KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Bewertung des Gesetzentwurfs zur Reform der Notfallversorgung und unsere Alternativen

Am 15.10.26 hat der Bundestag das »Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung« beschlossen. Mit dem Gesetz wurden auch diverse Änderungen des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes beschlossen, die wir gesondert behandeln.
Dies ist der wiederholte Anlauf für eine Reform der Notfallversorgung. Der letzte Versuch erfolgte noch durch Lauterbach im Jahr 2024. Das jetzt beschlossene Gesetz folgt den damaligen Vorschlägen der Regierungskommission und Gesetzesentwürfen. Sie enthielten drei Regelungsbereiche:

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

Neu hinzugekommen ist der Regelungsbereich **»Medizinische Notfallrettung«**.

Niedergelassener Bereich (SGB 5 §§ 75, 105)

- Die schon bestehenden **Terminservicestellen** zur Vermittlung von Arztterminen bei niedergelassenen Ärzt*innen, die Montag bis Samstag telefonisch (bundeseinheitliche Nummer 116 117) und jederzeit über digitale Angebote erreichbar sein müssen, sind nicht mehr für die Vermittlung von Terminen für die Akutversorgung zuständig.
- Dafür werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, **»Akutleitstellen«** unter derselben Telefonnummer wie die Terminservicestellen einzurichten, die 24 Stunden an 7 Tagen mit garantierten Antwortzeiten (maximale Wartezeit von 3 Min. bei 75 % der Anrufe und von 10 Min. bei 95 % der Anrufe) erreichbar sein müssen.
- Zu den Aufgaben der KV im Rahmen der Notfallversorgung heißt es: »Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung organisieren den Notdienst insbesondere durch 1. die Beteiligung an Integrierten Notfallzentren und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche, 2. ein telefonisches oder videounterstütztes, jederzeit verfügbares ärztliches Versorgungsangebot, auch durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, und 3. einen jederzeit verfügbaren aufsuchenden Dienst in Fällen, in denen die in Satz 1 genannte Versorgung nicht anderweitig erbracht werden kann.« (SGB 5, § 75/1b)

- Der »aufsuchende Dienst« darf auch auf Nichtärzte »nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung« übertragen werden.
- Ein bundeseinheitliches, standardisiertes (softwarebasiertes) Ersteinschätzungsverfahren wird verpflichtend für die Akutleitstellen und die INZ (s.u.) eingeführt.
- Die Finanzierung der Einrichtungen des Notdienstes (24-Stunden-Notdienst, aufsuchender Dienst, Akutleitstelle der KV, Notfallpraxis in den INZ) erfolgt hälftig durch die KV und die Kassen. Die privaten Versicherungen müssen 7 % des Kassenanteils übernehmen.

Bewertung

- Freiberuflich tätige »Handwerker« und Kleinunternehmer 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 (Pflegekräfte, Gemeindeschwestern, Sozialarbeiter, Physiotherapie, …) tätig sind.
- Den Ambulanten 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 im Rahmen 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 Nieder-

gelassenen, wo man ggf. zwar durch einen Facharzt, aber nicht durch den richtigen Facharzt (Hautarzt bei internistischen Problemen usw.) versorgt wird.

- Neben diesen grundsätzlichen Überlegungen ist es konkret nicht sinnvoll, völlig unterschiedliche Aufgaben (Terminvergabe und Notfälle) unter einer gemeinsamen Telefonnummer und mit gemeinsamen Strukturen zu bearbeiten. Tatsächlich handelt es sich nur um unterschiedliche Namen für dieselbe Einrichtung, also um Etikettenschwindel. Damit werden Verzögerungen bei Notfällen programmiert. Näheres siehe bei der Bewertung des geplanten Gesundheitsleitsystems. Sinnvoll wäre eine Telefonnummer der KV für die Terminvergabe und eine andere Telefonnummer der Rettungsleitstellen für alle Notfälle.
- Die hälftige Finanzierung des Notdienstes durch die Kassen und die KV galt bereits bisher, wird aber jetzt auf die neuen Strukturen ausgedehnt. Durch die gesetzlich vorgegebene Doppelung der Strukturen (Leitsysteme, INZ s.u.) führt dies zu einer stärkeren finanziellen Belastung der Kassen als notwendig. Die Vorgabe, dass die privaten Krankenversicherungen 7 % der Kassenkosten übernehmen müssen, ist mehr als gerechtfertigt.

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

- 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 Notdienstpraxis muss sich in unmittelbarer Nähe zur Notaufnahme des Krankenhauses befinden. Es ist aber auch möglich eine Praxis außerhalb des Krankenhauses zu beauftragen, wenn diese »in kurzer fußläufiger Entfernung zueinander liegen«. (Gesetzesbegründung S. 71)
- Die zEES muss nicht ärztlich besetzt sein. Sie führt die Ersteinschätzung (softwarebasiert) durch und entscheidet, wo der Patient anschließend versorgt wird (KV-Praxis, Notdienstpraxis, Ambulanz des Krankenhauses). Die Verweisung aus dem INZ ohne Behandlung darf nur mit Arzt erfolgen, außer der Patient wird in eine Kooperationspraxis verwiesen.
- 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 Notdienstpraxen 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.
- Die Notdienstpraxis darf außerhalb der Apothekenöffnungszeiten Medikamente und Medizinprodukte abgeben.
- Der **»Erweiterte Landesausschuss«** (Zusammensetzung: Landeskrankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Vereinigung haben zusammen dieselbe Stimmenzahl wie die Kassen, zusätzlich gibt es drei unparteiische Mitglieder) legt die Versorgungsregionen und (»unter vorrangiger Be-

rücksichtigung der Bundeswehrkrankenhäuser« – S. 20 Gesetzestext) die Krankenhäuser, in denen ein INZ eingerichtet wird, fest.

- Er kann Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche einrichten. Wenn es kein INZ für Kinder/Jugendliche gibt, müssen telemedizinische oder telefonische Konsilien von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin vorgehalten werden.
- Voraussetzung für die Bestimmung als INZ ist mindestens die Basisnotfallstufe nach GBA.
- Weiter zu berücksichtigen sind die Erreichbarkeit (Fahrtzeit innerhalb von 30 Minuten 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 Krankenhäusern sollen eine höhere Notfallstufe, das Vorhandensein notfallmedizinisch relevanter Fachgebiete und die Möglichkeit der Einrichtung einer Notfallpraxis in unmittelbarer Nähe der Notaufnahme auschlaggebend sein. Ausnahmen sind möglich, der Rechtsweg ist offen.
- Krankenhäuser, denen kein INZ zugewiesen wird, dürfen nur die Ersteinschätzung abrechnen, müssen aber dann an ein Krankenhaus mit INZ weiter verweisen, außer wenn die Ersteinschätzung ergibt, »dass eine Verweisung an das nächstgelegene Integrierte Notfallzentrum im Einzelfall nicht zumutbar ist.« (Gesetzesbegründung S. 71)
- Die Mindest-Öffnungszeiten der Notfallpraxis (und damit des INZ) sind: an Wochenenden und Feiertagen 9-21 Uhr, Mittwoch und Freitag 14-21 Uhr, Montag, Dienstag und Donnerstag 18-21 Uhr. Auch kürzere Öffnungszeiten sind im Einvernehmen möglich.
- INZ (Notfallpraxis und Ambulanz) dürfen in sehr begrenztem Umfang Medikamente/Medizinprodukte abgeben – nur wenn zwingend notwendig auch außerhalb der Öffnungszeiten von Apotheken und unmittelbar vor/an Wochenenden und Werktagen.

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 von wesentlicher Bedeutung, wer am »Tresen« entscheidet, ob der Patient im niedergelassenen Sektor bleibt, oder ob er in die Notfallambulanz des Krankenhauses kommt. Zumindest wird im Gesetzentwurf festgelegt, dass das Krankenhaus die Leitung der zentralen Ersteinschätzungsstelle hat.
- Natürlich geht es hier um wirtschaftliche Interessen. Die beste Versorgung für den Patienten ist dabei (wie immer bei finanziellen Anreizsystemen) untergeordnet – zumindest in allen Grenzfällen und Grauzonen. Das gilt natürlich auch für die Krankenhausseite. 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 diese monströse Doppelvorhaltung bei der Notfallversorgung.
- Überhaupt ist auch hier wieder der bürokratische und logistische Aufwand durch solche Doppelvorhaltungen beträchtlich: Da braucht es Kooperationsvereinbarungen, gemeinsame Qualitätsprüfungen, 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 tagsüber? Die Einrichtung einer zEES und einer Notdienstpraxis in unmittelbarer Nähe zur Krankenhausambulanz macht es sowohl räumlich, technisch und vor allem personell notwendig deutlich aufzurüsten und dies auch finanziell abzusichern. Es ist abzusehen, dass die Krankenhäuser hier auf einem Teil der Kosten sitzen bleiben.
- Makaber ist, dass die Notdienstpraxis auch außerhalb der Klinik eingerichtet werden darf (»fussläufig«), wenn die KV das präferiert – trotz der vorher geforderten und viel gelobten Vorteile der Nähe zwischen Ambulanz und Notdienstpraxis.
- Genauso makaber ist, dass die finanziellen Interessen der Apothekenbesitzer*innen geschont werden, anstatt den Notfallpatient*innen die Medikamente/Medizinprodukte mitzugeben, die sie benötigen.
- INZs sollen nicht in allen Krankenhäusern mit Notfallambulanzen und einer Notfallstufe nach GBA eingerichtet werden. Ein Teil der Häuser bleibt außen vor. Das korreliert mit den Bestrebungen des KHVVG/KHAG kleine Häuser zu schließen.
- Letztlich ist diese Regelung ein Frontalangriff auf diese kleineren Häuser. Sie dürfen nur noch im Ausnahmefall Notfälle behandeln und müssen ansonsten weiter verweisen. Damit fällt ein Teil der Krankenhäuser aus der Notfallversorgung heraus, was die flächendeckende Verfügbarkeit deutlich verschlechtert und sich natürlich auch insgesamt auf die Attraktivität dieser Häuser für Patient*innen auswirkt. Damit wird sich auch die Belastung der übrig gebliebenen Krankenhäuser mit INZ nochmals deutlich steigern.
- 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. Das bedeutet eine noch stärkere Überlastung dieser Häuser und ihrer Beschäftigten.
- An der völlig unzureichenden Vergütung der ambulanten Notfallversorgung in den Krankenhäusern ändert sich überhaupt nichts, außer dass die zEES (also der kleinste Teil der INZ) gesondert finanziert werden sollen. Damit bleibt die skandalöse Unterfinanzierung der ambulanten Notfallbehand-

lung in den Häusern bestehen bzw. verschärft sich noch mehr und damit auch die unzureichende personelle und strukturelle Ausstattung dieser Bereiche. Das ist keine Verbesserung, sondern eine Verschlechterung der Notfallversorgung.

- **Letztlich handelt sich bei dem vorgeschlagenen INZ-Modell um einen faulen Kompromiss zwischen den KVen und der Krankenhausseite 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. Für die Krankenhäuser bedeutet es mehr Defizit und für ihre Beschäftigten mehr Belastung.**

Gesundheitsleitsystem (SGB 5 § 133a)

- Die KV wird verpflichtet eine Kooperation zwischen der Rettungsleitstelle des jeweiligen Leistungserbringers und der Akutleitstelle der KV zu schließen und ein **Gesundheitsleitsystem** zur Weiterleitung von Notfällen einzurichten. Voraussetzung ist die digitale Vernetzung und eine »digitale standardisierte Notrufabfrage«.
- Es soll ein gemeinsames Qualitätsmanagement geben.
- 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. Eine gemeinsame Leitstelle ist nicht vorgegeben. Auch die Beibehaltung zweier Nummern ist halbherzig. Genau das (eine Leitstelle, 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, 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 stundenlange 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 der Betreiber 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 Ärzten/Fachärzten 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.**

Medizinische Notfallrettung (SGB 5 §§ 30, 133, 133b, 133c, 133d, 133e, 133f, 133g, 133h)

- Die Versicherten haben Anspruch auf die medizinische Notfallrettung. Sie umfasst das **Notfallmanagement** (Vermittlung der erforderlichen Hilfe auf Basis einer standardisierten Software-Abfrage), die **notfallmedizinische Versorgung** ggf. telefonisch/telemedizinisch oder ggf. durch nichtärztliches Personal vor Ort und den **Notfalltransport**.
- Die Zuzahlung der Versicherten beträgt 15 Euro statt wie im Kabinettsentwurf 10 Euro.
- Die Kassen und die Leistungserbringer schließen Verträge über die Vergütung der einzelnen Leistungen der medizinischen Notfallrettung ab. Das Landesrecht kann vorsehen, dass einheitliche Entgelte der med. Notfallrettung für alle Leistungserbringer vereinbart werden und nicht gesonderte Verträge mit den einzelnen Leistungserbringern und dass es dann eine zentrale Abrechnungsstelle gibt.
- Auch diese Vergütungen sind gedeckelt (siehe GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz), sie dürfen jährlich nicht mehr steigen als die Einnahmeentwicklung der Krankenkassen (Grundlohnsummensteigerung bzw. Veränderungsrate) – in den Jahren 2027 bis 2029 nochmals reduziert um 1 %.
- Es wird ein **Fachgremium medizinische Notfallrettung** eingeführt, das Rahmenempfehlungen für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 erstellt und diese fortentwickelt. Zusammensetzung: 16 Sitze Kassen, je ein Sitz pro Bundesland plus 4 Mitglieder der Leistungserbringer, 2 Mitglieder der maßgeblichen Fachgesellschaften, 3 Mitglieder der maßgeblichen Fachverbände und ein nicht stimmberechtigtes Mitglied des BMG. Die Beschlussfassung erfolgt mehrheitlich. Aufgaben sind: Nutzung und einheitliche Anwendung von Abfragesystemen der Leitstellen und vernetzter Einsatzleitsysteme, Einsatz Telemedizin, Einsatzmittel für eine Versorgung vor Ort, Konzepte zur Vermeidung von Einsätzen der medizinischen Notfallrettung, Vernetzung von Versorgungskapazitätennachweissystemen, Ersthelferalarmierungssysteme, Verfahrensweisen für die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäter, Umfang und Zielsetzung von Fort- und Weiterbildungen für Rettungsfachpersonal und für Qualitätsindikatoren der medizinischen Notfallrettung
- Auf der Basis dieser Empfehlungen können die GKV und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auch Rahmenverträge abschließen.
- Verpflichtung alle Beteiligten zur digitalen Erhebung, Speicherung und Weitergabe der für die weitere medizinische Diagnostik und Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten (**digitale Notfalldokumentation**).
- Verpflichtung der Leistungserbringer das Versorgungskapazitätennachweissystem zu nutzen und der Krankenhäuser ihre Versorgungskapazitäten in Echtzeit zu übermitteln.
- Die Festlegung von Eintreffzeiten bei der Notfallrettung ist nur noch eine »Zielgröße« – im ursprünglichen Gesetzestext waren sie noch verbindlich.
- Einbindung von Ersthelfern durch digitale Ersthelferalarmierungssysteme.

- Rechtsverordnung (Zustimmung des Bundesrates) zur Festlegung der erforderlichen Daten zur Feststellung der Leistungsqualität in der medizinischen Notfallrettung und Übermittlung der entsprechenden (anonymisierten) Daten an die Kassen und Veröffentlichung.
- Einbindung der Leistungserbringer in die »Telematikinfrastruktur« (geschlossenes und hochsicheres digitales Netzwerk des deutschen Gesundheitswesens).
- Förderung der Digitalisierung in der Notfallrettung durch 225 Mio. Euro aus dem Sondervermögen Infrastruktur. Verteilung über Digitalisierungsfonds, der bei den Kassen eingerichtet wird.
- Zuweisung von Vernetzungs- und Koordinationsaufgaben an einen der Leistungserbringer des Notfallmanagements durch die Länder (im Benehmen mit den Kassen).
- Errichtung eines Katasters Automatisierter Externer Defibrillatoren beim BMG.

Bewertung

- Bisher wurde die Notfallrettung nur als Transportleistung gesehen. Jetzt besteht ein eigenständiger Anspruch der Versicherten. Auch eine Behandlung vor Ort (ohne Transport) und ihre Abrechnung ist möglich. Ein Problem ist die Möglichkeit einer abschließenden Behandlung vor Ort durch Rettungssanitäter, womit ja die alleinige Entscheidung über die Schwere des Krankheitsbildes und die Versorgungsnotwendigkeiten nicht bei einem Arzt liegt. Ein anderes ist – wie bei jeder finanziellen Steuerung – dass die Entscheidung, ob Transport oder abschließende Versorgung, danach getroffen wird, was sich mehr rechnet. Auch hier besteht also wieder die Gefahr von Über- oder Unterversorgung aufgrund finanzieller Erwägungen. Sinnvoll wäre, dass nicht irgendwelche Preise oder Budgets vereinbart, sondern die tatsächlichen Kosten ersetzt werden, ohne Gewinn- bzw. Verlustmöglichkeiten.
- Dass die Versicherten auch bei der Notfallversorgung verstärkt zur Kasse gebeten werden ist seit dem GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz ja schon gewohnte Übung. Dass die Deckelung aber auch auf die sowieso schon völlig unterfinanzierte Notfallversorgung ausgedehnt wird ist ein Skandal. Was haben die Kosten der Notfallversorgung sachlich mit den Einnahmen der Krankenkassen zu tun? Hier gilt unzweideutig, dass das finanziert werden muss, was notwendig ist. Da sind die zur Verfügung gestellten 225 Mio. Euro für die Förderung der Digitalisierung ein Tropfen auf den heißen Stein.
- Auffällig ist, dass krampfhaft versucht wird, möglichst viele Tätigkeiten auf nichtärztliche Kräfte (aufsuchender Dienst, Besetzung zEES, Besetzung Leitstellen – s.u., Erstbehandlung am Notfallort) bzw. auf Software-Lösungen (Entscheidung in der zEES und in Leitstellen) zu übertragen. Es spricht nichts gegen eine Übertragung von wirklich übertragbaren Tätigkeiten. Ob der aufsuchende Dienst oder die abschließende medizinische Erstbehandlung dazugehören, darf bezweifelt werden. Genauso verhält es sich mit Softwarelösungen. Tatsächlich unterstützend eingesetzt können sie eine Hilfe sein, wer sorgt aber dafür, dass sie nicht letztlich entscheiden, bzw. dass der Behandler sich nicht auf die Bewertung der Software zurückzieht? Die Regelung, dass das Ergebnis der Ersteinschätzung darüber entscheidet, ob ein Krankenhaus ohne INZ einen Notfall behandeln und abrechnen darf, weist genau in diese Richtung. Es ist zu befürchten, dass hier der Medizinische Dienst ein weiteres Kontroll-Schlachtfeld aufmachen wird, und jede Entscheidung eines Behandlers mit dem Ergebnis der Software-Ersteinschätzung abgleicht und ggf. die Abrechnung der Behandlung verweigert.
- Durch die neu eingefügten Paragrafen wird der Versuch unternommen, die heillos zersplitterte Rettungsdienst- und Rettungsleitstellenlandschaft zu vereinheitlichen, transparenter zu gestalten und einheitliche Qualitätsanforderungen zu etablieren. Dieser Ansatz geht nicht weit genug und wird

vermutlich im Gewirr der Leistungserbringer und ihrer Interessen stecken bleiben. Ähnlich wie bei den INZ und den Leitstellen werden Besitzstände konserviert, statt eine grundlegende Umgestaltung der Notfallrettung anzustoßen. Der Versuch bei fortbestehender Zersplitterung eine größere Einheitlichkeit zu erreichen, fordert – wie in anderen Bereichen – einen sehr großen Bürokratie- und Kontrollaufwand, der auch die Kosten weiter treiben wird.

- Sinnvoll wäre es den Rettungsdienst in öffentlicher Hand neu aufzustellen. Wie in einigen Teilen Deutschlands könnte die Berufsfeuerwehr hier integriert werden. Bei den jetzigen Betreibern würden die normalen Krankentransporte verbleiben.

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. Die Versuche die Notfallrettung zu vereinheitlichen und zu verbessern, gehen zwar in die richtige Richtung, sind aber wie alles andere halbherzig und werden zu keinem wirklichen Fortschritt führen.
Die Bundesregierung geht von Einsparungen durch das Gesetz von mindestens 1,2 Mrd. Euro aus. (Gesetzentwurf S. 5) Wenn man sich die real existierende Notfallversorgung mit ihren riesigen Versorgungsdefiziten ansieht (lange Wartezeiten in den Telefonschleifen und noch längere Wartezeiten in den Notfallambulanzen und Praxen, viel zu wenig Personal in den Notfallambulanzen, keine adäquate Vergütung der Notfallversorgung durch Krankenhäuser), ist offensichtlich, dass statt Einsparungen, mehr Mittel notwendig wären, um die Versorgung zu verbessern. Bedenkt man noch die kombinierte Wirkung des KHVVG mit den geplanten Standortschließungen und Standortzusammenlegungen, wird klar, dass sich auch die Rettungszeiten deutlich erhöhen werden, was nur durch mehr und besser verteilte Rettungsleitstellen und mehr und besser verteilte Rettungsmittel (inkl. Hubschrauber) auszugleichen ist. All dies ist im Gesetz nicht vorgesehen.
Es wäre alles deutlich einfacher, wenn wirklich eine echte Reform der Notfallversorgung und ihrer Finanzierung angegangen werden würde. Kernelemente wären:

- **Die Übertragung des Sicherstellungsauftrags von den 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.**
- **Eine einheitliche Organisation des Rettungsdienstes in öffentlicher Hand.**

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik

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

Mobil: 0172 – 185 8023

info@krankenhaus-statt-fabrik.de

www.krankenhaus-statt-fabrik.de

KRANKENHAUS STATT FABRIK

bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert