

STELLUNGNAHME

DES DEUTSCHEN HAUSÄRZTEVERBANDES E.V.

ZUM REFERENTENENTWURF DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT  
FÜR EIN GESETZ ZUR REFORM DER NOTFALLVERSORGUNG

07. FEBRUAR 2020

## A. VORBEMERKUNG

Zu dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung nehmen wir zu einzelnen Regelungen wie folgt Stellung.

- I. Art. 1 Nr. 5 – Notdienstliche Versorgung (§ 75 Absatz 1b i. V. m. § 123 Absatz 2 SGB V - E)
- II. Art. 1 Nr. 13 – Integrierte Notfallzentren (§ 123 SGB V - E)

## B. STELLUNGNAHME

### I. ART. 1 NR. 5 – NOTDIENSTLICHE VERSORGUNG (§ 75 ABSATZ 1B i. V. m. § 123 ABSATZ 2 SGB V - E)

Der vorliegende Referentenentwurf enthält eine Vielzahl von Maßnahmen und Instrumenten zur Reform der notdienstlichen Versorgung. Wir nehmen im Folgenden zu solchen Neuregelungen Stellung, die aus unserer Sicht überarbeitet und teilweise korrigiert werden müssen.

#### 1. Umsetzung des Sicherstellungsauftrags

Der Sicherstellungsauftrag gemäß § 75 Absatz 1 SGB V - E umfasst die vertragsärztliche Versorgung 24 Stunden täglich an sieben Tagen (24/7) in der Woche in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen hierbei gemäß § 75 Absatz 1b Satz 3 SGB V - E die notdienstliche Versorgung, insbesondere durch den Betrieb von Integrierten Notfallzentren (INZ) nach § 123 SGB V - E, sicher.

Nach dem Wortlaut in § 75 Absatz 1b Satz 3 SGB V - E obliegt der Sicherstellungsauftrag einzig und allein der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Insofern ist gleich zu Beginn unserer Stellungnahme darauf hinzuweisen, dass diese Systematik bzw. dieser Ansatz durch den Verweis auf § 123 SGB V - E und den dort geregelten gemeinsamen Betrieb der INZ mit den nach § 123 Absatz 2 Satz 2 SGB V - E durch die erweiterten Landesausschüsse zu bestimmenden Krankenhäuser durchbrochen wird. Zwar obliegt die fachliche Leitung der INZ der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, jedoch bedarf es eines zweiseitigen Vertragsverhältnisses zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und dem nach § 123 Absatz 2 Satz 2 SGB V - E bestimmten Krankenhaus zur Errichtung und zum Betrieb eines INZ. Durch die Regelung in § 123 Absatz 2 Sätze 1 und 5 SGB V - E wird der Sicherstellungsauftrag hinsichtlich der Implementierung der INZ auf zwei Vertragspartner verlagert – ein Regelungswiderspruch zwischen § 75 Absatz 1 SGB V - E und § 123 Absatz 2 SGB V - E, den es zu beheben gilt. Wenn der Sicherstellungsauftrag (alleine) bei Kassenärztlichen Vereinigungen liegt, dann müssen sie diesen Sicherstellungsauftrag auch alleine wahrnehmen können und dürfen nicht vom „Wohl und Wehe“ der Krankenhäuser abhängig sein. Dies gilt auch in Ansehung der in § 123 Absatz 2 SGB V - E bestimmten Schiedsregelung. Näheres zu Problematik der Regelungen in § 123 Absatz 2 bis 5 SGB V - E (gemeinsamer Betrieb der INZ in Form einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts) findet sich unter II. 4.

## 2. Personelle Ressourcen für die Realisierbarkeit des Sicherstellungsauftrags

Zunächst ist versorgungspolitisch zu hinterfragen, wie die personelle Besetzung von INZ sichergestellt werden kann. Patientinnen und Patienten profitieren im Bereitschaftsdienst grundsätzlich von einer Betreuung durch gut ausgebildete und erfahrene Hausärzte. Um die Koordination der Versorgung zu verbessern, empfiehlt auch der Sachverständigenrat, dass ein Hausarzt in der Regel der erste Ansprechpartner der Patientinnen und Patienten sein sollte, der einen leitliniengerechten Behandlungsverlauf im Blick hat (vgl. Kurzfassung des Gutachtens 2018, bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, S. 769, Ziffer 1334).

Sofern für einen erfolgreichen Betrieb von INZ Hausärztinnen und Hausärzte an der notdienstlichen Versorgung teilnehmen sollen, ist angesichts der bereits jetzt zum Teil herrschenden hausärztlichen Unterversorgung fraglich, wie der Sicherstellungsauftrag personell gewährleistet werden soll. Die Dringlichkeit der Fragestellung verstärkt sich vor dem Hintergrund, dass die notdienstliche Versorgung 24 Stunden an 7 Tagen der Woche gewährleistet werden soll. Dies betrifft einen nicht unbeachtlichen Zeitraum an Praxis- bzw. Sprechstundenzeiten, zu denen Hausärztinnen und Hausärzte ihre Patientinnen und Patienten in ihrer eigenen Praxis betreuen und versorgen. Ein „Abzug“ von Hausärztinnen und Hausärzten aus den eigenen Praxen zu den üblichen Praxis- und Sprechstundenzeiten kann kaum gewollt und sinnvoll sein, würde hierdurch die Versorgung des hausärztlichen Patientenstammes leiden und im Übrigen ein Eingriff in den wirtschaftlichen Betrieb der Hausarztpraxis stattfinden.

Sofern mit den INZ ausweislich der Begründung „neben den zugelassenen und ermächtigten Leistungserbringern zusätzliche Anlaufstellen der vertragsärztlichen Versorgung in medizinischen Notsituationen geschaffen werden“ sollen, was darauf schließen lassen könnte, dass die hausärztlichen Praxis- bzw. Sprechstundenzeiten unangetastet bleiben, stellt sich dennoch die Frage, wie die notdienstliche Versorgung in INZ während der regulären Sprechstundenzeiten personell gewährleistet werden soll. Sowohl in der ambulanten (haus-)ärztlichen als auch in der stationären Versorgung ist ein nennenswerter Mangel an ärztlichem und nichtärztlichem Personal zu beklagen, so dass nicht erkennbar ist, woher das zusätzliche, für die Besetzung der INZ erforderliche ärztliche Personal akquiriert werden soll. Diese Problematik verschärft sich schließlich vor dem Hintergrund, dass das ärztliche und nichtärztliche Personal in den INZ – aufgrund deren eigener Rechtspersönlichkeit (GbR, GmbH, etc.) – dort angestellt werden müssten, was wiederum mit Blick auf die jeweilige vertragsärztliche (selbständige oder nichtselbständige) Tätigkeit sowie die nichtselbständige Tätigkeit der Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus erhebliche (rechtliche) Schwierigkeiten nach sich ziehen würde.

## 3. Dispensierrecht, § 75 Absatz 1 b Satz 5 SGB V - E

Angesichts des mit dem vorliegenden Referentenentwurf verfolgten Ziels – der Weiterentwicklung der bisher weitgehend getrennten organisierten Versorgungsbereiche der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung zu einem System der integrierten Notfallversorgung voranzutreiben – erscheint es naheliegend, das INZ bzw. die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte mit einem Dispensierrecht auszustatten. Nur so kann gewährleistet werden, dass eine vollumfängliche Versorgung der Patientinnen und Patienten stattfindet.

Es bietet sich an, die in der notdienstlichen Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte mit einem Notfallsortiment an Medikamenten auszustatten, die an Patientinnen und Patienten ausgegeben werden dürfen. Auf diese Weise werden den Patientinnen und Patienten, je nach Standort der INZ, zusätzliche Anfahrtswege erspart und eine kurzfristige medikamentöse Erstversorgung sichergestellt, insbesondere außerhalb der Öffnungszeiten der Apotheken. Die bisherige Formulierung in § 75 Absatz 1 b Satz 5 SGB V - E, wonach die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesapothekerkammern in einen „Informationsaustausch“ über die Organisation der notdienstlichen Versorgung treten sollen, erscheint an dieser Stelle zu schwach, um die angestrebte Versorgung der Versicherten tatsächlich zu verbessern. Zielführender ist es, die in der notdienstlichen Versorgung tätigen Vertragsärzte mit einem Notfallsortiment an Medikamenten auszustatten und konkret die Berechtigung zur Abgabe an den Patientinnen und Patienten zu regeln. Geprüft werden sollte in diesem Zusammenhang auch, ob und inwiefern auf die jeweiligen Krankenhausapotheken zurückgegriffen werden kann.

## II. ART. 1 NR. 13 – INTEGRIERTE NOTFALLZENTREN (§ 123 SGB V - E)

### 1. Aufbau einer Parallelstruktur zu regulären Praxisöffnungszeiten

Ausweislich der Begründung müssen durch die Errichtung von INZ Patientinnen und Patienten zukünftig nicht mehr entscheiden, ob der vertragsärztliche Notdienst der KV oder die Notfallambulanz eines Krankenhauses die richtige Anlaufstelle sei, sondern können in allen medizinischen Notsituationen das jederzeit erreichbare INZ aufsuchen. Zugleich heißt es, dass mit den INZ „neben den zugelassenen und ermächtigten Leistungserbringern zusätzliche Anlaufstellen der vertragsärztlichen Versorgung in medizinischen Notsituationen geschaffen werden“ sollen.

Unklar bleibt an dieser Stelle, wann genau ein INZ aufzusuchen ist, und für welche Art von Notfällen (hier sollte es eine für die Patientinnen und Patienten verständliche und nachvollziehbare Abgrenzung von Not- und Akutfällen geben) ein INZ zukünftig zuständig sein soll. Gerade vor dem Hintergrund eines Rund-um-die-Uhr-Betriebs der INZ ist fraglich, ob der Patient während der regulären Sprechzeiten die ihn betreuende Hausarztpraxis aufsucht oder direkt ein INZ ansteuert, letzteres in der Hoffnung bzw. Erwartung, hier eine schnellere Behandlung zu erhalten. Gerade während der Öffnungszeiten einer Hausarztpraxis steht zu befürchten, dass – zumindest einzelne Patientinnen und Patienten die INZ als Alternative zur hausärztlichen Betreuung/Versorgung wahrnehmen, und der Patientenstamm – zumindest teilweise – so in die INZ „weggesteuert“ wird. Sinn und Zweck der INZ soll es jedoch gerade sein, der hohen Inanspruchnahme von Notfallambulanzen der Krankenhäuser auch bei leichteren Erkrankungen und Verletzungen entgegenzuwirken. Wenn INZ als erste Anlaufstelle in medizinischen Notsituationen dienen sollen, erscheint es nicht unwahrscheinlich, dass eine Verlagerung der Problematik von den Notfallambulanzen der Krankenhäuser auf die INZ erfolgt, und zudem eine Parallelstruktur zu den hausärztlichen Erstversorgerpraxen implementiert wird. Dieser Effekt kann so vom Gesetzgeber nicht gewollt sein. Erste Anlaufstelle in medizinischen Notsituationen (in denen die Patientin/der Patient die Hausarztpraxis noch ohne fremde Hilfe aufsuchen kann) während der regulären Praxisöffnungszeiten muss stets die eine Patientin/einen Patienten betreuende Hausarztpraxis sein, die diesen sodann weiter in die medizinisch erforderliche Versorgung steuert.

Zur bedarfsgerechten Steuerung von Patientenwegen empfiehlt der Sachverständigenrat u.a. die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) auszuweiten, da es zu einer effizienten und effektiven Versorgung von Patientinnen und Patienten im Facharztsektor beiträgt, wenn diese vom Hausarzt koordiniert und gezielt überwiesen werden (vgl. Kurzfassung des Gutachtens 2018, bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, S. 775).

Sinnvoll und notwendig erscheint daher eine Klarstellung, in welchen Fällen die INZ – zeitlich und fachlich – zuständig sind, und für welche medizinischen Versorgungssituationen Patientinnen und Patienten diese primär aufsuchen sollen. Auf die Bedeutung einer umfassenden Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten wird unter II.3 näher eingegangen.

## 2. Aufgabenbeschreibung des INZ, § 123 Absatz 1 SGB V - E

Der Aufgabenbeschreibung in § 123 Absatz 1 SGB V - E zufolge fungieren die INZ als zentrale Anlaufstellen für die Erbringung von Leistungen der notdienstlichen Versorgung und der Veranlassung der stationären Versorgung. Um den Grundsätzen „ambulant vor stationär“ und „Hausarzt vor Gebietsarzt“ gerecht zu werden, bedarf es einer klarstellenden Regelung dahingehend, dass Patientinnen und Patienten, für die aus medizinischer Sicht eine sofortige Versorgung nicht erforderlich ist, durch das INZ wieder in die gebotene medizinische Versorgungsstruktur – hier an den Hausarzt – zurückgesteuert (übergeleitet) werden. Dies gilt umso mehr für diejenigen Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Ersteinschätzung (sMED) nicht ärztlich untersucht und aus der INZ-Versorgung „ausgesteuert“ werden. Die aktuelle Formulierung berücksichtigt nur zwei Bereiche (Versorgung im INZ und Überleitung in die stationäre Versorgung), lässt die ambulante Versorgung (§§ 73, 73b und 140a SGB V) außen vor und stellt sich so als nicht umfassend dar.

## 3. Ausreichende Information der Versicherten über die Zuständigkeit von INZ (vgl. § 123 Absatz 5 SGB V - E)

Die Formulierung in § 123 Absatz 5 SGB V - E, wonach die Krankenkasse ihre Versicherten in geeigneter Weise über das nächstgelegene INZ und über die gemeinsamen Notfallleitsysteme nach § 133b SGB V - E informiert, erscheint nicht ausreichend, um Versicherte über die Zuständigkeit, Aufgaben und Funktion der INZ angemessen zu informieren. Versicherte sind zweifelsfrei durch die Krankenkasse über den Standort eines INZ zu informieren. Hiermit muss jedoch zwingend die Information verbunden sein, für welche Versorgungsbedarfe ein INZ zuständig ist. Der Versicherte ist insbesondere darüber aufzuklären, in welchen Fällen er das INZ (Notfall), oder aber seinen Hausarzt (Akutfall) aufsuchen soll. Andernfalls wird der Versicherte auch bei leichteren Erkrankungen/Verletzungen, die ohne Weiteres hausärztlich versorgt werden können, ein INZ aufsuchen, so dass es zu keiner Entlastung, sondern einem ungefilterten Zustrom auf die INZ kommen wird. Dem Versicherten muss bewusst sein, dass die Hausarztpraxis die erste Anlaufstelle während regulärer Praxiszeiten ist.

## 4. Einzelne Rechtsfragen - § 75 Absatz 1b i. V. m. § 123 Absatz 2 SGB V - E

In Zusammenhang mit dem den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegenden Sicherstellungsauftrag gemäß § 75 Absatz 1b SGB V - E und der konkreten Ausführung insbesondere durch

den Betrieb von INZ nach § 123 Absatz 2 SGB V - E stellt sich neben den bereits aufgeworfenen Fragestellungen eine Vielzahl weiterer Fragen, die einer gesetzgeberischen Klarstellung bedürfen:

Der Sicherstellungsauftrag hinsichtlich der notdienstlichen Versorgung obliegt gemäß § 75 Absatz 1b SGB V der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung durch den Betrieb von INZ nach § 123 SGB V - E sowie durch einen telemedizinischen und einen aufsuchenden Bereitschaftsdienst sicher. Gemäß § 123 Absatz 2 Satz 1 SGB V - E werden die INZ wiederum von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung **gemeinsam** mit den nach Satz 2 bestimmten Krankenhäusern als räumlich und wirtschaftlich von diesen abgegrenzten Einrichtungen errichtet und betrieben. Konkret bedeutet dies, dass der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung der Sicherstellungsauftrag alleinig obliegt, sie sich zur Erfüllung desselben jedoch eines Dritten – einem Krankenhaus – bedienen muss. Unklar ist in diesem Zusammenhang die (rechtliche) Rolle des jeweiligen Krankenhauses im Verhältnis zu der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung: Offensichtlich wird die räumliche Nähe zu einem Krankenhaus genutzt, wahrscheinlich um von Patientinnen und Patienten als bekannte Strukturen wahrgenommen zu werden. Räumlich und wirtschaftlich sollen die INZ jedoch unabhängig vom jeweiligen Krankenhaus sein. Es stellt sich die Frage, welches Rechtsverhältnis zwischen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung und dem Krankenhaus hinsichtlich des INZ existieren soll. Unklar ist, ob beide (Vertrags-) Partner eine Art Betreibergesellschaft für das INZ errichten, im Weiteren, welche Rechtsform für das Konstrukt des INZ zu wählen ist. Die Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) entsteht hierbei rein faktisch, sobald sich zwei oder mehrere Personen(-gesellschaften) zusammenschließen und einen gemeinsamen Zweck verfolgen. So, wie das Gesetz jetzt angelegt ist, spricht vieles dafür, dass durch den Kooperationsvertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den nach § 123 Absatz 2 Satz 2 SGB V - E bestimmten Krankenhäusern ein gesellschaftsrechtliches Verhältnis begründet wird und das INZ dann eine eigenständige – neue – Versorgungseinheit darstellt. Hierfür sprechen auch die Regelungen in § 123 Absatz 4 SGB V - E („Die Leistungen des INZ ...werden nach Maßgabe dieses Absatzes vergütet“ oder „... die Vorhaltekosten für das INZ ...“). Die jetzt gewählte Systematik bzw. Konstruktion muss dringend überarbeitet werden, denn die Kassenärztlichen Vereinigungen können nach hiesigem Verständnis den ihnen obliegenden Sicherstellungsauftrag nur dann wahrnehmen, wenn sie Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zum (Not-)Dienst in ein INZ verpflichten können; diese zu verpflichten, als angestellte Ärztin oder Arzt in einem INZ zu arbeiten, dürfte (rechtlich) nicht darstellbar sein.

Bleibt es bei der jetzt gewählten Konstruktion, ergeben sich eine Menge von rechtlichen (insbesondere vertragsarztrechtlichen, gesellschaftsrechtlichen, arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen, berufsrechtlichen, haftungsrechtlichen) und tatsächlichen Problemen, die erwarten lassen, dass die guten Ansätze des Gesetzentwurfs am Ende nicht umsetzbar sind und damit die Ziele des Reformgesetzes nicht erreicht werden. Neben den oben beschriebenen Schwierigkeiten auf Seiten der Kassenärztlichen Vereinigungen, ergeben sich solche auch an ganz anderer Stelle: aufgrund räumlicher Nähe zwischen Krankenhaus und INZ muss auch über die Frage nachgedacht werden, ob Klinikärzte, die in einem INZ tätig werden, sich nicht mit den Tatbestandsvoraussetzungen des § 299a StGB konfrontiert sehen.

Aus Patientensicht muss zudem für den Fall, dass eine Patientin oder ein Patient ein INZ aufsucht und ärztliche Leistungen in Anspruch nimmt, zuverlässig geklärt sein, mit wem der

Behandlungsvertrag zustande kommt, ebenso die Frage der Haftung für mögliche Ansprüche aus ärztlicher Tätigkeit, so zum Beispiel, ob es zu einer möglichen (gesamtschuldnerischen) Haftung von behandelndem Arzt, INZ oder gar KV kommt.

Abschließend weisen wir darauf hin, dass datenschutzrechtliche Fragen nicht Gegenstand dieser Stellungnahme sind, wohlwissend, dass auch insoweit einige Fragen auftauchen werden, die bei der Ausarbeitung des Entwurfs noch nicht bedacht wurden.

Eine Ergänzung unserer Stellungnahme behalten wir uns vor.

### **Ansprechpartner:**

Deutscher Hausärzterverband e.V. | Edmund-Rumpler-Straße 2 | 51149 Köln | [www.hausaerzterverband.de](http://www.hausaerzterverband.de)

Bundesvorsitz: ✉ [ulrich.weigeldt@hausarztverband.de](mailto:ulrich.weigeldt@hausarztverband.de) | ☎ 030 88714373-30

Geschäftsführung und Justizariat: ✉ [joachim.schuetz@hausarztverband.de](mailto:joachim.schuetz@hausarztverband.de) | ☎ 02203 97788-03