

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Kurz-Kommentierung des BKK Dachverbandes



Artikel	Nr.	§§	Thema	geplante Inhalte / gesetzliches Vorhaben (kurze Beschreibung)	Bewertung BKK DV/ Änderungsvorschläge
1	1.	§ 11, Absatz 1, Nr. 5 (neu), SGB V	Anspruch auf medizinische Notfallrettung	Aufnahme der medizinischen Notfallrettung in den Leistungskatalog der GKV und damit Begründung eines neuen eigenständigen Leistungsbereichs	- Folgerichtige Ergänzung
1	2.	3. Kapitel, Neufassung Abschnitt 8, § 60, Absatz 1, SGB V	Definition eines medizinischen Notfalls	Notfall wird definiert als - unmittelbare Lebensgefahr infolge Verletzung oder Krankheit oder - Lebensbedrohende Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder - Gefahr von schweren gesundheitlichen Schäden sofern keine medizinische Versorgung erfolgt.	- Die Definition ist nachvollziehbar. - Ob eine Notfall vorliegt, soll lt. Begründung auf Basis eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens beurteilt werden, was im Gesetzestext allerdings nicht aufgeführt ist. Zur Klarstellung sollte dies im Gesetzestext ausformuliert werden.
1	2.	3. Kapitel, Neufassung Abschnitt 8, § 60, Absatz 2, SGB V	Umfang der medizinischen Notfallrettung	- Die medizinische Notfallrettung umfasst die Versorgung am Notfallort sowie Rettungsfahrten mit qualifizierten Rettungsmitteln. - Rettungsfahrten erfolgen vom Notfallort in ein integriertes Notfallzentrum (INZ) oder von einem Krankenhaus in ein anderes bei zwingender medizinischer Erfordernis - Die Entscheidung des gemeinsamen Notfallsystems (GNL), ob eine Versorgung am Notfallort ausreicht oder eine Rettungsfahrt erforderlich ist, erfolgt auf Basis des standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens nach § 133b Abs. 3 Satz 5 und ersetzt die ärztliche Verordnung der Leistung. - Zur Weiterbehandlung erforderliche Informationen sollen an das angefahrene INZ oder Krankenhaus unmittelbar digital übermittelt werden.	- Wird begrüßt. Die Trennung der Rettungsfahrt von der Notfallbehandlung am Unfallort ermöglicht die unabhängige Abrechnung der jeweiligen Leistungen. - Die Regelung wird begrüßt. Die spezifische Definition der Rettungsfahrt führt zu einer bundesweit einheitlichen Abrechnung der Rettungsfahrten. - Die Einführung eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens wird aus Gründen der Patientensicherheit begrüßt. Eine schnelle Zuweisung in die richtige Versorgungsebene wird ermöglicht. - Die digitale Übermittlung der Daten wird ausdrücklich begrüßt. Das jeweilige Krankenhaus kann sich auf die Ankunft des Notfallpatienten vorbereiten und die notwendigen Schritte für die Behandlung einleiten. Zu beachten ist, eine sichere Datenübertragung, damit die Patientendaten nicht gefährdet sind. <u>Änderungsvorschlag:</u> Soll-Regelung in eine Muss-Regelung ändern
1	2.	3. Kapitel, Neufassung Abschnitt 8, § 60, Absatz 3, SGB V	Regelungen, welche Stellen bei Rettungsfahrten angefahren werden	- Bei unklarer Indikation für eine stationäre Aufnahme sind INZ anzufahren. - Bei absehbarer stationärer Aufnahme sind Krankenhäuser anzufahren, die an der Notfallversorgung entsprechend § 136c Absatz 4 teilnehmen. - Abweichungen von den vorgenannten beiden Punkten sollen durch den G-BA bestimmt werden - Der G-BA legt einen Beschluss vor, für Fälle, in denen ein spezialisiertes Krankenhaus anzufahren ist	- Die Regelung wird begrüßt, da somit eine effiziente Steuerung in der Notfallversorgung erreicht wird. Potenzielle ambulante Notfälle können somit direkt im INZ behandelt werden oder vom INZ in die ambulante Versorgung weitergeleitet werden. - Die Regelung wird begrüßt. Werden bei absehbarer Aufnahme direkt geeignete Krankenhäuser angefahren, erspart dies dem Patienten Strapazen einer Verlegung und der Versichertengemeinschaft Kosten für teure Verlegungsfahrten. Weiterhin wird sichergestellt, dass das jeweilige Krankenhaus die notwendigen strukturellen und personellen Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Notfallversorgung erbringt - Es wird begrüßt, dass Abweichungen von den Regelungen durch den G-BA abschließend festgeschrieben werden, um Rechtsunsicherheit oder Willkür zu vermeiden. - Positiv, insbesondere für spezialisierte Behandlung z.B. von Verkehrsunfällen in Traumazentren
1	2.	3. Kapitel, Neufassung Abschnitt 8, § 60, Absatz 4, SGB V	Zuzahlungen zu Leistungen der Notfallrettung	- Keine Zuzahlung bei versicherten unter 18 Jahren - Erfolgt neben der unmittelbaren medizinischen Versorgung am Notfallort auch eine Rettungsfahrt ist nur einmal eine Zuzahlung durch den Versicherten zu leisten.	- Sachgerecht

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Kurz-Kommentierung des BKK Dachverbandes



Artikel	Nr.	§§	Thema	geplante Inhalte / gesetzliches Vorhaben (kurze Beschreibung)	Bewertung BKK DV/ Änderungsvorschläge
1	2.	3. Kapitel, Neu-fassung Ab-schnitt 8, § 60, Absatz 5, SGB V	Leistungsausschluss für Rücktransporte ins Inland	Kein Anspruch der Versicherten auf einen Rücktrans-port ins Inland	- Sachgerecht
1	2.	3. Kapitel, Neu-fassung Ab-schnitt 8, § 60 a, Absatz 1, SGB V	Krankentransporte und Krankenfahrten	Leistungsanspruch auf Krankentransporte und Kran-kenfahrten Neu: Krankentransporte/Krankenfahrten in das INZ. Ersteinschätzung durch INZ = ärztliche Verordnung	- Bestehende Regelungen bleiben im Wesentlichen erhalten - Neue Regelung der Einschätzung des INZ kann befürwortet werden - Redaktioneller Hinweis: Da die Umstellung von Pflegestufen zu Pflegegraden bereits erfolgt ist, kann auf den Verweis auf die veralteten Regelungen verzichtet werden. <u>Änderungsvorschlag</u> § 60a Absatz 4 Nr. 3 SGB V wird wie folgt gefasst: „3. bis zum 31. Dezember 2016 eine Einstufung in die Pflegestufe 2 gemäß § 15 des Elften Buches in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung und seit dem 1. Januar 2017 mindestens eine Einstufung in den Pflegegrad 3.“
1	3.	§ 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7, SGB V	Verordnungsfähigkeit von Krankenfahrten durch Ärzte	Aufnahme der Verordnung von Krankenfahrten in die Vertragsärztliche Versorgung	- Änderung wird begrüßt. Es handelt sich um eine gesetzliche Klarstellung. Ärzte konnten dies bisher auch verordnen, was sich allerdings nicht im Gesetzestext wiederfand.
1	4.	§ 73b, Absatz 4 Satz 7, SGB V	Folgeänderung zur Ände-rung § 75 Absatz 1b	„vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten“ durch die Wörter „not-dienstlichen Versorgung nach § 75 Absatz 1b“	- Präzisierung „notdienstlicher Versorgung“ erforderlich, siehe Nr. 5 b)
1	5. a)aa)	§ 75, Absatz 1a, Satz 2, SGB V	Redaktionelle Folgeände-rung zur Änderung des § 75 Absatz 1b	„Rettungsleitstellen“ werden angepasst zu „Rettungs-leitstellen nach § 133b“	- Folgerichtige Klarstellung
1	5. a)bb)	§ 75, Absatz 1a, Satz 3, SGB V	Redaktionelle Folgeände-rung zu § 133b neu	„Versorgungsebene“ wird durch „Versorgungsstruk-tur“ ersetzt	- Folgerichtige sprachliche Anpassung an die (auch sprachliche) Neuordnung,
1	5.b)	§ 75, Absatz 1b, SGB V	Integration der notdienstli-chen Versorgung in den Si-cherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereini-gungen	- Änderung der bisherigen Legaldefinition des Not-dienstes. Anstelle der Sicherstellung der vertrags-ärztlichen Versorgung zu sprechstundenfreien Zei-ten tritt die notdienstliche Versorgung 24 Stunden täglich an 7 Tagen der Woche, wenn eine sofortige medizinische Behandlung erforderlich ist. - Die notdienstliche Versorgung wird durch den Be-trieb von integrierten Notfallzentren nach § 123 so-wie einen telemedizinische sowie aufsuchenden Be-reitschaftsdienst sichergestellt. - Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben mit Un-terstützung der KBV alle finanziellen und sonstigen Maßnahmen zur Sicherstellung der notdienstlichen Versorgung zu ergreifen.	- Präzisierung „notdienstlicher Versorgung“ erforderlich, damit keine inhaltliche Einschränkung ggü. dem derzeit geltenden Sicherstellungsauftrag stattfindet. Die Änderung der Legaldefini-tion ist in der vorliegenden Fassung missverständlich. Zu begrüßen ist, dass die Sicherstel-lungsverpflichtung der KVen in zeitlicher Hinsicht (24/7) konkretisiert wurde. Allerdings geht damit unter Umständen eine nicht näher spezifizierte Einschränkung des Rechts auf Inan-spruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung für die Versicherten einher: Die Versorgung soll nur noch Fälle umfassen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist, ohne dass näher konkretisiert wurde, welche dringenden Anliegen der Versicherten von dieser Begrifflichkeit umfasst sein werden. Aus unserer Sicht gilt es klar zu stel-len, dass die ehemalige Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu sprechstunden-freien Zeiten durch die Änderung der Legaldefinition nicht inhaltlich auf wenige, spezifische medizinische Fälle reduziert wird.

Kurz-Kommentierung des BKK Dachverbandes

Artikel	Nr.	§§	Thema	geplante Inhalte / gesetzliches Vorhaben (kurze Beschreibung)	Bewertung BKK DV/ Änderungsvorschläge
			Verzahnung Notdienst Arzt/Apotheker	<ul style="list-style-type: none"> - Kassenärztliche Vereinigungen sollen mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch über die Organisation der notdienstlichen Versorgung treten. - Die KVen sollen mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch über die Organisation der notdienstlichen Versorgung treten. 	<p>Es existiert bislang keine gesetzliche Verpflichtung im Rahmen des Sicherstellungsauftrags eine gleichmäßige Verteilung der Sprechstunden im niedergelassenen Bereich auf alle Wochentage zu gewährleisten. Abendstunden, Mittwoch- und Freitagnachmittags sowie an Samstagen sind Vertragsärzte in aller Regel nicht erreichbar.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> Zur Stützung der geänderten Legaldefinition den Sicherstellungsauftrag auch hinsichtlich einer zeitlich verbindlichen Verteilung von Sprechzeiten der Vertragsärzte konkretisieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Begriffe wie „Bereitschaftsdienst“, „Notdienst“, „notärztliche Versorgung“ oder notdienstliche Versorgung“ sollten klarer definiert werden, um eine eindeutige Abgrenzung zu ermöglichen. - Die Verbesserung der Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln im Notdienst ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings ist ein Informationsaustausch zu wenig verbindlich. Die Notdienste der Ärzte und Apotheken müssen nachhaltig besser koordiniert werden: Die Akteure sollten sich so abstimmen, dass Apotheken einen Nacht- und Notdienst leisten, die in der Nähe der diensthabenden Ärzte sind. <p><u>Ergänzender Änderungsbedarf:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Es entstehen immer dann Versorgungslücken, wenn eine Arzneimittelabgabe außerhalb der üblichen Öffnungszeit einer Apotheke erfolgen muss. Das könnte in Notfällen häufiger der Fall sein. Nicht immer dürfte eine Apotheke direkt vor Ort sein (die dann auch noch – je nach Uhrzeit – Notdienst hat). Daher ist der im § 75 Abs. 1b SGB V vorgesehene Informationsaustausch verbindlich zu gestalten (siehe dort). - In den Integrierten Notfallzentren oder in unmittelbarer Nähe ist eine Apotheke (Arzneimittelabgabestelle) vorzusehen. Diese Apotheke (Arzneimittelabgabestelle) könnte auch eine Apotheke „light“ sein, die nicht alle Anforderungen an Apotheken z. B. hinsichtlich Laborvorhaltung erfüllen muss. Dafür wären aber gesetzliche Änderungen erforderlich. Als Vorbild kann die Stadt Basel angeführt werden. Dort gibt es eine Notdienstapotheke die 365 Nächte im Jahr geöffnet ist und direkt gegenüber einer Notfallstation ihren Sitz hat. - Ergänzend sollten Krankenhaus-Apotheken enger in die Versorgung eingebunden werden. Nach jetziger Rechtslage dürfen sie Arzneimittelrezepte (Entlassverordnungen) gar nicht beliefern. Zulässig ist allenfalls eine (optionale) Mitgabe einzelner Tabletten zur Überbrückung an Wochenenden oder Feiertagen. Wird ein Integriertes Notfallzentrum an einem Krankenhaus betrieben, das auch eine Krankenhausapotheke hat, soll diese die erforderlichen Arzneimittel an Patienten direkt abgeben dürfen, um somit eine kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten. Das gilt auch für Patienten mit Entlassverordnungen. <p>Mit all diesen Maßnahmen wäre eine unmittelbare Arzneimittelversorgung in Notfällen gewährleistet.</p>
1	5. c)	§ 75, Absatz 1b, SGB V	Inhalt und Umfang der Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst die vertragszahnärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten; gleichzeitig beschränken sich die neuen Regelungen in Abs. 1b allein auf den Versorgungsbereich Ärzte. 	<p>Zustimmung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die vertragszahnärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (zahnärztlicher Notdienst) bleibt von der Neufassung der notdienstlichen Versorgung unberührt. - Eine Änderung des bislang bestehenden Sicherstellungsauftrags der KZV für den zahnärztlichen Notdienst und der damit verbundenen Pflichten erfolgt nicht und ist nach erster Einschätzung auch nicht erforderlich.

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Kurz-Kommentierung des BKK Dachverbandes



Artikel	Nr.	§§	Thema	geplante Inhalte / gesetzliches Vorhaben (kurze Beschreibung)	Bewertung BKK DV/ Änderungsvorschläge
1	6.	§ 87 Absatz 2a, Sätze 23 und 24, SGB V	Streichung der Sätze 23 und 24	<ul style="list-style-type: none"> - Auftrag an den Bewertungsausschuss für Ärzte Regelungen für die Versorgung im Notfall und Notdienst im Einheitlichen Bewertungsmaßstab nach Schweregrad zu differenzieren wird gestrichen. - Die Evaluation und Berichtspflicht an das BMG zur vorgenannten Umsetzung wird ebenfalls gestrichen. 	- Die Umsetzung des Satzes 23 ist bereits erfolgt. Die Änderung ist sachgerecht.
1	7.	§ 87b, Absatz 1 Satz 3, SGB V	Redaktionelle Folgeanpassung zur Änderung § 75 Absatz 1b	- Ersetzung der Wörter „im Notdienst“ durch die Wörter „in der telemedizinischen oder aufsuchenden notdienstlichen Versorgung“	- Folgerichtige Anpassung
1	8. a) aa)	§ 90, Absatz 4, Satz 2, SGB V	Redaktionelle Folgeänderung zur Neuverortung des erweiterten Landesausschusses in § 90 Absatz 4a.	s. Nr. 8 b)	- Folgerichtige Anpassung
1	8. a) bb)	§ 90, Absatz 4, Satz 3, SGB V	Redaktionelle Zusammenführung der Sätze 3 und 4 des Absatzes	Ohne inhaltliche Änderung	-
1	8. a) cc)	§ 90, Absatz 4, Satz 4, SGB V	Redaktionelle Zusammenführung der Sätze 3 und 4 des Absatzes	Ohne inhaltliche Änderung	-
1	8. b)	§ 90, neuer Absatz 4 a, SGB V	Regelung zum erweiterten Landesausschuss für die Wahrnehmung der Aufgaben im Hinblick auf die Umsetzung der Bedarfsplanung der INZ durch den G-BA.	<ul style="list-style-type: none"> - Erweiterung der Landesausschüsse um Vertreter der Krankenhäuser für die Wahrnehmung der Aufgaben nach § 116b Absatz 2 und § 123 Absatz 2 Satz 2. - Festlegung der Stimmverhältnisse in den erweiterten Landesausschüssen. - Festlegung des Vorgehens bei nicht Zustandekommen einer Einigung. - Regelung der Finanzierung der durch die Landesausschüsse entstehenden Kosten. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sachgerecht - Die Verteilung und Gewichtung der Stimmverhältnisse ist sachgerecht. - Die Regelungen werden insgesamt.
1	8. c)	§ 90, Absatz 5, Satz 1, SGB V	Aufsichtsrecht über erweiterte Landesausschüsse	Klarstellung, dass Aufsichtsrecht über die erweiterten Landesausschüsse bei den Landesbehörden liegt	- Sachgerecht
1	9. a) aa)	§ 92, Absatz 1, Satz 2, Nr. 12, SGB V	Beauftragung G-BA die Verordnung von Krankenfahrten in einer Richtlinie zu regeln	Beauftragung des G-BA in einer Richtlinie neben der Verordnung Krankentransporten auch die Verordnung von Krankenfahrten zu regeln	- sinnvoll
1	9. a) bb)	§ 92, Absatz 1, Satz 2, Nr. 15, SGB V	Einfügen eines Kommas	Redaktionelle Anpassung	- sinnvoll
1	9. a) cc)	§ 92, Absatz 1, Satz 2, neue Nr. 16, SGB V	Beauftragung G-BA zur Erstellung einer Richtlinie medizinische Notfallrettung und integrierte Notfallzentren	Auftrag an den G-BA eine Richtlinie zur medizinischen Notfallrettung und zu integrierten Notfallzentren zu erstellen	- Sachgerecht

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Kurz-Kommentierung des BKK Dachverbandes



Artikel	Nr.	§§	Thema	geplante Inhalte / gesetzliches Vorhaben (kurze Beschreibung)	Bewertung BKK DV/ Änderungsvorschläge
1	9. b)	§ 92, neuer Absatz 7g, SGB V	Antrags- und Mitberatungsrecht der Länder in der G-BA-Richtlinie	<ul style="list-style-type: none"> - Die Länder erhalten Antrags- und Mitberatungsrecht in den Richtlinien zur medizinischen Notfallrettung und integrierten Notfallzentren - Stellungnahmebefugnis für die Bundesverbände der Hilfsorganisationen der Rettungsdienste sowie für die betroffenen. - Stellungnahmen sind in Entscheidungen einzubeziehen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sachgerecht, da der derzeitige Rettungsdienst durch die Länder organisiert wird. - Sachgerecht, wird begrüßt.
1	10.	§ 115 Absatz 2, Satz 1, Nummer 3, , SGB V	Streichung der Möglichkeit dreiseitige Verträge zum Notdienst zu schließen	- Die Möglichkeit Verträge zwischen Kassenärztlichen Vereinigung, Landeskrankenhausgesellschaften und Landesverbänden der Krankenkassen wird gestrichen, da derartige Regelung durch die Einführung der INZ hinfällig wird	<ul style="list-style-type: none"> - Durch die Einführung der des § 123 und die Neuregelung des Sicherstellungsauftrages für den Notdienst durch die KVen in § 75 Absatz 1 ist die Regelung nicht mehr erforderlich. - Streichung abgelehnt, da die ergänzenden Vereinbarungen zum Entlassmanagement ebenfalls in den dreiseitigen Verträgen geregelt sind und erhalten bleiben müssen. Die Vertragsmöglichkeit auf Landesebene muss erhalten bleiben, damit auch weiterhin ergänzende Vereinbarungen zu Voraussetzungen, Art und Umfang des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a getroffen werden können.
1	11.a)	§ 116b, Absatz 2, Satz 1, SGB V	Redaktionelle Änderung	- Die Wörter „nach Maßgabe des Absatzes 3 Satz 1 erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1“ werden durch die Wörter „erweiterten Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a“ ersetzt.	- Sachgerecht
1	11. b)	§ 116b, Absatz 3, SGB V	Redaktionelle Anpassung an die Neuverortung der erweiterten Landesausschüsse in § 90 Absatz 4a	- Inhaltlich entstehen keine Änderungen	- Sachgerecht
1	12. a)	§ 120, Absatz 1, Satz 1, SGB V	Notfalleleistungen von Krankenhäusern, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, werden in die Vergütungssystematik ambulanter Leistungen aufgenommen.	- Aufgrund einer BSG-Urteils werden von Krankenhäusern erbrachte Notfalleleistungen bereits durch Gebührenordnungspositionen des EBM vergütet. Daher handelt sich lediglich um eine Anpassung des Gesetzes an die bestehende Rechtsprechung im BSG.	- Sachgerechte Anpassung.
1	12. b)	§ 120, Absatz 1, neuer Satz 6, SGB V	Vergütungsabschläge für im Krankenhaus erbrachte ambulante Notfalleleistungen, wenn das Krankenhaus nicht über ein INZ verfügt oder keine Kooperationsvereinbarung mit diesem Krankenhaus geschlossen wurde.	- Krankenhäuser erhalten einen 50%-Abschlag auf die Vergütung von ambulant erbrachte Notfalleleistungen, wenn Sie kein INZ aufweisen und keine Kooperationsvereinbarung mit ihrer KV zur Notfallversorgung vorweisen können.	- Änderung wird ausdrücklich begrüßt, sie trägt maßgeblich zum Erreichen der Ziele der Notfallversorgungreform bei.
1	13.	Neuer § 123, Absatz 1, SGB V	Einführung Integrierter Notfallzentren (INZ) Definition und Aufgaben der INZ	<ul style="list-style-type: none"> - INZ liegen zentral und sind jederzeit zugänglich - Sie leisten eine qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs sowie die medizinisch erforderliche notdienstliche Versorgung 	- Die Idee des INZ als Erstanlaufstelle, die den Patienten systematisch und obligatorisch in die richtige Versorgungsebene leitet, ist zu begrüßen. Damit wird die Forderung „ambulant vor stationär“ umgesetzt.

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung



Kurz-Kommentierung des BKK Dachverbandes

Artikel	Nr.	§§	Thema	geplante Inhalte / gesetzliches Vorhaben (kurze Beschreibung)	Bewertung BKK DV/ Änderungsvorschläge
				<ul style="list-style-type: none"> - INZ sind berechtigt und verpflichtet bei Bedarf Patienten in die stationäre Versorgung eines Krankenhauses weiterzuleiten - Sie sind zur Zusammenarbeit mit gemeinsamem Notfallsystem (GNL) und Notfallrettung verpflichtet 	
1	13.	Neuer § 123, Absatz 2, SGB V	Betrieb, Standortplanung, fachliche Leitung der INZ sowie Kooperationsverträge zwischen Krankenhaus und KV einschließlich Einsetzen einer Schiedsperson	<ul style="list-style-type: none"> - INZ werden von der zuständigen KV gemeinsam mit den durch die erweiterten Landesausschüsse benannten Krankenhäusern und von diesen wirtschaftlich und räumlich abgegrenzt errichtet und betrieben. - Die erweiterten Landesausschüsse übernehmen die Standortfestlegung entsprechend der Vorgaben des G-BA. Keine aufschiebende Wirkung bei Widerspruch/Klage. - Die fachliche Leitung obliegt der zuständigen KV. - Errichtung, Betrieb und wirtschaftliche sowie organisatorische Ausgestaltung eines INZ wird durch Kooperationsverträge zwischen KV und Krankenhaus innerhalb von 6 Monaten nach Festlegung eines Standortes als INZ vereinbart. Zu regeln ist auch, dass Versicherte das INZ als erste Anlaufstelle wahrnehmen und bereits bestehende vergleichbare Strukturen in das INZ überführt wird. - Installation einer Schiedsperson und eines Schiedsverfahrens, für Schwierigkeiten bei der Vertragsausgestaltung. - Portalpraxen werden in INZ überführt oder können weiter betrieben werden, wenn an einem Krankenhaus kein INZ vorhanden ist. 	<ul style="list-style-type: none"> - Wird begrüßt. Der gemeinsame Betrieb der INZ durch KV und Krankenhaus sowie die wirtschaftliche Trennung von Krankenhaus und INZ ist unbedingt erforderlich. - Sachgerecht, wird begrüßt. - Die Übereignung der fachlichen Leistung an die zuständige KV ist im Hinblick auf Übertragung des Sicherstellungsauftrages an die KV sinnvoll und sachgerecht. - Sachgerecht. - Die Installation eines Schiedsverfahrens und seine Umsetzung für Konfliktfälle werden als sachgerecht erachtet und begrüßt. - Die Überführung bereits bestehender Portalpraxen in INZ wird zur Vermeidung von Doppelstrukturen an einem Standort als sinnvoll eingeschätzt.
1	13.	Neuer § 123, Absatz 3, SGB V	Festlegung bedarfsbezogener Planungsvorgaben zu Standorte und Anzahl von zu errichtenden INZ durch den G-BA Beauftragung des G-BA	<ul style="list-style-type: none"> - Der G-BA legt regionsbezogene Erreichbarkeitsrichtwerte mit Vorgaben für ein Betroffenheitsmaß und eine bevölkerungsbezogene Versorgungsdichte fest. Festgelegt werden sollen auch Ausnahmetatbestände, nach denen ein INZ auch ohne vorhandene Notfallstufe oder bei Einordnung in regional nicht höchster Stufe eingerichtet werden darf. - Weiterhin wird der G-BA beauftragt die Ausstattungen von INZ, das Verfahren zur qualifizierten Ersteinschätzung unter besonderer Berücksichtigung von Kindern und psychisch Kranken und dem konkreten Leistungsumfang der INZ festzulegen. Die INZ führen mit den neuen GNL und den Notfallsystemerbringern digitalen Datenaustausch durch. 	<ul style="list-style-type: none"> - verbindliche bundeseinheitliche Festlegungen durch den G-BA werden ausdrücklich begrüßt. - Die Berücksichtigung von Betroffenheitsmaßen und Bevölkerungszahlen ist im Sinne von Größenvorteilen sehr zu begrüßen - Die Festlegung der aufgeführten Kriterien bundeseinheitlich durch den G-BA werden insbesondere im Hinblick auf die Notfallversorgung an den Ländergrenzen als erforderlich und fachlich sinnvoll bewertet. - Ausnahmetatbestände sind zu minimieren – Ziel muss ein Abbau von ineffizienten, da zu kleinen, Notfallstrukturen sein.

Artikel	Nr.	§§	Thema	geplante Inhalte / gesetzliches Vorhaben (kurze Beschreibung)	Bewertung BKK DV/ Änderungsvorschläge
1	13.	Neuer § 123, Absatz 4, SGB V	Vergütung von Leistungen der INZ	<ul style="list-style-type: none"> - Leistungen der INZ werden außerhalb der Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 1 in Form einer Grundpauschale und zusätzlich nach Schweregrad differenzierten Pauschalen je Inanspruchnahme vergütet, die im EBM durch den ergänzten Bewertungsausschuss abzubilden sind. - KBV, DKG und GKV-SV vereinbaren Grundsätze wirtschaftlicher Leistungserbringung, Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung, ein Abrechnungsverfahren sowie Vordrucke 	<ul style="list-style-type: none"> - Im Hinblick auf den bei der KV liegenden Sicherstellungsauftrag und die fachliche Leistung der INZ durch die KV muss auch die Vergütung stringent in der ambulanten Logik vollzogen werden. D.h. : <ul style="list-style-type: none"> - Die Aufgabe zur Festlegung der Vergütung sollte dem Bewertungsausschuss zukommen. - Da es sich nicht um sektorenübergreifende Versorgung handelt und es folglich keiner neuen Vergütungsformen bedarf, sollte auch auf die Vergütung innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) stattfinden. Es ist dringend davon abzuraten, innerhalb der ambulanten Versorgung einen weiteren Sektor zu schaffen. Für gleiche Leistungen sollte es nicht unterschiedliche Vergütungen je nach Versorgungsort (ambulante Praxis oder INZ) geben. Andernfalls kann dies auch wegen der fehlenden Mengengrenzung zu Fehlanreizen in der Versorgung führen. Bei einer stringenten Zuordnung der INZ in den ambulanten Bereich kann damit auch auf bestehende Abrechnungsverfahren und Vordrucke etc. zurückgegriffen werden, was den bürokratischen Aufwand deutlich reduziert. Um den Aufbau von INZ dennoch zu unterstützen, böte sich ein INZ Zuschlag (Grundpauschale) pro Versicherten an. <u>Änderungsvorschlag</u> Absatz 4 wird wie folgt gefasst: <i>„Die Leistungen der integrierten Notfallzentren werden von der Krankenkasse innerhalb der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütung nach Maßgabe dieses Absatzes vergütet. Hierzu beschließt der Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 3 innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Vorgaben nach Absatz 3 die Aufnahme einer Grundpauschale. Mit der Grundpauschale sind die Vorhaltekosten für das integrierte Notfallzentrum entsprechend der nach Absatz 3 zu entwickelnden Vorgaben abzubilden und Grundsätze zur Berücksichtigung der spezifischen Investitionsbedingungen zu vereinbaren. Der Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 3 hat zu prüfen, ob auf Basis der vom G-BA zu beschließenden Richtlinie gemäß Absatz 3 zum Umfang der von den integrierten Notfallzentren zu erbringenden notdienstlichen Versorgung der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen anzupassen ist. Bei der Bewertung der Grundpauschale ist sicherzustellen, dass in die Kalkulation der Vorhalte- und Betriebskosten nur der auf die gesetzliche Krankenversicherung entfallende Anteil zu berücksichtigen ist. § 87 Absatz 6 und 7 gilt entsprechend. Der Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 3 hat zwei Jahre nach Inkrafttreten und anschließend in einem Abstand von zwei Kalenderjahren die Entwicklung der Leistungen und der Vergütungen in der ambulanten Notfallversorgung zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten; das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zu dem Bericht bestimmen.“</i> - Sollte die Vergütung dennoch außerhalb der MGV erfolgen, ist eine fortlaufende Bereinigung um die ambulanten Notfalleleistungen aus der MGV zwingend erforderlich. - Auch im Hinblick auf die aufgenommene Evaluation der Leistungsentwicklung und Vergütung erscheint eine Vergütung über nach Schweregrad differenzierten Pauschalen wenig sinnvoll. Zwar lässt sich Anzahl der behandelten Patienten und der Schweregrad der Versorgung evaluieren, nicht jedoch, ob die Versorgung im INZ medizinisch sinnvoll war oder eine Versorgung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ausgereicht hätte. Weiterhin lässt eine statistische Auswertung keine Rückschlüsse auf die Angemessenheit der Höhe der einzelnen Pauschalen zu.
				<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation der Leistungsentwicklung und Vergütung nach zwei Jahren mit Bericht ans BMG 	

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Kurz-Kommentierung des BKK Dachverbandes



Artikel	Nr.	§§	Thema	geplante Inhalte / gesetzliches Vorhaben (kurze Beschreibung)	Bewertung BKK DV/ Änderungsvorschläge
					- Generell ist abzulehnen, dass Vorhaltekosten alleine durch die gesetzliche Krankenversicherung zu tragen sind. Ein Einbezug der PKV ist zwingend erforderlich.
1	13.	Neuer § 123, Absatz 5, SGB V	Information der Versicherten	- Pflicht der Krankenkasse, ihre Versicherte über das nächstgelegene INZ und das GNL zu informieren	- Eine Information der Versicherten zum nächstgelegenen INZ über die Krankenkasse ist sinnvoll. - Auch die KVen, Krankenhäuser und Gemeinden sollten entsprechende Information bereitstellen. Insbesondere die KVen ggf. mit Unterstützung der KBV sollten explizit beauftragt werden das GNL und die Nummer 116117 bekannter zu machen, da der Sicherstellungsauftrag in ihren Händen ruht.
1	14.	§ 133, Absatz 1, SGB V	Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung	Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach Landesrettungsdienstgesetzen von Trägern des Rettungsdienstes oder beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen	- Sachgerecht
1	14.	§ 133, Absatz 2, SGB V	Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung	KK-Verbände schließen gemeinsam und einheitlich Verträge mit Trägern des Rettungsdienstes über Vergütung für Leistungen der medizinischen Notfallrettung. - Unterschiedliche Pauschalen zwischen medizinischer Versorgung am Notfallort und der Rettungsfahrt sind zu vereinbaren. - Eigene Pauschale für medizinisch erforderliche Versorgung am Notfallort vereinbaren, die auch ohne anschließende Rettungsfahrt abgerechnet werden kann - Die Pauschalen sollen die Betriebskosten berücksichtigen. Investitions- und Vorhaltekosten sind in der Finanzierungsverantwortung der Länder, da der RD im Rahmen der Daseinsvorsorge Aufgabe der Länder ist. Kosten für die Vorbereitung auf Großschadenslagen und für Brand-/Katastrophenschutz nicht enthalten	- Sachgerecht
1	14.	§ 133, Absatz 3, SGB V	Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung	Die Landesbehörden haben die KK-Verbände gemeinsam und einheitlich an der Planung der Anzahl von Luftrettungsstandorten, Rettungsleitstellen, Rettungswachen und Rettungsmitteln zu beteiligen. Beachtung Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12	- Sachgerecht
1	14.	§ 133, Absatz 4, SGB V	Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung	Abrechnung auf Basis der vertraglichen Vereinbarung im Anlehnung an Vorgaben nach § 133b Absatz 4 Satz 7 SGB V (neu)	- Sachgerecht
1	15.	Neuer § 133a, SGB V	Versorgung mit Krankentransporten und Krankenfahrten	Krankenkassen schließen gemeinsam und einheitlich mit den Landesbehörden oder den Einrichtungen/Unternehmen Verträge über die Vergütung der Leistungen der Krankentransporte und Krankenfahrten.	- Sachgerecht
1	15.	Neuer § 133b, Absatz 1, SGB V	Gemeinsames Notfallleit-system (GNL): Erreichbarkeit des GNL	- Das GNL übernimmt die Ersteinschätzung und Vermittlung der erforderlichen medizinischen Versorgung. - Bei Lebensgefahr oder der Gefahr von schweren gesundheitlichen Schäden ist die 112 in allen anderen Fällen die 116117 zu wählen.	- Die Vermittlung in einen angemessenen Versorgungsbereich auf Grundlage einer telefonischen Ersteinschätzung wird als sinnvoll und zweckmäßig erachtet und begrüßt. - Die Einschätzung, ob Lebensgefahr besteht oder schwere Schäden drohen, sind von medizinischen Laien nicht zu leisten. Hier werden für die Versicherten in Notfallsituationen unnötigen

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Kurz-Kommentierung des BKK Dachverbandes



Artikel	Nr.	§§	Thema	geplante Inhalte / gesetzliches Vorhaben (kurze Beschreibung)	Bewertung BKK DV/ Änderungsvorschläge
					Hürden aufgebaut. Vor diesem Hintergrund wäre eine einheitliche Nummer besser, um zu verhindern, dass Notfallpatienten versehentlich in die Warteschleife der 116 117 geraten.
1	15.	Neuer § 133b, Absatz 2, SGB V	GNL: Aufgaben	<ul style="list-style-type: none"> - Vermittlung auf Grundlage des Ersteinschätzungsverfahrens in die erforderliche Versorgungsstruktur - Rettungsleitstellen (112) disponieren medizinische Notfallrettung sowie Krankentransporte zur notdienstlichen Versorgung - KVen (116117) vermitteln an den telemedizinischen oder aufsuchenden Bereitschaftsdienst oder ein INZ - Das GNL kann digitale Unterstützungsangebote oder digitale Anwendungen einbeziehen 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Vermittlung in einen angemessenen Versorgungsbereich auf Grundlage einer telefonischen Ersteinschätzung wird als sinnvoll und zweckmäßig erachtet und begrüßt. Das Weiterleiten der Anrufer an die jeweils zuständige Stelle (siehe Begründung) sollte im Gesetzestext abgebildet werden. - Die Aufgabentrennung von Rettungsleitstelle und KVen innerhalb der GNL wird kritisch gesehen. Es besteht die Befürchtung, dass die durch ggf. entstehende zusätzlichen Kommunikationsschritte für den Versicherten wertvolle Zeit bis zur Versorgung verloren geht. Sinnvoll wäre es, dass bei beiden Rufnummern neben einer adäquaten Ersteinschätzung auch die richtige Vermittlung in die angemessene Versorgungsstruktur erfolgen kann. - Im Falle eines akuten Notfalls kann es lebenswichtig sein, dass Ersthelfer schnell Erste-Hilfe leisten. Die Einbindung von digitalen Unterstützungsangeboten oder digitalen Anwendungen kann helfen die Erstversorgung schneller und qualitativ hochwertiger zu gewährleisten und wird von daher ausdrücklich begrüßt.
1	15.	Neuer § 133b, Absatz 3, SGB V	GNL: Zusammenarbeit 112 und 116117	<ul style="list-style-type: none"> - Das GNL besteht aus der verbindlichen Kooperation der Träger der Rettungsleitstellen und der KVen - KVen werden verpflichtet auf Wunsch einer Rettungsleitstelle ein GNL zu bilden. Kooperiert wird nur in medizinischen Notsituationen. - Im GNL vereinbaren die Träger der Rettungsleitstellen mit ihren KVen ein qualifiziertes, standardisiertes und softwaregestütztes Ersteinschätzungsverfahren von Hilfesuchenden und die aus der Einschätzung resultierenden Versorgungsstrukturen. - Berichtspflicht über die Vereinbarungen der KBV gegenüber dem BMG erstmals ein Jahr nach Inkrafttreten, dann zweijährlich. 	<ul style="list-style-type: none"> - GNL sollten in allen KV-Bezirken gebildet werden müssen. Ein Flickenteppich ist unbedingt zu vermeiden - Die Vereinbarung eines verbindlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens fördert das Verständnis und eine reibungslose Disposition die angebrachte Versorgungsstruktur und wird daher ausdrücklich begrüßt. Besser als verschiedene zum Teil wahrscheinlich regional unterschiedliche Ersteinschätzungsverfahren, wäre eine bundeseinheitliche Festlegung eines solchen Verfahrens. - Besser als eine Berichterstattung durch die KBV wäre hier eine bundesweite Vereinheitlichung von Anfang an, damit Patienten mit identischer Diagnose nicht in unterschiedlichen Ländern unterschiedlich triagiert werden.
1	15.	Neuer § 133b, Absatz 4, SGB V	GNL: Zusammenarbeit GNL, INZ und Leistungserbringer der Notfallrettung Digitale Vernetzung	<ul style="list-style-type: none"> - GNL, Leistungserbringer der Notfallrettung und INZ arbeiten zusammen. - Zusammenarbeit beinhaltet die interaktive Nutzung einer digitalen Dokumentation zur Übertragung der zur Weiterversorgung erforderlichen Daten, die Echtzeitübertragung der Versorgungskapazitäten von Rettungsmitteln, aufsuchendem Bereitschaftsdienst, integrierten Notfallzentren und Krankenhäusern. Die digitale Vernetzung gewährleistet eine Disposition auch über Ländergrenzen hinweg. - Die Digitale Vernetzung erfolgt über Telematikinfrastruktur nach § 291a sobald diese verfügbar ist - Beauftragung des G-BA mit Regelungen zum Näheren zur Kooperationsverpflichtung und zur digitalen 	<ul style="list-style-type: none"> - Zu begrüßen. - Die Etablierung einer digitalen Dokumentation mit Echtzeitübertragung der Versorgungskapazitäten wird in diesem Zusammenhang als unabdingbar eingeschätzt und sehr begrüßt. - Zu begrüßen. Die Anbindung aller an der medizinischen Notfallversorgung Beteiligten ist die konsequente Fortsetzung der Erweiterung des Nutzerkreises der TI und stützt das Ziel, diese als zentrale und sichere Kommunikationsinfrastruktur des Gesundheitswesens auszubauen. Ebenso ist die Einbindung der gematik zu Fragen der Datensicherheit zu befürworten. Diese sollte hinsichtlich Verfügbarkeit und Anbindung derartiger Informationssysteme an die TI generell einbezogen werden.

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Kurz-Kommentierung des BKK Dachverbandes



Artikel	Nr.	§§	Thema	geplante Inhalte / gesetzliches Vorhaben (kurze Beschreibung)	Bewertung BKK DV/ Änderungsvorschläge
				<ul style="list-style-type: none"> Vernetzung in einer Richtlinie zur Notfallrettung zu regeln. - Beauftragung des G-BA zur Festlegung der bundesweit einheitlichen Erfassung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung 	<ul style="list-style-type: none"> - Wird begrüßt. Mit der Beauftragung des G-BA zur Bestimmung verbindlicher Bedingungen zur digitalen Vernetzung wird sichergestellt, dass eine Kooperation der Notfallversorgung auch über Ländergrenzen hinweg gewährleistet werden kann. - Die Beauftragung des G-BA wird ausdrücklich begrüßt. Bisher liegen nur sehr unzureichende Daten über das Geschehen der Notfallrettung vor. Bundesweit einheitliche Vorgaben zur Erfassung von Leistungen der Notfallrettung erleichtern die die Evaluation und ermöglichen Transparenz über die Notfallversorgung und werden von daher begrüßt.
1	15.	Neuer § 133b, Absatz 5, SGB V	GNL: Vergütung	<ul style="list-style-type: none"> - Die Landesverbände der Krankenkasse schließen mit den Trägern der Rettungsstellen Verträge über die Vergütung der im Rahmen eines gemeinsamen Notfallsystems erbrachten Leistungen. - Die Vergütung erfolgt nach einer Pauschale nach Hilfeersuchen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Regelung wird als sachgerecht erachtet. - Die in der Begründung aufgeführte Erläuterung, dass nur Leistungen, die im Rahmen von GNL erbracht wurden, anrechnungsfähig sind, sollte sich als Klarstellung im Gesetzestext wiederfinden.
1	15.	Neuer § 133b, Absatz 6, SGB V	Förderung der Errichtung von gemeinsamen Notfallsystemen und die digitale Vernetzung	<ul style="list-style-type: none"> - Errichtung von gemeinsamen Notfallsystemen und die digitale Vernetzung werden durch die GKV mit 25 Mio. für die einmalige Finanzierung der Anschaffungskosten von Softwarelösungen gefördert - Die Fördersumme wird über ein Umlageverfahren auf Basis der KM 6 Statistik eingezogen und kann anschließend durch die KVen beim GKV-SV abgerufen werden. - Krankenkassen sollen die digitale Vernetzung nach Abs. 4 finanziell fördern. 	<ul style="list-style-type: none"> - Da auch PKV-Versicherte von den neuen Strukturen profitieren, ist eine finanzielle Beteiligung der PKV zwingend erforderlich. - Die Förderung sollte im Gesamtkontext der Finanzierung von Anbindungs- und Betriebskosten durch die GKV betrachtet werden. Doppelfinanzierung sind auszuschließen.
1 1	18. 18.	§ 291a, Absatz 7c, neuer Satz 3 und 4, SGB V	Finanzierung der Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI)	Die bei den Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung und den Rettungsleitstellen entstehenden Investitions- und Betriebskosten für die TI sind durch die Krankenkassen zu tragen	<ul style="list-style-type: none"> - Einer Finanzierungsregelung analog denen der ambulanten Leistungserbringer kann grundsätzlich gefolgt werden. Dieses Vorhaben ist sachgerecht. Insgesamt sollte aber die Höhe der Anschlusskosten abgesenkt werden bzw. sollte die Finanzierung der Betriebskosten im Sinn einer Anschubfinanzierung zeitlich befristet erfolgen.
1	19.	§ 302, Absatz 1, neuer Satz 4, SGB V	Abrechnung Rettungs- und Krankentransporte	Nachweis der Ersteinschätzung ersetzt die Angaben zur Arztnummer und ärztlichen Verordnung	<ul style="list-style-type: none"> - sachgerecht
2		Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	Investitionsförderung via Strukturfonds	Bisher Förderung von u. a. „Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen“ wird angepasst in Förderung „integrierter Notfallzentren nach § 123 des [SGB V]“	<ul style="list-style-type: none"> - Folgeänderung
3		Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung	Investitionsförderung via Strukturfonds	Konkretisierung der bisherigen Förderfähigkeit von „Vorhaben, die die Bildung eines integrierten Notfallzentrums zum Gegenstand“ auf den neuen § 123	<ul style="list-style-type: none"> - Folgeänderung