

Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

12.07.2019

Diskussionsentwurf BMG

14.08.2019

Erörterung mit den Landesministerien

BMG legt Entwurf für ein Gesetz zur Notfallversorgung vor

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn plant eine grundlegende Neustrukturierung der Notfallversorgung. So sieht der am 22.07.2019 vorgestellte „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung“ vor, ambulante und stationäre Notfallversorgung sowie den notärztlichen Rettungsdienst in ein neues System der integrierten Notfallversorgung zu überführen. Ziel ist es, die bisher weitgehend unverbundenen Versorgungsbereiche der Notfallversorgung effektiver und effizienter zu organisieren und eine bessere Steuerung der Patienten durch die Notfallstrukturen zu ermöglichen. Dazu werden zwei zentrale Steuerungsinstrumente geschaffen: die Gemeinsamen Notfalleitstellen sowie die integrierten Notfallzentren. Zudem wird der Rettungsdienst als eigenständiger Bereich in das Sozialgesetzbuch V aufgenommen – eine Maßnahme, die voraussichtlich mit einer Grundgesetzänderung verbunden sein wird.

Der Gesetzentwurf basiert auf einem Eckpunktepapier, welches das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bereits im Dezember 2018 vorgelegt hatte. Darin wurden wesentliche Vorschläge des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aufgegriffen. Das BMG hat den Gesetzentwurf den Länderministerien übersandt, um ihn am 14.08.2019 in Berlin zu erörtern.

➤ **Die Vorschläge für eine Reform der Notfallversorgung hin zu einer sektorenübergreifenden Organisation sind aus Sicht der BARMER sinnvoll. Nur so kann eine bedarfsgerechte und patientenorientierte Notfallversorgung sichergestellt und einer Überlastung der Notfallambulanzen an Krankenhäusern entgegengewirkt werden. Zügig sollte der Gesetzgeber auch weitere Maßnahmen zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung umsetzen.**

Gemeinsame Notfalleitstellen übernehmen zentrale Lotsenfunktion

Ruft ein Hilfesuchender eine der Rufnummern 112 oder 116117 an, so soll er zukünftig von einer Gemeinsamen Notfalleitstelle (GNL) in die medizinisch erforderliche Versorgung vermittelt werden. Die GNL nehmen eine einheitliche und qualitätsgesicherte Ersteinschätzung der Dringlichkeit des Versorgungsbedarfs des Patienten vor und entscheiden, ob der Patient ins Krankenhaus kommt, der ambulante vertragsärztliche Bereitschaftsdienst zuständig ist oder auch ein Termin etwa in ein Integriertes Notfallzentrum vermittelt (siehe unten) werden kann.

Mit der Einrichtung von GNL wird eine verbindliche Kooperation der rettungsdienstlichen Leitstellen (Rufnummer 112) und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen (Rufnummer 116117) vorgenommen. Rettungsdienstleitstellen und KVen sollen sich dazu auf ein standardisiertes softwaregestütztes Ersteinschätzungsverfahren verständigen. Dazu ist geplant, dass alle Beteiligten an der Notfallversorgung bundesweit digital vernetzt werden, um auch über Ländergrenzen hinweg disponieren zu können. Ziel ist die Einrichtung einer Datenbank zur Echtzeitübertragung der Versorgungskapazitäten. Sobald die Telematikinfrastruktur zur Verfügung steht, soll sie für die Kommunikation bei der Notdienstversorgung genutzt werden.

➤ **Die Einrichtung Gemeinsamer Notfalleitstellen ist sinnvoll und trägt zu einer besseren Steuerung von Patienten in Notfallsituationen bei. Perspektivisch sollte jedoch über eine Zusammenführung der Nummern 112 und 116117 nachgedacht werden. Wichtig ist da-**

neben, dass die qualifizierte Ersteinschätzung in den GNL von medizinischem Fachpersonal vorgenommen wird. Durch die digitale Vernetzung können Qualität und Effizienz der Versorgung verbessert werden.

Integrierte Notfallzentren als erste Anlaufstellen am Krankenhaus

Der Gesetzentwurf sieht zudem die Schaffung von Integrierten Notfallzentren (INZ) vor. Diese Einrichtungen werden gemeinsam von KVen und Krankenhäusern betrieben und müssen rund um die Uhr als erste Anlaufstelle für Notfallpatienten zugänglich sein. Bei den INZ handelt es sich um räumlich und wirtschaftlich abgegrenzte Einrichtungen mit fachlich unabhängiger Leitung am Krankenhaus.

Für die INZ gelten die Regelungen über die vertragsärztliche Versorgung, sie erbringen die Leistungen der ambulanten medizinischen Notfallversorgung.

Im INZ wird eine qualifizierte Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs der Patienten vorgenommen, so dass sie in die geeignete Versorgungsstruktur weitergeleitet werden können. Voraussetzung dafür ist die Besetzung des INZ mit entsprechend qualifiziertem ärztlichem und nichtärztlichem Personal, so der Gesetzentwurf. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird beauftragt, einheitliche Vorgaben für die personelle und apparative Ausstattung dieser Einrichtungen zu beschließen. Die Ausstattung eines INZ erlaubt alle diagnostischen Maßnahmen, mit denen festgestellt werden kann, ob eine stationäre Aufnahme des Patienten notwendig ist. Zudem können nicht aufschiebbare ambulante Maßnahmen vorgenommen werden. Schließlich verfügen INZ über einen aufsuchenden Bereitschaftsdienst.

Die INZ sollen die ambulante Notfallversorgung sicherstellen. Der Gesetzentwurf sieht deshalb vor, den Sicherstellungsauftrag der KVen über die ambulante Notfallversorgung in den sprechstundenfreien Zeiten auf die Länder zu übertragen. Den Ländern kommt zudem im Rahmen der Krankenhausplanung die Entscheidung über die Standorte der INZ zu.

Die Leistungen der INZ sollen direkt mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Basis dafür sind Grundpauschalen und zusätzlich nach Schweregrad differenzierte Pauschalen, die in den EBM aufgenommen werden. Die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen werden entsprechend bereinigt.

➤ **Integrierte Notfallzentren können dazu beitragen, die häufig nicht bedarfsgerechte Notfallversorgung von Patienten zu verbessern. So müssen Patienten künftig nicht mehr entscheiden, ob der ärztliche Notdienst der KV oder die Notfallambulanz eines Krankenhauses die richtige Anlaufstelle ist.**

Im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung sollten auch die Leistungen der ambulanten Notfallversorgung in den INZ perspektivisch von KVen im Einvernehmen mit den gemeinsamen sektorenübergreifenden Landesgremien geplant und sichergestellt werden. Hinsichtlich der Vergütung muss gewährleistet werden, dass auch eine Bereinigung des Krankenhausbudgets erfolgt.

Medizinischer Rettungsdienst wird eigenständiger Leistungsbereich im SGB

Für die medizinische Notfallrettung soll im Sozialgesetzbuch V ein eigenständiger Leistungsbereich geschaffen werden. Der Rettungsdienst könne nicht länger als bloße Transportleistung verstanden werden, so die Begründung im Entwurf, denn der Rettungsdienst

haben zunehmend Bedeutung für die präklinische Versorgung. Gesetzlich Versicherte erhalten mit dem Gesetz im Notfall einen Anspruch auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung.

Der G-BA wird beauftragt, bundesweit einheitliche Rahmenvorgaben für Leistungen der medizinischen Notfallrettung festzulegen. Die Versorgung am Notfallort und eine mögliche Rettungsfahrt werden getrennt und unabhängig voneinander vergütet, so Bundesgesundheitsminister Spahn bei der Vorstellung des Gesetzes. Der Entwurf sieht vor, dass der Rettungsdienst nur dann in Anspruch genommen werden darf, wenn tatsächlich ein Notfall vorliegt. Eine Abrechnung zu Lasten der Krankenkasse soll auch ohne Transport erfolgen können. Denn nicht immer sei nach einer ersten Behandlung vor Ort auch der Transport in eine stationäre Einrichtung notwendig.

Die Krankenkassen erhalten in Zukunft eine aktive Rolle bei der Festsetzung der Vergütung des Rettungsdienstes. Dazu verhandeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Ländern, gegebenenfalls mit den Einrichtungen oder Unternehmen, die mit dem Rettungsdienst beauftragt werden.

Geregelt wird zudem ausdrücklich, dass die Investitions- und Vorhaltekosten der Rettungsdienstinfrastruktur nicht zu den Aufgaben der Krankenkassen gehören, sondern den Ländern obliegen.

➤ **Dass der Rettungsdienst künftig im SGB V verankert wird, ist sinnvoll und entspricht dessen wachsender Bedeutung. Sehr positiv ist zu bewerten, dass die Verantwortung der Länder für die Übernahme der Investitions- und Vorhaltekosten der Rettungsdienstinfrastruktur klar geregelt wird. Auch die erweiterten Mitwirkungs- und Verhandlungsmöglichkeiten der Krankenkassen bei der Ausgestaltung des Rettungsdienstes sind nur folgerichtig, da sie auch künftig für einen Großteil des Rettungsdienstes die Kostenträgerschaft innehaben.**

BARMER-Umfrage zur Zweitmeinung

Mehr als die Hälfte aller Patienten zweifelt an der Notwendigkeit von planbaren medizinischen Eingriffen. Eine repräsentative Umfrage der BARMER zeigt, dass 56 Prozent der Befragten unsicher sind, ob eine ihnen empfohlene Operation tatsächlich notwendig ist. Sie haben deshalb eine Zweitmeinung eingeholt.

Die Online-Umfrage wurde gemeinsam mit dem Marktforschungsunternehmen respondi unter Beteiligung von 1.000 Männern und Frauen durchgeführt.

Der um eine Zweitmeinung gebetene Arzt hat in fast drei Viertel der Fälle die Diagnose bestätigt (72 Prozent), nur acht Prozent der Befragten erhielten eine andere Diagnose. Bei den Therapieempfehlungen zeichnet sich keine klare Tendenz ab, sie wurde bei 21 Prozent bestätigt, 17 Prozent erhielten eine andere Therapieempfehlung.

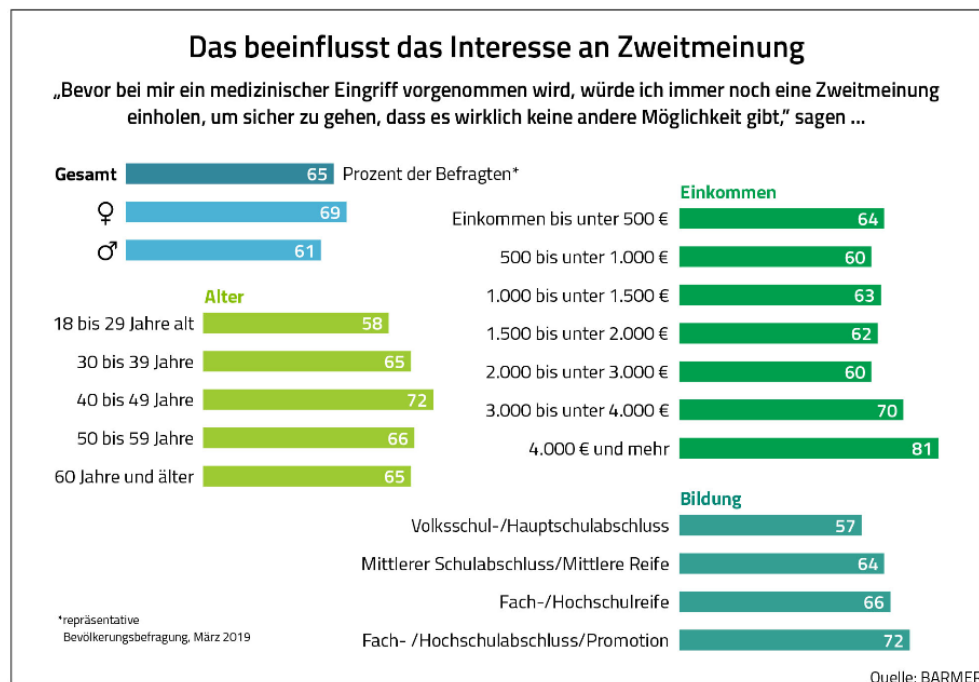
Wichtige Faktoren für das Interesse an einer Zweitmeinung: Alter, Bildung, Einkommen

Die Offenheit gegenüber Zweitmeinungen wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Die Erhebung belegt, dass sowohl Alter, Bildung und Einkommen der Befragten entscheidend für eine kritische Haltung gegenüber ärztlichen Empfehlungen sind. So werden öfter weitere Meinungen eingeholt, je höher Einkommen und Bildung sind. „Mit dem sozia-

[Zum Download](#)

Ergebnisse der
BARMER-Umfrage
zur Zweitmeinung

len Status und der Lebenserfahrung steigt die Bereitschaft, ärztliche Empfehlungen zu hinterfragen. Zweitmeinungen sind jedoch für Patienten jeden Alters interessant“, so resümiert Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER. Straub unterstreicht, dass es in Deutschland ein Informationsdefizit bei Operationen gebe. Wissens- und Informationslücken dürften nicht dazu beitragen, dass unnötige Eingriffe vorgenommen würden. Patienten sollten konsequent vom Recht auf Zweitmeinung Gebrauch machen, so Straub.



Facharztgruppen und Eingriffsarten

Am häufigsten wurden Zweitmeinungen über planbare Eingriffe im Bereich der Orthopädie und Unfallchirurgie (27 Prozent) und der allgemeinen Chirurgie (24 Prozent), der Gynäkologie (zehn Prozent) sowie der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (acht Prozent) eingeholt. Die Eingriffe sollten am häufigsten am Bewegungsapparat (19 Prozent), dem Verdauungstrakt und den Geschlechtsorganen (jeweils neun Prozent) vorgenommen werden.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren