

## Bewertung des Gesetzentwurfs zum Notfallgesetz

Am 17.7.24 hat das Kabinett den Entwurf eines »Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Notfallgesetz)« beschlossen. Er geht damit in das parlamentarische Verfahren (BR-Drs. 379/24). Die erste Lesung im Bundestag wird nach der Sommerpause im September stattfinden. Während des parlamentarischen Verfahrens sollen noch Festlegungen zur Reform des Rettungsdienstes über Änderungsanträge von Koalitionsfraktionen eingefügt werden. Dieses nicht ganz gewöhnliche Vorgehen dürfte zum einen auf Zeitmangel zurückzuführen sein. Es könnte aber auch der Versuch sein, Widersprüche im Kabinett elegant zu umschiffen.

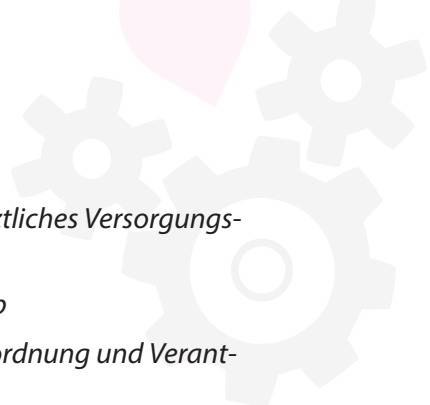
Die jetzigen Festlegungen im Kabinettsbeschluss folgen im Wesentlichen den Vorschlägen der Regierungskommission in ihrem 4. Gutachten (»Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland – Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen«). Insofern sei hier auf die ausführlichen Bewertungen dieses Gutachtens durch »Krankenhaus statt Fabrik« (<https://krankenhaus-statt-fabrik.de/2024/03/01/bewertung-4-stellungnahme-der-regierungskommission/>) verwiesen.

Im Gesetzentwurf gibt es drei Regelungsbereiche:

- Festlegungen zur Notfallversorgung im Bereich der Niedergelassenen
- Festlegungen zu »Integrierten Notfallzentren (INZ)« im Krankenhaus
- Festlegungen zu einem »Gesundheitsleitsystem«

### Niedergelassener Bereich (SGB V §§ 73b, 75, 105)

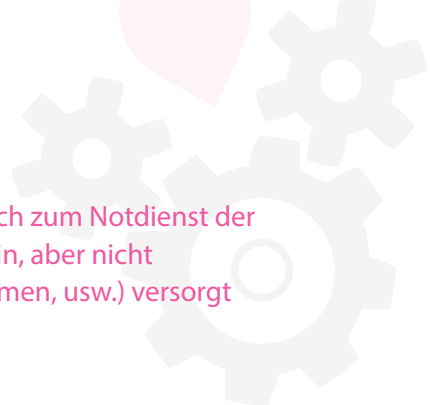
- Die schon bestehenden **Terminservicestellen** zur Vermittlung von Arztterminen bei niedergelassenen Ärzt\*innen, die Montag bis Samstag telefonisch (bundeseinheitliche Nummer 116 117) und 24 Stunden über digitale Angebote erreichbar sein müssen, sind nicht mehr für die Vermittlung von Terminen für die Akutversorgung zuständig.
- Dafür werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, zusätzlich »**Akutleitstellen**« einzurichten, die 24 Stunden an 7 Tagen mit garantierten Antwortzeiten (maximale Wartezeit von 3 Min. in 75% der Anrufe und von 10 Min. in 95% der Anrufe) erreichbar sein müssen.
- Zu den Aufgaben der KV im Rahmen der Notfallversorgung heißt es: »Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch folgende Maßnahmen (Notdienst) sicher:
  1. die Beteiligung an Integrierten Notfallzentren und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche,

- 
2. ein telefonisches und videounterstütztes, 24 Stunden täglich verfügbares ärztliches Versorgungsangebot, auch durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, und
  3. einen 24 Stunden täglich verfügbaren aufsuchenden Dienst.« (SGB 5, § 75/1b

- Der »aufsuchende Dienst« darf auch auf Nichtärzt\*innen »unter ärztlicher Anordnung und Verantwortung« übertragen werden.
- Ein bundeseinheitliches, standardisiertes (computerbasiertes) Ersteinschätzungsverfahren wird verpflichtend für die Akutleitstellen und die INZ (s.u.) eingeführt
- Die Finanzierung des Notdienstes erfolgt hälftig durch die KV und die Kassen.

### **Bewertung:**

- ▶ Freiberuflich tätige »Handwerker\*innen« und Kleinunternehmer\*innen in ein solches einheitliches Notfallversorgungssystem einzubeziehen war schon immer schwierig. Der zunehmende Mangel an niedergelassenen Ärzt\*innen verschärft das Problem. Außerdem ist es vermutlich nicht erstrebenswert von einem niedergelassenen Urologen bei Herzbeschwerden versorgt zu werden.
- ▶ Ob der eigenständige KV-Bereitschaftsdienst weiterhin sinnvoll ist, lässt sich mit Fug und Recht in Frage stellen, insbesondere weil er praktisch zunehmend weniger funktioniert und er auch eine unnötige Doppelung darstellt.
- ▶ Der umgekehrte Weg ist aus unserer Sicht vielversprechender: Die Krankenhäuser werden vollständig für die ambulante Versorgung geöffnet. Die Krankenhäuser und die Kommunen dürfen auch ambulante Versorgungszentren betreiben. Dabei läge die Hauptaufgabe der Kommunen bei dem Aufbau und Betrieb von Primärversorgungszentren, die Anlaufstellen für den Erstkontakt sind und wo auch verschiedenste Gesundheitsberufe (Pflegerkräfte, Pflegekräfte / Advanced Practice Nurses – APN, Sozialarbeiter\*innen, Physiotherapie ...) tätig sind. Den Versorgungszentren der Krankenhäuser käme die Aufgabe der ambulanten Notfallbehandlung, der Nachsorge und von Facharztsprechstunden vor Ort zu. MVZ von Niedergelassenen sind keine wirkliche Alternative, weil sie lediglich den Schritt vom Kleinunternehmer zum aufstrebenden Mittelständler oder sogar – noch schlimmer – zu großen ambulanten Gesundheitskonzernen in der Hand von Private Equity Fonds darstellen.
- ▶ Geplant werden müssten die Standorte, die Kapazitäten, die Anbindung, die Strukturen/Ausstattung/personelle Besetzung usw. Dies sind eigentlich klare Zuständigkeiten einer Versorgungsplanung der Länder, konkret der Versorgungsregionen. Um eine ausreichende Strukturqualität in Stadt und Land sicherzustellen sollte der GBA einen Auftrag erhalten, dafür verbindliche Rahmenvorgaben zu entwickeln. Die Forderung müsste also sein, auf der Basis dieser Vorgaben eine gemeinsame intersektorale Planung der ambulanten und stationären Versorgung durch die Länder (Rahmenplanung auf Landesebene, konkrete Planung in den Versorgungsregionen) einzuführen sowie den gesamten Sicherstellungsauftrag an diese Versorgungsregionen zu übertragen.
- ▶ Die KVen mit dem ambulanten Sicherstellungsauftrag zu betrauen, ist genauso absurd, wie wenn die Krankenhausgesellschaften den Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung hätten. Hier werden Lobbyinteressen und die finanziellen Ansprüche der Niedergelassenen geschont und es wird ihnen Vorrang vor einer wirklich bedarfsgerechten Notfallversorgung eingeräumt.
- ▶ Die momentane Situation in den Ambulanzen der Krankenhäuser ist nicht gut. Sie ist geprägt durch Personalmangel und Überlastung, nicht zuletzt durch die Unterfinanzierung der ambulanten Notfallversorgung von Krankenhäusern. Eine qualitativ hochwertige Versorgung lässt sich so nicht erreichen. Das muss sich dringend ändern. Dennoch, die Tatsache, dass bei der Versorgung im Krankenhaus in aller Regel ein Facharzt zumindest im Hintergrund ist und bei Bedarf innerhalb



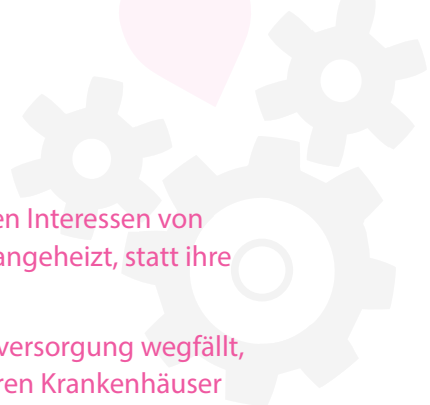
kurzer Zeit anwesend sein kann, ist ein erheblicher Qualitätsvorteil im Vergleich zum Notdienst der Niedergelassenen, wo man ggf. zwar durch eine Facharzt oder eine Fachärzt\*in, aber nicht notwendig der richtigen Fachrichtung (Hautärzt\*in bei internistischen Problemen, usw.) versorgt wird.

## Integrierte Notfallzentren (INZ) (SGB 5 §§ 90, 123, 123a, 123b)

- Ein INZ besteht aus einer Notdienstpraxis der KV, der Notaufnahme des Krankenhauses und der »zentralen Ersteinschätzungsstelle« (zEES). Sie steht unter der fachlichen Verantwortung und Leitung des jeweiligen Krankenhauses. Es muss Kooperationsvereinbarungen zwischen KV und Krankenhaus geben. Eine andere Leitung kann vereinbart werden.
- Die zEES muss nicht ärztlich besetzt sein. Die Verweisung aus dem INZ ohne Behandlung darf nur mit Ärzt\*in erfolgen.
- Außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis sollen im Umkreis des jeweiligen Krankenhausstandortes gelegene Vertragsärzt\*innen und medizinische Versorgungszentren (Kooperationspraxen) in die Kooperationsvereinbarung einbezogen werden (mit digitaler Fallübergabe).
- Es besteht bei gleicher Dringlichkeit ein Vorrang für Patient\*innen, die über die Akutleitstelle des niedergelassenen Bereichs (s.o.) zugewiesen werden.
- Der GBA-wird verpflichtet eine Richtlinie zum Ersteinschätzungsinstrument, zu den Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notfallpraxen und zu deren Überprüfung zu erlassen.
- Die Vergütung der zEES soll über eine neue Position im EBM erfolgen. Die Vergütung der Notfallpraxis und der Krankenhausambulanz bleibt wie bisher.
- Es muss ein Versorgungsvertrag mit einer Apotheke abgeschlossen werden.
- Wenn es kein INZ für Kinder/Jugendliche gibt, müssen telemedizinische oder telefonische Konsilien von Fachärzt\*innen für Kinder- und Jugendmedizin vorgehalten werden.
- Der »Erweiterte Landesausschuss« (Zusammensetzung: Landeskrankenhausgesellschaft haben selbe Stimmenzahl wie die Kassenärztliche Vereinigung, zusammen haben sie dieselbe Zahl wie die Kassen, zusätzlich 3 unparteiische Mitglieder) legt Versorgungsregionen und die Krankenhäuser, in denen ein INZ eingerichtet wird, fest
- Voraussetzung für die Bestimmung als INZ ist die Basisnotfallstufe nach GBA.
- Weiter zu berücksichtigen sind die Erreichbarkeit (Fahrzeit innerhalb von 30 Min für 95% der zu Versorgenden), die Zahl der zu Versorgenden, Erreichbarkeit mit dem Nahverkehr, das Bestehen einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des Krankenhausstandortes und die Möglichkeit der Kooperation mit MVZ oder Kassenarztpraxis in der Nähe
- Bei Auswahl zwischen mehreren KH sollen eine höhere Notfallstufe, das Vorhandensein notfallmedizinisch relevanter Fachgebiete und die Möglichkeit der Einrichtung einer Notfallpraxis in unmittelbarer Nähe der Notaufnahme ausschlaggebend sein. Ausnahmen sind möglich, der Rechtsweg ist offen
- Die Mindest-Öffnungszeiten der Notfallpraxis (und damit des INZ) sind: Wochenenden und Feiertage 9–21 Uhr, Mi + Fr: 14–21 Uhr, Mo + Di + Do: 18–21 Uhr. Auch kürzere Öffnungszeiten sind im Einvernehmen möglich.

## Bewertung:

- ▶ Der Gesetzentwurf belässt im Wesentlichen die doppelten Strukturen und vor allem die sektorale Trennung. Zusätzlich holt er niedergelassene Ärzt\*innen als integralen Bestandteil in die Räume des Krankenhauses, anstatt die Krankenhäuser für die ambulante Versorgung zu öffnen.
- ▶ Dabei ist natürlich von wesentlicher Bedeutung, wer am »Tresen« entscheidet, ob der Patient oder die Patient\*in im niedergelassenen Sektor bleibt oder in die Notfallambulanz des Krankenhauses kommt. Zumindest wird im Gesetzentwurf festgelegt, dass das Krankenhaus die Leitung der zentralen Ersteinschätzungsstelle hat. Hiergegen werden die KVen im Gesetzgebungsverfahren Sturm laufen.
- ▶ Natürlich geht es hier um wirtschaftliche Interessen. Die beste Versorgung für die Patient\*innen ist dabei (wie immer bei finanziellen Anreizsystemen) untergeordnet – zumindest in allen Grenzfällen und Grauzonen. Das gilt natürlich auch für die Krankenseite. Dies ist aber kein Gegenargument gegen die Forderung, die Notfallversorgung durch die Notfallambulanzen der Krankenhäuser durchzuführen. Es ist ein Argument gegen die DRGs und andere finanzielle Steuerungssysteme. Noch schlimmer: Die DRGs führen dazu, dass manche Krankenhäuser überhaupt nicht mehr an der Notfallversorgung (zumindest nicht an schweren Fällen) interessiert sind und elektive Eingriffe bevorzugen.
- ▶ Gäbe es die Selbstkostendeckung und alle notwendigen Kosten – ambulant wie stationär – würden korrekt vergütet, spräche überhaupt nichts mehr für die gesamte Doppelvorhaltung bei der Notfallversorgung.
- ▶ Überhaupt ist auch hier wieder der bürokratische und logistische Aufwand durch solche Doppelvorhaltungen beträchtlich: Da braucht es Gremien zur Klärung der Öffnungszeiten, Koordinationsgremien innerhalb des Krankenhauses, detaillierte Dokumentationsanforderungen, Abrechnungsaufwand zwischen den KVen und den Krankenhäusern usw.
- ▶ Dass die KV-Praxen in den Krankenhäusern nur einen Teil des Tages und der Woche geöffnet sein sollen, grenzt ans Absurde. Wir fragen uns: Wenn die Notfallambulanz des Krankenhauses nachts und am Wochenende die Arbeit übernehmen soll, warum dann nicht auch tags? Bei all dem ist es natürlich zwingend notwendig, die Krankenhausambulanzen sowohl räumlich, technisch, und vor allem personell deutlich aufzurüsten und dies auch finanziell abzusichern.
- ▶ INZs sollen nicht in allen Krankenhäusern mit Notfallambulanzen und einer Notfallstufe nach GBA eingerichtet werden. Ein Teil der Häuser wäre außen vor. Das korreliert mit den Bestrebungen des KHVVG kleine Häuser zu schließen.
- ▶ Letztlich ist der Vorschlag, nicht alle Krankenhäuser, die bisher die Basisnotfallversorgung gemacht haben, mit INZ auszustatten, ein Frontalangriff auf diese kleineren Häuser. Werden die Leitzentralen diese Häuser überhaupt noch empfehlen (dürfen)? Werden sie zukünftig vergütet, wenn sie behandeln? Was rechtfertigt ihre Existenz, wenn sie offensichtlich zurückgestuft werden? Wie wirkt sich das auf die insgesamt Attraktivität dieser Häuser für Patienten aus? Steht am Ende ein Notfallbehandlungsverbot für Häuser ohne INZ? Geht man nach der Gesetzesbegründung (Verbesserung der Versorgung), müsste dies so sein.
- ▶ Die Entscheidung, welches Krankenhaus ein INZ erhält, ist eigentlich eine klare Aufgabe der flächendeckenden Versorgungs- und Krankenhausplanung. Sie ist damit eine originäre Aufgabe der Bundesländer im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags. Die Auslagerung dieser Entscheidung in den erweiterten Landesausschuss und damit in die Befugnisse von Kassen; KV und Krankenhausgesellschaft, stellt einen nicht akzeptablen Eingriff in die Planungshoheit der Länder dar. Statt sachgerechter und demokratischer Planung in den Versorgungsregionen auf der Basis von



GBA-Vorgaben wird die Entscheidung zu einem Spielball der unterschiedlichen Interessen von Kassen und Krankenhäusern. Die Konkurrenz der Krankenhäuser wird weiter angeheizt, statt ihre Kooperation in den Mittelpunkt zu stellen.

- ▶ Ein weiterer Aspekt kommt hinzu: Wenn ein großer Teil der bisherigen Notfallversorgung wegfällt, müssten ja logischerweise die Kapazitäten (ambulant wie stationär) der anderen Krankenhäuser deutlich ausgebaut werden. Hiervon steht nichts im Gesetz.
- ▶ **Letztlich handelt sich bei dem vorgeschlagenen INZ-Modell um einen faulen Kompromiss zwischen den KVen und der Krankenseite und gerade nicht um eine Überwindung der Sektorengrenzen. Für die Patient\*innen besteht die große Gefahr, dass sich die Versorgung nicht verbessert, sondern dass sie weiterhin zwischen dem KV-Bereich und den Krankenhäusern hin und her geschoben werden, zweimal warten müssen und dass am Ende Über- oder Unterversorgung steht – jedenfalls nicht eine sachgerechte Versorgung ohne finanzielle Überlegungen.**

## Gesundheitsleitsystem (SGB V § 133a)

- Die KV wird verpflichtet auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle eine Kooperation zwischen Rettungsleitstelle und Akutleitstelle zu schließen und ein **Gesundheitsleitsystem** zur Weiterleitung von Notfällen einzurichten. Voraussetzung ist die digitale Vernetzung und eine »digitale standardisierte Notrufabfrage« in der Rettungsleitstelle.
- Eine gemeinsame Trägerschaft ist möglich. Es gibt weiterhin unterschiedliche Rufnummern.

### Bewertung:

- ▶ Der Begriff »Gesundheitsleitsystem« ist irreführend. Im Kern kann alles bleiben, wie es ist. Lediglich die Telefonleitungen sollen digital vernetzt werden. Ein einheitliches Zentrum ist nicht vorgegeben. Auch die Beibehaltung zweier Nummern ist halbherzig. Genau das (ein Zentrum, eine Nummer) wäre aber notwendig, wenn sich die Versorgung verbessern soll und das System der Zuweisung zu den geeigneten Notfallstrukturen effizienter gestaltet werden soll.
- ▶ Was der Vorteil der Doppelvorhaltung sein soll, bleibt im Dunkeln. Vermutlich sollen Erbhöfe nicht angetastet werden. Wenn die Rettungsleitstellen und die KV-Leitstellen erhalten bleiben können, ist das gerade keine integrierte Versorgung. Es besteht auch die Gefahr, dass in den unterschiedlichen Zentren unterschiedliche Prioritäten der Zuweisung angewendet werden.
- ▶ In der Realität sind die Leitstellen der KV völlig überlastet und funktionieren nicht. Es gibt zum Teil stundelange Wartezeiten in der Telefonschleife. Die (verständliche) Reaktion von Patient\*innen wird sein, dass sie die »schnellere« Nummer anrufen. Sie erreichen dann aber nicht ein gut organisiertes »integriertes« Zentrum, sondern ein völlig überlastetes der alten Art.
- ▶ Voraussetzung für ein gutes Funktionieren eines solchen einheitlichen Zentrums ist eine gute personelle Ausstattung, damit nicht wieder inakzeptable Wartezeiten auftreten. Hier hapert es bei den geplanten Akutleitstellen und bei den Rettungsleitstellen, weil die Finanzierung nicht stimmt, bzw. weil finanzielle Erwägungen im Vordergrund stehen. Eine kostendeckende Finanzierung und ein Gewinnverbot wären auch hier dringend notwendig.
- ▶ Die Unterstützung von geeigneter Software bei der Entscheidungsfindung ist sinnvoll. Solche Software-Lösungen und Algorithmen bergen aber die Gefahr, dass man sich (schon aus Absicherungsgründen) zu sehr auf ihre »Vorschläge« einlässt. Die Software darf aber nicht an die Stelle der persönlichen, fachlichen Einschätzung treten. Im Zweifelsfall ist immer die sichere

Zuweisungsvariante zu wählen. Auch die Einbindung von Ärzt\*innen/Fachärzt\*innen bei solchen Entscheidungen ist klar zu regeln.

- ▶ Unsere Forderung: Es muss flächendeckend (Aufgabe der Landesplanung), personell und technisch gut ausgestattete einheitliche Gesundheitsleitsysteme mit einer Telefonnummer geben.

## Quintessenz

**Der Gesetzentwurf bleibt bei den großen Fragen (Sektorentrennung, ambulante Versorgung durch Krankenhäuser, Sicherstellungsauftrag für die KV, ILS INZ, Finanzierung) erschreckend zahnlos bzw. verfestigt bestehende schlechte Strukturen und Finanzierungsformen. Eine Revolution ist das nicht. Eine wirkliche Verbesserung der Versorgung ist so nicht zu erwarten.**

**Es wäre alles deutlich einfacher, wenn man wirklich eine echte Reform der Notfallversorgung und ihrer Finanzierung anstreben würde. Kernelemente wären:**

- ▶ **Die Rückführung des Sicherstellungsauftrags für die KVen an die Länder und Versorgungsregionen**
- ▶ **Die einheitliche Planung der ambulanten und stationären Versorgung in den Versorgungsregionen unter demokratischer Beteiligung aller Betroffenen**
- ▶ **Die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung**
- ▶ **Eine einheitliche Rettungsleitstelle für alle Notfälle unter einer einheitlichen Telefonnummer, die die sachgerechte Verteilung der Patient\*innen gewährleistet**
- ▶ **Eine einheitliche Notfallversorgung aller Notfallpatient\*innen durch die Ambulanzen der Krankenhäuser bzw. durch ambulante Notfallzentren der Krankenhäuser**
- ▶ **Die Einführung einer kostendeckenden Finanzierung aller notwendigen Kosten (Selbstkostendeckung/Kostendeckung 2.0) der ambulanten Notfallversorgung und der Rettungsleitstellen**
- ▶ **Sachgerechte Personalschlüssel für alle an der Notfallversorgung beteiligten Berufsgruppen**

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik

V.i.S.d.P. Dr. Nadja Rakowitz

Mobil: 0172 – 185 8023

[www.krankenhaus-statt-fabrik.de](http://www.krankenhaus-statt-fabrik.de)

Twitter: @KHstattFabrik

**KRANKEN** HAUS  
STATT **FABRIK**  
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert