

# NOTDIENST – REFORMVORSCHLÄGE IM PRAXISCHECK AUS SICHT DER NIEDERGELASSENEN ÄRZTE

Jörg Hoffmann

Geschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Freitag, 24. November 2023



- (1) Notfallreform
- (2) Ersteinschätzungsrichtlinie des G-BA
- (3) Rettungsdienstreform
- (4) Fazit

**Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission** für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

**Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland**  
*Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen*

## Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung gemäß § 120 Absatz 3b SGBt V (Ersteinschätzungs-Richtlinie)



**Neunte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission** für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

**Reform der Notfall- und Akutversorgung:**  
**Rettungsdienst und Finanzierung**

# NOTFALLREFORM



- Trifft falsche Annahmen
- Zieht falsche Schlüsse
- Formuliert einseitig

Aufgabe der Regierungskommission  
(Homepage des BMG):

- Eingerichtet, um notwendige **Reformen im Krankenhausbereich** anzugehen
- Soll Empfehlungen vorlegen und Ziele für eine auf Leistungsgruppen und auf Versorgungsstufen basierende **Krankenhausplanung** formulieren

- Dreh- und Angelpunkt der Reformvorschläge
- Patient hat Entscheidungshoheit darüber, ob ein Notfall vorliegt: „Die Hilfesuchenden definieren den Notfall, das System die Reaktion darauf.“ (S. 3 der Stellungnahme)
- Widerspruch gegen
  - > Juristischen Notfallbegriff – Notfall nur dann, wenn aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung des Patienten notwendig ist und ein Vertragsarzt nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann
  - > System der GKV – kennt keinen Anspruch der Versicherten, selbst zu definieren, welche Leistungen sie wann in Anspruch nehmen
- Kommission erkennt Verhalten der Patienten als eine Ursache für Probleme in Notaufnahmen, nimmt diese aber von den geplanten Veränderungen aus



Erweiterung der Notfallversorgung als Konsequenz des subjektiven Notfallbegriffs

- Fokus auf Inanspruchnahme der Notfallambulanzen am Krankenhaus
- Hausärztliche Versorgung wird nicht in Betrachtung einbezogen
- Überwiegender Teil der Akut- und Notfallversorgung findet aber in den hausärztlichen Praxen während der Sprechzeiten statt
- Ausweitung der Notfallversorgung als Ziel
  - > Koordinationsfunktion des Hausarztes muss in Konzept berücksichtigt werden
  - > Hausarzt kann bei Patientenaufklärung und –steuerung mitwirken



- Ziel: Notfallversorgung 24/7
  - > Ausweitung Bereitschaftsdienst rund um die Uhr
  - > Sowohl Präsenz- als auch Hausbesuchsdienst
  - > parallel zu Sprechstundenzeiten
- Falsches Rechtsverständnis der Regierungskommission
  - > **Sicherstellungsauftrag** § 75 Abs. 1b SGB V gilt **nur** für **sprechstundenfreie Zeiten**
  - > ansonsten Versorgung durch Vertragsarztpraxen
- Wie sollen Dienste besetzt werden?
  - > Ärztemangel – niedergelassene Ärzte müssen Sprechstunden abhalten
  - > Nicht-ärztliches Personal ebenfalls schwer zu finden

- Ziel: Abschließende Behandlung in Integrierten Notfallzentren (INZ)
- ABER: Notfallversorgung keine vollwertige Alternative zur Regelversorgung (BSG)
  - > nur in jeweiliger gesundheitlichen Situation des Patienten unverzichtbare Behandlungsmaßnahmen
  - > Notdienstes **ersetzt nicht reguläre vertragsärztliche Behandlung**
  - > Behandlungsumfang im Notdienst geringer als in der allgemeinen vertragsärztlichen Versorgung
  - > Behandlungsumfang beschränkt auf erforderlichen Maßnahmen bis zum erneuten Einsetzen der Regelversorgung (= Sprechstundenzeiten)
- Vorrang der Vertragsärzte in ambulanter Versorgung



Zweiter, paralleler Versorgungsweg in Notaufnahmen der Krankenhäuser und KV-Notdienstpraxen damit unvereinbar






- Erweiterte Öffnungszeiten mit weniger ärztlichem Personal
- **Nur noch** Fachärzte für Innere Medizin, Chirurgie, Allgemeinmedizin, Anästhesie oder Ärzte mit Weiterbildung Notfallmedizin
  - > Widerspruch gegen Rechtsprechung des BSG, wonach sämtliche Vertragsärzte zur Teilnahme am ÄBD verpflichtet sind
  - > Bereits jetzt Probleme, Notdienste zu besetzen
  - > Überlastung der verbleibenden, verpflichteten Facharztgruppen – Kollaps der KV-Notdienstversorgung
  - > Problem wird verschärft durch Urteil des BSG zur Sozialversicherungspflicht von im ÄBD tätigen „Pool-Ärzten“
- Negative Auswirkungen auch für reguläre ambulante Versorgung – erweiterte Pflichten schlagen sich negativ in Weiterbildungs- und Niederlassungsbereitschaft nieder



- Integrierte Leitstellen
  - > (zumindest) technische Verknüpfung von 116117 und 112
  - > Weiterleitung zur jeweils anderen Rufnummer muss unproblematisch möglich sein
- Forderung: unmittelbare Erreichbarkeit der 116117
  - > max. Wartezeit von 3 Minuten für 75% der Anrufe
  - > erheblicher Personalmehrbedarf
  - > Mehrkosten können nicht alleine aus VwKosten der KV getragen werden
- Widerspruch gegen
  - > Gestaltungsspielraum der KVen bei Ausgestaltung des Notdienstes (BSG)
  - > Gesetzgebungskompetenz der Länder für Rettungsdienst
- Kontroll- und Sanktionsregelungen für Einhaltung der Vorgaben für 116117, aber nicht für Betrieb der 112



- Zusammenlegung von KH-Ambulanz und ÄBDZ in neuer Organisationseinheit
- Standortentscheidung durch Krankenhausplanung vorgegeben
- Verbindlich vorgegebene Mindestöffnungszeiten
  - > Mo-Fr. 14 bis 22 Uhr, Sa + So 9 bis 21 Uhr an Krankenhäusern der Notfallstufe 2
  - > 24/7 in KH der Notfallstufe 3
  - > An Wochentagen **während Praxisöffnungszeiten**
  - > **Sicherstellungsauftrag** für Notdienst während **sprechstundenfreien** Zeiten

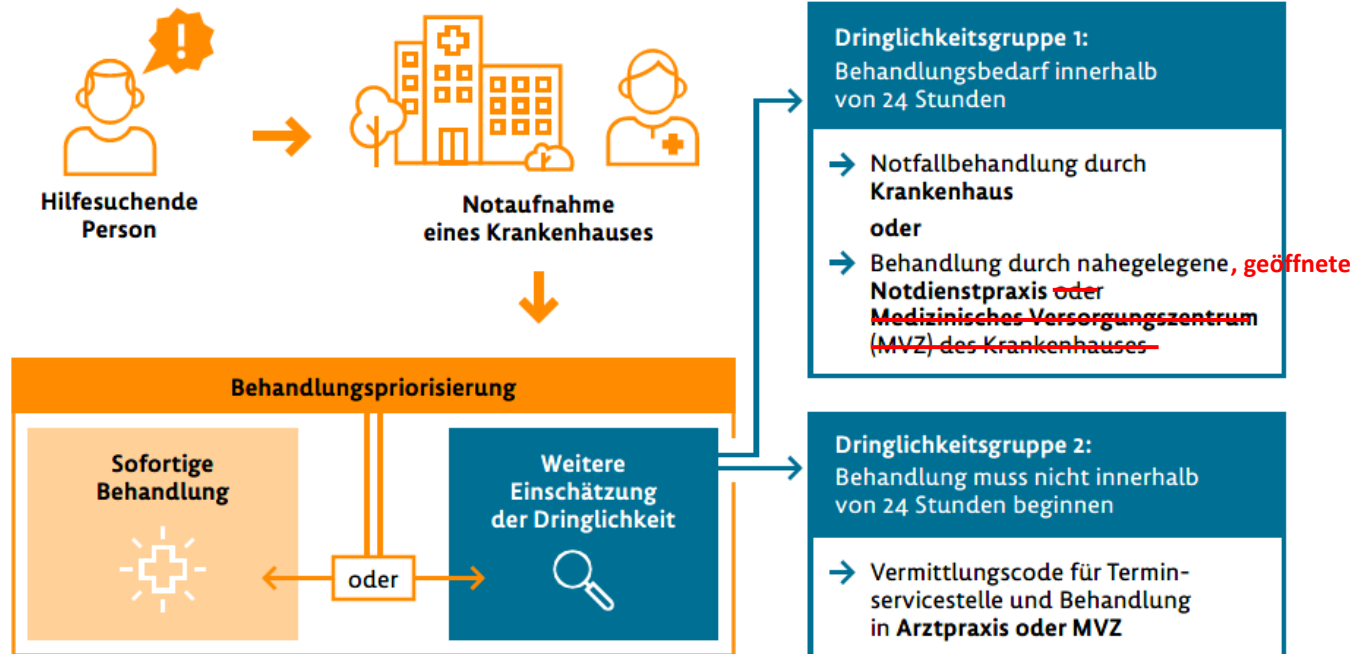
-  Unnötige Parallelstrukturen
-  Bereits jetzt Mangel von ärztlichem als auch nicht-ärztlichem Personal
-  Eingriff in Gestaltungsspielraum der KVen bei Gestaltung des ÄBD

# ERSTEINSCHÄTZUNGS- RICHTLINIE

- Gesetzgeber legt wie Regierungskommission den Patientenwillen und subjektiven Notfallbegriff zugrunde
- Versorgung findet aus seiner Sicht hauptsächlich im Krankenhaus statt
  - > Ziel: Patientensteuerung in zutreffende Versorgungsebene
  - > Regelungsauftrag an G-BA zur Ersteinschätzung von Patienten, die sich als Notfall in Krankenhaus begeben, § 120 Abs. 3 S. 1 SGB V
- Beanstandung durch BMG am 12. September 2023 – keine rechtmäßige Umsetzung des gesetzgeberischen Auftrags

# Ablauf des Ersteinschätzungsverfahrens

## Ersteinschätzungsverfahren in Notaufnahmen: Medizinischer Notfall oder nicht?



# Trotz Beanstandung: gesetzgeberischer Auftrag muss umgesetzt werden



- Trotz Beanstandung bleibt Kernproblem: Eingriffe in ambulante Behandlung zugunsten der stationären Behandlung
- Gestaltungsfreiheit der Selbstverwaltung bei der Behandlung von „ambulanten“ Notfällen beschnitten
  - > Durch Erfordernis der räumlichen Nähe der Notfallpraxis zum Krankenhaus
  - > Durch Erfordernis der direkten Inanspruchnahme der Notfallpraxis („geöffnet“)






Vorschläge der Regierungskommission zur Notfallreform setzen diese Tendenz fort


# RETTUNGSDIENSTREFORM



- länderübergreifender Rettungsdienst
- umfassender Datenaustausch
- einheitliche, strukturierte, digitale Echtzeitvernetzung des Rettungsdienstes mit anderen Leistungserbringern der Notfallversorgung inklusive dem von den KVen organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst („Notfallversorgungsregister“)
  
- Empfehlungen zur Notfallreform werden zugrunde gelegt

- Sektoren-, landkreis- und länderübergreifende
  - > Planungsgrundlagen
  - > Finanzierung von Rettungsdienst (inkl. Leitstellen), Notfallkrankenhäusern und KV-Notdienst
  - > Maßgeblicher Bewertungsfaktor: Bevölkerungsdichte

- |                              |   |                                 |
|------------------------------|---|---------------------------------|
| ▪ Gemeinsame Planung         |  | ▪ Gestaltungsspielraum der KVen |
| ▪ Gemeinsame Finanzierung    |  | ▪ Wirtschaftlichkeit            |
| ▪ Maßstab Bevölkerungsdichte |  | ▪ Inanspruchnahme der ÄBDZ/INZ  |

 Eingriff in ambulante Versorgung und Entscheidungsbefugnisse der KVen wird fortgesetzt

# FAZIT

- Gesetzgeber greift stark in ambulante Versorgung ein
- Aufgabenbeschreibung der Regierungskommission zeigt Zielrichtung deutlich
- Regierungskommission ignoriert gesetzlich Rahmenbedingungen und tatsächliche Gegebenheiten
- Bestehende und funktionierende Strukturen werden außer Acht gelassen
- Maßgebliches Kriterium bleibt der Patientenwille

- ➔ systemwidrig
- ➔ rechtlich zweifelhaft
- ➔ unwirtschaftlich