



VERBAND DER
UNIVERSITÄTSKLINIKA
DEUTSCHLANDS

STELLUNGNAHME

zum Referentenentwurf eines
Gesetzes zur Reform der Notfallver-
sorgung

Februar 2020

© Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD), 2020

Kontakt

Verband der Universitätsklinika
Deutschlands e.V. (VUD)

Jens Bussmann

Alt-Moabit 96

10559 Berlin

info@uniklinika.de

www.uniklinika.de

Tel. +49 (0)30 3940517-0

Inhalt

I. Vorbemerkung	4
II. Zu den Regelungen im Einzelnen	6

I. Vorbemerkung

Der VUD befürwortet das Anliegen des Gesetzentwurfs, die ambulante, stationäre und rettungsdienstliche Notfallversorgung zu einer integrierten Notfallversorgung zusammen zu führen. Ziel der Reform muss es sein, dass Patienten¹ im Notfall eine Versorgung erhalten, die ihrem akuten Versorgungsbedarf entspricht. Daher ist es richtig, geeignete Krankenhäuser mit entsprechender Infrastruktur als zentralen Anlaufpunkt der Notfallversorgung zu etablieren. Auch ist es zielführend, die Strukturen der Notfallversorgung insgesamt und somit auch die Organisation aller in der Rettungskette verantwortlichen Institutionen (Leit- bzw. Terminservicestellen, Ärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und Notfallzentren) zu adressieren.

Damit die Reform ihr Ziel erreicht, sind aber Korrekturen zwingend erforderlich. Dies gilt insbesondere für die im Gesetzentwurf vorgesehene Ausgestaltung der Integrierten Notfallzentren (INZ). Aus Sicht der Universitätsklinik ist die fachliche Leitung der INZ durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) nicht sachgerecht und unverständlich. Diese wird zu den bekannten negativen Schnittstellenprobleme der sektoralen Abgrenzung sowie unnötige Kosten (u.a. administrativ, organisatorisch) und vielfältige rechtliche Unwägbarkeiten (Haftung, Personalgestellung, Datenschutz etc.) führen. INZ auf Grundlage einer obligatorischen Kooperation mit rechtlich-organisatorischer Abtrennung vom Krankenhaus werden mit Sicherheit keinen Beitrag für eine Verbesserung der Notfallversorgung leisten. Die Gründe dafür sind vielfältig: Einerseits ist es fraglich, ob die KV hinreichend qualifizierte Ärzte für die ambulante Notfallversorgung mobilisieren kann. Andererseits sind ineffiziente Doppelstrukturen mit der Zentralen Notaufnahme (ZNA) des Krankenhauses zu befürchten und Schnittstellenprobleme unvermeidlich. INZ in dieser Ausgestaltung leisten auch aus Patientensicht keinen Betrag für eine bessere Versorgung, sondern könnten ggf. sogar die Patientensicherheit gefährden.

Die vorgesehene fachliche Leitung der INZ durch die KV ist auch deshalb abzulehnen, weil die grundgesetzlich gewährleistete Freiheit von Forschung und Lehre eine Unabhängigkeit auch der ambulanten Notfallversorgung erfordert. Vielmehr muss eine Leitung des INZ und der zentralen Notaufnahme in Personalunion möglich sein. Es ist aus diesem und den davor genannten Gründen – insbesondere für Hochschulkliniken – unbedingt erforderlich, dass das INZ formalrechtlich und wirtschaftlich Teil des Krankenhauses ist.

Auch ist nicht nachvollziehbar, warum der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung der KV zugeordnet wird und der erweiterte Landesausschuss bestehend aus Vertretern der Krankenkassen, der KV und der Landeskrankenhausgesellschaft, die Krankenhausstandorte mit INZ festlegen soll. Der Diskussionsentwurf des Gesetzes aus dem Jahr 2019 hat die Zuständigkeiten klarer formuliert. Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung ist bei den Bundesländern zu verorten, da diese auch die stationäre Notfallversor-

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der Stellungnahme das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint.

gung planen. Für eine effiziente Reform der Notfallversorgung müssen ambulante und stationäre Notfallversorgung zusammen gedacht und geplant werden. Dies sollte in einer Hand bei den Bundesländern liegen. Die stationären Notfallversorgungsstufen des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) müssen bei der Planung der Ansiedlung der INZ eine zentrale Rolle spielen. So sollte in allen Krankenhäusern mit den Stufen „umfassende“ (3. Stufe) und „erweiterte“ (2. Stufe) Notfallversorgung ein INZ zwingend verankert sein, da hier die Breite der medizinischen Weiterbehandlung möglich ist.

Der VUD schlägt vor, die Umsetzung des Reformvorhabens wissenschaftlich zu begleiten. Ziel einer Evaluation muss sein, strukturierte Erkenntnisse über die eingeleiteten Maßnahmen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Patientenversorgung und die Inanspruchnahme von Ressourcen zu erhalten.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen

Art. 1 Nr. 2: Notfallrettung, Krankentransport, Krankenfahrten

Die medizinische Notfallversorgung am Notfallort und Rettungsfahrten sollen als eigenständige Leistung der medizinischen Notfallrettung im SGB V etabliert werden und nicht mehr abhängig von Inanspruchnahme anderer Leistungen sein. Die Definition des Rettungsdienstes als selbstständiger Leistungserbringer wird explizit begrüßt und stellt einen überfälligen Schritt zur Optimierung der prähospitalen Versorgung dar.

Aufgrund der telefonischen Triage durch die Gemeinsame Notfallleitstelle soll der Einsatz von Rettungswagen in Zukunft zielgerichteter erfolgen. Zudem erfolgt durch die Notfallsanitäter am Einsatzort eine Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit. Daher ist davon auszugehen, dass Patienten, die mit dem Rettungswagen zur Klinik transportiert werden, sich in einer (vermuteten) akuten Notfallsituation befinden. **Daher muss im Gesetz klargestellt werden, dass Patienten, die das Krankenhaus mit dem Rettungswagen erreichen, i.d.R. unmittelbar in die Zentrale Notaufnahme (ZNA) des Krankenhauses überführt werden und nicht durch das INZ geschleust werden müssen.** Im Sinne der Patientensicherheit müssen Patienten mit unklarer Diagnose im Rettungswagen ohne Umwege in die ZNA geleitet werden. Denn, ob es sich um einen tatsächlichen Notfall handelte, kann immer erst ex-post festgestellt werden.

Artikel 1 Nr. 5: Sicherstellungsauftrag der notdienstlichen Versorgung

Der Gesetzentwurf sieht die Neufassung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen vor. Diese müssen die nun als notdienstliche Versorgung bezeichnete vertragsärztliche Versorgung 24 Stunden am Tag und sieben Tage die Woche sicherstellen. Dazu sollen sie INZ betreiben sowie einen telemedizinischen und aufsuchenden Bereitschaftsdienst organisieren.

Anlass für den Gesetzentwurf sind u.a. überfüllte Notaufnahmen in den Krankenhäusern, hervorgerufen durch einen nicht hinreichend entsprechend des Patientenaufkommens organisierten und kommunizierten ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVen. Schon heute suchen Patienten die Notaufnahmen auf, weil das KV-System nicht in der Lage ist, die notwendigen Kapazitäten bereitzustellen.

Während die Akutversorgung zu den Sprechzeiten niedergelassener Ärzte weiterhin bei diesen verbleiben sollte, wäre es darüber hinaus deutlich naheliegender und zielführender, den Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung auf die Bundesländer zu übertragen, wie noch im Diskussionsentwurf des Gesetzes vorgesehen. Denn die Bundesländer sind ohnehin für die Krankenhausplanung zuständig. Damit wäre auch die Festlegung der Krankenhausstandorte mit INZ durch die erweiterten Landesausschüsse hinfällig. **Vielmehr läge so die Planung von ambulanter und stationärer Notfallversorgung in einer Hand bei den Bundesländern. Dies würde die Effizienz der gesamten Notfallversorgung entscheidend verbessern.**

So können durch Versorgungsplanung Synergieeffekte entstehen und kostspielige, ineffiziente Doppelstrukturen vermieden werden. Gleichzeitig sollte im Zuge der Planungszuständigkeit der Bundesländer **gesetzlich festgehalten werden, dass Krankenhäusern der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung (Stufe 2 und 3 des G-BA-Stufensystems) automatisch ein INZ zugewiesen wird.**

In aller Regel wird die KV nicht die personellen Kapazitäten haben, um die INZ vollumfänglich zu besetzen. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Kooperation zwischen KV und Krankenhaus ist offenkundig mit der Erwartung verbunden, dass die Krankenhäuser die personellen Lücken kompensieren. Dies ist aber in Zeiten von Fachkräftemangel für viele Krankenhäuser kaum möglich, zumal das Krankenhaus die Versorgungssicherheit für die stationäre Notfallversorgung weiterhin gewährleisten muss. Wenn der Gesetzentwurf an der INZ-Organisation unter Leitung der KV festhält, wäre eine Personalgestellung durch die Krankenhäuser nur bei Vollkostenerstattung möglich. Personelle und infrastrukturelle Aufwendungen des Krankenhauses müssen vollständig ausfinanziert werden. Andernfalls könnte dies beihilferechtlichen Vorgaben entgegenstehen. Die Formulierung, dass die KVen zur Sicherstellung der notdienstlichen Versorgung „alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen“ haben, ist nicht hinreichend. **Stattdessen muss klar formuliert werden, dass, wenn die KV die Leitung der INZ übernehmen soll, allein die KV das wirtschaftliche Risiko der Sicherstellungsverpflichtung und des INZ trägt.**

Artikel 1 Nr. 13: Integrierte Notfallzentren (INZ)

INZ sollen als zentrale Anlaufstellen der Notfallversorgung fungieren. Sie sollen gemäß § 123 Abs. 2 NEU von dem Krankenhaus und der zuständigen KV gemeinsam als räumlich und wirtschaftlich abgegrenzte Einrichtung am Krankenhausstandort eingerichtet und betrieben werden. Die fachliche Leitung obliegt der KV. Das Nähere zur Organisation sollen Krankenhaus und KV vereinbaren.

Leitung des INZ

Die vorgesehene fachliche Leitung des INZ durch die KV würde zu einer Splittung der Verantwortung für die Notfallversorgung im Organisationsverbund Notaufnahme – INZ führen. Dies hätte absehbar erhebliche Friktionen zur Folge mit negativen Effekten für die Patientenversorgung. Um eine Unabhängigkeit der Notfallversorgung im Krankenhaus zu gewährleisten, sollte das INZ fachlich unabhängig von den sonstigen Abteilungen des Krankenhauses sein. Angelehnt an den Notfallstufenbeschluss des G-BA sollte daher im Gesetz formuliert werden: „eine gegenüber den Fachabteilungen des Krankenhauses eigenständige, in ihren medizinischen Entscheidungen fachlich unabhängige Leitung“. Die Leitung des INZ muss in Personalunion vom Leiter der zentralen Notaufnahme des Krankenhauses wahrgenommen werden können. Getrennte Zuständigkeiten wären angesichts der engen Verschränkung von zentraler Notaufnahme und INZ kontraproduktiv. **Die vorgesehene fachliche Leitung des INZ durch die KV ist für Universitätsklinika abzulehnen.**

Es ist zu vermuten, dass es zu wenige niedergelassene Ärzte gibt, die über eine ausreichende notfallmedizinische Erfahrung verfügen, um bei fußläufigen Patienten, die bisher in die Notaufnahmen kommen, z.B. frühe Zeichen der Sepsis bei Älteren, atypische Präsentationen des Myokardinfarkts oder zeitkritische Erkrankungen bei diffusen Bauchschmerzen zu erkennen. **Zur Sicherstellung einer entsprechenden Versorgung muss die ärztliche Leitung des INZ zwingend durch einen entsprechend qualifizierten Mediziner mit notfallmedizinischer Expertise gewährleistet sein.** Es ist unklar, wie die KV dies sicherstellen soll. Andernfalls ist eine Fehlversorgung zu befürchten. Dies wäre kein Beitrag zur Verbesserung der Patientensicherheit und würde somit der Intention des Gesetzes fundamental widersprechen.

An einem Krankenhaus mit einer breiten Versorgungspalette, das auch eine laut G-BA-Stufen umfassende stationäre Notfallversorgung vorhält, müsste das INZ in der Lage sein, die wesentlichen Facharzt Disziplinen vorzuhalten (z.B. Innere Medizin, Chirurgie, Neurologie, Gynäkologie, HNO, Pädiatrie etc.). Diese werden regelmäßig aus dem Krankenhaus kommen müssen, da nicht vorstellbar ist, dass die KV diese Bandbreite vorhalten kann. Es ist davon auszugehen, dass die KV insbesondere zu den Nachtzeiten und an Wochenenden nicht das Personal (Ärzte, Medizinische Fachangestellte, Pflegekräfte) mit entsprechender Qualifikation beibringen kann. In der Begründung des Gesetzes heißt es dementsprechend auch: „Hinsichtlich der ärztlichen Besetzung des INZ sind dabei beispielsweise auch Regelungen zu treffen, inwieweit statt Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzten auch andere Ärztinnen und Ärzte, insbesondere solche, die in dem Krankenhaus angestellt sind, im INZ tätig sein sollen“. Es ist davon auszugehen, dass die personelle Besetzung vorrangig mit Personal aus dem Krankenhaus erfolgen muss. Daher muss das Krankenhaus auch die Verantwortung für das INZ tragen. Denn es ist nicht vorstellbar, dass die Krankenhaus-Fachärzte unter Anleitung eines KV-Arztes arbeiten, der i.d.R. nicht die notfallmedizinische Erfahrung haben wird, um Patienten an die entsprechende Fachabteilung weiterzuleiten. **Die Schlüsselqualifikationen, um das INZ effektiv zu besetzen, werden also im Krankenhaus vorgehalten. Daher ist es umso weniger nachvollziehbar, warum die KV die fachliche Leitung des INZ haben soll.**

Der Gesetzentwurf lässt offen, ob sämtliche ambulanten Notfälle im INZ versorgt werden sollen oder im vertragsärztlichen Bereich. Denn es ist praktisch unklar, wie die Notfallversorgung im INZ bei Erkrankungen im Bereich Augen, HNO, Gynäkologie, etc. richtig diagnostiziert und versorgt werden soll. Dies betrifft auch chronisch erkrankte Patienten, die sich regelmäßig zur Behandlung in der Universitätsklinik einfinden. Diese Patienten müssen in Notfällen durch Mediziner mit entsprechender Expertise auch über die Grunderkrankung behandelt werden. Unklar bleibt auch, wie die Versorgung einfacher Verletzungen und Traumata mit der entsprechend notwendigen unfallchirurgischen Expertise z. B. auch im Hinblick auf die Durchführung und Interpretation von Röntgenbildern im INZ qualitativ und quantitativ abgebildet werden soll. **Der Gesetzentwurf muss ermöglichen, dass Patienten mit weitergehendem akutem ambulanten Versorgungsbedarf auch im Krankenhaus versorgt werden können.**

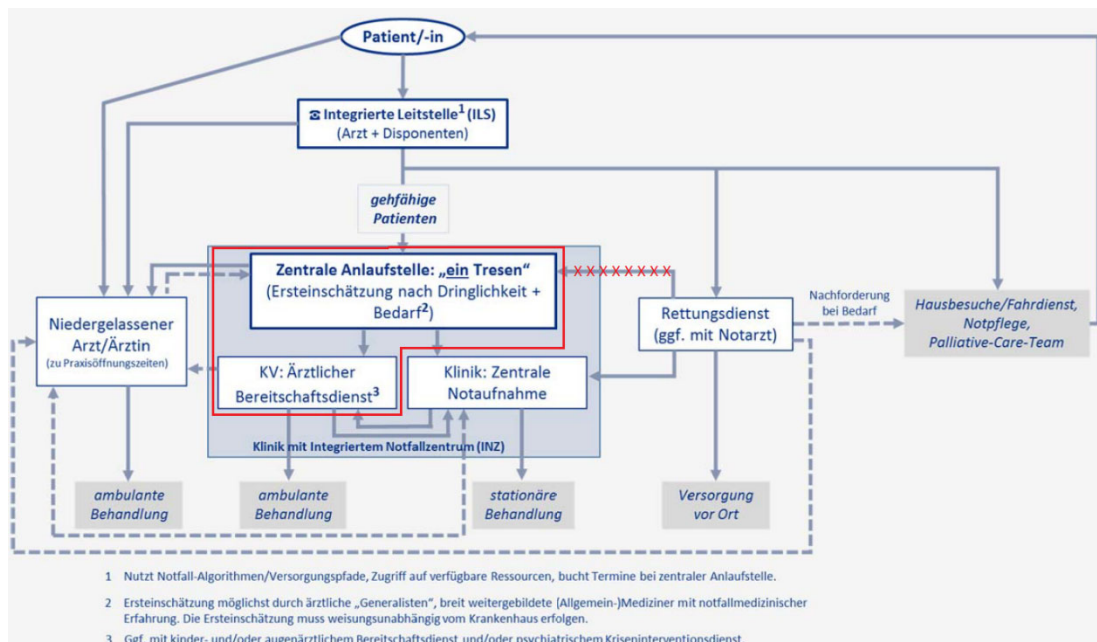
Aufgrund der besonderen Rolle der Universitätsklinik als Forschungs- und Ausbildungseinrichtungen ist für sie ein umfassender Zugang zur Grund- und Regelversorgung notwendig,

auch in der ambulanten Notfallmedizin. Universitäre Forschung beschränkt sich nicht ausschließlich auf hochspezialisierte Leistungen und auch die Aus- und Weiterbildung der Ärzte bedarf eines möglichst breiten Patientenspektrums. Die umfassende Weiterbildung zum Notfallmediziner kann nur in Häusern der Maximalversorgung, vordringlich in Universitätsklinika, erbracht werden. Die grundgesetzlich gewährleistete Freiheit von Forschung und Lehre erfordert eine Unabhängigkeit. Dies müssen Universitätsklinika in eigener Organisationsverantwortung gewährleisten können. **Für die klinische Forschung, die Lehre und die Weiterbildung muss es daher einen direkten Zugang zur ambulanten Notfallversorgung geben.**

Räumliche Umsetzung des INZ

Das INZ soll so an das Krankenhaus angebunden sein, dass es „von den Hilfesuchenden als erste Anlaufstelle für die Notfallversorgung wahrgenommen wird“. Dies erfordert eine Nähe zwischen INZ und Notaufnahme, widerspricht jedoch der Anforderung einer räumlich abgegrenzten Einrichtung. Dies erfordert bauliche Platzkapazitäten, die vor Ort an den Kliniken nicht immer gegeben sind. Angesichts dieser Unklarheiten wird bei der Umsetzung vor Ort mit erheblichen Schwierigkeiten zu rechnen sein. Besser wäre hier eine **Formulierung nach Art einer „klaren räumlichen Zuordnung“**, damit deutlich ist, welche Räumlichkeiten dezierniert zum INZ gehören und welche zum restlichen Krankenhaus. Die Prämisse muss in jedem Fall sein, dass keine ineffizienten Doppelstrukturen entstehen. Dies gilt umso mehr beim bestehenden und zunehmenden Fachkräftemangel.

Mit dem Gesetzentwurf würde die KV zum obligatorischen Mieter im Krankenhaus werden. In diesem Zuge ist es wichtig festzustellen, dass die vom G-BA laut Gesetzentwurf zu treffenden Festlegungen zu räumlichen, personellen und apparativen Voraussetzungen von INZ nicht per se dazu führen dürfen, dass das INZ eine „Notaufnahme vor der Notaufnahme“ wird und ineffiziente Doppelstrukturen entstehen. **Das INZ sollte im Sinne des Sachverständigenratsgutachtens 2018 v.a. als gemeinsamer Triage-Tresen verstanden werden**, an dem die Patienten entweder in die vertragsärztliche Versorgung gelenkt oder in die ambulante oder stationäre Notfallversorgung des Krankenhauses überführt werden. Dementsprechend würde das INZ die in der untenstehenden Grafik in rot dargestellten Bereiche zusammenführen:



Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018, Seite 586.

Einer gesonderten Zuwegung für das INZ bedarf es im Übrigen nicht. Aufgrund der telefonischen Triage durch die Gemeinsame Notfalleitstelle soll der Einsatz von Rettungswagen in Zukunft zielgerichteter erfolgen. Zudem schätzen Notfallsanitäter am Einsatzort die Dringlichkeit ein. Patienten, die mit dem Rettungswagen zur Klinik transportiert werden, sind daher in einer (vermuteten) akuten Notfallsituation. Daher muss im Gesetz geregelt werden, dass **Patienten, die das Krankenhaus mit dem Rettungswagen erreichen (auch mit unklarer Indikation), unmittelbar in die ZNA des Krankenhauses überführt werden und nicht zwingend zunächst im INZ vorstellig werden müssen.** Andernfalls würde die Patientensicherheit durch Zeitverzug gefährdet (siehe Exkurs).

Exkurs: Beispiele für das Erfordernis eines direkten Zugangs zur ZNA

Hintergrund: Viele akute Erkrankungen sind ohne notfallmedizinische Kenntnisse nicht unmittelbar erkennbar. Die typischen, allgemein bekannten Symptome eines Herzinfarkts, Schlaganfalls oder akuten Darmverschlusses treten nicht immer auf (z.B. Herzinfarkt: bei Frauen fehlen in der Regel die bekannten Leitsymptome, so dass bei Frauen der Herzinfarkt noch immer später erkannt wird und eine höhere Mortalität besteht). Nur durch schnelle notfallmedizinische Expertise können rechtzeitig die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen veranlasst werden um Leben zu retten. Die folgenden Beispiele zeigen, warum der Zugang der medizinischen Notfallrettung ohne Umweg über das INZ zur Zentralen Notaufnahme des Krankenhauses erforderlich ist:

Herzinfarkt: Bei der akuten Versorgung eines großen Herzinfarkts sollte laut Leitlinie der European Society of Cardiology das Intervall zwischen der ersten medizinischen Kontaktaufnahme (d.h. 112/116117) bis zum Eintreffen des Patienten im Herzkatheterlabor maximal 90 Minuten betragen. Wenn die Herzkatheterintervention nicht erfolgreich war und der Befund zu komplex ist, so ist eine unverzügliche Notfall-Bypassoperation angezeigt.

Schlaganfall: Bei der Versorgung eines akuten Schlaganfalls sollte das Intervall zwischen der ersten medizinischen Kontaktaufnahme (d.h. 112/116117) bis zur Durchführung einer Thrombolyse (Auflösung des Blutpfropfens) maximal 30 Minuten betragen. Je später die Thrombolyse durchgeführt wird, je wahrscheinlicher und schwerwiegender sind bleibende Hirnschäden.

Akuter Darmverschluss: Eine frühzeitige Behandlung wirkt sich positiv auf die Prognose aus: Mit einer Sterblichkeitsrate von 10 bis 25 Prozent ist der Darmverschluss ein ernst zu nehmendes Ereignis. Mit jeder Stunde ohne therapeutische Maßnahmen steigt dieses Risiko um etwa ein Prozent. Daher sind eine schnelle Diagnose und Therapie besonders wichtig.

Folgerung: Diese Beispiele zeigen, dass Patienten, die über die medizinische Notfallrettung ans Krankenhaus gebracht werden, direkt in die Zentrale Notaufnahme (unter Umgehung der INZ) gebracht werden müssen. Die Zeitintervalle zwischen Notfall und Behandlung (teilweise in den Leitlinien verortet), können nur über den Direktzugang zur Zentralen Notaufnahme gehalten werden. Andernfalls ist eine Verschlechterung der Versorgung und Reduktion der Patientensicherheit zu befürchten.

G-BA

Die Bestimmung von bundesweit einheitlichen bedarfsbezogenen Planungsvorgaben durch den G-BA (Kriterien der Erreichbarkeit, Betroffenheit und Versorgungsdichte) für die Auswahl der INZ ist zu begrüßen. Die vorgesehene Integration von bestehenden Portalpraxen ist sachlogisch. Neben den bereits bestehenden ambulanten vertragsärztlichen Strukturen müssen

bei der Festlegung der INZ aber auch die bestehenden stationären Notfallkapazitäten berücksichtigt werden. Die Vorhaltung umfassender stationärer Notfallkapazitäten an einem Krankenhaus ohne Ansiedlung eines INZ würde eine Fehlsteuerung von Patienten und Investitionsmitteln bedeuten. **Krankenhäuser mit umfassender (Stufe 3) und erweiterter (Stufe 2) Notfallversorgung laut Notfallstufen-Beschluss des G-BA müssen daher als INZ-Standort gesetzt sein.**

Organisation

Der Gesetzentwurf sieht die fachliche Leitung des INZ durch die KV vor. Das INZ soll räumlich Teil des Krankenhauses sein. Die KV kann aber nicht für einen Teil des Krankenhauses organisatorisch verantwortlich sein. Dies bedeutet **zwangsläufig eine rechtlich vom Krankenhaus abgetrennte eigenständige Organisation („Betrieb im Betrieb“)**. Der Gesetzentwurf lässt offen, wie unter dieser Prämisse die Kooperation zwischen KV und Krankenhaus ausgestaltet werden soll. Eine eigenständige Organisation ginge mit vielfältigen rechtlichen und organisatorischen Risiken und Nachteilen einher. Zudem würden Doppelstrukturen aufgebaut, die unwirtschaftlich sind und angesichts der allgemeinen Personalknappheit schwer zu betreiben wären. Dies spricht eindeutig gegen die Leitungsverantwortung bei der KV und die daraus resultierende gesellschaftsrechtliche und wirtschaftliche Abtrennung des INZ vom Krankenhaus.

Vor dem Hintergrund der rechtlichen Eigenständigkeit erscheint der festgesetzte Erfüllungsaufwand zur Errichtung des INZ auf einmalig max. 13.500 Euro pro Krankenhaus zur Vereinbarung von Kooperationsverträgen mit der KV als deutlich zu gering und letztlich unrealistisch.

INZ in ausschließlicher Trägerschaft des Krankenhauses dürften wesentlich effizienter aufzubauen und zu betreiben sein als INZ unter Leitung der KV und Kooperation mit dem Krankenhaus. Der Gesetzestext muss daher dahingehend geändert werden, dass **INZ formalrechtlich und wirtschaftlich als Teil des Krankenhauses in dessen ausschließlicher Trägerschaft betrieben werden können**. Dies kann in Kooperation mit der KV geschehen. Andernfalls drohen u.a. folgende **rechtlich-organisatorische Risiken bei der Errichtung von eigenständigen INZ unter Leitung der KV**:

1. Die Verteilung des **wirtschaftlichen Risikos** ist im Gesetzentwurf bisher nicht adressiert. Wenn die KV die INZ-Leitung übernehmen soll, muss klar gestellt werden, dass die KV das wirtschaftliche Risiko alleine trägt. Die Kosten des Krankenhauses müssen vollständig refinanziert werden. Die KV muss auch klar verantwortlich sein für die Einhaltung der G-BA-Vorgaben.
2. Ungeachtet der Haftungsfragen muss berücksichtigt werden, dass in einem Schadensfall der damit einhergehende **Imageschaden in erster Linie beim Krankenhaus** auf Grund der räumlichen Nähe und der öffentlichen Wahrnehmung des INZ als Teil des Krankenhauses verbleiben dürfte. Dies ist auch explizit in §123, Abs. 2, Satz 1 gefordert, nämlich „dass das integrierte Notfallzentrum räumlich derart an das Krankenhaus angebunden wird, dass es von den Hilfesuchenden als erste Anlaufstelle für die Notfallversorgung wahrgenommen wird“. Zudem dürfte es in der Praxis erhebliche Probleme bereiten, im Einzelfall die **Verantwortlichkeiten im Verhältnis von INZ**

- und Krankenhaus klar zuzuordnen.** Die Option des INZ, Patienten an die vertragsärztliche Versorgung zu den regulären Sprechstundenzeiten zu verweisen, obwohl dies nicht dem Empfinden des Hilfebedarfs des Patienten entspricht, wird im Allgemeinen von den Patienten ebenfalls dem Krankenhaus angelastet werden.
3. Bei einem **Leistungsaustausch** zwischen INZ als eigenständigem Betrieb und Krankenhaus (z. B. Personalabrechnung, Facility Management, Bildgebung, Laborleistungen) sind **steuerrechtliche Vorgaben** zu beachten, die zu Mehrkosten führen und die nicht zu Lasten des Krankenhauses gehen dürfen.
 4. Generell sind **vermeidbare administrative Kosten** bei einem rechtlich eigenständigen INZ zu erwarten, z. B. jeweils eigenständige Aufnahme von INZ und Krankenhaus im Falle einer weiteren Behandlung im Krankenhaus, eigenständige Personalorganisation im INZ, eigene Buchhaltung/Controlling/Governance und Leistungs- sowie Personalabrechnung. Insbesondere wenn das Krankenhaus Personal für das INZ stellt, führt dies zu bürokratischem Mehraufwand aufgrund der rechtlichen Vorgaben zur Personalgestaltung.
 5. Eine Einbindung in die **IT-Infrastruktur des Krankenhauses** wird bei einem eigenständigen INZ nicht möglich sein. Damit entstehen **Schnittstellen- und Datenschutzprobleme**, die einer effizienten Patientenversorgung entgegenstehen. So stehen die medizinischen Daten eines Patienten des INZ dem Krankenhaus im Falle einer späteren Behandlung nicht automatisch zur Verfügung. Im Übrigen wären diese Daten auch für die Forschung nicht ohne Weiteres verfügbar.

Zur Vermeidung dieser gravierenden Nachteile ist die Trägerschaft des INZ durch das Krankenhaus vorzusehen. Der Gesetzgeber sollte sich näher am Sachverständigenratsgutachten 2018 orientieren, in dem die Idee der INZ entwickelt wurde. Als zentral für die INZ wird dort der gemeinsame Tresen definiert. Ein Agieren auf Augenhöhe zwischen Krankenhaus und KV ist dafür Voraussetzung. Eine eigenständige Gesellschaft und die fachliche Leitung der KV sind im Sachverständigenratsgutachten nicht vorgesehen.

Dazu kommt, dass die hohe rechtliche und organisatorische Komplexität des Aufbaus von INZ in gemeinsamer Trägerschaft in der Praxis absehbar auf zahlreiche Umsetzungshürden stoßen würde. Der Aufbau von INZ würde dadurch nur mit erheblichem Zeitverzug erfolgen. Es stellt sich somit die Frage, bis wann derart komplizierte Modelle überhaupt flächendeckend umgesetzt werden könnten. Zeitnahe flächendeckende Verbesserungen in der Organisation der Notfallversorgung wären vor diesem Hintergrund unwahrscheinlich.

Der VUD schlägt vor, eine wissenschaftliche Evaluation der Reform gesetzlich zu verankern. Diese sollte insbesondere die Auswirkungen auf Patienten, die in medizinischen Notsituationen an INZ und ZNA behandelt werden, analysieren. Die Evaluation sollte generell geeignet sein, die Ergebnisse der unterschiedlichen Versorgungswege, möglichst mit konkreten Outcome-Parametern, und die Inanspruchnahme aller Ressourcen der Rettungskette aufzuzeigen.

Artikel 1 Nr. 13: Vergütung der INZ-Leistungen

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Vergütung der INZ-Leistungen in Form einer Grundpauschale und nach Schweregrad differenzierten Pauschalen außerhalb der vertragsärztlichen Gesamtvergütung erfolgen soll. Für die Vereinbarung dieser Pauschalen ist der erweiterte Bewertungsausschuss bestehend aus KBV, GKV-SV und DKG zuständig.

Eine differenzierte Vergütungsstruktur, die einerseits über die Grundpauschale die Vorhaltekosten des INZ refinanziert und andererseits schweregradadjustiert die Patientenversorgung vergütet, ist grundsätzlich der richtige Ansatz. Allerdings darf die Kalkulation der Pauschalen nicht in erster Linie auf dem Kostenniveau von Vertragsarztpraxen beruhen, sondern muss auch die **besonderen Kostenstrukturen der Krankenhäuser in der Notfallversorgung rund um die Uhr berücksichtigen**.

Das bedeutet auch, dass der Gesetzentwurf für die Grundpauschalen zur Refinanzierung der Vorhaltekosten klarstellen muss, dass bei deren kalkulatorischer Herleitung auch die unterschiedliche Größe (im Sinne von Behandlungskapazitäten) der INZ einbezogen werden muss und insofern auch **differenzierte Grundpauschalen** vorzugeben sind.

Die Abrechnung über die KV bevorteilt die KV gegenüber dem Krankenhaus bezüglich des Datenzugriffs auf die Abrechnungsdaten und eröffnet der KV abrechnungstechnische Spielräume zu ihren Gunsten, letztlich zum Nachteil des Krankenhauses. Die Abrechnung über die KV sollte daher im Gesetz zugunsten einer **Direktabrechnung mit den Krankenkassen** geändert werden.

Die vorgesehene Halbierung der Vergütung der Notfallversorgung an Krankenhäusern ohne INZ ist abzulehnen, da Krankenhäuser Patienten nicht abweisen dürfen und zur Versorgung verpflichtet sind. An Krankenhäusern ohne INZ sollte eine leistungsorientierte Vergütung möglich sein, die eine Finanzierung von Vorhaltekosten nicht umfasst. Andernfalls müsste es für Krankenhäuser ohne INZ gesetzlich erlaubt werden, dass Patienten nach Einschätzung durch ein formalisiertes System ohne Arztkontakt weitergeleitet werden dürfen. Wenn dies nicht explizit gesetzlich geregelt wird, könnte dies zu langjährigen Auseinandersetzungen mit dem Medizinischen Dienst, Gerichtsverfahren mit den Kostenträgern und Klagen abgewiesener Patienten führen.

Artikel 1 Nr. 13: Finanzierung der Einrichtung von INZ durch den Strukturfonds

Der Gesetzentwurf weist in seiner Begründung darauf hin, dass die für die Errichtung der INZ erforderlichen Baumaßnahmen über den Krankenhausstrukturfonds gefördert werden: „Die für die örtliche Zusammenführung der vertragsärztlichen Notdiensteinrichtungen und der Notfallambulanz des Krankenhauses gegebenenfalls erforderlichen baulichen Maßnahmen am Krankenhaus können aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds gefördert werden.“

Universitätsklinika sind von dieser Förderung weiterhin ausgeschlossen. Im Zuge der Weiterführung des Krankenhausstrukturfonds durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz wurde abermals die Förderfähigkeit der Universitätsklinika bei fast allen Förderzwecken, auch der Errichtung eines INZ, nicht vorgesehen. Diese ungerechtfertigte Benachteiligung ist nun spätestens mit der gesetzlichen Verankerung der INZ bei der Notfallversorgung zu beseitigen. Gerade die Universitätsklinika nehmen vor Ort auf Grund ihres umfassenden Leistungsspektrums eine zentrale Rolle bei der Notfallversorgung ein. **Wenn der Krankenhausstrukturfonds für die Errichtung von INZ genutzt werden kann, so müssen auch die Universitätsklinika im Fonds endlich förderfähig werden und zwar für alle Zwecke und ohne Einschränkungen.**

Darüber hinaus ist eine stärkere digitale Vernetzung der Akteure der Notfallversorgung vorgesehen. So soll das Gemeinsame Notfalleitsystem (GNL) auf die Kapazitäten der INZ und der Notaufnahmen der Krankenhäuser digital zugreifen können. Entsprechende digitale Netzwerkbildungen müssen z.B. über den Krankenhausstrukturfonds finanziert werden können. Diesbezüglich müssten die Zwecke des Krankenhausstrukturfonds über IT-Sicherheit und telemedizinische Netzwerkbildung erweitert werden und auch für die Universitätsklinika zugänglich gemacht werden.

Art. 1. Nr. 15: Gemeinsames Notfalleitsystem (GNL)

Die Intention einer verbindlichen Zusammenarbeit von Rettungsleitstellen (112) und Kassenärztlicher Notdienstnummer (116117) in einem Gemeinsamen Notfalleitsystem (GNL) mit standardisiertem Ersteinschätzungsverfahren ist zu begrüßen. Schwachpunkt ist jedoch weiterhin, dass der Patient bzw. Hilfesuchende sich weiterhin allein entscheiden muss, welche Nummer er wählt. In diesem Zusammenhang muss auch darauf verwiesen werden, dass es aktuell je nach Bundesland mitunter extrem langen Wartezeiten bei der Nummer 116117 gibt. Darüber hinaus gibt es (noch) kein geeignetes, wissenschaftlich validiertes Ersteinschätzungssystem zur telefonischen Triagierung.