

## **Schriftliche Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung “Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung”, BT-Drucksache: 20/13166**

Der Entwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung in seiner Fassung vom 02.10.2024 betrifft ein zentrales Thema einer zeitgemäßen Gesundheitspolitik. Eine qualifizierte und niedrigschwellig erreichbare Notfallversorgung ist eine der zentralen Säulen einer modernen, umfassenden Versorgung der Bevölkerung, die jedoch in den letzten Jahren besonders bei GKV-Versicherten im ambulanten Bereich (Facharzttermine) ebenso wie auch im stationären Bereich (durch Krankenhausschließungen ) in Gefahr geraten ist. Es ist daher begrüßenswert, dass ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung vorgelegt und diskutiert wird.

Allerdings müssen erhebliche Zweifel geäußert werden, ob der Gesetzentwurf und die damit verbundenen Ansätze in irgendeiner Form zu einer Verbesserung der Situation beitragen werden. Der Gesetzentwurf lässt jegliche Bezugnahme auf die Patientenperspektive vermissen und setzt die sektorale Optimierung der Versorgungsbereiche fort, ohne eine glaubwürdige Perspektive für die Verbesserung des zunehmend durch Unterversorgung charakterisierten Gesundheitswesens aufzuzeigen.

Im Einzelnen müssen folgende Punkte hervorgehoben werden:

1. Die Notfall-Versorgung gehört zu den Leistungen des Gesundheitswesens, die einer optimalen bzw. maximalen Abdeckung bedürfen. Im Bereich der Elektivversorgung können z.B. Wartezeiten in einem gewissen Maße toleriert werden, jedoch müssen bei Notfällen die Versorgungsstrukturen und die Ausstattung so gestaltet sein, dass unter der großen Zahl von Patienten zuverlässig diejenigen identifiziert werden, die einer medizinischen Intervention bedürfen. Um dieses Ziel erreichen zu können, muss in Kauf genommen werden, dass man in der Notfallversorgung auch Patienten sieht, die keine unmittelbar bedrohlichen Erkrankungen haben (wobei man auch die Patientenperspektive nicht außer Acht lassen sollte). Eine Erreichbarkeit einer Notfallversorgung für 95% der Bevölkerung in 30 Minuten ist daher problematisch: es bleibt die Frage, was mit den übrigen 5% (immerhin 4 Millionen Personen) geschehen soll (§123a Abs. 1). Das ärztliche Berufsethos und das Berufsethos der anderen Gesundheitsberufe wäre einzubeziehen, wird in dem Gesetzesentwurf jedoch nicht erwähnt.

2. Im Gesetzesentwurf dominiert eine Patienten-ferne, rein wirtschaftliche Sicht, es ist von „Fehlsteuerung“ und von „Überlastung von Akteuren“ die Rede. Der Begriff Patient taucht gar nicht mehr auf, stattdessen wird die sozialrechtliche Neuschöpfung der „Hilfesuchenden“ (so der Gesetzestext) verwendet. Den Autoren des Gesetzesentwurfes ist offensichtlich entgangen, dass man z.B. als „Hilfesuchender“ zutreffend beschrieben werden kann, wenn man mit kaputtem Auto auf den ADAC wartet, aber wenn man als

Patient die Tür zur Notfallambulanz öffnet, weil man sich krank fühlt, dann sollte man hoffen, dass man als Patient betrachtet wird und sich auf seine Rechte, so wie z.B. im Patientenrechtegesetz von 2013 mit seinen BGB-Regelungen beschreiben, berufen kann. Diese Diktion erinnert an Zeiten, als man noch über Patientenperspektive und Patientenrechte diskutierte: das Gesundheitswesen denkt immer zunächst an sich, die Patienten stören nur (so das geflügelte Wort). Diese Haltung wird nur noch dadurch ins nahezu Inhumane gesteigert, dass in §123 Abs. 2 die Nutzung eines technischen bzw. digitalen Instrumentes bei der Priorisierung der Behandlung Berücksichtigung finden soll, statt dass allein die Behandlungsnotwendigkeit im Vordergrund steht. Die Formulierung „bei gleicher Behandlungsdringlichkeit“ erfordert ja bereits eine Untersuchung, denn sonst könnte man diese Einschätzung ja nicht vornehmen; konkret würde das für Patienten ohne Digitalkontakt einen Abbruch der Behandlung bedeuten, sobald ein anderer Patient mit digitalem Vorkontakt auftaucht.

3. Die ökonomische Sicht wird ergänzt und erweitert durch die Überzeichnung technokratischer Instrumente. Man erhält den Eindruck, Gesundheitsversorgung sei in erster Linie ein digital zu lösendes Problem („standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument“ in §123 Abs. 2, „digitale Fallübergabe“), der persönliche Kontakt zwischen Patient und Behandler ist dem nachgeordnet. Der Arztkontakt wird praktisch gar nicht erwähnt, die anderen Gesundheitsberufe nur dann, wenn sie „wirtschaftlich“ entlastend eingesetzt werden können (§73 Abs. 1b Satz 6 und 7). Der Gesetzesentwurf geht dabei in keiner Weise auf das Kernproblem der Notfallversorgung ein, nämlich dass der Erstkontakt durch gut ausgebildete Ärzte stattfinden muss, da er den entscheidenden Schritt für die Erfolgsaussichten der späteren Behandlung darstellt. Es wären hier Strategien zu entwickeln, wie für diese zentrale Funktion der Gesundheitsversorgung Personalressourcen zur Verfügung gestellt und finanziert werden. In der jetzigen Form wird der Gesetzesentwurf stattdessen dazu beitragen, dass sich die Gesundheitsversorgung weiter in Richtung einer kalten, technologisch-determinierten, unpersönlichen Fehlversorgung weiterentwickelt. Die dabei sichtbare De-Qualifizierungstendenz, wie sie z.B. auch im sog. Apotheken-Gesetz sichtbar wird, setzt sich auch hier fort.

4. Der Gesetzesentwurf versucht, wie in der Begründung richtig wiedergegeben, drei Versorgungssektoren miteinander zu verbinden (ambulante Versorgung/KV, kommunale Strukturen (Rettungsdienst) und stationäre Versorgung. So sollen für die Integrierten Versorgungszentren (INZ) KV und Krankenhaus Kooperationsvereinbarungen abschließen (§123a Abs. 2). Der Gesetzesentwurf bleibt hierbei auf der Stufe aller bisherigen Versuche der letzten 30 Jahre stehen, die sich mit dem Thema der Integration von Versorgungssektoren beschäftigen, die man vorher durch die Einführung der Sektorierung (1993) geschaffen hat. Im Begründungstext wird im Nebensatz angemerkt, dass man einen eigenen Vergütungssektor diskutiert habe; aber dieser einzig sinnvolle

Ansatz (den man auch bei der Krankenhaus-Reform hätte beherzigen sollen) wurde verworfen. Nun kann man bzw. muss man abwarten, ob es dieses Mal durch Appelle und „Verpflichtung zur Kooperation“ besser läuft. Jeder, der das deutsche Gesundheitswesen kennt, kennt auch die Antwort, vor allem wenn man berücksichtigt, dass die KVen die Krankenhäuser darin unterstützen sollen (unter deren Leitung), ihre defizitären Notfalleinrichtungen zu optimieren, indem sie ihnen die nicht stationär Behandlungspflichtigen Patienten abnehmen, so dass die Krankenhäuser sich um so mehr der Aufnahmefunktion der Notfallambulanzen widmen können (§123 Abs. 1).

5. Über die Finanzierung der INZ gibt es über den unklar formulierten §123 Abs. 4 (Bewertungsausschuss) hinaus keine Angaben. §123 Abs. 4 bezieht sich ausschließlich auf die Finanzierung der Ersteinschätzung; wie sich hier die Abgrenzung zur jeweiligen Weiterbehandlung gestalten soll (jeweils im ambulanten bzw. stationären Sektor), wird nicht weiter ausgeführt. Vielleicht geht man davon aus, dass sozusagen automatisch die sektoralen Budgets in Anspruch genommen werden. Diese Annahme dürfte als sehr optimistisch gelten.

6. Die in §75 Abs. 1b geforderte Erweiterung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen, über die Einrichtungen der Terminservicestellen hinaus sich an Integrierten Notfallzentren (INZ) zu beteiligen, ein telemedizinisches 24h-Angebot sowie einen 24/7 verfügbaren aufsuchenden Dienst bereitzustellen, klingt sehr gut, muss sich aber erst realisieren lassen, vor allem unter dem Aspekt der in vielen Regionen schon für die Normalversorgung kaum mehr bereitgestellten Personalressourcen. Es ist zu erwarten, dass diese Regelung in der Realität nicht Wirklichkeit werden wird, vor allem da die Mittel nicht zusätzlich, sondern zulasten des KV-Budgets aufgebracht werden müssen (§105 Abs. 1b).

7. Abschließend sei darauf hingewiesen, dass ein unmittelbarer Handlungsbedarf nicht besteht, da die jährliche Inanspruchnahme in Deutschland mit 20 Kontakten auf 100 Einwohnern deutlich unterhalb des OECD25-Mittels liegt (27/100). Die in der Gesetzesbegründung dargelegten Angaben zu Einsparungen erscheinen wenig abgesichert.

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

Venloer Str. 30

50672 Köln

0163 5818 797