



**Stellungnahme**  
des  
**Marburger Bund Bundesverbandes**

zu dem

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

**Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung**

(Stand Referentenentwurf: 08.01.2020)

Reinhardtstraße 36  
10117 Berlin  
Tel. 030 746846 – 0  
Fax 030 746846 – 16  
[bundesverband@marburger-bund.de](mailto:bundesverband@marburger-bund.de)  
[www.marburger-bund.de](http://www.marburger-bund.de)

Berlin, 07. Februar 2020

## **Allgemeine Bewertung des Referentenentwurfs**

Das mit dem Referentenentwurf vorgelegte Reformvorhaben zielt auf eine integrierte Notfallversorgung, die durch eine verbindliche Kooperation aller handelnden Akteure des Rettungsdienstes, der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhäuser erreicht werden soll.

Dieses Ziel wird vom Marburger Bund unterstützt. Bereits im Mai 2017 haben wir Eckpunkte für eine Strukturreform der medizinischen Notfallversorgung vorgelegt, die auf eine Entlastung der Krankenhausnotaufnahmen durch eine bessere Steuerung der Patientenversorgung zielt. Hierfür bedarf es aus unserer Sicht einer guten Verknüpfung der Sektoren und einer integrativen ärztlichen Tätigkeit.

Wir teilen die Ausführungen im Referentenentwurf, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Notdienstversorgung durch den Ausbau des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes, die Einrichtung einer bundesweiten Notdienstnummer sowie Kooperationen mit Krankenhäusern in den letzten Jahren weiterentwickelt haben. Gleichwohl sehen wir anknüpfend an diese Entwicklung weiteren Verbesserungsbedarf in der Strukturierung und Vernetzung. Deshalb begrüßen wir die Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit, das System so weiterentwickeln zu wollen, dass eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme durch Patientinnen und Patienten erfolgt und der hohen Inanspruchnahme von Notfallambulanzen der Krankenhäuser entgegengewirkt wird.

Der Referentenentwurf beinhaltet dazu richtige Ansatzpunkte, wie Anlaufstellen am Krankenhaus, Ersteinschätzung von Notfallpatienten auf der Grundlage eines einheitlichen standardisierten Systems und die Einbindung des Rettungsdienstes.

Die vorgesehene Ausgestaltung ist in wesentlichen Teilen für uns allerdings nicht tragfähig. Festzustellen sind erhebliche rechtliche Ungenauigkeiten und Konstruktionsmängel. In der praktischen Umsetzung würden die geplanten Instrumente und Verfahren aus unserer Sicht nicht zu dem gesteckten Ziel führen. Wir sehen stattdessen neue Hürden und eine Gefährdung der flächendeckenden ambulanten Notfallversorgung der Bevölkerung. Bereits heute verzeichnen wir einen erheblichen Konzentrationsprozess der ambulanten Strukturen, der im Wesentlichen dem fehlenden personellen Nachwuchs geschuldet ist. Eine weitere Konzentration würde insbesondere zu Lasten der Bevölkerung in strukturschwachen bzw. ländlichen Regionen gehen.

### **„Integrierte Notfallzentren“**

Unsere Bedenken betreffen insbesondere die Errichtung und den Betrieb von Integrierten Notfallzentren (INZ) in der vorgesehenen Form.

Wir unterstützen den Gedanken einer integrativen Notfallversorgung nachdrücklich. Dazu erachten wir es für grundsätzlich sinnvoll, die ambulante und die stationäre Notfallversorgung zentral „unter einem Dach“ zu organisieren. Zentrale Anlaufstellen und ein koordiniertes Vorgehen der Beteiligten können die Notaufnahmen der Krankenhäuser entlasten und eine medizinisch sinnvolle Inanspruchnahme der Notfallversorgung fördern. Die gesetzliche Vorgabe verbindlicher Standards für eine integrierte Notfallversorgung ist dafür sinnvoll und

hilfreich. Wir halten es allerdings aus fachlicher und rechtlicher Sicht nicht für sinnvoll, wenn zur Zusammenarbeit des Notdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung und der Notfallambulanz des Krankenhauses räumlich und wirtschaftlich abgegrenzte Einrichtungen errichtet und betrieben werden müssen.

Mit einem solchen Konstrukt würde eine gänzlich neue Versorgungseinheit mit eigener Rechtsform entstehen. Abgesehen von den damit verbundenen Fragestellungen würde regionale Erfordernissen und bereits vorhandenen, bewährten Strukturen sowie unterschiedlichen personellen Ressourcen kaum mehr Rechnung getragen werden können. INZ-Strukturen in der angedachten Form würden folglich neue Probleme schaffen, statt die bestehenden zu lösen.

### **Standortauswahl und -Festlegung**

Änderungsbedarf sehen wir ebenso hinsichtlich der geplanten Auswahl der INZ-Standorte. Das Ministerium plant ausweislich der Begründung des Referentenentwurfes eine drastische Reduzierung der bestehenden Anzahl der ambulanten Notfallstandorte an den Krankenhäusern. So sollen nach dem Referentenentwurf insbesondere nur die Krankenhäuser ausgewählt werden, welche die Anforderungen der erweiterten Stufe 2 oder der umfassenden Stufe 3 der Notfallversorgung nach den G-BA Vorgaben erfüllen. Das wären ca. 241 Standorte bundesweit. Eine derart massive Begrenzung der ambulanten Notfallstrukturen geht zu Lasten der Patienten. Die alleinige Versorgung in Integrierten Notfallzentren würde dem regionalen Versorgungsbedarf nicht gerecht werden. Wenn zukünftig nur noch entfernte Integrierte Notfallzentren entscheiden sollen, wo und wie die Patienten behandelt werden, wird das zu erheblichen Engpässen mit langen Wartezeiten führen. Die Kapazitäten dieser Einrichtungen würden gar nicht ausreichen, die große Masse der ambulanten Patienten zu versorgen. Erforderlich sind daher gesetzliche Leitplanken, um eine für die Notfallversorgung ausreichende Zahl von Standorten zu gewährleisten. Mindestens müssen aus unserer Sicht auch Krankenhäuser der Stufe 1 als INZ-Standort festgelegt werden.

### **Beteiligung der Ärzteschaft**

Eine Umstrukturierung der Notfallversorgung wird nach den Ausgestaltungsvorschlägen im Referentenentwurf konsequent zu einer relevanten Veränderung der Krankenhauslandschaft führen. Dies erfordert eine gleichberechtigte Beteiligung der Krankenhausärzte, der Krankenhäuser und der für die Krankenhausplanung zuständigen Länder. Der Referentenentwurf sieht eine solche weder für die Organisation und den Betrieb von INZ noch für die Standortwahl für INZ vor. Auch hier sehen wir Änderungsbedarf. Insbesondere ist die vorgesehene Stimmgewichtung im erweiterten Landesausschuss nicht sachgerecht. Die Landesärztekammern müssen im erweiterten Landesgremium diesbezüglich beteiligt sein, da sie laut Heilberufe-Kammergesetzen für die Notfallversorgung mit verantwortlich und für die zwingend notwendige Berücksichtigung der Weiterbildungsthemen unerlässlich sind. Bei der Standortwahl ist den regionalen medizinischen Gegebenheiten und Erfordernissen Rechnung zu tragen.

### **Bundeseinheitliche Vorgaben durch den Gemeinsamen Bundesausschuss**

Insbesondere für die Ausgestaltung der neu zu schaffenden „Integrierten Notfallzentren“ ist vorgesehen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss entsprechende Vorgaben für Strukturen sowie Qualitäts- und Personalanforderungen schafft. Aus unserer Sicht sollten sich diese, sofern überhaupt erforderlich, auf ein vertretbares Minimum beschränken, zumal die

Beratungs- und Beschlussverfahren aus formellen Gründen mit einem erheblichen zeitlichen Vorlauf verbunden sein werden.

### **Vergütung**

Für rechtlich nicht haltbar und auch angesichts der geplanten Reduzierung der Versorgungsdichte verfehlt halten wir den Vorschlag eines 50-prozentigen Vergütungsabschlags für ambulant erbrachte Akutversorgung durch Krankenhäuser, die kein INZ betreiben dürfen. Vergütung ist die finanzielle Gegenleistung für eine erbrachte Leistung. Krankenhäuser und die darin tätigen Ärztinnen und Ärzte sind zur Abklärung von Notfällen rechtlich verpflichtet, sie können sich der Leistungserbringung nicht entziehen. Mit dem Vergütungsabschlag intendiert der Referentenentwurf eine Steuerungswirkung. Die würde aber in letzter Konsequenz dazu führen, dass Patienten, die um eine Notfallbehandlung im Krankenhaus ersuchen, abgewiesen werden müssten.

### **Gemeinsames Notfalleitsystem**

Positiv zu werten ist, dass mit dem Gemeinsamen Notfalleitsystem die Zusammenarbeit von Rettungsleitstellen und Kassenärztlichen Vereinigungen einen verbindlichen Charakter bekommen soll. Die Einbeziehung des Rettungsdienstes ist ein wesentlicher Faktor für das Gelingen einer integrativen Notfallversorgung. Die Vernetzung zwischen den Rufnummern 112 und 116117 mit einer klaren Regelung zu Übergabepunkten und Schnittstellen (z.B. Quereinstiegsnummern) ist einer der zentralen Bausteine, um im Patienteninteresse die geeignete Versorgungsform schnellstmöglich zu identifizieren. Das System kann aber nur dann funktionieren, wenn die medizinische Ersteinschätzung überall nach den gleichen Kriterien erfolgt und auch die Rufnummer 116117 des vertragsärztlichen Notdienstes annähernd die gleiche Bekanntheit hat wie die Rufnummer 112 der Rettungsdienste. Zugleich ist die zeitnahe Erreichbarkeit beider Telefonnummern für die Patienten sowohl aus medizinischen Gründen entscheidend, als auch notwendig um die erwünschte Steuerungswirkung erzielen zu können.

### **Zeitschiene**

Wenn das im Referentenentwurf dargestellte Konzept umgesetzt würde, käme es zumindest in den nächsten zwei Jahren zu gar keinen Veränderungen in den Notaufnahmen. Im Gegenteil würden die angestoßenen positiven Entwicklungen regional nicht weiter verfolgt. Für alle Maßnahmen des Gesetzes soll der GBA entsprechende Vorgaben beschließen. Die Frist von 18 Monaten für die Umsetzung beginnt mit der Verkündung des Gesetzes. Danach haben die Landesausschüsse weitere sechs Monate Zeit, die Standorte für die INZ festzulegen. Erst danach beginnen die Verhandlungen der regionalen KVen mit den ausgewählten Krankenhausstandorten. Das neue Notfallsystem wird also voraussichtlich frühestens gegen Ende des Jahres 2022 greifen können.

### **Notwendige Rahmenbedingungen schaffen**

Erst im Jahr 2016 wurden mit dem Krankenhausstrukturgesetz Portalpraxen eingeführt. Heute werden mehr als 770 Portalpraxen/Bereitschaftsdienstpraxen in unmittelbarer Nähe oder auf dem Gelände eines Krankenhauses bundesweit betrieben. Organisation und Struktur orientieren sich dabei an den Gegebenheiten vor Ort. Es wäre aus unserer Sicht im Sinne einer Weiterentwicklung zielführender, anstelle der Implementierung einer gänzlich neuen Systematik den positiven Ansätzen und Erfahrungen aus den zahlreich bereits bestehenden Kooperationen einen verbindlichen gesetzlichen Rahmen zu geben. Dies würde den

Beteiligten den notwendigen regionalen Gestaltungsspielraum geben und wäre zudem schneller umsetzbar.

Als Grundlage für eine Weiterentwicklung könnte das vom Marburger Bund zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erarbeitete Konzept zur Reform der Notfallversorgung herangezogen werden, das aus ärztlicher Perspektive Wege zu einer Neuordnung aufzeigt. Wichtige Ansatzpunkte sind die Einrichtung gemeinsamer Anlaufstellen von Vertrags- und Krankenhausärzten und eine Ersteinschätzung von Notfallpatienten auf der Grundlage eines einheitlichen standardisierten Systems. Zu diesen beiden Aspekten liegen gemeinsam entwickelte Gütekriterien vor, die notwendige Strukturen und Abläufe zentraler Anlaufstellen und Anforderungen an eine standardisierte Ersteinschätzung von Notfallpatienten definieren. Das gemeinsame KBV-MB-Konzept fügen wir als Anlage dieser Stellungnahme bei (**Anlage**).

Bundeseinheitliche Regelungen sollten dazu die notwendigen Rahmenbedingungen und einheitliche Standards schaffen, um in einzurichtenden Anlaufstellen am Krankenhaus die Versorgung zielgerichtet zu steuern und gleichzeitig die Ressourcen der medizinischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowohl im stationären als auch vertragsärztlichen Bereich optimal einzusetzen.

Der Marburger Bund stimmt mit dem Referentenentwurf darin überein, dass die bestmögliche Versorgung von Menschen in medizinischen Notfällen zu den zentralen Aufgaben des Gesundheitswesens gehört. Deshalb sind grundlegende Änderungen in folgenden wesentlichen Teilen des Referentenentwurfes zwingend erforderlich:

## **Zu den Schwerpunkten des Referentenentwurfes im Einzelnen**

### **Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 75 Abs. 1b SGB V)**

Der bisherige Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen soll hinsichtlich der ambulanten Notfallversorgung neu gefasst werden. Anstelle der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten, ist eine notdienstliche Versorgung durchgängig das heißt 24 Stunden täglich an sieben Tagen der Woche durch den Betrieb von INZ sowie durch einen telemedizinischen und einen aufsuchenden Bereitschaftsdienst sicherzustellen. Entsprechend der bisherigen Rechtslage wird die notdienstliche Versorgung als vertragsärztliche Leistung erbracht. Die Organisation der notdienstlichen Versorgung obliegt dabei der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung.

Die Möglichkeit einer durchgehenden notdienstlichen Versorgung ist aus Sicht des Marburger Bundes ausdrücklich wünschenswert, weil sie dazu beitragen kann, die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu entlasten. Mehrere Erhebungen belegen, dass in der Regel die Zahl der wartenden und behandelten Patienten tagsüber deutlich höher ist als nachts. Sie ist werktags höher als am Wochenende und sie ist während der Praxisöffnungszeiten höher als außerhalb der Praxisöffnungszeiten (Mittwoch- und Freitagnachmittag, nachts und am Wochenende) (vgl. u.a. Zi-Paper 2017).

Die vorgesehene weitergehende Konkretisierung des Versorgungsauftrages ist grundsätzlich zu begrüßen. Dies gilt insbesondere für die Verortung der notdienstlichen Versorgung am Krankenhaus (INZ). Richtig und wichtig ist es zudem, dass der Auftrag zur Sicherstellung eines aufsuchenden Bereitschaftsdienstes klargestellt wird.

Insgesamt stellen wir uns aber die Frage, wie der erforderliche hohe personelle Ressourceneinsatz zur Erfüllung dieses neuen Sicherstellungsauftrages allein durch die Vertragsärzte gedeckt werden soll.

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

Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen gem. § 75 Abs. 1b SGB V des Referentenentwurfes die notdienstliche Versorgung durch den Betrieb von integrierten Notfallzentren sicher. INZ sind in der vorgesehenen gesetzlichen Definition (§ 75 und 123 SGB V) fachlich geleitete Einrichtungen, die wie Vertragsärzte an der ambulanten Notfallversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmen.

Mit INZ soll folglich neben den zugelassenen und ermächtigten Leistungserbringern ein zusätzlicher Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung für das ambulante Notfalleistungsspektrum geschaffen werden.

Die Teilnahme von INZ an der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt gemäß § 123 SGB V aufgrund der Standortfestlegung des erweiterten Landesausschusses und nach Maßgabe der Vorgaben des G-BA sowie der Kooperationsverträge zwischen den Krankenhäusern und den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen.

Gegen ein solches Konstrukt bestehen in seiner vorliegenden Ausgestaltung aus unserer Sicht erhebliche rechtliche Bedenken. Zudem fördern die damit verbundenen Umsetzungsprobleme weder die Zusammenarbeit der Vertragsärzte und der Krankenhäuser noch sind sie wirtschaftlich sinnvoll:

### **Errichtung und Betrieb**

Integrierte Notfallzentren sollen nach der Formulierung des § 123 Abs. 2 SGB V im Referentenentwurf von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemeinsam mit den bestimmten Krankenhäusern als räumlich und wirtschaftlich von diesen abgegrenzten Einrichtungen errichtet und betrieben werden.

Der Betrieb des INZ soll als originäre Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung in Ausfüllung ihres gesetzlichen Auftrags (§§ 75 neu und 123 neu) und die Mitwirkung des Krankenhauses im Wesentlichen im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung erfolgen.

Der Referentenentwurf bleibt sowohl im Gesetzestext als auch in seiner Begründung unklar, wie diese Strukturen rechtlich geschaffen werden sollen. Als Rechtsgrundlage wird lediglich auf eine zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhaus abzuschließende Kooperationsvereinbarung hingewiesen.

Kooperationsvereinbarungen können sowohl gesellschaftsrechtlich als auch schuldrechtlich ausgestaltet werden. Der gemeinsame Betrieb und die wirtschaftliche Verantwortung sprechen allerdings für gesellschaftsrechtliche Strukturen. Folglich müssten Kassenärztliche Vereinigung und das Krankenhaus eine Gesellschaft zum Betrieb eines INZ gründen. Bezüglich der Rechtsformwahl dürften sich ähnliche Fragen stellen, wie bei der Gründung von

Medizinischen Versorgungszentren. In jedem Fall würde eine gänzlich neue Versorgungseinheit und damit neue Schnittstellen geschaffen. Auch aus diesem Grund sprechen wir uns anstelle von INZ für gemeinsame Anlaufstellen in Kooperation von Krankenhaus und Vertragsärzten aus.

### **Kooperationsverpflichtung**

Kassenärztliche Vereinigung und Krankenhäuser sollen gesetzlich verpflichtet werden, Kooperationsverträge abzuschließen. Einen solchen Kontrahierungszwang sehen wir kritisch. Eine Verpflichtung zum Betrieb von INZ in gemeinsamer Trägerschaft mit den Kassenärztlichen Vereinigungen widerspricht zum einen dem Gedanken der integrativen Zusammenarbeit. Zum anderen besteht aus unserer Sicht keine Notwendigkeit angesichts der zahlreichen „freiwilligen“ Kooperationen zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern.

Rechtlich fragwürdig erscheint uns darüber hinaus die Bestimmung einer Schiedsperson, die den Inhalt des Kooperationsvertrages festlegen soll, wenn sich die Vertragspartner nicht einigen. Dieser Schiedsperson soll demnach eine vertragsgestaltende Regelungsfunktion beigemessen werden. Der Kooperationsvertrag würde in einem solchen Fall nicht auf einer vertragsautonomen Entscheidung der Vertragspartner beruhen, sondern durch eine gesetzlich angeordnete Schlichtung festgesetzt. Ausdrücklich verwiesen wird in der Begründung auf § 73b Abs. 4a SGB V. Die Legitimation für das hier vorgesehene Schlichtungsverfahren, dessen nähere Ausgestaltung und die Rechtsnatur der Schlichtungsentscheidung bleiben in diesem Kontext allerdings unklar. Der Schiedsspruch soll nur im Rechtsstreit zwischen den Vertragspartnern überprüfbar sein. Bei den vorgesehenen Zwangspartnerschaften dürften hier Rechtsstreitigkeiten in großem Ausmaß vorprogrammiert sein.

### **Fachliche Leitung**

Die fachliche Leitung eines integrierten Notfallzentrums soll der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung obliegen.

Das erachten wir weder für sachgerecht noch praktikabel in der Umsetzung. Kassenärztliche Vereinigungen haben als Körperschaften des öffentlichen Rechts keine medizinische Kompetenzen. Sie sind Sichersteller, haben aber unabhängig davon, dass sie zukünftig Träger von INZ sein sollen, keine Leistungserbringereigenschaft.

Aufgrund der nicht-vertragsärztlichen Trägerschaft des INZ, ist vielmehr eine Trennung zwischen der medizinischen und der kaufmännischen Ebene erforderlich. In jedem Fall muss es daher einen Ärztlichen Leiter geben, der – weisungsungebunden von der Verwaltung – die medizinische Leitung des INZ übernimmt. Für jedes INZ müsste folglich ein Facharzt als Leitung bestimmt werden. Sinnvoller und einem kooperativen Ansatz entsprechend sollte die fachliche Leitung des INZ zusammen mit dem Krankenhaus, bevorzugt durch qualifizierte Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin übernommen werden.

Wir geben zu bedenken, dass Facharztweiterbildung nur mit einer persönlich von der jeweiligen Landesärztekammer ermächtigten, fachlich unabhängigen ärztlichen Leitung möglich wäre.

## **Leistungen des INZ**

Integrierte Notfallzentren sollen auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen Verfahrens eine qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs der Hilfesuchenden sowie die aus medizinischer Sicht erforderliche notdienstliche Versorgung erbringen. Soweit es medizinisch erforderlich ist, sollen sie zur Weiterleitung in die stationäre Versorgung des Krankenhauses berechtigt und verpflichtet sein.

### **• Standardisierte Ersteinschätzung**

Der Marburger Bund begrüßt den Vorschlag einer Patientensteuerung durch ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren. Voraussetzung ist die einheitliche Anwendung einer vorgeschalteten Ersteinschätzung über die Telefonnummern 116117, 112 sowie bei Direktvorstellung von ambulanten Patienten in einer gemeinsamen Anlaufstelle des Krankenhauses. Ein solches standardisierte Ersteinschätzungskonzept muss eine wissenschaftliche Evaluierung und Validierung aufweisen sowohl hinsichtlich des Erkennens der richtigen Behandlungsinstitution als auch der Behandlungsdringlichkeit. Der Marburger Bund und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben dazu in ihrem Konzept Vorschläge unterbreitet und Gütekriterien festgelegt. Zusätzlich ist die zeitnahe Erreichbarkeit der Telefonnummern zwingend notwendig.

Unklar ist in diesem Zusammenhang die im Referentenentwurf vorgesehene Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden zu beschließen. Erforderlich ist hier eine Klarstellung, was unter *Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung* gemeint ist. Wir verstehen den Auftrag als Verfahrensvorgaben für die Anwendung, nicht aber die Vorgabe des Ersteinschätzungsverfahrens selbst.

### **• Notdienstliche Versorgung**

Der Referentenentwurf definiert in § 75 Abs. 1b (neu) die notdienstliche Versorgung als eine aus medizinischen Gründen erforderliche sofortige Behandlung. Zum Umfang der von den INZ zu erbringenden notdienstlichen Versorgung soll der G-BA aber erst bundesweit einheitliche Vorgaben machen. Vom Umfang der Leistungen wird aber wesentlich die Zahl derjenigen Fälle abhängen, die in die stationäre Versorgung weitergeleitet werden.

Das betrifft insbesondere Patientinnen und Patienten mit akutem Behandlungsbedarf, deren Behandlung wegen des Umfangs der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen nur mit den Mitteln des Krankenhauses erbracht werden kann. Dies bezieht sowohl die Patientinnen und Patienten ein, die nachfolgend stationär verbleiben, aber auch diejenigen, die ambulant behandelt werden können.

### **• Weiterleitung**

Nach dem Referentenentwurf sollen Patienten vom INZ in die geeignete Versorgungsstruktur *weitergeleitet* werden. Stellt sich aufgrund der Ersteinschätzung heraus, dass eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit besteht, sind die Patienten unmittelbar vom INZ in die stationäre Versorgung des Krankenhauses weiterzuleiten, heißt es in der Begründung.



Der Aufnahme zur stationären Behandlung in ein Krankenhaus geht in der Regel eine Einweisung durch einen niedergelassenen Arzt oder eine Notfalleinweisung voraus. Die stationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus setzt voraus, dass die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (§ 39 Absatz 1 Satz 2 SGB V).

Danach ist immer das aufnehmende Krankenhaus in der Pflicht, die Erforderlichkeit der stationären oder teilstationären Behandlung durch seine Krankenhausärztinnen und –Ärzte zu prüfen.

Sinnvoller wäre daher eine Einweisung und Übergabe an die stationäre Notaufnahme. Nur dadurch kann sichergestellt werden, dass alle standardisierten Handlungsempfehlungen (SOP) im Sinne der Patientensicherheit eingehalten werden können.

Die Formulierung im Referentenentwurf trifft auch keine Regelung, in welche Krankenhäuser der Patient „weitergeleitet“ werden soll. Hierzu sollte es sachlich nachvollziehbare, transparente Vorgaben geben.

### **Ärztliche Besetzung im INZ**

Die Erbringung ärztlicher Tätigkeiten durch die Kassenärztliche Vereinigung selbst ist nicht möglich. Folglich müssten Ärzte im INZ tätig werden. Der Referentenentwurf bleibt allerdings unklar in der Frage, wie Ärzte in einem INZ arbeiten können bzw. sollen. In jedem Fall muss eine dauernde Besetzung gewährleistet sein. Eine Ausgestaltung der INZ als wirtschaftlich eigenständiger Betriebe mit eigener Rechtsform schafft dabei erhebliche zusätzliche Hürden in der Personalbesetzung:

Um den INZ-Betrieb 24/7 zu gewährleisten, müssten bei angenommen 700 INZ mindestens 4.000 Ärztinnen und Ärzte Vollzeit zur Verfügung stehen. Hier sehen wir erhebliche Probleme in der praktischen Umsetzung insbesondere in der Rekrutierung der erforderlichen Vertragsärzte. In einigen Ländern haben die Kassenärztlichen Vereinigungen bereits heute Schwierigkeiten, den ärztlichen Bereitschaftsdienst zu besetzen. Ärztliche Bereitschaftsdienste werden auch jetzt bereits häufig mit sogenannten Pool-Ärzten besetzt, die noch nicht Fachärzte sind. Im INZ unter Leitung der Kassenärztlichen Vereinigung wäre eine durchgehende Facharzt-Betreuung also nicht garantiert.

Im Referentenentwurf wird zwar ausgeführt, dass in der Kooperationsvereinbarung auch Regelungen getroffen werden können, inwieweit statt Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzten auch andere Ärztinnen und Ärzte, insbesondere solche, die in dem Krankenhaus angestellt sind, im INZ tätig sein sollen. Auch hier stellt sich die Frage der konkreten Umsetzung, die maßgeblich von der rechtliche Ausgestaltung der INZ selbst abhängt.

Im Rahmen einer Personalgestellung könnte der Arbeitgeber Krankenhaus durch eine einseitige Erklärung den Beschäftigten verpflichten, seine vertragsmäßige Arbeitsverpflichtung bei einem anderen Arbeitgeber auch außerhalb des Geltungsbereichs des Tarifvertrages nachzukommen. Bei der Personalgestellung handelt es sich um eine Form der Arbeitnehmerüberlassung, die allerdings nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich ist.

Problematisch dürfte es allerdings für diejenigen Krankenhausärzte werden, die im Rahmen ihres Bereitschaftsdienste im INZ teilweise tätig werden sollen und im Übrigen arbeitsvertraglich ihre Arbeitsleistung auf der Station einer bestimmten Fachrichtung zu erbringen haben.

Auf die Problematik der Facharztweiterbildung haben wir bereits oben (fachliche Leitung) hingewiesen. Eine punktuelle „Versetzung“ von Ärzten in der Weiterbildung ist mit der Weiterbildungszeit nicht zu vereinbaren. Ein Arzt in der Weiterbildung müsste in den eigenständigen Strukturen des INZ mindestens 3 Monate ganztägig arbeiten, um diese Zeit als Weiterbildungszeit anerkannt zu bekommen.

Im Rahmen einer Anstellung von Krankenhausärzten im INZ wäre dies als eine weitere Tätigkeit neben der Krankenhaustätigkeit nur im Rahmen des Arbeitszeitgesetzes möglich. Die Arbeitszeiten bei mehreren Arbeitgebern wären zusammenzurechnen. Die meisten Krankenhausärzte werden gar nicht abkömmlich sein, sie werden auf den Stationen gebraucht. Laut Krankenhausbarometer 2019 geben jetzt bereits 76% der Krankenhäuser an ärztliche Stellen nicht besetzen zu können. Als Gewerkschaft haben wir zudem erhebliche Zweifel, ob Krankenhausärzte in INZ arbeiten wollen, in denen keine Tarifregeln gelten. Es wäre zudem auch nicht möglich, Krankenhausärztinnen und –Ärzte zu einer Anstellung im INZ zu verpflichten.

### **Standortauswahl und Festlegung**

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll in den Richtlinien bundesweit einheitliche bedarfsbezogene Planungsvorgaben zur Bestimmung der Anzahl und Standorte der integrierten Notfallzentren vorgeben.

Die erweiterten Landesausschüsse nach § 90 Absatz 4a sollen unter Beachtung der G-BA Planungsvorgaben die Krankenhäuser bestimmen, an denen integrierte Notfallzentren einzurichten sind. Der erweiterte Landesausschuss beschließt mit einfacher Mehrheit; bei der Gewichtung der Stimmen zählen die Stimmen der Vertreter der Krankenkassen doppelt.

Das Ministerium plant allerdings ausweislich der Begründung des Referentenentwurfes eine drastische Reduzierung der bestehenden Anzahl der ambulanten Notfallstandorte an den Krankenhäusern. So sollen nach dem Referentenentwurf insbesondere nur die Krankenhäuser ausgewählt werden, welche die Anforderungen der erweiterten oder umfassenden Stufe der Notfallversorgung nach den G-BA Vorgaben erfüllen. Das wären ca. 241 Standorte bundesweit. Eine derart massive Begrenzung der ambulanten Notfallstrukturen geht zu Lasten der Patienten. Die alleinige Versorgung in Integrierten Notfallzentren würde der regionalen Versorgung nicht gerecht werden. Wenn zukünftig nur noch entfernte Integrierte Notfallzentren entscheiden sollen, wo und wie die Patienten behandelt werden, wird das zu erheblichen Engpässen mit langen Wartezeiten führen.

Erforderlich sind daher gesetzliche Leitplanken, um eine für die Notfallversorgung ausreichende Zahl von Standorten zu gewährleisten. Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung nach den G-BA Vorgaben teilnehmen, müssen auch weiterhin ambulante Notfallpatienten ohne Vergütungsabschläge behandeln können.

Missverständlich ist die Formulierung im Referentenentwurf „der Beschluss des G-BA nach § 136c Absatz 4 ist nach Festlegung der INZ-Standorte anzupassen. Hierbei ist auch zu prüfen, ob ergänzende Vorgaben für die Teilnahme von Krankenhäusern an der stationären Notfallversorgung erforderlich sind.“

Es bedarf aus unserer Sicht der Klarstellung, dass mit der Standortwahl für die INZ keine weitere Selektionsebene für Krankenhäuser eingeführt wird. Das würde dem Auftrag des G-BA widersprechen. Dieser umfasste die Festlegung von Vorgaben für ein gestuftes System der stationären Notfallversorgung unter Qualitätsgesichtspunkten, die als Grundlage für die Vereinbarung von gestaffelten Zuschlägen für die Beteiligung an der stationären Notfallversorgung dienen.

Die Landesärztekammern müssen bei der Standortauswahl für die Integrierten Notfallzentren im erweiterten Landesausschuss stimmberechtigt beteiligt werden, da sie laut Heilberufes-Kammergesetzen für die Notfallversorgung mit verantwortlich sind und für die zwingend notwendige Berücksichtigung der Facharztweiterbildung unerlässlich sind.

### **Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen § 120 SGB V**

Leistungen von Krankenhäusern, die nicht zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind, werden bei der Erbringung von Notfalleistungen gemäß § 76 Absatz 1 Satz 2 ausdrücklich in die Grundnorm zur Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen aufgenommen. Das begrüßen wir, weil dadurch die ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes nachvollzogen wird.

Die Vergütung der in einem Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 ist um einen Abschlag von 50 Prozent zu kürzen, wenn an diesem Krankenhaus kein Standort eines integrierten Notfallzentrums nach § 123 Absatz 2 Satz 2 festgelegt worden ist oder eine Kooperation nach § 75 Absatz 1b Satz 2 (*in der derzeit geltenden Fassung*) nicht vorliegt.

Dieser Vorschlag entbehrt aus unserer Sicht einer sachlichen Grundlage und ist zu streichen. Die mit dem Vergütungsabschlag intendierte Steuerungsfunktion würde in letzter Konsequenz dazu führen, dass Patienten, die um eine Notfall-/Akutbehandlung im Krankenhaus ersuchen, abgewiesen werden müssten. Krankenhäuser, sowie die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte sind zur Abklärung von Notfällen aber rechtlich verpflichtet, sie können sich der Leistungserbringung nicht entziehen. So ist es allseits anerkannt, dass jedes Krankenhaus bei ihm präsente Versicherte in Notfällen unmittelbar behandeln muss (Rechtsgedanke des § 76 Abs 1 S 2 SGB V, stRspr, vgl zB BSGE 119, 141 = SozR 4-2500 § 108 Nr 4, RdNr 13; BSGE 89, 39, 41 f = SozR 3-2500 § 13 Nr 25 S 118 f; BSGE 112, 257 = SozR 4-2500 § 137 Nr 2, RdNr 16; BSGE 117, 94 = SozR 4-2500 § 137 Nr 5, RdNr 13). Ein zugelassenes Krankenhaus darf aber auch Versicherte, die sich mit einer Akutsymptomatik vorstellen, ohne dass ein klarer Notfall vorliegt, und die keine vertragsärztliche Verordnung von Krankenhausbehandlung haben, nicht einfach ohne Untersuchung wegschicken und auf vertragsärztliche Behandlung verweisen (BSG-Urteil v. 19.6.2018, B 1 KR 26/17 R).

Darüber hinaus müssen Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, auch zukünftig eine Notaufnahme vorhalten. Bei dort eintreffenden Patienten ist nicht immer ex ante feststellbar, ob eine ambulante oder stationäre Behandlung erforderlich ist.

### **Medizinische Notfallrettung (§ 60 SGB V)**

#### **Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung (§ 133 SGB V)**

Der Referentenentwurf sieht vor, den Rettungsdienst als eigenen medizinischen Leistungsbereich im SGB V zu regeln. Bei einem Notfall sollen Versicherte Anspruch auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung haben. Die medizinische Notfallrettung umfasst die aus medizinischer Sicht erforderliche Versorgung am Notfallort und Rettungsfahrten.

- **Definition medizinischer Notfall**

Ein Notfall liegt nach der Definition des Referentenentwurfes 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.

Wir geben zu bedenken, dass die Definition für eine erforderliche ex-ante Einschätzung unzureichend ist. In jedem Fall sollte auch die Perspektive der Patienten aufgenommen werden. Des Weiteren ist die Definition in Bezug auf psychiatrische Notfälle unvollständig und sollte ergänzt werden.

- **Rettungsfahrt**

Die vorgesehene Regelung für den Rettungsdienst, in unklaren Fällen ein INZ anfahren zu müssen, löst das Problem der Finanzierung der Rettungsfahrt. Nicht gelöst wird allerdings die Versorgung des Patienten.

Der Begriff des „unklaren Falles“ lässt hier einen weiten Interpretationsspielraum. Häufig dürfte als erstes festgestellt werden, dass der Patient aufgrund seiner akuten Symptomatik nicht gefähig ist. Mit diesen Patienten sollte primär die stationäre Notaufnahme angefahren werden, auch wenn noch keine eindeutige Indikation für eine stationäre Aufnahme festgestellt werden kann.

Wir geben auch zu bedenken, dass je geringer die Anzahl der Krankenhausstandorte mit INZ ist, desto häufiger stationär behandlungsbedürftige Patienten die aus dem INZ stationär eingewiesen werden, auf Grund der Bettenauslastung nicht an dem Krankenhaus des INZ Standortes aufgenommen werden können. Aus diesem Grund wird die Anzahl der notwendigen Sekundärtransporte erheblich zunehmen. Bereits jetzt gibt es einen relevanten Personalmangel im Bereich des Rettungsdienstes.

### **Gemeinsames Notfallsystem (GNL)**

Positiv zu werten ist, dass mit dem Gemeinsamen Notfallsystem die Zusammenarbeit von Rettungsleitstellen und Kassenärztlichen Vereinigungen einen verbindlichen Charakter bekommen soll.

Die Einbeziehung des Rettungsdienstes ist ein wesentlicher Faktor für das Gelingen einer integrativen Notfallversorgung. Die Vernetzung zwischen den Rufnummern 112 und 116117 mit einer klaren Regelung zu Übergabepunkten und Schnittstellen (z.B.

Quereinstiegsnummern) stellt einen weiteren Meilenstein dar, um im Patienteninteresse die geeignete Versorgungsform schnellstmöglich zu identifizieren. Dabei soll das einheitliche System der standardisierten medizinischen Ersteinschätzung ebenso zum Tragen kommen.

Nicht nachvollziehbar ist daher im Referentenentwurf, warum die Entwicklung und Einführung der Instrumente zur Ersteinschätzung in den INZ und den GNL unterschiedlich gehandhabt werden sollen. Während in den INZ die Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung durch den G-BA festgelegt werden sollen, soll das qualifizierte, standardisierte und softwaregestützte Ersteinschätzungsverfahren durch die Träger der Rettungsleitstellen mit der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung vereinbart werden.

Der Marburger Bund spricht sich für ein einheitliches System an allen Anlaufstellen aus. Ziel muss es sein, dass im Bereich der Ersteinschätzung überall die gleiche Sprache gesprochen wird. Jeder, der dringend eine Krankenhausbehandlung benötigt, muss zuverlässig erkannt werden.

Das System kann aber nur funktionieren, wenn die Rufnummer 116117 des vertragsärztlichen Notdienstes annähernd die gleiche Bekanntheit hat wie die Rufnummer 112 der Rettungsdienste.

Patienten werden die Möglichkeit der telefonischen Ersteinschätzung zudem nur dann nutzen, wenn lange Wartschleifen – wie sie bei den Terminservicestellen auftreten - vermieden werden. Aufgrund der Regelungen des TSVG erledigen Kassenärztliche Vereinigungen auch den Terminservice, den sie zur Beschaffung von Haus- und Facharztterminen vorhalten müssen, über die Nummer 116117. Dies ist für eine Notfallnummer, egal ob Rettungsdienst oder vertragsärztlicher Notdienst, nicht angemessen und sollte daher zukünftig anderweitig abgewickelt werden. Die anerkannte Notrufnummer 112 darf in ihrer Funktionsfähigkeit nicht eingeschränkt werden.

### **§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll durch Einfügung einer Nummer 16 (neu) Richtlinien zur medizinischen Notfallrettung und integrierten Notfallzentren beschließen.

Dies soll einheitliche Planungsvorgaben umfassen, nach deren Maßgabe der erweiterte Landesausschuss die Anzahl und Standorte der INZ festlegt.

Des Weiteren sollen bundesweit einheitliche Vorgaben und Qualitätsanforderungen zur Leistungserbringung in INZ in den Richtlinien bestimmt werden.

Aus unserer Sicht sollten sich Vorgaben des G-BA, sofern überhaupt erforderlich, auf ein vertretbares Minimum beschränken, zumal die Beratungs- und Beschlussverfahren aus formellen Gründen mit einem erheblichen zeitlichen Vorlauf verbunden sein werden.

Bei den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 16 (neu) ist auch dem Marburger Bund Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben (§ 92 Abs. 7g).

**Anlage: KBV-MB-Konzept**