

Stellungnahme zu dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

07.02.2020

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

1. Zusammenfassung des Gesetzentwurfs

Mit dem Gesetz zur Reform der Notfallversorgung soll die Notfallversorgung in Deutschland unter Berücksichtigung der Perspektive der Patient*innen effektiver und effizienter gestaltet werden. Ziel ist es, die bisher weitgehend sektoral organisierten Versorgungsbereiche der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung zu einem System der integrierten Notfallversorgung weiter zu entwickeln. Eine enge Verzahnung dieser Versorgungsbereiche soll zu mehr Orientierung für Patient*innen, zu kürzeren Wartezeiten, zur bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung in der gebotenen Versorgungsstruktur sowie zu einem sinnvollen und effizienten Einsatz personeller und finanzieller Ressourcen und damit zu einer Verbesserung der Gesamtqualität der Notfallversorgung führen.

Vorgesehen sind u.a. folgende Maßnahmen:

Ein Gemeinsames Notfalleitsystem (GNL) soll künftig eine zentrale Lotsenfunktion zur qualifizierten Ersteinschätzung und verbindlichen Steuerung von Hilfesuchenden in die medizinisch gebotene Versorgungsstruktur übernehmen. Dafür ist eine verbindliche Zusammenarbeit der Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 und der Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Rufnummer 116 117 vorgesehen. Eine umfassende Kooperation der an der medizinischen Notfallversorgung

Beteiligten soll dies ermöglichen, insbesondere durch eine digitale Vernetzung.

Als zentrale Einrichtungen der medizinischen Notfallversorgung werden Integrierte Notfallzentren (INZ) für alle Notfallpatient*innen jederzeit zugängliche Anlaufstelle in Krankenhäusern geschaffen. Nach einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs erhalten die Hilfesuchenden entweder vor Ort eine unmittelbar erforderliche notdienstliche Versorgung oder es wird eine stationäre Versorgung veranlasst. Die INZ werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern gemeinsam errichtet. Die Anzahl und konkreten Standorte von INZ werden durch die erweiterten Landesausschüsse festgelegt.

Die medizinische Notfallversorgung der Rettungsdienste der Länder wird als eigenständige Leistung der medizinischen Notfallrettung anerkannt und unabhängig von der Inanspruchnahme anderer Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt.

2. SoVD-Gesamtbewertung

In Deutschland ist das System der Notfallversorgung mit den ambulanten und stationären Einrichtungen sowie dem Rettungswesen in unterschiedliche Versorgungsbereiche unterteilt. Dabei unterliegen diese jeweils unterschiedlichen Gesetzmäßigkeiten und Ordnungsprinzipien hinsichtlich ihrer Planung, Leistungserbringung und Finanzierung. Starre Grenzen zwischen den Sektoren im Gesundheitswesen sind nicht mehr zeitgemäß. Notwendig ist eine Überwindung der verfestigten Versorgungsstrukturen in ambulant und (teil-)stationär, hin zu einer generellen und nicht nur einzelvertraglichen sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung in Deutschland. Eine integrierte, das heißt interdisziplinäre und fachübergreifende, Versorgung stärkt die Vernetzung zwischen den Fachdisziplinen und Sektoren. Das führt zu Verbesserungen bei der Versorgungsqualität und reduziert Gesundheitskosten. Dies gilt auch für die Notfallversorgung. Vor diesem Hintergrund begrüßt der SoVD grundsätzlich den Reformwillen der Notfallversorgung und die vorgesehenen Regelungen, sieht jedoch im Detail Korrekturbedarf.

3. Zu den Regelungen im Einzelnen

3.1. Gemeinsame Notfalleitsysteme (GNL)

Ein Gemeinsames Notfalleitsystem (GNL) soll künftig eine zentrale Lotsenfunktion zur qualifizierten Ersteinschätzung und verbindlichen Steuerung von Hilfesuchenden in die medizinisch gebotene Versorgungsstruktur übernehmen. GNL sollen in lebensbedrohlichen und

schwerwiegenden Notsituationen unter der Rufnummer 112 und in allen anderen Fällen unter der von den Kassenärztlichen Vereinigungen verantworteten Rufnummer 116 117 rund um die Uhr erreichbar sein. Über das GNL werden Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Krankentransporte und eine telemedizinische oder aufsuchende notdienstliche Versorgung auf Basis eines qualifizierten, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens disponiert. Dafür ist eine umfassende Kooperation aller Beteiligten der medizinischen Notfallversorgung vorgesehen, die sich im Wesentlichen auf eine digitale Vernetzung stützt. Künftig sollen medizinische Notfalldaten zur Weiterversorgung sowie verfügbare Ressourcen und Versorgungskapazitäten digital erfasst und in Echtzeit übertragen werden. Die Kosten der dafür erforderlichen Anschaffung von Softwarelösungen für Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung in Höhe von rund 25 Millionen Euro sollen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung gefördert werden.

SoVD-Bewertung: In den Notaufnahmen und im Rettungsdienst lassen sich stark steigende Inanspruchnahmen, lange Wartezeiten und eine Überlastung des Personals beobachten. Immer häufiger nehmen ambulant gut behandelbare Patient*innen direkt den Rettungsdienst und die Kliniken in Anspruch. Angesichts verbreiteter Fehlinanspruchnahmen und einer offenbar unzureichenden Steuerung sowie infolge häufig nicht ausreichender Informationen für hilfesuchende Patient*innen, ist ein GNL zur qualifizierten Ersteinschätzung und verbindlichen Steuerung von Hilfesuchenden in die medizinisch gebotene Versorgungsstruktur sinnvoll und zu begrüßen. Dabei orientiert sich der Entwurf weitestgehend an den Empfehlungen des Sachverständigenrates im Rahmen der Begutachtung zur bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung (Gutachten 2018) zur Einrichtung sogenannter Integrierter Leitstellen (ILS). Unerlässlich ist dabei, dass die Ersteinschätzung und verbindlichen Steuerung von Hilfesuchenden fachlich qualifiziert erfolgt. Wie der Sachverständigenrat fordert auch der SoVD für diese Aufgabe erfahrene Fachkräfte. Ebenso unerlässlich ist eine verbindliche Kooperation aller handelnden Akteure des Rettungsdienstes und der ambulanten sowie stationären Notfallversorgung. Die an der Notfallversorgung Beteiligten sind aufgerufen, diese Kooperation einzugehen und GNL zu bilden. Dies gilt im Besonderen für die Rettungsleitstellen, wenn der Entwurf die Entscheidungsgewalt bei ihnen sieht („Sofern eine Rettungsleitstelle der Rufnummer 112 ein GNL bilden möchte, ist die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung hierzu verpflichtet“). Die Digitalisierung bietet bei der Vernetzung und Kooperation moderne Chancen und Möglichkeiten die es zurecht zu nutzen gilt.

Es stellt sich allerdings die Frage, weshalb die Anschaffung der in den Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 und bei den Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung erforderlichen Softwarelösungen allein aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 25 Millionen Euro gefördert werden sollen. So kommt etwa die Echtzeitübertragung der verfügbaren Ressourcen und Versorgungskapazitäten der an der Notfallversorgung Beteiligten auch privat Versicherten zugute.

Es bleibt jedoch auch bei Einführung einer solchen Lotsenfunktion im konkreten Notfall dabei, dass es nach wie vor unerlässlich ist, Patient*innen frühzeitig, regelmäßig und umfassend über die verschiedenen Versorgungs- und Notfallstrukturen zu informieren und aufzuklären. Um Fehlinanspruchnahmen entgegenzuwirken, sind solche Informations- und Aufklärungskampagnen auszuweiten und zu intensivieren. Dies gilt etwa für die Terminservicestellen und die Rufnummer 116 117, deren Existenz und Funktion vielen nach wie vor nicht oder nur unzureichend bekannt sind.

In diesem Zusammenhang bekräftigt der SoVD seine Empfehlung, die zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung in den Aufgabenbereich der Terminservicestellen aufzunehmen. Bereits zum Zeitpunkt der Einführung der Terminservicestellen mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSGD)¹ wie auch zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)² empfahl der SoVD, den Aufgabenbereich der Terminservicestellen sowohl auf psychotherapeutische wie auch zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung auszuweiten. Während mit dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) der Aufgabenbereich seit 1. April 2017 auf die psychotherapeutische Versorgung ausgeweitet wurde, kümmern sich die Terminservicestellen weiterhin nicht um die Vermittlung einer zahnärztlichen und kieferorthopädischen Behandlung.

Soweit das GNL künftig auch über Krankentransporte disponiert, möchte der SoVD in diesem Zusammenhang auf den Bedarf der Verordnungsmöglichkeit von Krankenfahrten im Zusammenhang mit Angeboten der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB (ASV) aufmerksam machen. Inzwischen ist es aufgrund des medizinischen Fortschritts möglich, viele bisher stationär erbrachten Behandlungen ambulant durchzuführen. Ziel der ASV ist eine qualitativ hochwertige Diagnostik und Behandlung komplexer, häufig schwer therapierbarer Krankheitsbilder durch

¹ Vgl. SoVD-Stellungnahme vom 18.03.2015 unter <https://www.sovd.de/index.php?id=2473>.

² Vgl. SoVD-Stellungnahme vom 21.08.2018 unter <https://www.sovd.de/index.php?id=700134>.

spezialisierte Ärzt*innen, die interdisziplinär und mit besonderer Ausstattung zusammenarbeiten. Diese Entwicklung wirkt sich nicht nur auf die Krankenhausversorgung, sondern auch auf die ambulante Versorgung aus. Sie erhöht insbesondere die Anforderungen an interdisziplinäre Diagnostik und Therapie im ambulanten Bereich und bringt zugleich einen Trend zur (begrenzten) Verlagerung der Versorgung in den ambulanten Bereich mit sich (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG), BT-Drs. 17/6906, S. 80). Eine Verordnungsmöglichkeit der Krankenfahrt für Versicherte, die von Angeboten der ASV nach § 116b SGB V profitieren können, wird den Entwicklungen des medizinischen Fortschritts in der Versorgung gerecht. Der Zugang zur ASV soll nicht von der wirtschaftlichen Situation der Patient*innen abhängig gemacht werden, denn bei stationärer Behandlung würde ein Anspruch auf Übernahme der Fahrtkosten bestehen.

3.2. Integrierte Notfallzentren (INZ)

Eine für alle Notfallpatient*innen jederzeit zugängliche Anlaufstelle in Krankenhäusern sieht der Entwurf künftig INZ als zentrale Einrichtungen der medizinischen Notfallversorgung vor. Als zentrale Einrichtungen der medizinischen Notfallversorgung werden INZ geschaffen. Nach Eintreffen der oder des Hilfesuchenden wird eine qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs durchgeführt, woraufhin getreu dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ entweder direkt vor Ort die aus medizinischer Sicht unmittelbar erforderliche notdienstliche Versorgung erfolgt oder eine stationäre Versorgung veranlasst wird. Die Zentren sollen von den für die Sicherstellung der notdienstlichen Versorgung zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen sowie von den Krankenhäusern gemeinsam errichtet werden. Die fachliche Leitung sieht der Entwurf bei der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Die Festlegung der Anzahl und konkreten Standorte von INZ erfolgt durch die erweiterten Landesausschüsse nach Maßgabe der bundesweit einheitlichen, bedarfsbezogenen Planungsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

SoVD-Bewertung: Als weitere sektorenübergreifende zentrale Lotsenstelle für Hilfesuchende zur qualifizierten Ersteinschätzung und verbindlichen Steuerung in die medizinisch gebotene Versorgungsstruktur befürwortet der SoVD auch die Errichtung von INZ.

Mit der Regelung wird ebenfalls den Empfehlungen des Sachverständigenrates im Rahmen der Begutachtung zur bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung (Gutachten 2018) zur Errichtung sogenannter Integrierter Notfallzentren gefolgt. Auch wenn der Gesetzentwurf bei der fachlichen Leitung den Vorschlägen des

Sachverständigenrates nach „vom Krankenhaus weisungsunabhängigen, z.B. bei der regionalen Kassenärztlichen Vereinbarung beschäftigten Ärzte“ weitestgehend folgt, hat der SoVD Vorbehalte gegen die vorgesehene fachliche Leitung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Der Entwurf begründet diese Leitungszuweisung damit, dass die Versorgung von Patient*innen mit ambulantem Behandlungsbedarf Aufgabe der vertragsärztlichen Leistungserbringer, insbesondere auch im Rahmen des bisherigen vertragsärztlichen Notdienstes ist, die betroffenen Patient*innen jedoch vielfach die Notfallambulanzen der Krankenhäuser aufsuchen oder die Rettungsdienste beanspruchen. Doch gerade Letzteres nährt den Zweifel an der Eignung der gewählten Leistungszuweisung. Wählen Patient*innen nicht den vertragsärztlichen Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung, sondern die Notfallambulanz eines Krankenhauses, ist dies auch in der vielerorts festzustellenden unzureichenden Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in der Fläche (mit-)begründet. Dabei kommt es bereits im „Normalbetrieb“ zu teils erheblichen Wartezeiten. Aber auch der ärztliche Bereitschaftsdienst kann oftmals außerhalb der Öffnungszeiten der Arztpraxen, v.a. nachts und an den Wochenenden, die medizinische Versorgung der Patienten flächendeckend nicht erfüllen. Hinzu kommen fehlendes Vertrauen und Unkenntnis von vertragsärztlichen Angeboten bei der Notfallversorgung (siehe bereits oben unter 2.1). Dies trägt zu der stärkeren Inanspruchnahme der Rettungsstellen in den Krankenhäusern bei. Zudem dürfte angesichts des interdisziplinär agierenden ärztlichen Teams eines Krankenhauses das Vorhalten einer fachlichen Leitung seitens der Kassenärztlichen Vereinigung eine Herausforderung darstellen. Natürlich ist es im Ergebnis für Patient*innen von Vorteil, künftig nicht mehr entscheiden zu müssen, ob der vertragsärztliche Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung oder die Notfallambulanz eines Krankenhauses die richtige Anlaufstelle ist, sondern können in allen medizinischen Notsituationen das nächstgelegene, jederzeit erreichbare INZ aufsuchen. Dies stellt aber zugleich eine Bankrotterklärung der vertragsärztlichen Notdienste der Kassenärztlichen Vereinigung dar, die es bei der Ausgestaltung zu berücksichtigen gilt.

Patientenorientierung, wie sie der SoVD versteht, heißt, flächendeckend eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe Versorgung sicherzustellen. Fehlversorgung, vor allem in Form der Unterversorgung ländlicher oder strukturschwacher Gebiete und der Überversorgung in Ballungszentren, muss beseitigt und vermieden werden. Dies gilt es auch bei der Festlegung der Anzahl und konkreten Standorte von INZ durch die erweiterten Landesausschüsse nach Maßgabe der bundesweit einheitlichen, bedarfsbezogenen Planungsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu beachten. Erforderlich ist eine kleinräumige, bedarfsorientierte

Planung für eine barrierefreie Versorgung, die insbesondere die Belange von behinderten und älteren Menschen sowie von Frauen und Familien mit Kindern berücksichtigt. Insbesondere ist erforderlich, dass der Zugang zu Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung sowie der Notfallversorgung auch in strukturschwachen bzw. ländlichen Gebieten in angemessener Zeit sichergestellt ist.

Schließlich ist ein barrierefreier Zugang der INZ unabdingbar und sicherzustellen. Von Barrierefreiheit profitieren Patient*innen aller Altersklassen und Lebenslagen. Eine barrierefreie Umwelt ist elementare Voraussetzung für eine selbstbestimmte, unabhängige Lebensführung und die gesellschaftliche Teilhabe aller. Barrierefreiheit ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und muss Vorrang vor privatwirtschaftlichen und fiskalischen Interessen haben. Sie ist flächendeckend umzusetzen.

3.3. Rettungsdienst als Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung

Die medizinische Notfallversorgung der Rettungsdienste der Länder wird als eigenständige Leistung der medizinischen Notfallrettung anerkannt und unabhängig von der Inanspruchnahme anderer Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt. Damit wird der zentralen Bedeutung der rettungsdienstlichen Notfallversorgung für eine effektive Notfallversorgung Rechnung getragen und der langjährigen Forderung der Länder nachgekommen.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt den Willen, der zentralen Bedeutung der rettungsdienstlichen Notfallversorgung für eine effektive Notfallversorgung Rechnung zu getragen. Die vorgesehenen Regelungen zum Rettungsdienst als Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung schafft Rechtsklarheit im Hinblick auf die medizinische Notfallversorgung am Notfallort durch die Rettungsdienste der Länder sowie im Hinblick auf die Rettungsfahrt als eigenständige Leistungen der medizinischen Notfallrettung. Zugleich begründet dies nunmehr einen Anspruch auf diese Leistungen. Das trägt auch wesentlich zu einer effizienten Nutzung der Notfalleinrichtungen, insbesondere zu einer Entlastung der Notfallambulanzen der Krankenhäuser und zu einem ressourcenschonenderen Einsatz der Rettungsmittel bei. Soweit künftig auch Krankentransporte zur notdienstlichen Versorgung über die Rettungsleitstellen der Länder ohne gesonderte ärztliche Verordnung disponiert werden können, entlastet dies ebenfalls die Rettungsmittel.

Sachgerecht ist die Zuweisung einer Regelungspflicht an den G-BA, der schon bisher die Krankentransport-Richtlinie verantwortet.

Mit der Regelung wird offen einer langjährigen entsprechenden Forderung der Länder nachgekommen. Damit entziehen sich die Länder einmal mehr der Verantwortung öffentlicher Daseinsvorsorge. Mit dem Übergang des Sicherstellungsauftrags an die gesetzliche Krankenversicherung geht auch die Finanzverantwortung von den Ländern auf die Kassen über. Das ist erneut mit einer erheblichen Kostenwirkung zu Lasten der Beitragszahler verbunden. Die Regelungskompetenz der Länder wird aber nicht in Frage gestellt.

Berlin, 07.02.2020

DER BUNDESVORSTAND
Abteilung Sozialpolitik