



**Stellungnahme des IKK e.V.
zum Referentenentwurf des
Bundesministeriums für Gesundheit
für den
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der
Notfallversorgung**

Stand: 07.02.2020

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Kommentierung des Referentenentwurfs	5
Zu Artikel 1 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)	5
§ 60 (neu): Medizinische Notfallrettung	5
§ 60a Abs. 1 bis 8 (neu): Krankentransporte und Krankenfahrten.....	6
§ 75 Absatz 1a, 1b und 1c (neu): Inhalt und Umfang der Sicherstellung.....	8
§ 123 (neu): Integrierte Notfallzentren	9
§ 133 (neu): Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung	14
§ 133b (neu): Gemeinsames Notfalleitsystem	16
§ 329 (neu): Übergangsregelung zur Reform der Notfallversorgung	18
Weiterer Änderungsbedarf.....	19
§ 295: Abrechnung ärztlicher Leistungen	19

Grundsätzliche Anmerkungen

Die Innungskrankenkassen begrüßen grundsätzlich den Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung. Die geplanten Regelungen stellen eine wesentliche Verbesserung gegenüber der bestehenden Situation dar. Sie sind damit ein wichtiger Schritt in Richtung einer bedarfsgerechten und ressourcenschonenden Notfallversorgung.

Hinsichtlich des gemeinsamen Notfalleitsystems (GNL) wird insbesondere die digitale Vernetzung und die Echtzeitübertragung der Versorgungskapazitäten der an der Notfallversorgung Beteiligten sowie die hierfür geplante bundesweite Datenbank der Versorgungsmittel, aufsuchendem Bereitschaftsdienst, Integrierten Notfallzentren (INZ) und Krankenhäuser begrüßt. Bei der Planung der gemeinsamen Notfalleitsysteme ist jedoch auf eine Harmonisierung mit den Regelungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) zum standardisierten Ersteinschätzungsverfahren der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zu achten.

Auch der (neu gefasste) Sicherstellungsauftrag der KVen für die notdienstliche Versorgung, welcher durch den Betrieb von INZs sowie durch einen telemedizinischen und aufsuchenden Bereitschaftsdienst umzusetzen ist, wird positiv bewertet. Hier gilt es ein Augenmerk darauf zu haben, unbeabsichtigte Anreize zu medizinisch nicht begründeten Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. In diesem Zusammenhang begrüßen die Innungskrankenkassen die Einführung eines Abschlags von 50 Prozent für ambulante Notfallbehandlungen in Krankenhäusern ohne INZ. Dadurch sollte eine positive Steuerungswirkung in die richtige Versorgungsebene erzielt werden.

Ungeachtet dessen widerspricht es der bisherigen Systematik des leistungsbezogenen Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), dass zur Finanzierung der Vorhaltekosten eine von der Inanspruchnahme unabhängige Grundpauschale festgelegt wird. Sinnvoll wäre eine Finanzierung der Investitions- und Vorhaltekosten, an der zwingend auch die Private Krankenversicherung (PKV) zu beteiligen ist.

Die medizinische Notfallversorgung am Notfallort sowie die Rettungsfahrten werden als eigenständige Leistungen der medizinischen Notfallrettung gesetzlich normiert. Dies sehen die Innungskrankenkassen als Chance, um Fehlinsprünahmen auf der stationären Versorgungsebene und medizinisch nicht erforderliche Fahrten und Rettungsmittel (z. B. Notfallarzteinätze) zu vermeiden.

Der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), sowohl Qualitätsanforderungen zur Leistungserbringung der INZ als auch die Anforderungen für die Notfallversorgung zu definieren, sehen die Innungskrankenkassen als richtigen Schritt an.

Die Innungskrankenkassen bedauern jedoch, dass eine Reform der Notfallversorgung hin zu einem sektorenübergreifenden, integrativen Ansatz nicht umsetzbar scheint. Die

Hürde einer Verfassungsänderung scheint an dieser Stelle zu hoch zu sein. Beim geplanten Gemeinsamen Notfalleitsystem hätte es aus Sicht der Innungskrankenkassen Potential für eine weitergehende Zusammenführung der Notfallnummern 112 und 116117 gegeben. Dennoch begrüßen die Innungskrankenkassen die vorgestellte Initiative als ersten Schritt zu einer deutlich verbesserten Koordination der Notfallversorgung.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Referentenentwurfs. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Kommentierung des Referentenentwurfs

Zu Artikel 1 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Artikel 1 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 60 (neu): Medizinische Notfallrettung

Beabsichtigte Neuregelung

Die Versicherten haben einen Anspruch auf eine medizinische Notfallrettung. Sofern bei der Versorgung am Notfallort und der Rettungsfahrt noch keine eindeutige Indikation für eine stationäre Aufnahme besteht, ist das nächstgelegene integrierte Notfallzentrum (INZ) anzufahren. Informationen bzgl. der Weiterbehandlung sollen digital an das INZ oder an das Krankenhaus übermittelt werden.

Der G-BA bestimmt die Anforderungen für die Basisnotfallversorgung, die erweiterte Notfallversorgung, die umfassende Notfallversorgung als auch für das Modul Notfallversorgung Kinder. Ebenso bestimmt der G-BA bundeseinheitlich, in welchen Fällen zur zielgerichteten Behandlung ein spezialisiertes Krankenhaus angefahren werden soll. Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahrs leisten eine Zuzahlung (§ 61 Satz 1), die von den Kassen eingezogen werden soll. Bei einer sich an die Notfallversorgung anschließende Rettungsfahrt ist nur eine einmalige Zuzahlung erforderlich. Ein Anspruch auf Rücktransport ins Inland besteht nicht.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Neuregelungen. Durch die Kostenerstattung der Rettungsfahrten unabhängig von der Inanspruchnahme weiterer Leistungen werden Fehlinanspruchnahmen auf der stationären Versorgungsebene und medizinisch nicht erforderliche Fahrten und Rettungsmittel (z. B. Notarzteinsätze) vermieden. Die geplante Neuregelung kann somit zu einer Entlastung der Notfallambulanzen in Krankenhäusern sowie zu einer bedarfsgerechten Nutzung der Rettungstransportmittel beitragen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 60a Abs. 1 bis 8 (neu): Krankentransporte und Krankenfahrten

Beabsichtigte Neuregelung

Die Versicherten haben einen Anspruch auf Übernahme der Kosten für medizinisch zwingend notwendige Krankentransporte und Krankenfahrten. Der § 60a definiert die Anlässe von Krankenfahrten und stellt klar, dass es für einen Krankentransport zu einer ambulanten Behandlung der vorherigen Genehmigung der Kasse bedarf. Festgelegt wird zudem die Höhe der Kostenübernahme für Krankentransporte und Krankenfahrten. Rücktransporte der Versicherten ins Inland werden von den Kassen nicht übernommen.

Im Zusammenhang mit Leistungen der medizinischen Reha werden Reisekosten nach § 73 Abs. 1 und 3 des SGB IX übernommen. Eine entsprechende Regelung gilt auch für pflegende Angehörige. Im Falle einer aus der Reha eines Angehörigen resultierenden Kurzzeitpflege erfolgt die Kostenübernahme durch die Pflegekassen.

Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres leisten eine Zuzahlung für Krankentransporte und Krankenfahrten.

Bewertung

Die Neuregelung ist grundsätzlich zu begrüßen und ist in Verbindung mit § 60 SGB V zwangsläufig und folgerichtig.

Gleichwohl ist aus Sicht der Innungskrankenkassen eine Änderung in § 60a Abs. 2 Nr. 5 SGB V notwendig. Nach der Regelung steht den Versicherten ein Fahrkostenanspruch zu, wenn diese eine notdienstliche Versorgung in einem integrierten Notfallzentrum nach Entscheidung des gemeinsamen Notfalleitsystems auf Basis des Ersteinschätzungsverfahrens nach § 133b Absatz 3 Satz 5 SGB V in Anspruch nehmen und der Transport nach den Umständen des Einzelfalls zwingend erforderlich ist. Die Regelung soll dazu führen, dass die Disposition von bedarfsgerechten Transportmitteln in den Fällen gefördert werden soll, bei denen keine Notfallsituation vorliegt, ein Transport des Hilfesuchenden aber medizinisch zwingend geboten ist. Im Referentenentwurf werden hierbei Krankentransporte beispielhaft genannt.

Die Formulierung des § 60a Abs. 2 Nr. 5 SGB V eröffnet aber einen Leistungsanspruch für alle Fahrten, z.B. mittels Taxi/Mietwagen oder dem privaten PKW. Dies gelte dann sowohl für die Hin- als auch für die Rückfahrt. Eine solche Leistungsausweitung ist nach Auffassung der Innungskrankenkassen nicht sachgerecht. Aus Sicht der Innungskran-

kenkassen muss der Anspruch des Versicherten nach § 60a Abs. 2 Nr. 5 SGB V auf Fahrten mit dem Krankentransportwagen begrenzt werden.

Änderungsvorschlag

Der § 60a Abs. 2 Nr. 5 SGB V wird wie folgt gefasst:

„5. ~~Fahrten~~ Krankentransporte zu einer notdienstlichen Versorgung in einem integrierten Notfallzentrum nach Entscheidung des gemeinsamen Notfalleitsystems auf Basis des Ersteinschätzungsverfahrens nach § 133b Absatz 3 Satz 5, sofern dies nach den Umständen des Einzelfalls zwingend erforderlich ist.“

Zu Artikel 1 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 75 Absatz 1a, 1b und 1c (neu): Inhalt und Umfang der Sicherstellung

Beabsichtigte Neuregelung

Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die (ambulante) vertragsärztliche Versorgung 24 Stunden täglich, 7 Tage die Woche. Ausgenommen ist die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, sofern dies nicht anders in den einzelnen Bundesländern geregelt ist. Die notdienstliche Versorgung wird durch die INZ, einen telemedizinischen und einen aufsuchenden Bereitschaftsdienst sichergestellt.

Die KVen und die Landesapothekenkammern sollen Informationen über die Organisation des Notdienstes austauschen.

Bewertung

Die Zuordnung der gesamten vertragsärztlichen Sicherstellung zu einem Verantwortlichen ist zu begrüßen. Dadurch lassen sich Schnittstellenproblematiken reduzieren. Dennoch sollten die Begrifflichkeiten wie „notdienstliche Versorgung“, „notärztliche Versorgung“, „Notdienst“ oder „Bereitschaftsdienst“ klarer definiert und voneinander abgegrenzt werden. Auch die unterschiedliche Ausgestaltung des vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Sicherstellungsauftrages ist klarer zu fassen.

Die KVen haben die notdienstliche Versorgung künftig durch den Betrieb von INZ nach § 123 sowie durch einen telemedizinischen und aufsuchenden Bereitschaftsdienst sicherzustellen. Diese Regelung wird von uns begrüßt.

Hinsichtlich der notärztlichen Versorgung im Rettungsdienst gilt bereits heute, dass diese nicht den KVen obliegt, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Die Länder haben somit die Möglichkeit, abweichende landesrechtliche Regelungen zu treffen und diese Aufgabe den Kassenärztlichen Vereinigungen zu übertragen; etwa durch entsprechende Landesrettungsdienstgesetze. Aus Sicht der Krankenkassen wird somit auf Landesebene die Möglichkeit geschaffen, auch aktiv niedergelassene Ärzte entsprechend an der medizinischen Notfallversorgung zu beteiligen, welches aktiv eingefordert werden sollte.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 123 (neu): Integrierte Notfallzentren

Beabsichtigte Neuregelung

§ 123 Abs. 1

Es sollen INZ errichtet werden. Diese nehmen eine Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs und erforderliche notdienstliche Versorgung vor und sind zur Weiterleitung in die stationäre Versorgung des Krankenhauses berechtigt und verpflichtet. Es soll einen aufsuchenden Bereitschaftsdienst geben, soweit nicht anders im Landesrecht geregelt.

§ 123 Abs. 2

INZ werden von Krankenhäusern und der zuständigen KVen gemeinsam als räumlich und wirtschaftlich abgegrenzte Einrichtungen eingerichtet und betrieben. Die fachliche Leitung obliegt den jeweiligen KVen. Näheres wird innerhalb von sechs Monaten nach Benennung des Krankenhauses als Standort vereinbart. Kommt die Vereinbarung in der Frist nicht zustande, legt erst eine Schiedsperson oder sonst in letzter Konsequenz das Land die Vereinbarung fest, Portalpraxen sind bis zur Überführung in INZ weiter zu betreiben. Sofern das Krankenhaus kein Standort für ein INZ ist, können Portalpraxen bis zu einem vom erweiterten Landesausschuss bestimmten Zeitpunkt weiter betrieben werden.

§ 123 Abs. 3 Nr. 1 und 2

Der G-BA bestimmt bundesweit einheitliche Planungsvorgaben (u. a. regionsbezogene Erreichbarkeitswerte) sowie Ausnahmetatbestände, in denen ein Krankenhaus zwingend als Standort eines INZ festgelegt werden kann. Der G-BA bestimmt zudem bundesweit einheitlich Qualitätsanforderungen zur Leistungserbringung INZ. Die besonderen Belange von Kindern und psychisch Kranken sind ebenso wie Leitlinien, standardisierte Verfahrensweisen und Modelle zu berücksichtigen. INZ sind zur Datenübermittlung nach § 133b Absatz 4 Satz 7 SGB V verpflichtet.

§ 123 Abs. 4

Leistungen der INZ werden unmittelbar von der Krankenkasse extrabudgetär vergütet. Der ergänzte Bewertungsausschuss legt innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Vorgaben nach Absatz 3 die Aufnahme einer Grundpauschale und nach Schweregrad differenzierte Pauschalen je Inanspruchnahme jeweils in Euro in den EBM fest. Die Grundpauschale soll unabhängig von der Anzahl der behandelten Patienten die Vorhaltekosten für das INZ abbilden. Der Bewertungsausschuss hat alle 2 Jahre die

Honorare zu evaluieren und dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) vereinbaren (innerhalb von 6 Monaten) nach Inkrafttreten Grundsätze zur Wirtschaftlichkeit, zur Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung und zum Abrechnungsverfahren. Vertragspartner nach § 115 Absatz 1 vereinbaren die Beauftragung der gemeinsamen Abrechnungsstelle im Land. Es können ergänzende Regelungen zur Vergütung vereinbart werden. Die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung ist nach Maßgaben des Bewertungsausschusses zu bereinigen.

§ 123 Abs. 5

Die Krankenkassen informieren Versicherte über nächstgelegenes INZ und gemeinsame Notfalleitsysteme.

Bewertung

Zu § 123 Abs. 1 und Abs. 2

Die Grundidee, die Notfallversorgung zukünftig in INZ zu überführen und in einem neuen § 123 SGB V zu regeln, wird von den Innungskrankenkassen begrüßt. Die bisher bestehenden parallelen Strukturen der Notfallversorgung müssen aufgelöst und die ambulante Notfallversorgung durch den Notdienst der KV und durch die Notfallambulanz des Krankenhauses zusammengeführt und örtlich integriert werden. Die fachliche Leitung des INZ obliegt der jeweiligen KV. In den INZ selbst kann dann der Patient der erforderlichen Behandlung zugeführt und bei Bedarf in den stationären Bereich übergeben werden. Dies dürfte insgesamt zu einer bedarfsgerechteren Versorgung der Patienten (von der Anlaufstelle bis hin zur Erstversorgung bzw. Versorgung in einem geeigneten Krankenhaus) führen und dazu beitragen, Doppelstrukturen abzubauen, Fehlbelegungen zu vermeiden und die vorhandenen Ressourcen optimal einzusetzen.

Der neu gefasste Sicherstellungsauftrag der KVen für die notdienstliche Versorgung, welcher durch den Betrieb von INZ sowie durch einen telemedizinischen und aufsuchenden Bereitschaftsdienst umzusetzen ist, wird ebenfalls begrüßt. In der Ausgestaltung der Kooperationen zwischen KVen und Krankenhäusern ist jedoch darauf zu achten, dass INZ nicht ausschließlich mit Krankenhausärzten besetzt werden dürfen. Unbeabsichtigte Anreize zu falschen Krankenhauseinweisungen sind zu vermeiden.

Auch der aufsuchende Bereitschaftsdienst sollte durch die INZ organisiert werden. Er sollte zentral, mindestens für Kreisregionen, organisiert werden, um regionalen Besonderheiten durch eine sinnvolle Strukturierung entsprechen zu können. Zudem muss die Organisation dieser Komponente der ambulanten Notfallversorgung, entsprechend der Zuständigkeit ausschließlich durch die Kassenärztlichen Vereinigungen organisiert werden.

Für Portalpraxen die nicht in ein INZ überführt werden, sollte aus Sicht der Innungskrankenkassen maximal eine Übergangsfrist von drei Jahren nach Inkrafttreten dieses Gesetzes gelten.

Mit der Festlegung von INZ-Standorten durch den erweiterten Landesausschuss wird indirekt Einfluss auf die Ausgestaltung der Krankenhausversorgung in der jeweiligen Region genommen. Gleiches gilt für die Richtlinie des G-BA. Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist zu prüfen, ob durch die vorgenannten Öffnungsklauseln den regionalen Besonderheiten mit Blick auf regional bereits vorbereitete Strukturen ausreichend Rechnung getragen wird. Die vorgesehene Frist für die erweiterten Landesausschüsse nach Abs. 2 Satz 2 zur Festlegung der Standorte der INZ sehen die Innungskrankenkassen für unrealistisch und zu knapp. Um solide Entscheidungen zu treffen, sollte den Vertragspartner die nötige Zeit eingeräumt werden.

Zu § 123 Abs. 3

Die in § 123 Abs. 3 SGB V genannten bundesweiten Vorgaben zu offenen Fragestellungen sind fachlich sinnvoll, weil Notfallversorgung über Bundesland- und KV-Grenzen hinausgeht und nicht an Landesgrenzen aufhören kann. Die Festlegung der Anzahl von INZ anhand von regionsbezogenen Erreichbarkeitsrichtwerten und Vorgaben für eine bevölkerungsbezogene Versorgungsdichte wird begrüßt. Der G-BA sollte jedoch auch mit der Entwicklung und Umsetzung eines Qualitätssicherungsverfahrens beauftragt werden.

Zu § 123 Abs. 4

Die Vergütung der Leistungen außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) sehen die Innungskrankenkassen kritisch. Angesichts der Zuordnung des Betriebes von INZ zum Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 75 Abs. 1b SGB V erscheint dies nicht folgerichtig. Sofern der Gesetzgeber an der Regelung festhält, ist darauf zu achten, dass die Bereinigung jährlich, mindestens bis zum Herauslösen aller bisherigen Notfalleistungen aus der MGV durchgeführt wird. Es darf keine Doppelfinanzierung über EBM und eine zusätzliche regionale Förderung nach § 105 Abs. 1b SGB V bzw. § 115 Abs. 1 SGB V entstehen.

Die Vergütung bestehend aus Grundpauschale und nach Schweregrad differenzierten Pauschalen je Inanspruchnahme sollte aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht vom ergänzten Beratungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V, sondern vom Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 3 SGB V beschlossen werden. Eine einheitliche Vergütungssystematik schafft Transparenz und die derzeit immer wieder geführten Diskussionen innerhalb der Ärzteschaft bezüglich unterschiedlicher Vergütungsstrukturen zwischen dem ambulanten und stationären Bereich sollten somit hinfällig sein.

Die Leistungen der nach § 123 SGB V neu eingeführten Integrierten Notfallzentren als zentrale, jederzeit zugängliche Anlaufstellen der Notfallversorgung werden von der Krankenkasse außerhalb der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 SGB V vereinbarten Gesamtvergütung durch eine Grundpauschale und nach Schweregrad differenzierte Pauschalen im einheitlichen Bewertungsmaßstab vergütet. Mit der Grundpauschale sind bereits unabhängig von der Anzahl der behandelten Patienten die Vorhaltekosten für das integrierte Notfallzentrum berücksichtigt.

Somit ist festzustellen, dass die Festlegung einer von der Inanspruchnahme unabhängigen Grundpauschale zur Finanzierung der Vorhaltekosten der bisherigen Systematik des leistungsbezogenen EBM widerspricht. Auch wäre eine von der Inanspruchnahme unabhängige Finanzierung der Vorhaltekosten, an der zwingend auch die PKV zu beteiligen ist, anders als über den EBM zu regeln.

Die Innungskrankenkassen setzen sich für eine Fixkostendegression ein. Dies hätte zur Folge, dass sich mit zunehmender Anzahl an Leistungsfällen, bei gleichzeitig sinkenden Fixkosten, die Vergütungspauschale pro Leistungsfall im gleichen Umfang reduziert.

Abgesehen von diesen grundsätzlichen Erwägungen ist bei der Vereinbarung der nach Schweregraden differenzierten Pauschale darauf zu achten, dass keine Vermischung von Vorhaltekosten (Betriebskosten) mit Investitionskosten entsteht. Für die notwendigen Investitionskosten zum Aufbau von INZ können die Vertragspartner zudem nach § 115 Abs. 1 SGB V ergänzende Regelungen zur Vergütung treffen. Zur weiteren Abbildung der Leistungen im EBM wird im Übrigen auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Da in den INZ auch privatversicherte Patienten behandelt werden, sollte auch die PKV an den Investitions- und Vorhaltekosten der INZ beteiligt werden.

Der Sicherstellungsauftrag obliegt weiterhin der Kassenärztlichen Vereinigung, die als Abrechnungsstelle für das INZ fungiert. Diese Regelung wird von den Innungskrankenkassen begrüßt. Um bereits bestehende Abrechnungsverfahren nutzen zu können, ist eine Abrechnung gemäß § 295 SGB V notwendig. Darüber hinaus sollten die für vertragsärztliche Leistungen geltenden Grundsätze der Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung nach §§ 106ff. SGB V zur Anwendung kommen.

Änderungsvorschläge

Der § 123 Abs. 2 Satz 13 wird wie folgt geändert:

„Sofern das Krankenhaus nicht als Standort eines integrierten Notfallzentrums festgelegt wird, können die nach § 75 Absatz 1b in der Fassung vom ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten] aufgebauten Versorgungsstrukturen, insbesondere sogenannte Portalpraxen, bis

zu einem von dem erweiterten Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a zu bestimmenden Zeitpunkt übergangsweise – jedoch maximal für 3 Jahre weiter betrieben werden.“

Der § 123 Abs. 4 Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Die Leistungen der integrierten Notfallzentren werden von der Krankenkasse aus der vereinbarten Gesamtvergütung ~~außerhalb der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütung nach Maßgabe dieses Absatzes~~ vergütet.“

Der § 123 Abs. 4 Satz 2 bis 4 wird wie folgt geändert:

„Hierzu beschließt der Bewertungsausschuss innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Vorgaben nach Absatz 3 nach Schweregrad differenzierte Pauschalen in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen; § 87 Absatz 6 und 7 gilt entsprechend. Mit den Pauschalen sind auch die Vorhaltekosten für integrierte Notfallzentren basierend auf den Vorgaben nach Absatz 3 zu finanzieren. Bei der Festlegung dieser Pauschalen ist darauf zu achten, dass die Vorhaltekosten allein über die Grundpauschale finanziert werden, ansonsten haben die Vertragspartner die Fixkostendegression zu berücksichtigen.“

Der § 123 Abs. 4 Satz 5 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren zudem innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Vorgaben nach Absatz 3 gemeinsam und einheitlich Grundsätze zur wirtschaftlichen Leistungserbringung. Diese haben sich an den Vorschriften der Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß §§ 106ff, den Vorschriften gemäß § 295 zum Abrechnungsverfahren, zu Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie der erforderlichen Vordrucke zu orientieren.“

Der § 123 Abs. 4 Satz 9 wird wie folgt geändert:

„Die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen sind nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7 in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 um die in den Sätzen 1 bis 3 genannten Leistungen zu bereinigen basiswirksam, begrenzt auf ein Jahr, anzupassen, soweit sie bisher Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind.“

Zu Artikel 1 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 133 (neu): Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung

Beabsichtigte Neuregelung

Die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen schließen gemeinsam und einheitlich mit den zuständigen Landesbehörden oder den dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen Verträge über die Vergütung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung. Für medizinische Notfallversorgung vor Ort und Rettungsfahrten sind Pauschalen zu vereinbaren. Die Pauschalen haben Betriebskosten zu berücksichtigen. Nicht umfasst werden die Leistungen der Gemeinsamen Notfallleitstellen.

Bei der Vereinbarung der Kosten bleiben die Kosten für die Finanzierung von Großschadenslagen, des Brand- und Katastrophenschutzes unberücksichtigt. Insbesondere sind Investitions- und Vorhaltekosten nicht umfasst, die der Daseinsvorsorge des Staates zugeordnet werden.

Zuständigen Landesbehörden haben mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich die Planung der Anzahl von Rettungswachen und erforderlichen Rettungsmittel und deren Ausstattung sowie weitere Fragen der Ausgestaltung der medizinischen Notfallrettung zu vereinbaren.

Auf Basis der genannten Vereinbarung können die Leistungen abgerechnet werden, die entsprechend der Vorgaben nach § 133 b Absatz 4 Satz 7 SGB V erfasst wurden.

Bewertung

Die vertragsrechtliche Abgrenzung der Notfallrettung zu Krankenfahrten/Kranken-transporten folgt den leistungsrechtlichen Änderungen in den §§ 60 und 60a SGB V und ist grundsätzlich zu begrüßen.

Die in der Gesetzesbegründung klarstellenden Hinweise, dass die Investitions- und Vorhaltekosten nicht in die Berechnung der Pauschalen des Rettungsdienstes einfließen dürfen, sollten jedoch im Gesetzestext zur Klarstellung übernommen werden.

Gleichfalls schlagen die Innungskrankenkassen eine Klarstellung zum Schiedsverfahren bzw. zu sich anschließenden Klageverfahren vor, da in der Praxis die Tendenz beobachtet wird, für Klagen gegen die Schiedsstellenentscheidung nicht die Sozialgerichte, sondern die Verwaltungsgerichte für zuständig zu erklären. Eine solche Zuweisungsnorm zur Sozialgerichtsbarkeit findet sich z. B. auch in § 136b Abs. 4 Satz 7 SGB V.

Die Regelung des § 133 SGB V wird grundsätzlich begrüßt. Daraus ergibt sich, dass die Kosten für Investitionen, die Vorbereitung auf Großschadensereignisse sowie den Brand- und Katastrophenschutz nicht durch die Pauschalen vergütet werden müssen.

Die Innungskrankenkassen begrüßen die grundsätzliche Beteiligung an der Planung des Rettungsdienstes nach § 133 Abs. 3 SGB V. Hinsichtlich der genannten Beteiligung der Krankenkassen wäre aber eine verbindlichere Regelung, beispielsweise eine vertragliche Vereinbarung wünschenswert. Hierfür wäre dann auch die Errichtung einer Schiedseinrichtung nach Landesrecht folgerichtig

Die Innungskrankenkassen begrüßen es ausdrücklich, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V bei der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung zu beachten ist.

Änderungsvorschlag

Der §133 Abs. 2 SGB V wird ab Satz 5 wie folgt gefasst:

„(2) [...] Zudem bleiben Investitions- und Vorhaltekosten sowie die Kosten für die Finanzierung der Vorbereitung auf Großschadenslagen und des Brand- und Katastrophenschutzes unberücksichtigt. § 71 ist zu beachten. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande, so bestimmt eine nach Landesrecht errichtete Schiedseinrichtung den Vertragsinhalt. Gegen Entscheidungen der Schiedsstelle nach Satz 7 ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben.“

Zu Artikel 1 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 133b (neu): Gemeinsames Notfalleitsystem

Beabsichtigte Neuregelung

Das GNL besteht aus der Rufnummer 112 bei Lebensgefahr oder Gefahr schwerer gesundheitlicher Schäden sowie der Nummer 116117 in allen anderen Fällen.

Aufgabe und Ziel des GNL ist die Vermittlung unmittelbarer medizinischer Versorgung in der entsprechenden Versorgungsstruktur. Die Rettungsleitstellen unter der Nummer 112 koordinieren die medizinische Notfallversorgung, die KV unter der Nummer 116117 die notdienstliche Versorgung nach § 75 Absatz 1b Satz 3 SGB V. Angebote digitaler Unterstützung sind optional.

Das GNL besteht aus der verbindlichen Zusammenarbeit auf organisatorischer und technischer Ebene der Rettungsleitstellen und der KVen. Eine räumliche Verbindung ist nicht zwingend. Die Träger der Leitstellen vereinbaren mit den zuständigen KVen ein Ersteinschätzungsverfahren sowie daran anschließende Versorgungsstandards und personelle und technische Ausstattungen.

Es soll eine interaktive Nutzung einer digitalen Dokumentation zur Übertragung der zur Weiterversorgung erforderlichen Daten sowie insbesondere auch eine Echtzeitübertragung der Versorgungskapazitäten von Rettungsmitteln, aufsuchendem Bereitschaftsdienst, INZ und Krankenhaus geben. Diese digitale Vernetzung und Kooperation erfolgt bundesweit unter Nutzung der Telematikinfrastruktur. Der G-BA bestimmt Näheres zur Umsetzung der Kooperationsverpflichtung. Die gematik kann beratend einbezogen werden.

Die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen schließen gemeinsam und einheitlich mit den zuständigen Landesbehörden oder den durchführenden Einrichtungen oder Unternehmen und der jeweils zuständigen KV Verträge über die Vergütung der Leistungen der Gemeinsamen Notfalleitstellen ausgehend von einer zu vereinbarenden Pauschale je Hilfeersuchen. Die Errichtung der GNL und die digitale Vernetzung werden durch die GKV mit 25 Millionen Euro gefördert. Das Geld wird per Umlage von den Krankenkassen erhoben. Voraussetzung zur Förderung ist Einhaltung der Vorgaben nach Absatz 4 Satz 5 sowie die Förderung des antragstellenden Landes in Höhe von mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten.

Bewertung

Die Regelungen des § 133b SGB V zur Einführung eines GNL werden befürwortet.

Bei der Planung der GNL ist auf eine Harmonisierung mit den Regelungen aus dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) zum standardisierten Ersteinschätzungsverfahren der Terminservicestellen der KVen zu achten.

Die Innungskrankenkassen begrüßen die digitale Vernetzung und die Echtzeitübertragung der Versorgungskapazitäten der an der Notfallversorgung Beteiligten sowie die hierfür geplante bundesweite Datenbank zur Echtzeitübertragung der Versorgungsmittel, aufsuchendem Bereitschaftsdienst, INZ und Krankenhäuser.

Für sinnvoll wird es erachtet, die Notrufnummer 112 und die Rufnummer der KV 116117 zusammenzuführen. Somit könnte die GNL sowohl rettungsdienstliche als auch bereitchaftsdienstliche Strukturen, oder gar telemedizinische Leistungen disponieren. Damit müsste also nicht mehr wie bisher der Patient/Versicherte selbst entscheiden, was für ihn die geeignete Versorgungsstruktur ist, sondern der Disponent würde diese Entscheidung in dem Ersteinschätzungsverfahren übernehmen. Die Vereinigung der beiden Rufnummern wäre auch im Hinblick auf die Akzeptanz der 116117 sinnvoll. In der Öffentlichkeit hat sich nämlich trotz vermehrter Informationskampagnen die 116117 nicht durchgesetzt und der Bekanntheitsgrad dieser Rufnummer ist gering. Im Zweifel wurde bisher immer die 112 gewählt oder aber ein bekanntes Krankenhaus direkt angefahren.

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Regelungen des §133b Abs. 4 SGB V zur Kooperation und digitalen Vernetzung, weil dadurch vom Gesetzgeber Anreize für die Bildung der Kooperationen der an der Notfallversorgung Beteiligten gesetzt werden. Maßgeblich zum Erfolg kann allerdings nur ein in den Regionen flächendeckendes digitales Angebot beitragen, welches eine digitale Vernetzung überhaupt möglich macht. In einigen gerade ländlichen Regionen ist derzeit noch kein flächendeckendes Internet in ausreichender Geschwindigkeit verfügbar, über welches eine entsprechende Vernetzung stattfinden könnte. Der Ausbau einer landesweiten digitalen Infrastruktur dürfte eine der Hauptaufgaben in den kommenden Jahren sein; diese ist maßgeblich, um die zukünftigen Herausforderungen der Digitalisierung im Gesundheitswesen bewältigen zu können.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

§ 329 (neu): Übergangsregelung zur Reform der Notfallversorgung

Beabsichtigte Neuregelung

Der G-BA soll eine neue Richtlinie zur medizinischen Notfallrettung und INZ beschließen. Bereits parallel soll eine Vereinbarung der Träger der Rettungsleitstellen und der KV über eine gemeinsame und verbindliche Ersteinschätzung erfolgen.

Eine Abrechnung rettungsdienstlicher Leistungen erfolgt solange nach bisherigem Recht, bis die Richtlinie des G-BA in Kraft ist.

Bewertung

Die neue Rechtslage soll 22 Monate nach Verkündung in Kraft treten. Die Fristen sind zwar ambitioniert, aber einzuhalten. Insofern wird diese straffe Zeitplanung begrüßt.

Auch begrüßen die Innungskrankenkassen die Möglichkeit zur Bildung eines gemeinsamen Notfallsystems zwischen Rettungsleitstelle und KVen in der Übergangsphase bis zum Inkrafttreten der G-BA-Richtlinie.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Weiterer Änderungsbedarf

Zu Artikel 1 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

§ 295: Abrechnung ärztlicher Leistungen

Beabsichtigte Neuregelung

Im vorliegenden Referentenentwurf ist keine Änderung des § 295 SGB V zur Klarstellung des Abrechnungsweges vorgesehen. Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist jedoch zwingend eine Anpassung geboten, damit die Leistungserbringung in den INZ von den Kassenärztlichen Vereinigungen als Abrechnungsdienstleister elektronisch abgerechnet werden können.

Änderungsvorschlag

In § 295 SGB V wird nach Absatz 4 folgender Absatz 5 neu eingefügt:

„Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend in Fällen der Leistungserbringung nach § 123 Absatz 4 Satz 6, in denen Kassenärztlichen Vereinigungen als Abrechnungsstelle im Land die elektronische Abrechnung übernehmen.“