

Reform der Notfallversorgung: Vorankommen auf der Großbaustelle

Autor:innen: Claudia Baldeweg, Katharina Höfer-Scheffold, Carsten Redeker

Die Notfallversorgung in Deutschland steht seit Jahren unter erheblichem Druck. Aufgrund von überlasteten Notaufnahmen in Krankenhäusern und steigenden Einsatzzahlen im Rettungsdienst erscheint das derzeitige System der Notfallversorgung nicht mehr tragfähig. Die fortlaufenden Diskussionen und Gesetzesänderungen der letzten und derzeitigen 20. Legislaturperiode gleichen dabei einer Großbaustelle: Einzelne Ansätze zur Entlastung und zur Verbesserung der Versorgungsqualität wurden eingeführt, ihre Umsetzung und die tatsächlichen Erfolge blieben jedoch oft begrenzt. Dieser Artikel beleuchtet die aktuellen Herausforderungen in der Notfallversorgung sowie deren Ursachen und analysiert letztlich, ob die Ansätze des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (NotfallG) der 20. Legislaturperiode die Großbaustelle hätten beenden können und Ansatzpunkte für die folgende Legislaturperiode bieten.

Akteure und Herausforderungen in der notfallmedizinischen Versorgung

In Deutschland stehen für die Versorgung von Notfallpatient:innen drei Sektoren zur Verfügung: Im ambulanten Sektor sind dies die Vertragsärztinnen und -ärzte sowie der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst und im stationären Sektor die Notaufnahmen der Krankenhäuser. Der Rettungsdienst stellt den dritten Sektor der Notfallversorgung dar (SVR 2018).

Dabei stellt die Definition des Notfalls eine erste Herausforderung dar. Derzeit existiert in Deutschland keine allgemeingültige Definition von Notfallpatient:innen. Die notfallmedizinischen

Fachgesellschaften umschreiben Notfallpatient:innen als Personen, „die körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweisen, für welche die Person selbst oder eine Drittperson unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachtet“ (Behringen, W. et al. 2013). In dieser Definition sind die zeitliche Dringlichkeit sowie das subjektive Erleben einer bedrohlichen Änderung des Gesundheitszustandes Attribute von Notfallpatient:innen. Diese schaffen jedoch nicht Klarheit darüber, in welchem notfallmedizinischen Versorgungssektor die Patient:innen zuzuordnen sind. (aQua 2016) Erschwerend kommt die fehlende Abstimmung und Koordination der drei Sektoren hinzu, sodass die Notfallpatient:innen häufig nicht adäquat behandelt werden (GKV-SV 2017). Darüber hinaus stellt sich auch das Versorgungsangebot innerhalb der jeweiligen Sektoren als verbesserungsbedürftig dar. Dies wird nachfolgend erörtert.

Probleme bei der Sicherstellung des ärztlichen Notdienstes

Der vertragsärztliche Notdienst ist Bestandteil des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 75 SGB V und beinhaltet die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Absatz 1b). Dieser Paragraph ist (zusammen mit der Regelung zu den dreiseitigen Verträgen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft im § 115 SGB V) schon die einzige gesetzliche Vorgabe zum vertragsärztlichen Notdienst. Auch im Bundesmantelvertrag Ärzte finden sich keine konkretisierenden Vorgaben, wie dieser genau auszugestalten ist. Dementsprechend obliegt es der jeweiligen regionalen Kassenärztlichen Vereinigung, diese Verpflichtung mit Leben zu füllen.

In der Folge ist bereits der zeitliche Umfang des KV-Notdienstes nicht überall zu 100 Prozent identisch; das gilt erst recht für die Art der Bereitstellung des Notdienstes – sei es, indem Vertragsärzt:innen Notdienste in ihrer eigenen Praxis leisten, im Rahmen von eigens eingerichteten Bereitschaftsdienstpraxen der KVen, über mobile Hausbesuchsdienste oder auch telefonische Beratung. Zuzugestehen ist auf jeden Fall, dass die Anforderungen, aber auch Möglichkeiten im Rahmen des Notdienstes in Stadtstaaten andere sind als in großflächigen Bundesländern.

Frühere Auswertungen zur Verteilung der ambulanten Notfälle insgesamt nach Wochentagen und Uhrzeiten zeigten einen deutlichen Anstieg, sobald die üblichen Öffnungszeiten der Vertragsarztpraxen unter der Woche endeten und die Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Arbeit aufnahmen. Naturgemäß war die Anzahl der ambulanten Notfälle am Wochenende besonders hoch. In beiden Fällen fiel die Anzahl wieder stark ab, sobald die Notdienstpraxen ihre Tätigkeit beendeten, was üblicherweise unter der Woche spätestens um 23:00 Uhr der Fall ist und am Wochenende (regional unterschiedlich) oftmals bereits um circa 18:00 Uhr.

Diese bisherige zeitliche Limitation erscheint sowohl aus kapazitären als auch aus finanziellen Gründen nachvollziehbar. Grundsätzlich ist jeder Vertragsarzt und jede Vertragsärztin zur Teilnahme am Notdienst verpflichtet; dies ergibt sich sowohl aus den mit der Zulassung übernommenen Verpflichtungen als auch aus den Berufsordnungen der Ärztekammern. Gleichwohl nimmt die Bereitschaft, zusätzlich zu den zeitlichen Anforderungen einer eigenen Praxis oder auch Anstellung noch in erheblichem Maß Notdienste zu leisten, aus Work-Life-Gründen stetig ab. Aufgrund dieser Probleme hat ein Großteil der KVen den ärztlichen Notdienst räumlich neu strukturiert und zentralisiert, um die Anzahl der Dienste für jede Ärztin und jeden Arzt zu verringern (AQUA-Gutachten im Auftrag des vdek 2016). Dies ging in den meisten KV-Bereichen mit der Bildung von Bereitschaftsdienstpraxen durch die KVen einher.

Eine weitere Möglichkeit, die zusätzliche persönliche Belastung aufgrund der Verpflichtung zur Teilnahme am Notdienst zu reduzieren, besteht darin, sich durch andere qualifizierte Ärzt:innen vertreten zu lassen. Derartige Modelle, Notdienste von soge-

nannten „Poolärzt:innen“ übernehmen zu lassen, erfreuten sich wachsender Beliebtheit bei den KVen und Vertragsärzt:innen. Dieses Modell stand allerdings rechtlich auf der Kippe, als Ende 2023 ein BSG-Urteil erging, wonach eine derartige Tätigkeit entgegen bisheriger Einschätzung nicht als selbstständig einzustufen ist, sondern der Sozialversicherungspflicht unterliegt – was sie für die ausführenden Ärzt:innen finanziell unattraktiv machen würde. Bald erklärten einzelne KVen (zuerst die KV BaWü), unter diesen Umständen ihren Not-/Bereitschaftsdienst in der gewohnten Form nicht mehr aufrechterhalten zu können. Aufgrund des erheblichen Drucks auf die vertragsärztliche Notdienstversorgung hat sich das Bundesministerium für Arbeit und Soziales mittlerweile mit dem BMG, der KBV, den KVen und Ärzteverbänden darauf verständigt, unter welchen Rahmenbedingungen Poolärzt:innen auch zukünftig als Selbständige am Notdienst teilnehmen können – sodass eine diesbezügliche Gefahr der Nichtsicherstellung des Notdienstes erst einmal gebannt ist.

Vorstehende Ausführungen beleuchten, welche Probleme allein aus den limitierten Personalkapazitäten bei der Sicherstellung des Notdienstes resultieren. Um die Notfallversorgung insgesamt etwas besser zu strukturieren, vor allem aber auch um Effizienzpotenziale zu heben, wurde der Absatz 1b mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz Mitte 2015 in den § 75 SGB V aufgenommen. In diesem werden die KVen angehalten, Kooperationen und organisatorische Verknüpfungen mit zugelassenen Krankenhäusern zur Sicherstellung der Notfallversorgung einzugehen. Mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz (DVPMG) wurde ab dem zweiten Quartal 2022 zudem die gesetzliche Verpflichtung eingeführt, ergänzend auch telemedizinische Leistungen im Rahmen des vertragsärztlichen Notdienstes anzubieten.

Diese Änderungen nehmen auch den zweiten großen Knackpunkt im Rahmen der Sicherstellung des vertragsärztlichen Notdienstes in Angriff – die benötigten Finanzmittel. Wie eingangs erwähnt, ist der Notdienst eigentlich alleinige Sicherstellungsaufgabe der KV; dies umfasst auch ihre alleinige Finanzverantwortung. Seit langer Zeit beklagen die KVen deutlich steigende Aufwände für den Notdienst. Zum Teil wurden sie vom Gesetzgeber erhört, indem im Mai 2019 mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) der § 105 Absatz 1b SGB V geschaffen wurde, auf dessen Grundlage die Krankenkassen einen zusätzlichen Betrag zweckgebunden zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes bereitstellen können. Diese freiwillige, nicht schiedsamtstfähige Option wird mittlerweile in sämtlichen KV-Bereichen genutzt, um zu akzeptablen Honorarabschlüssen mit den KVen zu gelangen. Ein Mitspracherecht der Kassen, wie der Notdienst auf regionaler Ebene inhaltlich ausgestaltet sein sollte, besteht gleichwohl rechtlich und damit auch faktisch nicht.

Obwohl diese Zahlungen laut Gesetz freiwillig, einmalig und nicht basiswirksam sind, steigen die entsprechenden Beiträge an die KVen von Jahr zu Jahr eher und werden jedenfalls nicht wieder gestrichen. Dieser Umstand illustriert den finanziellen Druck der KVen bei der Ausgestaltung ihres notdienstlichen Sicher-

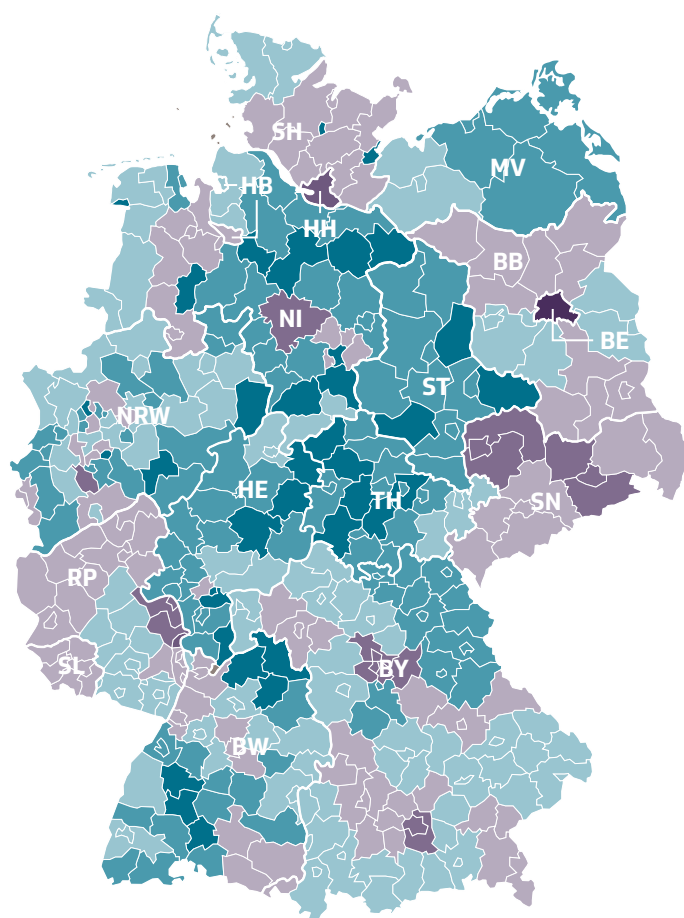
stellungsauftrags. Und dies, obwohl die Fallzahlen im vertragsärztlichen Notdienst seit Jahren auf relativ konstantem Niveau verharren (circa neun Millionen Fälle GKV-weit).

Steigende Kosten und medizinisch unnötige Transporte im Rettungsdienst Der Rettungsdienst wird in Deutschland auf Länderebene organisiert und ist bundesweit unter der Rufnummer 112 erreichbar. Die medizinische Notfallrettung gliedert sich in die notfallmedizinische Versorgung und den Notfalltransport. Es gibt 229 Leitstellen, die sich auf die verschiedenen Bundesländer verteilen (s. Abb. 1). Diese koordinieren den Einsatz der Rettungsdienste in den einzelnen Ländern. Jedes Bundesland erlässt eigene Rettungsdienstgesetze, hat eigene Qualitätsstandards und Strukturvorgaben. Gemeinsam ist jedoch allen, dass es keine bundeseinheitlich verbindlichen Rahmenvorgaben gibt. Die Bedarfsplanung erfolgt ebenfalls auf Landesebene und ist in den jeweiligen Rettungsdienstgesetzen festgelegt.

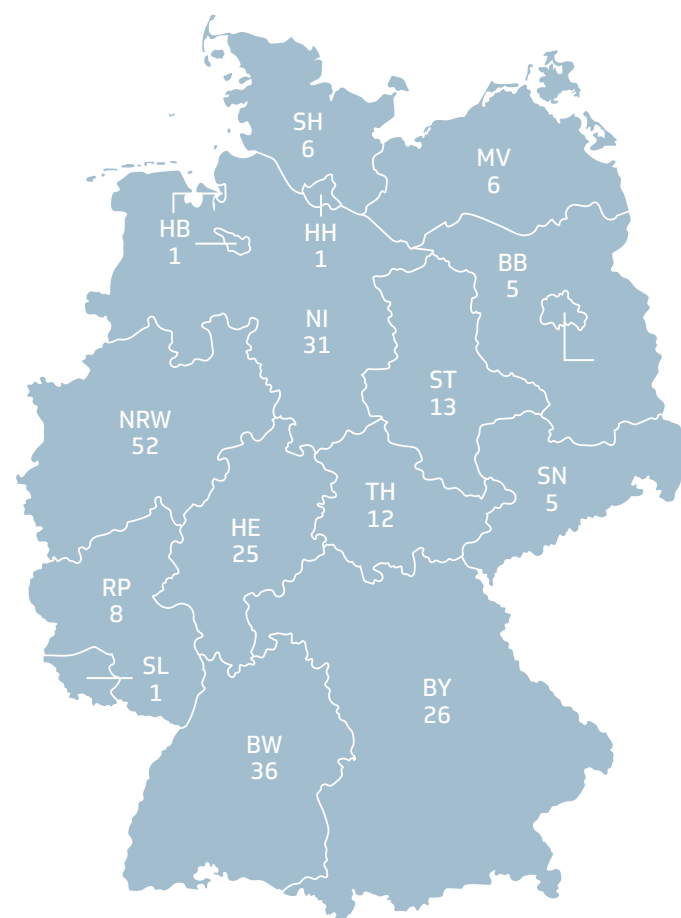
Die Leitstellen entscheiden, ob ein Rettungswagen und/oder ein/e Notfallmediziner:in ausrücken muss. Häufig kommt es jedoch zu Einsätzen, die gar keine echten Notfälle sind. Die Gründe sind oft vielfältig, es kann an der schwierigen telefonischen Erreichbarkeit des ärztlichen Bereitschaftsdienstes liegen, an der fehlenden Kenntnis über die Inanspruchnahmemöglichkeit über die Rufnummer 116 117 oder am Fehlen von medizinischen Grundkenntnissen, um einschätzen zu können, inwieweit die Behandlung durch den/die Haus- oder Fachmediziner:in ausreichend wäre. Es mag auch die Annahme sein, schneller behandelt zu werden oder auch sich einfach nochmal über den Rettungsdienst abzusichern.

In Folge werden zu viele Menschen mit Bagatellerkrankungen vom Rettungsdienst transportiert, die aufgrund ihrer Verletzungen oder Erkrankungsschwere im niedergelassenen Bereich versorgt werden könnten. Die Ineffizienzen in der Notfallrettung führen zu einer Überlastung der Notaufnahmen in den Krankenhäusern und zu einer steigenden Anzahl an Rettungseinsätzen.

Abb. 1: a) Einwohner:innen je Leitstellengebiet



b) Anzahl Leitstellen je Bundesland



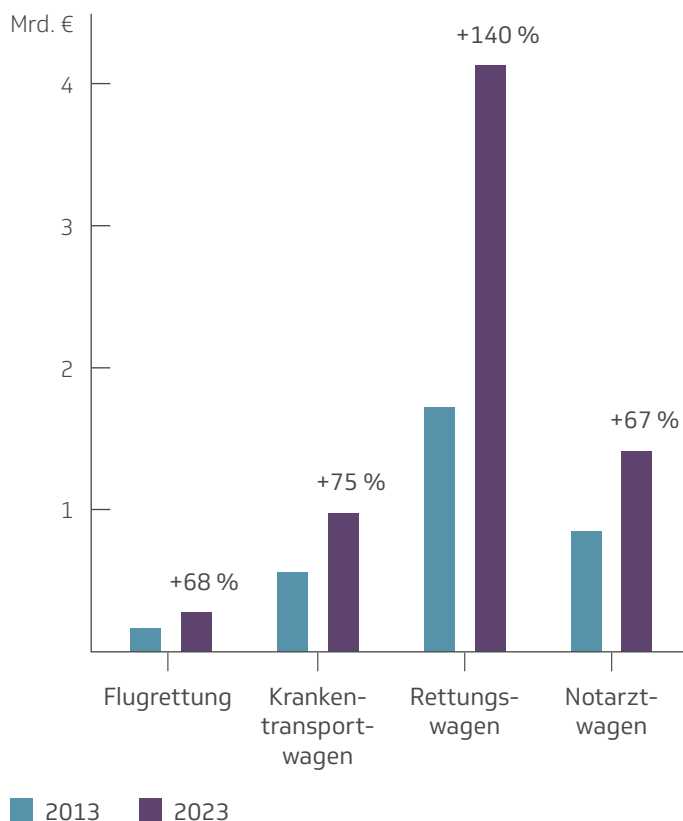
Unterschiedliche Länderzuständigkeiten, parallel aufgebaute Strukturen und die Zunahme von Rettungseinsätzen lassen die Kosten ebenfalls ansteigen. Diese haben sich in den letzten zehn Jahren mehr als verdoppelt (s. Abb. 2).

Es bedarf also einer Vernetzung der Leitstellen (112) und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (116117), um die Patient:innen in die richtige Versorgung zu steuern und die Notaufnahmen zu entlasten. Zusätzlich bedarf es einer Reform des Rettungsdienstes, die den Flickenteppich je nach Land, Kreis oder Stadt ohne einheitliche Qualitätsvorgaben und Transparenz beseitigt. Zudem braucht es gleichberechtigte Vertragsbeziehungen zwischen den Trägern der Rettungsdienste und den Krankenkassen, die die Anreize zu mehr Wirtschaftlichkeit, Vernetzung und Digitalisierung voranbringen. Derzeit werden Rettungsfahrten nur teilweise durch Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern abgerechnet, für den größeren Teil gelten landesrechtliche und kommunalrechtliche Bestimmungen mit regional ganz unterschiedlichen Vergütungssituationen. Die unterschiedlichen rechtlichen regionalen Abrechnungsgrundlagen führen zu einem hohen bürokratischen Aufwand auf Kassenseite. Auch die Leitstellen werden regional unterschiedlich finanziert, häufig durch Mischfinanzierung, getragen von den Krankenkassen und den Ländern aus Steuermitteln.

Die Übernahme der Fahrkosten ist gemäß § 60 Absatz 1 SGB V an eine von der Krankenkasse finanzierte Leistung geknüpft. Diese Regelung führt dazu, dass Leerfahrten in der Regel nicht abgerechnet werden können und der Anreiz besteht, Patient:innen ohne medizinische Notwendigkeit ins Krankenhaus zu transportieren. Gerade auch unter dem Aspekt häufiger Einsätze wegen Bagatellerkrankungen braucht es daher bundeseinheitliche Regelungen zur separaten Abrechenbarkeit von Notfallrettung und Notfalltransport. Notwendig wäre aber auch eine größere Mitsprache der Krankenkassen bei der Festlegung der Vergütung, die derzeit mangels richtiger Vertragsbeziehungen kaum gegeben ist.

Überlastung der Notaufnahmen in Krankenhäusern Neben dem ärztlichen Notdienst und dem Rettungsdienst stellen Krankenhäuser einen weiteren Akteur in der Notfallversorgung dar. Ihre Hauptaufgabe liegt in der Sicherstellung der stationären Notfallversorgung. Diese fußt auf der Regelung des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen nach § 136c Absatz 4 SGB V, die 2018 in Kraft getreten ist (G-BA 2020). Der Gesetzgeber hatte dieses mit dem Krankenhausstrukturgesetz 2016 in Auftrag gegeben; mit dem Ziel, eine Grundlage für eine differenzierte Vergütung von Vorhaltungen in den jeweiligen Notfallstufen zu schaffen und somit eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen (G-BA 2018). Das System umfasst drei Stufen: Basisnotfallversorgung, erweiterte Notfallversorgung und umfassende Notfallversorgung. Des Weiteren gibt es Regelungen für sogenannte Spezialversorger wie beispielsweise die Schwerverletztenversorgung. Die Zuordnung zu ei-

Abb. 2: Ausgabenentwicklung



Quelle: Ausgabenentwicklung GKV, Datenbasis KJ2013 und 2023, TK-Auswertung

ner Stufe erfolgt auf Grundlage von Mindestvorgaben wie Art und Anzahl von Fachabteilungen, Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Personals, Kapazitäten zur Versorgung von Intensivpatient:innen, medizinisch-technische Ausstattung sowie Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme. Im Rahmen einer Soll-Vorschrift ist überdies vorgesehen, dass Kooperationsvereinbarungen nach § 75 Absatz 1b Satz 2 SGB V mit den KVen zur ambulanten Notfallversorgung geschlossen werden.

Des Weiteren wurde eine Stufe für die Nichtteilnahme festgelegt (G-BA 2020). Dabei ist an jede Stufe ein bundesweit einheitlicher Zuschlag geknüpft, welcher in der Höhe variiert. Des Weiteren ist ein Abschlag für die Nichtteilnahme festgelegt. Grundlage hierfür ist die Notfallstufenvergütungsvereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (GKV-SV 2024). Der stationäre Aufenthalt selbst wird über DRG vergütet. Darüber hinaus ist vorgesehen, dass der G-BA fünf Jahre nach Inkrafttreten der Regelung evaluiert, ob die Zuordnung der Krankenhäuser zu den Notfallstufen im erwarteten Umfang stattgefunden hat und ob das gestufte System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern eine Veränderung der Notfallstrukturen bewirkt (G-BA 2020). Diese Regelung bietet eine Chance und Grundlage zur Weiterentwicklung der Notfallversorgung in Deutschland.

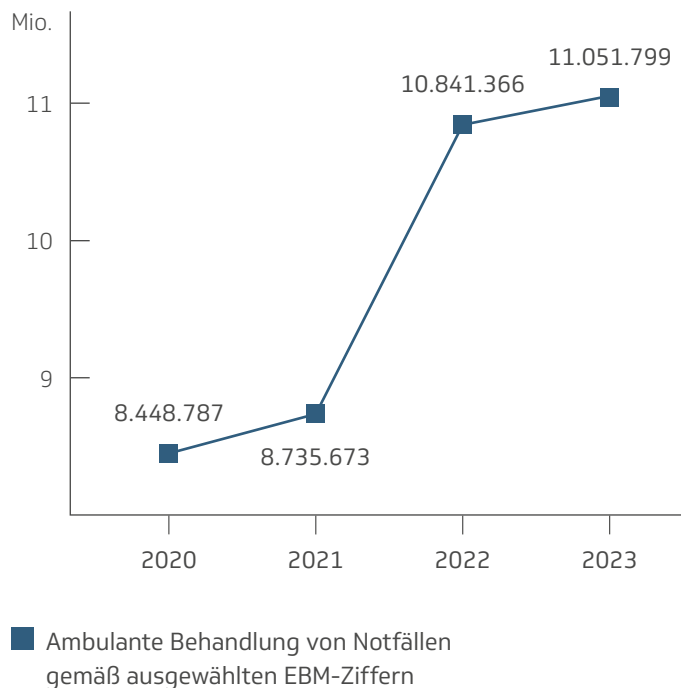
Derzeit ungenutzt bleibt die Möglichkeit, die Ergebnisse von Begutachtungen des Medizinischen Dienstes der Notfallstufen zu nutzen. Hier besteht die Notwendigkeit, im Zusammenspiel mit der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie und der Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie Konsequenzen für die Nichteinhaltung von Anforderungen an die Notfallstufen zu integrieren und so dazu beizutragen, dass sich die Notfallversorgung im stationären Sektor weiterentwickelt.

Obwohl der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung bei der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung liegt, können Krankenhäuser auch ambulante Notfälle versorgen. Ob ein/e Patient:in einer ambulanten oder stationären Notfallversorgung bedarf, wird im Zuge einer ärztlichen Abklärung entschieden (SVR-Gutachten 2018). Vergütet wird diese nach EBM und die Abrechnung erfolgt mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Um die Krankenhäuser finanziell bei der ambulanten Notfallversorgung zu unterstützen, hat der Gesetzgeber mit dem Krankenhausstrukturgesetz 2016 den Investitionskostenabschlag für Kliniken bei der ambulanten Vergütung aufgehoben (Gutachten 2018). Überdies wurde die Möglichkeit geschaffen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung des Notdienstes entweder vertragsärztliche Notdienstpraxen (sogenannte Portalpraxen) in oder an Krankenhäusern als erste Anlaufstelle einrichten können oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden (GKV-SV 2017).

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz erhielten die Kassenärztlichen Vereinigungen weiterhin die Aufgabe, den gesetzlich Versicherten rund um die Uhr unter der Telefonnummer 116117 in Akutfällen eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der angemessenen Versorgungsebene zu vermitteln (Deutscher Bundestag 2018). All diese Maßnahmen sollten zu einer Entlastung der Notaufnahmen in Krankenhäusern führen. Dennoch zeigt sich für die Jahre 2020 bis 2023 ein anderes Bild: Auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes verzeichneten die Krankenhausambulanzen in der Behandlung von ambulanten Notfällen einen Zuwachs von 24 Prozent (s. Abb. 3). Somit spielen Krankenhäuser auch weiterhin eine immer größere Rolle in der ambulanten Notfallversorgung.

Dies ergibt sich insbesondere aus dem Umstand, dass immer mehr Patient:innen anstatt des niedergelassenen Bereichs die Notaufnahmen in Krankenhäusern aufsuchen und zunächst eine ärztliche Abklärung dahingehend notwendig ist, ob überhaupt

Abb. 3: Entwicklung ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus



eine Notfallsituation vorliegt. Möglich ist dies aufgrund des ungesteuerten und freien Zugangs. So hat eine Auswertung des Deutschen Krankenhausinstituts gezeigt, dass im Jahr 2022 41 Prozent der Patient:innen selbstständig ohne Einweisung die Notaufnahmen aufsuchten. Mit dem Rettungswagen wurden 38 Prozent eingeliefert und 15 Prozent der Patient:innen kamen mit einer Verordnung. 39 Prozent dieser Patient:innen wurden anschließend stationär aufgenommen. In wie vielen Fällen es sich um „echte“ ambulante Notfälle handelt, ist nicht bekannt (DKI 2024). Ein weiteres Problem ist der Umstand, dass viele Patient:innen ihre Krankheitssymptome nicht richtig einordnen können und im Zweifelsfall die Notaufnahmen aufsuchen. Die Unkenntnis über die verschiedenen Versorgungswege der Notfallversorgung verstärken diesen Effekt (aQua 2016).

Diese sich zuspitzenden Umstände hat der Gesetzgeber in der 20. Legislaturperiode zum Anlass genommen, um das sogenannte Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (NotfallG) aufzusetzen, welches nachfolgend dargestellt und bewertet wird.

Das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (NotfallG)

Ziel der 20. Legislaturperiode sollte es sein, die dargestellten Probleme durch das sogenannte Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (NotfallG) zu beheben, das Maßnahmen zur Vernetzung der Versorgungsbereiche, eine umfassende Steuerung von Hilfesuchenden sowie eine wirtschaftliche Notfallversorgung formulierte.

Für den Versorgungsbereich der niedergelassenen Vertragsärzt:innen sowie des ärztlichen Bereitschaftsdienstes war geplant, dass die Vermittlung einer notdienstlichen Akutversorgung (es handelt sich hierbei um einen neu definierten Versorgungstatbestand) von den Terminservicestellen an die neuen Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen übergehen sollte, die zu diesem Zweck aus den Terminservicestellen ausgegliedert werden sollten. Die Akutleitstellen der KVen sollten mit den Rettungsleitstellen vernetzt werden, um so eine effizientere Steuerung der Hilfesuchenden zu ermöglichen. Die Notrufnummer 112 der Rettungsleitstellen sollte daneben weiterhin bestehen bleiben. Es war geplant, dass die bereits erhobenen Daten im Sinne einer digitalen Fallübergabe medienbruchfrei übermittelt werden können. Letztendlich zielen diese Maßnahmen darauf ab, Notaufnahmen und Rettungsdienste, gegebenenfalls auch den vertragsärztlichen Notdienst selbst, zu entlasten.

Des Weiteren sollte der Sicherstellungsauftrag für die notdienstliche Akutversorgung der Kassenärztlichen Vereinigungen weiter konkretisiert werden: So sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden, zur Sicherstellung einer medizinisch notwendigen Erstversorgung durchgängig eine telemedizinische und eine aufsuchende Versorgung bereitzustellen, welche dem Zweck dienen sollten, die Patientenversorgung zu verbessern und ebenfalls eine Entlastung der Notaufnahmen und Rettungsdienste, aber auch im vertragsärztlichen Bereich herbeizuführen.

Als sektorenübergreifende Notfallstrukturen sollten Integrierte Notfallzentren (INZ) etabliert werden, welche aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der KV im oder am Krankenhaus sowie einer zentralen Ersteinschätzungsstelle bestehen sollten. Es sollte sichergestellt werden, dass immer eine bedarfsgerechte ambulante medizinische Erstversorgung zur Verfügung steht. Krankenhäuser und KVen sollten per Gesetz zur Teilnahme an den INZ verpflichtet werden. Ergänzend sollten Kooperationspraxen aus dem vertragsärztlichen Bereich zu den Sprechstundenzeiten an die INZ angebunden werden.

Die INZ-Standorte sollten nach bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben im erweiterten Landesausschuss ausgewählt und flächendeckend etabliert werden. INZ für Kinder und Jugendliche sollten an Standorten entstehen, an denen ein besonderer Bedarf besteht; anderenfalls sollte eine telemedizinische Unterstützung von INZ gewährleistet werden. Die Arzneimittelversorgung für Hilfesuchende von Notdienstpraxen sollte durch die Einführung von Versorgungsverträgen mit öffentlichen Apotheken verbessert werden.

Implikationen für den Vertragsärztlichen Notdienst Die geplante Kooperation zwischen den Rettungsleitstellen und den durch die KVen zukünftig zu betreibenden Akutleitstellen ist grundsätzlich positiv zu bewerten; allerdings bestehen hinsichtlich der aktuellen gesetzlichen Ausgestaltung doch erhebliche Vorbehalte. Neben dem immensen, kaum handhabbaren Verwaltungsaufwand der unzähligen Kooperationsvereinbarungen besteht ein gravierender Mangel auch in der Nichtexistenz eines verbindlich vorgegebenen, bundesweit einheitlichen Ersteinschätzungssystems. Dies kann und wird dazu führen, dass identische Fallkonstellationen zum Teil unterschiedlich triagiert werden.

Was im Rahmen des Ersteinschätzungsverfahrens ebenfalls fehlt, ist die Weiterleitung von Fällen in die vertragsärztliche Regelversorgung bei nicht dringlichem Behandlungsbedarf (über die Terminservicestellen), damit diese Fälle die Notfallstrukturen nicht weiter belasten. Positiv ist hingegen die vorgesehene Beschränkung des Leistungsanspruchs von Notfällen auf eine notdienstliche Akutversorgung, die nur noch eine vertragsärztliche Erstversorgung für Fälle mit sofortigem medizinischem Behandlungserfordernis darstellen soll. Der Ausbau des telefonischen und videounterstützten Versorgungsangebotes ist uneingeschränkt zu begrüßen – dies gilt umso mehr, als gleichzeitig auch der aufsuchende Dienst deutlich ausgebaut werden soll. Hinsichtlich letzterem erscheint zweifelhaft, ob dies überhaupt kapazitär geleistet werden kann – auch wenn diese Hausbesuche mittels Einbezug von qualifiziertem nicht ärztlichen Personal erfolgen sollen. Dabei stellen sich aber wiederum unter anderem haftungsrechtliche Fragen.

Die Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen an den Integrierten Notfallzentren (INZ), die jeweils die Notaufnahme des Krankenhauses, eine KV-Notdienstpraxis in unmittelbarer Nähe und eine zentrale Ersteinschätzungsstelle umfassen, ist positiv zu bewerten. Negativ erscheint dabei allerdings der Umstand, dass die fachliche Leistung und Verantwortung der zentralen Ersteinschätzungsstelle beim Krankenhaus verortet sein soll. Eine Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung oder zumindest ihr zwingender Einbezug erscheint zielführender im Hinblick auf das Ziel, in den INZ ankommende Fälle möglichst niedrigschwellig, das heißt vorzugsweise ambulant, zu behandeln.

Last but not least ist bei der vertragsärztlichen Notfallversorgung auf die geplante Änderung beim Strukturfonds zur Förderung der Notdienststrukturen (§ 105 Absatz 1b SGB V) hinzuweisen: aus der bislang freiwilligen Option für die Krankenkassen, sich hieran zu beteiligen, soll eine gesetzliche Verpflichtung zur Übernahme der hälftigen Kosten der künftigen Umstrukturierung werden. Hier sind die Krankenkassen vor einer finanziellen Überforderung zu schützen – insbesondere auch davor, dass Kassenärztliche Vereinigungen bislang von ihnen selbst getragene Aufwände auf diese verlagern.

Implikationen für den Rettungsdienst Das Notfallgesetz sieht als Neuregelung vor, dass eine Kooperation zwischen den Rettungsleitstellen und der durch die KV getragenen Akutleit-

stelle ermöglicht wird. Es liegt allerdings rechtlich im Ermessen der Rettungsleitstelle, inwieweit sie die Kooperation mit einer Akutleistelle sucht. Davon abgesehen, dass Kooperationsvereinbarungen nur auf Initiative der Rettungsleitstelle zustande kommen sollen, lässt schon die unterschiedliche bundesweite Aufstellung darauf schließen, dass dies zu einem bürokratischen Flickenteppich führen wird, mit unterschiedlichen vertraglichen Regelungen und Umsetzungsständen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind in der Regel bundeslandbezogen organisiert. Daher stehen 229 Leitstellen in Deutschland 17 KVen gegenüber. Deutlich wird das am Bundesland Nordrhein-Westfalen: 52 Leitstellen verhandeln dann mit den beiden KVen Nordrhein und KV Westfalen-Lippe bilaterale Kooperationen.

Erste Ideen zur Herauslösung des Rettungsdienstes aus dem Bereich Fahrkosten in einen neuen Leistungsanspruch nach § 30 SGB V finden sich dagegen in den Eckpunkten des Bundesministeriums für Gesundheit sowie etwas detaillierter im Änderungsantrag zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung. Positiv ist zu erwähnen, dass das Thema Rettungsdienst eine besondere Bedeutung erhält und separat im SGB V geregelt werden soll.

Die Zielsetzung ist neben der Reduzierung von Krankenhaus-einweisungen auch die Möglichkeit bundesweit vergleichbarer Qualitätsvorgaben und die Einführung einer digitalen Notfalldokumentation.

Eine erste Einschätzung lässt allerdings nicht darauf schließen, dass wesentliche Probleme damit gelöst werden können. Es fehlt weiterhin an einheitlich verbindlichen Vorgaben zu Qualitätsanforderungen und deren Umsetzung sowie an der Möglichkeit der Krankenkassen, die Vergütung in allen Bundesländern mit den geeigneten Unternehmen zu verhandeln, ohne dass die Gebühren durch die Länder festgesetzt werden.

Implikationen für Notfallaufnahmen an Krankenhäuser Für eine Patientensteuerung ist insbesondere das Ersteinschätzungsverfahren in den INZ, das den medizinischen Behandlungsbedarf sowie die geeignete Versorgungsebene für Hilfesuchende bestimmt, relevant, da dieses in letzter Konsequenz zu einer Entlastung der Notaufnahmen beitragen kann. Das Notfallgesetz in seiner aktuellen Version sieht hierfür eine vom G-BA erlassene Einschätzungsrichtlinie vor, welche standardisiert und bundesweit einheitlich sein sollte. Im Notfallgesetz wurde die Frist für den Erlass der Einschätzungsrichtlinie offengelassen. In der Folge hätte es zu einem Zeitabstand zwischen Implementierung der INZ und der Veröffentlichung der G-BA-Ersteinschätzungsrichtlinie kommen können. Ein unterschiedliches Vorgehen in den Ersteinschätzungsstellen und damit wieder eine nicht einheitliche Patientensteuerung im Bundesgebiet wäre die Folge gewesen.

Ein weiteres Problem ist, dass die Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle beim Krankenhaus liegt. Diese sollte jedoch unabhängig vom Krankenhaus agieren können. Anderenfalls besteht der Anreiz, die Patient:innen in Abhängigkeit der

Auslastung des Krankenhauses und nicht in Abhängigkeit der Indikation in die stationäre Versorgungsebene weiterzuvermitteln.

Ebenfalls auf bundeseinheitlichen Kriterien sollte die Festlegung von INZ- und KINZ-Standorten erfolgen, um auch hier eine bundesweit gleiche und qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen. Der vorliegende Entwurf enthält hingegen Regelungen, welche zu einer regional unterschiedlichen Festlegung von INZ- und KINZ-Standorten führen.

Weiterhin ungelöst ist das Problem, dass Patient:innen eigenständig den Weg in die Notaufnahme eines Krankenhauses wählen können, auch in solche ohne ein INZ, da diese weiterhin ambulante Fälle behandeln können.

Letztendlich kann festgestellt werden, dass die formulierten Regelungen des Notfallgesetzes nicht ausreichend sind, um zu einer nachhaltigen Entlastung von Notfallambulanzen beizutragen.

Notfallreform: Notwendige Strukturreform gezielt nachbessern und zügig umsetzen Mit dem Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (NotfallG) befand sich eine Strukturreform mit hoher Bedeutung vor den parlamentarischen Beratungen im Deutschen Bundestag. Der Gesetzentwurf zielte grundsätzlich darauf ab, die Qualität und Effizienz der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland zu verbessern. Der vorliegende Gesetzentwurf bietet zahlreiche Ansatzpunkte, um die bestehenden Herausforderungen im System anzugehen und eine patientenorientierte wie auch bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Eine solche Strukturreform ist versorgungspolitisch notwendig und mehr als überfällig. Damit solch eine Reform allerdings nachhaltig erfolgreich ist, bedarf es gezielter Nachbesserungen. Ohne diese sachgerechten Ergänzungen würde ein bürokratischer Flickenteppich drohen. Es bleibt zu hoffen, dass entsprechende Ansätze in der 21. Legislaturperiode aufgegriffen und optimiert werden und so die Großbaustelle beendet werden kann.

Literaturverzeichnis

AQUA (2016) Ambulante Notfallversorgung. Analyse und Handlungsempfehlungen. URL: <https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/fokus/Aqua-Gutachten-Notfallversorgung.pdf> (abgerufen am 25.11.2024)

BMG (2024) Finanzergebnisse der GKV. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzergebnisse.html> (abgerufen am 29.11.2024)

Deutscher Bundestag (2018) Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG). Drucksache 19/6337, 07.12.2018.

DKI (2024) DKI Factsheet Notfallversorgung. URL: https://www.dki.de/fileadmin/user_upload/DKI_Factsheet_Notfallversorgung_V3_2024-08-14.pdf (abgerufen am 25.11.2024)

G-BA (2020) Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2340/Not-Kra-R_2020-11-20_iK-2020-11-01.pdf (abgerufen am 25.11.2024)

G-BA (2018) Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4954/2018-04-19_Not-Kra-R_TrG.pdf (abgerufen am 29.11.2024)

GKV-SV (2024) Zu- und Abschläge. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/krankenhaeuser_abrechnung/zu_abschlaege/zu_abschlaege.jsp (abgerufen am 29.11.2024)

GKV-SV (2017) Neustrukturierung der Notfallversorgung. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes beschlossen vom Verwaltungsrat am 30. August 2017. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/Positionspapier_Notfallversorgung_barrierefrei.pdf (abgerufen am 25.11.2024)

Statistisches Bundesamt (2024) Grunddaten der Krankenhäuser, Wiesbaden. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/_publikationen-innen-grunddaten-krankenhaus.html (abgerufen am 29.11.2024)

SVR (2018) Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf (abgerufen am 25.11.2024)

VDEK (2024) Übersicht Einwohner und Leitstellen, Interne Vorlage