



Stellungnahme
des
Marburger Bund Bundesverbandes

zu dem

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

(Notfallgesetz – NotfallG)
(Stand Referentenentwurf: 03.06.2024)

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin
Tel. 030 746846 – 0
Fax 030 746846 – 16
bundesverband@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Berlin, 25. Juni 2024

Der Marburger Bund bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme zu einem für Patientinnen und Patienten zentralen Reformvorhaben.

Die Sicherstellung der Notfallversorgung zu jeder Zeit ist ein entscheidendes und unverzichtbares Element der Daseinsvorsorge.

Wir teilen die Auffassung, dass die drei Versorgungsbereiche – vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste – besser zu vernetzen und aufeinander abzustimmen sind.

Der Marburger Bund hat in der Vergangenheit mehrfach und aktuell zum BMG-Eckpunktepapier Vorschläge zur Entlastung der Notaufnahmen der Krankenhäuser durch eine bessere Steuerung der Patientenversorgung vorgelegt, auf die wir ergänzend zu unserer Stellungnahme verweisen.

Allgemeine Bewertung des Referentenentwurfs

Das mit dem Referentenentwurf vorgelegte Reformvorhaben zielt darauf ab, für alle Hilfesuchenden eine bundesweit einheitliche und gleichwertige Notfallversorgung sicherzustellen. Erreicht werden soll eine effiziente Steuerung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene.

Zentrale Inhalte des Referentenentwurfs sind ein Ausbau der ambulanten Versorgung von medizinischen Notfällen und eine Konkretisierung der Erreichbarkeit von Ärztinnen und Ärzten außerhalb der üblichen Sprechzeiten, konkrete Vorgaben für telemedizinische Angebote und Hausbesuche, eine verpflichtende Kooperation der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Rettungsleitstellen sowie eine engere Kooperation von ärztlichem Bereitschaftsdienst und Krankenhäusern.

Der Referentenentwurf beinhaltet aus Sicht des Marburger Bundes richtige Ansatzpunkte, die aber von einem durchgängigen und praktikablen Gesamtkonzept zur Patientensteuerung noch entfernt sind.

So begrüßen wir, dass ein medienbruchfreier Datenaustausch zwischen allen an der ambulanten Notfallversorgung Beteiligten vorgesehen ist. Dies ist für eine durchgängige Patientensteuerung unverzichtbar. Allerdings lässt der Referentenentwurf offen, wie dies erfolgen und wer dafür zuständig sein soll.

Weiterhin stellen wir fest, dass vielfach rechtliche und steuerungsrelevante Aspekte in der Begründung ausgeführt werden, sich aber aus den geplanten Regelungen selbst nicht ergeben und auch nicht ableiten lassen. Dies betrifft insbesondere die Steuerung innerhalb der Integrierten Notfallzentren (INZ). Hier regen wir dringend eine Synchronisierung an und verweisen auf unsere nachfolgende Stellungnahme zu einzelnen Regelungen.

Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen

Der bisherige Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante Notfallversorgung in § 75 Abs. 1b SGB V soll neu gefasst werden. Danach ist eine notdienstliche Versorgung durchgängig an 24 Stunden täglich an sieben Tagen der Woche durch den Betrieb von INZ sowie durch einen telemedizinischen und einen aufsuchenden Bereitschaftsdienst sicherzustellen.

Die Möglichkeit einer durchgehenden notdienstlichen Versorgung ist aus Sicht des Marburger Bundes wünschenswert, weil sie dazu beitragen kann, die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu entlasten. Mehrere Erhebungen belegen, dass in der Regel die Zahl der wartenden und behandelten Patientinnen und Patienten tagsüber deutlich höher ist als nachts. Sie ist werktags höher als am Wochenende und sie ist während der Praxisöffnungszeiten höher als außerhalb der Praxisöffnungszeiten (Mittwoch- und Freitagnachmittag, nachts und am Wochenende) (Zi-Paper 2017).

Die ambulante Notfallversorgung muss gerecht verteilt werden. Das heißt, dass sich alle Ärztinnen und Ärzte an der Notfallversorgung beteiligen, so wie es die Berufsordnungen vorsehen. Ziel muss es sein, die Notaufnahmen in den Krankenhäusern so zu entlasten, dass die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte sich um Patienten kümmern können, die eine Behandlung durch das Krankenhaus benötigen.

Insgesamt stellen wir uns allerdings die Frage, wie der hohe personelle Ressourceneinsatz zur Erfüllung dieses Sicherstellungsauftrages in der Praxis umgesetzt werden soll.

Integrierte Notfallzentren

Wir unterstützen den Gedanken einer integrierten Notfallversorgung nachdrücklich. Dazu erachten wir es für grundsätzlich sinnvoll, die ambulante und die stationäre Notfallversorgung zentral „unter einem Dach“ zu organisieren. Es gibt bereits viele gute Beispiele für eine integrierte Notfallversorgung, wo die Notaufnahme des Krankenhauses und die ambulante Notdienstpraxis eine Behandlung aus einer Hand gewährleisten.

Zentrale Anlaufstellen und ein koordiniertes Vorgehen der Beteiligten können die Notaufnahmen der Krankenhäuser entlasten und eine medizinisch sinnvolle Inanspruchnahme der Notfallversorgung fördern. Die gesetzliche Vorgabe verbindlicher Standards für eine integrierte Notfallversorgung ist dafür sinnvoll und hilfreich. Die Regelungen der §§ 123 bis 123b SGB V bleiben allerdings in zentralen Punkten unklar (siehe Stellungnahme im Einzelnen).

Anspruch des Referentenentwurfes ist es, eine bundesweit flächendeckende Einrichtung von Integrierten Notfallzentren zu regeln. Dazu soll der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a SGB V die Standorte von Integrierten Notfallzentren auf Grundlage vorgegebener Kriterien festlegen. Die Planung soll eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte flächendeckende Versorgung mit gleichmäßigem Zugang der Bevölkerung zu

Integrierten Notfallzentren als zentrale Anlaufstelle der Notfallversorgung an dafür geeigneten Standorten sicherstellen.

Warum der Referentenentwurf einer erst noch vorzunehmenden Standortfestlegung vorgreift, indem er in seiner Begründung von bundesweit circa 700 Integrierten Notfallzentren ausgeht, ist daher nicht verständlich (siehe Seite 28 des RefE).

Keine Regelung trifft der Referentenentwurf dazu, wie Krankenhäuser ohne INZ in ein abgestimmtes System der Notfallversorgung einbezogen werden. Für diese gelten die geplanten gesetzlichen Anforderungen an eine Akutbehandlung nicht bzw. sind nicht geregelt. Das betrifft insbesondere die Krankenhäuser, die über eine Notfallstufe nach den G-BA Kriterien verfügen.

Die Notfallreform muss zwingend mit der Krankenhausreform koordiniert werden, insbesondere mit Blick auf die Standortzuweisung für INZ.

Reform Rettungsdienst

Die Probleme der Notfallversorgung können nur gelöst werden, wenn der Rettungsdienst als Teil der Notfallkette bei Veränderungen im ambulanten bzw. stationären Bereich immer mitbedacht wird. Zwingend notwendig ist es, die Überlegungen zur Reform des Rettungsdienstes mit den generellen Reformen zur Verbesserung der Notfallversorgung und der Krankenhausreform zu synchronisieren.

Der zustimmungsfreie Referentenentwurf sieht eine Kooperationsverpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen auf Antrag des Trägers einer Rettungsleitstelle vor (Gesundheitsleitsystem § 133a SGB V). Das ist ein begrüßenswerter Ansatz, reicht aber für ein verbindliches integriertes Gesamtsystem nicht aus. So ist zum Beispiel die Verbindung bzw. Anbindung des Rettungsdienstes an die INZ sowie die transparente Darstellung aller verfügbaren Kapazitäten in der Notfallversorgung im Reformentwurf gänzlich offen.

Wir gehen davon aus, dass dies den unterschiedlichen Zuständigkeiten des Bundes und der Länder sowie der föderal unterschiedlichen Organisation des Rettungsdienstes geschuldet ist. Soweit zur Reform des Rettungsdienstes – wie ursprünglich angekündigt - ein eigenes Reformvorhaben vorgelegt werden sollte, muss dies im Sinne der Ziele einer Notfallreform zwingend parallel im Gesetzgebungsverfahren beraten werden. Keinesfalls würde es sowohl unter verfahrensrechtlichen als auch inhaltlichen Aspekten genügen, Maßnahmen zur Reform des Rettungsdienstes im Wege von Änderungsanträgen in diesen Reformentwurf zu integrieren.

Sonstiger Änderungs-/Ergänzungsbedarf

In seinem Urteil von 24.10.2023 zur Sozialversicherungspflicht für Pool-Ärztinnen und Ärzte hatte das Bundessozialgericht entschieden, dass diese nicht automatisch selbstständig sind und damit der Sozialversicherungspflicht unterliegen (Az.: B 12 R9/21 R).

Dieses Urteil führte in Folge in manchen Bundesländern zu teilweise erheblichen Einschränkungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes.

Hier bedarf es Rechtssicherheit durch eine gesetzliche Lösung, wie zum Beispiel eine Ausnahmeregelung von der Sozialversicherungsbeitragspflicht (§ 23c SGB IV) für den ambulanten Bereitschaftsdienst analog zur Tätigkeit für Notärztinnen und Notärzte im öffentlichen Rettungsdienst.

Die Befreiung der Poolärzte von der Sozialversicherungspflicht im Bereitschaftsdienst ist eine entscheidende Voraussetzung, um die Anforderungen an den Sicherstellungsauftrag personell erfüllen zu können.

Stellungnahme des Marburger Bundes zu einzelnen den Regelungen des Referentenentwurfes

Zu Artikel 1: Änderungen SGB V

Zu Regelungen im Zusammenhang mit Integrierten Notfallzentren (INZ)

§§ 123 – 123b SGB V

§ 120 Abs. 3b SGB V

§ 90 Abs. 4a SGB V

§ 90a SGB V

§§ 123, 123a und 123b - Integrierte Notfallstrukturen (INZ)

Es sollen flächendeckend Integrierte Notfallzentren (INZ) sowie Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ) eingerichtet werden. INZ und KINZ bestehen aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer zentralen Ersteinschätzungsstelle („gemeinsamer Tresen“) und einer KV-Notdienstpraxis in unmittelbarer Nähe.

Zu Nummer 11: § 123 SGB V - Integrierte Notfallzentren

Zu Absatz 1: Zusammensetzung und Funktionen INZ

Die in Absatz 1 beschriebene Zusammensetzung eines INZ, bestehend aus Notaufnahme, Notdienstpraxis und zentraler Ersteinschätzungsstelle, greift unsere Vorschläge in vielen Punkten auf und wird von uns grundsätzlich begrüßt. Dies betrifft die Funktion von INZ wie auch die fachliche Leitung und Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle.

Die Zuweisung von Patientinnen und Patienten in eine geeignete ambulante Versorgungsebene scheidet derzeit oftmals an der unzureichenden Vorhaltung von regionalen Akutbehandlungsterminen im ambulanten, hausärztlichen und fachärztlichen Sektor.

Die optionale Anbindung von Kooperationspraxen zur ambulanten Versorgung außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis kann daher grundsätzlich sinnvoll sein. Hierzu existieren bereits einige Modellprojekte wie zum Beispiel in NRW (Köln) und in Hessen.

Dafür stellen die freiwillig am Modellprojekt teilnehmenden haus- und fachärztlichen Partnerpraxen während ihrer Sprechzeiten bestimmte Kontingente bereit.

Zu Absatz 2: Patientensteuerung im INZ

Die in Absatz 2 vorgenommene Regelung der Steuerung von Hilfesuchenden innerhalb des INZ ist nicht konsistent. Der Verfahrensablauf im INZ bleibt vielfach unklar. Es wird nur die Priorität von Patientinnen und Patienten, die von der Akutstelle übermittelt werden gegenüber „fußläufig“ Hilfesuchenden geregelt.

Insbesondere wird in der Begründung ein Verfahrensablauf beschrieben, der sich in der gesetzlichen Regelung nicht findet.

So heißt es auf Seite 39 des Entwurfs: **„Aus Gründen der Patientensicherheit ist nach einer bloßen Ersteinschätzung eine Verweisung aus den Räumlichkeiten des Integrierten Notfallzentrums heraus für Patientinnen und Patienten nur nach einer separat zu vergütenden tatsächlichen Untersuchung durch eine Ärztin beziehungsweise einen Arzt entweder in der Notdienstpraxis oder der Notaufnahme möglich. Etwas anderes gilt nur unter der Voraussetzung, dass die Patientin oder der Patient von der Ersteinschätzungsstelle in eine Kooperationspraxis nach Absatz 1 Satz 6 mit der entsprechenden engen Vernetzung weitergeleitet werden kann. Durch die enge Verknüpfung der Kooperationspraxis mit dem Integrierten Notfallzentrum ist gewährleistet, dass die vermittelten Patientinnen und Patienten dort ebenso zeitnah und verlässlich versorgt werden wie in einer Notdienstpraxis.“**

Hier handelt es sich um eine Aussage, die wir begrüßen, weil sie haftungsrechtlich und für die Patientensicherheit relevant ist. Sie ist aber im Gesetzestext selbst zu verankern.

Die Begründung reicht nicht aus, weil zu der Frage, ob vor einer Weiterleitung ein Arztkontakt erforderlich ist, gegensätzliche Auffassung vertreten werden. Des Weiteren ergibt sich die Notwendigkeit der gesetzlichen Regelung auch aus der Neuregelung des G-BA Auftrags zum Ersteinschätzungsverfahren (Abs.3 RefE), der Vorgaben hinsichtlich der Weiterleitung an Notdienstpraxen nicht mehr umfasst.

Darüber hinaus findet sich auch im Gesetz keine Regelung zur Vergütung dieser Untersuchungsleistung. Wenn die Vergütung unter die Regelung zur Vergütung der Ersteinschätzung nach Absatz 4 zu subsumieren ist, wären dazu klarstellende Ausführungen hilfreich.

Der zentrale Baustein zur Zuordnung der erforderlichen Ressourcen soll die Ersteinschätzung von Patientinnen und Patienten sein. Eine solches Instrument der Zuordnung muss **wissenschaftlich validiert** sein und die Zuordnung zur geeigneten Versorgungsebene verbindlich gewährleisten. In der Begründung wird auf Seite 39 RefE ausgeführt, dass das System zur Ersteinschätzung validiert und patientensicher sein muss.

In der gesetzlichen Regelung heißt es lediglich „...“ erfolgt die Ersteinschätzung auf der Grundlage eines **standardisierten digitalen Ersteinschätzungsinstruments**.“ Wir regen an, den Gesetzestext um die wissenschaftliche Validierung des Ersteinschätzungsinstruments anzupassen.

Zu Absatz 3: G-BA Ersteinschätzungsverfahren

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in einer Richtlinie innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes Vorgaben für ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument sowie die sächliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxis fest.

Der Marburger Bund begrüßt die Änderung der Systematik, den G-BA Auftrag zum Ersteinschätzungsverfahren nunmehr innerhalb der INZ-Regelung zu regeln. Der bisherige Auftrag erfolgte im Rahmen des § 120 (Abs. 3b) SGB V „Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen“ und damit als Voraussetzung für einen Vergütungsanspruch des Krankenhauses. Nach dem RefE soll zukünftig die Ersteinschätzung am INZ „als unabhängig von der Weiterbehandlung zu vergütende Einzelleistung“ (§ 123 Abs.4) vergütet werden.

Auch der Auftrag des G-BA selbst soll inhaltlich geändert werden. Bisherige Anforderungen, wie zum Beispiel Anforderungen an das Personal, sollen die Kooperationspartner in ihrer Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 RefE festlegen.

Unklar ist aus unserer Sicht, wie das Ersteinschätzungssystem an der zentralen Ersteinschätzungsstelle zum Einsatz kommen soll. In der Begründung auf Seite 40 wird ausgeführt, dass die nach Absatz 3 vom G-BA neu zu entwickelnden Vorgaben mit den bereits derzeit nach diesen Regelungen in den Notaufnahmen zur Anwendung kommenden Systemen zur Behandlungspriorisierung, wie zum Beispiel dem Manchester Triage System (MTS), in Einklang zu bringen sind. Diese Systeme sollen laut Begründung ein Bestandteil des neuen Ersteinschätzungsinstruments sein.

Wir geben zu bedenken, dass eine Priorisierung nach Dringlichkeit, wie sie durch MTS, ESI u.a. vorzunehmen ist, nicht einfach in ein reines automatisierte Abfragesystem integriert werden kann. Bei der Dringlichkeitsprüfung werden immer auch Vitalparameter überprüft. Diese Prüfung muss vorgeschaltet werden, um bei sich selbst einweisenden Patientinnen und Patienten eine akute, lebensbedrohliche Behandlungsbedürftigkeit auszuschließen.

Eine Studie der Uni Leipzig zeigt, dass auch Selbstzuweisungen gerechtfertigt sind und bei jedem sechsten Patienten und besonders bei Leitsymptomen aus dem Non-Trauma-Bereich eine stationäre (teilweise intensivmedizinische) Weiterbehandlung notwendig ist (Gries A, Schimpf AM, von Dercks N: Hospital emergency departments—utilization and resource deployment in the hospital as a function of the type of referral).

Wenn auch diese beschriebene Dringlichkeitsprüfung an der gemeinsamen Ersteinschätzungsstelle erfolgen soll, muss dies gesetzlich geregelt werden.

Das Personal muss dafür qualifiziert sein und die Leistung muss Bestandteil der Vergütung nach § 123 Absatz 4 SGB V RefE sein.

Wir begrüßen die Ausführungen in der Begründung auf Seite 40, dass der Zeitpunkt für den Einsatz eines Ersteinschätzungsinstruments davon abhängt, ob zumindest ein Instrument, welches die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Satz 1 Nummer 1 erfüllt, tatsächlich auf dem Markt zur Verfügung steht und ein Nachweis der Konformität nach Satz 1 Nummer 2 erbracht wurde.

Diese Klarstellung ist wichtig, weil derzeit nach unserer Kenntnis kein validiertes automatisiertes Ersteinschätzungssystem verfügbar ist, welches die Anforderung an eine Patientensteuerung in die erforderliche Versorgungsebene erfüllt.

Wie bereits unter Absatz 2 ausgeführt fehlt auch in Absatz 3 die gesetzlich verankerte Voraussetzung, dass das System zur Ersteinschätzung validiert und patientensicher sein muss. Dies könnte zum Beispiel in Ziffer 1 des Absatz 3 ergänzt werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll in der Richtlinie außerdem Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen in Integrierten Notfallzentren regeln. Diese Mindestanforderungen sollen sich an der üblichen personellen und sachlichen Ausstattung einer Hausarztpraxis orientieren und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Das begrüßen wir.

Zu Absatz 4: Vergütung Ersteinschätzung

Der ergänzte Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a beschließt innerhalb einer gesetzlich vorgegebenen Frist die notwendigen Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen. Ziel ist es laut RefE, den personellen und technischen Aufwand durch eine Ersteinschätzung nach Absatz 2 Satz 1 angemessen abzubilden und als Einzelleistung unabhängig von der Weiterbehandlung zu vergüten.

Bei der Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs wird es darauf ankommen, was letztlich unter „Aufwand durch eine Ersteinschätzung“ subsumiert werden wird. Hierzu verweisen wir insbesondere auf unsere Stellungnahme zu Absatz 2.

Zu Nummer 12: § 123a - Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

Zu Absatz 1: Standortauswahl und Festlegung

Der Referentenentwurf sieht vor, dass ein Krankenhausstandort als Standort für ein Integriertes Notfallzentrum nur dann bestimmt werden kann, wenn die Voraussetzung der Notfallstufe Basisnotfallversorgung gemäß der vom G-BA beschlossenen Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 erfüllt sind und keine berechtigten Interessen des Krankenhauses entgegenstehen.

Der Marburger Bund begrüßt die Anbindung eines INZ-Standortes an die Voraussetzung einer G-BA Notfallstufe. Die genannte Basisnotfallstufe sehen wir als Mindestvoraussetzung.

Gemäß einer Berechnung des GKV- Spitzenverbandes (GKV-SV) ist entsprechend der Notfallstufung nach § 136c Absatz 4 SGB V prognostisch von 1064 Krankenhäusern auszugehen, die an der Notfallversorgung teilnehmen.

Bei einer „flächendeckenden“ Ausstattung mit INZ liegen die Vorstellungen weit auseinander. Vor dem Hintergrund begrüßen wir, dass die Bestimmung durch die erweiterten Landesausschüsse nach § 90 Absatz 4a unter Beachtung insbesondere folgender gesetzlich vorgegebener Kriterien erfolgen soll:

1. die Erreichbarkeit innerhalb von 30 Fahrzeitminuten für mindestens 95 Prozent der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion,
2. die Zahl der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion,
3. die Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Personennahverkehr und
4. die Möglichkeiten der Kooperation mit Vertragsärzten oder medizinischen Versorgungszentren in der Nähe des Krankenhauses.

Die Erreichbarkeitsvorgabe von 30-Fahrzeitminuten in Ziffer 1 erachten wir als eine maximale Obergrenze, die bundesweit sichergestellt sein muss.

Bei der Prüfung der Möglichkeit der Kooperation mit Vertragsärzten oder MVZ nach Ziffer 4 sollten bestehende und gut funktionierende Strukturen (derzeit rund 550 Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern) berücksichtigt werden.

Ebenso muss geregelt werden, wie eine ambulante Notfallversorgung an Krankenhäusern erfolgen und vergütet werden soll, bei denen kein INZ eingerichtet wird. Hierzu finden sich im Referentenentwurf keine Vorschläge.

Zu Absatz 2: Organisation des INZ und Kooperationsverpflichtung

Kassenärztliche Vereinigung und Krankenhäuser sollen gesetzlich verpflichtet werden, Kooperationsverträge abzuschließen. Der RefE zählt dazu konkrete inhaltliche Vorgaben auf.

Auch der Marburger Bund spricht sich für verbindliche Kooperationsverträge aus, in denen die zentralen Elemente der Organisation und Abläufe sowie der wechselseitigen Verpflichtungen geregelt werden. Zur Vorgabe der einzelnen Regelungsinhalte im RefE haben wir folgende Anmerkungen:

Zu Nr. 1: Die Einrichtung eines Organisationsgremiums halten wir allerdings für überreguliert.

Zu Nr.2: Neben einer Vernetzung und interoperablen digitalen Fallübergabe sollten eine standardisierte Dokumentation und standardisierte Datensätze geregelt werden.

Zu Nr. 8: Unklar ist, welche Voraussetzungen für die Weiterleitung von Hilfesuchenden in die Kooperationspraxis geregelt werden sollen. Der Arztkontakt vor Weiterleitung (siehe Kommentierung zu § 123 Absatz 2) sollte hier nicht geregelt werden. Eine solche Regelung muss für alle INZ gleichsam verbindlich sein und kann nicht der Vertragsautonomie unterliegen.

Zu Absatz 3: Festlegung Kooperationsvertrag durch Schiedsperson

Rechtlich fragwürdig erscheint uns darüber hinaus die Bestimmung einer Schiedsperson, die den Inhalt des Kooperationsvertrages festlegen soll, wenn sich die Vertragspartner nicht einigen. Dieser Schiedsperson soll demnach eine vertragsgestaltende Regelungsfunktion beigemessen werden. Der Kooperationsvertrag würde in einem solchen Fall nicht auf einer vertragsautonomen Entscheidung der Vertragspartner beruhen, sondern durch eine gesetzlich angeordnete Schlichtung festgesetzt.

Zu Absatz 4:

Absatz 4 regelt das Verfahren für bereits bestehende Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen in oder an Krankenhäusern. Diese sind in Integrierte Notfallzentren zu überführen, wenn das jeweilige Krankenhaus zum Standort eines solchen bestimmt wurde.

Wir halten eine Berücksichtigung bestehender und gut funktionierender Strukturen bereits bei der Standortfestlegung für sinnvoll. (siehe oben).

Zu Nummer 6: § 90 SGB V Landesausschüsse

Einfügung § 90 Abs. 4a SGB V

(erweiterter Landesausschuss für Aufgaben nach §§ 123-123b SGB V)

Der erweiterte Landesausschuss bestehend aus Vertretern der Krankenkassen und Vertretern der Ärztinnen und Ärzte (Kassenärztliche Vereinigung) erhält mit der Standortfestlegung für INZ neue Aufgaben und wird um Vertreter der Krankenhäuser erweitert.

Hier sehen wir Änderungsbedarf hinsichtlich der Zusammensetzung des erweiterten Landesausschusses. Aus unserer Sicht muss die gesamte Ärzteschaft im erweiterten Landesausschuss vertreten sein, da die Krankenhausärzte ebenfalls in die INZ eingebunden sind. Deshalb müssen die Landesärztekammern im erweiterten Landesgremium beteiligt sein, da sie laut Heilberufe-Kammergesetzen für die Notfallversorgung mit verantwortlich sind und die Weiterbildungsbefugnisse in ihren Händen liegen.

Insbesondere ist auch die vorgesehene Stimmgewichtung im erweiterten Landesausschuss (Stimmen der Krankenkassen zählen doppelt) nicht sachgerecht.

Zu Nummer 7: § 90a SGB V – Gemeinsames Landesgremium

Nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen kann für den Bereich des Landes ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausesgesellschaft sowie weiteren Beteiligten gebildet werden.

Das gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben; hierzu gehören auch Empfehlungen zu einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung.

Vertreter des Rettungsdienstes werden explizit als mögliche Mitglieder in die Regelung der gemeinsamen Landesgremien nach § 90a aufgenommen. Dies geschieht, um die Expertise der Rettungsdienste insbesondere bei Empfehlungen zur sektorenübergreifenden Notfallversorgung mit einzubinden und die Mitspracherechte für sie als wichtige Akteure der Notfallversorgung zu erweitern, heißt es in der Begründung.

Unseres Erachtens ist ebenso die Expertise der Krankenhausärztinnen und -ärzte erforderlich, insbesondere in Bezug auf die Patientensteuerung im INZ. Es sollten daher auch Vertretern des Marburger Bundes als mögliche Mitglieder in die Regelung aufgenommen werden.