

Stellungnahme

des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI)



zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (Notfallgesetz – NotfallG) vom 3. Juni 2024

Wiesbaden, den 25. Juni 2024

Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI)

Schöne Aussicht 5 · 65193 Wiesbaden

Tel.: 0611. 18133-0 · Fax: 0611. 18133-50

E-Mail: info@bdi.de

Registergericht: Amtsgericht Wiesbaden, Registernummer: VR 1078

Lobbyregister: R001265

Präsidium

Christine Neumann-Grutzeck (Präsidentin)

Dr. med. Norbert Smetak (1. Vizepräsident und Schatzmeister)

PD Dr. med. Kevin Schulte (2. Vizepräsident)

Geschäftsführung

Bastian Schroeder (Geschäftsführer)

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung	1
2. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen	2
Artikel 1 Nr.2 b) (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	2
§ 75 Absatz 1b SGB V neu: Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages	2
Artikel 1 Nr.2 c) (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	3
§ 75 Absatz 1c SGB V neu: Akutleitstellen	3
Artikel 1 Nr.11 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	4
§ 123 SGB V neu: Integrierte Notfallzentren	4
Artikel 1 Nr.12 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	5
§ 123a SGB V neu: Einrichtung von Integrierten Notfallzentren	5
Artikel 8 (Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)	6
§ 19a Zulassungsverordnung Vertragsärzte: Festlegung von Sprechstundenzeiten .	6

1. Vorbemerkung

Der Referentenentwurf (Stand: 3. Juni 2024) des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung zielt darauf ab, die Akut- und Notfallversorgung in Deutschland zu verbessern, die zunehmend überlasteten Notaufnahmen und Rettungsdienste zu entlasten und eine effizientere Steuerung der Patientinnen und Patienten in die geeigneten Versorgungsebenen zu gewährleisten. Diese Zielsetzung unterstützt der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) ausdrücklich.

Die Reformvorschläge greifen dabei zentrale Punkte der Empfehlungen der Regierungskommission sowie des BDI (s. BDI Positionen zur [Notfallversorgung](#) und [Patientensteuerung](#)) auf und berücksichtigen die Herausforderungen, die sich täglich in der klinischen Praxis sowohl in Notaufnahmen als auch im vertragsärztlichen Bereich zeigen. Der BDI unterstützt die Schaffung von Integrierten Notfallzentren (INZ) und die Weiterentwicklung der Terminservicestellen zu Akutleitstellen als wichtige Steuerungsinstrumente zur Verbesserung der Notfallversorgung.

Allerdings sieht der BDI weiteren Bedarf zur Ergänzung des vorliegenden Entwurfs, um die angestrebten Verbesserungen nachhaltig und umfassend zu realisieren. Dies betreffen insbesondere die Finanzierung und die personelle Ausstattung der neuen Strukturen sowie die konkrete Ausgestaltung der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen.

Bislang nicht im Gesetzentwurf enthalten ist eine bundesgesetzliche Lösung für das Problem der Sozialversicherungspflicht für die Pool-Ärztinnen und -Ärzte im ärztlichen Bereitschaftsdienst. Nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 24.10.2023 ist die Besetzung des Bereitschaftsdienstes teilweise heute schon herausfordernd. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass der Leistungsumfang mit diesem Gesetz erheblich ausgeweitet werden soll, ist eine gesetzliche Lösung dringend geboten.

Im Folgenden nimmt der BDI zu den einzelnen Maßnahmen des Referentenentwurfs Stellung.

2. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen

Artikel 1 Nr.2 b) (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 75 Absatz 1b SGB V neu: Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages

Die notdienstliche Akutversorgung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) soll durch eine Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages ausgebaut werden. Die KVen werden dafür verpflichtet, sich mit einer Bereitschaftspraxis an Integrierten Notfallzentren (INZ) zu beteiligen sowie durchgängig eine telefonische bzw. telemedizinische sowie eine aufsuchende Versorgung bereitzustellen.

Zur wirtschaftlichen Erfüllung dieser Aufgaben dürfen die KVen miteinander kooperieren und auch qualifiziertes, nicht-ärztliches Personal (unter ärztlicher Anordnung und Verantwortung) einsetzen. Außerdem können dafür Kooperationen mit dem Rettungsdienst eingegangen werden.

Die notdienstliche Akutversorgung umfasst zukünftig auch die Feststellung und Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit (AU) sowie die Verordnung von Arzneimitteln. Dafür sollen die INZ Versorgungsverträge mit einer Apotheke schließen. Besteht (noch) kein Vertrag, können in der Notdienstpraxis auch Arzneimittel ausgegeben werden.

Bewertung:

Der BDI begrüßt die Möglichkeit, im Rahmen einer notdienstlichen Akutversorgung eine Arbeitsunfähigkeit festzustellen und zu bescheinigen. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass Patientinnen und Patienten im Rahmen der Akutversorgung von einem Arzt/einer Ärztin untersucht wurden. Eine Feststellung bzw. Bescheinigung einer AU bei unbekanntem Patientinnen und Patienten im Rahmen einer telefonischen Ersteinschätzung oder ohne ärztlichen Kontakt lehnt der BDI hingegen ab.

Grundsätzlich positiv zu bewerten ist ebenfalls die Schaffung von telemedizinischen Beratungsangeboten und eines aufsuchenden Dienstes durch nicht-ärztliches Personal (Delegation). Die in der beabsichtigten Neufassung des § 75 Absatz 1b Satz 4 Nummer 1 bis 3 SGB V adressierten Instrumente zur Sicherstellung der Akut- und Notfallversorgung müssen jedoch als ergänzende Instrumente zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verstanden werden. Der Gesetzgeber sollte daher unmissverständlich regeln, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die notdienstliche Akutversorgung nicht insbesondere, sondern ergänzend durch die Instrumente der Nummern 1 bis 3 sicherstellt.

Der Referentenentwurf bleibt zudem eine Antwort auf die Frage schuldig, mit welchen Ressourcen – sowohl personell als auch finanziell – dieses Angebot abgedeckt werden soll. Der BDI fordert, dass eine notdienstliche Basisversorgung in der täglichen Praxis leistbar sein muss. Die geplante Leistungsausweisung in Form einer durchgängigen Akutleitstelle, eines aufsuchenden Dienstes sowie einer telemedizinischen Akutversorgung ist mit den vorhandenen Ressourcen nicht möglich. Kritisch bewertet der BDI in diesem Zusammenhang auch, dass die veranschlagten Mehrkosten nur bis zu maximal 50 Prozent von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) getragen werden sollen.

Artikel 1 Nr.2 c) (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 75 Absatz 1c SGB V neu: Akutleitstellen

Die bereits bestehenden Terminservicestellen (TSS) unter der Nummer 116 117 sollen zu so genannten Akutleitstellen weiterentwickelt, ausgebaut und mit den Rettungsleitstellen (112) vernetzt werden, sodass z.B. auch eine digitale Fallübergabe möglich ist. Die Akutleitstellen sollen 24 Stunden täglich und spätestens innerhalb von drei Minuten für 75 Prozent und innerhalb von zehn Minuten für 95 Prozent der Anrufe erreichbar sein.

Die Ersteinschätzung der Leitstelle erfolgt auf Basis eines bundeseinheitlichen, standardisierten Verfahrens. Akutleitstellen vermitteln bei sofortiger Behandlungsbedürftigkeit und in geeigneten Fällen primär unmittelbar in die vertragsärztliche Regelversorgung. Für die Terminvermittlung in die fachärztliche Versorgung bedarf es im Akutfall keiner Überweisung.

Bewertung:

Der BDI begrüßt die geplante Vernetzung der Rufnummern 116 117 und 112. Ebenso positiv bewertet der BDI die vorgesehene Vermittlung von Versicherten auf Basis eines bundeseinheitlichen Ersteinschätzungsverfahrens in die ambulante haus- und fachärztliche Regelversorgung (s. BDI Position Notfallversorgung, Oktober 2022).

Aus Sicht des BDI kann der umfassende Ausbau der TSS zu einer Akutleitstelle aber nur dann gelingen, wenn diese deutlich personell und finanziell aufgestockt werden. Bislang erfolgt die Finanzierung der TSS aus den Mitteln der KVen. Akutleitstellen nach Maßgabe des vorliegenden Entwurfes entsprechen ihrer Funktion und ihrem Charakter jedoch einem Instrument der Daseinsfürsorge. Die Finanzierung muss aus Sicht des BDI dann aus Steuermitteln erfolgen.

§ 123 SGB V neu: Integrierte Notfallzentren

Wie bereits in vorausgegangenen Reformvorschlägen (s. Regierungskommission, Sachverständigenrat Gesundheit) geplant, bilden so genannte Integrierte Notfallzentren (INZ) sektorenübergreifend das Kernstück der Reform. INZ bestehen aus einer Krankenhaus-Notaufnahme und einer KV-Notdienstpraxis und verfügen über eine zentrale Ersteinschätzungsstelle (gemeinsamer Tresen), in der über die Behandlungsdringlichkeit und die Versorgungsebene entschieden wird. Der G-BA legt das Ersteinschätzungsinstrument sowie die Ausstattung der Notdienstpraxis mittels Richtlinien fest.

Die Kooperationspartner sind für eine nahtlose, digitale Fallübergabe miteinander vernetzt. Anders als in bisherigen Entwürfen soll die fachliche Leitung eines INZ nicht bei der KV, sondern beim Krankenhaus liegen. Die Vergütung der Ersteinschätzung erfolgt als Einzelleistung unabhängig von der Weiterbehandlung.

Die KV-Notdienstpraxis muss an Wochenenden und Feiertagen von 9-21 Uhr, Mittwoch und Freitag von 14-21 Uhr und Montag, Dienstag und Donnerstag von 18-21 Uhr geöffnet haben (s. § 75 Abs. 1b SGB neu). Kürzere Öffnungszeiten können festgelegt werden, wenn nachgewiesen werden kann, dass die Zeiten aufgrund der tatsächlichen regionalen Inanspruchnahme unwirtschaftlich sind.

Bewertung:

Der BDI begrüßt das Modell der INZ, das in vielen Regionen bereits jetzt schon Anwendung findet, grundsätzlich. Mittlerweile befindet sich auch ein Großteil der kassenärztlichen Notdienstpraxen bereits in unmittelbarer Nähe bzw. an Krankenhäusern. Der vorliegende Entwurf bestärkt damit ein in der Versorgungspraxis bereits etabliertes Modell.

Der Gesetzgeber geht davon aus, dass bundesweit circa 700 INZ-Standorte eingerichtet werden. Unklar ist jedoch, welche Rolle Krankenhausstandorte, die nicht über ein INZ verfügen, zukünftig in Akut- und Notfallversorgung einnehmen sollen. Der BDI kritisiert, dass eine effektive Patientensteuerung in diesen Einrichtungen nicht möglich ist.

Der BDI lehnt die Übertragung der fachlichen Leitung der INZ durch das Krankenhaus ab. In den bisherigen Konzepten zu INZ (siehe z.B. Gutachten des SVR Gesundheit) lag die Verantwortung stets bei der Kassenärztlichen Vereinigung, um den Anreiz zu verhindern, dass Kliniken Patientinnen und Patienten stationär aufnehmen.

Der BDI begrüßt ausdrücklich die Maßnahme, dass Hilfesuchende, die das INZ im Rahmen einer telefonischen Vermittlung durch die Akutleitstelle aufsuchen, dort bei gleicher medizinischer Behandlungsdringlichkeit grundsätzlich vorrangig behandelt werden können. Damit schafft der Gesetzgeber einen positiven Anreiz für eine bedarfs- und indikationsgerechte Patientensteuerung. Diese Instrumente gilt es aus Sicht des BDI auszubauen, z.B. in Form einer verpflichtenden telefonischen bzw. digitalen Ersteinschätzung.

Ebenfalls positiv ist die geplante Vergütung der Ersteinschätzung unabhängig von der Weiterbehandlung, um den personellen und technischen Aufwand angemessen abzubilden.

§ 123a SGB V neu: Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

Über die Standorte der INZ entscheidet der neu einzurichtende erweiterte Landesausschuss. Es wird damit gerechnet, dass bundesweit circa 700 INZ eingerichtet werden. Ein Krankenhausstandort kann INZ-Standort sein, wenn es die Basisnotfallstufe gemäß G-BA-Richtlinie zur gestuften Notfallversorgung erfüllt. Zusätzliche Faktoren sind u.a. die Erreichbarkeit (30 Minuten), der ÖPNV-Zugang, die Anzahl der zu versorgenden Menschen und Kooperationsmöglichkeiten mit Vertragsärztinnen und -ärzten. Bei gleicher Eignung werden Krankenhäuser bevorzugt, die über eine höhere Notfallstufe verfügen, eine notfallmedizinische Fachabteilung haben und in denen die KV-Praxis in der Notaufnahme eingerichtet werden kann.

Zur Organisation des INZ schließen Krankenhäuser und KVen eine Kooperationsvereinbarung. Die Notdienstpraxis ist im Rahmen der Kooperation mindestens an Wochenenden und Feiertagen von 9 bis 21 Uhr, Mittwoch und Freitag von 14 bis 21 Uhr und Montag, Dienstag und Donnerstag von 18 bis 21 Uhr zu öffnen. Kürzere Öffnungszeiten können in der Kooperationsvereinbarung festgelegt werden, soweit nachgewiesen werden kann, dass die Öffnungszeiten aufgrund der tatsächlichen regionalen Inanspruchnahme unwirtschaftlich sind.

Bewertung:

Aus Sicht des BDI ist eine generelle Einrichtung von INZ an allen Krankenhäusern mit Notfallstufe 2 und 3 nicht zielführend – zumal vor dem Hintergrund der laufenden Krankenhausstrukturreform noch unklar ist, welche Krankenhäuser im Rahmen einer angepassten Landeskrankenhausplanung eine entsprechende Stufe erhalten bzw. beibehalten. Vielmehr sollte sich die Entscheidung, an welchen Standorten INZ eingerichtet werden, an regionalen Gegebenheiten orientieren. Der vorgeschlagene erweiterte Landesausschuss ist aus Sicht des BDI das richtige Gremium, um individuell und regional zu beurteilen, wo die Einrichtung von INZ sinnvoll ist. Das gilt insbesondere für Ballungsgebiete mit einer hohen Dichte an Kliniken der Notfallstufe 2 und 3.

Die Öffnungszeiten der KV-Notdienstpraxen müssen so gewählt werden, dass Sie außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten liegen. Der vorliegende Entwurf sieht folgende Zeiten vor: An Wochenenden und Feiertagen von 9-21 Uhr, Mi/Fr von 14-21 Uhr und Mo/Di/Do von 18-21 Uhr. Öffnungszeiten über die in Absatz 2 festgelegten Zeiten hinaus sowie die Schaffung von Doppelstrukturen lehnt der BDI sowohl aus Gründen der Ressourceneffizienz (Personal und Kosten) als auch aufgrund fehlender Steuerungsfunktion der Patientinnen und Patienten ausdrücklich ab. Positiv hervorzuheben ist deshalb die Möglichkeit, die Öffnungszeiten an den regionalen Bedarf und die Wirtschaftlichkeit anzupassen.

Der BDI wirbt dafür, dass sowohl mit Blick auf die Anzahl und Auswahl der INZ-Standorte als auch auf die geplanten Öffnungszeiten der KV-Notdienstpraxen keine unnötigen Doppelstrukturen geschaffen werden.

§ 19a Zulassungsverordnung Vertragsärzte: Festlegung von Sprechstundenzeiten

Mit den beabsichtigten Änderungen des § 19a Ärzte-ZV wird geregelt, dass bei der Festsetzung der offenen Sprechstunden das Bedürfnis einer ausreichenden vertragsärztlichen Versorgung in Akutfällen innerhalb ihrer Arztgruppe im jeweiligen Planungsbereich zu berücksichtigen ist und die Vertragsparteien des Bundesmantelvertrages bundeseinheitliche Regelungen zur Umsetzung einer möglichst gleichmäßigen zeitlichen Verteilung der Sprechstunden innerhalb der verpflichteten Arztgruppen im jeweiligen Planungsbereich zu treffen haben.

Ziel der Regelung soll sein, dass die Patientinnen und Patienten möglichst an jedem Wochentag während der Sprechstundenzeiten die Möglichkeit haben, bei akutem Behandlungsbedarf auch ohne vorherige Terminvereinbarung eine vertragsärztliche Versorgung (in den zur offenen Sprechstunde verpflichteten Arztgruppen) in Anspruch nehmen können.

Bewertung:

Die beabsichtigte Regelung, die im Ergebnis dazu führt, dass den einzelnen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten in der jeweiligen Arztgruppe in einem Planungsbereich Vorgaben gemacht werden, wann sie zeitlich offene Sprechstunden anzubieten haben, stellt einen unverhältnismäßigen Eingriff in die ärztliche Freiberuflichkeit dar.

Bereits heute besteht eine grundsätzliche Verpflichtung für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zur Behandlung von Akutfällen und zwar ungeachtet des Zeitraums offener Sprechstunden. Eine Behandlung in Akutfällen dürfen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nur in begründeten Fällen ablehnen. Daher ist ein weiterer Eingriff in den ärztlichen Sicherstellungsauftrag abzulehnen.