

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

### Vorbemerkung:

Mit der Schaffung eines integrierten Konzeptes für die strukturierte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Patientinnen und Patienten im Notfall wird der vorliegende Referentenentwurf den Erfordernissen einer zwingend notwendigen Neustrukturierung der Notfallversorgung grundsätzlich gerecht. Dies ist ungeachtet noch vorhandenen Klärungsbedarfes in Detailfragen schon insofern zu begrüßen, als es in der Vergangenheit bei politischen Lösungsansätzen stets primär darum ging, auf begrenzte Ressourcen in der Versorgung einseitig durch Regulierungen auf Leistungserbringerseite zu reagieren. Der Entwurf berücksichtigt im Kern die entscheidende Herausforderung, die für den Lösungsansatz erforderlichen Strukturen in echter Kooperation zwischen dem ambulanten und stationären Sektor zu gestalten und diese sektorübergreifend extrabudgetär einheitlich zu finanzieren. Dass die neu zu schaffenden ambulanten Strukturen der Notfallversorgung direkt den entsprechenden Strukturen an auszuwählenden geeigneten Krankenhäusern vorgeschaltet und örtlich so angesiedelt werden sollen, dass eine unmittelbare Zuordnung der Patienten erfolgen kann, ist ebenfalls als sachgerecht zu bezeichnen. So ist die Voraussetzung dafür geschaffen, dass ambulant behandelbare Fälle zeitnah auch tatsächlich ambulant versorgt werden und nicht die Behandlung schwerer Notfälle verzögern.

Dieses grundsätzlich vorausgeschickt sieht der Hartmannbund allerdings im Sinne einer realistischen Umsetzbarkeit des Gesetzesvorhabens im Detail noch Handlungs- bzw. Klärungsbedarf. Dies gilt unter anderem mit Blick auf eine – organisatorisch wie auch medizinisch erforderliche – reibungslose Zusammenarbeit der beteiligten Parteien sowie die klare Zuordnung von Zuständigkeiten und Verantwortung. Nur so und auf Basis der Zurverfügungstellung hinreichender finanzieller Mittel ist eine unter Versorgungsaspekten solidarische und unter medizinischen Gesichtspunkten angemessene Steuerung der Inanspruchnahme von Leistungen im Notfall bei gleichzeitiger Berücksichtigung auch personeller Ressourcen der Sektoren erreichbar.

### Stellungnahme:

Die Einführung eines rund um die Uhr in lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Notsituationen unter der Rufnummer 112 und in allen anderen Fällen unter 116 117 erreichbaren Gemeinsamen Notfallsystems (GNL) mit zentraler telefonischer Lotsenfunktion ist zu begrüßen. Neben der Notrufnummer 112 ist es inzwischen gelungen, auch die Bereitschaftsdienstnummer 116 117, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen mit hohem personellen, organisatorischen aber vor allem auch finanziellem Aufwand entsprechend zu etablieren. Positiv zu bewerten im Sinne einer Patientensteuerung ist vor allem die organisatorische Zusammenschaltung respektive Interoperabilität beider Rufnummern und die entsprechende, digital vernetzte und zentral gesteuerte,

*Gemeinsames  
Notfallsystem  
(GNL)*

Patientenzuordnung auf Basis eines qualifizierten, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens. Bereits jetzt läuft dieses Verfahren erfolgreich im Bereitschaftsdienst. Die vorgesehene digitale Erfassung und Echtzeitübertragung der jeweiligen medizinischen Notfalldaten zur Weiterversorgung sowie der Überblick über verfügbare Ressourcen und Versorgungskapazitäten der Beteiligten dürften aus Sicht des Hartmannbundes die Notfallversorgung weiter positiv beeinflussen.

Der Hartmannbund begrüßt zudem die Einrichtung Integrierter Notfallzentren (INZ) als zentrale, jederzeit zugängliche Einrichtungen der medizinischen Notfallversorgung (24/7) an dafür geeigneten Krankenhausstandorten – soweit diese wirklich, wie im Entwurf vorgesehen, von den Patienten als erste Anlaufstelle im Notfall wahrgenommen werden. Allerdings erscheint es notwendig, die INZ-Leistungsbeschreibung – *„erbringen eine qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs der Hilfesuchenden sowie die aus medizinischer Sicht unmittelbar erforderliche notdienstliche Versorgung oder veranlassen eine stationäre Versorgung“* mit Blick auf die Schnittstelle zu den Notfallambulanzen der Krankenhäuser zu präzisieren. Aus Sicht des Hartmannbundes bedarf es einer eindeutigen Definition, ob das INZ und die Notfallambulanz nebeneinander arbeiten sollen und wenn ja, mit welchem Aufgabenspektrum – kurz, welche Aufgabe nach den Vorstellungen der Gesetzesautoren in dem künftigen System die Krankenhaus-Notfallambulanzen genau erfüllen sollen.

*Integrierte  
Notfallzentren  
(INZ)*

Positiv hervorzuheben ist die Aufnahme des Rettungsdienstes als Teil der Notfallversorgung, aber doch eigenständige Leistung der medizinischen Notfallrettung in das SGB V. Besonders die Trennung in Fahr-/Transportleistung und Behandlungsleistung dürfte, nachdem Rettungsdienstleistungen bisher grundsätzlich nur vergütet wurden, wenn der Patient letztlich in ein Krankenhaus gebracht wurde, künftig für deutlich weniger nicht notwendige Krankenseinweisungen sorgen.

*Rettungsdienst*

Nicht hinreichend berücksichtigt ist nach Überzeugung des Hartmannbundes ein erforderliches Informationskonzept für Patientinnen und Patienten. Dass es ausreicht, den Krankenkassen die Aufgabe zu übertragen, *„in geeigneter Weise über das nächstgelegene INZ und über die gemeinsamen Notfallsysteme“* zu informieren, darf angesichts der gravierenden Umwälzungen im System der medizinischen Notfallversorgung bezweifelt werden. Hier wird es umfassenderer Anstrengungen – auch seitens der öffentlichen Hand – bedürfen, um das neue System gesellschaftlich zu etablieren und in der Umsetzung gangbar zu machen.

*Information der  
Patienten*

Nach dem Gesetzentwurf soll der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) künftig *„die vertragsärztliche Versorgung 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist (notdienstliche Versorgung)“* umfassen. *„Ausgenommen davon ist die notärzt-*

*Sicherstellungs-  
auftrag der  
Kassenärztlichen  
Vereinigungen  
(KVen)*

*liche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die notdienstliche Versorgung durch den Betrieb von integrierten Notfallzentren sowie durch einen telemedizinischen und einen aufsuchenden Bereitschaftsdienst sicher.“*

Eine solche Ausweitung des Sicherstellungsauftrages ist in der Sache sinnvoll und folgt der Grundlogik des politischen Vorhabens. Allein beantwortet dies nicht die Frage, ob eine solche Ausweitung – neben dem ohnehin bestehenden Versorgungsauftrag durch Vertragsarztpraxen – durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) umsetzbar ist oder nur durch zusätzliche Kooperationen sichergestellt werden kann. Darüber hinaus erscheint es aus Sicht des Hartmannbundes nicht zielführend, die „notdienstliche Versorgung [...] durch einen telemedizinischen und einen aufsuchenden Bereitschaftsdienst“ als zweiten Notfallversorgungsbereich, separat neben den neuen Notfallversorgungsstrukturen (INZ und GNL) und mit separaten Vergütungsregelungen (siehe unten), zu betreiben: Der „telemedizinische Bereitschaftsdienst“ kann aus Sicht des Hartmannbundes unproblematisch in das GNL und die dort vorgenommene Ersteinschätzung eingegliedert werden, und auch der Hausbesuchsdienst sollte von dort koordiniert werden – was im Übrigen auch bisher in verschiedenen KV-Bereichen über die Rufnummer 116 117 so gehandhabt wird.

Zur Bestimmung der Anzahl und Standorte der INZ soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien verbindliche bundesweit einheitliche bedarfsbezogene Planungsvorgaben mit Kriterien wie Erreichbarkeit, Versorgungsdichte, Qualitätsanforderungen und Ausstattung beschließen. Hierbei bleibt abzuwarten, inwieweit angesichts der zu erwartenden konträren Vorstellungen der Mitglieder des G-BA – insbesondere zum Umfang der von INZ zu erbringenden notdienstlichen Versorgung – klare und unstrittige Vorgaben erreichbar sind. Hier wäre aus Sicht des Hartmannbundes eine Präzisierung seitens des Gesetzes wünschenswert und hilfreich.

Darüber hinaus befürchtet der Hartmannbund, dass die in den Richtlinien des G-BA festzulegenden Ausnahmetatbestände, nach denen ein Krankenhaus in „*zwingend erforderlichen Fällen*“ auch ohne Erfüllung der vom G-BA festgelegten Voraussetzungen und obwohl es nicht in die höchste, regional verfügbare Stufe einzuordnen ist, als Standort eines INZ festgelegt werden kann, in den erweiterten Landesausschüssen zu sehr „weichen“ Regelungen führen und damit das eigentliche Ziel der Reform konterkarieren könnte. Dies, zumal Portalpraxen mit vom erweiterten Landesausschuss festgelegten Übergangsfristen weiterbetrieben werden können, auch wenn das Krankenhaus kein INZ bekommt. Auch dieser Passus tangiert das künftige Nebeneinander (und die Abgrenzung) von INZ und anderen Notfallversorgungsstrukturen.

*Richtlinien des  
Gemeinsamen  
Bundesausschus-  
ses (G-BA)*

*erweiterte  
Landes-  
ausschüsse*

INZ sollen von der zuständigen KV gemeinsam mit den jeweiligen Krankenhäusern als räumlich und wirtschaftlich von diesen abgegrenzte Einrichtungen errichtet und betrieben werden. Hierzu bedarf es aus Sicht des Hartmannbundes einer klaren Definition der Begriffe „räumlich und wirtschaftlich abgegrenzt“. Dazu sollte die Regelung um entsprechende Vorgaben zu Rechtsform, geltenden Rechtskreisen (ambulant/stationär) und Leitungsstrukturen (analog den gesetzlichen Vorgaben zu MVZ) ergänzt werden. Diese Vorgaben bedarf es auch hinsichtlich der zu erzielenden Vereinbarungen zwischen KV und Krankenhaus zur wirtschaftlichen und organisatorischen Ausgestaltung des INZ und zur diesbezüglichen Umsetzung. Auch wenn diese Kooperationsvereinbarungen letztlich schiedsfähig sind, braucht es zur Vermeidung langwieriger Streitigkeiten klare Rahmenbedingungen.

*Betreibung der INZ*

Die vom Gesetzentwurf vorgesehene Festlegung auf die fachliche Leitung des INZ durch die jeweilige KV wird vom Hartmannbund als problematisch betrachtet. Sie folgt zwar der grundsätzlich nachvollziehbaren Intention, unerwünschten Einflüssen durch wirtschaftliche Interessen vorzubeugen und wird zudem mit der Übertragung des Sicherstellungsauftrages für die notdienstliche Versorgung an die KVen begründet. Allerdings dürfte dies in der praktischen Umsetzung an Grenzen stoßen. Deshalb erscheint es dem Hartmannbund sinnvoll, die Klärung dieser Frage – im Sinne des Leitgedankens einer stärkeren Subsidiarität – den Vertragspartnern im Rahmen ihrer Kooperationsvereinbarungen zu überlassen.

*fachliche Leitung der INZ*

Ausdrücklich begrüßt wird die vorgesehene Vergütung der Leistungen der INZ außerhalb der Gesamtvergütung (extrabudgetär), eine langjährige Forderung des Hartmannbundes im Rahmen der Notfallversorgung. Entsprechend unserer Auffassung einer unteilbaren Notfallversorgung (siehe oben) sollten jedoch auch die anderen Notfallversorgungsbestandteile – der telemedizinische und der aufsuchende Bereitschaftsdienst –, die der Gesetzentwurf weiterhin bei den KVen belassen möchte, in die vorgesehene extrabudgetäre Vergütung einbezogen werden, da anderenfalls Ausweich- und Umverteilungseffekte zu befürchten sind. Dies würde auch die Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) – was grundsätzlich als sachgerecht eingeschätzt wird – vereinfachen. In diesem Fall wäre der gesamte Bereich der über die MGV finanzierten Notfallversorgung zu bereinigen und extrabudgetär weiterzuentwickeln. Umverteilungseffekte würden minimiert.

*extrabudgetäre Vergütung der Leistungen der INZ*

Die Aufteilung der Vergütung in eine Grundpauschale, die die Vorhaltekosten für das INZ unabhängig von der Anzahl der behandelten Patienten abdeckt, und nach Schweregrad differenzierte Pauschalen je Inanspruchnahme wird als sachgerecht eingeschätzt. Hier würde sich der Hartmannbund allerdings präzisere Vorgaben insbesondere zu den Vorhaltekosten, die darunter subsummiert werden sollen, und zum Schweregrad wünschen.

*EBM-Pauschalen*