



STELLUNGNAHME

des Verbandes der Universitätsklinika
Deutschlands (VUD) und des Medizinischen
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.