

## **Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung**

### **A. Vorbemerkung**

Die Reform der Notfallversorgung muss zu einer Verbesserung der ambulanten Notfallversorgung führen. Die vorliegenden Regelungsinhalte sind dafür jedoch keine geeignete Grundlage.

Es entspricht der Versorgungsrealität, dass Patienten auch bei leichteren Erkrankungen die Notaufnahme der Krankenhäuser aufsuchen. Schon jetzt suchen mehr als die Hälfte der 20 Millionen in Deutschland betreuten ambulanten Notfallpatienten (etwa 10,5 Mio.) Hilfe in den Notaufnahmen der Krankenhäuser. Rund 1.100 Krankenhäuser nehmen an der ambulanten Notfallversorgung teil. Es wäre deshalb folgerichtig, Verbesserungen der ambulanten Notfallversorgung durch die Schaffung klarer Strukturen innerhalb dieses Krankenhaus-Settings anzusiedeln. Wenn mit Integrierten Notfallzentren (INZ) eine optimierte Koordinierung und Kanalisierung der Notfallpatienten erfolgen soll, dann müssen diese INZs entsprechend der oben beschriebenen Versorgungsrealität an allen Plankrankenhäusern, die an der Notfallversorgung teilnehmen, errichtet werden. Soll die Zahl reduziert werden, müssen diese mindestens an allen Krankenhäusern der Basisnotfallstufe angesiedelt sein.

Integrierte Notfallzentren verbessern die Notfallversorgung nur dann, wenn sie qualifizierte Leistungen erbringen können. Dazu gehört neben einer guten und leistungsfähigen Personalausstattung auch eine qualifizierte Ausstattung mit bildgebender Diagnostik (Röntgen und Ultraschall). Eine effiziente Patientenversorgung erfordert außerdem klare Organisations- und Verantwortungslinien ohne aufwändige Doppelstrukturen. Dies kann nur gewährleistet werden, wenn die fachliche und organisatorische Leitung der INZs auf die Krankenhäuser übertragen wird. Eine Verbesserung der ambulanten Notfallversorgung benötigt keine weiteren G-BA-Anforderungen. Diese existieren bereits für den weitaus komplexeren stationären Sektor.

Der vorliegende Referentenentwurf sieht demgegenüber vor, die ambulante Notfallversorgung an Krankenhäusern deutlich einzuschränken, indem diese in Zukunft nur noch in integrierten Notfallzentren (INZ) an ausgewählten Krankenhäusern erbracht werden darf. Die Entscheidung darüber, an welchen Krankenhäusern INZ gegründet werden sollen, trifft der erweiterte Landesausschuss – ein Gremium, in dem die Kassen und KVen die Mehrheit haben und Krankenhäuser ja nach Leistungsfähigkeit und Bereitschaft des KV-

Systems überstimmt werden. Im Ergebnis steht so ein beliebiges Zu- und Abschalten von Krankenhäusern bei der ambulanten Notfallversorgung. Plänen der KV Hessen (vgl. Schaubild) zufolge sollen die INZs an Maximalversorger angesiedelt werden. Die Notfallversorgung von Patienten mit Bagatellerkrankungen an diesen Krankenhäusern entbehrt jeder Logik. Die lückenhafte INZ-Errichtung wird gleichzeitig zu einer fatalen Ausdünnung von ambulanten Notfallstrukturen in ländlichen Gebieten führen.

Verschärft wird diese Standortregelung dadurch, dass Krankenhäuser, die ohne INZ Notfallleistungen für ambulante Notfallpatienten erbringen, mit Vergütungsabschlägen von 50 Prozent bestraft werden. Bereits heute existiert ein Defizit von 88 Euro pro Behandlungsfall bei der Finanzierung der Behandlungskosten für ambulante Notfallpatienten. Diese Patienten suchen die Notaufnahmen der Krankenhäuser auf. Krankenhäuser ohne INZ werden dabei in die haftungsrechtlich und versorgungspolitisch völlig unververtretbare Situation gebracht, Notfallpatienten abweisen zu müssen.



Um im Umkehrschluss dem Ziel einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung zu entsprechen, sind folgende Anpassungen notwendig:

- INZ müssen an allen Plankrankenhäusern, die an der Notfallversorgung teilnehmen, mindestens jedoch an allen Krankenhäusern der Basisnotfallstufe, eingerichtet werden
- Kein 50 prozentiger Vergütungsabschlag für Krankenhäuser ohne INZ
- Kein Aufbau von noch aufwändigeren Parallelstrukturen, sondern Übertragung der organisatorischen und fachlichen Zuständigkeit der INZs auf die Krankenhäuser
- Keine G-BA-Anforderungen für die ambulante Notfallversorgung

## **B. Stellungnahme im Einzelnen**

Artikel 1, zu Nummer 12 Buchstabe b, § 120 Absatz 1 (Neufassung)

### **Regelung**

Nach dieser Neuregelung ist die im EBM vorgesehene Vergütung für die in einer Notfallambulanz eines Krankenhauses erbrachten Leistungen um einen Abschlag in Höhe von 50 Prozent zu kürzen, wenn an diesem Krankenhaus kein Standort eines INZ festgelegt worden ist.

### **Bewertung**

Patienten werden auch zukünftig die Krankenhausambulanzen aufsuchen. Es kann nicht akzeptiert werden, dass Häuser, die zwingende Leistungen für Notfallpatienten erbringen, ohne dass sie eine INZ-Zulassung haben, zukünftig nur noch die Hälfte der Vergütung erhalten sollen. Betroffene Krankenhäuser werden vor die haftungsrechtlich sowie versorgungspolitisch nicht vertretbare Situation gestellt, Notfallpatienten abweisen zu müssen. An dieser Stelle sei auf die Regelungen in § 5 Abs. 2 HKHG 2011 und in § 323c StGB (unterlassene Hilfeleistung) sowie die ärztliche Berufspflicht (MBO-Ä) verwiesen, die allesamt durch diese Neuregelung konterkariert werden. Gerade vor dem Hintergrund der geplanten besseren Patientensteuerung über die Rettungsleitstellen gibt es keinerlei ersichtlichen Grund für eine solche Diskriminierung der Leistungen der Krankenhäuser als Nothelfer.

### **Änderungsvorschlag**

Der neu angefügte Satz in § 120 Abs. 1 ist zu streichen.

Artikel 1, zu Nummer 13, § 123 Abs. 1 (Neufassung)

Artikel 1, zu Nummer 13, § 123 Abs. 2 Satz 2 (Neufassung)

### **Regelung**

Nach § 123 Abs. 1 bilden die INZ künftig die zentralen und jederzeit zugänglichen Anlaufstellen für die Erbringung von Leistungen der notdienstlichen Versorgung und der Veranlassung der stationären Versorgung. Die Aufgabe, die Anzahl und konkreten Standorte der INZ festzulegen, wird mit dieser Neureglung dem durch Vertreter der Krankenhäuser erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen unter Beachtung der vom G-BA aufgestellten Planungsvorgaben übertragen (§ 123 Abs. 2 Satz 2).

### **Bewertung**

Bereits heute besteht die Schwierigkeit, dass sich ein Großteil der Patienten vor der Triage nicht eindeutig der ambulanten oder stationären Notfallversorgung zuordnen lässt. Wenn diese Patienten durch die Neuregelung nur noch INZ-Standorte anfahren dürfen, werden viele stationäre Notfallpatienten nicht mehr bei den anderen Notfallstandorten behandelt. Die Standortregelung gefährdet zudem insbesondere in strukturschwachen Regionen einen schnellen Zugang der BürgerInnen zu Notfalleleistungen. Gerade für mobilitätseingeschränkte Personen wird sich die Beschränkung der INZs auf ausgewählte Standorte nachteilig auswirken. Darüber hinaus wird mit der Neuregelung in Kooperationen von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten eingegriffen, die bereits seit Jahren erfolgreich Bestand haben. Die Errichtung von INZs ist demzufolge an allen Plankrankenhäusern, die an der Notfallversorgung teilnehmen, festzulegen. Diese Standorte werden auch heute regelhaft von ambulanten Notfallpatienten aufgesucht.

Eine Übertragung der Entscheidung über die Zuordnung von Integrierten Notfallzentren (INZ) auf Krankenhäuser auf die Landesausschüssen nach § 90 SGB V ist nicht sinnvoll. In den Ausschüssen bilden Krankenkassen und niedergelassene Ärzte die Mehrheit. Durch die vorgesehene Mehrheitsentscheidung bei der Zuordnung würden Kassen und KVen maßgeblich über zukünftige Krankenhausstrukturen in Deutschland entscheiden. Dies steht im Widerspruch zur verfassungsrechtlichen Zuordnung der Zuständigkeit für die Krankenhausplanung auf die Länder.

### **Änderungsvorschlag**

Festlegung in § 123 (Neufassung), dass alle Plankrankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen, mit INZ ausgestattet werden, mindestens jedoch alle Krankenhäuser der Basisnotfallstufe.

Artikel 1, zu Nummer 13, § 123 Abs. 2 Satz 1

Artikel 1, zu Nummer 13, § 123 Abs. 2 Satz 4

### **Regelung**

Die INZ werden gemeinsam von der jeweilig zuständigen KV und dem Krankenhaus, welches die Voraussetzungen als INZ-Standort erfüllt, als wirtschaftlich und räumlich vom restlichen Klinikbetrieb abgegrenzte Einrichtung betrieben (§ 123 Abs. 2 Satz 1). Die Kassenärztliche Vereinigung erhält den Sicherstellungsauftrag für die notdienstliche Versorgung und damit gleichermaßen die fachliche Leitung der INZ (§ 123 Abs 2 Satz 4).

### **Bewertung**

Die KVen sind als Körperschaften öffentlichen Rechts keine medizinischen Leistungserbringer. Sie müssten nach dieser Regelung Ärzte rekrutieren, die in den neuen Ambulanzen, für welche letztlich die Krankenhäuser wirtschaftliches Risiko tragen, Leitungsfunktionen ausüben, ohne dass sie den Krankenhäusern unterstehen. Darüber hinaus werden bereits heute ambulante Notfalleistungen und viele andere ambulante Leistungen (ambulante Operationen, ASV-Leistungen, PIA-Leistungen etc.) unter der organisatorischen und ärztlichen Verantwortung der Krankenhäuser erbracht. Die Übertragung der fachlichen Leitung der INZ auf die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung ist folglich nicht sachgerecht.

Bei der Errichtung der INZs müssen hoch aufwändige Doppelstrukturen, welche die Konkurrenz um begrenzte Ressourcen verschärfen, vermieden werden. Auch deshalb ist es konsequent, die fachliche und organisatorische Verantwortung für die INZs auf die Krankenhäuser zu übertragen.

### **Änderungsvorschlag**

Festlegung in § 123 (Neufassung), dass die fachliche und organisatorische Verantwortung durch die Krankenhäuser in Kooperation mit der jeweiligen KV sichergestellt wird.