

**Stellungnahme des
AOK-Bundesverbandes
zur Fachanhörung des BMG
am 17.02.2020**

**Zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform
der Notfallversorgung vom 08.01.2020**

Stand 07.02.2020

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299



Inhaltsverzeichnis:

I. Zusammenfassung	- 4 -
II. Stellungnahme zu den einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs.....	- 9 -
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	- 9 -
Art. 1 Nr. 1 § 11 SGB V - Leistungsarten.....	- 9 -
Art. 1 Nr. 2 § 60 SGB V – Medizinische Notfallrettung und § 60a SGB V – Krankentransporte und Krankenfahrten.....	- 10 -
Art. 1 Nr. 3 § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V – Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung	- 12 -
Art. 1 Nr. 4 § 73b Absatz 4 Satz 7 SGB V – Hausarztzentrierte Versorgung.....	- 13 -
Art. 1 Nr. 5 § 75 SGB V - Inhalt und Umfang der Sicherstellung	- 14 -
Art. 1 Nr. 6 § 87 SGB V – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	- 18 -
Art. 1 Nr. 7 § 87b SGB V – Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)	- 20 -
Art. 1 Nr. 8 § 90 SGB V – Landesausschüsse	- 22 -
Art. 1 Nr. 9 § 92 SGB V – Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses.....	- 24 -
Art. 1 Nr. 10 § 115 SGBV – Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten ...	- 25 -
Art. 1 Nr. 11 § 116b SGB V – Ambulante spezialfachärztliche Versorgung.....	- 26 -
Art. 1 Nr. 12 § 120 SGB V – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen	- 27 -
Art. 1 Nr. 13 § 123 SGB V – Integrierte Notfallzentren	- 28 -
Art. 1 Nr. 14 § 133 SGB V – Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung.....	- 37 -
Art. 1 Nr. 15 § 133a SGB V – Versorgung mit Krankentransporten und Krankenfahrten	- 39 -
Art. 1 Nr. 15 § 133b SGB V – Gemeinsames Notfallsystem	- 41 -
Art. 1 Nr. 16 § 140a SGB V – Besondere Versorgung.....	- 45 -
Art. 1 Nr. 17 § 140f SGB V – Beteiligung von Interessenvertretungen von Patientinnen und Patienten	- 46 -
Art. 1 Nr. 18 § 291a Abs. 7c SGB V – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur	- 47 -
Art. 1 Nr. 19 § 302 Abs. 1 SGB V – Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer	- 48 -
Art. 1 Nr. 20 § 329 SGB V – Übergangsregelung zur Reform der Notfallversorgung....	- 49 -
Ergänzender Änderungsbedarf zu Artikel 1 – Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuches	- 50 -

Art. 1 § 87 Abs. 5a SGB V – Bundesmantelvertrag, einheitlicher
 Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte..... - 50 -

Art. 1 § 89a SGB V – Sektorenübergreifendes Schiedsgremium,
 Verordnungsermächtigungen - 51 -

Artikel 2 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes..... - 53 -

Art. 2 § 12a Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 KHG – Fortführung der Förderung zur
 Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019 - 53 -

Artikel 3 Änderungen der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung - 54 -

Art. 3 § 11 Absatz 1 Nummer 5 KHSFV – Fortführung der Förderung zur
 Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019 - 54 -

Artikel 4 Inkrafttreten - 55 -

Art. 4 - Inkrafttreten..... - 55 -

I. Zusammenfassung

Die Reform der Notfallversorgung ist eines der dringendsten ordnungspolitischen Themen im deutschen Gesundheitswesen. Der vorliegende Referentenentwurf wird im Grundsatz daher ausdrücklich begrüßt. Wesentliche Forderungen der AOK-Gemeinschaft wurden berücksichtigt, wie zum Beispiel das klare Bekenntnis zur Steuerung von Patienten¹ sowie die gemeinsame Planung der Standorte der integrierten Notfallzentren durch Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen und Landeskrankengesellschaften im Zusammenwirken mit den Bundesländern.

Die Notfallversorgung ist aktuell sowohl durch die fehlende Steuerung als auch durch fehlende Kenntnisse von Patienten über die Versorgungsstrukturen gekennzeichnet. Zudem ist auch die regionale Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen sehr unterschiedlich und daher für Patienten weitgehend intransparent. Die medizinische Versorgung außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte wurde zudem in den letzten Jahren zunehmend von den Krankenhäusern übernommen. Die Folge sind steigende Fallzahlen und eine wachsende Anzahl von Patienten mit Krankheiten, die nicht in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser zu versorgen sind.

Organisatorisch ist die Notfallversorgung derzeit in drei Sektoren gegliedert: den Rettungsdienst, den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst und die Notaufnahmen der Krankenhäuser. Dabei werden der Rettungsdienst und die ambulante Notfallversorgung der Krankenhäuser übergeordnet auf Landesebene geregelt, während die Kassenärztliche Vereinigungen den ambulanten Notdienst sicherstellen. Es fehlt eine auf bundesweit einheitlichen Kriterien basierende Planung der Notfallversorgung. Dies führt nicht selten zu Abstimmungsproblemen an Kreis- und erst recht an Landesgrenzen, denen nur in Teilen mit speziellen Projekten wie IVENA, wodurch sich die Beteiligten zumindest über die aktuelle Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten der Krankenhäuser austauschen können, abgeholfen wird.

Neben den positiven Lösungsansätzen enthält der Referentenentwurf jedoch Änderungen gegenüber dem Diskussionsentwurf, welche die Chance für eine sachgerechte Weiterentwicklung der Notfallversorgung gefährden:

- Die jetzigen Vorgaben zur Ausgestaltung der ambulanten Notfallversorgung übertragen die Gestaltung einseitig den Kassenärztlichen Vereinigungen, so dass die Abgrenzung zwischen Regelversorgung und notdienstlicher Versorgung verschwimmt. Die integrierten Notfallzentren drohen dadurch zu einer Parallelstruktur für den Zugang zur vertragsärztlichen Re-

¹ Gender Erklärung:

Zur besseren Lesbarkeit werden Bezeichnungen wie „Patient, Vertragsarzt oder Arzt“ einheitlich und neutral für Patienten und Patientinnen, Vertragsärzte und Vertragsärztinnen sowie Ärzte und Ärztinnen verwendet.

Dies soll jedoch keinesfalls eine Geschlechterdiskriminierung oder eine Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes zum Ausdruck bringen.

gelversorgung zu werden, statt exklusiv eine Sonderstruktur für Notfälle in sektorenübergreifender Verantwortung von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern zu schaffen.

- Dadurch zementiert der Referentenentwurf die Sektorentrennung mit dem Vorrang eines Sektors, während der andere Sektor die Räumlichkeiten stellt und dies als Benachteiligung betrachtet wird. Im Ergebnis werden bei diesen Kräfteverhältnissen die Kassenärztlichen Vereinigungen ihren Sicherstellungsauftrag entsprechend einem Schieberegler ausfüllen (Quantität der Leistungen in Abhängigkeit von der Verfügbarkeit von Vertragsärzten, die für Integrierte Notfallzentren (INZ) gewonnen werden können; potenziell unwirtschaftliche Fälle werden in die Krankenhäuser verlagert), was Konfliktfälle in jeder INZ schaffen wird.

Um diese nachteilige Wirkung zu vermeiden, sollten zum einen Leitung und Leistungsumfang von INZ auf Basis der Regelungen aus dem Diskussionsentwurf bzw. den Empfehlungen des Sachverständigenrats umgesetzt werden. Zum anderen sollte der Sicherstellungsauftrag dem erweiterten Landesausschuss übertragen werden. Klargestellt werden sollte auch, dass zum Leistungsumfang einer INZ ein umfassender diagnostischer und - soweit ambulant erbringbar - auch ein therapeutischer Auftrag gehört. Wird auf eine solche Klarstellung verzichtet, ist nicht davon auszugehen, dass Patientinnen und Patienten Verbesserungen in der ambulanten Notfallversorgung erfahren werden.

Der Referentenentwurf fokussiert im Wesentlichen auf drei Schwerpunkte:

1. Gemeinsames Notfallsystem
2. Rettungsdienst
3. Integrierte Notfallzentren

Gemeinsames Notfallsystem

Die Bildung von Gemeinsamen Notfallsystemen (GNL) durch die Rettungsleitstellen (112) und die Kassenärztlichen Vereinigungen (116117) kann ein wichtiger Bestandteil der sachgerechten Steuerung von Hilfesuchenden in medizinischen Notsituationen werden und damit dazu beitragen, dass die Notfallversorgungsstrukturen leistungsfähig werden.

Die Regelungen zur digitalen Vernetzung der GNL, der Rettungsdienste sowie der INZ und der Notaufnahmen der Krankenhäuser untereinander, wird positiv bewertet. Beim Vorliegen eines medizinischen Notfalles muss das GNL in der Lage sein, die Disposition sachgerecht zu gewährleisten.

Hinsichtlich des Ersteinschätzungsverfahrens sollte der Gesetzgeber die Möglichkeit in Betracht ziehen, ob gerade unter dem Aspekt der bundeslandübergreifenden Dispositionsmöglichkeit, das bereits im Rahmen des TSVG implementierte bundesweit einheitliche, standardisierte Ersteinschätzungsverfahren nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 SGB V genutzt werden sollte.

Analog zur grundsätzlichen kritischen Bewertung der Kostenübernahme von Investitions- und Vorhaltekosten des Rettungsdienstes durch die GKV, wird die Verlagerung der Finanzierungsverantwortung der digitalen Unterstützungsangebote bewertet. Diese Angebote zur organisierten „Ersten-Hilfe“ können für die Notfallrettung sinnvoll sein, sind aber mit Blick auf die unterschiedliche Finanzverantwortung nicht von der GKV zu finanzieren.

Rettungsdienst

Die Aufnahme der „medizinischen Notfallrettung“ als eigenständiger Leistungsbereich in das SGB V und die daraus resultierenden weiteren Gesetzesänderungen können dazu führen, dass der zunehmenden Fehlanspruchnahme sowie der nicht sachgerechten Finanzierung der Rettungsdienste Einhalt geboten wird. Ausdrücklich begrüßt wird daher, dass für die Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung das Vertragsprinzip eingeführt wird. In diesem Zusammenhang bleibt der Referentenentwurf aber leider hinter seinen Möglichkeiten zurück, da nur in der Gesetzesbegründung, die sich aus dem Grundgesetz ergebene Finanzierungsverantwortung der Länder hinsichtlich der Investitions- und Vorhaltekosten des Rettungsdienstes erwähnt wird, nicht aber in der eigentlichen Regelung zu § 133 SGB V. Gleiches gilt für die Beteiligung der Krankenkassen an der Planung der Rettungsdienstinfrastruktur. Hier wäre hinsichtlich des Grundsatzes der Konnexität eine verbindlichere Einbeziehung der Krankenkassen sachgerecht. Gerade das Auseinanderfallen der Zuständigkeiten für die Bereitstellung und der Finanzierung des Rettungsdienstes wird mit Blick auf die sich daraus resultierenden unwirtschaftlichen Entscheidungen vom Bundesrechnungshof kritisch bewertet.

Hinsichtlich der Versorgung am Notfallort ist es zudem unerlässlich, dass Notfallsanitäterinnen und -sanitäter einheitlich ihre in der Ausbildung erlernten Kompetenzen eigenständig einsetzen dürfen.

Integrierte Notfallzentren

Die Regelung, dass INZ zukünftig die erste Anlaufstelle für die Patienten sein sollen, wird ausdrücklich begrüßt. Das INZ übernimmt die qualifizierte Ersteinschätzung und entscheidet, ob eine ambulante notdienstliche Behandlung im INZ erfolgen soll, ob eine stationäre Versorgung notwendig ist oder ob die Patienten während der üblichen Sprechzeiten des vertragsärztlichen Bereichs versorgt werden können. In der Folge werden die Zentralen Notaufnahmen der Krankenhäuser spürbar entlastet werden, da sie auf direktem Wege nur noch von schwer kranken Patienten mit klarem stationären Versorgungsbedarf durch den Rettungswagen angefahren werden dürfen. Alle anderen Patienten werden zunächst im INZ versorgt und nur bei Bedarf weitergeleitet. Die Gründung und Instandhaltung der INZ ist ein Teil der Daseinsvorsorge und somit von den Ländern zu finanzieren.

Insgesamt greift die Aufgabenbeschreibung der INZ jedoch zu kurz. INZ sollten umfänglicher gedacht werden und die gesamte notdienstliche Versorgung sektorenübergreifend übernehmen, insbesondere auch den telemedizinischen und den aufsuchenden Bereitschaftsdienst. Die Bereitschaftsdienstverordnungen der Länder sind an die neuen Versorgungsstrukturen entsprechend anzupassen.

Der gemeinsame Betrieb der INZ durch die Kassenärztliche Vereinigung und das Krankenhaus, allerdings unter räumlicher und wirtschaftlicher Abgrenzung zum Krankenhaus, wird ausdrücklich begrüßt. Damit entfällt der Fehlanreiz zu medizinisch nicht indizierten Krankenhauseinweisungen von Patienten.

Dass der Sicherstellungsauftrag für die notdienstliche Versorgung im INZ bei der Kassenärztlichen Vereinigung liegen soll, ist im Hinblick auf die Klarstellung in der Gesetzesbegründung, wo-

nach es sich um eine vertragsärztliche Leistung handelt, sachgerecht. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sollten die INZ jedoch weitergehende Aufgaben übernehmen und der Sicherstellungsauftrag zukünftig dem erweiterten Landesausschuss übertragen werden.

Ausdrücklich zu begrüßen ist die gemeinsame Planung der Standorte der INZ durch Kassenärztliche Vereinigungen, Landeskrankenhausgesellschaften und Krankenkassen auf Basis von bundesweit einheitlichen Planungskriterien, die der G-BA in einer Richtlinie festlegt. Denn es ist unerlässlich, die ambulante Notfallversorgung auf die Standorte zu konzentrieren, die dafür auch personell, fachlich und von der Ausstattung her besonders geeignet sind. Sehr positiv ist, dass dazu in der Richtlinie regionsbezogene Erreichbarkeitsrichtwerte und eine bevölkerungsbezogene Versorgungsdichte festgelegt werden. Ergänzend sollte der G-BA mit der Entwicklung und Umsetzung eines Qualitätssicherungsverfahrens beauftragt werden, um das Versorgungsgeschehen transparent zu machen.

INZ sollten dazu verpflichtet werden, auf die vorhandene Ausstattung (z.B. Labor, Radiologie, etc.) des Krankenhauses zuzugreifen, um kostenintensive Doppelvorhaltungen zu vermeiden.

Um einer vergütungstechnisch bedingten Mehr-Klassen-Medizin in der ambulanten Notfallversorgung vorzubeugen (Akutversorgung beim Arzt des Vertrauens vs. über die Terminservicestellen vermittelte Akutversorgung/offene Sprechstunden nach dem TSVG vs. telemedizinischer oder aufsuchender Bereitschaftsdienst vs. INZ) und unter Gesichtspunkten der finanziellen Anreizsetzung zur koordinierten Steuerung in der ambulanten Notfallversorgung sind gleiche, aufeinander abgestimmte Vergütungs- und Finanzierungsmodalitäten für die gesamte notdienstliche Versorgung unabdingbar. Dies bedeutet, dass die Zweiteilung der Vergütungs- und Finanzierungsmodalitäten in der notdienstlichen Versorgung aufzuheben ist, indem zum einen die Bewertung der Leistungen von INZ sowie telemedizinischem und aufsuchendem Bereitschaftsdienst in einer gleichen, die gleichgestellte Wertung der notdienstlichen Versorgungsarten ermöglichenden Vergütungssystematik festgelegt werden.

Zum anderen sollte im Hinblick auf eine wirtschaftliche Erfüllung des Sicherstellungsauftrags die Organisation der gesamten ambulanten Notfallversorgung in der Finanzierungsverantwortung des jeweiligen Sicherstellers liegen. Hätten Krankenhäuser und Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Leistungserbringerseite gemeinsam den Sicherstellungsauftrag, wäre eine mögliche Lösung, einen gemeinsamen Budgettopf „Notfallversorgung“ zu implementieren, welcher auch Preis- und Mengensteuerungselemente beinhaltet. Dabei ist es unerlässlich, im ergänzten bzw. ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss die Anzahl der Vertreter des GKV-Spitzenverbandes zu verdoppeln. Damit wird die Stimmenparität zwischen Vertretern der Leistungserbringer und Krankenkassen gewährleistet.

Soll, wie im Referentenentwurf vorgesehen, die notdienstliche Versorgung weiterhin vertragsärztliche Versorgung sein und einheitlich und allein durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sichergestellt werden, sollten auch die bisherigen Finanzierungsmodalitäten sowohl hinsichtlich des Betriebs der INZ als auch hinsichtlich des Bereitschaftsdiensts beibehalten und beides aus der MGW im Vorwegabzug vergütet werden.

Fazit

Insgesamt ist die Restrukturierung der Notfallversorgung ein notwendiger Schritt und wird von der AOK-Gemeinschaft begrüßt. Jedoch muss zum besseren Nutzen für Patienten und Ärzte sowie Pflegepersonal eine wirksame sektorübergreifende Reform erfolgen. Mit der vorliegenden Ausgestaltung besteht jedoch das Risiko, dass durch mangelnden Gestaltungswillen Mehrausgaben entstehen, ohne dass umfassende Strukturverbesserungen realisiert werden. Echte Sektorenunabhängigkeit erfordert gemeinsame Verantwortung und Gestaltung von Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenhausgesellschaften und Krankenkassen.

II. Stellungnahme zu den einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Art. 1 Nr. 1 § 11 SGB V - Leistungsarten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die „medizinische Notfallrettung“ wird als eigenständige Leistung in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen.

B Stellungnahme

Die Aufnahme der medizinischen Notfallrettung ist sachgerecht, da sich der „Rettungsdienst“ in den vergangenen Jahrzehnten strukturell und qualitativ deutlich verändert hat. In der Vergangenheit lag der Fokus primär auf dem schnellen Transport in ein Krankenhaus. Heutzutage ist die qualitativ hochwertige Versorgung am Unfallort zusätzlich in den Mittelpunkt des Tätigkeitsspektrums gerückt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art. 1 Nr. 2 § 60 SGB V – Medizinische Notfallrettung und § 60a SGB V – Krankentransporte und Krankenfahrten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Regelung teilt den aktuell gültigen § 60 – Fahrkosten in § 60 SGB V – Medizinische Notfallrettung und § 60a SGB V – Krankentransporte und Krankenfahrten auf.

Zu § 60 SGB V

Die beabsichtigte Regelung des § 60 gestaltet die neu geschaffene Leistungsart „medizinische Notfallrettung“ aus und definiert den Leistungsanspruch des Versicherten. Insbesondere wird klargestellt, dass von der medizinischen Notfallrettung nicht nur der qualifizierte Transport mit einem geeigneten Rettungsmittel in ein Krankenhaus, sondern auch die medizinische Versorgung am Notfallort umfasst ist. Zudem wird festgelegt, dass die Ersteinschätzung des „Gemeinsamen Notfallsystems“ (GNL; vgl. hierzu Regelung zu § 133b SGB V) als Verordnungsäquivalent für die Abrechnung durch die Krankenkassen ausreicht und die erforderlichen Informationen zur Weiterbehandlung vom Rettungsdienst digital weitergeleitet werden. Eine Weiterbehandlung soll primär durch ein „integriertes Notfallzentrum“ (INZ; vgl. hierzu Regelung zu § 123 SGB V) erfolgen. Ist eine stationäre Aufnahme absehbar, müssen solche Krankenhäuser angefahren werden, welche die Vorgaben des Notfallstufenkonzepts nach § 136c Abs. 4 SGB V erfüllen. Abschließend wird die Zuzahlung der Versicherten geregelt. Hierbei erfolgt eine Klarstellung, dass wie in anderen Leistungsbereichen auch, Versicherte bis zum Erreichen des 18. Lebensjahres von der Zuzahlung befreit sind.

Zu § 60a SGB V

Umfasst die bewährten Regelungen zum Leistungsumfang und -inhalt der Krankentransporte und Krankenfahrten des aktuell gültigen § 60 – Fahrkosten. Diese werden redaktionell und inhaltlich an die bestehenden Regelungen der Krankentransportrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) angepasst. In § 60a Abs. 2 Nr. 5 wird der Leistungsumfang um Krankentransporte und Krankenfahrten zu einer notdienstlichen Versorgung in einem INZ erweitert. Diese dürfen im medizinisch begründeten Einzelfall durch die GNL auf Basis des Ersteinschätzungsverfahrens veranlasst werden.

B Stellungnahme

Die Aufteilung der Regelungsinhalte zur „medizinischen Notfallrettung“ und der „Krankentransporte und Krankenfahrten“ in zwei getrennte Paragraphen ist sachlogisch.

Zu § 60 SGB V

Die vorgesehene Regelung zu § 60 ist in sich schlüssig. Die Definition und Ausgestaltung der medizinischen Notfallrettung entspricht den gängigen Regelungen der Rettungsdienstgesetze der Länder (RettdG). Die Klarstellung, dass auch die medizinische Versorgung am Notfallort zum Leistungsumfang gehört, ergibt sich ebenfalls aus den meisten RettdG und führt nun zur leistungsrechtlichen Klarheit im SGB V. Durch diese Regelung werden bestehende Fehlanreize von

unnötigen Transporten in ein Krankenhaus aufgehoben. Der Wegfall dieser unnötigen Transporte und insbesondere der darauffolgenden stationären Versorgung kann entsprechende Wirtschaftlichkeitspotenziale heben. Um diese auch vollumfänglich ausnutzen zu können, bedarf es einer ergänzenden Klarstellung, z.B. im Notfallsanitättergesetz (NotSanG), zum Umfang der Tätigkeitsausübung der Notfallsanitätter am Notfallort. Es sollte zukünftig gewährleistet sein, dass die Notfallsanitätter die im Rahmen ihrer in der Ausbildung erlernten Kompetenzen bei der Versorgung am Notfallort auch eigenständig, ohne vorherige ärztliche Übertragung, einsetzen dürfen. Ansonsten bleibt die Änderung des 60 SGB V deutlich hinter ihren Möglichkeiten zurück. Der Gesetzgeber hat diesen neuen Beruf zum 01.01.2014 mit der Begründung eingeführt, das allgemeine Qualifikationsniveau in der Versorgung vor Ort und beim Transport deutlich zu heben. Dies sollte dazu führen, dass die Notärzte entlastet werden.

Die Regelung in Absatz 3, dass ein Krankenhaus nur bei absehbar stationärem Versorgungsbedarf direkt angefahren werden darf, andernfalls immer das nächstgelegene INZ die erste Anlaufstelle des Rettungswagens ist, wird im Sinne der bedarfsgerechten Patientensteuerung begrüßt. Aus Gründen der Patientensicherheit und der Versorgungsqualität ist die Regelung, dass die angefahrenen Krankenhäuser die Anforderungen an eine der vom G-BA festgelegten Notfallstufen erfüllen müssen, sachgerecht. Eine Bestimmung in der neuen Richtlinie nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 16 SGB V in welchen Fällen abweichend ein spezialisiertes Krankenhaus angefahren werden soll, ist eine im Sinne der Versorgung notwendige Ergänzung.

Die Klarstellung, dass die Zuzahlungspflicht, wie bei anderen Leistungsarten des SGB V auch, auf Erwachsene beschränkt wird, wird begrüßt. Dass der Zuzahlungseinzug wie bisher auch (vgl. § 60 Abs. 2 Satz 2 SGB V) regelhaft durch die Krankenkassen erfolgt, ist mit Blick auf die Ausnahmesituation des medizinischen Notfalls sachgerecht.

Zu § 60a SGB V

Die Übernahme der bewährten Regelungen und deren Konkretisierung durch die Übernahme von Begriffsbestimmungen und Regelungen aus der Krankentransportrichtlinie des G-BA zu den Krankentransporten und Krankenfahrten in den § 60a ist sachgerecht. Die Ausweitung des Leistungsumfangs in § 60a Abs. 2 Nr. 5 wird ebenfalls ausdrücklich unterstützt. Aktuell können die Rettungsleitstellen keine niederschweligen Transportmittel (wie Krankentransportwagen oder Taxen) disponieren. Aktuell stehen ihnen in der Regel „nur“ Rettungshubschrauber, Rettungswagen und Notarztwagen zur Verfügung. Dies führte in der Praxis zu „unnötigen“ Einsätzen der entsprechenden Rettungsmittel, welche im Vergleich zu den niederschweligen Transportmitteln deutlich höhere Kosten verursachen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

In § 1 Absatz 1 des NotSanG wird folgender Satz angefügt:

„Personen mit einer Erlaubnis nach Satz 1 sind im Rahmen der ihnen nach § 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c) vermittelten Kompetenz zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten berechtigt.“

Art. 1 Nr. 3 §73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V – Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine redaktionelle Klarstellung, dass die Verordnungsermächtigung der Vertragsärzteschaft neben der Verordnung von Krankentransporten auch die Verordnung von Krankenfahrten umfasst.

B Stellungnahme

Die Anpassung ist sachgerecht, da es sich nicht um eine Ausweitung der Verordnungsermächtigung handelt, sondern sich die Änderung vielmehr aus der neu im SGB V vorgesehen Begrifflichkeit ergibt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art. 1 Nr. 4 § 73b Absatz 4 Satz 7 SGB V – Hausarztzentrierte Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung zur neuen Terminologie und Legaldefinition der ambulanten Notfallversorgung: Wie bislang die vertragsärztliche Versorgung in den sprechstundenfreien Zeiten soll auch die neu gefasste notdienstliche 24/7-Versorgung durch eine einheitliche Organisation seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen – unter Einbeziehung der Krankenhäuser – sichergestellt sein. Ihre Sicherstellung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen soll nicht durch Selektivverträge eingeschränkt werden können, eine separate Organisation der notdienstlichen Versorgung im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung bleibt damit ausgeschlossen. Vertragsärzte, die an Verträgen über eine hausarztzentrierte Versorgung teilnehmen, bleiben unverändert verpflichtet, sich an der von der Kassenärztlichen Vereinigung organisierten notdienstlichen Versorgung zu beteiligen.

B Stellungnahme

Redaktionelle Anpassung mit Fortgeltung der bisherigen Regelung ist sachlogisch.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art. 1 Nr. 5 § 75 SGB V - Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a:

aa) Gemäß Absatz 1a können die Terminservicestellen mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren. Dieser Hinweis wird vor dem Hintergrund der Neuregelung des Notfallleitsystems in § 133b SGB V konkretisiert, indem ein Verweis auf den entsprechenden Paragraphen erfolgt.

bb) Die Terminservicestellen haben in Akutfällen auf der Grundlage eines Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln. Bisher bezog sich die Vermittlung auf die jeweils medizinisch gebotene "Versorgungsebene". Der Gesetzesentwurf sieht aufgrund der Einführung der integrierten Notfallzentren nach § 123 eine sprachliche Anpassung auf die medizinisch gebotene „Versorgungsstruktur“ vor.

Buchstabe b:

Im derzeit gültigen Absatz 1b wird der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung zur sprechstundenfreien Zeit (Notdienst) definiert und konkretisiert. Diese Legaldefinition wird gestrichen und durch einen Sicherstellungsauftrag zur sogenannten „notdienstlichen Versorgung“ ersetzt: Der an die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vergebene Auftrag zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung umfasst demnach auch die vertragsärztliche Versorgung an 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist (notdienstliche Versorgung). Ausgenommen hiervon bleibt wie bisher die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt.

Die notdienstliche Versorgung soll durch den Betrieb von integrierten Notfallzentren nach § 123 sowie durch einen telemedizinischen und einen aufsuchenden Bereitschaftsdienst sichergestellt werden. Hierfür haben die Kassenärztlichen Vereinigungen mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen.

Unverändert bestehen bleibt der Informationsaustausch über die Organisation der notdienstlichen Versorgung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesapothekerkammern.

Buchstabe c:

Ein neu eingefügter Absatz 1c fixiert den Sicherstellungsauftrag für die vertragszahnärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Neustrukturierung der ambulanten Notfallversorgung ist grundsätzlich zu begrüßen, geht jedoch nicht weit genug: Es besteht die dringende Notwendigkeit der Implementierung einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung. Patienten sollen im Notfall eine zentrale Anlaufstelle für ihr medizinisches Behandlungersuchen haben. Diese zentrale Anlaufstelle

ist durch niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte gemeinsam zu betreiben. Über das standardisierte Ersteinschätzungsverfahren wird entschieden, ob die Patienten mit ambulanten oder stationären Notfallkapazitäten versorgt werden müssen oder in die vertragsärztliche Regelversorgung entlassen werden können bzw. einen Termin mit einem Vertragsarzt benötigen. Die Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten sind klar voneinander abzugrenzen. Eine solche sektorenübergreifende notdienstliche Versorgung ist durch alle Akteure – Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Landeskrankenhausgesellschaften, ergänzt um die Länder durch ein Mitberatungsrecht ohne Stimmrecht – sicherzustellen. Diese Aufgabe könnten daher die erweiterten Landesausschüsse nach § 90 Absatz 4a [neu] übernehmen.

Dass die Sicherstellung der ambulanten Versorgung – inklusive der ambulanten Notfallversorgung – wie hier vorgesehen weiterhin allein den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt, ist in der vorgeschlagenen Regelungssystematik konsistent, geht aber im Hinblick auf die Implementierung einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung nicht weit genug. Mit einer derartigen Regelung lassen sich Schnittstellenproblematiken in der Zuständigkeit aufgrund der fehlenden Abgrenzungen des zu erbringenden Versorgungsspektrums nicht vermeiden. So sind Begrifflichkeiten wie „notdienstliche Versorgung“, „notärztliche Versorgung“, „Notdienst“ oder „Bereitschaftsdienst“ nicht klar definiert. Ob und wenn ja welche Unterscheidung zwischen „Akutfällen“ nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nr. 3 und der „notdienstlichen Versorgung“ bestehen, bleibt unklar. Gleichwohl entstehen Abgrenzungsprobleme, da sich z. B. die Vergütung je nach Zuordnung unterscheidet.

Auch die unterschiedliche Ausgestaltung des vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Sicherstellungsauftrages ist klarer zu fassen. In der aktuellen Formulierung bezieht sich der neue Absatz 1b auf den Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1, welcher den vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Sicherstellungsauftrag festlegt. Durch den neu hinzukommenden Absatz 1c ist die derzeitige Textierung zur vertragszahnärztlichen Sicherstellung widersprüchlich.

Der Umfang des vertragsärztlichen Sicherstellungsauftrages ändert sich durch die vorgesehenen Regelungen nicht, wohl jedoch die Struktur. Bislang wurde über die Unterteilung in Sprechstunden- und Sprechstundenfreie Zeiten eine 24/7 Bereitschaft installiert. Auf Landesebene wurden hierfür verschiedene Strukturen geschaffen. Vertragsärzte leisten Bereitschaftsdienste zu den Sprechstundenfreien Zeiten. Häufig erfolgt der Bereitschaftsdienst über sogenannte Portalpraxen, die mitunter auch zu den Sprechstundenzeiten geöffnet sind und (auch) durch Krankenhausärzte besetzt werden. Der neue Begriff der „notdienstlichen Versorgung“ umfasst Fälle, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Diese 24/7 Versorgung während und außerhalb der Sprechstunden der niedergelassenen Vertragsärzte soll durch integrierte Notfallzentren nach § 123 sowie durch einen telemedizinischen und einen aufsuchenden Bereitschaftsdienst sichergestellt werden. Parallel dazu findet – in den Sprechstundenzeiten – die ambulante Versorgung durch niedergelassene Vertragsärzte statt, welche auch die Behandlung von Akut- und Notfällen umfassen kann. Die Gesetzesbegründung weist explizit darauf hin, dass in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist, diese Behandlung auch durch zugelassene und ermächtigte Leistungserbringer weiter erfolgen können soll. Es werden also Doppelstrukturen aufgebaut. Obwohl die Versorgung identisch ist, unterscheidet sich die Vergütung. Durch die unklare Abgrenzung der Aufgabenbereiche

und den Betrieb der Terminservicestellen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, kann die standardisierte Ersteinschätzung in ein integriertes Notfallzentrum oder zu einem Vertragsarzt erfolgen. Falsche Vergütungsanreize sind zu vermeiden.

Gegebenenfalls wird es notwendig sein, die vorgesehen integrierten Notfallzentren neben Vertragsärzten (zusätzlich) durch Krankenhausärzte zu besetzen. Der bisherige Absatz 1b enthält den klaren Hinweis, dass nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende zugelassene Krankenhäuser und Ärzte, die aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogen sind, zur Leistungserbringung im Rahmen des Notdienstes berechtigt sind und zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Dabei sind Doppelfinanzierungen zu vermeiden.

Darüber hinaus fehlt der Hinweis, dass in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen nicht erforderlich ist, ein Verweis in die medizinisch gebotene – vertragsärztliche – Versorgungsstruktur zu erfolgen hat. Das Nähere sollte der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 16 bestimmen.

Die Verpflichtung zur Ergreifung „alle[r] geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen“ bei der Wahrnehmung des Sicherstellungsauftrags für die notdienstliche Versorgung impliziert laut der Begründung die Fortschreibung der bisherigen „Praxis zur umfangreichen Finanzierung von [...] Portalpraxen oder Notdienstpraxen sowie des notdienstlichen Fahrdienstes“ „über die Haushalte bzw. die (Verwaltungskosten-)Umlage der Kassenärztlichen Vereinigungen“. Allerdings wird gleichzeitig mit den Regelungen in § 123 Abs. 4, weiter explizit auch in der Begründung zur gesetzesbereinigenden Änderung von § 87 Abs. 2a (Artikel 1, Nr. 6) aufgrund unterschiedlicher Finanzierungsmodalitäten eine Zweiteilung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen für die notdienstliche Versorgung in telemedizinischer und aufsuchender Bereitschaftsdienst einerseits sowie Betrieb von integrierten Notfallzentren nach § 123 andererseits vorgenommen. Dabei soll nach den Regelungen in § 123 Abs. 4 die Vergütung der integrierten Notfallzentren extrabudgetär unter Trennung nach vorhalte- und leistungsbezogenen Kosten sowie unter zusätzlicher Berücksichtigung von „spezifischen Investitionsbedingungen“ erfolgen; die Leistungen des telemedizinischen und aufsuchenden Bereitschaftsdienstes sind dagegen weiterhin nach den im EBM beschlossenen Vergütungsziffern unquotiert aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) im sog. Vorwegabzug zu vergüten (d.h. ohne begrenzende oder mindernde Maßnahmen der Honorarverteilung). Dadurch wären allein noch die Strukturkosten für den Bereitschaftsdienst-Teil der notdienstlichen Versorgung aus den Haushalten bzw. über die (Verwaltungskosten-)Umlage der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzubringen. Dabei sei angemerkt, dass die gesetzlichen Krankenkassen bereits in der Vergangenheit die Strukturen des – gesamten – Notdienstes u.a. über Mittel in den und zusätzlich zum Strukturfonds (seit Inkraft-Treten des TSVG spezifischer auf Basis von §§ 105 Abs. 1a Nr. 7: Förderung des Betriebs der Terminservicestellen sowie 105 Abs. 1b: Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes) sowie über regional vereinbarte Preiszuschläge auf förderungswürdige Leistungen nach § 87a Abs. 3 Satz 6 in beträchtlichem Umfang mitalimentiert haben.

Die angedachte Zweiteilung der Finanzierung der notdienstlichen Versorgung und Aufhebung jeglicher Budgetbedingungen für den einen Teil davon bedeutet nicht nur eine beträchtliche Entlastung der Haushalte der Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern führt auch zu einer nicht

gleichgestellten Wertung der beiden Versorgungsarten Bereitschaftsdienst und integriertes Notfallzentrum sowie die Wegnahme der finanziellen Anreize für die Kassenärztlichen Vereinigungen, dem Sicherstellungsauftrag für die notdienstliche Versorgung in den integrierten Notfallzentren auch wirtschaftlich nachzukommen. Die Verpflichtung zur Ergreifung „alle[r] geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen“ mutet daher eher wie ein Appell an, eine deklaratorische Konturierung dessen, dass § 72 Abs. 2 SGB V auch hinsichtlich der Sicherstellung der notdienstlichen Versorgung im Allgemeinen und in den integrierten Notfallzentren nach § 123 im Speziellen gilt. Auch um den Vorstellungen des Gesetzgebers einer integrierten Organisation von Bereitschaftsdienst und Betrieb der integrierten Notfallzentren durch die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechen zu können (siehe bspw. in der Begründung „Dabei ist beispielsweise die Einbeziehung der ärztlichen Besetzung des INZ in den Nachtstunden in den telemedizinischen Bereitschaftsdienst denkbar.“), sollten zur Vermeidung von Fehlsteuerungen aufgrund falscher Anreizsetzungen gleiche Finanzierungsmodalitäten für die gesamte notdienstliche Versorgung gelten, und dies dann unter Budgetbedingungen.

Das Festhalten an der Abstimmung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesapothekerkammern zur Vereinfachung der Arzneimittelversorgung und der Regelungen zur notärztlichen Versorgung im Rettungsdienst ist sachgerecht.

Der zahnärztliche Notdienst umfasst die vertragszahnärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten. Dieser soll von der Neufassung der notdienstlichen Versorgung unberührt bleiben. Dieses Vorgehen erfüllt die vorgesehene Regelung. Inhaltlich kann der Intension gefolgt werden.

C Änderungsvorschlag

Der Sicherstellungsauftrag für die sektorenübergreifende Notfallversorgung obliegt einem gemeinsamen Gremium aus Kassenärztlichen Vereinigungen, Landeskrankenhausgesellschaften und Krankenkassen, ergänzt um die Länder. Den Notfallpatienten soll zukünftig eine zentrale Anlaufstelle zur Ersteinschätzung und Erstversorgung rund um die Uhr zur Verfügung stehen (INZ). Nach Durchführung einer standardisierten Ersteinschätzung, bei der eine dringende Behandlungsbedürftigkeit festgestellt wurde, kann die Versorgung direkt anschließend durch das Personal des integrierten Notfallzentrums erfolgen.

Patienten können als Notfall, Akutfall oder Bagatellfall eingestuft werden. Eine Abgrenzung ist durch den Gesetzgeber vorzunehmen und im G-BA zu konkretisieren. Die Notaufnahmen („Notfallambulanzen“) und der kassenärztliche Bereitschaftsdienst/ärztliche Notdienst werden in den integrierten Versorgungszentren zusammengeführt. Im Idealfall erfolgt die standardisierte Ersteinschätzung bereits telefonisch.

Art. 1 Nr. 6 § 87 SGB V – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Sätze 23 und 24 des Absatzes 2a in § 87 SGB V werden ersatzlos gestrichen. Diese forderten den ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5a SGB V mit Frist bis zum 31.12.2016 zur Festlegung von nach Schweregrad differenzierten Leistungen der Versorgung im Notfall und im Notdienst auf, mit Verpflichtung zur – einmaligen – Evaluation und Berichterstattung gegenüber dem BMG nach Ablauf von zwei Jahren.

Laut Begründung finden die im EBM hinsichtlich der ambulanten Notfallversorgung bereits beschlossenen Vergütungsregelungen weiterhin Anwendung bei

- Leistungserbringung im übergangsweise vorgesehenen Weiterbetrieb der bestehenden Versorgungsstrukturen (Portal- bzw. Notdienstpraxen),
- Leistungserbringung nach § 76 Abs. 1 Satz 2,
- Leistungserbringung im telemedizinischen und aufsuchenden Bereitschaftsdienst.

B Stellungnahme

Der gesetzliche Auftrag zur Leistungs- und Bewertungsfestlegung für die ambulante Notfallversorgung wurde durch den ergänzten Bewertungsausschuss fristgerecht umgesetzt. Die Regelung ist durch Zeitablauf überholt. Zudem ist in § 87 Abs. 2 Satz 2 eine generelle Verpflichtung zur regelmäßigen Überprüfung und ggf. Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs geregelt. Die Rechtsbereinigung ist damit konsequent.

Mit den Regelungen in § 123 Abs. 4 [neu] ergibt sich indes eine neue Beauftragung des ergänzten Bewertungsausschusses, einmal zur Festlegung von Vergütungen für die in § 123 normierten integrierten Notfallzentren, zum anderen zu einer diesbezüglichen zweijährlichen Evaluation. In der Begründung wird die Zerteilung der Vergütung und Finanzierungsmodalitäten in der notdienstlichen Versorgung expliziert. Um eine Gleichwertigkeit der notdienstlichen Versorgungsarten „Bereitschaftsdienst“ und „integriertes Notfallzentrum“ zu gewährleisten, einer vergütungstechnisch bedingten Mehr-Klassen-Medizin in der ambulanten Versorgung von Akut- und/oder Notfällen vorzubeugen – 1. Akutversorgung beim Arzt des Vertrauens; 2. über die Terminservicestellen vermittelte Akutversorgung/offene Sprechstunden nach dem TSVG; 3. telemedizinischer oder aufsuchender Bereitschaftsdienst; 4. integriertes Notfallzentrum nach § 123 – und unter Gesichtspunkten einer gleichgerichteten und -gewichteten finanziellen Anreizsetzung beim Zugang zur adäquaten medizinischen Behandlung in Akut- bzw. Notfallsituationen sind gleiche, aufeinander abgestimmte Vergütungs- und Finanzierungsmodalitäten für die gesamte notdienstliche Versorgung unabdingbar.

C Änderungsvorschlag

Allgemein:

Eine Zweiteilung der Vergütung und Finanzierungsmodalitäten in der notdienstlichen Versorgung ist zu vermeiden. Die Sicherstellungsaufträge für die ambulante Regelversorgung einerseits und die ambulante Notfallversorgung andererseits sind genauer zu definieren und voneinander abzugrenzen.

Art. 1 Nr. 7 § 87b SGB V – Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)

A Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung zur Aufspaltung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante Notfallversorgung bzw. deren Finanzierungsmodalitäten im telemedizinischen und aufsuchenden Bereitschaftsdienst mit intrabudgetärer Vergütung aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) einerseits und Betrieb von INZ nach § 123 SGB V mit extrabudgetärer Vergütung bzw. Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung andererseits. Die Regelung nach § 87b Absatz 1 Satz 3, nach welcher für die unquotierte, d.h. „quasi-extrabudgetäre“ Vergütung von Leistungen im Notfall und im Notdienst ein eigenes Honorarvolumen vor Trennung der Vergütung innerhalb der MGV in ein haus- und ein fachärztliches Vergütungsvolumen im sog. Vorwegabzug zu bilden ist, wird infolge der „finanziellen Zweiteilung“ der notdienstlichen Versorgung allein auf den telemedizinischen und aufsuchenden Bereitschaftsdienst eingeschränkt.

B Stellungnahme

Die Änderung wäre sachgerecht, wenn sie denn auch die Versorgung in übergangsweise weiterbetriebenen Strukturen, die nach § 75 Abs. 1b in der bisherigen Fassung aufgebaut wurden (Portalpraxen u.a.), umfasste und die vorgesehene Zweiteilung der Finanzierung der ambulanten Notfallversorgung gutgeheißen werden würde.

Die bisherigen Regelungen hinsichtlich der Finanzierung von Leistungen im Notfall und im Notdienst sollen nur noch im Falle des telemedizinischen und aufsuchenden Bereitschaftsdiensts durch i.d.R. vertragsärztliche Leistungserbringer Anwendung finden. Allerdings wird in § 75 Abs. 1b [neu] klargestellt, dass die notdienstliche Versorgung insgesamt durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherzustellen ist, also auch der Betrieb von integrierten Notfallzentren nach § 123. Ferner obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen die fachliche Leitung der integrierten Notfallzentren nach § 123 und sie dienen als jeweilige Abrechnungsstelle. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen umfasst damit nur noch für diese Versorgungsart der notdienstlichen Versorgung auch die Finanzierungsverantwortung; bei der Versorgungsart „Betrieb von integrierten Notfallzentren nach § 123“ werden die Kassenärztlichen Vereinigungen aus der Finanzierungsverantwortung genommen. Um systemische Anreize zu setzen, Patienten in Akut- und Notfällen in den medizinisch adäquaten ambulanten Versorgungsstrukturen zu behandeln und beim Sichersteller auch die Finanzierungsverantwortung für die gesamte notdienstliche Versorgung zu haben, wäre es nur konsequent, wenn auch die Finanzierung der integrierten Notfallzentren nach § 123 innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt, unabhängig von der Finanzierungsmodalität.

C Änderungsvorschlag

Allgemein:

Eine Zweiteilung der Vergütung und Finanzierungsmodalitäten in der notdienstlichen Versorgung ist zu vermeiden.

Art. 1 Nr. 8 § 90 SGB V – Landesausschüsse

A Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a:

Die Ausführungen zu den erweiterten Landesausschüssen werden gestrichen, nachdem diese in § 90 Abs. 4a SGB V (neu) neu verortet werden. Zusätzlich redaktionelle Zusammenfassung der Sätze 3 und 4.

Buchstabe b:

Die Norm zum erweiterten Landesausschuss, der bisher durch § 90 SGB V i. V. m. § 116b Abs. 3 SGB V geregelt war, wird in einem neuen Absatz 4a verortet. Hierbei werden die bislang geltenden Regelungen zu Mitgliederanzahl, Stimmverhältnis, Berufung der Vorsitzenden und der unparteiischen Mitglieder etc. aus § 116b Abs. 3 Satz 1 bis 6 SGB V wortgleich übernommen. Die Aufgaben des erweiterten Landesausschusses werden um die Standortfestlegung von INZ gemäß § 123 Abs. 2 SGB V erweitert. Das Land hat, wie im Landesausschuss nach § 90 Abs. 1 auch, im erweiterten Landesausschuss ein Mitberatungsrecht sowie Anwesenheitsrecht bei der Beschlussfassung; hinsichtlich der Standortfestlegung von INZ erhält das Land zusätzlich ein Antragsrecht. Kommt eine Entscheidung des erweiterten Landesausschusses nicht fristgemäß zustande, erfolgt die Festlegung der Standorte für INZ im Wege der Ersatzvornahme innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf einer vom Land zu setzenden Nachfrist von max. sechs Wochen.

Buchstabe c:

Es handelt sich um eine Klarstellung, dass das Aufsichtsrecht der Landesbehörden in Absatz 5 auch für die erweiterten Landesausschüsse gelten.

B Stellungnahme

Zu Buchstabe a:

Es handelt sich um redaktionelle (Folge-)Änderungen und eine klarstellende Neustrukturierung der die Landesausschüsse betreffenden Normen.

Zu Buchstabe b:

Die Normierung des erweiterten Landesausschusses unter § 90 Abs. 4 SGB V ist und wird ausdrücklich begrüßt.

Die dreiseitigen erweiterten Landesausschüsse (eLa), die erstmals mit der Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V gebildet wurden, sind ein geeignetes Gremium, um die Standorte der INZ festzulegen. Damit ist gewährleistet, dass eine Festlegung durch die unmittelbar handelnden Akteure (Krankenkassen, Krankenhäusern und Kassenärztlicher Vereinigungen) gemeinsam erfolgt und damit die Akzeptanz der gefundenen Entscheidungen sichergestellt ist.

Die Rolle der Länder durch die Einbindung bei nicht fristgerechter Einigung ist in diesem Kontext ebenso sachgerecht wie die Möglichkeit der Beteiligung der Länder durch Mitberatungs- und Antragsrecht.

Der eLa hat seine Auswahlentscheidung nach bundesweit einheitlichen bedarfsbezogenen Planungsvorgaben des GBA-Vorgaben zu treffen. Damit wird der Gestaltungsspielraum des eLa klar definiert.

Da die Krankenkassen die Finanzierung der Leistungen der INZ tragen, ist die Gewichtung der Stimmrechte sachgerecht.

Zu Buchstabe c:

Die Klarstellung ist sachgerecht und daher zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art. 1 Nr. 9 § 92 SGB V – Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses

A Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Regelung sieht vor, dass der G-BA zukünftig eine Richtlinie für die medizinische Notfallrettung und für die integrierten Notfallzentren beschließt. Bei diesen Richtlinien erhalten die Länder ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Die Bundesverbände der Hilfsorganisationen, die im Rettungsdienst mitwirken (bspw. DRK) und die betroffenen Fachgesellschaften erhalten ein Stellungnahmerecht.

Zudem erfolgt eine redaktionelle Anpassung, dass die bereits bestehende „Krankentransport-Richtlinie“ des G-BA auch Krankenfahrten regelt.

B Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung des Titels der Krankentransport-Richtlinie des G-BA ist sachgerecht, da bereits in der aktuellen Fassung „Krankenfahrten“ geregelt werden.

Die Schaffung einer neuen Richtlinie für die medizinische Notfallrettung und für integrierte Notfallzentren ist die Basis der weiteren inhaltlichen Ausgestaltung der beiden Bereiche im SGB V. Sie ist daher, auch mit Blick auf die vorgesehenen Antrags- und Mitberatungsrechte der Länder und das Stellungnahmerecht für Hilfsorganisationen, sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art. 1 Nr. 10 § 115 SGBV – Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Verpflichtung zur dreiseitigen Vereinbarung auf regionaler Ebene zur Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes wird aufgehoben. Die Möglichkeit zur ergänzenden Regelung der Vergütung im Notdienst für INZ findet sich nun in § 123 SGB V.

B Stellungnahme

Infolge der Neuregelung der notdienstlichen Versorgung mit Einführung der Integrierten Notfallzentren ist die oben genannte Verpflichtung nicht mehr zielführend. Die Kürzung ist daher sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art. 1 Nr. 11 § 116b SGB V – Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a:

Es wird ein Verweis auf den neu geschaffenen § 90 Abs. 4a SGB V vorgenommen, um eine Kürzung des bisherigen Wortlautes des Gesetzes zu erreichen.

Buchstabe b:

Die bisherigen Ausführungen zu Mitgliedern und Berufungsentscheidungen werden nun im § 90 Abs. 4 normiert. Im § 116b Absatz 3 verbleiben damit Klarstellungen zur Möglichkeit, dass der erweiterte Landesausschuss im Rahmen der Beschlussfassung über Entscheidungen im Antragsverfahren nach § 116b SGB V mit Besetzung einer kleineren Zahl von Mitgliedern festlegen kann. Ferner kann der erweiterte Landesausschuss für seine Aufgaben im Rahmen der spezialfachärztlichen Versorgung ganz oder teilweise Dritte beauftragen und hierfür nähere Vorgaben beschließen.

B Stellungnahme

Zu Buchstabe a:

Die Kürzung ist sachgerecht und daher zu begrüßen.

Zu Buchstabe b:

Die Regelung ist redaktioneller Natur und trägt der Normierung in § 90 Abs. 4a SGB V Rechnung. Sie ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art. 1 Nr. 12 § 120 SGB V – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a:

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur, die notwendig wurde, damit INZs und Krankenhäuser zur Vergütung ambulanter Leistungen berechtigt sind.

Buchstabe b:

Krankenhäusern, die Leistungen der ambulanten Notfallversorgung erbringen, jedoch kein ausgewiesener INZ-Standort nach §123 Absatz 2 Satz 2 [neu] sind oder keine Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung zur Sicherstellung des Notdienstes nach § 75 Absatz 1b Satz 2 abgeschlossen haben, wird die Vergütung für die erbrachte ambulante Leistung um 50 Prozent gekürzt.

B Stellungnahme

Zu Buchstabe a:

Es handelt sich um eine sachgerechte Korrektur redaktioneller Art.

Zu Buchstabe b:

Die Regelung wird begrüßt und ist unverzichtbar, um die in der Gesetzesbegründung ausgewiesenen Minderausgaben zur Gegenrechnung der Mehrausgaben der GKV auch tatsächlich umzusetzen.

Die Konzentration der Notfallversorgung auf die ausgewiesenen INZ-Standorte, die über die notwendige Ausstattung und die notwendigen Ressourcen verfügen, ist aus Gründen der Patientensicherheit, der Versorgungsqualität und auch der Wirtschaftlichkeit unabdingbar. Nur so kann die Steuerung der ambulanten Notfallpatienten in die geeignete Versorgungsstruktur und die Entlastung der Notaufnahmen der Krankenhäuser gelingen. Dies gelingt nicht, wenn es Ausweichmöglichkeiten aufgrund von Ausnahmen gibt. Zugleich wird so gewährleistet, dass dem Versicherten die für ihn erforderliche bestmögliche Versorgung zuteilwird, ohne Unter- oder Fehlversorgung. Krankenhäuser ohne INZ haben dadurch den Anreiz, nur eine gesetzlich verpflichtende Ersteinschätzung vorzunehmen und die Patienten anschließend in die geeignete Versorgungsstufe weiterzuleiten.

Wichtig ist, dass die Krankenhäuser ohne INZ Selbsteinweiser an das nächstgelegene INZ verweisen. Auch sie sollten daher gesetzlich verpflichtet werden, Hilfesuchende mit geeigneten Maßnahmen (z.B. Flyer oder Schilder am Eingang) über die nächstgelegenen INZ-Standorte aufzuklären (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 13 § 123 Abs. 5).

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art. 1 Nr. 13 § 123 SGB V – Integrierte Notfallzentren

A Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1

Absatz 1 regelt die Aufgaben der Integrierten Notfallzentren (INZ). Diese sollen zukünftig rund um die Uhr die zentrale Anlaufstelle für alle Patienten am Krankenhaus sein und die notwendige notdienstliche Versorgung vornehmen. Dabei gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“. INZ nehmen zunächst eine qualifizierte standardisierte Ersteinschätzung der Patienten auf Basis eines bundesweit einheitlichen Verfahrens nach den Vorgaben des G-BA gemäß Absatz 3 vor. Sie führen die notdienstliche Diagnostik und Versorgung durch, die zur Stabilisierung der Patienten notwendig ist und die zeitlich nicht aufgeschoben werden kann. Bei entsprechender medizinischer Indikation veranlassen sie die stationäre Versorgung. INZ sind zur Kooperation mit den gemeinsamen Notfallleitsystemen und der medizinischen Notfallrettung gemäß § 133b Abs. 4 SGB V verpflichtet, d.h. sie sollen sich auf Grundlage der Vorgaben des G-BA digital vernetzen, austauschen und die Versorgung dokumentieren.

Absatz 2

INZ sollen gemeinsam von der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Krankenhaus als wirtschaftlich und räumlich abgegrenzte Einrichtungen gegründet und betrieben werden, wobei die fachliche Leitung allein bei der Kassenärztlichen Vereinigung liegen soll. Die Entscheidung, an welchem Krankenhaus ein INZ eingerichtet wird, wird durch den erweiterten Landesausschuss nach § 90 Abs. 4a SGB V innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der G-BA –Richtlinie getroffen. Hierbei müssen die Planungsvorgaben des G-BA berücksichtigt werden. Die fachliche Leitung liegt allein bei der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Einzelheiten zur Einrichtung und zum Betrieb des INZ legen die Kassenärztliche Vereinigung und das Krankenhaus innerhalb von sechs Monaten nach Festlegung eines Standorts in einer Vereinbarung fest. Die INZ müssen räumlich so am Krankenhaus eingerichtet werden, dass die Patienten sie auch als erste Anlaufstelle wahrnehmen. Außerdem ist zu regeln, wie bereits aufgebaute Strukturen, z.B. Portalpraxen, in die INZ integriert werden. Sofern keine Vereinbarung zustande kommt, legt eine unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten die Vertragsinhalte fest. Sofern keine Schiedsperson bestimmt werden kann, ernennt die zuständige Landesbehörde innerhalb eines Monats die Schiedsperson. Portalpraxen dürfen bis zu ihrer Integration in das INZ weiter betrieben werden. Portalpraxen, die an einem Standort betrieben werden, der kein INZ-Standort wird, dürfen bis zu einem vom erweiterten Landesausschuss zu bestimmenden Termin übergangsweise weiter betrieben werden.

Absatz 3

Der G-BA erhält den Auftrag, in einer Richtlinie bundesweit einheitliche Planungsvorgaben für die Anzahl und die Bestimmung der Standorte der INZ festzulegen. Dazu hat der G-BA regionsbezogene Erreichbarkeitsrichtwerte mit Vorgaben für ein Betroffenheitsmaß und eine bevölkerungsbezogene Versorgungsdichte vorzugeben, die vom erweiterten Landesausschuss zwingend als Planungskriterien heranzuziehen sind. Der G-BA legt darüber hinaus Ausnahmetatbestände

fest, wonach auch solche Krankenhäuser als INZ-Standort in Frage kommen können, die bestimmte Anforderungen nicht erfüllen, beispielweise Vorgaben für die Notfallstufen. Außerdem beschließt das Gremium Vorgaben zur räumlichen, apparativen und personellen Ausstattung, zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs und zum Umfang der zu erbringenden notdienstlichen Versorgung. Dabei sind besondere Bedürfnisse bei der Versorgung von bestimmten Patientengruppen, insbesondere von Kindern und psychisch Erkrankten, sowie Leitlinien oder standardisierte Verfahrensanweisungen von wissenschaftlichen oder Modellvorhaben von Fachgesellschaften zu berücksichtigen. Die INZ sind zur Datenübermittlung verpflichtet.

Absatz 4

Die Leistungen der INZ sollen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für die vertragsärztliche Versorgung vergütet werden. Grundlage hierfür ist ein Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der G-BA-Vorgaben, der hierzu eine Grundpauschale sowie nach Schweregrad differenzierte Pauschalen in den EBM mit konkreten Euro-Beträgen beschließen soll. Die Grundpauschale soll hierbei unabhängig von der Inanspruchnahme der INZ die Vorhaltekosten der INZ abbilden. Darüber hinaus ist der ergänzte Bewertungsausschuss verpflichtet, Grundsätze zur Berücksichtigung spezifischer Investitionsbedingungen zu vereinbaren. Auf die grundlegenden Bestimmungen zur Rolle und Aufsicht des BMG in § 87 Abs. 6 und 7 SGB V wird verwiesen. Der ergänzte Bewertungsausschuss wird zur Evaluierung und entsprechender Berichtsmitteilung an das BMG verpflichtet.

Neben den Festlegungen durch den ergänzten Bewertungsausschuss soll eine dreiseitige Vereinbarung auf Bundesebene Grundsätze zur wirtschaftlichen Leistungserbringung, zur Abrechnung und Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie Näheres zum Abrechnungsverfahren und Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen regeln. Die Abrechnung erfolgt über die jeweilige Kassenärztlicher Vereinigung. Die oben genannten spezifischen Investitionsbedingungen sollen durch dreiseitige Vereinbarungen nach § 115 Abs. 1 SGB V auf Landesebene verpflichtend geregelt werden. Hierbei können ergänzende Regelungen zur Vergütung vereinbart werden. Sollte keine Einigung auf Bundesebene zur dreiseitigen Regelung gefunden werden, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a SGB V auf Antrag einer Partei.

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist um die Leistungen der INZ zu bereinigen, soweit diese bisher schon Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung waren.

Absatz 5

Absatz 5 regelt, dass die Krankenkassen ihre Versicherten mit dafür geeigneten Maßnahmen über das nächstgelegene INZ und über die gemeinsamen Notfallsysteme informieren sollen.

B Stellungnahme

Absatz 1

Die Regelung, dass INZ zukünftig die erste Anlaufstelle für die Patienten sein sollen, wird ausdrücklich begrüßt. Das INZ übernimmt die qualifizierte Ersteinschätzung und entscheidet, ob

eine ambulante notdienstliche Behandlung im INZ erfolgt, ob eine stationäre Versorgung notwendig ist oder ob der Patient im vertragsärztlichen Bereich versorgt werden kann. In der Folge werden die Zentralen Notaufnahmen der Krankenhäuser spürbar entlastet werden, da sie auf direktem Wege nur noch von schwer kranken Patienten mit klarem stationären Versorgungsbedarf durch den Rettungswagen angefahren werden dürfen. Alle anderen Patienten werden zunächst im INZ versorgt und nur bei Bedarf weitergeleitet.

Um die Patientensteuerung in diesem Sinne zu stützen, sollte im Gesetzestext noch klargestellt werden, dass Patienten zukünftig grundsätzlich keinen direkten Zugang mehr zur Notaufnahme („Notfallambulanz“) des Krankenhauses haben. Sofern kein lebensbedrohlicher Gesundheitszustand vorliegt, der eine sofortige ärztliche Behandlung erfordert, ist die vorherige Ersteinschätzung durch das INZ verpflichtend vorzunehmen. Wünschenswert wäre eine verpflichtende vorherige Kontaktierung der GNL bzw. der Terminservicestelle der Patienten als Voraussetzung der Inanspruchnahme des INZ.

In diesem Zusammenhang ist auch der in der Gesetzesbegründung festgeschriebene Grundsatz positiv zu bewerten, dass Patienten, die aus medizinischer Sicht keine sofortige Versorgung benötigen, an die vertragsärztliche Versorgung verwiesen werden sollen. Die Regelung sollte jedoch auch im Gesetzestext selbst normiert werden, damit die Steuerung der Patienten in die richtige Versorgungsform und die damit verbundene Entlastung der Krankenhäuser auch umfassende Wirkung entfalten kann. Andernfalls besteht die Gefahr, dass durch einen ungesteuerten Zugang zu den INZ eine Parallelstruktur zur vertragsärztlichen Versorgung mit allzeit offener Sprechstunde aufgebaut wird, die zu erheblichen Ausgabensteigerungen gegenüber der vertragsärztlichen Regelversorgung für Bagatellfälle führen dürfte.

Die Verpflichtung zur Kooperation aller an der Notfallversorgung Beteiligter, insbesondere durch deren digitale Vernetzung, wird ebenfalls begrüßt. Dadurch wird sichergestellt, dass die Krankenhäuser schon vor dem Eintreffen eines Patienten wichtige Informationen vom Rettungsdienst erhalten und die Versorgung entsprechend vorbereiten können. Weiterhin wird sichergestellt, dass Patienten sofort in ein geeignetes Krankenhaus eingewiesen werden, das über die erforderlichen Kapazitäten und Strukturen verfügt und alle notwendigen Behandlungen auch selbst vornehmen kann. Unnötige Verlegungen in ein anderes Krankenhaus werden vermieden; die Patientensicherheit und die Versorgungsqualität werden sichergestellt.

Insgesamt greift die Aufgabenbeschreibung der INZ jedoch zu kurz. INZ sollten größer gedacht werden und die gesamte notdienstliche Versorgung sektorenübergreifend übernehmen, insbesondere auch den telemedizinischen und den aufsuchenden Bereitschaftsdienst. Die Bereitschaftsdienstverordnungen der Länder sind an die neuen Versorgungsstrukturen entsprechend anzupassen.

Im Referentenentwurf ergänzt werden sollte zudem die Regelung, dass die ambulante Versorgung der INZ bei Bedarf auch die Überwachung von Patienten über sechs bis zwölf Stunden einschließt, ohne dass damit eine stationäre Aufnahme einhergeht. Das INZ kann dabei eigene Betten nutzen oder auf Betten aus dem Krankenhaus zugreifen; die Einzelheiten sind in der Kooperationsvereinbarung zu regeln.

Die Aufgaben der INZ sollten bereits möglichst konkret durch den Gesetzgeber und nicht durch den G-BA definiert werden, wobei insbesondere auch klargestellt werden sollte, welche Aufgaben die zentralen Notaufnahmen zukünftig in Abgrenzung zu den INZ haben werden und wie die Abgrenzung zur Versorgung durch niedergelassene Vertragsärzte erfolgt. Des Weiteren sollte festgelegt werden, dass Entlastungen des Krankenhauses bei den stationären Krankenhausbudgets mindernd berücksichtigt werden.

Absatz 2

Der gemeinsame Betrieb der INZ durch die Kassenärztliche Vereinigung und das Krankenhaus unter räumlicher und wirtschaftlicher Abgrenzung zum Krankenhaus wird ausdrücklich begrüßt. Damit entfällt der Fehlanreiz zu medizinisch nicht indizierten Krankenhauseinweisungen von Patienten mit originär ambulanten Versorgungsbedarf.

Dass der Sicherstellungsauftrag für die notdienstliche Versorgung im INZ bei der Kassenärztlichen Vereinigung liegen soll, ist im Hinblick auf die Klarstellung in der Gesetzesbegründung, dass es sich um eine vertragsärztliche Leistung handelt, im ersten Moment sachgerecht. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sollten die INZ jedoch weitergehende Aufgaben übernehmen (vgl. Absatz 1), sodass der Sicherstellungsauftrag zukünftig dem erweiterten Landesausschuss übertragen werden sollte (vgl. Stellungnahme zu § 75 Absatz). Die vorgesehene fachliche Leitung durch die Kassenärztliche Vereinigung ist so nicht möglich und widerspricht auch der Vorgabe der gemeinsamen Gründung und Betriebs durch Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhäuser. Die fachliche Leitung eines INZ kann nur durch einen Arzt erfolgen. Analog der Regelungen in anderen Leistungsbereichen der vertragsärztlichen Versorgung, sollte eine eigenständige unabhängige fachärztliche Leitung implementiert werden.

Die Regelung, dass die Standorte der INZ durch den erweiterten Landesausschuss nach den Vorgaben des G-BA festgelegt werden, ist sachgerecht und wird ausdrücklich begrüßt, da somit erstmalig auf Landesebene die G-BA-Parität verankert wird und die Interessen aller am Betrieb und an der Finanzierung Beteiligten einbezogen werden.

Die in der Gesetzesbegründung verankerte zwingende Berücksichtigung der Planungsvorgaben des G-BA nach Absatz 3 weist ebenfalls in die richtige Richtung. Hierdurch wird sichergestellt, dass die Standortfestlegung nach bundesweit einheitlichen Standards erfolgt und die Anzahl der Standorte und die Qualität der Versorgung nicht abhängig vom Wohnort eines Patienten und der dortigen spezifischen Landesplanung mit eigenen Planungskriterien ist.

Im Gesetz ergänzt werden sollte aus Wirtschaftlichkeitsgründen die Verpflichtung der INZ, für die notwendige Diagnostik auf die Laborausstattung und Geräte des Krankenhauses zurückzugreifen, um Doppelvorhaltungen an teuren Großgeräten zu vermeiden. In der Kooperationsvereinbarung nach Absatz 2 sind die entsprechenden Nutzungsregelungen zu treffen. Dabei ist klarzustellen, dass hieraus folgende Einnahmen des Krankenhauses bei den stationären Budgets vermindernd zu berücksichtigen sind, um Doppelfinanzierungen zu vermeiden.

Die Regelungen zum Schiedsverfahren werden begrüßt.

Die vorgesehene Integration der Portalpraxen in die INZ und die Regelung zum übergangsweisen Weiterbetrieb der Portalpraxen werden begrüßt, da somit die bundesweit einheitliche notdienstliche Versorgung in INZ gefördert und Doppelstrukturen vermieden werden.

Absatz 3

Die Regelungen zu den bundesweit einheitlichen Vorgaben des G-BA in einer Richtlinie werden begrüßt. Bundesweit einheitliche Planungsvorgaben sind fachlich sinnvoll, weil Notfallversorgung immer über Bundeslandgrenzen und Verwaltungsgebiete der Kassenärztlicher Vereinigungen hinausgeht. Insbesondere die Festlegung der Anzahl von INZ anhand von regionsbezogenen Erreichbarkeitsrichtwerten und Vorgaben für eine bevölkerungsbezogene Versorgungsdichte ist zu begrüßen, weil anhand dieser Vorgaben INZ-Standorte tatsächlich bedarfsgerecht geplant werden können. Somit entsteht ein standardisiertes Instrument zur Neustrukturierung der Notfallversorgungslandschaft, denn nicht jedes Krankenhaus, das heute einer Notfallstufe zugeordnet ist, sollte auch ein INZ-Standort werden. Über die festzulegenden Ausnahmetatbestände können zudem regionale Besonderheiten, insbesondere in den Flächenländern, berücksichtigt werden.

Der G-BA sollte darüber hinaus mit der Entwicklung und Umsetzung eines Qualitätssicherungsverfahrens beauftragt werden, um Transparenz über das Versorgungsgeschehen in den INZ zu erhalten und die Qualität zu sichern und zu verbessern.

Aufgrund des unveränderten Umfangs des Sicherstellungsauftrages ist es nicht zu erwarten, dass zusätzliche ärztliche Kapazitäten benötigt werden. Durch den Rückgang der ambulanten notdienstlichen Versorgung an Krankenhäusern ohne INZ werden ärztliche Ressourcen frei. Darüber hinaus werden die Vertragsärzte ggf. weniger in Anspruch genommen. Die Leistungen verlagern sich in das INZ. Da es sich nach vorgesehener Definition des Sicherstellungsauftrages um klassische ambulante Leistungserbringung handelt, können zusätzliche Kapazitäten nur aufgebaut werden, sofern der ambulante Bedarfsplan dies zulässt. Die Ersteinschätzung muss nicht durch ärztliche Ressourcen erfolgen.

Absatz 4

Die Vergütung der INZ soll grundlegend neu aufgesetzt und durch den ergänzten Bewertungsausschuss festgelegt werden. Letzteres wäre aufgrund der Beteiligung der Krankenhäuser an der ambulanten Notfallversorgung nachvollziehbar und sachgerecht, ist aber so, wie der Referentenentwurf angelegt ist, nicht konsistent mit den Regelungen zur Konzentrierung der notdienstlichen Versorgung außerhalb der Zentralen Notfallaufnahmen in INZ, welche im vertragsärztlichen Bereich verankert sind. Zudem sollte Stimmenparität zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern hergestellt werden: Bei der monetären Bewertung insbesondere von Leistungen, die, wie im Referentenentwurf vorgesehen, ohne normierte Steuerungsmechanismen bzw. direkt oder indirekt wirkende Budgetierungsmechanismen erbracht werden können, ist ein Schluß der Leistungserbringerseite zu erwarten. Damit ist mit finanziell überhöhten Bewertungen zu rechnen (siehe auch ergänzender Änderungsvorschlag zu § 87a Absatz 5a SGB V).

Grundsätzlich abgelehnt werden die vorgesehenen uneinheitlichen Vergütungs- und Finanzierungsmodalitäten in der ambulanten Notfallversorgung, die eine Zweiteilung des Sicherstellungsauftrags bedingen. So hat die Vergütung der INZ extrabudgetär unter Trennung nach Vorhalte- und leistungsbezogenen Kosten sowie unter zusätzlicher Berücksichtigung von „spezifischen Investitionsbedingungen“ zu erfolgen; die Leistungen des telemedizinischen und aufsu-

chenden Bereitschaftsdiensts sind dagegen weiterhin nach den im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) bereits für die Notfallversorgung beschlossenen Vergütungsziffern unquotiert (d. h. voll) aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) im sog. Vorwegabzug zu vergüten. Damit, wie vom Gesetzgeber intendiert, die Inanspruchnahme der notdienstlichen Versorgungsstrukturen durch Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht erfolgen kann, sollten auch die finanziellen Anreize zur notdienstlichen Leistungserbringung so aufeinander abgestimmt sein, dass alle notdienstlichen Versorgungsarten gleichermaßen wichtig und wertig sind und koordiniert administriert werden, statt dass eine finanziell bedingte Verlagerung zwischen den notdienstlichen Versorgungsarten erfolgt bzw. erfolgen kann.

Um einer vergütungstechnisch bedingten Mehr-Klassen-Medizin in der ambulanten Notfallversorgung vorzubeugen (Akutversorgung beim Arzt des Vertrauens vs. über die Terminservicestellen vermittelte Akutversorgung/offene Sprechstunden nach dem TSVG vs. telemedizinischer oder aufsuchender Bereitschaftsdienst vs. INZ) und unter Gesichtspunkten der finanziellen Anreizsetzung zur koordinierten Steuerung in der ambulanten Notfallversorgung sind gleiche, aufeinander abgestimmte Vergütungs- und Finanzierungsmodalitäten für die gesamte notdienstliche Versorgung unabdingbar. Dies bedeutet, dass die Zweiteilung der Vergütungs- und Finanzierungsmodalitäten in der notdienstlichen Versorgung aufzuheben ist, indem zum einen die Bewertung der Leistungen von INZ sowie telemedizinischem und aufsuchendem Bereitschaftsdienst in einer gleichen, die gleichgestellte Wertung der notdienstlichen Versorgungsarten ermöglichenden Vergütungssystematik festgelegt werden.

Zum anderen sollte im Hinblick auf eine wirtschaftliche Erfüllung des Sicherstellungsauftrags die Organisation der gesamten ambulanten Notfallversorgung in der Finanzierungsverantwortung des jeweiligen Sicherstellers liegen. Hätten Krankenhäuser und Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Leistungserbringerseite gemeinsam den Sicherstellungsauftrag mit inne, wäre eine Lösung, einen gemeinsamen Budgettopf „Notfallversorgung“ zu implementieren, welcher auch Preis- und Mengensteuerungselemente beinhaltet. Soll, wie im Referentenentwurf vorgesehen, die notdienstliche Versorgung weiterhin vertragsärztliche Versorgung sein und einheitlich und allein durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sichergestellt werden, sollten auch die bisherigen Finanzierungsmodalitäten sowohl hinsichtlich des Betriebs der INZ wie auch hinsichtlich des Bereitschaftsdiensts beibehalten und beides aus der MGV im Vorwegabzug vergütet werden.

Soll, wie im Referentenentwurf angedacht, für die Vergütung der INZ auf dem EBM aufgesetzt werden, erscheinen die Regelungen zu den Vorhaltekosten der INZ mit Schwierigkeiten behaftet, da die Auszahlung von der Inanspruchnahme unabhängig erfolgen soll. Der EBM sieht grundsätzlich eine leistungsgebundene Vergütung vor und umfasst bereits jetzt bestimmte Vorhalte- und Investitionskosten. Um, wie vom Gesetzgeber angedacht, in der Logik des EBM zu bleiben und bei den für die INZ neu zu regelnden Vergütungen dessen Grundsätze einzuhalten, wären hinsichtlich der Vorhaltekosten anstelle einer inanspruchnahme- und leistungsunabhängigen „Grundpauschale“ genannten Umlage (je Versicherten?) eher fallzahl- oder anderweitig leistungsgebundene (Struktur-)Zuschläge für die Vorhaltung denkbar. Bei der Festlegung der nach dem Schweregrad differenzierten Leistungspauschalen einerseits und der Vorhaltepauschale bzw. -zuschläge andererseits ist eine Doppelberücksichtigung von Vorhaltekosten zwingend zu vermeiden.

Bis zum Inkrafttreten des KHSVG diente bei der Vergütung von Leistungen der ambulanten Notfallversorgung eine Regelung zum Investitionskostenabschlag der Vermeidung der Doppelfinanzierung von Anlagegütern. Während in der vertragsärztlichen Vergütung die Vertragsärzte sämtliche Betriebskosten, also auch Investitionen in Anlagegüter, aus der Vergütung für ärztliche Behandlungen bestreiten müssen, erhalten geförderte Krankenhäuser hierfür auf Antrag oder pauschaliert öffentliche Mittel. Dementsprechend sind in der Kalkulation des EBM Aufwendungen für Investitionen als Praxiskosten berücksichtigt. Da eine Vergütung von ambulanten Behandlungen im Krankenhaus nach Maßgabe des EBM somit zu einer doppelten Finanzierung von Investitionskosten führt, war auch ein Abschlag sachgerecht, der die Vergütung um diejenigen Vergütungsbestandteile bereinigte, welche der Deckung dieser Kostenart dienen sollten. Mit Inkrafttreten des KHSVG wurde der Investitionskostenabschlag in Höhe von 10 Prozent allerdings gestrichen, die MGV wurde in der Folge für die Leistungen der ambulanten Notfallversorgung um rund 40 Mio. EUR basiswirksam angehoben (siehe § 87a Abs. 5 Satz 10). Dies impliziert, dass die Gesetzlichen Krankenversicherungen über eine höhere Vergütung der ambulanten Leistungen am Krankenhaus die unzureichenden Fördermittel der Länder kompensieren. Damit übernahm der Beitragszahler damals schon teilweise eine Finanzierungslast der Bundesländer.

Eine Investitionstätigkeit seitens der Krankenhäuser von grob 10 Prozent bezogen auf die Betriebskosten wurde auch im Rahmen der Beauftragung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus bei der Entwicklung von Investitionsbewertungsrelationen nach § 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz ermittelt. Zielsetzung war damals die Entwicklung leistungsorientierter Investitionspauschalen. Sollen nun „spezifische Investitionsbedingungen“ und -kosten bei der Vergütung der INZ „ergänzend“ berücksichtigt werden, würde dies die ohnehin schon doppelte Finanzierung von Investitionskosten nochmals ausweiten. Die Berücksichtigung von „spezifischen Investitionsbedingungen“ wird deshalb kategorisch abgelehnt. Wenn hier überhaupt zusätzliche Mittel aufgebracht werden sollen, dann müssen dabei zwingend die Bundesländer aufgrund ihrer Investitionsverpflichtung im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge in die Pflicht genommen werden. Dabei wären zusätzliche Mittel seitens der Länder bereitzustellen, da die in den Investitionsprogrammen bereitgestellten Mittel schon jetzt nicht ausreichen, um den Investitionsstau im Krankenhaus abzubauen, vgl. auch vorgesehene Neuregelungen zu §12a Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 KHG und § 11 Absatz 1 Nummer 5 KHSFV.

Unbenommen dessen sind bei der Finanzierung der Strukturen der notdienstlichen Versorgung (Vorhaltekosten, Terminservicestellen u. a., beim Festhalten daran auch die Investitionskosten) die Private Krankenversicherung und die Beihilfestellen zwingend zu beteiligen.

Um der Fehlanspruchnahme der INZ durch Bagatelldfälle entgegenzuwirken, sind Regelungen zur Mengenbegrenzung und -steuerung für die Vergütung der INZ unabdingbar. Gerade vor dem Hintergrund der schon massiv in Anspruch genommenen Notaufnahmen („Notfallambulanzen“) sollten hierzu entsprechende Maßnahmen getroffen werden, um die Ressourcen der INZ allein auf diejenigen Patienten zu konzentrieren, die einer notdienstlichen Versorgung akut bedürfen. Vorstellbar sind etwa Lösungsansätze mit Fixierung von Budgets oder die Fortführung der Komplettfinanzierung aller notdienstlichen Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. In diesem Fall ist die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung basiswirksam und einmalig

um entsprechende neue Leistungsbestandteile anzuheben. Sollten die notdienstlichen Leistungen der INZ wie vorgesehen ausbudgetiert werden, sind die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen bis zum Ende sämtlicher Übergangsfristen für die Portal- und Notdienstpraxen wie angedacht basiswirksam zu bereinigen. Zu berücksichtigen sind ferner zusätzliche Beträge nach § 105 Abs. 1b SGB V, die zur Förderung der Strukturen der notdienstlichen Versorgung vorgesehen sind.

Auch eine Festlegung etwaiger Grundsätze zur Berücksichtigung spezifischer Investitionsbedingungen durch den ergänzten Bewertungsausschuss ist abzulehnen. Die Abbildung von Vorhalte- und Investitionskosten erfolgt bereits heute im EBM und war bislang schon Aufgabe des Gremiums. Eine weitere Festlegung ist damit entbehrlich. Dies gilt ebenso für die auf regionaler Ebene zu treffenden Vereinbarungen zur Berücksichtigung spezifischer Investitionsbedingungen. Darüber hinaus fehlt ein Verweis zur Geltung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 ff. SGB V.

Beim Verfahren zur Konfliktbeilegung im Falle der dreiseitigen Vereinbarung auf Bundesebene führt der Verweis auf das sektorenübergreifende Bundesschiedsamt nach § 89a SGB V dazu, dass die Stimmenparität zu Lasten der GKV nicht gewahrt bleibt. Hier ist die Stimmenparität zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern wiederherzustellen (siehe auch ergänzender Änderungsvorschlag zu § 89a SGB V).

Absatz 5

Um die neuen Strukturen der Notfallversorgung bei den Patienten bekannt zu machen, sind umfassende Informations- und Schulungskampagnen notwendig. Daher sollten nicht nur die Krankenkassen, sondern auch die Vertragsärzte, die Krankenhäuser sowie Länder und Kommunen in die Kommunikationspflicht eingebunden werden. So können Vertragsärzte und Krankenhäuser verpflichtet werden, Patienten über die Standorte der regionalen INZ zu informieren. Dies ist insbesondere dann wichtig, wenn Hilfesuchende ein Krankenhaus ohne INZ aufsuchen und an den nächsten Standort weiterverwiesen werden müssen. Länder und Kommunen sollten ebenfalls verpflichtend über die regionalen Notfallstrukturen informieren.

C Änderungsvorschlag

Zu Abs. 1

Das Gesetz sollte in Abs. 1 um zwei Sätze 3 und 4 erweitert werden: „Ist eine notdienstliche Versorgung aus medizinischer Sicht nicht erforderlich, sind die INZ zur Weiterleitung der Patienten in die vertragsärztliche Versorgung verpflichtet.“ Sätze 3 und 4 werden zu Sätzen 5 und 6 usw.

Das INZ ist zukünftig die erste Anlaufstelle für gehende und liegende Patienten am Krankenhaus. Es wird grundsätzlich auch von den Transportmitteln der Notfallrettung angefahren. Ausgenommen davon sind nur eindeutig stationäre Notfälle (z. B. Polytrauma); diese werden direkt in die ZNA eingeliefert. Das INZ steht zur Ersteinschätzung und Erstversorgung rund um die Uhr zur Verfügung.

Nach Durchführung einer standardisierten Ersteinschätzung, bei der eine dringende Behandlungsbedürftigkeit festgestellt wurde, kann die Versorgung direkt anschließend durch das Personal des integrierten Notfallzentrums erfolgen. Patienten können als Notfall, als Akutfall oder als Bagatellfall eingestuft werden. Eine Abgrenzung ist durch den Gesetzgeber vorzunehmen und im G-BA zu konkretisieren. Die Notaufnahmen („Notfallambulanzen“) und der kassenärztliche Bereitschaftsdienst/ärztliche Notdienst werden in die integrierten Versorgungszentren integriert.

Das INZ ist eine eigenständige und fachlich unabhängige Versorgungseinheit. Es wird durch Vertragsärzte und Krankenhausärzte gemeinsam betrieben und steht unter ständiger unabhängiger fachärztlicher Leitung. Zum Leistungskatalog gehören insbesondere die medizinische Erstbegutachtung, die Stabilisierung der Patienten und ggf. die Vorbereitung der stationären Aufnahme sowie die Versorgung ambulanter Notfälle. Zu den Aufgaben des INZ gehören auch der telemedizinische und der aufsuchende Bereitschaftsdienst sowie die medizinisch notwendige Beobachtung von Patienten zwischen sechs und zwölf Stunden im Rahmen der notdienstlichen Versorgung. Das INZ kann dabei auf eigene Betten oder auf die Betten des Krankenhauses zurückgreifen, ohne dass damit eine stationäre Aufnahme einhergeht. Ist aus medizinischer Sicht eine notdienstliche Versorgung nicht erforderlich, sind Hilfesuchende an die vertragsärztliche Versorgungsstruktur zu verweisen. Patienten können in Krankenhäusern, die über ein INZ verfügen, nur nach erfolgter medizinischer Ersteinschätzung durch das INZ im Krankenhaus behandelt werden, es sei denn, es liegt ein lebensbedrohlicher Gesundheitszustand vor, der eine sofortige Behandlung im Krankenhaus erforderlich macht. Das INZ greift für die Diagnostik auf die Labore und Großgeräte des Krankenhauses zu, um Doppelvorhaltungen zu vermeiden. Einnahmen eines Krankenhauses aus dem Betrieb eines INZ sind mindernd bei den stationären Krankenhausbudgets im Sinne eines Abschlags zu berücksichtigen, damit keine Doppelfinanzierung erfolgt.

Der G-BA erarbeitet eine Notfallversorgungs-Richtlinie, in welcher die Rahmenvorgaben für die Entfernung, die Definition der Bereitschaftsdienstbezirke/Notfallversorgungsregionen, die Arzt-Einwohner-Relation, die qualifizierte personelle Ausstattung, die zeitliche Verfügbarkeit und die Besetzung der INZ durch Vertragsärzte und KH-Ärzte festgelegt werden.

Der Bedarf an INZ, deren Dimensionierung und die richtlinienkonforme Umsetzung werden im jeweiligen Bundesland durch die erweiterten Landesausschüsse umgesetzt; diese haben damit den Planungsauftrag. Dies garantiert eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung aller Akteure, um die gesamte Notfallversorgung optimal zu gestalten. Die Planungskriterien der Notfallversorgungs-Richtlinie müssen Handlungsspielräume für regionale Gestaltungsmöglichkeiten lassen.

Art. 1 Nr. 14 §133 SGB V – Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Regelung sieht vor, den aktuell gültigen § 133 – Versorgung mit Krankentransportleistungen hinsichtlich der Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung sowie der Krankentransporte und Krankenfahrten in zwei neue Paragraphen aufzuteilen. Die Neufassung des § 133 SGB V beschränkt sich zukünftig auf die Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung. Diese werden wie bisher von den in den RettDG vorgesehenen Trägern des Rettungsdienstes oder den beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen erbracht.

Die Regelung sieht in Abs. 2 zudem vor, dass zukünftig Verträge zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den zuständigen Trägern des Rettungsdienstes bzw. den beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen über die Vergütung der Leistung „medizinische Notfallrettung“ nach § 60 SGB V zu schließen sind. Demnach sind Pauschalen für die medizinisch erforderliche Versorgung am Notfallort und die Rettungsfahrt zu vereinbaren. Die Pauschalen haben insbesondere die Betriebskosten zu umfassen. Weiterhin von den Pauschalen nicht umfasst sind die Kosten für die Rettungsleitstellen (hierzu gibt es eine gesonderte Vereinbarung) sowie die Kosten zur Vorbereitung auf Großschadensereignisse und des Brand- und Katastrophenschutzes. Zudem wird eine Schiedseinrichtung geregelt, wenn eine entsprechende Vereinbarung nicht zu Stande kommt.

Ferner wird in Abs. 3 das Beteiligungsrecht der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen an der landesweiten Planung der Infrastruktur des Rettungsdienstes geregelt. Die Gestaltung des Beteiligungsrechtes obliegt weiterhin den Bundesländern.

Abschließend regelt Abs. 4, dass die Leistungen nach § 60 nur dann in Rechnung gestellt werden können, wenn diese basierend auf dem vom G-BA festzulegenden bundeseinheitlichen Vorgaben (vgl. § 133b Abs. 2 Satz 7 SGB V) datentechnisch erfasst wurden.

B Stellungnahme

Die Aufteilung des § 133 in zwei getrennte Regelungen ist mit Blick auf die Trennung des § 60 SGB V sachlogisch.

Die Einführung eines verbindlichen Vertragsmodells für die Vergütung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung wird ausdrücklich begrüßt. Die Bundesländer haben sich in den letzten Jahrzehnten überwiegend ihrer Finanzierungsverantwortung entzogen und haben die gesamten Kosten des Rettungsdienstes auf die Krankenkassen verlagert. Kosten, welche überwiegend im Rahmen der Daseinsvorsorge aus Steuermitteln zu finanzieren sind, wurden größtenteils in die Gebühren und Entgelte eingerechnet. Hierzu zählen die Vorhaltekosten (u.a. der Betrieb der Leitstelle oder die Instandhaltung der Rettungswagen) sowie die Investitionskosten (u.a. der Neubau von Rettungswachen). Daher ist die gesetzlich vorgesehene Bildung der Vergütungspau-

schalen, welche die Investitions- und Vorhaltekosten sowie die Kosten für die Leitstellen, die Vorbereitung auf Großschadensereignisse und des Brand- und Katastrophenschutzes unberücksichtigt lässt, sachgerecht.

Sachgerecht ist, dass die Kosten für die Leitstelle, die Vorbereitung auf Großschadensereignisse und des Brand- und Katastrophenschutzes bei der Bildung der Vergütungspauschalen unberücksichtigt bleiben. Die Investitions- und Vorhaltekosten sind in dem Referentenentwurf nicht mehr enthalten. Hier werden lediglich die Betriebskosten als nicht berücksichtigungsfähig erwähnt. Die Investitions- und Vorhaltekosten sind allerdings der Daseinsvorsorge des Staates zuzuordnen. Investitionskosten umfassen u. a. die Kosten der Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Rettungswachen oder zentralen Stationen des bodengebundenen Rettungsdienstes sowie des Berg- und Wasserrettungsdienstes und der Errichtung von Luftrettungszentren einschließlich der hierzu gehörenden Wirtschaftsgüter, ausgenommen der zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter). Ebenso sind die Kosten für die Erstausrüstung mit den hierzu gehörenden Wirtschaftsgütern des Anlagevermögens oder deren Wiederbeschaffung (Anlagegüter) den Investitionskosten zuzurechnen. Insbesondere diese Kosten führten in der Vergangenheit zu einer deutlichen Kostensteigerung des Rettungsdienstes.

Das Beteiligungsrecht der Kostenträger an der landesweiten Planung des Rettungsdienstes ist grundsätzlich zu begrüßen. Dabei wird kritisch bewertet, dass die Ausgestaltung des Beteiligungsrechtes weiterhin in der Regelungskompetenz der Länder verbleibt. Im ersten Diskussionsentwurf war eine Vereinbarungslösung bei der Rettungsdienstplanung (§ 133 Abs. 3) vorgesehen. Diese Regelung sollte in das Gesetz aufgenommen werden.

Positiv zu bewerten ist in diesem Zusammenhang allerdings, dass bei der Planung, neben der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung, auch das in § 12 SGB V verankerte Wirtschaftlichkeitsgebot beachtet werden muss.

C Änderungsvorschlag

Satz 1 wird wie folgt gefasst:

Die zuständigen Landesbehörden haben mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich die Planung der Anzahl von Luftrettungsstandorten, Rettungsleitstellen, Rettungswachen und Rettungsmitteln und deren Ausstattung zu vereinbaren.

Art. 1 Nr. 15 § 133a SGB V – Versorgung mit Krankentransporten und Krankenfahrten

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neufassung werden zunächst bisherige Regelungen zu den nicht benötigten Rahmenempfehlungen für den Bereich „Fahrkosten“ sowie die Festbetragsregelung gestrichen.

Die Regelung sieht vor, dass für die Versorgung mit Krankentransporten und Krankenfahrten zukünftig nur noch gemeinsame und einheitliche Verträge zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landesbehörden oder den dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen geschlossen werden sollen. Zusätzlich ist bei Nichteinigung ebenfalls eine Schiedseinrichtung nach Landesrecht vorgesehen.

B Stellungnahme

Die Regelung ist nur teilweise sachgerecht. Die einheitliche und gemeinsame Vertragsgestaltung auf Landesebene für Fälle, in denen das GNL Krankentransporte und Krankenfahrten gemäß § 60a Abs. 2 Nr. 5 SGB V zum INZ disponiert, ist mit Blick auf die Neugestaltung der Notfallversorgung sachlogisch. In diesen Fällen ist eine einheitliche operative Umsetzung und Preisgestaltung sicherzustellen, damit das GNL unabhängig von der Kassenzugehörigkeit des Hilfesuchenden agieren kann.

Nicht sachgerecht und daher abzulehnen ist aber die verpflichtende Ausdehnung eines gemeinsamen und einheitlichen Vertragsabschlusses auf alle Krankentransporte und Krankenfahrten. Kassenindividuelle, passgenaue Versorgungen z.B. für Serienfahrten in Fahrgemeinschaft zur Dialyse oder zum Transport von Behinderten zur ambulanten Behandlung könnten dann nicht mehr mit geeigneten Leistungserbringern eigenständig vereinbart werden. Diese regional unterschiedlichen, aber immer auf die jeweilige Versorgungssituation zugeschnittenen Verträge wurden auch von den versorgenden Einrichtungen zur besseren Organisation ihrer Leistungserbringung geschätzt. Die Option, Krankentransporte außerhalb des öffentlichen Rettungsdienstes sowie Krankenfahrten in derartigen Fällen auch selektivvertraglich vereinbaren zu können, muss daher erhalten bleiben.

Der Einführung einer neuen Konfliktlösungsinstanz in Form einer Schiedseinrichtung nach Landesrecht bedarf es für derartige Selektivverträge nicht. Anders als in anderen Leistungsbereichen, in denen die Leistungserbringer einen Sicherstellungsauftrag (z.B. Ärzte, Krankenhäuser) haben oder homogene Leistungen nach einheitlichen Standards erbringen (z.B. Arzneimittel, Heilmittel), muss die Versorgung mit Krankentransporten durch private Anbieter und Krankenfahrten differenzierter gestaltet werden können. Eine Schiedsregelung für Verträge im Taxi/Mietwagenbereich oder mit privaten Krankentransportunternehmen wäre sachfremd, da es hier einer einvernehmlichen Einigung beider Vertragsparteien über die konkret zu erbringende Leistung z.B. im Bereich Vielfahrer zu einer bestimmten Dialyseeinrichtung bedarf.

C Änderungsvorschlag

§ 133a - Versorgung mit Krankentransporten und Krankenfahrten wird wie folgt gefasst:

- (1) Die Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften schließen im Wege von Vertragsverhandlungen mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer Verträge über die Vergütung der Leistungen der Krankenfahrten nach § 60a Abs.3 und Abs.4. § 71 ist zu berücksichtigen.
- (2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich schließen mit den zuständigen Landesbehörden oder den dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen Verträge über die Vergütung der Leistungen der Krankentransporte und Krankenfahrten nach § 60a Abs. 2 Nr. 5. § 71 ist zu berücksichtigen. § 133 Absatz 2 Satz 7 gilt entsprechend.
- (3) Abs. 2 gilt auch, wenn Leistungen der Krankentransporte nach § 60a Abs. 3 vom jeweiligen Landesrettungsdienstgesetz umfasst sind.

Art. 1 Nr. 15 § 133b SGB V – Gemeinsames Notfalleitsystem

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem „Gemeinsamen Notfalleitsystem“ (GNL) wird ein kooperatives System zur medizinischen Ersteinschätzung und Steuerung von Personen mit dringenden medizinischen Fragestellungen eingeführt. Hierzu werden die bereits bestehenden Ressourcen der Rettungsleitstellen (112) sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen (116 117) zusammengeführt.

Absatz 1

Der Absatz regelt, an welchen Ansprechpartner sich Versicherte bei entsprechenden Situationen wenden sollen. Werden Lebensgefahr oder schwere gesundheitliche Schäden befürchtet, ist die 112 anzuwählen. Bei anderen dringlichen medizinischen Fragen ist hingegen die 116 117 als Ansprechpartner zu wählen.

Absatz 2

Dieser Absatz legt fest, über welche Dispositionsmöglichkeiten die beiden Protagonisten verfügen. Maßgeblich für die Disposition ist das Ergebnis eines gemeinsamen standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens. Die Rettungsleitstelle hat hier neben den bewährten Rettungsmitteln auch die Möglichkeit, eine telemedizinische oder aufsuchende notdienstliche Versorgung zu disponieren oder an ein INZ zu verweisen. Weiterführend können digitale Unterstützungsangebote für Hilfesuchende das Dispositionsangebot abrunden. Diese alarmieren u.a. freiwillige Ersthelfer oder zeigen Standorte von Defibrillatoren an.

Absatz 3

Hier wird die Pflicht zur Zusammenarbeit der Rettungsleitstellen (112) und der Kassenärztlichen Vereinigung (116 117) bei der Schaffung des GNL geregelt. Wünscht die Rettungsleitstelle die Bildung einer GNL ist die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zur Teilnahme verpflichtet. Zudem wird klargestellt, dass die anderen Aufgaben der jeweiligen Träger (112: Brand- und Katastrophenschutz; 116 117: Vermittlung von Terminen) nicht von den GNL umfasst sind. Um zukünftig zu einer einheitlichen medizinischen Bewertung der Anliegen der hilfesuchenden Personen zu kommen, ist zwischen diesen beiden Trägern ein Ersteinschätzungsverfahren zur Disposition zu vereinbaren.

Absatz 4

Der vierte Absatz regelt die digitale Vernetzung der GNL, der Rettungsmittel sowie der INZ und Notaufnahmen der Krankenhäuser miteinander. Das GNL soll einen digitalen Zugriff auf die jeweiligen Rettungsmittel, auf die Kapazitäten der INZ und der Notaufnahmen der Krankenhäuser bekommen. Zudem sollen die Falldaten der GNL oder des Rettungsmittels an das aufnehmende INZ oder das Krankenhaus übermittelt werden können. Der G-BA hat zur Kooperationsverpflichtung der Rettungsleitstellen und der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie zur digitalen Vernetzung Regelungen in die Richtlinie aufzunehmen.

Absatz 5

Der Absatz regelt die Vergütung der Leistungen der GNL. Hierzu soll kassenartenübergreifend und einheitlich ein Vertrag mit den entsprechenden Trägern geschlossen werden. Die Vergütung soll als Pauschale je Hilfesuchenden vereinbart werden. Abrechnungsfähig sind hierbei aber nur solche Leistungen der Rettungsstelle, die im Rahmen der GNL erbracht wurden und nach den einheitlichen Vorgaben datentechnisch erfasst wurden.

Absatz 6

Hier wird eine Anschubfinanzierung der GKV in Höhe von 25 Mio. Euro für die Errichtung der gemeinsamen Notfalleitsysteme festgelegt. Geknüpft ist diese Anschubfinanzierung an die Finanzierungsbeteiligung der Bundesländer sowie an die Einhaltung der Vorgaben zur digitalen Vernetzung und Kooperation.

B Stellungnahme

Zu Absatz 1

Die verpflichtende Einführung eines gemeinsamen Notfalleitsystems der Rettungsleitstellen und der Kassenärztlichen Vereinigungen wird begrüßt.

Zu Absatz 2

Die hier beschriebene Vorgehensweise der Disposition und des Zusammenspiels der beiden Protagonisten ist sachgerecht. Die Richtlinien des G-BA und die entsprechenden Vereinbarungen müssen jedoch berücksichtigen, dass der entsprechende Anruf einer hilfesuchenden Person bei einer möglichen Weiterleitung direkt verbunden wird und der jeweilige Disponent die Angaben aus dem Ersteinschätzungsverfahren in Echtzeit einsehen kann, damit die notwendige medizinische Hilfe ohne unnötigen Zeitverlust erfolgen kann.

Kritisch gesehen, wird die Verlagerung der Finanzierungsverantwortung des durch eine GNL genutzten digitalen Unterstützungsangebots auf die GKV. Diese Angebote können für die Notfallrettung sinnvoll sein, sollten aber mit Sicht auf die unterschiedliche Finanzverantwortung nicht von der GKV finanziert werden, da die organisierte „Erste Hilfe“ dem Sicherstellungsauftrag der Rettungsdienstträger unterliegt. Die Finanzierungsverantwortung für solche „Helfer-vor-Ort-Systeme“ sind bereits in einigen RettDG (bspw. in § 10b des RDG BaWÜ) entsprechend geregelt.

Zu Absatz 3

Die Regelungen zur verbindlichen Zusammenarbeit der Rettungsleitstellen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen wird ausdrücklich begrüßt. Sie schaffen Sicherheit für die hilfesuchende Person, dass sie unabhängig von der gewählten Rufnummer eine bedarfsgerechte Hilfe erhält und schafft sowohl bei den Disponenten der 112 als auch der 116 117 Rechtssicherheit, da im Zweifel die Verantwortlichkeiten eindeutig geregelt sind. Sie stellt klar, dass ambulante Versorgungsbedarfe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu behandeln sind. Dies führt prospektiv zu einer Entlastung der Ressourcen des Rettungsdienstes. Unerwähnt bleibt im Geset-

zesentwurf aber das im Rahmen von TSVG implementierte bundesweit einheitliche, standardisierte Ersteinschätzungsverfahren nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 SGB V. Hier sollte eine Harmonisierung erreicht werden.

Zu Absatz 4

Die Regelungen sind notwendig und sinnvoll. Beim Vorliegen eines medizinischen Notfalles muss das GNL in der Lage sein, die Disposition sachgerecht zu planen. Hierzu braucht sie den entsprechenden Zugriff auf die beschriebenen Daten und Ressourcen. Die Daten, beispielsweise die Ergebnisse der Ersteinschätzung, müssen an die Rettungsmittel und/oder die weiterbehandelnde Einrichtung weiterleitet werden dürfen. Ein durch den G-BA festgelegter Mindeststandard für diese Daten ist ausdrücklich zu begrüßen.

Zu Absatz 5

Die Vergütung in Form einer Pauschale je Hilfesuchenden durch einheitliche und gemeinsame Verträge ist sachgerecht. Die Pauschale darf die Kosten für sogenannte „Helfer-vor-Ort-Systeme“ nicht umfassen.

Zu Absatz 6

Die Übernahme von Investitionskosten für den Aufbau von Infrastruktur des Rettungsdienstes durch die GKV entspricht nicht der geteilten Finanzverantwortung für die Versorgung und müsste daher abgelehnt werden. In diesem Ausnahmefall kann die beabsichtigte begrenzte und paritätische Anschubfinanzierung jedoch als sachgerecht unterstützt werden. Hintergrund ist, dass die GNL zeitnah gebildet werden sollen und sich zum anderen eine gleichwertige finanzielle Beteiligung der Bundesländer als Bedingung aufgestellt wird. Dies war in der Vergangenheit nicht immer der Fall. Soweit Mittel zur Finanzierung der Terminservicestellen gemäß § 105 Abs. 1a Nr. 7 SGB V für Anschaffungskosten von Softwarelösungen vorgesehen sind, sollten diese berücksichtigt werden.

C Änderungsvorschlag

Absatz 3

Abs. 3 wird um folgenden Satz 5 ergänzt:

„Das bundesweit einheitliche, standardisierte Ersteinschätzungsverfahren nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 SGB V findet Berücksichtigung.“

Absatz 5

Abs. 5 wird wie folgt um folgenden Satz 3 ergänzt:

(...) Nicht umfasst sind digitale Unterstützungsangebote für Hilfesuchende sowie digitale Anwendungen nach § 133b Abs. 2 Satz 3.

Absatz 6:

Abs. 6 wird um folgenden Satz ergänzt:

„Soweit Mittel zur Finanzierung der Terminservicestellen nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 SGB V für Anschaffungskosten von Softwarelösungen vorgesehen sind, sind diese zu berücksichtigen.“

Art. 1 Nr. 16 § 140a SGB V – Besondere Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung zur neuen Terminologie und Legaldefinition der ambulanten Notfallversorgung: Wie bislang die vertragsärztliche Versorgung in den sprechstundenfreien Zeiten, soll auch die neu gefasste notdienstliche 24/7-Versorgung durch eine einheitliche Organisation seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen – unter Einbeziehung der Krankenhäuser – sichergestellt sein. Ihre Sicherstellung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen soll nicht durch Selektivverträge eingeschränkt werden können, eine separate Organisation der notdienstlichen Versorgung im Rahmen der besonderen Versorgung ist damit ausgeschlossen. Vertragsärzte, die an Verträgen zur besonderen Versorgung teilnehmen, bleiben unverändert verpflichtet, sich an der von der Kassenärztlichen Vereinigung organisierten notdienstlichen Versorgung zu beteiligen.

B Stellungnahme

Redaktionelle Anpassung mit Fortgeltung der bisherigen Regelung sachlogisch.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art. 1 Nr. 17 § 140f SGB V – Beteiligung von Interessenvertretungen von Patientinnen und Patienten

A Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a:

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung zur Einbindung der Patientenvertreter in den Landesausschuss nach § 90 SGB V sowie in den erweiterten Landesausschuss im Zuge der Normierung in § 90 Abs. 4a SGB V.

Buchstabe b:

Im Zuge der Neuregelung der Krankentransporte und Krankenfahrten in § 133a SGB V ist der Verweis in § 140f SGB V hinfällig.

B Stellungnahme

Zu Buchstabe a:

Die redaktionelle Anpassung ist folgerichtig und daher sachgerecht.

Zu Buchstabe b:

Die redaktionelle Klarstellung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art. 1 Nr. 18 § 291a Abs. 7c SGB V – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass die INZ sowie die GNL an die Telematikinfrastruktur angeschlossen werden sollen. Der Anschluss an die Telematikinfrastruktur soll finanziell gefördert werden. Hierzu sind keine gesonderten Vereinbarungen notwendig, da sich die Förderung an den bereits bestehenden Verträgen nach § 291a Abs.7 Satz 5 SGB V orientiert.

B Stellungnahme

Die Anbindung der GNL und INZ an die Telematikinfrastruktur ist folgerichtig. Es wird klargestellt, dass für die finanzielle Förderung des Anschlusses der INZ und der GNL an die Telematikinfrastruktur die bestehenden Verträge mit der KBV Anwendung finden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art. 1 Nr. 19 § 302 Abs. 1 SGB V – Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Aufnahme der medizinischen Notfallrettung als neue Leistungsart in das SGB V werden diese Leistungen zukünftig mit den Krankenkassen mittels der elektronischen Datenübermittlung nach § 302 SGB V abgerechnet. Für die Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung sowie der durch die GNL veranlassten niederschweligen Transporte in ein INZ wird hinsichtlich der Datenübermittlung klargestellt, dass es nicht der Angaben der ärztlichen Verordnungen bedarf, da für die Veranlassung dieser Leistung keine ärztliche Verordnung erforderlich ist. Hierfür reicht die Ersteinschätzung der GNL aus. Der GKV-SV muss hierzu Regelungen in seiner Richtlinie nach § 302 Abs.2 SGB V aufnehmen.

B Stellungnahme

Es ist zu begrüßen, dass die Leistungen der medizinischen Notfallrettung zukünftig mit den Krankenkassen mittels elektronischer Datenübermittlung abgerechnet werden. Die Klarstellung hinsichtlich der Ersteinschätzung ist im Kontext der Neugestaltung der Notfallrettung sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art. 1 Nr. 20 § 329 SGB V – Übergangsregelung zur Reform der Notfallversorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1

Es wird festgelegt, dass der G-BA innerhalb von 18 Monaten nach Verkündung des Gesetzes in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 16 die Regelungen zu § 60 Abs. 3 SGB V (Ausnahmen, wann der Rettungswagen spezialisierte Krankenhäuser anfahren darf), §123 Abs. 3 SGB V (Planungsvorgaben für die INZ) und § 133b Abs. 4 SGB V (das Nähere zur Kooperationsverpflichtung von Krankenhäusern und Kassenärztlicher Vereinigung, zur digitalen Vernetzung und zur nicht-versichertenbezogenen Erfassung der medizinischen Notfallversorgung) zu bestimmen hat.

Absatz 2

Es wird die Möglichkeit geschaffen, dass während den Beratungen im G-BA nach Abs. 1 bereits Vereinbarungen zwischen den Trägern der Rettungsleitstellen und den Kassenärztlicher Vereinigungen geschlossen werden können.

Absatz 3

Regelt, dass die rettungsdienstlichen Leistungen nach bisherigem Recht erbracht und abgerechnet werden dürfen, bis die entsprechenden Richtlinien des G-BA in Kraft getreten sind.

B Stellungnahme

Die Regelungen zu den Übergangsvorschriften sind sachlich richtig und zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Ergänzender Änderungsbedarf zu Artikel 1 – Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuches

Art. 1 § 87 Abs. 5a SGB V – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Stimmenanteile der Kassenseite werden verdoppelt.

B Stellungnahme

Um eine ausreichende Berücksichtigung der Interessen der Kostenträger zu gewährleisten, wird die Anzahl der Vertreter der Krankenkassen im dreiseitigen ergänzten Bewertungsausschuss wie auch im ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss verdoppelt. Damit ist Stimmenparität zwischen Kostenträgern und Vertretern der Leistungserbringer gewährleistet.

Die Unwuchten zum Nachteil der Krankenkassenseite, die in den Regelungen zum sektorenübergreifenden Schiedsgremium nach § 89a SGB V angelegt sind (siehe Ergänzender Änderungsbedarf, Art. 1 Nr. 22), spiegeln sich auch in den Regelungen zum ergänzten bzw. ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss. Bereits im ergänzten Bewertungsausschuss ist die Kostenträgerseite nach Stimmenanteil gegenüber den Leistungserbringern im Nachteil, weil alle drei Bänke (Krankenkassen, Ärzte, Krankenhäuser) mit jeweils drei Stimmen paritätisch besetzt sind.

Im ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss gelten die gleichen Regelungen wie im sektorenübergreifenden Schiedsgremium, d.h. ein Beschluss kann mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der stimmberechtigten Mitglieder gefasst werden. Ein Beschluss der Kostenträger mit den beiden Unparteiischen ist somit nicht möglich, jedoch ein Beschluss der Leistungserbringerseite mit den Unparteiischen. Somit werden die Krankenkassen systematisch benachteiligt, weil sie auf eine Bank der Leistungserbringer angewiesen sind. Gerade bei der monetären Bewertung von Leistungen ist hier ein Schulterchluss der Leistungserbringerseite gesetzt und damit finanziell überhöhte Bewertungen.

C Änderungsvorschlag

In Satz 1 werden nach den Wörtern „drei Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft“ die Wörter „und um drei weitere Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ hinzugefügt.

Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Im ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss sind nur jeweils zwei Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, zwei Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft und vier Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie die beiden unparteiischen Mitglieder stimmberechtigt.“

Art. 1 § 89a SGB V – Sektorenübergreifendes Schiedsgremium, Verordnungsermächtigungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Stimmenanteile der Kassenseite werden verdoppelt.

B Stellungnahme

Um eine ausreichende Berücksichtigung der Interessen der Kostenträger zu gewährleisten, wird die Anzahl der Vertreter der Krankenkassen im dreiseitigen Schiedsgremium auf 4 erhöht. Damit ist Stimmenparität zwischen Kostenträgern und Vertretern der Leistungserbringer gewährleistet.

Das sektorenübergreifende Schiedsgremium besteht aus acht Mitgliedern: je zwei Vertreter der Ärzte, der Krankenhäuser, der Krankenkassen sowie zwei Unparteiische. Entscheidungen kommen mit einer Mehrheit von zwei Dritteln zustande (also mindestens 6 Stimmen). Die Krankenkassenseite ist damit in dem Gremium mit lediglich zwei Vertretern nicht angemessen repräsentiert. Dies gilt insbesondere auf Landesebene, auf der Verträge durch alle Landesverbände bzw. Vertreter der Ersatzkassen gemeinsam abgeschlossen werden.

Auch macht das deutliche Stimmenübergewicht der Leistungserbringer austarierte Entscheidungsfindungen unmöglich. So sind den Gremien auf Bundes- und Landesebene zahlreiche Entscheidungen übertragen, die unmittelbar vergütungsrelevant sind. Hier verfolgen die Ärzte und Krankenhäuser in der Regel gleichgerichtete Interessen, insbesondere dann, wenn die Bedingungen der Leistungserbringung zunehmend harmonisiert werden (sollen). Auch die erforderliche Zweidrittel-Mehrheit beseitigt diese Unwucht nicht. Darüber hinaus können die Unparteiischen nicht gegen einen geschlossenen Leistungserbringerblock entscheiden, selbst wenn die Krankenkassenseite ihren Vorschlag mitträgt.

Nachteilig an der Zweidrittelmehrheit ist ferner, dass die Hürden für eine Einigung im Schiedsgremium insgesamt sehr hoch sind. Dabei ist der auf die Kassenseite wirkende Einigungsdruck wesentlich höher als der aufseiten der Leistungserbringer.

Insgesamt gesehen wird die Regelung den tatsächlichen Blockaden in der Entwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung nicht gerecht, sondern schafft neue Hürden. Diese Blockadehaltungen sind zu vermeiden.

Sachgerechter wäre es daher, die Stimmenanteile der Kassenseite bei dreiseitigen Verhandlungen auf vier zu erhöhen (auf dann insgesamt 10 Stimmen) und weiterhin die Mehrheit von sechs Stimmen gelten zu lassen. Auch wenn es sich um ein sektorenübergreifendes dreiseitiges Gremium handelt, so ist es doch sachgerecht, auf der Entscheidungsebene eine Stimmenparität zwischen den Leistungserbringern insgesamt gesehen und den Krankenkassen herzustellen. Die Entscheidungssituation ist hier in vielen Fällen vergleichbar mit den Entscheidungen im Gemeinsamen Bundesausschuss, wo diese Parität auch aus guten Gründen besteht.

C Änderungsvorschlag

Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach den Absätzen 1 und 2 bestehen aus je zwei Vertretern der Ärzte und der zugelassenen Krankenhäuser und vier Vertretern der Krankenkassen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied.“

Artikel 2 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Art. 2 § 12a Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 KHG – Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Gesetz erfolgt die Klarstellung, dass es sich bei den unter der Nummer 2 genannten förderungsfähigen Vorhaben aus dem Strukturfonds zur Bildung integrierter Notfallstrukturen konkret um die Bildung von integrierten Notfallzentren nach dem neuen § 123 SGB V handelt.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine notwendige redaktionelle Folgeänderung durch die Einführung des neuen §123 SGB V.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 3 Änderungen der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

Art. 3 § 11 Absatz 1 Nummer 5 KHSFV – Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Gesetz erfolgt die Klarstellung, dass es sich bei den unter der Nummer 5 genannten integrierten Notfallzentren um Einrichtungen nach dem neuen § 123 SGB V handelt.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine notwendige redaktionelle Folgeänderung durch die Einführung des neuen §123 SGB V.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 4 Inkrafttreten

Art. 4 - Inkrafttreten

A Beabsichtigte Neuregelung

Das Gesetz tritt 22 Monate nach seiner Verkündung in Kraft. Ausgenommen davon ist die Regelung zum § 92 Absatz 1 Satz 2 gemäß Artikel 1 Nr. 9 Buchstabe a Doppelbuchstaben bb und cc, nach der die Nummer 16“medizinische Notfallrettung und integrierte Notfallzentren.“ angefügt wird. Davon ausgenommen ist weiterhin Artikel 1 Nr. 20, der mit dem §329 [neu] die Übergangsregelungen zur Reform der Notfallversorgung festlegt. Beide Regelungen treten am Tag nach der Verkündung in Kraft.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Grundlage der Notfallreform sind die Vorgaben der neuen G-BA-Richtlinie gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 16, die vor Inkrafttreten der übrigen Regelungen festgelegt sein müssen.

C Änderungsvorschlag

Keiner