalten.

Zusammengefasst fordert die Bundesärztekammer insbesondere:

- Verzicht auf die Planung eines gänzlich neuen Versorgungssektors, sondern Weiterentwicklung der bestehenden Strukturen (Portalpraxen und Bereitschaftsdienstpraxen an Krankenhäusern) unter Einbezug der Akteure vor Ort und der Ärztekammern
- Minimierung der Planungsvorgaben durch den G-BA
- Keine Abschlagszahlungen für die Inanspruchnahme von Kliniken, die nicht den Vorgaben des G-BA entsprechen
- Gewährleistung der Weiterbildung in den neuen Strukturen
- Einheitliche Entwicklung und Einführung von Instrumenten zur Ersteinschätzung in den Gemeinsamen Notfalleitsystemen und Integrierten Notfallzentren durch alle betroffenen Akteure
- Sicherstellung einer ausreichenden Finanzierung

## **2. Vorbemerkung**

Im Folgenden werden unter (3.) zunächst die beiden maßgeblichen Neuerungen der geplanten Notfallreform, die „Integrierten Notfallzentren“ (INZ) und die „Gemeinsamen Notfalleitsysteme“ (GNL) kommentiert, danach folgen die weiteren einzelnen Punkte des Referentenentwurfes, sortiert nach der im Referentenentwurf vorgegebenen Nummerierung und in chronologischer Reihenfolge.

### **3. Stellungnahme im Einzelnen**

#### **Integrierte Notfallzentren (INZ)**

##### **Zu Artikel 1 Nummer 13 (§ 123 SGB V-E)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

- INZ erbringen als zentrale, jederzeit zugängliche Anlaufstelle der Notfallversorgung auf Grundlage eines bundesweit einheitlichen Verfahrens eine qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs sowie eine notdienstliche Versorgung.
- Gemeinsame Errichtung und Betrieb durch die zuständige KV gemeinsam mit dem Krankenhaus, als räumlich und wirtschaftlich vom Krankenhaus abgegrenzte Einrichtungen, fachliche Leitung obliegt der jeweiligen KV.
- G-BA-Richtlinien zu Planungsvorgaben und Qualitätsanforderungen der INZ.
- Festlegung der INZ-Standorte durch erweiterte Landesausschüsse innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der G-BA-Richtlinie.
- Das Nähere (einschließlich wirtschaftlicher und organisatorischer Ausgestaltung, Umsetzung der Vorgaben des G-BA) zur Einrichtung und zum Betrieb vereinbaren KV und Krankenhaus innerhalb von sechs Monaten nach Festlegung als Standort.
- Portalpraxen sollen bis zur Überführung in ein INZ weiterbetrieben werden; wenn das Krankenhaus nicht als INZ-Standort festgelegt wird, ist ein weiterer Betrieb bis zu einem vom erweiterten Landesausschuss festzulegenden Termin übergangsweise möglich.
- Die Leistungen der INZ werden von der Krankenkasse extrabudgetär vergütet. Hierzu beschließt der Bewertungsausschuss die Aufnahme einer Grundpauschale (Vorhaltekosten) und einer nach Schweregrad differenzierten Pauschale je Inanspruchnahme, jeweils in Euro in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen. Mit der Grundpauschale sind Grundsätze zur Berücksichtigung der spezifischen Investitionsbedingungen zu vereinbaren.
- Die Krankenkasse informiert die Versicherten über das nächstgelegene INZ.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

##### *Berücksichtigung etablierter Strukturen und regionaler Voraussetzungen*

Gemeinsame Anlaufstellen im Krankenhaus können zu einer Verbesserung des Versorgungsangebotes sowie zu einer Entlastung der aktuellen (Über-)Inanspruchnahme der stationären Notfallversorgungsstrukturen beitragen. Die Implementierung der vertragsärztlichen Versorgung an Krankenhausstandorten als ein aufeinander abgestimmtes sektorenübergreifendes und koordinierendes Versorgungsangebot sollte aus Sicht der Bundesärztekammer nicht als ein gänzlich neuer Versorgungssektor geplant werden, sondern auf den bestehenden Strukturen aufsetzen und unter Einbezug der Akteure vor Ort weiterentwickelt werden. Durch verbindliche vertragliche Vereinbarungen zwischen Krankenhaus und KV kann die Zusammenarbeit zwischen vertragsärztlichem und stationärem Bereich beschrieben werden. Viele Kliniken kooperieren bereits mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten durch die Etablierung von Portalpraxen an Krankenhäusern. Vielfach sind diese Portalpraxen und Bereitschaftsdienstpraxen in den letzten Jahren auch bautechnisch mit den Kliniken verknüpft worden. Diese etablierten

Strukturen müssen berücksichtigt werden. Regionalen Erfordernissen kann nur auf regionaler Ebene Rechnung getragen werden.

Bedarf und Ansiedlung der vertragsärztlichen Versorgung an Krankenhäusern sowie Mindestvorgaben für die Strukturqualität sollten im Wesentlichen auf regionaler Ebene festgelegt werden, um so den regionalen Erfordernissen besser gerecht werden zu können. Eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit kann nur in gemeinsamer Verantwortung erfolgen. Daher sollte auf die alleinige Leitung der INZ durch die KVen verzichtet werden und stattdessen vorgeschrieben werden, dass Krankenhäuser und KVen eine ärztliche Leitung gemeinsam festlegen. Unbeschadet der fachlichen Verantwortung für die Einrichtung des INZ muss aber klargestellt werden, dass auch die in den INZ tätigen Ärztinnen und Ärzte bei ihren ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden sind.

#### *Bundeseinheitliche Vorgaben durch den Gemeinsamen Bundesausschuss auf wenige grundsätzliche Rahmenvorgaben beschränken*

Die Ausgestaltung und Konkretisierung der zukünftigen Notfallversorgung soll gemäß Referentenentwurf durch Vorgaben des G-BA für Struktur- sowie Qualitäts- und Personalanforderungen sowie nachfolgend im Zuge verschiedener Verträge und Vereinbarungen erfolgen. Detaillierte Vorgaben auf Bundesebene zur Standortfestlegung von INZ greifen jedoch in die Landeskrankenhausplanung ein und schränken den erforderlichen regionalen Planungsspielraum ein. Aus der Rechtsgrundlage muss hervorgehen, dass sich die Vorgaben des G-BA auf wenige grundsätzliche Rahmenvorgaben beschränken und insbesondere nicht zum Abbau notfallmedizinischer Kapazitäten führen.

Aufgrund der besonderen Bedeutung der Notfallversorgung ist sowohl bei der regionalen Planung als auch bei den Beratungen zu den Planungsvorgaben im G-BA insbesondere die Expertise der Landesärztekammern sowie der Bundesärztekammer mit einzubeziehen. Die Landesärztekammern müssen stimmberechtigte Mitglieder der erweiterten Landesausschüsse werden und die Bundesärztekammer muss zumindest ein Antrags- und Mitberatungsrecht bei den entsprechenden Richtlinienverfahren des G-BA erhalten.

#### *Sinnvolle Aufgabenteilung und Austausch zwischen Krankenhaus als stationärer Einrichtung und INZ*

Neben den offensichtlich leicht und den offensichtlich schwer Erkrankten gibt es einen großen Graubereich, in dem Patienten zunächst einer differentialdiagnostischen Abklärung bedürfen, bevor eine Entscheidung zum weiteren Verbleib getroffen werden kann. Dabei können die Patienten sinnvollerweise zunächst nur nach den für die Differentialdiagnostik und Erstversorgung benötigten Ressourcen eingeteilt und dann dem Bereich zugeordnet werden, der diese Ressourcen vorhält.

Es wird sowohl Fälle geben, bei denen sich im Laufe der Abklärung im vertragsärztlichen Bereich eine Indikation für eine stationäre Versorgung ergibt als auch Fälle, die zwar zunächst die Ressourcen des Krankenhauses benötigen, dann aber doch weiter vertragsärztlich versorgt werden können. Dafür ist ein digitaler Austausch zwischen vertragsärztlichem Bereich und Krankenhaus entscheidend. Analog des Vorgehens in den Gemeinsamen Notfalleitsystemen müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die einen Datenaustausch zwischen der Dokumentation des Krankenhauses und des vertragsärztlichen Bereichs datenschutzkonform ermöglichen.

Der Referentenentwurf enthält Hinweise, dass der Aufgabenbereich der INZ, im Vergleich zu dem einer Portalpraxis, möglicherweise ausgeweitet werden soll. In § 123 Absatz 1 SGB V-E wird ausgeführt, die INZ seien, soweit dies medizinisch erforderlich ist, „zur Weiterleitung in die stationäre Versorgung des Krankenhauses berechtigt und verpflichtet.“ In der Begründung hierzu heißt es: „Entsprechend den Vorgaben des G-BA werden die Patientinnen und Patienten vom INZ in die geeignete Versorgungsstruktur weitergeleitet. Stellt sich aufgrund der Ersteinschätzung heraus, dass eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit besteht, sind die Patientinnen und Patienten unmittelbar vom INZ zur stationären Aufnahme in ein Krankenhaus weiterzuleiten.“ Hier sollte klargestellt werden, dass ein INZ nicht direkt, unter Umgehung der Notaufnahme des Krankenhauses, eine stationäre Aufnahme veranlassen kann. Ein solches Vorgehen würde enge Absprachen mit der weiterbehandelnden Station sowie die Einhaltung hausinterner „Standard Operating Procedures“ und Algorithmen erfordern und hätte weitere Implikationen bezüglich der Verantwortlichkeiten von Arbeitsabläufen.

Patienten, bei denen der Rettungsdienst nicht absehen kann, ob eine stationäre Versorgung erforderlich ist, sollen laut dem Referentenentwurf regelhaft zunächst in ein INZ transportiert werden. In der Konsequenz müsste jedes INZ so ausgestattet sein, dass auch durch ihre Symptomatik gehunfähige Patienten im INZ versorgt werden können, was zumindest einen Liegend-Wartebereich, wenn nicht auch einen Überwachungsbereich erfordert. Diese Bereiche müssten dann sowohl im INZ als auch in der Notaufnahme des Krankenhauses vorgehalten, ausgestattet und personell besetzt werden. Aus Sicht der Bundesärztekammer wäre das nicht sinnvoll.

#### *Einheitliche Entwicklung und Einführung von Instrumenten zur Ersteinschätzung in GNL und INZ durch alle betroffenen Akteure*

Unklar ist der Bundesärztekammer, warum vorgesehen ist, die Entwicklung und Einführung der Instrumente zur Ersteinschätzung in den INZ und den Gemeinsamen Notfallsystemen unterschiedlich zu handhaben. Während in den INZ die Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden durch den G-BA festgelegt werden sollen, soll das qualifizierte, standardisierte und softwaregestützte Ersteinschätzungsverfahren von medizinischen Hilfeersuchen und die zum jeweiligen Endpunkt des Einschätzungsverfahrens zu disponierende Versorgung durch die Träger der Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 mit der jeweils zuständigen KV vereinbart werden. Die Bundesärztekammer spricht sich für eine grundsätzlich einheitliche Anwendung einer vorgeschalteten Ersteinschätzung über die Gemeinsamen Notfallsstellen und bei Direktvorstellung im INZ aus. Das derzeit in Erprobung befindliche Instrument SMED (DEMAND-Studie) kann hierzu eine gute Grundlage bieten. Gerade im Sinne der Patientensteuerung ist es von entscheidender Bedeutung, dass unabhängig von der Stelle des Primärkontakts zur Notfallversorgung nach gleichem Algorithmus befragt und entschieden wird. In die Entwicklung sollten für alle Bereiche alle betroffenen Leistungserbringer eingebunden werden, da die Zuweisung der Patienten in die Versorgungsebenen jeweils alle Leistungsbereiche betrifft.

### *Keine zusätzlichen arbeits- und verwaltungsrechtlichen Hürden bei der Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten*

Der Referentenentwurf sieht vor, dass die Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses, abhängig von zu schließenden Kooperationsvereinbarungen, auch in den INZ tätig sein können.

Die Behandlung von Patienten in der Notfallversorgung ist eine in der Weiterbildung zu erwerbende essenzielle Basiskompetenz. Im Rahmen der Weiterbildung würde die Etablierung von INZ in dieser Form bedeuten, dass es sich um eine eigenständige Weiterbildungsstätte handelt, die von einem separaten Weiterbildungsbefugten ganztägig betreut werden müsste. Es ist aus unserer Sicht unumgänglich, die zuständige Landesärztekammer einzubeziehen, um den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung unbürokratisch die Weiterbildung in den INZ zu ermöglichen.

In den Kooperationsvereinbarungen zwischen KV und Krankenhaus muss aus diesen Gründen der Aspekt der Weiterbildung zwingend berücksichtigt werden.

### *Unterstützung bei der Weiterversorgung vulnerabler Patientengruppen*

Die Notaufnahmen versorgen gegenwärtig mit einem hohen personellen und finanziellen Aufwand Patienten, bei denen die medizinische Versorgung eigentlich abgeschlossen ist, die jedoch aus anderen Gründen, z. B. fehlenden Betten, aber auch aufgrund fehlender psychosozialer oder pflegerischer Versorgung, nicht weitergeleitet werden können. Zumindest die Probleme der fehlenden Versorgungsmöglichkeiten im psychosozialen und pflegerischen Bereich betreffen auch den vertragsärztlichen Bereich. Die Bundesärztekammer unterstützt es daher, dass Kooperationen mit sozialpsychiatrischen Kriseninterventionsdiensten der Länder vorgegeben und ausgestaltet werden sollen. Zusätzlich sollte aber auch geregelt werden, dass Notaufnahmen und der vertragsärztliche Bereich auf kurzfristige rein pflegerische Versorgungsmöglichkeiten, z. B. eine Kurzzeitpflege, zugreifen können und einen Sozialdienst zur Seite gestellt bekommen, der insbesondere die weitere Versorgung von Menschen ohne medizinischen Versorgungsbedarf organisiert.

### *Finanzierung sicherstellen*

Das geplante Reformvorhaben muss, neben erforderlichen Steuerungsmaßnahmen, dem zukünftigen finanziellen und investiven Bedarf ausreichend Rechnung tragen. Neben einer Justierung der Betriebsmittelfinanzierung der stationären Versorgung (Bund) und der Krankenhausinvestitionsfinanzierung (Länder) ist eine Adaptierung der ambulanten Vergütung mit bedarfsgerechten Vorhalte- und Aufwandspauschalen gemäß des Prinzips einer fallbezogenen Vergütung der entstehenden Behandlungskosten sicherzustellen. Festzuhalten bleibt, dass auch die Kostenträger in der Verantwortung für tragfähige Lösungen der unregelmäßigen Inanspruchnahme von Notfalleinrichtungen stehen. Bei der weiteren Ausgestaltung der Finanzierungsgrundlagen ist allerdings dafür Rechnung zu tragen, dass die vorgesehene Bereinigung sachgerecht erfolgt und nicht zu einer Unterfinanzierung der Notfallversorgung führt.

### *Umfassende Information der gesamten Bevölkerung*

Informationskampagnen zur Notfallversorgung sollten nicht nur an GKV-Versicherte, sondern, zum Beispiel durch Einbindung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung



(BzGA), auch an die restliche Bevölkerung sowie an Menschen, die sich nur vorübergehend in Deutschland aufhalten, gerichtet werden. Hierfür sollten Bundesmittel zur Verfügung gestellt werden.

## **Gemeinsames Notfalleitsystem (GNL)**

### **Zu Artikel 1 Nummer 15 (§ 133b SGB V-E)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

- In medizinischen Notsituationen sollen Versicherte sich an das Gemeinsame Notfalleitsystem (GNL) wenden, bei Lebensgefahr oder der Gefahr schwerer gesundheitlicher Schäden an die Nummer 112, sonst an die Nummer 116117. Es erfolgt eine verbindliche Zusammenarbeit von Rettungsleitstellen und KV, beschränkt auf medizinische Notsituationen.
- In den GNL erfolgt eine Ersteinschätzung und eine Vermittlung in die erforderliche Versorgungsstruktur. Dafür soll es ein gemeinsames und verbindliches Verständnis von Ersteinschätzung und Disposition geben. Dazu vereinbaren die Träger der Rettungsleitstellen und KV ein qualifiziertes, standardisiertes und softwaregestütztes Ersteinschätzungsverfahren.
- Die Rettungsleitstellen unter 112 disponieren die medizinische Notfallrettung und Krankentransporte zur notdienstlichen Versorgung. Die KV disponiert unter der Nummer 116117 wahlweise die notärztliche Versorgung in INZ, die telemedizinische Versorgung und den Bereitschaftsdienst (vornehmlich für den geriatrischen Bereich und Pflegeheime).
- Die GNL arbeiten unter Einbezug digitaler Unterstützung und digitaler Anwendungen (z. B. Telenotarzt und Notfall-Apps für die Alarmierung von Ersthelfern).
- Wenn ein Träger einer Rettungsleitstelle eine GNL bilden möchte, ist die jeweilige KV dazu verpflichtet.
- Digitale Vernetzung und Kooperation: interaktive Nutzung einer digitalen Dokumentation zur Übertragung der zur Weiterversorgung erforderlichen Daten und eine Echtzeitübertragung der Versorgungskapazitäten.
- Die Errichtung der GNL und die digitale Vernetzung werden durch eine einmalige Zahlung von 25 Millionen Euro durch die Krankenkassen für die Anschaffung von Softwarelösungen gefördert.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

##### *Kooperation der Leistungserbringer*

Die Bundesärztekammer erachtet insbesondere die technische Vernetzung der beiden Rufnummern durch Schnittstellen und Übergabepunkte und die Echtzeitübertragung der Versorgungskapazitäten als wesentliches Element der Notfalleitsysteme. Eine räumliche Integration ist dabei nicht zwingend erforderlich.

##### *Ersteinschätzungsverfahren*

Es ist unklar, warum vorgesehen ist, die Entwicklung und Einführung der Instrumente zur Ersteinschätzung in den INZ und den Gemeinsamen Notfalleitsystemen unterschiedlich zu handhaben. Die Bundesärztekammer spricht sich für eine grundsätzlich einheitliche Anwendung einer vorgeschalteten Ersteinschätzung über die Gemeinsamen Notfalleitsysteme und bei Direktvorstellung im INZ aus. Das derzeit in Erprobung

befindliche Instrument SMED (DEMAND-Studie) kann hierzu eine gute Grundlage bieten. In die Entwicklung sollten für alle Bereiche Vertreter aller betroffenen Leistungserbringer, insbesondere auch die Ärztekammern, eingebunden werden, da die Zuweisung der Patienten in die Versorgungsebenen jeweils alle Leistungsbereiche betrifft.

### *Digitale Kooperation*

In § 133b Absatz 4 SGB V-E heißt es: „Mit dem Ziel, eine effektive und effiziente medizinische Versorgung in Notfällen zu gewährleisten, arbeiten gemeinsame Notfallleitsysteme, Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung und INZ zusammen.“ In diesem Satz sind die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu ergänzen.

Für die Versorgung von Notfallpatienten werden auch der Notfalldatensatz und der Medikationsplan benötigt. Die digitale Übermittlung dieser Dokumente sollte gewährleistet sein.

## **Medizinische Notfallrettung**

### **Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 60 SGB V-E)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

- Definition des Notfalls: „Ein Notfall (...) liegt vor, wenn sich der Versicherte infolge von Verletzungen oder Krankheit in unmittelbarer Lebensgefahr befindet, sein Gesundheitszustand eine lebensbedrohende Verschlechterung erwarten lässt oder schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, sofern nicht unverzüglich eine medizinische Versorgung erfolgt.“ Die Definition gilt laut der Begründung nicht für andere Bereiche des SGB V.
- Die Medizinische Notfallrettung umfasst die erforderliche Versorgung am Notfallort und Rettungsfahrten.
- Die zur Weiterbehandlung erforderlichen Informationen sollen unmittelbar an das INZ oder Krankenhaus digital übermittelt werden.
- Besteht bei einer Rettungsfahrt noch keine eindeutige Indikation für eine stationäre Aufnahme, ist grundsätzlich das nächstgelegene INZ anzufahren.
- Ist eine stationäre Aufnahme absehbar, sind grundsätzlich nur solche Krankenhäuser anzufahren, die die Anforderungen des Beschlusses des G-BA zur gestuften Notfallversorgung erfüllen.
- G-BA Richtlinie: Bundesweit einheitliche Festlegung, in welchen Fällen aus Gründen der zielgerichteten Behandlung ein spezialisiertes Krankenhaus angefahren werden soll.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer weist darauf hin, dass die hier aufgenommene Definition des Notfallbegriffes für eine ex-ante Einschätzung nicht geeignet ist. Insbesondere lebensbedrohende Verschlechterungen oder zu erwartende schwere gesundheitliche Schäden lassen sich oftmals in der akuten Situation nicht absehen und bedürfen einer weiteren Abklärung. Zu bedenken ist dabei auch, dass Ärztinnen und Ärzte auf anamnestische Angaben des Patienten angewiesen sind, z. B. bei der Bewertung von Schmerzen, oder dass sprachliche und kognitive Einschränkungen bestehen können, die die Bewertung erschweren. Psychiatrische Notfälle sind bei der gewählten Definition gar nicht erfasst. Es ist daher fraglich, ob die Definition hier zielführend ist.

Aufgrund ihrer akuten Symptomatik sollten nicht-gefähige Patienten primär in die Notaufnahme gebracht werden, andernfalls müssten im vertragsärztlichen Bereich ein Liegend-Wartebereich und/oder ein Überwachungs-Bereich vorgehalten werden. Eine Doppel-Vorhaltung in INZ/KV-Bereich und Notaufnahme ist nicht sinnvoll.

Wie im allgemeinen Teil der Begründung des Referentenentwurfes dargelegt, wird „vielfach das nächstgelegene Krankenhaus als niedrigschwellig zugängliche und jederzeit erreichbare Möglichkeit der medizinischen Akutversorgung wahrgenommen. Krankenhäuser sind zur Abklärung von Notfällen rechtlich verpflichtet. Die Entscheidung für die Inanspruchnahme einer Notfallambulanz treffen Patientinnen und Patienten im Wesentlichen nach ihrem Notfallempfinden und weitergehenden Präferenzen wie dem Wunsch einer zeitnahen ärztlichen Behandlung oder umfassenden Diagnostik, häufig ohne genaue Kenntnisse über die Zuständigkeiten im Gesundheitssystem.“ Auch nach Einführung des Gesetzes werden sich Patienten häufig weiterhin an das nächstgelegene Krankenhaus wenden, um medizinische Versorgung im Notfall zu erhalten. Es muss daher berücksichtigt werden, dass die Verpflichtung zur Abklärung von Notfällen für alle Krankenhäuser bestimmte Vorhaltungen erfordert und diese zu finanzieren sind (vgl. Urteil des BSG v. 26.6.2019 – B 6 KA 68/17 R, Rn. 22).

Grundsätzlich muss nicht nur geregelt werden, in welchen Fällen die spezialisierten Krankenhäuser angefahren werden dürfen, sondern auch die Krankenhäuser ohne INZ, weil sie besser erreichbar sind.

## **Landesausschüsse**

### **Zu Artikel 1 Nummern 8 und 9 (§§ 90 Absatz 4a, 92 Absatz 7g SGB V-E)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Landesausschüsse zur Wahrnehmung der Aufgaben nach § 116b SGB V (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung) sollen auch Aufgaben nach § 123 Absatz 2 Satz 2 wahrnehmen („Die erweiterten Landesausschüsse nach § 90 Absatz 4a bestimmen innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Vorgaben (...), an denen integrierte Notfallzentren einzurichten sind.“). Die Zusammensetzung dieser Landesausschüsse ist wie folgt vorgesehen:

- ein unparteiischer Vorsitzender und zwei weitere unparteiische Mitglieder
- neun Vertreter der Ärzte (KV)
- neun Vertreter der Krankenhäuser (LKG)
- neun Vertreter der Krankenkassen, deren Stimmen doppelt gezählt werden

Der Landesausschuss beschließt mit einfacher Mehrheit.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Im Gegensatz zu den Landeskrankenhausgesellschaften und den KVen verfügen die Landesärztekammern über die sektorübergreifende Perspektive und vertreten die Interessen der Ärztinnen und Ärzte aller Versorgungsbereiche. Die Landesärztekammern sollten daher als stimmberechtigte Mitglieder der erweiterten Landesausschüsse vorgesehen werden und die Bundesärztekammer bei Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Nummer 16 SGB V-E (i. V. m. § 123 Absatz 3 SGB V-E) ein über das Stellungnahmerecht hinausgehendes Mitberatungsrecht im G-BA analog der Ländervertreter erhalten.

## **Abschlagsregelung**

### **Zu Artikel 1 Nummer 12 (§ 120 Absatz 2 SGB V-E)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Einführung eines Finanzierungsabschlags in Höhe von 50 Prozent für Kliniken, die über kein INZ nach § 123 Absatz 2 Satz 2 SGB V oder eine Kooperation nach § 75 Absatz 1b Satz 2 SGB V verfügen.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Der mit dem Referentenentwurf verbundene grundsätzliche Ansatz eines verbesserten Zugangs von Patientinnen und Patienten in die für ihre medizinische Versorgung sachgerechte, geeignete Versorgungsebene wird unterstützt. Die darüberhinausgehende, umfängliche Abschlagsregelung für Kliniken, die in Zukunft über kein INZ oder eine entsprechende Kooperation verfügen, wird allerdings abgelehnt. Auch diese Kliniken und die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte unterliegen der Versorgungsverpflichtung für Notfallpatienten und müssen dieser Verpflichtung ohne jegliche Sanktionen rund um die Uhr vorbehaltlos nachkommen können. Nach einem Urteil des BSG v. 26.6.2019 – B 6 KA 68/17 R, Rn. 22 muss sich der Krankenhausarzt zumindest über die Beschwerden des Patienten und dessen Zustand unterrichten, ehe er eine Entscheidung über das weitere Vorgehen, etwa eine Weiterleitung an das INZ, trifft.

Die Regelung muss daher ersatzlos gestrichen werden. Stattdessen sollten Informationen und Anreize zur gezielten Inanspruchnahme der Versorgungsebene weiterentwickelt werden.