

Stellungnahmen nicht geladener Sachverständige



Deutscher
Caritasverband e.V.



DIE KATHOLISCHEN
KRANKENHÄUSER
Kath. Krankenhausverband Deutschland e.V.

STELLUNGNAHME

zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Notfallgesetz – NotfallG)

Berlin, 5. November 2024 | Mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 17. Juli 2024 zur Notfallversorgung soll die ambulante Notfallversorgung verbessert werden. In dem Entwurf heißt es, die Versorgungsbereiche vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste müssten besser vernetzt und aufeinander abgestimmt werden. Dieses Ziel begrüßen und unterstützen die katholischen Krankenhäuser, für die der Katholische Krankenhausverband Deutschland e.V. und der Deutsche Caritasverband e. V. als Fach- und Spitzenverbände diese gemeinsame Stellungnahme abgeben.

Der Katholische Krankenhausverband weist gemeinsam mit seinem Dachverband, dem Deutschen Caritasverband darauf hin, dass die Reform der Notfallstrukturen zwingend in Bezug zur geplanten Krankenhausreform zu bewerten ist. Unsere Stellungnahme zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) ist hier abrufbar:

https://die-katholischen-krankenhaeuser.de/wp-content/uploads/2024/08/20240815-Aktualisierte-Stellungnahme_KHVVG.pdf.

Während der bisherige Gesetzentwurf keine Regelungen zur Reform des Rettungsdienstes enthält, sollen diese nun über Änderungsanträge im parlamentarischen Verfahren ergänzt werden. Um die ambulante Versorgung in der Fläche nicht zu gefährden, müssen die Verzahnungen der Gesetze (KHVVG, Notfallreform, Rettungsdienstreform) systematisch betrachtet und notwendige Auswirkungen analysen durchgeführt werden. Ohnedem ist eine notwendige breite Fachdiskussion, die die weitreichenden Änderungen eigentlich erfordern, nicht gewährleistet.



Deutscher
Caritasverband e.V.



DIE KATHOLISCHEN
KRANKENHÄUSER
Kath. Krankenhausverband Deutschland e.V.

1. Allgemeines	3
2. Bewertung der Regelungen.....	5
Art. 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	5
§ 75 Abs. 1b: Sicherstellungsauftrag vertragsärztliche Versorgung	5
§ 90 Abs. 4a: Erweiterter Landesausschuss	6
§ 123: Integrierte Notfallzentren	6
§ 123a: Einrichtung von Integrierten Notfallzentren.....	8
§ 123b: Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche.....	11
Art. 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.....	11



1. Allgemeines

Die Notaufnahmen der Krankenhäuser sind häufig überfüllt. Viele Menschen suchen dort vor allem am Wochenende und an Feiertagen Hilfe, weil sie sich selbst als Notfall sehen, keine alternativen Anlaufstellen kennen und möglichst schnell behandelt werden wollen. Das führte in der Vergangenheit oft zu langen Wartezeiten, gereizten Patienten und überlastetem Personal. Sind die Kapazitäten vollkommen überlastet, melden sich Notaufnahmen bei den Rettungsstellen ab. Das signalisiert dem Rettungsdienst, dass sie andere Krankenhäuser in regionaler Nähe präferiert anfahren sollen, um die Situation in der abgemeldeten Notaufnahme zu entlasten. Für Patienten mit schweren, lebensbedrohlichen medizinischen Ereignissen, kann es mitunter schwerwiegende Folgen haben, verfügt eine Notaufnahme nicht über freie Kapazitäten.

Der vorliegende Entwurf zur Notfallreform setzt genau an dieser Problematik an. Das Ziel der Reform ist es, überfüllte Notaufnahmen durch eine bessere Patientensteuerung zu verhindern. Der Entwurf sieht dazu vor, dass Hilfesuchende zuerst eine sogenannte Akutleitstelle kontaktieren. Die Akutleitstelle soll dann nach einem bundesweit einheitlichen standardisierten Ersteinschätzungsverfahren den Gesundheitszustand des Hilfesuchenden einschätzen und ihn in die adäquate Versorgungsebene lenken. Das heißt, bei leichteren Beschwerden wird dem Hilfesuchenden bei Bedarf ein Termin in der vertragsärztlichen¹ Versorgung gebucht oder – in geeigneten Fällen – eine telefonische oder videounterstützte ärztliche Konsultation vermittelt, bei schwereren Beschwerden wird er zum Integrierten Notfallzentrum (INZ) weitergeleitet. Im INZ wird sein Gesundheitszustand erneut eingeschätzt und er wird entweder der KV-Notdienstpraxis oder der Notaufnahme des Krankenhauses zugewiesen. Bei vorheriger Kontakttierung der Akutleitstelle soll er bei „gleicher medizinischer Behandlungsdringlichkeit“ vorrangig behandelt werden. Der Grundansatz der Regelung ist richtig. Ob es allerdings als Anreiz ausreicht und sich nicht nur als bloße Theorie erweist, sich vorher an die Akutleitstelle zu wenden und sich nicht – wie bisher – direkt einfach ins nächste Krankenhaus zu begeben, ist fraglich².

Ebenso fraglich ist, ob angesichts der demographischen Entwicklung und des Ärztemangels die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) in der Lage sein werden, die vorgesehenen Dienste (Notfallpraxis, aufsuchender Dienst, telemedizinisches Angebot), deren Grundansatz ebenfalls als sinnvoll zu bewerten ist, zu besetzen. Hauptgrund, warum so viele Hilfesuchende die Notaufnahmen der Krankenhäuser aufsuchen, sind neben den überlasteten oder geschlossenen Hausarztpraxen auch die langen Wartezeiten auf Facharzttermine. Die Vorgaben des

¹ Für die Terminvermittlung in die fachärztliche Versorgung bedarf es im Akutfall keiner Überweisung.

² Die Erhebung einer Gebühr für Patienten, die weiterhin direkt die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen, ohne vorher die Akutleitstelle kontaktiert zu haben, lehnen wir ab, da es finanziell schlechter gestellte Patienten benachteiligt.



Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu Personal und Ausstattung der KV-Notfallpraxen sollte vor diesem Hintergrund realitätsnah erfolgen.

Wesentliches Element des INZ ist die zentrale Einschätzungsstelle, die Hilfesuchende der richtigen Struktur – entweder der KV-Notarztpraxis oder der Notaufnahme – zuweisen soll. Besteht kein akuter Behandlungsbedarf ist auch eine Zuweisung in den niedergelassenen vertragsärztlichen Bereich möglich. Hier sehen der Katholische Krankenhausverband und der Deutsche Caritasverband in der Umsetzungspraxis die größte Herausforderung, wenn Patienten nach objektiven Kriterien zu einer Kooperationspraxis, die weiter entfernt liegt, geschickt werden sollen. Das hat zumindest Konfliktpotential. Für die im Entwurf angedachte räumliche Nähe der Kooperationspraxis zum Krankenhaus muss es daher konkrete Vorgaben geben. Für die Fallgestaltung, in der das INZ Patienten an Kooperationspraxen verwiesen hat, muss es Rechtssicherheit für Krankenhäuser geben, dass diese Patienten abgelehnt werden dürfen dies keinen Verstoß gegen die Sicherstellungspflicht der Versorgung durch die Krankenhäuser darstellt. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass das Einschätzungsverfahren ad absurdum geführt wird. Die Haftungsregelungen sind dahingehend anzupassen.

Eine effiziente Patientenversorgung erfordert eine klare Organisation und durchgängige Verantwortlichkeiten. Der Katholische Krankenhausverband und der Deutsche Caritasverband befürworten deshalb, dass die fachliche und organisatorische Leitung der INZ den Krankenhäusern obliegt. Trotzdem möchten wir an dieser Stelle darauf aufmerksam machen, dass die Krankenhausnotaufnahmen in vielen Kliniken seit Jahren defizitär laufen und häufig durch andere Abteilungen quersubventioniert werden müssen, da die Vorhaltekosten dieser Abteilungen relativ hoch sind. Um das ein wenig abzufedern, gibt es (neben der Abrechnung der Krankenhausbehandlung) seit 2018 Zuschläge³ für die Teilnahme an der stationären Notfallversorgung. Im geplanten KHVVG soll zudem eine neue Form der Vorhaltevergütung (pauschaler Anteil) eingeführt werden, um die Vorhaltekosten besser zu berücksichtigen⁴. Wir fordern eine kostendeckende Vergütung des Betriebs der zentralen Einschätzungsstelle. Dass die Ersteinschätzung unabhängig von der Weiterbehandlung eine zu vergütende Einzelleistung werden soll, begrüßen wir ausdrücklich.

Die Notfallversorgung muss grundsätzlich auch bei Nichtzuweisung eines INZ zu einem Krankenhausstandort weiterhin wohnortnah möglich sein. Der Entwurf lässt offen, wie viele INZ es am Ende geben wird. Dass ein Krankenhaus für ein INZ ausgewählt werden kann, wenn es die Basisnotfallstufe hat, ist folgerichtig. Aber auch in Krankenhäusern ohne INZ, die an der

³ Erfüllt ein Krankenhaus die strukturellen Voraussetzungen an eine G-BA-Notfallstufe kann es Zuschläge abrechnen (Höhe der Zu- und Abschläge unterscheidet sich je nach Stufe). Die Notfallstufenvergütungsvereinbarung kann hierunter abgerufen werden:

https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.3_Versorgung-Struktur/2.3.2_Gestuftes-System-Notfallstrukturen/Notfallstufenverguetungsvereinbarung.pdfv.

⁴ Unsere Kritik an der neuen Form der Vorhaltevergütung finden Sie in unserer Stellungnahme zum KHVVG, den Link dazu auf Seite 1 dieser Stellungnahme.



stationären Notfallversorgung teilnehmen, werden im Rahmen der Triagierung Patientinnen und Patienten identifiziert, die lediglich einen ambulanten Versorgungsbedarf haben. Daher ist es notwendig, sicherzustellen, dass die Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit des Patienten, auch in Krankenhäusern ohne INZ abrechnungsfähig ist. Der Katholische Krankenhausverband und der Deutsche Caritasverband betonen, dass jedes Krankenhaus, das im Rahmen der G-BA Notfallstufensystematik an der stationären Notfallversorgung teilnimmt, auch ohne INZ ambulante Notfallpatienten abrechnen können muss, um die flächendeckende Notfallversorgung nicht zu gefährden. Ansonsten müssten Kliniken ohne INZ Notfallpatienten, die nach erster Sichtung keiner stationären Behandlung bedürfen, zukünftig abweisen, sofern diese nicht an eine Kooperationspraxis verwiesen werden können.

Abschließend weisen der Katholische Krankenhausverband und der Deutsche Caritasverband darauf hin, dass in der Notfallversorgung auch die Schnittstellen für mögliche Kooperationen mit der psychiatrischen Notfall- und Krisenversorgung stets mitzudenken sind.

2. Bewertung der Regelungen

Art. 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 2b

§ 75 Abs. 1b: Sicherstellungsauftrag vertragsärztliche Versorgung

Wir begrüßen, dass der Sicherstellungsauftrag in Bezug zur notdienstlichen Akutversorgung genauer definiert und verbindlich eingefordert wird. Wir haben jedoch Bedenken, ob der 24/7-Sicherstellungsauftrag in der Praxis aufgrund von Fachkräftemangel verlässlich umgesetzt werden kann, insbesondere wenn vertragsärztliche Versorgungsangebote in strukturschwachen Räumen einerseits ein ausgedünntes Netz sind und infolge der demografischen Entwicklung der Versorgungsbedarf drastisch steigen wird. Ausdrücklich zu begrüßen ist der Ausbau des aufsuchenden Dienstes, der insbesondere pflegebedürftigen Menschen nützt und auch für die Pflegeheimversorgung dringend gebraucht wird.

Wir sehen kritisch, wie mit den bestehenden vertragsärztlichen Strukturen die einzurichtenden KV-Praxen im und in unmittelbarer Nähe zum Krankenhaus verlässlich betrieben werden können und eine Weitervermittlung in die vertragsärztliche Regelversorgung aus dem INZ heraus gelingt. Das INZ kann nur dann Termine an Haus- und Fachärzte vermitteln, wenn diese freie Kapazitäten haben.

Die Strukturen und Kapazitäten des Rettungs- und Krankentransportwesens müssen mitberücksichtigt werden. Der Aufbau von Strukturen⁵ und Personal erfordert einen angemessenen Zeitrahmen.

⁵ wie zum Beispiel Dienst- und Leitstellen, Fahrzeuge, Ausstattung und Technik



Zu Nummer 6b

§ 90 Abs. 4a: Erweiterter Landesausschuss

Die Entscheidung darüber, welches Krankenhaus ein INZ einrichten darf, soll durch den erweiterten Landesausschuss getroffen werden. Dabei irritiert, dass die Bundesländer, die nach dem geplanten KHVVG aufgrund von Bundesvorgaben die Leistungsgruppe Notfallmedizin an die einzelnen Krankenhausstandorte zuweisen sollen, bei der Errichtung eines INZ im erweiterten Landesausschuss kein Stimmrecht haben.

Auch die Interessen der Krankenhäuser sehen wir nicht ausreichend vertreten. In diesem Gremium stellen die Vertreter der KVen und der Kassen zusammen die Mehrheit und können die Vertreter der Krankenhäuser regelmäßig überstimmen. Damit werden die Interessen der Krankenhäuser, die wesentlich von der Aufgabe, ein INZ einzurichten und zu betreiben, berührt sind, nicht hinreichend berücksichtigt.

Änderungsvorschlag

Wir fordern ein höheres Stimmgewicht der Krankenhäuser im erweiterten Landesausschuss. Dies kann alternativ über mehr Stimmen, eine höhere Stimmengewichtung oder ein Vetorecht bei den Entscheidungen über die Auswahl der INZ-Standorte geregelt werden.

Zu Nummer 11

§ 123: Integrierte Notfallzentren

Zu § 123 Abs. 2 Satz 3 Standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument

Die zentrale Ersteinschätzungsstelle hat ein qualifiziertes und standardisiertes Verfahren einzusetzen, um die Dringlichkeit als auch die geeignete Versorgungsebene eines Hilfesuchenden festzulegen. Bei dieser Ersteinschätzung gilt es relevante Symptome und Risikomerkmale für abwendbar gefährliche Krankheitsverläufe zu erkennen. Ein solches Ersteinschätzungsverfahren gibt es bislang nicht. Die Erstfassung einer G-BA-Richtlinie zur Ersteinschätzung⁶ vom 6.7.2023 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beanstandet. Argumentiert wurde damit, dass die „Einführung, Definition und Ermittlung der konkret definierten „Dringlichkeitsgruppen“ gemäß § 5 Absatz 3 EE-RL [...] ein neues und in den Krankenhäusern nicht etabliertes Verfahren“ abbilden. So gibt es in Krankenhäusern ein strukturiertes und validiertes Triage-System zur Behandlungspriorisierung, nicht jedoch ein Verfahren, das nach „Dringlichkeitsgruppen“ differenziert. Das BMG beanstandete neben der fehlenden wissenschaftlichen Validierung von „Dringlichkeitsgruppen“ auch die Durchführung von

⁶ „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung gemäß § 120 Absatz 3b SGB V (Ersteinschätzungs-Richtlinie)“, online abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6078/2023-07-06_Ersteinschaet-zungs-RL_Erstfassung.pdf



Ersteinschätzungsinstrumenten „im Probetrieb“, da dies eine erhebliche Gefährdung der Patientensicherheit darstelle.⁷

Als rechtswidrig hat das BMG auch die Regelung in der Erstfassung der G-BA-Richtlinie eingestuft, dass sich auch Hilfesuchende, die mittels Rettungsdienstes in ein Krankenhaus eingeliefert werden, grundsätzlich einer Erstschtätzung unterliegen. Die gesetzliche Ermächtigung lässt nur eine Richtlinie für Hilfesuchenden, die sich direkt an ein Krankenhaus wenden, nicht aber für diejenigen, die sich an einen Rettungsdienst wenden, zu.⁸

Die verbindliche Weiterleitung der Hilfesuchenden an die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und MVZ, die in unmittelbarer Nähe eines INZ geöffnet sind, begrüßen wir. Wir sehen in der Praxis Umsetzungshürden in strukturschwachen Räumen, da die Weiterleitung von Patienten mit niedriger Dringlichkeit trotzdem innerhalb eines medizinisch vertretbaren Zeitraums erfolgen sollte, was bei längeren Wegstrecken in ausgedünnten ambulanten Versorgungsbereichen problematisch werden dürfte.

Änderungsvorschlag

Vor Inkrafttreten des Gesetzes muss ein wissenschaftlich validiertes, praxiserprobtes und gesetzkonformes Ersteinschätzungsinstrument zur Ermittlung von „Dringlichkeitsgruppen“ vorliegen.

Zu § 123 Abs. 2 Satz 6 SGB V Terminbuchung im INZ

Das INZ wird hiermit verpflichtet, den Patienten im Anschluss an eine notdienstliche Akutbehandlung eine Terminbuchung über das System der Terminservicestellen anzubieten, sofern im Anschluss eine ambulante Weiterbehandlung notwendig ist. Damit wird das bisherige Grundproblem, dass sich hilfesuchende Patienten in Folge einer schlechten Versorgung in der vertragsärztlichen Struktur sich an die Notaufnahmen wenden, auf die INZ übertragen. Sie sind dann verpflichtet, an Stelle der Patienten Termine in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu finden, was vor allem in strukturschwachen Gebieten eine echte Herausforderung darstellen dürfte

Änderungsvorschlag

Wir fordern die Streichung von § 123 Abs. 2 Satz 6 SGB V.

⁷ Bundesministerium für Gesundheit: Schreiben der Beanstandung vom 12.9.2023, online abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-9756/2023-07-06_Ersteinschaetzungs-RL_Erstfassung_BMG.pdf

⁸ Ebenda.



Zu § 123 Abs. 6 Satz 1 SGB V Gewährleistung von Konsilien

In § 123 Abs. 6 ist vorgesehen, dass ein INZ – wenn es kein KINZ am Standort gibt – bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen telemedizinische oder telefonische Konsilien von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin zu gewährleisten hat.

Änderungsvorschlag

Eine grundsätzliche Verpflichtung zur Durchführung der o.g. Konsilien lehnen wir ab, da sich das INZ auf die Ersteinschätzung sowie auf die Versorgung der aufsuchenden Patienten konzentrieren sollte.

Zu § 123 Abs. 6 Satz 2 SGB V Konzeption und Koordination der Konsilien nach Satz 1

Der erweiterte Landesausschuss soll die Konzeption und Koordination der telemedizinischen Unterstützung bestimmen, womit er die inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung zugewiesen bekommt.

Änderungsvorschlag

Wir teilen die Einschätzung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dass die inhaltlichen Vorgaben zur Ausgestaltung einer telemedizinischen Versorgung nicht vom erweiterten Landesausschuss getroffen, sondern über Verträge nach § 115 SGB V zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, der Ersatzkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landeskrankenhausesellschaften ausgehandelt werden sollten. Damit ließen sich auch regionale Besonderheiten besser berücksichtigen.

§ 123a: Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

Zu § 123a Abs. 1 SGB V Festlegung der INZ-Standorte

Der Entwurf lässt offen, wie viele INZ es deutschlandweit an Krankenhäusern braucht, um eine bedarfsgerechte Notfallversorgung sicherzustellen. Grundvoraussetzung, um ein INZ zu erhalten, ist die G-BA-Notfallstufe Basisversorgung (Stufe 1). In Städten soll eine Auswahl aus mehreren qualifizierten Kliniken anhand des Bevölkerungsbezugs (Erreichbarkeit für hohen Bevölkerungsanteil) und anderer objektiver Kriterien erfolgen. Ziel ist eine flächendeckende Erreichbarkeit für 95 Prozent der Bevölkerung innerhalb von 30 Fahrzeitminuten in einer Planungsregion.

Fall a) INZ in ländlichen Regionen

Bewertung

Die Vorgabe, dass in einer Planungsregion ein Krankenhausstandort mit INZ für 95 Prozent der zu versorgenden Menschen innerhalb von 30-Fahrzeitminuten erreichbar sein muss, ist heute



schon in vielen ländlichen, strukturschwachen Gebieten aufgrund der niedrigen Krankenhausedichte nicht gewährleistet. Ein Abbau vieler weiterer kleinerer Standorte verschärft diese Vorgabe. Auch hinsichtlich der Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Personenverkehr sind diese Regionen im Nachteil. Das stellt vor allem für ältere und immobile Menschen eine enorme Herausforderung dar, insbesondere wenn kein soziales Netzwerk oder Fahrdienste vorhanden sind. Eine flächendeckende Versorgung in ländlichen Gebieten mit INZ-Standorten sehen wir aufgrund mangelnder Notaufnahmen realitätsfremd, so dass die Versorgungsverbesserung für die Landbevölkerung gar nicht greift.

Fall b) INZ in Ballungsgebieten

Änderungsvorschlag

Dagegen wird Vorgabe in Ballungsgebieten von mehreren Krankenhäusern erreicht, so dass klargestellt werden muss, dass es bei großen Planungsregionen auch mehrere INZ-Standorte geben können soll. Die Notwendigkeit einer höheren INZ-Dichte ist aufgrund höherer Bevölkerungszahlen gegeben.

Zu § 123a Abs. 1 SGB V Rechtsweg gegen Bescheid

Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Abs. 4a bestimmt Standorte der zugelassenen Krankenhäuser, an denen ein INZ eingerichtet werden soll. Die Festlegung erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben. Widerspruch und Klage gegen den Bescheid haben keine aufschiebende Wirkung.

Änderungsvorschlag

Wir fordern, dass Widerspruch und Klage gegen den Bescheid grundsätzlich aufschiebende Wirkung haben müssen. Andernfalls muss das Krankenhaus ein solches INZ einrichten, was mit Organisation, Kosten etc. verbunden ist, obwohl es den berechtigten Interessen des Krankenhauses entgegensteht.

Zu § 123a Abs. 2 Satz 1 SGB V Zeitrahmen für Kooperationsvereinbarung

Innerhalb von 6 Monaten nach Bestimmung zum INZ-Standort soll die Kooperationsvereinbarung zwischen KV und Krankenhausträger geschlossen sein.

Änderungsvorschlag

Die Krankenhäuser benötigen einen angemessenen Zeitrahmen, um ein INZ einzurichten und die Kooperationsverträge abzuschließen. Wir fordern eine Verlängerung der Umsetzungsfrist für INZ von 6 auf 12 Monate. Das ist auch gerade vor dem Hintergrund der sich stark



verändernden Krankenhauslandschaft durch das KHVVG dringend geboten, deren Auswirkungen auf die einzelnen Krankenhäuser noch völlig unklar sind.

Zu § 123a Abs. 3 SGB V Öffnungszeiten Notdienstpraxis

Die Notdienstpraxis soll mindestens an Wochenenden und Feiertagen von 9 bis 21 Uhr, Mittwoch und Freitag von 14 bis 21 Uhr und Montag, Dienstag und Donnerstag von 18 bis 21 geöffnet sein. Kürzere Öffnungszeiten können in Kooperationsvereinbarungen festgelegt werden, sofern die KV dem Krankenhaus gegenüber nachweist, dass der Betrieb der Notdienstpraxis aufgrund niedriger Inanspruchnahme nicht bedarfsgerecht ist.

Änderungsvorschlag

Wir sehen mit Sorge und geben zu bedenken, dass in Planungsregionen mit zu wenig Haus- und Fachärzten – vor allem im strukturschwachen ländlichen Räumen – die Öffnungszeiten nicht verlässlich durch die KVen gewährleistet werden können. In Kooperationsvereinbarungen sollen beide Parteien sich auf Regelungen zu Verstößen gegen die Öffnungszeiten einigen. Das wird nach unserer Einschätzung in der Praxis zu Problemen führen.

Generell zu § 123a Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

a) Refinanzierung Einrichtung von INZ

Die Krankenhäuser werden mit § 123a Abs. 1 Satz 1 verpflichtet, INZ durch Bescheid des erweiterten Landesausschusses zu errichten. Die Krankenhäuser erhalten dafür jedoch keine zusätzliche Refinanzierung. Das Argument im Gesetzentwurf, es entstehen den meisten Krankenhäuser keine zusätzlichen Kosten, da in der Regel die Errichtung der INZ dort bestimmt werden sollen, wo auf bereits vorhandene Strukturen aufgesetzt werden kann, können wir kalkulatorisch nicht nachvollziehen. Die vorgegebenen Struktur- und technischen Anforderungen an den Betrieb eines INZ müssen refinanziert werden. Insbesondere ist der Investitionsaufwand durch die Einführung des digitalen Ersteinschätzungsinstruments zu vergüten. Dazu gehört die Anschaffung der Software, die Schulungskosten für das Personal und die weiteren damit verbundenen technischen Ausstattungen. Die entstehenden Kosten für den dauerhaften Betrieb ist nicht durch die Förderung aus dem Strukturfonds bzw. dem Transformationsfonds abgedeckt und gehören von den Kassen refinanziert.

b) Vergütung der Ersteinschätzung

Die Vergütung der Ersteinschätzung soll als Einzelleistung erfolgen. Es ist darauf zu achten, dass diese Vergütung in der Höhe auskömmlich für die Krankenhäuser ist. Alle Kosten, die einem Krankenhaus im Zusammenhang mit dem Betrieb des Gemeinsamen Tresens entstehen, müssen in der Kalkulation berücksichtigt werden, wie zum Beispiel der Personalaufwand,



die Software-Schulungen und der technische Wartungsaufwand, damit sich ein INZ kostendeckend betreiben lässt.

c) Vergütung ambulanter Notfallleistungen

Die Finanzierung aller im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung erbrachten Leistungen durch die Krankenhäuser erfordert aus unserer Sicht eine Anpassung. Seit Jahren werden „sämtliche Notaufnahmen in Deutschland defizitär betrieben, kein Krankenhaus erreicht mit seiner Notfallversorgung auch nur ein ausgeglichenes Ergebnis“.⁹ Wir finden es daher bedauerlich, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf keine Maßnahmen gegen die bestehende Unterfinanzierung von ambulanten Notfallleistungen durch die Krankenhäuser aufgenommen wurden. Die Kosten der ambulanten Notfallversorgung müssen den Kliniken endlich vollständig refinanziert werden.

c) Abrechnungsfähigkeit ohne INZ erhalten

Für Krankenhäuser, an denen kein INZ eingerichtet wird, muss sichergestellt sein, dass die Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit des Patienten abrechnungsfähig ist. Zudem muss klargestellt werden, dass auch diese Krankenhäuser weiterhin ambulante Notfallversorgungsleistungen erbringen und abrechnen können. Nur so ist eine flächendeckende Notfallversorgung weiterhin gewährleistet, denn sonst müssten Krankenhäuser ambulante Notfälle abweisen, was haftungsrechtlich und ethisch nicht vertretbar wäre.

§ 123b: Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche

Änderungsvorschlag

Die Krankenhäuser benötigen einen angemessenen Zeitrahmen, um ein KINZ einzurichten und die Kooperationsverträge abzuschließen. Wir fordern eine Verlängerung der Umsetzungsfrist für KINZ von 12 auf 24 Monate.

Art. 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 12a Abs. 1 Satz 4 Nr. 2

Sofern für die Bereitstellung von Räumen für die Notdienstpraxis in unmittelbarer Nähe zur Notaufnahme bauliche Maßnahmen erfolgen müssen, führt dies zu erheblichen Kosten. Wir begrüßen daher die Aufnahme der Einrichtung von INZ und KINZ in die Liste der förderfähigen Vorhaben nach § 12a Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 KHG im Rahmen des Transformationsfonds.

⁹ DKG (2023): <https://www.dkgv.de/dkg/presse/details/ambulante-notfallversorgung-muss-dringend-neu-geordnet-werden/>



Deutscher
Caritasverband e.V.



DIE KATHOLISCHEN
KRANKENHÄUSER
Kath. Krankenhausverband Deutschland e.V.

Unsere grundsätzliche Kritik am Transformationsfonds nach § 12b KHVVG bleibt unverändert bestehen. Der Katholische Krankenhausverband und der Deutsche Caritasverband kritisieren weiterhin, dass der Bund sich am Umbau der Krankenhauslandschaft nicht mit Steuermitteln beteiligt, sondern dafür Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds entnimmt. Der Umbau der Krankenhauslandschaft ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nicht einseitig von den Beitragszahlern der Gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden sollte.



Deutscher
Caritasverband e.V.



DIE KATHOLISCHEN
KRANKENHÄUSER
Kath. Krankenhausverband Deutschland e.V.

Kontakt

Katholischer Krankenhausverband Deutschland e. V.

Bernadette Rümmelin
Geschäftsführerin
Tel. 030 240 83 68-10
kkvd@caritas.de

Deutscher Caritasverband e. V.

Dr. Elisabeth Fix
Leiterin Kontaktstelle Politik
Tel. 030 284 47 46
kontaktstelle.politik@caritas.de

Der **Katholische Krankenhausverband Deutschland e. V.** vertritt als Fachverband bundesweit 261 Krankenhäuser an 330 Standorten sowie 52 Reha-Einrichtungen mit insgesamt 204.000 Mitarbeitenden. Jährlich werden hier 3 Millionen Patient:innen stationär und 2,5 Millionen Patient:innen ambulant versorgt. Mit Umsätzen von 16 Milliarden Euro pro Jahr sind die katholischen Krankenhäuser zudem ein wichtiger Wirtschaftsfaktor.

739.410 Menschen arbeiten beruflich in den 25.453 Einrichtungen und Diensten, die der **Caritas** bundesweit angeschlossen sind. Sie werden von mehreren hunderttausend Ehrenamtlichen und Freiwilligen unterstützt. Von den beruflichen Mitarbeitenden sind 293.603 in den Einrichtungen und Diensten der Gesundheitshilfe tätig, 183.809 arbeiten in der Kinder- und Jugendhilfe, 126.790 in der Altenhilfe, 87.276 in der Behindertenhilfe/Psychiatrie, 41.320 bei weiteren sozialen Hilfen und 6612 in der Familienhilfe. 57,25 Prozent aller Mitarbeitenden der Caritas pflegen, begleiten und betreuen Menschen in stationären Einrichtungen wie Krankenhäusern oder Pflegeheimen, 25 Prozent arbeiten in Tageseinrichtungen wie Kindergärten oder Werkstätten für Menschen mit Behinderung.



DGIIN

Deutsche Gesellschaft für
Internistische Intensivmedizin
und Notfallmedizin

Deutscher Bundestag
Gesundheitsausschuss
Frau Amtierende Vorsitzende
Dr. Kirsten Kappert-Gonther MdB

Deutsche Gesellschaft für Internistische
Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V.
Geschäftsstelle
An der Wuhlheide 232 A, 12459 Berlin
Telefon: 030 2900659-4
Telefax: 030 2900659-5
E-mail: gs@dgiin.de
www.dgiin.de

Köln, 05.11.2024

Betr.: Stellungnahme der DGIIN zum Gesetz der Notfallreform

Sehr geehrte Fr. Kappert-Gonther,

die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv und Notfallmedizin (DGIIN) begrüßt ausdrücklich die angestrebte Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes im Rahmen der zukünftigen Herausforderungen des Gesundheitssystems. Über die vorliegenden Vorschläge hinaus empfiehlt die DGIIN deutlich weitergehende Reformen in der stationären und ambulanten Notfallversorgung, im Rettungsdienst und der Pflege.

Stationären Notfallversorgung

1. Budgetierung und Fachabteilungsschlüssel:

Die Notaufnahmen benötigen ein spezielles Vorhalte-Budget. Idealerweise wird dieses Budget entsprechend der Notfallstufe mit der Gesamtvorhaltung vom InEK berechnet. Damit entfällt auch eine Fallzuweisung auf die Leistungsgruppe Notfallmedizin. Zukünftig sollte jede Behandlung in der Notaufnahme mit einem eigenen Fachabteilungsschlüssel für die Notfallmedizin codiert werden, um den Aufwand prospektiv eindeutig kalkulieren zu können. In die Kalkulation sollten die Strukturvorgaben der Fachgesellschaften einfließen, die im G-BA geeint werden sollten.

Darüber hinaus ist eine hohe internistische Kompetenz erforderlich, da a) der Anteil internistischer Patienten über 50 % liegt und internistische Komorbidität bei nicht-internistischen Patienten vorliegen; b) Behandlungen frühzeitig in der Notaufnahme begonnen werden sollten und eine hohe Kompetenz im Fachgebiet der Inneren Medizin benötigen.

2. Einheitliche Ersteinschätzung:

Alle Notaufnahmen (mit oder ohne Integriertes Notfallzentrum (INZ)) sollten eine einheitliche Ersteinschätzung für gefährliche Notfallpatienten durchführen, um das Patientenmanagement zu verbessern. Diese sollte hinsichtlich der Validierung und der Möglichkeit des interinstitutionellen Datenaustausches den im Referentenentwurf genannten Kriterien entsprechen und digital erfolgen. Das Instrument sollte KI-gestützt sein und vom G-BA validiert werden.

Präsident

Prof. Dr. Matthias Kochanek
Köln

Generalsekretär

Prof. Dr. Uwe Janssens
Eschweiler

Präsident elect

Prof. Dr. Hans-Jörg Busch
Freiburg

Past Präsident

Prof. Dr. Christian Karagiannidis
Köln

Schatzmeisterin

Prof. Dr. Pia Lebiecz
Münster

Medizinischer Geschäftsführer

Prof. Dr. Karl Werdan
Halle (Saale)

Vereinsregister Berlin
VR Nr. 17628 B

Bankverbindung der DGIIN:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN: DE69 3006 0601
0006 1629 75
BIC: DAAEDED

3. Rettungsdienstpatienten:

Die Finanzierung für die Versorgung von Patienten, die über den Rettungsdienst in die Notaufnahme kommen, sollte– analog zur Finanzierung von Patienten, die von niedergelassenen Ärzten eingewiesen werden, also als vorstationäre Fälle, gesondert geregelt werden. Um die Diagnostik und Therapie dieser vergleichsweise komplexeren Patienten adäquater zu gestalten und medizinisch nicht notwendige Aufnahmen aus Finanzierungsgründen zu vermeiden. Unabhängig von der Notwendigkeit einer sachgerechteren Finanzierung der stationären Notfallversorgung (Vorhaltebudget) und der Notfallpatienten des Rettungsdienstes in den Notaufnahmen (prästationäre Behandlung) ist zusätzlich eine Überarbeitung der EBM-Vergütung für die verbleibenden ambulanten Notfallbehandlungen in den Notaufnahmen, die über den Rettungsdienst die Notaufnahme erreichen, erforderlich, um eine kostendeckende Vergütung der ambulanten Behandlungen für die Notfallkliniken sicherzustellen. Auch diese Patienten nehmen die Vorhaltung in einem Umfang in Anspruch, der die Vorhaltekosten für die stationäre Notfallversorgung derzeit übersteigt

4. Krankenhäuser müssen verbindliche Konzepte zur Abhandlung von Überfüllung der Notaufnahme oder des Notfallzentrums (sogenannten ED-Crowdsituationen) vorlegen.

Ambulante Notfallversorgung

1. Verbindlicher Sicherstellungsauftrag: Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) für die ambulante Notfallversorgung sollte gesetzlich deutlich verbindlicher geregelt werden. Alternativ sollte die KV auch auf den Sicherstellungsauftrag verzichten und das Budget auf ein Krankenhaus übertragen können.

2. Es braucht rund um die Uhr telemedizinische Beratungsärzte unter der 116117 und einen multiprofessionellen Hausbesuchsdienst: Es sollten - soweit nach Ersteinschätzung erforderlich - 24/7-telemedizinische Beratungsärzte über die Nummer 116117 zur Verfügung stehen sowie ein Hausbesuchsdienst, der auch durch Gemeindesanitäter sinnvoll sichergestellt werden kann. Diese Dienste müssen auch eRezepte und Krankenfahrten verordnen können.

3. KV-Präsenz im INZ und verbindliche Qualitätsstandards:

Die KV sollte täglich und an Wochenende von 8:00 bis 24:00 Uhr im INZ präsent sein, gegebenenfalls je nach Aufkommen bis 22:00 Uhr. Alternativ könnten die INZ als Institutsambulanzen grundsätzlich auch zur allgemeinmedizinischen Notfallversorgung ermächtigt werden. Darüber hinaus sollte der G-BA Festlegungen zur personellen und technischen Ausstattung der Notdienst- und Kooperationspraxen treffen und klar definieren, in welchem Umfang und nach welchem Facharztstandard eine fachgerechte Versorgung dort im Notdienst sicherzustellen ist. Es müssen verbindliche Qualitätsstandards und Qualifikationen eingeführt werden.

Diese sollten von den notfallmedizinischen Fachgesellschaften unter besonderer Beteiligung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin erarbeitet werden und im G-BA abgestimmt werden.

4. Vergütung von Behandlungsfällen in Notaufnahmen bei Weiterleitung von der Ersteinschätzungsstelle, der KV Notdienstpraxis oder den Kooperationspraxen

Soweit Notaufnahmen Patienten ambulant behandeln, die von der Ersteinschätzungsstelle, der KV Notdienstpraxis oder den Kooperationspraxen überwiesen wurden, sollte auch hier eine Abkehr von der EBM-Vergütung stattfinden. Analog zu den oben beschriebenen Patienten, die durch den Rettungsdienst zugewiesen werden, bedarf es hier einer kostendeckenden Vergütung, die die Vorhaltekosten für die Vielzahl, der hier eingesetzten Fachdisziplinen abdeckt, da deren Inanspruchnahme die Kosten der stationären Vorhaltung überschreitet.

Für den Rettungsdienst:

1. Regelung im SGB V: Der Rettungsdienst ist im Sozialgesetzbuch V (SGB V) differenzierter zu regeln. Neben dem Notfalltransport in ein Krankenhaus sollte auch das Notfallmanagement durch die Leitstelle und die fachgerechte, gegebenenfalls auch fallabschließende Versorgung am Notfallort (einschließlich der speziellen ambulanten Notfallversorgung wie Notfallpflege-Teams, Palliativteams und notfallpsychiatrischen Teams) ohne Transport in ein Krankenhaus im SGB V für den Rettungsdienst geregelt werden.

2. Qualitätsvorgaben und Finanzierung: Es müssen einheitliche Qualitätsvorgaben gelten, und bessere Qualität muss besser finanziert werden. Ziel muss es sein, die Menschen direkt in besserer Qualität zu versorgen, dass Folgebehandlungen und damit viel höhere Folgekosten direkt vermieden werden können.

3. Daten zur Qualitätssicherung: Rettungsdienstdaten sollten für das Qualitätsmanagement und zur effizienteren Versorgung analog zum §21-Datensatz der Kliniken systematisch, gesetzlich verpflichtend bereitgestellt werden.

Pflege

Sowohl in der Rettung als auch in der innerklinischen Behandlungspflege müssen die Berufsgruppen mehr eigenständige Kompetenz bekommen, insbesondere auch Gemeindenotfallsanitäter. Dies gelingt nur durch die Aufnahme und Regelung der Pflege im SGB-V. Die DGIIN hält dies für alternativlos.

Wir würden uns freuen, wenn unsere Vorschläge zur Verbesserung berücksichtigt und in die Gesetzgebung mit einfließen werden. Für Rückfragen stehe wir Ihnen jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Matthias Kochanek
Präsident Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und
Notfallmedizin (DGIIN) im Namen des Vorstandes

Prof. Dr. med. Christian Karagiannidis
Past Präsident Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und
Notfallmedizin (DGIIN) im Namen des Vorstandes



Stellungnahme

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Drucksache 20/13166

sowie dem dazu vorgelegten Änderungsantrag

Drucksache 20(14)231.1

4. November 2024

- Die PKV begrüßt grundsätzlich das Ziel einer besser koordinierten und abgestimmten Notfallversorgung, die allen betroffenen Patientinnen und Patienten unabhängig vom Versicherungsstatus, zugutekommt. Bei der Einrichtung von Strukturen im Gesundheitswesen, insbesondere im Bereich der allgemeinen Gesundheits- und Daseinsvorsorge wie der Notfallversorgung, handelt es sich um gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die aus Steuermitteln finanziert werden sollten.
- Leistungen können in der PKV grundsätzlich nur dann finanziert und entsprechend für die Versicherungstarife kalkuliert werden, wenn sie konkret bezeichnet und einem Leistungsfall zugeordnet werden können. Insofern kann sich die PKV nicht undifferenziert und dauerhaft an einer pauschalen Finanzierung von kassenärztlichen Strukturen beteiligen.
- Für eine rechtssichere Abrechnung ist es erforderlich, auch in der Notfallversorgung eine Zuordnung zu einem konkreten Leistungsfall durchzuführen. Der Fallbezug ergibt sich über die vorgesehene Vergütung der Ersteinschätzung. Strukturkosten, die sich nur auf das vertragsärztliche Versorgungssystem beziehen, können nicht auf die Private Krankenversicherung umgelegt werden.
- Auf technischer Ebene muss für PKV-Versicherte eine gleichberechtigte und medienbruchfreie Nutzung im Rahmen der Notfallversorgung sowie der Versorgung in der Medizinischen Notfallrettung gegeben sein. Die Krankenversicherungsnummer (KVNR) ist dabei das zentrale Ordnungskriterium. Damit im Notfall auch Privatversicherten bestmöglich geholfen werden kann, muss ausnahmslos für jeden Versicherten im Bestand eine KVNR vorhanden sein. Dies geht nur über eine entsprechende gesetzliche Regelung. Formulierungsvorschläge hierzu liegen vor. Diese müssen nun schnellstmöglich umgesetzt werden.

I. ALLGEMEINE ANMERKUNGEN

Der Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung benennt als Ziel, die drei Versorgungsbereiche – ambulant-kassenärztlicher Notdienst, Rettungsdienste und Notaufnahmen der Krankenhäuser –, die sich alle um die Versorgung von gesundheitsbezogenen Akut- und Notfällen kümmern, besser zu vernetzen und aufeinander abzustimmen. Hierfür sollen die telefonische Steuerung und Zuordnung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene erleichtert und die Notaufnahmen der Krankenhäuser entlastet werden. Deutschland zeichnet sich durch einen hohen Anteil von Fällen aus, die in stationären Einrichtungen versorgt werden, obwohl eine ambulante Behandlung ausreichend wäre. Die unterschiedlichen Rufnummern, 116117 für den kassenärztlichen Notdienst sowie die 112 für den Rettungsdienst, sollen weiter bestehen bleiben. Unterhalb dieser Struktur soll es jedoch eine enge Kooperation zwischen den jeweiligen Einheiten geben und die eingesetzten Systeme zur Ersteinschätzung vereinheitlicht werden.

Um eine wirksame Entlastung der Krankenhausstrukturen zu erreichen, soll der durch die kassenärztlichen Vereinigungen organisierte Notdienst gestärkt werden. In Kooperation mit den Krankenhäusern ist der bundesweite Aufbau von integrierten Notfallzentren geplant, in denen nach dem Prinzip des „gemeinsamen Tresens“ eine gezielte Steuerung der Patientinnen und Patienten in den passenden Versorgungsbereich stattfindet. Für die telefonische Beratung ist eine 24/7 Erreichbarkeit mit definiertem Servicelevel vorgesehen. Zudem soll der vertragsärztliche Notdienst um Videosprechstunden und Hausbesuche erweitert werden.

Die PKV begrüßt grundsätzlich das Ziel einer besser abgestimmten Notfallversorgung. Nur wenn es gelingt, hier verlässliche und für die Bürgerinnen und Bürger einfache, transparente und funktionierende Versorgungsprozesse zu schaffen, wird eine Umsteuerung und Entlastung stationärer Strukturen gelingen. Hinsichtlich des benötigten ärztlichen Fachpersonals, z. B. in Bezug auf die Poolärzte, sollten bestehende arbeits- und beitragsrechtliche Hürden abgebaut werden, damit das vorhandene Potential ausgeschöpft wird und keine neuen Lücken im bestehenden ambulant-ärztlichen Versorgungssystem entstehen. Eine Ausweitung der Versicherungspflicht, insbesondere bei Ärztinnen und Ärzten im Ruhestand, bei denen kein gesetzlicher Absicherungsbedarf besteht, führt im Zweifel dazu, dass sich diese dringend benötigten Fachkräfte aufgrund der hohen Kosten zurückziehen.

Auch für privat Krankenversicherte und beihilfeberechtigte Personen können verbesserte und serviceorientierte Strukturen in der Notfallversorgung vorteilhaft sein. Insofern besteht seitens der Privaten Krankenversicherung die Bereitschaft, die entsprechenden notwendigen Aufwendungen der medizinischen Notfallbehandlung auch fall- und leistungsbezogen angemessen zu vergüten. Um eine rechtssichere und systemgerechte Ausgestaltung zu erreichen, ist eine einzelfallbezogene Abrechnung erforderlich. Hierfür sollten im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens die entsprechenden Grundlagen für die Dokumentation und Abrechnung geschaffen werden.

Pauschale Aufbau- und Strukturkosten für die Notfallversorgung können dagegen nicht auf die Private Krankenversicherung umgelegt werden. Hierbei handelt es sich um Daseinsvorsorge des Staates und gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die grundsätzlich aus Steuermitteln getragen müssen. Dieser Auffassung ist auch der Gesundheitsminister, der in seinem Schreiben vom 17.07.2024 zur Erläuterung dieses Kabinettschlusses wörtlich *„das Recht der Bevölkerung bei jeder Art von Notfällen flächendeckend, hochwertig und schnell versorgt zu werden, als Teil der Daseinsvorsorge des Staates“* benennt. Daraus ergibt sich, dass diese Vorhaben auch mit staatlichen Mitteln zu finanzieren sind. Dies wird mit dem Gesetzentwurf allerdings nicht umgesetzt, sondern die Finanzierung vollständig auf die Partner der Selbstverwaltung abgewälzt.

Sofern an der Finanzierungsvorgabe festgehalten wird, setzt eine Mitfinanzierung durch die Private Krankenversicherung zwingend voraus, dass sich neben der Gesetzlichen Krankenversicherung auch alle anderen Kostenträger beteiligen, deren Leistungsberechtigte in diesen Strukturen versorgt werden. Dies sind insbesondere die Beihilfe, die Bundesländer für die Berufsgruppen, welche freie Heilfürsorge beziehen oder Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, der Bund für die Bundesbeihilfe und für Anspruchsberechtigte auf freie Heilfürsorge sowie die Unfallversicherung.

Der Finanzierung muss dann ein gleichberechtigter Zugang der PKV-Versicherten zu den Notfallstrukturen gegenüberstehen. Dies gilt insbesondere für die medienbruchfreie Datenübermittlung bei der Notfallversorgung zwischen den beteiligten Einheiten: Hier muss sichergestellt werden, dass diese digitalen Strukturen auch für Privatversicherte und beihilfeberechtigte Personengruppen funktionieren und nutzbar sind.

Es muss die Nutzung der Telematikinfrastruktur (TI) und ihrer Anwendungen wie TI-Messenger (TI-M) oder Kommunikation im Gesundheitswesen (KIM) gleichberechtigt möglich sein. Dem Notfall- und Rettungsdienst sollte unbedingt ein von der elektronischen Gesundheitskarte unabhängiger Zugriff auf die elektronische Patientenakte (ePA) eingerichtet werden; die Voraussetzungen hierfür sind zum heutigen Zeitpunkt nicht gegeben. Ebenso ist es erforderlich, dass Privatversicherten in der Notfallversorgung elektronische Verordnungen ausgestellt werden können (insb. E-Rezept). Da dem Ordnungsmerkmal der einheitlichen Krankenversicherungsnummer (KVNR) hier eine wichtige Rolle zukommt und diese in der Folge absehbar immer wichtiger werden wird, verweisen wir nochmals auf unsere Forderung der zustimmungsfreien, obligatorischen KVNR-Anlage für die Mitgliedsunternehmen für alle Bestandsversicherten.

II. ZU AUSGEWÄHLTEN REGELUNGEN DES GESETZENTWURFS

Zu Art. 1 Nr. 8 (§ 105 Abs. 1b S. SGB V-E – Einbeziehung der PKV in die Finanzierung)

Vorgeschlagene Regelung:

In § 105 Abs. 1b SGB V-E wird festgelegt, dass Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen als Vertragspartner zweckgebunden die erweiterten Strukturen der Notfallversorgung verhandeln und finanzieren. Dabei werden verschiedene Komponenten (Akutleitstellen der KV, aufsuchender Dienst, Gesundheitsleitsysteme, integrierte Notfallzentren) ohne Differenzierung in einem Finanztopf zusammengefasst. Zur Höhe der Finanzierung ist das Einvernehmen mit dem PKV-Verband herzustellen. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen sollen dann 7 % am Anteil der Krankenkasse übernehmen. Für die verwendeten Mittel wird eine Ausgleichsberechnung mit den Mitteln der Gesamtvergütung und der Honorarvolumina nach SGB V § 87b Abs. 1 vorgesehen.

Bewertung:

Bei den im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Strukturfinanzierungen handelt es sich grundsätzlich um eine gesamtgesellschaftliche staatliche Aufgabe, die der Daseins- und Gesundheitsversorgung dient und allen Menschen, unabhängig vom Versicherungsstatus zugutekommt. Diese Lasten sind aus Steuermitteln zu tragen und sollten nicht auf die Beitragszahlerinnen und -zahler der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung übergewälzt werden. Es profitieren von den neuen Strukturen auch Personen, die diesen Krankenversicherungssystemen nicht (oder nur teilweise) angehören (Beamte und Pensionäre sowie Personengruppen aus der Polizei, Feuerwehr oder Bundeswehr mit freier Heilfürsorge). Auch Menschen, die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz beziehen oder Reisende aus dem Ausland, zählen dazu. Aus diesem Grunde ist mindestens eine Mitfinanzierung aus Steuermitteln geboten. Offen bleibt im Gesetzentwurf, in welcher Zahl und mit welchem Kostenaufwand integrierte Notfallzentren errichtet werden sollen. Darüber hinaus wird nicht differenziert zwischen den Kosten für den Aufbau von Strukturen und für den laufenden Betrieb.

Eine pauschale Abgeltung von Aufwänden, wie sie insb. beim Aufbau neuer Strukturen in der Notfallversorgung beabsichtigt sind, ist in der Privaten Krankenversicherung aus rechtlichen Gründen nicht möglich. Pauschale Finanzierungen sind der PKV systemfremd, zumal wenn sie als Vorhalte- und Strukturvergütung in bestimmte Finanzierungstöpfe der Kassenärztlichen Vereinigungen fließen und, wie in § 105 Abs. 1a SGB V aufgezählt, eine Vielzahl von Maßnahmen finanzieren, die der vertragsärztlichen Versorgung und GKV-Versicherten zugutekommen. Darüber hinaus wäre eine Verknüpfung der Privaten Krankenversicherung mit den umfangreichen Festlegungen für die Honorarverteilung (insb. SGB V § 87b Honorarverteilung) rechtlich nicht möglich; die PKV ist in diese Mittelverteilung nicht eingebunden.

Eine rechts- und revisionssichere Abrechnung, die auch der aufsichtsrechtlichen Prüfung standhält, ist ausschließlich durch eine leistungsbezogene Einzelfallabrechnung möglich.

Nur dann können die Aufwendungen dem entsprechenden Leistungsfall zugeordnet und tariflich gezahlt werden. Versicherte der Privaten Krankenversicherungen werden auch nur einen Teil der Strukturkomponenten in der überarbeiteten Notfallversorgung in Anspruch nehmen, auf die sich eine Mitfinanzierung beziehen kann. Das wären im Wesentlichen die Leistungen der Akutleitstellen, die im laufenden Betrieb entstehen. Eine Umlage für Aufbaukosten der Leitstellen wäre zu prüfen. Ziel müsste sein, dann zukünftig die Kosten der Akutleitstellen über den Patientenkontakt bei der Inanspruchnahme einer Ersteinschätzung im Notfallzentrum für die fallbezogene Vergütung zu nutzen.

Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens könnten die entsprechenden Voraussetzungen geschaffen werden, damit Privatversicherte und beihilfeberechtigte Personengruppen so entsprechend ihrer Nutzung an der Finanzierung der Notfallbehandlung beteiligt werden können.

Essenziell bei der Anwendung der Notfallsysteme ist, dass eine medienbruchfreie Datenübertragung von Gesundheitsdaten und die Nutzung der TI-Strukturen zur Übermittlung erforderlicher behandlungsrelevanter Informationen an die jeweilige Einrichtung oder Arzt auch für Privatpatienten sichergestellt sind. Hier lässt sich bislang noch kein Anspruch aus dem Gesetzentwurf ableiten.

Änderungsvorschlag:

Die bisherigen Sätze 2 bis 4 sind zu streichen. Sie werden ersetzt durch die neuen Sätze 2 und 3:

„Eine Beteiligung der Länder und des Bundes sowie der Unfallversicherung an den Strukturkosten ist vorzusehen. Die Vertragspartner nach Satz 1 können gemeinsam mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung eine Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen auf einer leistungs- und fallbezogenen Grundlage vereinbaren, sofern und soweit die betreffenden Strukturkosten nicht bereits über Rettungsdienstgebühren und -entgelte finanziert werden.“

Der bisherige Satz 6 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen legen hierzu ihren Vertragspartnern und dem Verband der Privaten Krankenversicherung eine detaillierte Kalkulation und den Nachweis über das Vorliegen der Voraussetzungen insbesondere zur Vernetzung und Kooperation vor.“

III. Weiterer gesetzlicher Anpassungsbedarf

Zustimmungsfreie Bildung der einheitlichen KVNR durch die PKV-Unternehmen

Die KVNR nach § 290 Abs. 1 S. 2 SGB V ist als zentrales Zuordnungskriterium für Personen zunehmend unabdingbar bei Digitalisierungsvorhaben im Gesundheitswesen. Die geplante Reform der Notfallversorgung wird dazu führen, die beteiligten Einrichtungen digital besser

zu vernetzen und TI-Anwendungen auch in diesem Kontext zum Einsatz zu bringen. Die KVNR ist in diesem Zusammenhang eine notwendige Voraussetzung für den Zugang und die Nutzung der Anwendungen der TI, insbesondere der ePA, des E-Rezepts und der E-Rechnung und stellt insoweit dauerhaft die zwingend erforderliche korrekte Zuordnung der sensiblen (Gesundheits-) Daten der Versicherten sicher. Sie bildet zudem die Grundlage für die GesundheitsID, über die man sich ohne elektronische Gesundheitskarte (eGK) in Arztpraxen, auch in Notfallpraxen oder im Rahmen einer Videosprechstunde mit dem ärztlichen Notdienst einchecken und die Nutzung von TI-Anwendungen im Rahmen der Behandlung ermöglichen kann.

Anders als in der Gesetzlichen Krankenversicherung besteht kein gesetzlicher Automatismus zur Bereitstellung einer KVNR, so dass Privatversicherte einschließlich Beihilfeberechtigte bislang i. d. R. nicht über eine KVNR verfügen. Für diesen Personenkreis muss die KVNR im Rahmen eines individuellen Prozesses aufwändig generiert werden. Dabei ist die aktive Mitwirkung der Versicherten zwingend erforderlich, insbesondere in Form ausdrücklicher datenschutzrechtlicher Einwilligungen in die Nutzung von personenbezogenen Daten, um die KVNR bilden zu lassen. Konkret bedarf es insoweit einer datenschutzrechtlichen Verarbeitungsbefugnis sowie der erforderlichen Offenlegungsbefugnis bzgl. des Bestehens des jeweiligen Versicherungsverhältnisses gegenüber den in die KVNR-Bildung zwingend einzubeziehenden Stellen bei der Deutschen Rentenversicherung und der Vertrauensstelle Krankenversicherer Nummer. Unzureichende Rückmeldequoten der Bestandsversicherten auf die Mailings der Versicherer machen eine flächendeckende Ausstattung der Versicherten der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung jedoch faktisch unmöglich und verursachen hohe administrative und finanzielle Aufwände bei allen Beteiligten.

Vor diesem Hintergrund ist die Schaffung einer gesetzlichen Regelung für eine obligatorische einwilligungsfreie Ausstattung Privatversicherter und Beihilfeberechtigter mit KVNR zwingend erforderlich. Konkrete Regelungsvorschläge liegen dem BMG vor. Diese sollten schnellstmöglich gesetzlich verankert werden.

IV. Zu ausgewählten Änderungsanträgen der Formulierungshilfe

Die Neustrukturierung der Notfallrettung wird begrüßt. Um auch die Versicherten der Privaten Krankenversicherung wie bislang reibungslos in diesem System versorgen zu können, sollte der PKV-Verband im Benehmen in die Ausgestaltung der Spezifikationen eingebunden werden, die vom Qualitätsausschuss Notfallrettung nach § 133b erstellt werden. Fraglich ist, warum die Datenstelle zur Qualitätssicherung nach § 133e beim GKV-Spitzenverband und nicht bei einer neutralen Stelle (z.B. G-BA) angesiedelt wird.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Rettungswissenschaften zur Lesung des NotfallG

Die gemeinnützige Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften e. V. (DGR e) wurde 2019 gegründet, um die Forschungskapazitäten und -aktivitäten innerhalb der Rettungswissenschaften zu professionalisieren und zu erweitern. Sie tut dies, um die Versorgung durch den Rettungsdienst evidenzbasiert, patientenzentriert und nachhaltig weiterzuentwickeln. Dabei setzt sie auf Kooperation, Bildung, Engagement, Information sowie eigene Forschung im und um den Rettungsdienst.

Nach nunmehr fünf Jahren vertritt die DGR e eine breite Gruppe von Berufspraktiker:innen und Mitarbeiter:innen an Forschungseinrichtungen, Hochschulen sowie Berufsfachschulen. Mit unserem jährlichen Hochschultag, dem jährlichen Wissenschaftsforum und unseren Minisymposien sind wir Impulsgeber und Entwicklungsmotor mit deren Hilfe sich die Rettungswissenschaftler:innen in ihren unterschiedlichen Forschungsbereichen vernetzen und weiterentwickeln. Die DGR e ist eng mit anderen Verbänden verknüpft und auch im Bündnis Pro Rettungsdienst vertreten.

Wir, die Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften e. V., haben bereits mit unseren Stellungnahmen zur neunten Empfehlung der Regierungskommission sowie mit der Stellungnahme zum Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung die Reformpläne ausdrücklich begrüßt und unsere Gedanken detailliert dargelegt [3, 4].

Zum Gesetzesvorhaben

Mit dieser Stellungnahme wollen wir nur auf wenige, uns als wissenschaftlichem Verband besonders wichtige Aspekte eingehen.

Die vorgeschlagene Akademisierung des Berufes der Notfallsanitäter:innen als Teilakademisierung entsprechend der Empfehlung des Wissenschaftsrat für die Gesundheitsberufe mit bis zu 20% ist aus unserer Sicht ausdrücklich zu begrüßen [10]. Die Akademisierung von Gesundheitsberufen führt nachweislich zu einer gesteigerten Versorgungsqualität von Patient:innen [1]

Wir unterstützen den Gedanken, neben berufsergänzenden Studiengängen wie Rettungsdienstmanagement, Rettungsdienstpädagogik oder Rettungswissenschaften auch grundständige berufspraktische Bachelorstudiengänge einzuführen, um im Sinne des NotSanG den Beruf der Notfallsanitäter:innen ausüben zu können. Für die Teilakademisierung des Berufes der Notfallsanitäter:innen empfehlen wir zusätzlich die Etablierung entsprechender Studiengänge in allen oben genannten Teilbereichen an Universitäten und Hochschulen.

Die DGR e unterstützt den Gedanken einer Teilakademisierung in dem Sinne, dass – wie im neuen Pflegeberufegesetz – die sechsdreißigmonatige berufsfachschulische Ausbildung gleichwertig neben der sechsdreißigmonatigen hochschulischen Ausbildung besteht.

Ein wesentlicher Bestandteil der Reform muss die eigenverantwortliche Versorgung von unkritischen Hilfesuchenden mit subakuten Beschwerden durch Notfallsanitäter:innen sein. Dies ist ein neuer Versorgungsauftrag für die Notfallsanitäter:innen und wird die Notaufnahmen erheblich entlasten und die rettungsdienstliche Versorgung effizienter gestalten [5, 9].

Wir begrüßen den Gedanken, dass durch vertiefende Bachelor- und Masterstudiengänge (und einer damit verbundenen Ausweitung fachgebundener Heilkunde) zusätzliche und vertiefende Kompetenzen für die neuen Herausforderungen der Patient:innenversorgung erworben werden können um, eigenverantwortlich diagnostische Entscheidungen zu treffen und Maßnahmen fallabschließend durchzuführen [1, 6].

Die DGRRe fordert klare gesetzliche Rahmenbedingungen für die fachgebundene Heilkundebefugnis analog zum Pflegekompetenzgesetz. Dies ist notwendig, um Rechtssicherheit für die Notfallsanitäter:innen zu schaffen, Abrechenbarkeit und die Qualität der Versorgung zu gewährleisten. Die Vergütung der Notfallsanitäter:innen mit akademischer Qualifikation muss derjenigen in der Pflege angepasst werden. Nur durch eine angemessene Entlohnung kann dem Fachkräftemangel effektiv begegnet werden [7, 8].

Um bundeseinheitlich vergleichbare Standards der Ausbildung und des primärqualifizierenden Studiengangs zu gewährleisten, schlagen wir vor, die Struktur der berufsfachschulischen sowie der hochschulischen Ausbildung deutlich differenzierter im NotSanG aufzugliedern. Auch hier verweisen wir auf das Pflegeberufgesetz, in dem die organisatorische Struktur der Schulen, Hochschulen, als auch die berufsfachschulischen und hochschulischen Curricula viel klarer durch den Bund definiert werden. Für eine Teilakademisierung ist diese klarere Struktur notwendig, um nicht durch länderrechtliche Unterschiede die Einheit der Lehre und Ausbildung auf Bundesebene zu gefährden.

Die DGRRe steht auch weiterhin für die Zusammenlegung von Leitstellen, die Einführung eines Facharztes für Notfallmedizin, die finanzielle und organisatorische Trennung rettungsdienstlicher Leistungsbereiche und weitere Empfehlungen und Forderungen entsprechend unseren Stellungnahmen [3, 4].

Als Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften sehen wir die Teilakademisierung des Berufs der Notfallsanitäter:innen auch im Vergleich zu den Entwicklungen in anderen Gesundheitsberufen als wesentlichen Entwicklungsschritt für die Versorgungsqualität der Patient:innen und die Steigerung der Berufszufriedenheit der Berufspraktiker:innen [2]. Die DGRRe befindet sich in einem noch laufenden Prozess, um umfassend und detailliert Stellung zur Teilakademisierung im Rettungsdienst beziehen zu können.

Über eine Einbindung unserer aktuellen Gedanken und Ergänzungswünsche zum Gesetzesentwurf würden wir uns freuen. Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zu diesem Gesetzesentwurf Stellung nehmen zu dürfen.

Quellen:

1. Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB et al (2003) Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. JAMA 290:1617–1623. <https://doi.org/10.1001/jama.290.12.1617>
2. Aiken LH, Sermeus W, Van Den Heede K et al (2012) Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. BMJ (Online). <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
3. Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften e.V. (DGRRe) (2023) Kommentar ZUR „9. STELLUNGNAHME UND EMPFEHLUNG DER REGIERUNGSKOMMISSION FÜR EINE MODERNE UND BEDARFSGERECHTE KRANKENHAUSVERSORGUNG > REFORM DER NOTFALL-UND AKUTVERSORGUNG: RETTUNGSDIENST UND FINANZIERUNG <“. https://www.dgre.org/wp-content/uploads/2023/09/DGRRe-Stellungnahme-zu-RD-Finanz.-Regierungskommission-V3_0.pdf. Zugegriffen: 23. Dezember 2023
4. Deutschen Gesellschaft für Rettungswissenschaften (2024) Stellungnahme der DGRRe zum „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung“ vom 03.06.2024. Aachen
5. Gottschalk J, Jerrentrup A, Plöger B et al (2024) Berufliche Qualifikation im Rettungsdienst – wofür ist eine Akademisierung von Rettungsdienstpersonal sinnvoll? Notfall + Rettungsmedizin. <https://doi.org/10.1007/s10049-024-01326-1>
6. Gruhl M (2024) Neujustierung der Kompetenzen und der Zusammenarbeit der rettungsdienstlichen Berufe: Ergebnisse eines Panels von Expertinnen und Experten. <https://doi.org/10.11586/2024150>
7. Habicht S, Hahnen D (2024) Strategien gegen den Personalmangel im Rettungsdienst. Notfall + Rettungsmedizin 27:537–541. <https://doi.org/10.1007/s10049-023-01250-w>
8. Kostorz P, Niehues C (2014) Hochschulische Pflegeausbildung nach dem Pflegestudiumstärkungsgesetz. Das Krankenhaus:314–323
9. Strobel J, McIntyre I, Griffiths D et al (2024) Advanced Paramedic Practitioner – eine Lösung für die Herausforderungen im deutschen Rettungsdienst? Notfall + Rettungsmedizin. <https://doi.org/10.1007/s10049-023-01280-4>
10. Wissenschaftsrat (2012) Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Empfehlungen des Wissenschaftsrates:113. https://doi.org/10.1007/978-3-8349-8040-3_3

vfdb e. V. | Postfach 4967 | 48028 Münster | Germany

Deutscher Bundestag
Gesundheitsausschuss

per Email: gesundheitsausschuss@bundestag.de

Ideeller Träger der
INTERSCHUTZ

Geschäftsstelle
vfdb e. V.
Postfach 4967
48028 Münster
Germany

info@vfdb.de
www.vfdb.de

Stellungnahme zum Gesetz zur Reform der Notfallversorgung sowie der vorgesehenen Änderungsanträge

Münster, 04.11.2024

Sehr geehrte Damen und Herren,

die vfdb als Expertennetzwerk für Schutz, Rettung und Sicherheit begleitet das Reformvorhaben um die Notfallversorgung besonders in ihrem Fachreferat 15 „Rettungsdienst“ seit Anbeginn sehr interessiert.

JA zur Reform der Notfallversorgung.

NEIN zu Strukturvorgaben.

Die vfdb begrüßt die Bestrebungen der Bundesregierung, mit dem vorgelegten Gesetz zur Reform der Notfallversorgung die Zuständigkeiten in der Notfallversorgung zu betonen und das aktuelle System den gegenwärtigen Herausforderungen anzupassen.

Die vfdb möchte eingangs darauf hinweisen, dass die strukturelle Organisation des Rettungsdienstes im Wesen des Föderalismus in Zuständigkeit der Länder liegt - und dass dies auch zu bewahren ist. Dabei obliegt dem Bundesgesetzgeber lediglich die regulatorische Definition der für den Rettungsdienst notwendigen Vollkostenfinanzierung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese Finanzierung muss die Vielseitigkeit der Rettungsdienststrukturen in Deutschland regional abbilden. Die darin vom Bundesgesetzgeber zu formulierenden Rahmenbedingungen müssen in ländlichen wie in großstädtischen Regionen gleichsam wirken. Dies bedingt, dass die konkrete Ausgestaltung der Finanzierungsformen den Ländern überlassen bleibt.

Die vfdb befürwortet ausdrücklich die Regelungsbestrebungen des Bundesgesetzgebers, die Sicherstellungspflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen dahingehend zu betonen, dass die Versorgung der Bevölkerung mit einem rund um die Uhr verfügbaren, aufsuchenden Dienst abgedeckt werden muss. Die vfdb betont an dieser Stelle, dass es strenger Regelungen zur Planung bedarf, um den aufsuchenden Dienst für die Bevölkerung auch nutzbar zu gestalten. Der Bundesgesetzgeber sollte an dieser Stelle Kriterien definieren, wie ein leistungsfähiger aufsuchender Dienst ausgestaltet sein muss, um die Bedarfe der Bevölkerung auch zeitnah abzudecken. Hierfür sind insbesondere Fahrtstrecke, Einsatzaufkommen und Anzahl der im Planungsbereich wohnenden Personen zu berücksichtigen.

Die vfdb nimmt die Einführung eines neuen Leistungsbereichs § 30 SGB V - medizinische Notfallrettung sehr positiv auf. Mit der Aufnahme der notfallmedizinischen Versorgung vor Ort und während des Transports bildet der Bundesgesetzgeber die längst gängige Versorgungsrealität im Rettungsdienst ab.

Gleichsam positiv sieht die vfdb die Regelung in § 60 Abs. 2 Nr. 5 SGB V, wonach die Beurteilung eines Gesundheitsleitsystems die klassische Verordnung für den qualifizierten Krankentransport ersetzen kann.

In den vorgesehenen Änderungsanträgen sind jedoch leider auch eine Vielzahl an Regelungen enthalten, die den Rettungsdienst in Deutschland gefährden sowie für die dem Bund im Grunde die Gesetzgebungs- und letztlich praktische Regelungskompetenz fehlt.

Obgleich die Regelung des § 133 SGB V im Wesentlichen der aktuell gültigen Regelung entspricht, sieht die vfdb die Möglichkeit der Kostenträger zur einseitigen Blockade bei fehlender Transparenz der Kostendarlegung. Sowohl Kommunen als auch Leistungserbringer legen bereits jetzt vollumfänglich die Kosten des Rettungsdienstes dar, sodass an dieser Stelle zu befürchten wäre, dass die einseitige Auslegung des Terminus „Transparenz“ als unbestimmten Rechtsbegriff die Sicherstellung des Rettungsdienstes gefährdet.

Ferner sieht die vfdb den vom Bundesgesetzgeber vorgesehenen Qualitätsausschuss Notfallrettung grundsätzlich positiv, jedoch in seiner Zusammensetzung höchst kritisch und aktuell mit zuständigkeitsfremden Regelungsaufgaben betraut. Dazu im Konkreten:

1. Besetzung

Der Bundesgesetzgeber sieht aktuell eine Besetzung mit vier von den Ländern zu benennenden Vertretern und vier von der GKV zu benennenden Vertretern vor.

Die vfdb regt an, die Benennung der vier von den Ländern zu benennenden Vertretern dem Länderausschuss „Rettungswesen“ zu übertragen. In diesem engagieren sich die Bundesländer mit für den Rettungsdienst ausgewiesenen Experten.

Die vfdb fordert ferner, den Kreis der Beteiligten im Qualitätsausschuss um vier Vertreter der Leistungserbringer zu erweitern. Damit wird - gremienähnlich zum G-BA - die Rettungsdienstrealität mit dem „Dreigestirn“ aus Kostenträgern, Trägern Rettungsdienst und Leistungserbringern abgebildet. Vorbild hierfür sind auch die in den verschiedenen Bundesländern etablierten Ausschüsse zum Rettungswesen, in denen sich die Genannten bereits produktiv engagieren.

2. Bindungswirkung der Empfehlungen

Der Bundesgesetzgeber benennt die Arbeitsergebnisse des Qualitätsausschusses Notfallrettung als „Empfehlungen“ - und gibt in § 133 Abs. 2 Satz 5 SGB V und § 133 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 SGB V eine Bindungswirkung dieser für die Kostenverhandlungen vor. Dies ist nicht nur inhaltlich paradox, sondern entbehrt auch der praktischen Regelungskompetenz.

Der Qualitätsausschuss Notfallrettung soll als Bundesgremium den Rettungsdienst evidenzbasiert begleiten und auswerten. Die hieraus resultierenden Ergebnisse sind unverbindlich und - dem Begriff treu - als Empfehlung zu veröffentlichen.

3. Inhalt der Empfehlungen

Der Bundesgesetzgeber gibt in § 133c Abs. 2 - 4 SGB V einen Katalog zu regelnder Themen vor, für die der Bund im Detail jedoch gar keine Regelungskompetenz hat. Die strukturelle und organisatorische Regelung des Rettungsdienstes obliegt den Bundesländern, Art. 30, 70 GG.

Der Qualitätsausschuss Notfallrettung soll sich z.B. mit

- der Definition von Schnittstellen für Ersthelfer-Apps zur anwendungs- und gebietsübergreifenden Nutzbarkeit der Apps
- der Auswertung spezialisierter ambulanter Versorgungsangebote und Entwicklung eines Best-Practice-Katalogs hierzu
- Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz sowie der Selbsthilfefähigkeit der Bevölkerung

beschäftigen.

Abschließend verweist die vfdb darauf, dass ein funktionierendes Rettungswesen auf einem funktionierenden Krankenfahrdienst aufbaut. Dieser bedarf einer auskömmlichen Finanzierung und der gesetzlichen Aufnahme einer Schiedsstelle für festgefahrene und / oder gescheiterte Kostenverhandlungen ins SGB V zwischen den Krankenfahrdiensteanbietern und den Kostenträgern.

Mit freundlichen Grüßen



Dirk Aschenbrenner
Präsident der vfdb



Dr. Anja Hofmann-Böllinghaus,
Vize-Präsidentin und Vorsitzende des TWB



Roman Peperhove
Schatzmeister und Generalsekretär



STELLUNGNAHME

des Verbandes der Universitätsklinika
Deutschlands (VUD) und des Medizini-
schen Fakultätentages (MFT)

gemeinsam als Deutsche Hochschul-
medizin (DHM)

zum Entwurf eines Gesetzes zur
Reform der Notfallversorgung
(Bundestags-Drucksache 20/13166)

November 2024

© Deutsche Hochschulmedizin (DHM), 2024

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.....	3
II. Zu den Regelungen im Einzelnen	5
III. Weiterer Regelungsbedarf.....	13

I. Vorbemerkung

Die Deutsche Hochschulmedizin – bestehend aus Universitätsklinika und Medizinischen Fakultäten – befürwortet das Anliegen des Gesetzesentwurfs, die ambulante, stationäre und rettungsdienstliche Notfallversorgung enger zu einer integrierten Notfallversorgung zusammenzuführen. Die Vernetzung von Rettungsleitstellen, Akutleitstellen und Terminservicestellen ist zu begrüßen. Begrüßt wird darüber hinaus die bundesweite Vereinheitlichung der notdienstlichen Akutversorgung durch die Konkretisierung und Betonung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) für die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland. Verpflichtende 24/7 telemedizinische Versorgung und aufsuchende Versorgung sind folgerichtig und vollumfänglich zu erbringende Leistungen im Rahmen der Verantwortung für den notdienstlichen Sicherstellungsauftrag. Die konkrete Umsetzung der gesetzlichen Maßnahmen ist von Beginn an engmaschig durch eine unabhängige Institution zu monitoren und für den Fall der Nicht-Erfüllung sind Sanktionen vorzusehen.

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. Hier besteht jedoch Konkretisierungsbedarf im Gesetz dahingehend, dass zuvorderst Krankenhäuser mit den stationären G-BA-Notfallstufen 2 (erweiterte Notfallversorgung) und 3 (umfassende Notfallversorgung) als Standorte für Integrierte Notfallzentren (INZ) festgelegt werden, da hier die Breite der medizinischen Weiterbehandlung möglich ist. Sollte darüber hinaus weiterer Bedarf für INZ bestehen, so muss entsprechend des regionalen Versorgungsbedarfs über weitere Standorte, die zumindest die Basisnotfallversorgung entsprechend der G-BA-Notfallstufe 1 vorhalten, entschieden werden.

Dem Krankenhaus die fachliche Leitung des INZ zuzuordnen ist sachgerecht, da Krankenhäuser die notwendige Expertise verlässlich sicherstellen können. Darüber hinaus wird das INZ aufgrund der Ansiedlung am Krankenhausstandort von den Patienten als Teil des Krankenhauses wahrgenommen. Patienten-Erfahrungen mit dem INZ sind ohnehin unweigerlich mit dem Krankenhaus assoziiert. Die vorgesehene fachliche Leitung der INZ durch das Krankenhaus ist für Universitätsklinika in besonderem Maße von Bedeutung, weil die grundgesetzlich gewährleistete Freiheit von Forschung und Lehre eine Unabhängigkeit auch der ambulanten Notfallversorgung erfordert.

Für eine wirkliche Entlastung der Notaufnahmen in den Krankenhäusern ist eine tatsächliche Erfüllung des Sicherstellungsauftrages in der ambulanten Notfallversorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen durch einen 24/7-Betrieb der KV-Notdienstpraxis am INZ erforderlich. Bisher sind im Gesetzesentwurf nur telefonische und videogestützte sowie aufsuchende Versorgung 24/7 vorgesehen.

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

Ein einheitliches Ersteinschätzungsverfahren für das INZ ist dem Grunde nach, zu begrüßen. Es muss für alle Behandlungsfälle gleichermaßen gut geeignet sein und die Patienten in die richtige Versorgungsstruktur lenken. Daher ist ein wissenschaftlich validiertes System zu verwenden, das praktikabel, bürokratiearm und zur Anwendung auch durch medizinisch geschultes nicht-ärztliches Personal geeignet ist.

Nicht enthalten im Gesetzentwurf sind Maßnahmen, die darauf hinwirken, dass Patienten – außer bei schwerwiegender oder lebensbedrohlicher Symptomatik – vorrangig tatsächlich die Akutleitstelle in Anspruch nehmen. Ohne derartige Maßnahmen könnten die Ziele des Gesetzes in dem erwarteten Umfang womöglich nicht erreicht werden.

Eine umfassende Reform der Notfallversorgung muss darüber hinaus auch die (Re-)Organisation des Rettungsdienstes beinhalten, wie bereits auch die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung in ihrer 4. und 9. Empfehlung dargelegt hat. Der hierzu vorliegende Änderungsantrag greift hierfür zahlreiche Aspekte auf. Ob und in welcher Form dies zu einer Verbesserung der Notfallversorgung beiträgt, sollte auch von Beginn an engmaschig evaluiert werden.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen

Zu Artikel 1 Nr. 2

§ 75 Abs. 1b SGB V – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

Sachverhalt:

Mit § 75 Abs. 1b SGB V wird der neue Begriff der notdienstlichen Akutversorgung als vertragsärztliche Leistung eingeführt. Diese umfasst Fälle, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist und soll 24 Stunden an sieben Tagen der Woche sichergestellt werden.

Die notdienstliche Versorgung ist jedoch ausdrücklich auf eine Erstversorgung der Versicherten, also auf die kurzfristig erforderliche Behandlung sowie alle medizinisch gebotenen Maßnahmen der Diagnostik zur Klärung der Dringlichkeit und zum Ausschluss eines dringenden weitergehenden Versorgungsbedarfes und der überbrückenden Therapie von akuten Beschwerden, begrenzt.

Die KVen haben die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch die Beteiligung an INZ sowie durch ein telemedizinisches (telefonisch oder per Video) und ein aufsuchendes Versorgungsangebot sicherzustellen. Kann eine entsprechende Versorgung nicht sichergestellt werden, sind (fachärztliche) Notdienststrukturen – insbesondere zu sprechstundenfreien Zeiten – aufrechtzuhalten oder zu schaffen.

Die Versorgung soll zudem auf die besonderen Belange von Pflegebedürftigen ausgerichtet sein. Den KVen wird hierzu ermöglicht, diese Leistung auch durch nicht-ärztliches Personal im Rahmen der ärztlichen Delegation nach § 28 Abs. 1 SGB V zu erbringen.

Bewertung:

Durch die Beteiligung der KVen an INZ sowie durch das telemedizinische und aufsuchende Versorgungsangebot wird eine zusätzliche zentrale Anlaufstelle der vertragsärztlichen Versorgung in Not- oder Akutfällen geschaffen. Diese Konkretisierung des Versorgungsauftrages ist sehr zu begrüßen, da hierdurch eine Verbesserung der notdienstlichen Versorgung von Patienten, vor allem in der Fläche erreicht werden kann. Es sollte näher definiert werden, was die Erstversorgung der Versicherten konkret umfasst. Auch ist eine Aufklärung der Versicherten über den damit einhergehenden Leistungsanspruch notwendig, um Missverständnisse hierüber zwischen Leistungserbringern und Patienten möglichst zu vermeiden.

Darüber hinaus ist es richtig, die Versorgung auf die besonderen Belange von immobilen Patienten bzw. Pflegebedürftigen auszurichten. Hierzu sollten jedoch konkrete Maßnahmen für die Versorgung in Pflegeheimen verbindlich geregelt werden. Das bedeutet, dass die aufsuchende Versorgung 24/7 durch die KVen auch in Pflegeheimen erfolgen muss. Dies wäre ein wichtiger Baustein, um die Inanspruchnahme der Krankenhausstrukturen zu reduzieren.

Zudem sollte ein engmaschiges Monitoring durch eine unabhängige Instanz dahingehend erfolgen, ob die KVen diesem Auftrag nachkommen und ggf. Sanktionsmaßnahmen geregelt sind.

Zu Artikel 1 Nr. 2

§ 75 Abs. 1c SGB V (neu) – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

Sachverhalt:

Neben den Terminservicestellen haben die KVen unter derselben bundesweiten Rufnummer zusätzlich sog. Akutleitstellen einzurichten. Sie dienen als zentrale Anlaufstelle für Patienten, die von einer sofortigen ambulanten Behandlungsnotwendigkeit ausgehen. Für eine bedarfsgerechte Steuerung in die angemessene Versorgungsstruktur sind die Akutleitstellen verpflichtet, Kooperationen nach § 133a SGB V mit den Rettungsleitstellen unter der Rufnummer 112 einzugehen. Hierfür werden (in Anlehnung der Empfehlungen der Regierungskommission in ihrer 4. Stellungnahme zur Notfallversorgung) konkrete Erreichbarkeitsvorgaben für die Akutleitstelle in den Sicherstellungsauftrag der KVen aufgenommen. Es obliegt der Rechtsaufsicht der Länder, die Umsetzung dieser Vorgaben zu kontrollieren.

Auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens vermitteln die Akutleitstellen bei sofortiger Behandlungsbedürftigkeit und in geeigneten Fällen primär unmittelbar in die vertragsärztliche Regelversorgung. Sollte die Vermittlung nicht möglich oder unzumutbar sein, ist eine telefonische oder (neu) videogestützte ärztliche Konsultation verpflichtend anzubieten. Bei Vorliegen eines lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Notfalls, leitet die Akutleitstelle unmittelbar an die Rettungsleitstelle weiter.

Bewertung:

Die Vernetzung der Akut- und Rettungsleitstellen ist zu begrüßen, da hierdurch eine bessere Steuerung von Hilfesuchenden ermöglicht wird. So können bspw. Fälle der Rettungsleitstellen an die Akutleitstellen der KVen abgegeben werden. Im Ergebnis werden durch diese zielgerichtete und bedarfsgerechte Steuerung sowohl Notaufnahmen als auch Rettungsdienste entlastet.

Um einen Anreiz für die Kontaktaufnahme mit der Akutleitstelle zu schaffen, sollen Hilfesuchende, die das INZ über die telefonische Vermittlung durch die Akutleitstelle aufsuchen, dort bei gleicher medizinischer Behandlungsdringlichkeit innerhalb derselben Dringlichkeitsstufe grundsätzlich vorrangig behandelt werden.

Die folgerichtige Vernetzung der Rufnummern 116117 und 112 ist daher ebenfalls zu befürworten. Allerdings muss die Bevölkerung umfassend hierüber informiert werden. Die bereits bestehenden Angebote sind schon jetzt für Patienten häufig intransparent, was ein relevantes, vermeidbares Sicherheitsrisiko für diese darstellt. Zudem führt die Intransparenz auch zur Überlastung der Notaufnahmen im Krankenhaus. Aus diesen Gründen muss festgelegt werden, mit welchen Maßnahmen (z. B. Informationskampagne) die Bevölkerung über diese strukturellen Änderungen im Rahmen der Notfallversorgung informiert wird.

Auch die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags der KVen hinsichtlich der Erreichbarkeit („Warteschleife“) für die Akutleitstelle sowie die Kontrolle der Umsetzung dieser Vorgaben durch die Rechtsaufsicht der Länder ist zu begrüßen.

Artikel 1 Nr. 11

§ 123 SGB V (neu) - Integrierte Notfallzentren

Sachverhalt:

Integrierte Notfallzentren bestehen aus einer Notaufnahme eines Krankenhauses, einer KV-Notdienstpraxis und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle („gemeinsamer Tresen“). Dem Krankenhaus obliegt im Allgemeinen die Leitung der zentralen Ersteinschätzungsstelle. Für einen reibungslosen Versorgungsablauf innerhalb des Integrierten Notfallzentrums sind geeignete Schnittstellen im elektronischen Datenmanagement zu schaffen. Zur besseren Patientensteuerung außerhalb der Betriebszeiten der Integrierten Notfallzentren sollen Kliniken mit in räumlicher Nähe befindlichen Arztpraxen, sog. Kooperationspraxen, eng zusammenarbeiten. Auf diese Weise soll die Ersteinschätzungsstelle Patienten während der regulären vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten an diese Kooperationspraxen verweisen.

Über die Ersteinschätzungsstelle sollen Patienten, die ein Integriertes Notfallzentrum selbst aufsuchen, in die jeweils richtige Struktur – Notdienstpraxis, Notaufnahme oder ggf. Kooperationspraxis – geleitet werden. Wenn nach einer notdienstlichen Akutversorgung im Integrierten Notfallzentrum eine ambulante Weiterbehandlung erforderlich ist, wird den Patienten die Buchung eines Termins in der ambulanten Regelversorgung über das System der Terminservicestelle angeboten.

Die Ersteinschätzung soll künftig über ein standardisiertes digitales Verfahren ablaufen und über den EBM vergütet werden. Der Bewertungsausschuss soll die Details dazu festlegen und auch die Auswirkungen der Vergütung auf die Versorgung evaluieren.

Zur Unterstützung bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sollen Integrierte Notfallzentren mit Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin zusammenarbeiten und sich dazu auch telemedizinisch vernetzen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, alle zwei Jahre über die Entwicklungen im Notfallversorgungsgeschehen im Vergleich zur bisherigen Notdienstpraxis den Krankenkassen und Planungsbehörden zu berichten. In ähnlicher Weise soll die KBV gegenüber dem BMG berichten.

Bewertung:

Die Integrierten Notfallzentren werden als zentrale Säule in der Notfallversorgungsstruktur neu etabliert und treten an die bisherige Stelle des Notdienstes. Sie sind sektorenübergreifend angelegt, wodurch Notfallpatienten zielgerichteter in die jeweils für sie geeignete Versorgungsstruktur gelenkt werden sollen. Dies hilft einerseits den Notfallpatienten, andererseits können dadurch die vorhandenen Kapazitäten in der Notfallversorgung effizienter und effektiver eingesetzt werden. Insbesondere die Notaufnahmen können auf diese Weise nachhaltig entlastet werden. Dieses wichtige Anliegen der Notfallreform ist sehr zu unterstützen. Die Universitätsmedizin befürwortet daher die Etablierung der Integrierten Notfallzentren. Richtig und wichtig ist auch, begleitend zur Einführung und in der Anfangsphase der Integrierten Notfallzentren die Folgen der Einführung umfassend zu monitoren, um im Bedarfsfall nachzusteuern. Dennoch bleibt bei der Ausgestaltung des Konzeptes der Integrierten Notfallzentren eine Reihe von Fragen offen. Augenscheinlich ist der Bruch zum bisherigen 24/7-Sicherstellungs-

auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen. Dem Anschein nach sollen künftig Krankenhäuser die Lücken, die die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Sicherstellung der Akutversorgung bislang nicht schließen können oder möchten, füllen. Doch auch im Krankenhaus sind Ressourcen und Kapazitäten, insbesondere das ärztliche und Pflegepersonal, nicht unbegrenzt verfügbar. Krankenhäuser können nicht ohne Weiteres zusätzlich leisten, wozu die Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzlich zwar verpflichtet sind, dieser Pflicht aber nicht ausreichend nachkommen (können). Dies gilt umso mehr für Universitätskliniken, die aufgrund ihres Versorgungsauftrages im Gesundheitssystem häufig als eine Art Sammelbecken für Patienten dienen, die aus unterschiedlichen Gründen an anderen Stellen im Gesundheitssystem nicht versorgt werden. Insofern sieht die Deutsche Hochschulmedizin es kritisch, dass Notaufnahmen unmittelbar in den KV-Notdienst eingebunden werden sollen. Eine solche Beteiligung darf allenfalls vorgesehen werden, wenn eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen sichergestellt ist. Dazu bedarf es zwingend auch wirksamer Sanktionsmechanismen, die bei Verstößen der Kassenärztlichen Vereinigungen gegen die ihnen vom Gesetzgeber auferlegten Pflichten greifen. Entsprechende Sanktionen sollten zumindest dem Grunde nach bereits im Gesetzentwurf verankert werden. Darüber hinaus muss gewährleistet sein, dass Integrierte Notfallzentren in Frage kommende Patienten tatsächlich verlässlich zu Kooperationspraxen verweisen können. Kooperationspraxen sollten daher mindestens in den Betriebszeiten von 8 bis 18 Uhr Patienten permanent aufnehmen müssen.

Darüber hinaus müssen Krankenhäuser für Leistungen, zu denen das Kassenärztliche System eigentlich verpflichtet wäre, eine ausreichende finanzielle Kompensation erhalten. Diese muss auch den Strukturen und Vorhaltungen der Krankenhäuser angemessen Rechnung tragen. Eine entsprechende Vergütung kann auch vom erweiterten Landesausschuss bestimmt werden. Dennoch sollte zum jetzigen Zeitpunkt bereits präzisiert werden, wie die Vergütung auszugestaltet ist. Eine reine Einzelleistungsvergütung wäre nicht angemessen, solange Aspekte wie Vorhaltekosten unberücksichtigt bleiben. In diesem Zusammenhang muss auch deutlich vorgegeben werden, dass die Entscheidung der zentralen Ersteinschätzungsstelle immer einen Vergütungsfall auslöst und nicht im Anschluss durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes angezweifelt werden darf.

Bezüglich des Angebots eines Termins zur Weiterbehandlung bei niedergelassenen Ärzten sollte das Gesetz klarstellen, dass für den Terminservice ausschließlich die Notdienstpraxis, nicht aber die zentrale Ersteinschätzungsstelle zuständig ist.

Eine begleitende Evaluierung der Maßnahmen muss zwingend interessensunabhängig durchgeführt werden und kann nicht allein durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen.

Ein einheitliches, standardisiertes digitales Ersteinschätzungsverfahren ist grundsätzlich wünschenswert. Es muss jedoch hohen fachlich-wissenschaftlichen Standards genügen, praktisch erprobt und bürokratiearm ausgestaltet sein. Dementsprechend sind dem G-BA – sofern man ihm diese Aufgabe überträgt – enge und qualitativ hohe Vorgaben für die Entwicklung der Kriterien des Verfahrens zu machen. Das Verfahren muss sich in erster Linie auf Patienten beziehen, die den „gemeinsamen Tresen“ bzw. die Notaufnahme zu Fuß aufsuchen. Patienten, die über die Liegendaufahrt das Krankenhaus erreichen, sollten weiterhin unmittelbar Zugang zur Notaufnahme erhalten.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Einrichtung Integrierter Notfallzentren i.d.R. auch bauliche Maßnahmen an den Krankenhäusern erforderlich macht. Dies ist bei den zeitlichen Vorgaben der Umsetzung zu berücksichtigen.

Zu Artikel 1 Nr. 11

§ 123a SGB V (neu) - Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

Sachverhalt:

Der erweiterte Landesausschuss bestimmt, an welchem Klinikum ein Integriertes Notfallzentrum eingerichtet wird. Dazu legt er Planungsregionen fest. Voraussetzung für ein Integriertes Notfallzentrum ist u.a., dass das Krankenhaus wenigstens der Basisnotfallversorgung des G-BA-Stufenkonzeptes zur Notfallversorgung zugeordnet ist. Bei der Auswahl geeigneter Standorte sind ferner die Erreichbarkeit innerhalb von 30 Fahrzeitminuten für mindestens 95% der Bevölkerung in einer Planungsregion, die Bevölkerungsanzahl, der öffentliche Personennahverkehr und die Möglichkeiten zur Kooperation mit Arztpraxen bzw. medizinischen Versorgungszentren zu berücksichtigen.

Wenn mehrere Krankenhausstandorte als Integriertes Notfallzentrum in Frage kommen, sollen vorrangig Standorte festgelegt werden, die eine höhere Notfallstufe, fallzahlstärkere Notaufnahmen sowie notfallmedizinisch relevante Fachrichtungen vorhalten oder bei denen Notdienstpraxen unmittelbar in der Notaufnahme eingerichtet werden können. Die Einstufung als Integriertes Notfallzentrum erfolgt per Bescheid.

Kassenärztliche Vereinigung und Krankenhaus sollen eine Kooperationsvereinbarung schließen. Darin sind u.a. die Details eines gemeinsamen Organisationsgremiums, zum digitalen Datenmanagement, zur Durchführung der Ersteinschätzung (einschl. personeller Besetzung), zur Nutzung der räumlichen, technischen und diagnostischen Einrichtungen einschl. Nutzungsentgelten sowie zu Maßnahmen bei eventuellen Verstößen gegen die Kooperationsvereinbarung festgelegt.

Die gesetzlich vorgegebenen Betriebszeiten der Notdienstpraxen sind mindestens wochenends und feiertags von 9 bis 21 Uhr, mittwochs und freitags von 14 bis 21 Uhr sowie montags, dienstags und donnerstags von 18 bis 21 Uhr. Hiervon kann unter bestimmten, dreiseitig zu treffenden Tatbeständen auch abgewichen und kürzere Betriebszeiten in der Kooperationsvereinbarung bestimmt werden.

Sofern Kassenärztliche Vereinigung und Krankenhaus innerhalb von sechs Monaten keine Kooperationsvereinbarung schließen, werden die Inhalte in einem Schiedsverfahren bestimmt.

Bewertung:

INZ müssen an den Krankenhausstandorten konzentriert werden, die ein möglichst umfassendes medizinisches Spektrum vorhalten. Hierfür bedarf es grundsätzlich mindestens der erweiterten Notfallversorgung (Level 2) oder der umfassenden Notfallversorgung (Level 3). Denn nur dort wird die interdisziplinäre Kompetenz vorgehalten, auf die es sowohl bei der Ersteinschätzung als auch einer breit aufgestellten Notfallversorgung besonders ankommt. Auf ein Krankenhaus mit Basisnotfallversorgung sollte nur in Ausnahmefällen, wenn es zur flächendeckenden Versorgung kein Krankenhaus mit Level 2- oder Level 3-Notfallversorgung gibt,

ausgewichen werden dürfen. Dies hat auch die Regierungskommission in ihrer 4. Stellungnahme empfohlen.

Richtig ist es, die Details der Zusammenarbeit zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhaus in einer Kooperationsvereinbarung vertraglich zu vereinbaren. Darin sind auch Sanktionsmechanismen bei Verstößen gegen die vertraglich festgelegten Pflichten zu bestimmen. Aus Sicht der Universitätsklinik sollte der Gesetzgeber diese bereits im Gesetzentwurf konkretisieren.

Wenig konkret bleibt der Gesetzentwurf bei der Frage, mit welchem Personal die Ersteinschätzungsstellen zu besetzen sind. Die Aufgaben sollten von Pflegekräften mit entsprechender Weiterbildung übernommen werden. Die Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung muss einen personellen Beitrag der Kassenärztlichen Vereinigung zur Ersteinschätzungsstelle umfassen. Darüber hinaus ist die Kassenärztliche Vereinigung zwingend hälftig an der Finanzierung der Ersteinschätzungsstelle zu beteiligen.

Nicht hinzunehmen ist jedoch, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen aus der Erfüllung des Sicherstellungsauftrages zu Lasten der Krankenhäuser entlassen werden. Nichts anderes folgt nämlich aus den im Gesetzentwurf vorgesehenen Öffnungszeiten für Notdienstpraxen. Öffnungszeiten bis 21 Uhr führen zu keiner spürbaren Entlastung in den Krankenhäusern. Im Gegenteil bedeutet dies im Umkehrschluss, dass die Last der Notfallversorgung während der Schließzeiten der Notdienstpraxen allein von den Notaufnahmen zu stemmen ist. Daher müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden, die Notdienstpraxen rund um die Uhr, mindestens aber bis 24 Uhr – und zwar werktags, feiertags sowie am Wochenende – geöffnet zu halten.

Ebenso widerspricht es dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen, kürzere Öffnungszeiten von Notdienstpraxen aufgrund von zu wenigen Patienten oder unwirtschaftlichem Betrieb zuzulassen. Die vermeintlich unwirtschaftliche Vorhaltung eines Notdienstangebots darf nicht zu Lasten der Krankenhäuser gehen.

Zu Artikel 1 Nr. 12

§ 133a SGB V (neu) – Gesundheitsleitsystem

Sachverhalt:

Mit dem neuen § 133a SGB V wird die Errichtung des Gesundheitsleitsystems durch die Vernetzung der Rettungsleitstellen mit den Akutleitstellen sowie deren verbindliche Zusammenarbeit geregelt. Das Gesundheitsleitsystem vermittelt Hilfesuchenden die erforderliche medizinische (Erst-)Versorgung und übernimmt dabei keine weiteren Aufgaben des jeweils anderen Kooperationspartners.

Die Zusammenarbeit beschränkt sich demnach auf die organisatorische und technische, vor allem digitale Kooperation. Daher ist als Voraussetzung geregelt, dass die Rettungsleitstelle über eine digitale standardisierte Notrufabfrage verfügen muss.

Die Etablierung von Gesundheitsleitsystemen erfolgt durch Abschluss von Kooperationsvereinbarungen, in der die Einzelheiten der Zusammenarbeit festgelegt werden. Die KVen sind auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle zur Kooperation verpflichtet. Auch die Länder

können in ihren Rettungsdienstgesetzen entsprechende landesweite Vorgaben machen, um eine flächendeckende Einführung sicherzustellen.

In der Kooperationsvereinbarung ist insbesondere ein gemeinsames und verbindliches Verständnis zur Einschätzung der Dringlichkeit und des Versorgungsbedarfs sowie das von den Kooperationspartnern möglichst einheitlich verwendete Abfragesystem zu regeln.

Die Kooperationspartner sind zudem technisch so zu vernetzen (möglichst mit den Diensten der Telematikinfrastruktur), dass eine unmittelbare telefonische Weiterleitung und eine medienbruchfreie Bearbeitung und Übertragung der zum Versicherten aufgenommenen Daten möglich sind.

Bewertung:

Es erfolgt eine Klarstellung und Abgrenzung der Aufgaben und Pflichten der Kooperationspartner, insbesondere der KVen. Über Kooperationsvereinbarungen werden diese Absprachen schriftlich festgehalten. Positiv zu bewerten ist, dass auch die Länder entsprechende Regelungen treffen können, damit die Etablierung von Akutleitstellen durch die KVen flächendeckend forciert wird. Die digitale Vernetzung beider Kooperationspartner, die technische Infrastruktur sowie die Abstimmung auf ein möglichst einheitliches Abfragesystem sind zunächst zu begrüßen. Es muss jedoch engmaschig beobachtet werden, ob es zu den gewünschten Effekten kommt. Auch hiermit sollte eine unabhängige Instanz von Anfang an betraut werden.

Zu Artikel 2

§ 75 Abs. 1e SGB V (neu) – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

Sachverhalt:

Gemäß § 75 Abs. 1e SGB V evaluiert die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen sowie der Akutleitstellen und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) jährlich über die Ergebnisse. Hierfür hat die KBV dem BMG bis zum 31.12.2025 ein Evaluationskonzept vorzulegen.

Bewertung:

Neben den bereits bestehenden Evaluations- und Berichtspflichten der KBV sieht der neue § 75 Abs. 1e SGB V eine erweiterte Pflicht zur Evaluation und Bewertung der neu geregelten Akutleitstelle erstmals zum 30.06.2026 vor. Diese weitere Verpflichtung wird begrüßt. Die Evaluation und Bewertung sollte jedoch nicht durch die Betreiber der Terminservicestellen und der Akutleitstellen selbst erfolgen, sondern durch eine unabhängige Institution außerhalb des KV-Systems.

**Zum Änderungsantrag 1 Artikel 1; 3. – Nummer 0b (vgl. Ausschussdrucksache 20(14)231.1. vom 01.11.2024
§ 60 Abs. 2 SGB V**

Sachverhalt:

Der § 60 Abs. 2 SGB V-E wurde neu und klarer strukturiert, für welche Fahrten die Krankenkasse die Kosten übernimmt. Lediglich ein Sachverhalt wurde inhaltlich ergänzt, wonach auch Fahrten in ein anderes Krankenhaus zur Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V erfolgen können.

Bewertung:

Der Wortlaut von § 60 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b) SGB V verweist auf das Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V. Insofern dürfte sich die Regelung in erster Linie auf Abverlegungen von Patienten aus einem Krankenhaus höherer Versorgungsstufe in ein Krankenhaus niedrigerer Versorgungsstufe beziehen (z. B. weitere stationäre Versorgung nach einer aufwändigen Herz-OP). Dass hierfür die anfallenden Kosten des Krankentransports von den Krankenkassen getragen werden, ist richtig und im Sinne einer effizienten Nutzung vorhandener Versorgungsstrukturen sehr zu begrüßen. Allerdings könnte der Wortlaut auch anderweitig gedeutet werden. Die Gesetzesbegründung enthält keine weiteren Hinweise. Um Missverständnisse zu vermeiden, sollte in § 60 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b) SGB V klargestellt werden, dass die Regelung sich auf Verlegungen aus Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen bezieht.

III. Weiterer Regelungsbedarf

Ergänzend zu regeln sind konkrete Maßnahmen, mit denen die Abverlegung von Patienten nach erfolgter Notfallversorgung an Krankenhäuser niedrigerer Versorgungsstufen verbessert werden kann, um die Krankenhausstrukturen effizient zu nutzen. Hierfür sollten Krankenhäuser einschließlich sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen verpflichtet werden, aus ärztlicher Sicht geeignete Patienten aus Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen aufzunehmen (sog. Push-Funktion).

Darüber hinaus müssen die Einrichtungen idealerweise untereinander digital vernetzt sein, um Informationen über Belegungssituation und -kapazitäten zu teilen und ggf. die telemedizinische Weiterversorgung der Patienten zu gewährleisten. Durch diese zwischen regionalen Einrichtungen abgestimmte Patientensteuerung kann eine effiziente Nutzung vorhandener Versorgungskapazitäten sichergestellt werden.

Der Gesetzentwurf sollte erweitert werden um Maßnahmen, die darauf hinwirken, dass Patienten tatsächlich die neuen Strukturen, insbesondere das Leitsystem und den „gemeinsamen Tresen“ des INZ in Anspruch nehmen. Eine umfassende Reform der Notfallversorgung sollte darüber hinaus auch die (Re-)Organisation des Rettungsdienstes beinhalten.

Stellungnahme

Nürnberg, 24. Juni 2024

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI) Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. (BDA)

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Notfallgesetz – NotfallG)
Bearbeitungsstand: 03.06.2024 15:59

Grundsätzliche Bewertung des Entwurfes:

Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und der Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA) begrüßen grundsätzlich die Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit zur Reform der Notfallversorgung in Deutschland. Die geplanten Maßnahmen zielen darauf ab, die bestehenden Defizite in der Akut- und Notfallversorgung zu adressieren und eine effizientere Steuerung der Patienten zu gewährleisten. Wir möchten jedoch auf einige wesentliche Aspekte hinweisen und unsere Positionen einbringen, um die geplanten Änderungen weiter zu optimieren.

Stellungnahme im Einzelnen:

1. Integrierte Notfallzentren

1.1. Zu § 123 SGB V „Integrierte Notfallzentren“ Absatz 1 und § 123a „Einrichtung von Integrierten Notfallzentren“ Absatz 1

Beabsichtigte Regelung:

Standorte der zugelassenen Krankenhäuser für Integrierte Notfallzentren (INZ) sollen vom erweiterten Landesauschuss nach § 90 Abs. 4a SGB V bestimmt werden. Voraussetzung für die Bestimmung ist die Notfallstufe Basisnotfallversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Bei der Bestimmung der Standorte sollen u. a. die Erreichbarkeit von 30 Fahrminuten für mindestens 95% der Bevölkerung in einer Planungsregion berücksichtigt werden. Zwischen dem jeweiligen Krankenhausträger und der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung muss eine Kooperationsvereinbarung zur Organisation des INZ geschlossen werden. INZ bestehen nach dem vorliegenden Referentenentwurf aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) in unmittelbarer räumlicher Nähe zum Krankenhaus und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle. Die Ersteinschätzungsstelle soll in der Regel vom Krankenhaus geleitet werden, sofern keine andere Vereinbarung zwischen dem Krankenhaus und der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung getroffen wurde. In einem INZ soll eine digitale Fallübergabe erfolgen. Außerhalb der Öffnungszeiten soll die jeweilige KV geeignete Vertragsärzte und MVZ in die Kooperation einbeziehen.

Stellungnahme:

Der im SVR-Gutachten von 2018 angeführte „gemeinsamer Tresen“ findet im jetzt vorliegenden Referentenentwurf zumindest teilweise seinen Niederschlag in der Ersteinschätzungsstelle des INZ. DGAI und BDA begrüßen hierbei die Leitung der Ersteinschätzungsstelle durch das Krankenhaus.

Darüber hinaus ist es sinnvoll, die organisatorischen Abläufe in einer Kooperationsvereinbarung zwischen Krankenhaus und KV zu regeln und somit dem notwendigen sektorübergreifenden Ansatz Rechnung zu tragen.

Die Einführung der im Referentenentwurf aktuell geplanten INZ-Strukturen gehen mit einem zusätzlichen Personalbedarf im KV-Bereich einher. Zur Gewährleistung einer generalistischen Betrachtung eines Patienten fordern DGAI und BDA, für diese Versorgung ausschließlich Allgemeinärzte oder allgemeinärztlich tätige Internisten vorzusehen. Neben dem ärztlichen Personal muss zudem nicht-ärztliches Personal (MFA oder Pflegekräfte) im INZ 24/7/365 zur Verfügung gestellt werden.

1.2. Zu § 123 SGB V „Integrierte Notfallzentren“ Absatz 2, 3 und 4

Beabsichtigte Regelung:

Absatz 2 regelt, dass in der Ersteinschätzungsstelle des INZ die Behandlungsdringlichkeit von selbständig das INZ aufsuchenden Personen erfolgt. Hierbei soll ein standardisiertes Ersteinschätzungsinstrument zur Anwendung kommen. Die Ersteinschätzung beinhaltet die Festlegung der geeigneten Versorgungsebene innerhalb des INZ. Beim Erfordernis einer ambulanten Weiterbehandlung soll den Patienten ein Termin in der ambulanten Versorgung über die KV-Terminservicestellen angeboten werden. Gemäß Absatz 3 soll der G-BA in einer Richtlinie innerhalb von sechs Monaten nach in Kraft-Treten des Gesetzes u. a. die Vorgaben an das Ersteinschätzungsinstrument regeln. Darüber hinaus hat der G-BA die personellen Mindestanforderungen des INZ in der Richtlinie zu regeln. Den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ist durch den G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Der Bewertungsausschuss Ärzte hat bis zum übernächsten Quartal nach in Kraft-Treten die Vergütung der Ersteinschätzung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab festzulegen.

Stellungnahme:

Ohne der Richtlinie des G-BA vorgreifen zu wollen weisen DGAI und BDA darauf hin, dass zur Ersteinschätzung das bereits von notfallmedizinischen Fachgesellschaften umfassend kritisierte und unzureichend validierte Ersteinschätzungssystem „SmED“ am Krankenhaus nicht zur Anwendung kommen darf. Das Ersteinschätzungssystem „SmED“ ist aus Sicht klinisch tätiger Akut- und Notfallmediziner bisher nicht wissenschaftlich fundiert evaluiert (prospektiv, randomisiert und peer reviewed) und daher für die Einschätzung einer Dringlichkeit nicht geeignet. Bereits jetzt werden in den Zentralen Notaufnahmen nach den Vorgaben der stationären Notfallversorgung des G-BA aus 2018 zertifizierte und wissenschaftliche evaluierte Ersteinschätzungsverfahren, die dem „SmED“ deutlich überlegen sind, vorgehalten und umgesetzt.

DGAI und BDA begrüßen ausdrücklich, dass die Vergütung der Ersteinschätzung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab geregelt werden soll. Durch die explizite Regelung, dass die Vergütung unabhängig von der nach der Ersteinschätzung erfolgenden Weiterbehandlung erfolgt, wird hiermit eine Finanzierungslücke geschlossen.

Die Festlegung von Mindest-Öffnungszeiten für kooperierende Notdienstpraxen wird begrüßt. Die festgelegten Öffnungszeiten scheinen jedoch nicht ausreichend, um eine umfassende Akut- und Notfallversorgung durch und innerhalb der INZ sicherzustellen. Hierzu sind Öffnungszeiten der Notdienstpraxen nach 21 Uhr dringend erforderlich, um die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu entlasten.

1.3. Zu § 123 SGB V Absatz 6 und § 123b SGB V Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche

Beabsichtigte Regelung:

Gemäß §123b kann der Landesauschuss Krankenhäuser bestimmen an denen spezielle INZ für Kindern und Jugendlichen eingerichtet werden. Die Voraussetzung für ein INZ für Kinder und Jugendliche ist das Modul Notfallversorgung Kinder des G-BA. Existiert am Standort eines INZ kein INZ für Kinder und Jugendliche soll die Versorgung über telemedizinische oder telefonische Konsilien durch Fachärzte für Kinder und Jugendmedizin erfolgen.

Stellungnahme:

Bei der Einrichtung eines spezifischen INZ für Kinder und Jugendliche muss gewährleistet sein, dass dieses an das INZ nach § 123 SGB V angeschlossen und organisatorisch vernetzt ist. Ansonsten besteht die Gefahr von redundanten Parallelstrukturen, die die Versorgung erschweren können.

2. Vertragsärztlicher Notdienst / Sicherstellungsauftrag / Akutleitstelle

2.1. Zu §75 SGB V Absatz 1b

Beabsichtigte Regelung:

Bisher war der vertragsärztliche Notdienst in sprechstundenfreien Zeiten vom Sicherstellungsauftrag umfasst. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen soll durch die Neuregelung auf eine vertragsärztliche Erstversorgung 24 Stunden täglich ausgeweitet und vom neuen Begriff „der notdienstlichen Akutversorgung“ umfasst werden. Diese Erstversorgung soll auf die kurzfristig erforderlichen Maßnahmen begrenzt werden. Die notdienstliche Akutversorgung soll durch die Beteiligung an INZ, telefonische und videounterstützte Versorgungsangebote und einen aufsuchenden Dienst sichergestellt werden. Der aufsuchende Dienst soll auch durch qualifiziertes nichtärztliches Personal unter ärztlicher Anordnung und Verantwortung erfolgen. Die Möglichkeiten zur Kooperation mit nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Krankenhäusern und Rettungsdiensten bleiben bestehen.

Stellungnahme:

Die Einführung einer 24 Stunden verfügbaren notdienstlichen Akutversorgung wird - wie die Einrichtung von INZ - mit einem zusätzlichen Personalbedarf im KV-Bereich einhergehen. Es bleibt jedoch unklar, wie für ein 24/7/365-Versorgungssystem der KV die notwendigen personellen ärztlichen Ressourcen gedeckt werden sollen, da diese Ärzte schlichtweg zumindest mittelfristig nicht im Gesundheitssystem vorhanden sind. Um die personellen Voraussetzungen für eine gut funktionierende Notfallversorgung zu gewährleisten, sollte daher unbedingt in § 23c Absatz 3 SGB IV geregelt werden, dass neben der Tätigkeit als Notarzt im Rettungsdienst auch die Tätigkeit als Arzt im Notdienst der KV (sog. Poolärzte) als sozialversicherungsfrei gilt.

Der im Referentenentwurf vorgesehene Einsatz von qualifiziertem Nicht-ärztlichen Personal im Rahmen der aufsuchenden Dienste kann - vor allem vor dem Hintergrund des o. g. ärztlichen Personalmangels - einen Beitrag zur Sicherstellung der notdienstlichen Akutversorgung leisten. Die entsprechenden Ausbildungscurricula sollten um die spezifischen Anforderungen in diesem Bereich erweitert werden.

Das aktuelle Projekt OPTIMAL@NRW¹ untersucht einen neuen intersektoralen Ansatz der Akutversorgung pflegebedürftiger geriatrischer Personen. Insbesondere der Einsatz mobiler Nicht-ärztlicher Praxisassistenten mit Zusatzaufgaben NÄPa(Z) ist hierbei von besonderem Interesse. Die erforderlichen Kompetenzen für nichtärztliche Praxisassistenten werden untersucht und definiert, um einen Vorschlag zur Modifizierung des Ausbildungscurriculums der Bundesärztekammer zu erarbeiten. Im Rahmen des Projektes wurde ferner ein Rechtsgutachten zur Delegation unter telemedizinischer Supervision an Assistenzberufe erstellt, welches zur Verfügung gestellt werden kann.

2.2. Zu §75 SGB V Absatz 1c und § 133a SGB V „Gesundheitsleitsystem“

Beabsichtigte Regelung:

Gemäß §75 Absatz c sollen die KVen zusätzlich zu den bestehenden Terminservicestellen Akutleitstellen einrichten, die 24 Stunden täglich unter einer einheitlichen Rufnummer erreichbar ist. Innerhalb von drei Minuten sollen 75 Prozent und innerhalb von zehn Minuten 95 Prozent der Anrufe entgegengenommen werden. Für Personen, die von einer akuten Behandlungsnotwendigkeit ausgehen soll auf Grundlage eines bundesweiten, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens die medizinische Versorgung vermittelt werden - ggf. auch telefonische oder videogestützte ärztliche Konsultation. Auf Antrag des Trägers einer Rettungsleitstelle ist die jeweilige KV zur Kooperation verpflichtet. Die Notrufabfragen der Rettungsleitstellen und die Ersteinschätzungsverfahren der Akutleitstellen sind aufeinander abzustimmen. Im Falle einer Kooperation sollen Rettungsleitstellen und Akutleitstellen verbindlich digital zusammenarbeiten und ein Gesundheitsleitsystem bilden.

Stellungnahme:

DGAI und BDA begrüßen die Einrichtung von Akutleitstellen im Bereich der KVen und unterstreichen hierbei insbesondere die Notwendigkeit der Möglichkeit einer digitalen Fallweitergabe im Rahmen der Kooperationen von Rettungsleitstellen und Akutleitstellen. Die technische Abstimmung der Rettungsleitstellen und der Akutleitstellen der KVen wird für dringend notwendig erachtet. Das dadurch zu etablierende Gesundheitsleitsystem kann die vielfach bestehenden Lücken in der notdienstlichen Versorgung schließen, hängt allerdings von den technischen Voraussetzungen und dem Willen zur Kooperation der Träger der Rettungsleitstellen ab. Wünschenswert wäre, dass in der Abstimmung zwischen Gesetzgeber und Landesgesundheitsministerien die gesetzlichen Grundlagen so aufeinander abgestimmt werden, dass Kooperationen flächendeckend verpflichtend werden.

Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass die bundesweite Vorhaltung des Notrufes 112 für die Bevölkerung unabdingbar und ein europäisches Ziel (Euronotruf) ist. Sie ist etabliert und einem Großteil der Bevölkerung bekannt. Die Rufnummer 116117 ist der Bevölkerung nicht in dem Ausmaß bekannt. Es ist davon auszugehen, dass Hilfesuchende nach wie vor primär die 112 anwählen werden. Aus Sicht von DGAI und BDA ist nach wie vor die Notfallnummer (112) zu präferieren und die nachfolgende technische Weitergabe in Kooperationsvereinbarungen an andere Versorgungseinheiten (116117) zu präferieren. Es ist sicherzustellen, dass die bereits an einer Stelle erhobenen Patienten- oder einsatztaktischen Daten an die jeweils andere Leitstelle digital übergeben werden können.

¹ Brücken, D., Unterkofler, J., Pauge, S. et al. Optimal@NRW: optimized acute care of nursing home residents using an intersectoral telemedical cooperation network — study protocol for a stepped-wedge trial. *Trials* 23, 814 (2022). <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06613-1>



**Stellungnahme der
Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)
und der Bundeszahnärztekammer
zum Regierungsentwurf (Stand 17.07.2024)
eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung
(Notfallgesetz – NotfallG)**

Die ambulante Notfallversorgung der Versicherten ist ein wichtiger Baustein innerhalb des Behandlungsspektrums der gesetzlichen Krankenversicherung. Daher halten KZBV und BZÄK gesetzliche Maßnahmen für sinnvoll, die ggf. bestehende Probleme bei der Notfallversorgung zu beseitigen suchen. Da die in der Begründung des Gesetzesentwurfs für den Bereich der ärztlichen Notfallversorgung diagnostizierten Defizite im Rahmen der vertragszahnärztlichen Notfallversorgung allerdings nicht bestehen, begrüßen es BZÄK und KZBV, dass die intendierten Neuregelungen ausdrücklich nicht für den vertragszahnärztlichen Bereich gelten sollen.

KZBV und BZÄK nehmen zu dem Gesetzentwurf nur insoweit Stellung, als vertragszahnärztliche Belange betroffen sind. Im Einzelnen adressiert werden insoweit folgende drei Forderungen, die nachfolgend im Einzelnen näher erläutert werden:

- 1.) Zurückweisung der intendierten Neuregelung in § 75 Abs. 1f SGB V-E, soweit diese den KZVen künftig die Pflicht auferlegt, die Versicherten über die Sprechstundenzeiten und die Barrierefreiheit der Zahnarztpraxen informieren zu müssen. Eine solche Verpflichtung ist aus den nachfolgend im einzelnen dargelegten Gründen im vertragszahnärztlichen Bereich unverhältnismäßig und nicht erforderlich.
- 2.) Durch den in dem Gesetzentwurf vorgesehenen Zuschnitt des § 105 Abs. 1b SGB V-E auf die neuen ärztlichen Notdienststrukturen würden die KZVen, für die der aktuelle § 105 Abs. 1b SGB V bisher ebenfalls galt, künftig aus dessen Anwendungsbereich herausfallen. Daher muss im neuen § 105 Abs. 1b SGB V(-E) eine spezielle Regelung für die KZVen auf Grundlage des bisherigen § 105 Abs. 1b SGB V ergänzt werden, damit dieser in seiner bisherigen Form für die KZVen fortgilt.

- 3.) Angesichts der Entscheidung des BSG vom 24.10.2023 (Az. B 12 R 9/21 R) zur Sozialversicherungspflicht von Notdienst-Pool(zahn)ärzten besteht insbesondere mit Blick auf den von den KZVen zu erfüllenden Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1b SGB V die dringende Notwendigkeit, gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine als selbständig zu qualifizierende Notdiensttätigkeit auch durch Pool(zahn)ärzte ermöglichen.

Im Einzelnen:

- 1.) **§ 75 Abs. 1f SGB V-E / Nr. 2, c des Gesetzesentwurfs: Verpflichtung der KZVen zu Informationen über die Sprechstundenzeiten und die Barrierefreiheit von Zahnarztpraxen streichen**

Zunächst wird, wie auch eingangs dargelegt, seitens KZBV und BZÄK begrüßt, dass mit dem neu vorgesehenen § 75 Abs. 1f SGB V-E die vertragszahnärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (zahnärztlicher Notdienst) von der Neufassung der notdienstlichen Akutversorgung in den Absätzen 1a bis 1e des § 75 SGB V unberührt bleibt und eine Änderung des bislang bestehenden Sicherstellungsauftrags der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) für den zahnärztlichen Notdienst und der damit verbundenen Pflichten nicht erfolgt.

Allerdings werden über § 75 Abs. 1f SGB V-E die KZVen nunmehr entgegen der bisherigen Rechtslage verpflichtet, die Versicherten bundesweit einheitlich im Internet über die Sprechstundenzeiten der Zahnarztpraxen sowie barrierefreie Zugangsmöglichkeiten zu informieren. Entgegen der Behauptung in der Normbegründung, dass es sich hierbei lediglich um eine "Klarstellung" handle, wird hiermit eine für die KZVen bisher nicht bestehende zusätzliche Verpflichtung etabliert, die bisher im Zusammenhang mit den ärztlichen Terminservicestellen § 75 Abs. 1a Satz 2 SGB V ausschließlich für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KVen) bestand. Diese Verpflichtung der KZVen wird von KZBV und BZÄK abgelehnt.

Soweit verschiedene KZVen nicht bereits auf freiwilliger Grundlage – in der Regel im Zusammenhang mit ggf. gemeinsam mit dem Landes Zahnärztekammern betriebenen online-Zahnartsuchen – über entsprechende Informationen über die Sprechstundenzeiten und die Barrierefreiheit verfügen, wird hiermit für die KZVen ein erheblicher Aufwand bezüglich der Erhebung und Veröffentlichung sowie ggf. Aktualisierung der betreffenden Informationen und für die Vertragszahnärzte zumindest bezüglich der Datenerhebungen etabliert, der nur erhebliche zusätzliche

Bürokratielasten verursacht, die in keinem vernünftigen Verhältnis zum damit verbundenen, äußerst geringen Nutzen für die Versicherten steht.

Hingewiesen werden muss in diesem Zusammenhang auch darauf, dass die teils bereits existierenden online-Zahnarztsuchen zumeist gemeinsam mit den Landeszahnärztekammern betrieben werden und dann vielfach bei Letzteren angesiedelt sind, so dass die Pflege der Suchdienste und Internetauftritte über diese erfolgt, da seitens der Kammern auch das privat Zahnärztliche Praxisgeschehen mit abgebildet wird. Würden die betr. KZVen nun dazu verpflichtet, die geforderten Informationen auch über eigene Internetauftritte bereitzustellen, würden ebenso aufwendige wie nicht erforderliche Doppelstrukturen aufgebaut werden müssen, was es zu vermeiden gilt. Dies gilt umso mehr auch insoweit, als in einzelnen KZV-Bereichen der betr. KZV aufsichtsseitig der Aufbau solcher Doppelstrukturen mit Blick auf insb. das Wirtschaftlichkeitsgebot sogar untersagt worden ist.

Losgelöst davon, ist aber jedenfalls im vertragszahnärztlichen Bereich eine pflichtweise KZV-seitige Bereitstellung von Informationen über Sprechzeiten und Barrierefreiheit auch aus folgenden Gründen nicht erforderlich:

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang zunächst darauf, dass sowohl der KZBV als auch der BZÄK keinerlei Erkenntnisse oder Meldungen vorliegen, dass Patienten/-innen mit Behinderungen oder sonstigen Einschränkungen eine zahnärztliche Behandlung wegen mangelnder Barrierefreiheit oder sonstigen Zugangshindernissen nicht hätten in Anspruch nehmen können. Auch seitens der KZVen oder der gemeinsam mit den Zahnärztekammern betriebenen Patientenberatungsstellen liegen keine entsprechenden Meldungen vor. Alle Zahnarztpraxen bzw. deren Personal sind bereits aus ihrem Berufsethos heraus bestrebt, die Behandlung von beeinträchtigten Patienten zu gewährleisten und finden in der Regel zumeist Wege, gehandicapten Patienten die notwendige zahnärztliche Behandlung zukommen zu lassen.

Ebenso wenig ist auch nur ein einziger Fall bekannt, in dem ein Patient mangels Kenntnis der Sprechstundenzeiten keine oder nur erschwert eine vertragszahnärztliche Versorgung in Anspruch nehmen konnte. Im vertragsärztlichen Bereich steht auch diese Verpflichtung im Zusammenhang mit den dort einzurichtenden Terminservicestellen, die angesichts der im ärztlichen Bereich diagnostizierten Probleme bei der Erlangung von Arztterminen den Patienten beim Erhalt von zeitnahen Arztterminen behilflich sind, in dem sie solche vermitteln. Im vertragszahnärztlichen Bereich bestehen vergleichbare Probleme bei der Terminerlangung hingegen nicht.

Zudem ist hinsichtlich Barrierefreiheitsdaten zu berücksichtigen, dass im zahnärztlichen Bereich zum einen eine besonders hohe Bindung des Patienten an seinen "Stammzahnarzt" besteht und es zum anderen keine "Fachzahnärzte" gibt, die ggf. in öfterem Wechsel neben dem "Stammzahnarzt" aufgesucht werden müssten, so dass Zahnarztwechsel und das damit verbundene Problem, eine neue (ggf. barrierearme) Praxis zu finden, im zahnärztlichen Bereich eine untergeordnete Rolle spielen. Auch der Fall, abseits der "Stammpraxis" – etwa im Falle von Inlandsreisen – in Notfällen eine andere Zahnarztpraxis aufsuchen zu müssen, ist die seltene Ausnahme. Die in der modernen Kommunikationsgesellschaft bereits vorhandenen Möglichkeiten, über das Internet Informationen über Zahnarztpraxen zu erhalten, reichen für die Erlangung der betreffenden Informationen völlig aus: Sofern ein (eher seltener) Zahnarztwechsel erforderlich ist, nutzen die Patienten regelhaft bspw. die gängigen Internetsuchmaschinen (Google, Bing, etc.), um sich im Umkreis liegende Zahnarztpraxen anzeigen zu lassen, und erfahren dann entweder über die betr. Suchmaschine selbst oder durch das Aufsuchen der Website-Angebote der in Betracht kommenden Praxen die Sprechzeiten und können ggf. von diesen bereitgestellte Informationen zur Barrierefreiheit erlangen. Insbesondere bezüglich Letzterem bietet zudem eine telefonische Kontaktaufnahme mit räumlich in Betracht kommenden Praxen die Möglichkeit, unmittelbar und zielgerichtet herauszufinden, ob die betr. Praxis hinreichend barrierearm für die konkreten Bedürfnisse des betr. Patienten ist. In den – wenn überhaupt – extrem wenigen Ausnahmefällen, in denen dieses gängige Vorgehen der Patienten nicht zum Erfolg führt, können dann im jeweiligen Einzelfall auch die KZVen, Kammern oder Patientenberatungsstellen vermittelnd unterstützen, ohne dass es hierfür einer aufwendigen Vollerhebung der Sprechstundenzeiten und Barrierefreiheitsinformationen bedarf. Gerade auch diese bereits vorhandenen Angebote zur Patientenberatung ermöglichen im Rahmen persönlicher Kontaktaufnahmen eine zielgerichtete, auf die individuelle Situation der betr. vulnerablen oder in sonstiger Weise gehandicapten Patienten zugeschnittene Vermittlung geeigneter, hinreichend barrierearmer Zahnarztpraxen, was in dieser Form durch bloße Internet-Informationen nicht darstellbar wäre.

Insoweit sind der KZBV und der BZÄK im (vertrags)zahnärztlichen Bereich keinerlei Defizite bzgl. der Erlangbarkeit von Informationen über die Sprechstundenzeiten und die Barrierefreiheit bekannt, die eine pflichtweise Bereitstellung solcher Informationen durch die KZVen erfordern bzw. rechtfertigen würden.

Dass die existierenden Möglichkeiten, über das Internet die erforderlichen Informationen über Zahnarztpraxen zu erhalten, völlig ausreichend sind, zeigt sich

auch daran, dass eine von der KZBV vor einigen Jahren entwickelte Zahnarzt-Such-App wegen mangelnder Nutzung nach kurzer Zeit wieder eingestellt wurde.

Forderung von KZBV und BZÄK:

Vor diesem Hintergrund eines praktisch nicht vorhandenen Zusatznutzens für die Versicherten bei einem gleichzeitig erheblichen, unverhältnismäßigen bürokratischen Aufwand für die KZVen bzgl. der Datenerhebung und -bereitstellung sowie für die Vertragszahnärzte bzgl. der Datenerhebung fordern KZBV und BZÄK den Gesetzgeber daher auf, auf die Implementierung einer Pflicht der KZVen zur Bereitstellung von Sprechstundenzeiten und Barrierefreiheitsdaten zu verzichten, indem aus § 75 Abs. 1f Satz 1 SGB V-E der dortige Satzteil "und informieren die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragszahnärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit)" ersatzlos gestrichen wird.

2.) § 105 Abs. 1b SGB V-E / Nr. 8 des Gesetzentwurfs: Fortgeltung des bisherigen § 105 Abs. 1b SGB V für die KZVen muss speziell geregelt werden

§ 105 SGB V gilt wegen der dortigen Verwendung des Begriffes "Kassenärztliche Vereinigungen" als Oberbegriff (siehe § 77 Abs. 1 Satz 1 SGB V) grundsätzlich auch für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen), soweit nicht aufgrund von Bezugnahmen in dessen Absätzen allein auf ärztliche Vergütungsregelungen oder bspw. der Benennung nur des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen eine ausschließliche Geltung für die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) besteht (siehe Begründung zum Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes – IPReG –, BT-Drucks. 19/19638, S. 34). Aus letztgenanntem Grund waren mit dem IPReG für die KZVen spezielle Regelungen zur Geltung einzelner Absätze des § 105 SGB V getroffen worden, die bis dahin aufgrund von Bezugnahmen allein auf ärztliche Vergütungsregelungen oder der Benennung nur des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ausschließlich für die KVen galten (konkret: Absätze 1a, 1c und 4). Die besonderen Sicherstellungsinstrumente des § 105 SGB V sollten insoweit umfassend auch den KZVen an die Hand gegeben werden.

Somit gilt auch der bisherige § 105 Abs. 1b SGB V ebenfalls für die KZVen, so dass auch diese mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren können, über die Strukturfor-

Mittel nach § 105 Abs. 1a SGB V hinaus einen zusätzlichen Betrag zweckgebunden zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes bereitzustellen.

Durch die nunmehr intendierte Änderung von § 105 Absatz 1b SGB V-E wird dieser allerdings durch die dortigen Bezugnahmen auf die nur für den ärztlichen Notdienst geltenden §§ 75 Abs. 1a, 1b, 1c, §§ 123 bis 123b SGB V-E und die ärztlichen Vergütungsregelungen (regionale Euro-Gebührenordnung sowie § 87b SGB V) dahingehend umgestaltet, dass er aufgrund dieser Bezugnahmen ausdrücklich nur noch für die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) gelten würde und nicht mehr für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen). Damit der bisherige § 105 Abs. 1b SGB V für die KZVen fortgilt, muss daher der intendierte neue Absatz 1b für die KZVen um eine spezielle Regelung, die dem bisherigen (aktuellen) Absatz 1b entspricht, ergänzt werden.

Forderung von KZBV und BZÄK:

Damit der bisherige § 105 Abs. 1b SGB V für die KZVen fortgilt, muss der intendierte neue § 105 Abs. 1b SGB V-E um einen neuen, letzten Satz 12 ergänzt werden, der in Anlehnung an den bisherigen Absatz 1b wie folgt lautet:

"¹²Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich können vereinbaren, über die Mittel nach Absatz 1a hinaus einen zusätzlichen Betrag zweckgebunden zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes bereitzustellen."

3.) Schaffung von gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Ausgestaltung des vertragszahnärztlichen Notdienstes, welcher durch Pool(zahn)ärzte geleistet wird.

In einer Entscheidung vom 24.10.2023 (Az. B 12 R 9/21 R) hat der 12. Senat des Bundessozialgerichts (BSG) entgegen den Vorinstanzen und der ursprünglichen Auffassung der Deutschen Rentenversicherung Bund geurteilt, dass die Teilnahme eines sog. Pool-Zahnarztes am von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) über von ihr betriebene Notdienstzentren organisierten vertragszahnärztlichen Notdienst nicht automatisch aufgrund der Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung als selbständige Tätigkeit zu klassifizieren ist, sondern vielmehr nach Lage des jeweiligen Einzelfalles eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung darstellt bzw. darstellen kann. Maßgeblich sei insoweit

insbesondere die Dichte der Einbindung in die Strukturen der von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung zur Sicherstellung des Notdienstes organisierten Abläufe. Im streitgegenständlichen Fall wurde das Vorliegen einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung i.S.v. § 7 SGB IV bejaht.

Auch wenn das BSG in den inzwischen vorliegenden Urteilsgründen die Einzelfallbezogenheit seines Urteils betont, hat diese Entscheidung jedenfalls für vergleichbare Konstellationen und somit weit über den entschiedenen Einzelfall hinaus Bedeutung für die Notdienstorganisation. Denn wie vielfach im ärztlichen Bereich, wird auch im zahnärztlichen Bereich der Notdienst von einzelnen KZVen mittels von diesen eingerichteten Notdienstzentren und dort tätigen Pool-Zahnärzten sichergestellt. So wird in Baden-Württemberg der zahnärztliche Notdienst in drei Regionen zentral durch Notdienstzentren (in Stuttgart, Heidelberg und Mannheim) mit ca. 100 approbierten Zahnärztinnen und Zahnärzten sichergestellt, die auch umliegende Gebiete mit insgesamt mehr als 2,5 Mio. Versicherten mit Notdienstleistungen versorgen. Ebenso kann sich eine entsprechende Organisation des Notdienstes mittels Notdienstzentren als eine den "klassischen" Notdienst in den Praxen niedergelassener Zahnärzte sinnvoll ergänzende, alternative Option für die Zukunft erweisen, beispielsweise zur Gewährleistung eines niederschweligen, zentral erreichbaren Notdienstes für strukturschwache, ländliche Gebiete mit einer geringeren Zahnarztdichte.

Die vom BSG für die Annahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung als maßgeblich erachteten Umstände dürften dabei im Regelfall für das Gros der in Notdienstzentren tätigen Pool-Zahnärzte gegeben sein. Angesichts der Begründung des genannten BSG-Urteils ist zudem davon auszugehen, dass nicht nur Pool(zahn-)Ärzte der Versicherungspflicht unterliegen können, sondern alle Mediziner, die in zentral durchgeführten Notdiensteinrichtungen tätig sind. Denn das BSG stellte gerade nicht auf den Status, sondern die Rahmenbedingungen der Tätigkeit ab.

Die vom BSG angenommene Sozialversicherungspflicht erschwert dabei die Finanzierbarkeit von patientengerechten Angeboten durch seitens der KZVen betriebene Notdienstzentren und kann zugleich ein Hemmnis für die Bereitschaft von Zahnärzten darstellen, in solchen tätig zu sein.

Die finanziellen, aber auch administrativen Herausforderungen für die Tragfähigkeit von Notdienstzentren liegen in den zusätzlichen Belastungen, die mit der Etablierung von Beschäftigungsverhältnissen für notdienstleistende Zahnärzte einhergehen. Diese zusätzlichen Belastungen bedrohen die Nachhaltigkeit und

somit die Existenz solcher patientenorientierten Dienste und erschweren zukunftsgerichtet den Aufbau weiterer solcher Zentren. Die zusätzlichen Kosten, die infolge der nunmehr anzunehmenden Sozialversicherungspflicht entstehen, sind vielfältig und reichen von direkten Ausgaben, wie Sozialversicherungsbeiträgen und Steuern, bis hin zu indirekten Kosten, die aus dem damit verbundenen administrativen Mehraufwand resultieren. Eine Verbeitragung in der Sozialversicherung sowie die Abführung von Lohnsteuer muss dabei infolge der BSG-Entscheidung z. T. auch nachträglich erfolgen. Zudem gehen aufgrund der mit der Annahme eines Beschäftigungsverhältnisses verbundenen Erhöhung der Anzahl von Arbeitnehmern bei den KZVen zusätzliche arbeitsrechtliche Verpflichtungen einher. Neben Urlaubsansprüchen sowie Lohnfortzahlungen greifen alle Arbeitnehmerschutz-Mechanismen. Indirekte Kosten entstehen durch den administrativen Aufwand, der mit der Verwaltung von Beschäftigungsverhältnissen verbunden ist. Dazu zählen beispielsweise die Kosten für die Buchhaltung, Personalverwaltung und die Einhaltung gesetzlicher Meldepflichten. Diese Kosten sind oft weniger offensichtlich, können aber insgesamt ebenfalls eine erhebliche finanzielle Belastung darstellen und die Mittel, die für die direkte Patientenversorgung zur Verfügung stehen, reduzieren.

Ob ein Weiterbetrieb bestehender Zentren oder gar ein Ausbau dieser Organisationsform angesichts der nunmehr bestehenden Rahmenbedingungen möglich ist, steht in Frage. Im ärztlichen Bereich haben bereits verschiedene Kassenärztliche Vereinigungen den mittels Poolärzten organisierten Notdienst eingeschränkt. Krankenhäuser wiederum befürchten angesichts der Auswirkungen des BSG-Urteils eine vermehrte Inanspruchnahme ihrer Notfallambulanzen.

Zu bedenken ist in diesem Zusammenhang auch, dass die betreffenden Zahnärzte in der Regel selbstständig in eigener Praxis tätig oder in einer solchen bzw. anderen Einrichtung angestellt sind. Sie sind bereits sozialversicherungspflichtig oder -frei aufgrund einer anderen Tätigkeit eingestuft. Es erscheint nicht verhältnismäßig, wenn zusätzlich aufgrund einer Tätigkeit im Notdienst ein (ggf. weiteres) Beschäftigungsverhältnis, das mit einem hohen administrativen Aufwand verbunden ist, begründet werden soll, das im Wesentlichen der Erfüllung einer gesetzlich übertragenen Aufgabe dient. Dies gilt umso mehr, als die Notdienstverpflichtung als Annex zur (zahn-)medizinischen Haupttätigkeit zu sehen ist und deren Erfüllung im Rahmen eines organisierten Notdienstes einen zeitlich nur sehr begrenzten Umfang haben wird. Die Bereitschaft von (Zahn-)Medizern, an Versorgungsmodellen mitzuwirken, wird durch übermäßige Bürokratie und hierdurch verursachte Mehraufwände gehemmt. Hinzu tritt, dass viele frei-

beruflich tätige Mediziner in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis einen Widerspruch zu diesem Status sehen, was sich ebenfalls negativ auf die Mitwirkungsbereitschaft auswirken kann.

Zudem entsteht aufgrund der letztlich stark einzelfallabhängigen Kriterien für das Vorliegen eines beitragspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses ein hoher, einzelfallbezogener Prüfaufwand für die KZVen sowie eine Rechtsunsicherheit insbesondere für Zahnärztinnen und Zahnärzte, die den Notdienst außerhalb des "klassischen" Notdienstmodells gewährleisten.

Daher sollten, auch im Interesse der Patientinnen und Patienten, die Rahmenbedingungen des Notdienstes so gestaltet werden, dass zum einen (Zahn-)Mediziner/-innen zur Mitwirkung motiviert und nicht etwa – durch im Widerspruch zum Prinzip der Freiberuflichkeit stehende Regularien – davon abgehalten werden und zum anderen der Notdienst seitens der KZVen effektiv und zukunftssicher auch unter Etablierung alternativer Notdienstkonzepte gewährleistet werden kann.

Forderung von KZBV und BZÄK:

Nach Auffassung von KZBV und BZÄK ist es geboten, gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine als selbständig zu qualifizierende Notdiensttätigkeit auch durch Pool(zahn)ärzte sicher ermöglichen, sei es durch unmittelbar von der Sozialversicherungspflicht befreiende Regelungen vergleichbar denjenigen zum notärztlichen Rettungsdienst (§ 23c Abs. 2 SGB IV, § 2 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe d SGB VII) oder durch Regelungen im SGB V, die geeignet sind, den Betrieb bzw. die Aufrechterhaltung von Notdienstzentren durch die K(Z)Ven sicherstellen, indem der vertragszahnärztliche Notdienst und dessen Erbringung in geeigneter Weise ausgestaltet wird bzw. werden kann, um eine Sozialversicherungspflicht zu vermeiden (u.a. indem die K(Z)Ven zumindest klarstellend mit der Befugnis ausgestattet werden, nähere Bestimmungen zur Sicherstellung des Notdienstes durch Pool(zahn)ärzte einschl. der Gewährung von Sicherstellungspauschalen zu treffen).

Berlin/Köln, den 30.10.2024

Stellungnahme des Bundesverbandes der Ärztlichen Leitungen Rettungs- dienst Deutschland e.V.

**Zu den Reformen der Notfallversor-
gung (02.10.2024 – Bundesdrucksache
20/13166) und den Änderungsantrag
der Ampel-Koalition zu den rettungs-
dienstlichen Regelungen im SGB V
(01.11.2024)**



vom 03.11.2024

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Bundesverband der ÄLRD Deutschland nimmt zu den oben genannten Reformvorhaben wie folgt Stellung:

Reformen der Notfallversorgung (2.10.2024 – Bundesdrucksache 20/13166, 2.10.2024)

Im geplanten §75 Abs. 1b wird der Sicherstellungsauftrag für die vertragsärztliche Versorgung der KV dahingehend konkretisiert, dass sie auch Fälle einschließt, in denen „eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist“.

Diese Formulierung ist missverständlich, weil sie im Prinzip auch für lebensbedrohliche Notfälle zu gelten scheint. Lebensbedrohliche Notfälle sind aber Aufgabe des Rettungsdienstes. Hier muss eine klare Abgrenzung erfolgen.

Hierzu wird der BV-ÄLRD auf die KBV zugehen und wenn möglich abgestimmte Vorschläge zur Abgrenzung machen.

Im geplanten § 123 Abs. 1 ist die Rede von „Kooperationspraxen“, die mit INZ kooperieren und Patienten aus den INZ übernehmen sollen.

Der BV ÄLRD schlägt vor, hier auch sogenannte „Partner-Praxen“ mit aufzunehmen, die es z.B. in Hessen und Nordrheinwestfalen gibt und die von der Akutleitstelle und dem Rettungsdienst direkt Patienten zugewiesen bekommen können (z.B. für Patienten, die keinen Hausarzt haben).

Änderungsantrag der Ampel-Koalition zu den rettungsdienstlichen Regelungen im SGB V (1.11.2024)

DER VORSTAND DES BUNDESVERBANDES:

VORSITZENDER: PROF. DR. DR. ALEX LECHLEUTHNER; STELLV. VORSITZENDER: DR. BERNHARD KRAKOWKA;
2. STELLV. VORSITZENDER TORSTEN REINHOLD; BUNDESGESCHÄFTSFÜHRER: PROF. DR. REINHOLD MERBS;
SCHATZMEISTER: PROF. DR. ANDREAS BOHN; BEISITZER: DR. ANDRE GNIRKE

WWW.AELRD.DE

Der § 30 würde zahlreiche, aktuell bestehende Refinanzierungsprobleme lösen (Fehl-fahrtenproblematik bei ambulantem Verbleib, Vorab-Genehmigungspflicht von Kran-kentransporten als Grundlage der Refinanzierung, Finanzierung von Ersthelfer-App-Systemen, Vernetzung mit anderen Leistungsbereichen).

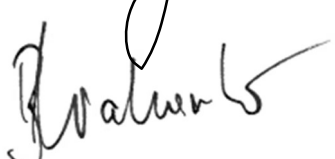
In den § 60 Abs. 2 sollte als zusätzliche Möglichkeit für genehmigungsfreie Verle-gungstransporte die Möglichkeit aufgenommen werden, dass in speziellen Zentren be-handelte Patienten in kleinere Krankenhäuser verlegt werden können (Abwärtstrans-port), damit die Zentrumsressourcen wieder für Schwerkranke bzw. Schwerverletzte frei werden. In der aktuellen Regelung gilt als Grund nur die zwingende medizinische Behandlung (Aufwärts-Transport). Damit werden immer wieder Abwärtsverlegungen von den Krankenkassen abgelehnt, da hier der zwingende medizinische Grund fehlen würde.

Die in § 133 Abs. 3 angedachten Konfliktlösungen zwischen Krankenkassen und öf-fentlichen Trägern besitzen zwar selbst Konfliktpotential, es wird aber damit auch klar-gestellt, dass notwendige Investitionskosten anerkannt werden.

Die in § 133 b-e formulierten Elemente des Qualitätsmanagements scheinen eine Al-ternative zu den von den Ländern abgelehnte Eingliederung in das Konstrukt des GBA darzustellen. Gleichwohl gibt es bereits eine Arbeitsgruppe Qualitätssicherung im Aus-schuss Rettungswesen, die ein Projekt der länderübergreifenden Vereinheitlichung der Datenfelder in der Notfalldokumentation vorantreibt. An diesem Projekt beteiligen sich 14 der 16 Länder. Im Mai 2024 wurde dazu sogar eine Konsentierung erzielt. Es stellt sich deshalb die Frage, wie dieses weit fortgeschrittene Projekt mit dem Vorha-ben des Bundes vereinbar sein kann.

Mit freundlichen Grüßen


Prof. Dr. Dr. Alex Lechleuthner
Vorsitzender


Dr. Bernhard Krakowka
Stellvertretender Vorsitzender


Prof. Dr. Reinhold Merbs
Bundesgeschäftsführer

DER VORSTAND DES BUNDESVERBANDES:

VORSITZENDER: PROF. DR. DR. ALEX LECHLEUTHNER; STELLV. VORSITZENDER: DR. BERNHARD KRAKOWKA;
2. STELLV. VORSITZENDER TORSTEN REINHOLD; BUNDESGESCHÄFTSFÜHRER: PROF. DR. REINHOLD MERBS;
SCHATZMEISTER: PROF. DR. ANDREAS BOHN; BEISITZER: DR. ANDRE GNIRKE

WWW.AELRD.DE