

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 07.02.2020**

**zum Referentenentwurf
eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	4
II. Stellungnahme zum Referentenentwurf	6
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	6
§ 11 Abs. 1 – Leistungsarten	6
§ 60 (neu) – Medizinische Notfallrettung	7
§ 60a (neu) – Krankentransporte und Krankenfahrten	12
§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 – Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung	19
§ 73b Abs. 4 Satz 7 – Hausarztzentrierte Versorgung	20
§ 75 Abs. 1a Satz 2 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung	21
§ 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung	22
§ 75 Abs. 1b – Inhalt und Umfang der Sicherstellung	23
§ 75 Abs. 1c) – Inhalt und Umfang der Sicherstellung	28
§ 87 Abs. 2a Sätze 23 und 24 (alt) – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	29
§ 87b Abs. 1 Satz 3 – Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)	30
§ 90 Abs. 4 – Landesausschüsse	32
§ 90 Abs. 4 – Landesausschüsse	33
§ 90 Abs. 5 Satz 1 – Landesausschüsse	36
§ 92 – Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses	37
§ 92 – Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses	38
§ 115 – Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten	39
§ 116b Abs. 2 Satz 1 – Ambulante spezialfachärztliche Versorgung	40
§ 116b Abs. 3 – Ambulante spezialfachärztliche Versorgung	41
§ 120 Abs. 1 Satz 1 – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen	42
§ 120 Abs. 1 Satz 2 (neu) – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen	43
§ 123 Abs. 1 – Integrierte Notfallzentren	44
§ 123 Abs. 2 – Integrierte Notfallzentren	47
§ 123 Abs. 3 – Integrierte Notfallzentren	53
§ 123 Abs. 4 – Integrierte Notfallzentren	58
§ 123 Abs. 5 – integrierte Notfallzentren	65
§ 133 Abs. 1 – Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung	66
§ 133 Abs. 2 – Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung	67
§ 133 Abs. 3 – Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung	68
§ 133 Abs. 4 – Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung	69
§ 133a – Versorgung mit Krankentransporten und Krankenfahrten	70
§ 133b (neu) – Gemeinsames Notfalleitsystem	71

§ 140a Abs. 1 Satz 5 – Besondere Versorgung	76
§ 140f – Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten	77
§ 291a Abs. 7c – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur	78
§ 302 Abs. 1 – Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer	80
§ 329 Abs. 1 – Übergangsregelung zur Reform der Notfallversorgung	81
§ 329 Abs. 2 (neu) – Übergangsregelung zur Reform der Notfallversorgung	82
§ 329 Abs. 3 – Übergangsregelung zur Reform der Notfallversorgung	83
Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes).....	84
§ 12a Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 – Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019	84
Artikel 3 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung).....	85
§ 11 Abs. 1 Nr. 5 – Förderungsfähige Vorhaben	85
Artikel 4 (Inkrafttreten)	86

I. Vorbemerkung

Der vorliegende Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung liefert sehr positive Impulse zur Vereinheitlichung der bisher regional stark unterschiedlich entwickelten Notfallversorgung und wird vom GKV-Spitzenverband ausdrücklich begrüßt. Insbesondere die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen erscheint sachgerecht, da die Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten seit jeher ein wesentlicher Bestandteil des vertragsärztlichen Sicherstellungsauftrages war. Insgesamt erscheinen die Maßnahmen geeignet, um die derzeit sowohl für die Patienten als auch das Praxispersonal unbefriedigende Situation in Krankenhausnotaufnahmen grundlegend zu verbessern. Die systematische Etablierung von INZ an Krankenhausstandorten in Verbindung mit klar geregelten Zuständigkeiten, bundeseinheitlichen Anforderungen an die Angebotsstrukturen, dem aufsuchenden Bereitschaftsdienst und dem telemedizinischen Bereitschaftsdienst sollten dazu führen, dass die bisherige Fehlanspruchnahme der Notaufnahmen durch Patienten mit originär ambulantem Versorgungsbedarf zukünftig vermieden wird.

Das vorgelegte Versorgungskonzept ist inhaltlich stringent und verfolgt konsequent den Gedanken „ambulant vor stationär“. Entsprechend der nochmaligen Klarstellung des bereits bestehenden Sicherstellungsauftrages der KVen sieht der Referentenentwurf eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vor. Dies ist folgerichtig, da seitens der Beitragszahler die ambulante Notfallversorgung bereits heute gegenüber den KV vergütet wird. In dem Referentenentwurf sollte daher klargestellt werden, dass es sich nicht um eine einmalige, sondern um eine fortlaufende Bereinigung handelt.

Sehr zu begrüßen ist die starke Rolle, die dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zugewiesen wird. Insbesondere die bedarfsbezogenen Planungsvorgaben zur Bestimmung der INZ-Standorte, die Festlegungen für anzufahrende spezialisierte Krankenhäuser und die Definition der Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringung in INZ werden zu einer spürbaren Verbesserung der Notfallversorgung in ganz Deutschland führen.

Mittels eines Gemeinsamen Notfallsystems (GNL) soll die Zusammenarbeit der Leistungserbringer der medizinischen Notfallversorgung unter Nutzung der Telematikinfrastruktur verbessert werden. Aufgrund der fehlenden Grundgesetzänderung wird die Schaffung der, insbesondere aus Patientensicht gebotenen, bundesweit einheitlichen Struktur für die GNL leider deutlich erschwert. Die Teilnahme der 112-Leitstellen am GNL kann daher nur freiwillig erfolgen. Um trotzdem ein

gemeinsames Verständnis der Ersteinschätzung und der zu disponierenden Leistung zu etablieren, soll der G-BA die Kooperationsverpflichtungen definieren und Vorgaben zur digitalen Vernetzung schaffen. Die Aufgabenzuweisung an den G-BA ist folgerichtig und zu begrüßen. Ziel muss die Schaffung eines bundeseinheitlichen Ersteinschätzungsverfahrens und die Sicherstellung der länderübergreifenden Interoperabilität der eingesetzten Softwaresysteme sein. Ausdrücklich begrüßt wird, dass der G-BA die Regelungskompetenz für eine bundeseinheitliche Datenerfassung der medizinischen Notfallversorgung erhalten soll. Im Gesetz zu ergänzen sind in diesem Zusammenhang die konkreten Datenübertragungswege und Datennutzungsrechte.

Mit dem Referentenentwurf wird der Rettungsdienst ein eigenständiger Leistungsbereich der GKV. Der Bereich teilt sich damit zukünftig in die medizinische Notfallrettung, mit der vor Ort erbrachten medizinischen Leistung und Rettungsfahrten mit einem qualifizierten Rettungsmittel. Zu begrüßen ist hier die im Referentenentwurf vorgesehene Vorgabe, dass zukünftig nur noch Krankenhäuser mit Notfallstufen nach G-BA-Beschluss angefahren werden dürfen. Insbesondere die zukünftige Definition der Krankenhäuser, die für die Behandlung der Tracerdiagnosen geeignet sind, stellt eine wesentliche Verbesserung im Sinne der Patientinnen und Patienten dar. Insgesamt ist die Verbindung zum stationären Notfallstufensystem gut gelungen. Die geplante Einführung einer bundesweiten Notfallstatistik liefert eine wichtige Grundlage zur qualitätsorientierten Weiterentwicklung der Notfallversorgung und ist daher ebenfalls sehr zu begrüßen.

II. Stellungnahme zum Referentenentwurf

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 Buchstabe a) und b)

§ 11 Abs. 1 – Leistungsarten

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 11 Absatz 1 SGB V katalogisiert Leistungsansprüche von Versicherten nach dem SGB V. Infolge der Einführung der medizinischen Notfallrettung als neuer, eigenständiger Leistungsbe-
reich in § 60 SGB V (n.F.) soll diese als Nummer 5 in § 11 Absatz 1 SGB V eingefügt werden.

Infolgedessen wird die bisherige Nummer 5 nunmehr zu Nummer 6.

B) Stellungnahme

Bei der Ergänzung des § 11 Absatz 1 SGB V um die medizinische Notfallrettung nach § 60 SGB V (n.F.) handelt es sich um eine sachgerechte Folgeänderung. Damit wird klargestellt, dass die Notfallrettung zukünftig keine akzessorische Nebenleistung, sondern eine eigen-
ständige Leistung sein soll.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2)

§ 60 (neu) – Medizinische Notfallrettung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch § 60 SGB V (n.F.) sollen die Anspruchsvoraussetzungen für die neue Leistung der medizinischen Notfallrettung vorgegeben werden. Dabei sieht § 60 Absatz 1 SGB V (n.F.) eine Legaldefinition des Notfalls vor.

Gemäß Absatz 2 umfasst die medizinische Notfallrettung die erforderlichen medizinischen Leistungen am Notfallort sowie die bei weitergehender Behandlungsbedürftigkeit der Versicherten notwendige Rettungsfahrt. In diesem Zusammenhang wird klargestellt, dass zu den Rettungsfahrten auch bestimmte Verlegungsfahrten gehören. Weiterhin soll die vom gemeinsamen Notfalleitsystem (GNL) getroffene Entscheidung auf Basis des Ersteinschätzungsverfahrens nach § 133b Absatz 3 Satz 5 SGB V (neu) der ärztlichen Verordnung einer Rettungsfahrt gleichgestellt werden. Darüber hinaus sieht Absatz 2 vor, dass die zur Weiterbehandlung erforderlichen Informationen im Rahmen der Notfallrettung an das anzufahrende integrierte Notfallzentrum (INZ) oder Krankenhaus digital übermittelt werden.

Absatz 3 regelt, welche Versorgungseinrichtung – Krankenhaus oder INZ – anzufahren ist. Sofern eine stationäre Aufnahme nicht notwendig erscheint, kann die Rettungsfahrt nunmehr auch zu einem INZ erfolgen. In diesem Zusammenhang soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) u.a. Festlegungen treffen, wann nicht die nächstgelegene Einrichtung, sondern ein spezialisiertes Krankenhaus, anzufahren ist. Dabei sollen die Bedürfnisse besonderer Patientengruppen (z.B. Kinder) berücksichtigt werden.

Gesetzliche Zuzahlungen für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung sollen nach Absatz 4 nur durch Versicherte geleistet werden, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Dabei sollen die Leistungen der medizinischen Versorgung am Notfallort sowie die Rettungsfahrt als eine Leistung gewertet werden.

In Absatz 5 wird klargestellt, dass kein Anspruch auf Übernahme der Kosten für eine Rettungsfahrt aus dem Ausland ins Inland besteht.

B) Stellungnahme

Die Einführung der medizinischen Notfallrettung als eigenständige Leistung wird begrüßt. Sofern die Voraussetzungen für einen Notfall vorliegen, besteht demnach ein Anspruch auf

eine medizinische Notfallversorgung vor Ort sowie im Bedarfsfall auch auf einen anschließenden Transport (Rettungsfahrt) zur Weiterbehandlung. Beide Leistungen können unabhängig voneinander erbracht und abgerechnet werden. Sie sind ebenso nicht mehr von der Inanspruchnahme weiterer Leistungen abhängig. Die geplante Neuregelung kann somit zu einer Entlastung der Notfallambulanzen in Krankenhäusern sowie bedarfsgerechter Nutzung der Rettungstransportmittel beitragen. Die Möglichkeit, eine Rettungsfahrt, sofern keine stationäre Aufnahme erforderlich erscheint, auch zu einem INZ durchzuführen, trägt zu einer besseren Verzahnung des Rettungsdienstes mit den ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen sowie zur Entlassung der Notaufnahmen im Krankenhaus bei.

Zu § 60 Absatz 1

Absatz 1 definiert den Begriff „Notfall“ im Sinne des bisherigen Verständnisses von § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB V (a.F.) sowie der Krankentransport-Richtlinie (KT-RL). Ein Notfall löst den Anspruch auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung aus.

Zu § 60 Absatz 2

Hier wird der Leistungsumfang der medizinischen Notfallrettung bestimmt, welche die medizinische Notfallversorgung vor Ort sowie im Bedarfsfall die Rettungsfahrt umfasst. Die Vorgaben zur Rettungsfahrt entsprechen weitgehend den Vorgaben von § 5 Absatz 1 KT-RL. Über die aktuelle gesetzliche Regelung hinaus, wonach Verlegungsfahrten im Rahmen stationärer Behandlungen übernommen werden, sollen zukünftig als Rettungsfahrten auch die aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlichen Verlegungsfahrten während einer stationären Behandlung von einem Krankenhaus in ein anderes Krankenhaus gehören, sofern die Notfallvoraussetzungen nach § 60 Absatz 1 Satz 2 SGB V (n.F.) vorliegen. Diese gesetzliche Klarstellung ist zu begrüßen. Ausweislich der Begründung zum Referentenentwurf gehören zu den Rettungsfahrten auch Sekundärfahrten. Der Gesetzeswortlaut begrenzt den Leistungsanspruch jedoch auf den vorgenannten Sachverhalt (Verlegung mit Rettungstransportmitteln während einer stationären Krankenhausbehandlung). Damit sind Weiterbeförderungen von Versicherten nicht vom Gesetzeswortlaut umfasst, in denen noch keine stationäre Aufnahme erfolgt ist. So kann sich z.B. in Einzelfällen, in denen die Rettungsfahrt zunächst in ein INZ ging und dort im Rahmen der notdienstlichen Versorgung festgestellt wird, dass eine stationäre Aufnahme (ggf. in einem weiter entfernt liegenden Krankenhaus) erforderlich ist, daraus nochmals der Bedarf eines Transports ergeben. Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit sollte dieser Anspruch unmittelbar in den Gesetzeswortlaut aufgenommen werden.

Nachvollziehbar ist, dass aufgrund der besonderen Situation, in der nicht die Zeit für die Einholung einer ärztlichen Verordnung gegeben ist und in der Transportunternehmen auf eine problemlose Abrechenbarkeit der Beförderungsleistung vertrauen müssen, der Nachweis der Ersteinschätzung nach § 133b Absatz 3 Satz 5 SGB V (n.F.) in Verbindung mit § 302 Absatz 1 Satz 3 SGB V der ärztlichen Verordnung gleichgestellt sein soll. Der bürokratische Aufwand durch eine ggf. nachträgliche Ausstellung einer Verordnung entfällt.

Zu § 60 Absatz 3

Hier wird geregelt, zu welchen Versorgungseinrichtungen Rettungsfahrten erfolgen können. Scheint nach Einschätzung des rettungsdienstlichen Personals eine stationäre Behandlung nicht erforderlich, ist das nächst erreichbare INZ anzufahren. Scheint hingegen eine stationäre Aufnahme notwendig, sind grundsätzlich nur Krankenhäuser anzufahren, die gemäß dem Beschluss des G-BA nach § 136c Absatz 4 SGB V an der Notfallversorgung teilnehmen. Des Weiteren sollen Rettungsfahrten im Sinne einer zielgerichteten Behandlung auch zu spezialisierten Krankenhäusern möglich sein. Entsprechende Fälle soll der G-BA in einer neu einzuführenden Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 16 SGB V festlegen. Diese Regelung wird ausdrücklich begrüßt, da nur Krankenhäuser, welche die Mindestanforderungen des G-BA nach § 136c Absatz 4 SGB V erfüllen, geeignete Strukturen (z.B. Intensivbetten, CT) zur Versorgung von stationär behandlungsbedürftigen Notfallpatientinnen und -patienten vorhalten. Bei schweren Notfällen wie Polytrauma oder Herzinfarkt ist es entscheidend für den Behandlungserfolg, die Patientinnen und Patienten sofort in ein für ihren Behandlungsfall geeignetes Krankenhaus zu bringen. Der Auftrag an den G-BA, festzulegen in welchen Fällen ein spezialisiertes Krankenhaus anzufahren ist, wird daher uneingeschränkt begrüßt.

Ausweislich der Begründung zum Referentenentwurf ist grundsätzlich das nächstgelegene INZ (ohne eindeutige Indikation für eine stationäre Aufnahme) oder Krankenhaus (mit Indikation für eine stationäre Aufnahme) anzufahren. Diese Klarstellung sollte – wie aus § 60 Absatz 3 Satz 1 SGB V (n.F.) – auch deutlich aus dem Gesetzeswortlaut des § 60 Absatz 3 Satz 2 SGB V (n.F.) hervorgehen, da damit das Regel-Ausnahme-Verhältnis (nächstgelegene Krankenhaus <-> spezialisierte Krankenhaus) klarer wird. Zudem sollte das Wort „grundsätzlich“ gestrichen werden, da nicht klar wird, worauf sich dieses bezieht.

Zu § 60 Absatz 4

Durch Absatz 4 entfällt die nach den aktuellen gesetzlichen Regelungen ausschließlich bei Fahrkosten vorgesehene Zuzahlungserhebung für Minderjährige, was sachgerecht ist und im

Gleichklang mit anderen Leistungen steht. Der Einzug der Zuzahlungen verbleibt – entsprechend der bisherigen Praxis – bei den Krankenkassen. Sofern neben der Notfallversorgung vor Ort eine Rettungsfahrt durchgeführt wird, sollen beide Leistungen als eine Leistung gewertet werden, für die nur einmalig eine Zuzahlung zu leisten ist.

Für die medizinische Notfallversorgung vor Ort sowie für die Rettungsfahrten sind nach § 133 Abs. 1 Satz 2 SGB V (n.F.) gesonderte Pauschalen zu vereinbaren, die unabhängig voneinander abgerechnet werden können. Insofern ist es nicht auszuschließen, dass die Rechnungen für die Notfallversorgung und eine ggf. durchgeführte Rettungsfahrt – zu unterschiedlichen Zeitpunkten – bei der Krankenkasse eintreffen. Damit könnte sich der Zuzahlungseinzug künftig verwaltungsaufwändiger gestalten, da ggf. bereits eine Zuzahlung vom Versicherten für die Notfalleleistungen angefordert wurde und erst danach die Rechnung für die Rettungsfahrt eintrifft, was ggf. eine weitere Zuzahlungsanforderung erforderlich macht, wenn durch die erste Rechnung der Höchstbetrag von 10 EUR noch nicht erreicht wird. Zur Vermeidung aufwändiger und erklärungsbedürftiger Verwaltungsverfahren wird deshalb vorgeschlagen, eine pauschale Zuzahlung in Höhe von 10 EUR für die Inanspruchnahme der medizinischen Notfallrettung vorzusehen. Sofern die Notfallversorgung und eine Rettungsfahrt nach § 60 Absatz 1 SGB V (n.F.) zusammenfallen, sollte diese Pauschale nur einmalig zu entrichten sein.

Zu § 60 Absatz 5

Die Klarstellung, dass kein Anspruch auf eine Rettungsfahrt im Rahmen eines Rücktransports ins Inland besteht, wird begrüßt. Dies entspricht der heutigen gesetzlichen Regelung.

C) Änderungsvorschläge

In Artikel 1 Nr. 2 wird § 60 Absatz 2 Satz 3 wie folgt gefasst: „Rettungsfahrten erfolgen vom Notfallort zu einer nach Absatz 3 anzufahrenden Einrichtung einschließlich einer erforderlichen Weiterbeförderung oder während einer stationären Behandlung von einem Krankenhaus in ein anderes Krankenhaus, sofern die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist.“

In Artikel 1 Nr. 2 wird in § 60 Absatz 3 Satz 1 das Wort „grundsätzlich“ gestrichen und das Wort „nächstgelegene“ durch das Wort „nächsterreichbare“ ersetzt.

In Artikel 1 Nr. 2 wird § 60 Absatz 3 Satz 2 wie folgt gefasst:

„Ist eine stationäre Aufnahme absehbar, ~~sind grundsätzlich nur solche Krankenhäuser~~ ist das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus anzufahren, die ~~das~~ die Anforderungen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 4 für eine Teilnahme an der Basisnotfallversorgung, der erweiterten Notfallversorgung oder der umfassenden Notfallversorgung oder die Anforderungen für das Modul Notfallversorgung Kinder dieses Beschlusses erfüllen.“

In Artikel 1 Nr. 2 wird § 60 Absatz 4 Satz 1 wie folgt gefasst:

„Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten bei Leistungen der medizinischen Notfallrettung eine Zuzahlung in Höhe des Betrages nach ~~sich aus § 61 Satz 4~~ ergebenden Betrages, den die Krankenkasse vom Versicherten einzieht.“

Darüber hinaus werden folgende Änderungen in § 61 SGB V vorgenommen:

- Nach § 61 Satz 3 wird folgender Satz 4 neu eingefügt: „Die Zuzahlung zu Leistungen der medizinischen Notfallrettung beträgt 10 EUR.“
- Der bisherige Satz 4 wird Satz 5.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2)

§ 60a (neu) – Krankentransporte und Krankenfahrten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt die Voraussetzungen zum Anspruch auf Kostenübernahme von Krankentransporten und Krankenfahrten.

Der allgemeine Anspruch auf Übernahme der Kosten medizinisch notwendiger Krankentransporte und Krankenfahrten soll in Absatz 1 geregelt werden.

In Absatz 2 wird festgelegt, in welchen Fällen ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für Krankentransporte und Krankenfahrten besteht und bezieht Krankenfahrten sowie Krankentransporte zu einer notdienstlichen Versorgung in einem INZ ein.

Absatz 3 definiert ergänzend hierzu den Begriff „Krankentransport“ und gibt für diesen weitere Anspruchskriterien vor. Krankentransporte sind ärztlich zu verordnen und bedürfen grundsätzlich der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Bei Krankentransporten zu einem INZ ist die Entscheidung des gemeinsamen Notfalleitsystems (GNL) auf Basis des Ersteinschätzungsverfahrens nach § 133b Absatz 3 Satz 5 SGB V (neu) der ärztlichen Verordnung gleichgestellt.

Die weiteren Kriterien für die Übernahme der Kosten von Krankenfahrten sollen in Absatz 4 festgelegt werden. U. a. wird der Begriff „Krankenfahrt“ definiert. Krankenfahrten bedürfen ebenfalls der ärztlichen Verordnung, mit Ausnahme von Fahrten zum INZ; in diesen Fällen ersetzt die Entscheidung des GNL auch hier die ärztliche Verordnung. Zudem werden die Regelungen zum Genehmigungsvorbehalt und zur Genehmigungsfiktion des § 60 Absatz 1 Satz 4 und 5 SGB V (a.F.) übernommen.

Absatz 5 gibt vor, welche Kosten für die einzelnen Beförderungsmittel übernahmefähig sind.

Der Ausschluss der Kostenübernahme von Rücktransporten aus dem Ausland ins Inland wird in Absatz 6 geregelt.

Regelungen zur Übernahme von Fahr- bzw. Reisekosten im Zusammenhang mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation sollen in Absatz 7 getroffen werden.

Gemäß Absatz 8 sollen Zuzahlungen nur von Versicherten geleistet werden, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Regelungen entsprechen grundlegend den heutigen Vorgaben. Die Übernahme von Regelungen, die heute nur in der KT-RL stehen, in den Gesetzeswortlaut, ist sachgerecht und erhöht die Normenklarheit. Die Neustrukturierung der bisher bestehenden Regelungen zur Krankentransporten und Krankenfahrten, die aufgenommenen Begriffserklärungen sowie die damit verbundene bessere Verständlichkeit der Regelungen werden begrüßt. Die Erweiterung des Leistungsanspruchs auf medizinisch notwendige Krankentransporte und Krankenfahrten zu einer notdienstlichen Versorgung in einem INZ ist sachgerecht.

Zu § 60a Absatz 1

Die vorgesehenen Regelungen schränken den bisherigen Anspruch auf Übernahme von medizinisch notwendigen Krankentransporten und Krankenfahrten nicht ein.

Zur Klarstellung sollte analog zum derzeitigen Gesetzeswortlaut des § 60 Absatz 1 Satz 1 SGB V ausgesagt werden, dass es sich um Krankentransporte und Krankenfahrten nach § 133a SGB V (neu) handelt. Damit wird ein eindeutiger Bezug zur vertragsrechtlichen Regelung hergestellt.

Zu § 60a Absatz 2

In diesem Absatz soll geregelt werden, in welchen Fällen ein Anspruch auf Übernahme der Kosten von Krankentransporten und Krankenfahrten besteht, wobei die bisherigen Vorgaben des § 60 SGB V (a.F.) und der KT-RL gebündelt werden. Neu eingeführt werden soll ein Anspruch auf Übernahme von Kosten für Krankenfahrten sowie Krankentransporte zu einer notdienstlichen Versorgung in einem INZ, da die dort erbrachten Leistungen einer Hauptleistung im Sinne des SGB V entsprechen und damit eine bedarfsgerechte Disposition von Transportmitteln gefördert werden soll. Die geplanten Änderungen sind sachgerecht.

Im Zusammenhang mit den Regelungen zur Kostenübernahme von Verlegungsfahrten wird in § 60 Absatz 2 Nummer 2 SGB V (n.F.) klarstellend ergänzt, dass hierzu auch Fahrten zur Behandlung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V gehören, was nachvollzogen werden kann.

In Nummer 3 des § 60 Absatz 2 SGB V (n.F.) wird der Anspruch auf Fahrten zu stationsersetzenden Behandlungen weitgehend analog der derzeitigen gesetzlichen Vorgaben in § 60 SGB V (a.F.) und der KT-RL geregelt. Gestrichen wird der Anspruch auf eine Beförderung zu

stationersetzenden ambulanten Krankenbehandlungen. Grund hierfür ist ausweislich der Begründung zum Referentenentwurf der mangelnde Anwendungsfall. Die Streichung ist nachvollziehbar und entspricht den aktuellen Vorgaben der KT-RL. Die vorgenommene Konkretisierung, wonach Kosten für Krankentransporte und Krankenfahrten zu ambulanten Operationen nach § 115b SGB V auch zu einer Vertragsarztpraxis übernommen werden, ist sachgerecht. Für notwendige Krankentransporte bzw. Krankenfahrten zu den hierzu erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen ist gesetzlich bislang keine Frist vorgesehen. Für die Fahrten sollten jedoch dieselben zeitlichen Fristen wie bei vor- und nachstationären Behandlungen nach § 115a SGB V gelten. Zur Schaffung eines gleichwertigen Leistungsanspruchs sollten daher auch in derartigen Fällen die Fristen des § 115a Absatz 1 Sätze 1 bis 3 SGB V angewandt werden.

Nicht nachvollzogen werden kann, weshalb die Aussage des derzeitigen § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V „wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung“ nicht übernommen wurde. Damit wird bislang sichergestellt, dass Versicherte, die sich für eine stationersetzende und damit regelhaft kostengünstigere Behandlung als die notwendige Krankenhausbehandlung entscheiden, eine gesetzliche Zuzahlung nur für die erste und letzte Fahrt leisten müssen und damit hinsichtlich der Fahrkostenübernahme nicht schlechter gestellt werden als bei der Inanspruchnahme einer stationären Krankenhausbehandlung. Hieran sollte auch weiterhin festgehalten werden.

Mit § 60 Absatz 2 Nummer 5 SGB V wird ein neuer Anspruch auf Übernahme der Kosten von Krankenfahrten und Krankentransporten zu einer notdienstlichen Versorgung in einem integrierten Notfallzentrum (INZ) nach Entscheidung des gemeinsamen Notfallleitsystems (GNL) auf Basis des Ersteinschätzungsverfahrens nach § 133b Absatz 3 Satz 5 SGB V eingeführt. Bisher sah § 60 SGB V (a.F.) lediglich einen Anspruch auf Rettungsfahrten zum Krankenhaus vor. Ausweislich der Begründung zum Referentenentwurf sollen die Beförderungskosten übernommen werden, wenn die Beförderung aus medizinischen Gründen zwingend geboten ist und auch unter Berücksichtigung der individuellen Umstände zwingend erforderlich ist. Beispielhaft aufgezählt wird hierzu, dass die Beförderung nicht durch eine dritte Person geleistet werden kann. Aufgrund der Notwendigkeit einer schnellen notdienstlichen Versorgung ist die geplante Regelung im Zusammenhang mit der Neustrukturierung der notdienstlichen Versorgung nachvollziehbar.

Ausweislich der Begründung zum Referentenentwurf zu § 60a Absatz 2 SGB V sollen auch zwingend medizinisch notwendige „Heimfahrten“ von den Krankenkassen übernommen werden. Dies ist aktuell im Rahmen einer Rettungsfahrt, die nicht zu einer stationären Aufnahme führt, nur für Versicherte vorgesehen, die nach der ambulanten Notfallbehandlung im Krankenhaus eines Krankentransportwagens bedürfen (§ 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V –

a.F. –) oder die dauerhaft mobilitätsbeeinträchtigt im Sinne des § 60 Absatz 1 Satz 5 SGB V sind. Dies kann damit zu einer Leistungsausweitung führen, die aber – wie zuvor zu den INZ dargestellt – aufgrund der neuen Struktur sinnvoll ist.

Zu § 60a Absatz 3

Es verbleibt bei dem Anspruch auf Kostenübernahme eines Krankentransports nach vorheriger Genehmigung der Krankenkasse gemäß der aktuellen Vorgaben des § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V. Ergänzend hierzu wird der Begriff „Krankentransport“ im Sinne der KT-RL definiert, was begrüßt wird.

§ 60a Absatz 3 Satz 2 SGB V (neu) sagt aus, dass für Rettungsfahrten ausschließlich die Regelungen des § 60 SGB V (n.F.) gelten. Ausweislich der Begründung zum Referentenentwurf soll damit die Möglichkeit eröffnet werden, dass in Ausnahmefällen, in denen aus medizinischen Gründen ein Krankentransport mit einem Rettungsmittel notwendig ist, obwohl kein Notfall nach § 60 Absatz 1 Satz 2 SGB V (n.F.) vorliegt, auch ein qualifiziertes Rettungsmittel genutzt werden kann. Diese Intention wird durch § 60a Absatz 3 Satz 2 SGB V (neu) nicht ausreichend zum Ausdruck gebracht, weshalb der Satz gestrichen werden sollte. Sofern eine entsprechende Klarstellung für notwendig angesehen wird, sollte in der Gesetzesbegründung zum Ausdruck gebracht werden, dass qualifizierte Rettungsmittel für Krankentransporte im Sinne des § 60a SGB V (neu) genutzt werden können.

Zudem wird geregelt, dass bei Krankentransporten zu einem INZ die Entscheidung des gemeinsamen Notfalleitstellensystems auf Basis des Ersteinschätzungsverfahrens nach § 133b Absatz 3 Satz 5 SGB V der ärztlichen Verordnung gleichgestellt ist. Eine vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse ist nicht erforderlich. Diese sachgerechte Regelung stellt sicher, dass Leistungserbringer die Beförderung unbürokratisch – mit dem geplanten Nachweis über die Ersteinschätzung nach § 302 Absatz 1 Satz 3 SGB V – abrechnen können. Ist ein Krankentransport hingegen im Sinne des § 60a Absatz 2 Nummer 4 SGB V (neu) zu einer ambulanten Behandlung erforderlich, verbleibt es bei der Notwendigkeit der ärztlichen Verordnung, die vor Fahrtantritt durch die Krankenkasse zu genehmigen ist.

Ausweislich der Begründung zum Referentenentwurf zu § 60a Absatz 2 SGB V (neu) sollen Kosten für medizinisch notwendige Heimfahrten im Zusammenhang mit den in Absatz 2 genannten Leistungen, u.a. INZ, übernommen werden. Wie zuvor dargestellt, soll für Krankentransporte zu einer notdienstlichen Versorgung in einem INZ der Nachweis der Ersteinschätzung die ärztliche Verordnung ersetzen. Dies kann für die Hinfahrt nachvollzogen werden. Demgegenüber wird im Rahmen des Ersteinschätzungsverfahrens nach § 133b Absatz 3 Satz 5 SGB V nicht regelhaft die Beurteilung vorgenommen werden können, ob auch eine Heimfahrt nach

einer erfolgten notdienstlichen Versorgung erforderlich sein wird sowie mit welchem Transportmittel diese erfolgen soll. Insofern sollte im Gesetz klargestellt werden, dass INZ für Heimfahrten von notdienstlich versorgten Versicherten Krankentransporte und Krankenfahrten unter den Voraussetzungen des § 60a SGB V (neu) verordnen können.

Zu § 60a Absatz 4

In Absatz 4 sollen die Voraussetzungen für die Übernahme der Kosten von Krankenfahrten vorgegeben werden. Dabei werden Krankenfahrten nachvollziehbar im Sinne des § 7 Absatz 1 KT-RL definiert. Fraglich ist, warum die Definition nach § 7 Absatz 1 Satz 2 KT-RL, wonach zu den Mietwagen z. B. auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung zur Beförderung von Rollstuhlfahrern gehören, nicht übernommen wurde.

Analog zur geplanten Regelung in Absatz 3 soll auch bei Krankenfahrten zu einem INZ der Nachweis über die Ersteinschätzung eine ärztliche Verordnung ersetzen. Bezüglich der Verordnungsmöglichkeit für Heimfahrten verweisen wir auf unsere vorherigen Ausführungen zu § 60a Absatz 3.

Für Krankenfahrten zu einer ambulanten Behandlung (§ 60a Absatz 2 Nummer 4 SGB V -neu) ist hingegen weiterhin eine ärztliche Verordnung auszustellen, die – wie bisher auch – der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse bedarf. Es verbleibt zukünftig bei der Genehmigungsfiktion für dauerhaft mobilitätsbeeinträchtigte Versicherte analog zum derzeitigen § 60 Absatz 1 Satz 5 SGB V.

Der Verweis in Satz 4 auf den Satz 4 ist nicht korrekt. Es muss auf Satz 3 verwiesen werden.

Zu § 60a Absatz 5

Absatz 5 gibt vor, welche Kosten die Krankenkassen bei Inanspruchnahme der jeweiligen Transportmittel übernehmen. Dies entspricht dem derzeitigen Regelungsgehalt von § 60 Absatz 3 SGB V. Aus Transparenzgründen und im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots sollte analog der derzeitigen Formulierung in § 60 Absatz 3 Nummer 2 SGB V zur Differenzierung von Krankenfahrten weiterhin in § 60a Absatz 5 Nummer 2 SGB V (neu) klargestellt werden, dass die Kosten nur übernommen werden können, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann.

Zu § 60a Absatz 6 und 7

Die beabsichtigte Neuregelung entspricht der bisherigen gesetzlichen Regelung der § 60 Absätze 4 und 5 SGB V.

Zu § 60a Absatz 8

Die ausschließlich bei Fahrkosten vorgesehene Zuzahlungserhebung für Minderjährige entfällt, was sachgerecht erscheint und im Gleichklang zu anderen Leistungen steht. Ausweislich der Begründung zum Referentenentwurf soll der Einzug der Zuzahlungen bei Krankentransporten entsprechend der bisherigen Praxis durch die Krankenkassen erfolgen. Dies sollte im Gesetz entsprechend formuliert werden.

C) Änderungsvorschläge

In Artikel 1 Nr. 2 wird in § 60a Absatz 1 Satz 1 hinter dem Wort Krankenfahrten der Verweis „nach § 133a“ eingefügt.

In Artikel 1 Nr. 2 wird § 60a Absatz 2 Nummer 3 wie folgt gefasst:

„3. Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung nach § 115a oder zu einer ambulanten Operation nach § 115b im Krankenhaus oder zu einer ambulanten Operation in einer Vertragsarztpraxis einschließlich der hierzu erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen innerhalb der Fristen des § 115a Absatz 2 Sätze 1 bis 3, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.“

In Artikel 1 Nr. 2 wird § 60a Absatz 2 Nummer 5 wie folgt gefasst:

„Fahrten zu einer notdienstlichen Versorgung in einem integrierten Notfallzentrum nach Entscheidung des gemeinsamen Notfalleitsystems auf Basis des Ersteinschätzungsverfahrens nach § 133b Absatz 3 Satz 5, sofern diese nach den Umständen des Einzelfalls zwingend erforderlich ist sind; für medizinisch notwendige Heimfahrten ist durch das integrierte Notfallzentrum eine ärztliche Verordnung nach § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 SGB V auszustellen.“

In Artikel 1 Nr. 2 wird § 60 Absatz 3 Satz 2 gestrichen.

In Artikel 1 Nr. 2 wird § 60 Absatz 3 Satz 3 wie folgt gefasst:

„Bei einem Krankentransport zu einer notdienstlichen Versorgung nach Absatz 2 Nummer 5 steht die Entscheidung des gemeinsamen Notfalleitsystems auf Basis des Ersteinschätzungsverfahrens nach § 133b Absatz 3 Satz 5 der ärztlichen Verordnung gleich; für medizinisch notwendige Heimfahrten nach Absatz 2 Nummer 5 mit einem Krankentransport ist durch das integrierte Notfallzentrum eine ärztliche Verordnung nach § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 SGB V auszustellen.“

In Artikel 1 Nr. 2 wird in § 60a Absatz 4 Satz 4 der Verweis auf „Satz 4“ ersetzt durch „Satz 3“.

In Artikel 1 Nr. 2 wird in § 60a Absatz 5 Satz 2 Nummer 1 das Wort „des“ durch „der“ ersetzt.

In Artikel 1 Nr. 2 wird in § 60a Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 nach dem Wort „Betrag“ der Text „, wenn ein Transportmittel nach Nummer 1 nicht benutzt werden kann“ eingefügt.

In Artikel 1 Nr. 2 wird in § 60a Absatz 8 Satz 2 wie folgt gefasst:

„Für Krankenfahrten gilt § 43c Absatz 1-gilt.“

In Artikel 1 Nr. 2 wird in § 60a Absatz 8 folgender Satz 3 angefügt:

„Bei Krankentransporten zieht die Krankenkasse die Zuzahlung nach Satz 1 ein.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3)

§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 – Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 SGB V wird ergänzt, dass die vertragsärztliche Versorgung auch die Verordnung von Krankenfahrten umfasst.

B) Stellungnahme

Die Verordnung von Krankenfahrten ist derzeit durch die KT-RL vorgesehen. Damit entspricht die geplante Klarstellung, wonach Vertragsärzte neben der Verordnung von Krankentransporten auch zur Verordnung von Krankenfahrten ermächtigt sind, der bisherigen Praxis sowie Rechtslage. Die geplante Änderung wird daher begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 73b Abs. 4 Satz 7 – Hausarztzentrierte Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 73b Absatz 4 SGB V sah bisher vor, dass der Sicherstellungsauftrag der KVen im Selektivvertrag auf die Selektivvertragspartner übergeht. Dies galt jedoch nicht für die Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst). Die bisherigen Vorgaben zum Sicherstellungsauftrag im Notdienst werden in §75 Abs. 1b SGB V nun vollständig neu gefasst. Insofern wurde der Verweis in § 73 Abs. 4 Satz 7 SGB V begrifflich angepasst.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung im Zusammenhang mit der Einführung des Begriffes „notdienstliche Versorgung“ in § 75 Abs. 1b Satz 1 SGB V.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 Buchstabe a) aa)

§ 75 Abs. 1a Satz 2 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 75 Absatz 1a SGB V regelt im Rahmen des vertragsärztlichen Sicherstellungsauftrages die Vorgaben zu den Terminservicestellen. § 75 Absatz 1b Satz 2 zweiter Halbsatz regelt die Kooperationsmöglichkeit der Terminservicestellen mit den Rettungsleitstellen der Länder. Da diese in § 133b neu geregelt werden, wird der Bezug entsprechend angepasst.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeanpassung zur Neufassung des § 133b SGB V.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 Buchstabe a) bb)

§ 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 75 Absatz 1a Satz 3 regelt die Aufgaben der Terminservicestellen. Satz 3 Nr. 3 gibt dabei vor, dass den Versicherten spätestens bis zum 1. Januar 2020 in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln ist. Der Begriff „Versorgungsebene“ wird durch den Begriff „Versorgungsstruktur“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sprachliche Präzisierung. Das Gesetz weist sachgerecht an mehreren Stellen daraufhin, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gilt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 Buchstabe b)

§ 75 Abs. 1b – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige Sicherstellungsauftrag der KVen zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst) wird neu gefasst und konkretisiert. Unter dem neuen Begriff „notdienstliche Versorgung“ wird klargestellt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen eine vertragsärztliche Versorgung in Fällen, die eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erfordern, jederzeit sicherzustellen haben. Des Weiteren wird vorgegeben, dass diese Sicherstellung durch INZ, durch den aufsuchenden Bereitschaftsdienst und durch einen telemedizinischen Bereitschaftsdienst sicherzustellen sind. Der Sicherstellungsauftrag umfasst, sofern nicht landesrechtlich anders geregelt, weiterhin nicht die notärztliche Versorgung im Rettungsdienst.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen unterstützt durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung alle geeigneten Maßnahmen treffen, um die notdienstliche Versorgung sicherzustellen.

Die bisherige Regelung, dass die KVen mit Krankenhäusern für den Notdienst (nach alter Rechtslage) durch die Einrichtung von Portalpraxen oder durch die Einbindung der Notaufnahmen kooperieren sollen, entfällt im Kontext der Einführung der INZ. Ebenso wird in diesem Zusammenhang eine Einbindung in den Notdienst von Krankenhäusern und nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten durch Kooperationsverträge mit den KVen nicht mehr gesetzlich vorgesehen.

In der Begründung zum Gesetz wird ausgeführt, dass es sich bei der notdienstlichen Versorgung zugleich um Vermittlungsziele der Terminservicestellen handelt, wenn ein Fall der notdienstlichen Versorgung vorliegt. Eine Terminservicestelle hat insofern eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsstruktur zu vermitteln. Der telemedizinische Bereitschaftsdienst soll über die bundesweit einheitliche Rufnummer 116 117 verfügbar gemacht werden, eine telemedizinische Erreichbarkeit von Ärzten und einen Rückrufservice für die Patienten innerhalb einer bestimmten Frist gewährleisten, wobei die ärztlichen Besetzungen der Integrierten Notfallzentren in den Nachtstunden in den telemedizinischen Bereitschaftsdienst einbezogen werden können.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Neuregelung und Klarstellung ausdrücklich. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen wird konkretisiert und spiegelt damit deutlich klarer die Anforderungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Erwartungen der Versicherten an ein bedarfsgerechtes Versorgungsangebot im ambulanten Notdienst wieder. Darüber hinaus erreicht der Gesetzgeber durch die klare Definition und Zuordnung des Sicherstellungsauftrags eine Auflösung des unbefriedigenden Status Quo, nachdem derzeit im Kontrast zur eigentlichen Gesetzeslage ein großer Anteil von Patienten ambulant in Krankenhausnotaufnahmen behandelt wird, für die eigentlich eine Behandlung durch den vertragsärztlichen Notdienst sachgerecht wäre. Die systematische Etablierung von INZ an Krankenhausstandorten ist geeignet, um die bisherige Fehlinanspruchnahme der Notfallambulanzen durch Patienten mit originär ambulantem Versorgungsbedarf zu vermeiden.

Der GKV-Spitzenverband verbindet mit der Neuregelung die Erwartung, dass die klare Regelung der Zuständigkeiten und die bundeseinheitlichen Anforderungen an die Angebotsstrukturen für die notdienstliche Versorgung durch INZ, den aufsuchenden Bereitschaftsdienst und den telemedizinischen Bereitschaftsdienst zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung der Versicherten führen wird.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Neufassung Sicherstellungsauftrag/Einführung Begriff „notdienstliche Versorgung“:

Die Einführung des Begriffs „notdienstliche Versorgung“ wird mit der vorliegenden Definition begrüßt. Eine Sicherstellung der ambulanten Versorgung an 24 Stunden täglich an 7 Tagen in der Woche entspricht der geltenden Rechtslage, wird durch die Neufassung jedoch angemessen präzisiert.

Ausdrücklich begrüßt wird das klare Bekenntnis des Gesetzgebers zum Kollektivvertrag. Die Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten ist seit jeher ein wesentlicher Bestandteil des vertragsärztlichen Sicherstellungsauftrages. Es ist daher sachgerecht, ihn in konkretisierter Form auch bei den Kassenärztlichen Vereinigungen zu belassen. Die Veränderung dieser Zuordnung hätte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zu erheblichen Fragmentierungen der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland geführt. Die Beibehaltung des einheitlichen Sicherstellungsauftrages für die vertragsärztliche Versorgung zu Sprechstundenzeiten einerseits und im Rahmen der notdienstlichen Versorgung andererseits sorgt, bei entsprechender

Umsetzung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, für eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten und vermeidet ökonomisch motivierte Fehlanreize.

Die in der Gesetzesbegründung aufgeführte Erläuterung, dass die Einführung der INZ einer erforderlichen sofortigen medizinischen Behandlung durch Vertragsärzte und ermächtigte Ärzte nicht entgegensteht, wird zur Klarstellung begrüßt und sollte direkt in den Gesetzestext übernommen werden. Inhaltlich sollte zudem betont werden, dass im Regelfall zu Sprechstundenzeiten erforderliche, sofortige medizinische Behandlungen durch Vertragsärzte in Arztpraxen erfolgen sollten, eine Versorgung durch INZ zu Sprechstundenzeiten jedoch (ebenfalls) möglich ist. Eine Verlagerung der Behandlung von Akutfällen aus Arztpraxen in INZ darf nicht Folge der Neustrukturierung der Notfallversorgung werden.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt auch dem Grunde nach die vorgesehene 24-stündige Öffnung der INZ. Allerdings entstehen durch die Neuregelung zu den Sprechstundenzeiten Doppelkapazitäten zu den bestehenden Arztpraxen, während in den Nachtstunden eine geringe Auslastung vorliegen wird. Für die Zeiten niedriger Auslastungen sollte dem G-BA explizit vorgegeben werden, die entsprechenden, insbesondere personellen, Vorhaltevorgaben nach Uhrzeit differenzieren zu können. Dies wird derzeit lediglich in der Begründung als optionale Vorgabe eröffnet und sollte als obligate Vorgabe in den Gesetzestext überführt werden (vgl. Kommentierung zu § 123 Abs. 3).

Sicherstellung der notdienstlichen Versorgung durch INZ und den aufsuchenden Bereitschaftsdienst:

Ausdrücklich begrüßt wird der Erhalt des für die Versorgung der Versicherten wichtigen aufsuchenden Bereitschaftsdienstes.

Ebenfalls begrüßt wird in diesem Zusammenhang die vorgesehene Disponierung der notdienstlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen über die Rufnummer 116117 statt durch die INZ. Gerade durch die avisierte integrierte Verknüpfung in ein gemeinsames Notfalleitsystem ist diese Disponierungsfunktion prädestiniert für eine Verknüpfung mit der 116117 und deren entsprechende Aufgabeerweiterung. Vorgeschlagen wird hierzu lediglich, diese Disponierungsfunktion durch die 116117 explizit auch in § 75 Abs. 1b SGB V aufzunehmen.

Einführung eines telemedizinischen Bereitschaftsdienstes:

Telemedizinische Anwendungen wurden bereits in verschiedenen Anwendungsbereichen in der vertragsärztlichen Versorgung abgebildet. Die Implementierung telemedizinischer Lösungen im Zusammenhang mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst erscheint sinnvoll. In diesem Zusammenhang können z. B. die durch den Bewertungsausschuss bereits getroffenen Regelungen im Zusammenhang mit der Durchführung von Videosprechstunden (Beschluss aus der 453. Sitzung des Bewertungsausschusses) im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) auf die Leistungen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst im EBM übertragen werden.

Abgeschlossenheit der möglichen Versorgungsformen der notdienstlichen Versorgung:

Der Gesetzgeber sieht für die Versorgung in nach § 75 Abs. 1b SGB V in alter Fassung aufgebaute Versorgungsstrukturen bis zur möglichen Überführung der Struktur in ein INZ die Möglichkeit eines befristeten Weiterbetriebs im Ermessen der erweiterten Landesausschüsse vor.

Der GKV-Spitzenverband teilt die gesetzgeberische Absicht die notdienstliche Versorgung weitgehend zu vereinheitlichen und den großen regionalen „Flickenteppich“ für den vertragsärztlichen Notdienst zu vereinheitlichen. Die Übergangsregelung ist sachgerecht.

Maßnahmen der KVen und der KBV

Der Gesetzgeber regelt nunmehr ausdrücklich, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützt durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung alle Maßnahmen zu ergreifen haben, die zur Sicherstellung der notdienstlichen Versorgung geeignet sind. Inhaltlich schreibt die Regelung lediglich die derzeitige Handhabung gesetzlich fest. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Regelung, da diese die Bedeutung hervorhebt, die eine Sicherstellung der notdienstlichen Versorgung zur Versorgung der Versicherten beiträgt.

C) Änderungsvorschlag

In § 75 Absatz 1b wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:

- „Eine sofortige Behandlung, die aus medizinischen Gründen erforderlich ist, erfolgt außerhalb der notdienstlichen Versorgung insbesondere bei den zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 SGB V zugelassenen Ärzten oder ermächtigten Ärzten

bzw. bei zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Einrichtungen.“

§ 75 Absatz 1b Satz 3 in der Fassung des Referentenentwurfs wird als neuer Satz 4 wie folgt gefasst:

- „Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die notdienstliche Versorgung unter Disponierung über die Rufnummer 116 177 durch den Betrieb von integrierten Notfallzentren nach § 123 sowie durch einen telemedizinischen und einen aufsuchenden Bereitschaftsdienst sicher.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 Buchstabe c)

§ 75 Abs. 1c) – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 75 wird ein neuer Absatz 1c „Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die vertragszahnärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten.“ eingefügt.

B) Stellungnahme

Durch die Einfügung des Absatzes 1c wird klargestellt, dass die vertragszahnärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (zahnärztlicher Notdienst) von der Neufassung der notdienstlichen Versorgung unberührt bleibt. Eine Änderung des bislang bestehenden Sicherstellungsauftrags der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen für den zahnärztlichen Notdienst ist damit nicht verbunden.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 87 Abs. 2a Sätze 23 und 24 (alt) – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die gesetzliche Vorgabe an den ergänzten Bewertungsausschuss zur Differenzierung der Notfallpauschalen im Notfall und Notdienst sowie der zugehörige Evaluationsauftrag werden nach erfolgter Umsetzung durch den ergänzten Bewertungsausschuss aus § 87 Abs. 2a SGB V gestrichen.

B) Stellungnahme

Da der gesetzliche Auftrag bereits umgesetzt wurde, ist die Streichung der Regelungen und Fristen sachlogisch.

Die Klarstellung in der Begründung, dass die beschlossenen Vergütungsregelungen im EBM weiter Bestand haben, wird begrüßt. Die weitere Zuständigkeit des ergänzten Bewertungsausschusses für die Regelungen im EBM zu diesem Leistungsbereich ist im Gesamtkontext der Neuaufstellung des Versorgungsbereichs notdienstliche Versorgung jedoch nur für die Versorgung durch sonstige Leistungserbringer nach § 76 Absatz 1 Satz 2 sachgerecht. Beim aufsuchenden und telemedizinischen Bereitschaftsdienst besteht keine Betroffenheit seitens der Krankenhäuser, die eine Zuordnung der Thematik in den ergänzten Bewertungsausschuss rechtfertigen würde. Daher wird für den aufsuchenden und telemedizinischen Bereitschaftsdienst eine Zuordnung zum Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 SGB V vorgeschlagen.

C) Änderungsvorschlag

§ 87 Absatz 2a Satz 23 wird wie folgt gefasst:

„Der Bewertungsausschuss kann im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen Regelungen zum telemedizinischen und aufsuchenden Bereitschaftsdienst nach § 75 Abs. 1b Satz 3 treffen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 87b Abs. 1 Satz 3 – Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 75 Abs. 1 b. Es wird klargestellt, dass die Vergütung der Leistungen im Notfall und der telemedizinischen oder aufsuchenden notdienstlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen aus einem vor der Trennung für die Versorgungsbereiche gebildeten Honorarvolumen erfolgt und keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden dürfen.

B) Stellungnahme

Die Regelung zur Vergütung von Leistungen in der telemedizinischen oder aufsuchenden notdienstlichen Versorgung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit Vorwegabzug ist sachgerecht. Sie ist jedoch zwingend um die Vergütung der Leistungen der Integrierten Notfallzentren gemäß § 123 zu ergänzen.

Mit der Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags zu den sprechstundenfreien Zeiten gemäß § 75 Absatz 1 b wird klargestellt, dass die notdienstliche Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen auch durch den Betrieb von integrierten Notfallzentren (INZ) nach § 123 sicherzustellen ist. Ferner obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen die fachliche Leitung des INZ und sie dienen als jeweilige Abrechnungsstelle. Insofern ist es sachgerecht und konsequent, dass auch die Vergütung der Leistungen des INZ innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ohne begrenzende oder mindernde Maßnahmen bei der Honorarverteilung erfolgt. Hierzu ist entsprechend in § 123 eine basiswirksame Anhebung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vorzusehen.

Eine Finanzierung der INZ innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung setzt zudem systemische Anreize, Patienten in Akutfällen in den medizinisch gebotenen vertragsärztlichen Versorgungsstrukturen zu behandeln, unabhängig von der Finanzierungsform (vgl. auch die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 13 § 123 Abs. 4 – Integrierte Notfallzentren).

Darüber hinaus wird in § 123 Abs. 2 S. 11 und 12 geregelt, dass nach § 75 Abs. 1 b in der bisherigen Fassung aufgebaute Strukturen übergangsweise weiterbetrieben werden sollen. Hier ist eine Klarstellung erforderlich, dass auch diese Versorgung einzubeziehen ist.

C) Änderungsvorschlag

In § 87b Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „im Notdienst“ durch die Wörter „in der notdienstlichen Versorgung gemäß § 75 Absatz 1b Satz 3 und in Versorgungsstrukturen nach § 75 Abs. 1b in der Fassung vom [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten]“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 Buchstabe a)

§ 90 Abs. 4 – Landesausschüsse

A) Beabsichtigte Neuregelung

aa) § 90 Absatz 4 Satz 2 regelt das Mitberatungsrecht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden (Länder) in den Landesausschüssen (LA) und in den erweiterten Landesausschüssen (eLA). Aufgrund der Neuverortung der erweiterten Landesausschüsse in § 90 SGB V wird eine redaktionelle Anpassung vorgenommen.

bb) § 90 Absatz 4 Satz 3 konkretisiert das Mitberatungsrecht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in den (erweiterten) Landesausschüssen. Das Mitberatungsrecht wird um ein Antragsrecht ergänzt.

cc) § 90 Absatz 4 Satz 4 sah bisher vor, dass das Mitberatungsrecht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in den Landesausschüssen auch ein Antragsrecht umfasst. Die Regelung entfällt entsprechend der Änderung in Satz 3.

B) Stellungnahme

aa) bb) cc)

Die erweiterten Landesausschüsse waren bisher in § 116b Absatz 3 geregelt und werden nun aufgrund der zusätzlichen Aufgaben im Zusammenhang mit der Auswahl der Standorte für die integrierten Notfallzentren (INZ) gemäß § 123 Abs. 2 Satz 2 (neu) in § 90 verortet. Bei den Änderungen handelt es sich um Folgeregelungen im Zusammenhang mit der Neuverortung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 Buchstabe b)

§ 90 Abs. 4 – Landesausschüsse

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 90 Absatz 4 wird ein Absatz 4a eingefügt. Der erweiterte Landesausschuss nach dem bisherigen § 116b Absatz 3 SGB V erhält mit der Standortfestlegung der INZ eine neue Aufgabe. Dementsprechend wird er in § 90 SGB V neu verortet. Die Regelungen zur Besetzung, zur Stimmenverteilung und Beschlussfassung bleiben bestehen. Das bisher bereits vorgesehene Mitberatungsrecht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden bleibt ebenfalls erhalten und wird für die INZ um ein Antragsrecht erweitert. Dadurch soll gewährleistet werden, dass die Länder ihre versorgungs- und planungsrelevanten Erkenntnisse in die Beratungen einbringen können. Kommt eine Entscheidung der erweiterten Landesausschüsse nicht fristgemäß innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten der entsprechenden G-BA Vorgaben zu Stande, gewährt das Land eine Nachfrist von sechs Wochen und legt die Standorte der INZ per Ersatzvornahme selbst fest, wenn auch die Nachfrist ergebnislos verstreicht. Der erweiterte Landesausschuss hat den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden alle entscheidungsrelevanten Informationen, Unterlagen und Stellungnahmen unverzüglich zur Verfügung zu stellen. Bis zum Eingang der Unterlagen ist die Frist für die Ersatzvornahme unterbrochen.

B) Stellungnahme

Die Festlegung der INZ Standorte durch den erweiterten Landesausschuss ist sachgerecht und wird ausdrücklich begrüßt. Durch die Umsetzung auf der Grundlage bundeseinheitlicher Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschuss wird sichergestellt, dass eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung erreicht werden kann. Gleichzeitig erhalten die erweiterten Landesausschüsse durch die G-BA Vorgaben verbindliche, rechtssichere Entscheidungsgrundlagen.

Allerdings werden die Krankenhäuser, die als INZ-Standort in Frage kommen, bisher gesetzlich nicht dazu verpflichtet, dem erweiterten Landesausschuss entscheidungsrelevante Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Es stellt sich daher die Frage, auf welcher Grundlage der eLA seine Entscheidung treffen und gewährleisten kann, dass die Vorgaben des G-BA bei der Entscheidung angemessen berücksichtigt werden. Entsprechend wird vorgeschlagen, dass die

Krankenhäuser den eLA die entscheidungsrelevanten Unterlagen zur Verfügung zu stellen haben.

Dies gilt auch für die Frage der Auswahlentscheidung. Je nach Angebotsstruktur muss der eLA in die Lage versetzt werden, rechtssicher zu entscheiden, welcher Standort konkret festzulegen ist. Hierhingehend sollten entsprechend die Festlegungen des G-BA gemäß § 123 Abs. 3 um geeignete Kriterien konkretisiert werden (vgl. Kommentierung zu § 123 Abs. 3).

Zu den aufsichtsrechtlichen Regelungen

Die Erweiterung der aufsichtsrechtlichen Kompetenzen der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden auf die erweiterten Landesausschüsse ist insbesondere im Zusammenhang mit weiteren Regelungen zur Umsetzung der INZ kritisch zu bewerten. Den Ländern wird hier ein sehr weitreichender Einfluss auf die Tätigkeit der erweiterten Landesausschüsse eingeräumt. Sie erhalten hier künftig ein Mitberatungs- und Antragsrecht. Gleichzeitig haben sie die Rechtsaufsicht inne und können die Standorte von INZ im Rahmen einer Ersatzvornahme fachlich eigenverantwortlich bestimmen, sofern der erweiterte Landesausschuss keine fristgemäße Entscheidung trifft. Damit wird das Selbstverwaltungsprinzip zugunsten erweiterter Handlungsspielräume für die Landesebene eingeschränkt. Dies wird als nicht zielführend eingeschätzt.

Daher sollte anstelle der vorgesehenen Ersatzvornahme durch die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden eine Lösung innerhalb des erweiterten Landesausschusses vorgesehen werden. Hierfür sollte die in § 123 Abs. 2 S. 2 vorgesehene Frist zur Beschlussfassung von 6 auf 12 Monate verlängert werden. In dieser Zeit sollte es der Selbstverwaltung in jedem Fall gelingen, einen Beschluss zur Standortauswahl von INZ zu erreichen. Eine kürzere Frist erscheint problematisch, da die eLA zwar durch die Verkündung des Gesetzes und die 18-monatige Beratung des G-BA eine ausreichend lange Zeit für organisatorische Vorbereitungen (zusätzliches Personal in den eLA etc.) der Beschlussfassung haben. Die inhaltliche Prüfung der Kriterien nach dem Vorliegen der konkreten Vorgaben des G-BA stellt jedoch zumindest bei der ersten Festlegung der Standorte einen erheblichen Prüfaufwand dar, der ausreichend Beratungszeit benötigt und erst mit Inkrafttreten der G-BA-Richtlinie beginnen kann.

Eine zusätzliche Eingriffsnotwendigkeit für die Länder ist damit entbehrlich, auch vor dem Hintergrund, dass in den eLAs durch den unparteiischen Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder bereits ein eigenständiges Schiedssystem etabliert ist.

Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden erhalten gemäß Vorschlag die Rechtsaufsicht und die Möglichkeit zur Beanstandung. Damit wird für die INZ ein Konfliktlösungsmechanismus übernommen, der sich bereits vielfach bewährt hat. Die Einflussmöglichkeiten der Länder werden durch das Mitberatungs- und Antragsrecht gestärkt. Darüber hinaus wird ihre Kompetenz jedoch auf die Rechtsaufsicht begrenzt. Die Standortauswahl obliegt der gemeinsamen Selbstverwaltung. Darüber hinaus wird klargestellt, dass die Krankenhäuser verpflichtet sind, dem eLA die entscheidungsrelevanten Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

C) Änderungsvorschlag

Nach Absatz 1b Satz 9 in der Fassung des Referentenentwurfs wird folgender Satz 10 eingefügt:

„Die Krankenhäuser stellen dem erweiterten Landesausschuss alle entscheidungsrelevanten Informationen, Unterlagen und Stellungnahmen unverzüglich zur Verfügung; bis zum Erhalt aller entscheidungsrelevanten Informationen, Unterlagen und Stellungnahmen ist der Lauf der Frist nach § 123 Abs. 2 Satz 2 SGB V unterbrochen.“

Die bisherigen Sätze 10 bis 12 werden gestrichen.

In § 90 Absatz 6 Satz 1 SGB V wird nach den Wörtern „§ 103 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3“ die Wörter „sowie die vom erweiterten Landesausschuss getroffenen Entscheidungen nach § 123 Absatz 2“ eingefügt.

In § 123 Absatz 2 Satz 2 (neu) wird das Wort „sechs“ durch das Wort „zwölf“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 Buchstabe c)

§ 90 Abs. 5 Satz 1 – Landesausschüsse

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Satz 1 werden die aufsichtsrechtlichen Kompetenzen der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden ergänzt. Diese bezieht sich künftig auf die Landesausschüsse und zusätzlich auf die erweiterten Landesausschüsse.

B) Stellungnahme

Die Erweiterung der aufsichtsrechtlichen Kompetenzen der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden auf die erweiterten Landesausschüsse ist grundsätzlich sachgerecht (vgl. Kommentierung zu § 90 Absatz 4).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9 Buchstabe a) aa) bis cc)

§ 92 – Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Referentenentwurf sieht in Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 die Ergänzung des Wortes Krankenfahrten vor.

In Absatz 1 Satz 2 Nummer 16 werden die medizinische Notfallrettung und integrierte Notfallzentren aufgenommen. So soll der G-BA in seinen Richtlinien zukünftig festlegen, in welchen Fällen aus Gründen der zielgerichteten Behandlung ein spezialisiertes Krankenhaus vom Rettungsdienst angefahren werden soll. Weiterhin soll der G-BA bundesweit einheitliche, bedarfsbezogene Planungsvorgaben zur Bestimmung der INZ-Standorte und Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringung in INZ festlegen. Zudem soll er das Nähere zur Kooperation und digitalen Vernetzung der Leistungserbringer der medizinischen Notfallversorgung bestimmen.

B) Stellungnahme

Gemäß § 92 Absatz 1 Satz 1 Nummer 12 SGB V (a.F.) soll der G-BA Richtlinien zur Verordnung von Krankentransporten beschließen. Infolge der geplanten Klarstellung in § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 SGB V (s. Art. 1 Nr. 3), wonach Vertragsärzte auch Krankenfahrten verordnen können, ist die Norm ebenfalls anzupassen.

Die Übertragung einer bundesweiten Regelungskompetenz in Bezug auf die medizinische Notfallrettung, die INZ und die gemeinsamen Notfallsysteme wird ausdrücklich begrüßt. Bundesweite Rahmenvorgaben in diesen Bereichen sind unabdingbar für eine effektive und effiziente Zusammenarbeit der Leistungserbringer der medizinischen Notfallversorgung sowie für eine zielgerichtete Zuleitung der Patientinnen und Patienten in eine für ihren Fall geeignete Versorgungsebene.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9 Buchstabe b)

§ 92 – Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesländer erhalten ein Antrags- und Mitberatungsrecht für die G-BA-Richtlinien zur medizinischen Notfallrettung und für die integrierten Notfallzentren. Darüber hinaus erhalten die Bundesverbände der Hilfsorganisationen, die im Rettungsdienst mitwirken, sowie die betroffenen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht. Die Stellungnahmen müssen bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 115 – Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Da der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen neu geregelt wird und die notdienstliche Versorgung zukünftig in integrierten Notfallzentren (INZ) an ausgewählten Krankenhausstandorten stattfinden soll, ist ein dreiseitiger Vertrag zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankenhausgesellschaft zur Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes nicht mehr erforderlich. Die Regelung wird daher aufgehoben.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 Buchstabe a)

§ 116b Abs. 2 Satz 1 – Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung eines Verweises aufgrund der neuen Verortung der Regelungen zu den erweiterten Landesausschüssen in § 90 Abs. 4a SGB V.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeanpassung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 Buchstabe b)

§ 116b Abs. 3 – Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Erweiterung der Kompetenzen der erweiterten Landesausschüsse um die Aufgabe zur Festlegung der Krankenhäuser, an denen INZ eingerichtet werden sollen, wird die bisherige Regelung zur Aufgabe, Zusammensetzung und Organisation der erweiterten Landesausschüsse nunmehr in § 90 Abs. 4a SGB V verortet. Inhaltliche Änderungen ergeben sich daraus in § 116b SGB V nicht.

B) Stellungnahme

Die Anpassung ist sachgerecht. Die Erweiterung des Aufgabengebiets der erweiterten Landesausschüsse zum Zwecke der Festlegung geeigneter Krankenhäuser für die Etablierung von INZ wird ausdrücklich begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12 Buchstabe a)

§ 120 Abs. 1 Satz 1 – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Anpassung wird klargestellt, dass ambulante ärztliche Leistungen von Krankenhäusern nach § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V, d. h. Behandlungen im Notfall, aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu vergüten sind.

B) Stellungnahme

In der Versorgung kann ein Auseinanderklaffen von gesetzlicher Regelung und dem Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten (Wahrnehmung der Zentralen Notaufnahmen als reguläre Anlaufstelle für ambulanten Behandlungsbedarf) konstatiert werden.

Es besteht nach Wahrnehmung des GKV-Spitzenverbandes ein breiter Konsens zur Reduzierung medizinisch unnötiger Behandlungen in den Zentralen Notaufnahmen der Krankenhäuser. Nach Sinn und Zweck dieses Gesetzes sollen diese Patienten zukünftig in INZ behandelt werden. Behandlungen gemäß § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V sind dann nur noch in Ausnahmefällen erforderlich.

Für Leistungen in diesen Fällen ist eine explizite Zuordnung zur vertragsärztlichen Gesamtvergütung sachgerecht, um Fehlanreize bei der Steuerung der Versorgung zu vermeiden. Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12 Buchstabe b)

§ 120 Abs. 1 Satz 2 (neu) – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass bei ambulanter Inanspruchnahme eines Krankenhauses im Notfall nach § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V, an dessen Standort kein INZ angesiedelt ist, bzw. mit dem keine Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung nach alter Rechtslage besteht, die abgerechneten Leistungen um einen Abschlag i.H.v. 50% zu kürzen sind.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung stellte eine konsequente Folge der Einführung von INZ dar. Die INZ sollen zukünftig zusammen mit dem aufsuchenden und dem telemedizinischen Bereitschaftsdienst die notdienstliche Versorgung nach § 75 Abs. 1b SGB V übernehmen.

Es ist dabei sehr sinnvoll, die Zahl der Fälle in den Zentralen Notaufnahmen der Krankenhäuser zu reduzieren, die originär in der vertragsärztlichen Versorgung und im INZ behandelt werden können.

Dabei werden Ausnahmesituationen nicht immer vermeidbar sein. Dennoch sollten die ökonomischen Anreizwirkungen so gesetzt werden, dass die beabsichtigte Versorgungssteuerung erreicht und Fehlanreize reduziert werden.

Nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes ist die vorliegende Regelung ein zentraler Baustein, um die Etablierung von INZ zu fördern und die sachgerechte Inanspruchnahme von INZ einerseits und Zentralen Notaufnahmen der Krankenhäuser andererseits sicherzustellen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 123 Abs. 1 – Integrierte Notfallzentren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Integrierten Notfallzentren (INZ) sollen als jederzeit zugängliche Anlaufstelle der ambulanten Notfallversorgung an einem zentralen Standort etabliert werden. Sie erbringen neben einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs der Versicherten auch die erforderliche medizinisch-notdienstliche Versorgung der Versicherten. Zudem sind sie zur erforderlichen Weiterleitung in die stationäre Versorgung des Krankenhauses berechtigt und verpflichtet. Die INZ sollen nach § 133b Abs. 4 SGB V mit dem gemeinsamen, digitalen Notfalleitsystem (inkl. Disponierung zwischen INZ, aufsuchendem Bereitschaftsdienst und telemedizinischem Bereitschaftsdienst) und der Notfallrettung kooperieren.

B) Stellungnahme

Die Einführung von Integrierten Notfallzentren als jederzeit zugängliche Anlaufstelle an Krankenhausstandorten wird nachdrücklich begrüßt. Durch die Einführung von INZ wird eine qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten sichergestellt.

Durch die öffentliche Diskussion der vergangenen Jahre wurde ein breiter fachlicher und gesellschaftlicher Konsens erzielt, die Zahl der ambulanten Behandlungen in den Zentralen Notaufnahmen der Krankenhäuser zu reduzieren. In konsequenter Umsetzung dieses Gedankens sollen Patienten, die einer sofortigen medizinischen Behandlung bedürfen, zukünftig entweder in der Vertragsarztpraxis (zu Sprechstundenzeiten), durch den aufsuchenden bzw. den telemedizinischen Bereitschaftsdienst oder in INZ behandelt werden. Behandlungsfälle in Notfallambulanzen als ambulante Notfälle nach § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V sollten damit in Zukunft auf ein absolutes Minimum reduziert werden können. Das vorgelegte Versorgungskonzept ist inhaltlich stringent und verfolgt konsequent den Gedanken „ambulant vor stationär“.

Hervorzuheben ist auch, dass in der Begründung zum Gesetz der Leistungsumfang der INZ sehr sachgerecht abgegrenzt wird. Der in der Gesetzesbegründung festgeschriebene Grundsatz, dass Patienten, die aus medizinischer Sicht keine sofortige Versorgung benötigen, an die vertragsärztliche Versorgung verwiesen werden sollen, ist positiv zu bewerten. Es wäre hier wünschenswert, wenn diese Definition im Kontext der Beauftragung des G-BA zur Festlegung des Umfangs der von den integrierten Notfallzentren zu erbringenden Versorgung in

Absatz 3 dieses Paragraphen in den Gesetzestext aufgenommen würde. So wird sichergestellt, dass die Steuerung der Patienten in die richtige Versorgungsform und die damit verbundene Entlastung der Krankenhäuser umfassende Wirkung entfalten kann. Andernfalls besteht die Gefahr einer Fehlversorgung und Fehlallokation von Beitragsmitteln.

Mit Bezug auf Absatz 1 bestehen nur wenige Anpassungsvorschläge, die den Grundgedanken des Gesetzgebers stützen.

In Satz 2 sollte präzisiert werden, dass eine Berechtigung und Verpflichtung für die medizinisch erforderliche Weiterleitung in die stationäre Versorgung eines Krankenhauses (statt „des Krankenhauses“) besteht. Die Regelung sieht zwar vor, dass INZ an Krankenhausstandorten angesiedelt werden, gleichwohl ist vorstellbar, dass das örtliche Krankenhaus für eine Krankenhauseinweisung im medizinischen Einzelfall nicht geeignet ist. In diesem Fall sollte explizit auch die Einweisung in ein anderes Krankenhaus möglich sein.

Inhaltlich stringent sieht der Gesetzgeber die INZ für Patienten als zentrale Anlaufstelle. Sofern ein Patient in einem Krankenhaus behandelt wird, an dem kein INZ etabliert ist, erfolgt ein Abschlag von der Vergütung des Krankenhauses. Es sollte des Weiteren geregelt werden, dass an Krankenhäusern mit Integrierten Notfallzentren eine Behandlung gem. § 76 Absatz 1 Satz 2 durch das Krankenhaus ohne eine vorherige Ersteinschätzung durch das Integrierte Notfallzentrum nur in Fällen möglich ist, in denen eine unmittelbare lebensbedrohliche gesundheitliche Situation vorliegt.

Es sollte zudem explizit geregelt werden, dass in Fällen, in denen Patienten vom Rettungsdienst zunächst in die Zentrale Notaufnahme gebracht werden, für die dann nach ärztlicher Erstuntersuchung jedoch lediglich ein ambulanter Behandlungsbedarf festgestellt wird, eine Überleitung in die medizinisch gebotene vertragsärztliche Versorgungsstruktur erfolgen muss. Das Krankenhaus sollte für die Erbringung der Ersteinschätzung in diesem Fall nach bestehender EBM-Systematik abrechnen.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „des“ durch das Wort „eines“ ersetzt.

In Absatz 1 werden nach Satz die folgenden Sätze 4 und 5 aufgenommen:

- „In Krankenhäusern an denen sich Integrierte Notfallzentren befinden, ist eine Behandlung gem. § 76 Absatz 1 Satz 2 durch das Krankenhaus ohne eine vorherige qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs der Hilfesuchenden durch das Integrierte Notfallzentrum nur in Fällen möglich,

in denen eine unmittelbare lebensbedrohliche gesundheitliche Situation vorliegt. Wird ein Patient zunächst im Krankenhaus behandelt und stellt sich in der Folge heraus, dass eine ambulante Versorgung ausreichend ist, wird die Behandlung in der medizinisch gebotenen vertragsärztlichen Versorgungsstruktur fortgeführt.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 123 Abs. 2 – Integrierte Notfallzentren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Integrierten Notfallzentren sollen gemeinsam von den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen und den als INZ-Standort festgelegten Krankenhäusern errichtet und betrieben werden. Die Festlegung geeigneter Krankenhausstandorte soll basierend auf den Vorgaben der G-BA-Richtlinie zu INZ innerhalb von 6 Monaten nach Inkrafttreten der Richtlinie durch die erweiterten Landesausschüsse erfolgen. Ein Widerspruch oder eine Klage gegen die Entscheidung soll keine aufschiebende Wirkung haben.

Das INZ soll unter der fachlichen Leitung der Kassenärztlichen Vereinigung stehen, über Einrichtung und Betrieb (wirtschaftliche und organisatorische Ausgestaltung sowie Umsetzung der Vorgaben aus der G-BA-Richtlinie) soll die Kassenärztliche Vereinigung mit dem Krankenhaus bis maximal 6 Monate nach Festlegung als INZ-Standort eine Vereinbarung treffen. Das INZ muss räumlich als erste Anlaufstelle für Patienten erkennbar sein, sofern vor Ort bereits eine Portalpraxis, bzw. vergleichbare Strukturen vorhanden sind, sollen diese in ein INZ umgewandelt werden.

Falls eine entsprechende Vereinbarung nicht zustande kommt, soll eine unabhängige Schiedsperson die Vereinbarung innerhalb von drei Monaten festlegen.

Des Weiteren wird geregelt, dass Portalpraxen oder vergleichbare Einrichtungen zur ambulanten Notfallversorgung bis zur Überführung in ein INZ weiter zu betreiben sind. Dies gilt übergangsweise bis zu einem durch die eLas zu bestimmenden Zeitpunkt auch für Portalpraxen an Krankenhäusern, die nicht als INZ-Standort festgelegt wurden.

B) Stellungnahme

Zur Abgrenzung des INZ vom Krankenhausträger

Die klare gesetzliche Vorgabe, dass INZ von den Krankenhäusern räumlich und wirtschaftlich abzugrenzen sind, wird ausdrücklich begrüßt. Um Fehlanreize unsachgemäßer Inanspruchnahme von stationären Kapazitäten zu vermeiden, ist eine Verknüpfung mit ökonomischen Interessen der Krankenhäuser in jedem Fall zu vermeiden.

Insofern ist nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes eine in der Begründung zum Gesetz angedeutete Möglichkeit, in den Kooperationsverträgen den Grad der wirtschaftlichen und organisatorischen Trennung im eigenen Ermessen festzulegen, nicht zweckmäßig und sollte dort entfallen. Zwar wird die vom Gesetzgeber gewünschte Flexibilität bei der Berücksichtigung regionaler/ einzelfallbezogener Besonderheiten dem Grunde nach unterstützt, dies sollte jedoch nicht ein Infragestellen der vollständigen wirtschaftlichen Unabhängigkeit vom Krankenhaus ermöglichen.

Zur Trägerstruktur des INZ

Während die vorgesehene Einführung der INZ an Krankenhausstandorten uneingeschränkt begrüßt wird, hält der GKV-Spitzenverband es nicht für zwingend und potenziell auch für konfliktträchtig, dass die INZ grundsätzlich gemeinsam durch Kassenärztliche Vereinigung und Krankenhaus errichtet und betrieben werden müssen.

Der GKV-Spitzenverband schlägt vor, auch die Möglichkeit eines alleinigen Betriebs und einer alleinigen Trägerschaft durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu eröffnen. Eine alleinige Trägerschaft für diese Ausnahmefälle durch die Kassenärztliche Vereinigung lässt sich damit begründen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen aufgrund des ihnen obliegenden Sicherstellungsauftrages die Verantwortung für die notdienstliche Versorgung tragen.

Zur Umsetzung des Vorschlags sollte der Gesetzestext eine alleinige und verpflichtende Trägerschaft durch die Kassenärztlichen Vereinigungen vorsehen, sofern ein Krankenhaus keine Einbindung in den Betrieb und die Trägerschaft des INZ wünscht.

Davon unbenommen bedürfte es in diesem Fall selbstverständlich weiterhin einer verpflichtenden Kooperation mit den Krankenhäusern über alle bereits vom Gesetzgeber vorgesehenen Aspekte außer dem Grad der wirtschaftlichen und organisatorischen Abgrenzung eines INZ vom Krankenhaus. Die Kooperationsverträge sollten auch in diesem Fall die Möglichkeit eröffnen, dass Krankenhausärzte in den INZ tätig werden können.

Sofern das INZ in gemeinsamer Trägerschaft von KV und Krankenhaus betrieben wird, ist sicherzustellen, dass die Kassenärztliche Vereinigung mit eigenen Personalressourcen im INZ arbeitet und den Betrieb nicht vollständig an das Krankenhaus abtreten kann.

In jeder Ausgestaltungsform von Trägerschaft und Betrieb ist die vorgesehene fachliche Leitung der INZ durch einen Arzt der Kassenärztlichen Vereinigung (das Gesetz spricht hier noch unpräzise von einer fachlichen Leitung durch die Kassenärztliche Vereinigung) sehr sinnvoll und ergibt sich folgerichtig aus dem konkretisierten Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Klagen und Widersprüche ohne aufschiebende Wirkung

Wenngleich das Ansinnen geteilt wird, die Einrichtung von INZ zu beschleunigen, wird von einem nicht unwesentlichen Aufwand ausgegangen, der sich für eine Kassenärztliche Vereinigung und einen Krankenhausträger aus der Entscheidung eines eLA für die Einrichtung eines INZ ergibt. Dieser Aufwand ergibt sich einerseits aus dem Aufwand für die Verhandlungen für eine Kooperationsvereinbarung als auch in noch größerem Umfang aus baulichen und organisatorischen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Einrichtung von INZ. Es erscheint problematisch diesen Aufwand auch im Falle eines Widerspruchs oder einer Klage betreiben zu müssen. Fraglich bleibt auch, wer die Kosten tragen müsste, falls der Widerspruch oder die Klage erfolgreich wäre. Auf die Regelung sollte daher verzichtet werden.

Vor diesem Hintergrund erscheint es vor allem lohnenswert, Widersprüche und Klagen weitgehend vorab auszuschließen. Hierzu besonders geeignet sind möglichst klare Kriterien des G–BA in seinen Planungsvorgaben nach § 123 Abs. 3 SGB V, die es den eLAs ermöglichen, im Falle einer Abwägungsentscheidung zwischen verschiedenen Krankenhäusern eine eindeutige Auswahl basierend auf den G–BA–Kriterien vorzunehmen. Eine derartige Vorgabe von Abwägungskriterien zur Standortauswahl bei mehr als einem geeigneten Krankenhaus durch den G–BA ist derzeit in § 123 Abs. 3 SGB V noch nicht vorgesehen und sollte ergänzt werden.

Vor dem Hintergrund der erwähnten Investitionskosten wird es begrüßt, dass auch für INZ die Mittel des Krankenhausstrukturfonds genutzt werden können.

Zur Kooperationsvereinbarung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhaus

Die sechsmonatige Frist für eine Kooperationsvereinbarung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhaus erscheint sachgerecht.

Über die bereits angesprochenen Punkte zur wirtschaftlichen und organisatorischen Einbindung von Krankenhäusern hinaus werden die Regelungen zu den Inhalten der Kooperationsvereinbarung, insbesondere die Überführung von Portalpraxen und die räumliche Verortung an einer für Hilfesuchende als erste Anlaufstelle erkennbaren Ort begrüßt.

Der GKV–Spitzenverband hält es ergänzend zur vorliegenden Regelung für zwingend erforderlich, dass in den örtlichen Krankenhäusern bereits vorhandene Geräte bzw. Infrastruktur (z. B. CT und MRT) dem INZ zur Verfügung zu stellen sind und nicht selbst durch das INZ vorgehalten werden. Die eigene Vorhaltung durch die INZ würde dem Wirtschaftlichkeitsgebot widersprechen. Darüber hinaus würden an einem Krankenhausstandort unwirtschaftliche

Doppelstrukturen aufgebaut, die von den Kostenträgern im Falle der INZ über die Vorhaltepauschalen zu vergüten wären.

Entsprechend sollten die Kooperationsvereinbarungen zwingend die gemeinsame Nutzung der erwähnten Strukturen vorsehen. Die entsprechende Vergütung der Infrastrukturinanspruchnahme des Krankenhauses im Auftrag des INZ kann dem vertraglichen Binnenverhältnis überlassen werden. Die Leistungen würden vom INZ abgerechnet.

Die Inanspruchnahme der Krankenhausinfrastruktur würde nach diesem Modell ausschließlich im Rahmen der Ausführung von Zielaufträgen erfolgen, die Verantwortung und Steuerung der Behandlung sollte zu jedem Zeitpunkt beim INZ liegen.

Sowohl eine Inanspruchnahme von Krankenhausinfrastruktur durch ein INZ als auch die Beschäftigung von Krankenhausärzten in den INZ werden dem Grunde nach begrüßt. Dennoch sollte der G-BA in diesem Kontext Regelungen treffen, die eine medizinisch nicht begründete Inanspruchnahmen des Krankenhauses vermeiden können (vgl. Kommentierung zu Absatz 3).

Die vollständige Übertragung der ärztlichen Tätigkeit an den Kooperationspartner Krankenhaus sollte ausgeschlossen werden. Zum einen darf der konkretisierte Versorgungsauftrag der Vertragsärzte nicht umgangen werden können, zum anderen lässt sich die vorgesehene fachliche Leitung der INZ durch die Kassenärztlichen Vereinigungen praktisch nur umsetzen, wenn dort tatsächlich Vertragsärzte tätig sind. INZ, die allein durch Krankenhausärzte besetzt würden, hätten aus Versorgungssicht keine Vorteile gegenüber dem Status Quo. Ziel ist es gerade, leichte Fälle in der ambulanten Versorgung zu behandeln und nur Fälle in den stationären Bereich weiterzuleiten, für die eine echte stationäre Behandlungsnotwendigkeit besteht. Eine positive Versorgungswirkung entfalten die INZ dann, wenn sie die Zentralen Notaufnahmen der Krankenhäuser gezielt entlasten und stationäre Fehlbelegungen reduzieren. Im Übrigen gilt in der vertragsärztlichen Versorgung der Facharztstatus.

Zu Übergangsregelungen für Portalpraxen

Der vorgesehene übergangsweise Weiterbetrieb von Portalpraxen und vergleichbaren Einrichtungen wird als sachgerecht und erforderlich begrüßt. Dies gilt auch für den vorgesehenen vorübergehenden Weiterbetrieb von Standorten, die absehbar nicht in ein INZ überführt werden sollen. Allerdings dürfen durch die Übergangsregelung dauerhaft keine Doppelstrukturen entstehen. Daher sollte eine Übergangsfrist von maximal 3 Jahren nach Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht überschritten werden.

Die Absicht des Gesetzgebers, die notdienstliche Versorgung am Krankenhaus mit den INZ weitgehend zu vereinheitlichen und den großen regionalen „Flickenteppich“ für den vertragsärztlichen Notdienst zu vereinheitlichen, wird uneingeschränkt begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

In § 123 Absatz 2 wird in Satz 1 die Zahl „2“ durch „3“ ersetzt.

In § 123 Absatz 2 wird nach Satz 1 der folgende Satz ergänzt:

„Sie können auch von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung alleine errichtet, getragen und betrieben werden, sofern das nach Satz 3 bestimmte Krankenhaus auf seine Einbindung nach Satz 1 verzichtet.“

§ 123 Absatz 2 Satz 3 in der Fassung des Referentenentwurfs wird gestrichen.

§ 123 Absatz 2 Satz 4 in der Fassung des Referentenentwurfs wird wie folgt als neuer Satz 4 gefasst:

„Die fachliche Leitung des integrierten Notfallzentrums obliegen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung; die Kassenärztliche Vereinigung kann Ärzte im integrierten Notfallzentrum anstellen, die im Rahmen ihrer dortigen Tätigkeit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.“

In § 123 Absatz 2 Satz 6 in der Fassung des Referentenentwurfs wird als neuer Satz 6 die folgende Nummer 3 ergänzt und die Sätze 7 bis 9 angefügt:

„3. dass das Krankenhaus im Auftrag und zu Lasten des integrierten Notfallzentrums Leistungen erbringt, für die die Infrastruktur oder apparative Ausstattung des Krankenhauses erforderlich sind.

Sofern gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in Integrierten Notfallzentren eine apparative Ausstattung nach Absatz 3 Satz 4 Nr. 1 vorgeschrieben wird, ist diese apparative Ausstattung nicht durch das integrierte Notfallzentrum selbst vorzuhalten, sondern eine Nutzung der vorhandenen apparativen Ausstattung des Krankenhauses gemäß Satz 6 Nr. 3 zu vereinbaren.

Satz 6 Nr. 1 und Nr. 3 gelten auch, wenn sich das Krankenhaus nach Satz 2 nicht an der Trägerschaft und dem Betrieb des integrierten Notfallzentrums beteiligt.

Eine vollständige Übertragung der ärztlichen Tätigkeit an das nach Satz 3 bestimmte Krankenhaus ist nicht zulässig.“

§ 123 Absatz 2 Satz 13 in der Fassung des Referentenentwurfs wird wie folgt als neuer Satz 16 gefasst:

„Sofern das Krankenhaus nicht als Standort eines integrierten Notfallzentrums festgelegt wird, können die nach § 75 Absatz 1 b in der Fassung vom ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten] aufgebauten Versorgungsstrukturen, insbesondere sogenannte Portalpraxen, bis zu einem von dem erweiterten Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a zu bestimmenden Zeitpunkt übergangsweise, jedoch längstens für drei Jahre nach Inkrafttreten, weiter betrieben werden.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 123 Abs. 3 – Integrierte Notfallzentren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der G-BA wird mit der Festlegung einheitlicher Planungsgrundlagen beauftragt, die Entscheidungsgrundlage der eLA zur Festlegung der Anzahl und Standorte der INZ sind. Die bundeseinheitliche Planung soll dabei eine „qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte, flächendeckende Versorgung mit gleichmäßigem Zugang der Bevölkerung zu INZ als zentrale Anlaufstellen der Notfallversorgung an dafür geeigneten Standorten sicherstellen und auch dem Wirtschaftlichkeitsgebot Rechnung tragen“. Die Planungsvorgaben sollen insbesondere auf regionsbezogene Erreichbarkeitsrichtwerte, Betroffenheitsmaße und eine bevölkerungsbezogene Versorgungsdichte abstellen. Dabei können grundsätzlich nur Krankenhäuser als INZ Standort festgelegt werden, die mindestens die Anforderungen des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 zur Teilnahme an einer Stufe der Notfallversorgung erfüllen. Da nicht alle Krankenhäuser, die an der gestuften stationären Notfallversorgung teilnehmen auch ein INZ erhalten können, sollen höhere Stufen bevorzugt werden. Der G-BA soll daneben Ausnahmefälle definieren, um INZ an Krankenhäusern zu ermöglichen, die nicht an der gestuften Notfallversorgung teilnehmen, wenn dies unter Versorgungsgesichtspunkten zwingend erforderlich ist.

Darüber hinaus wird der G-BA beauftragt, Vorgaben zur personellen und apparativen Ausstattung der INZ zu treffen, die sowohl bei den Kooperationsvereinbarungen als auch bei den Vergütungsvereinbarungen zu berücksichtigen sind. Eine Differenzierung der Personalausstattung nach Tages- und Nachtzeiten ist dabei ausdrücklich möglich.

Weiterhin hat der G-BA Regelungen für eine qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden und zum Umfang der von INZ zu erbringenden notdienstlichen Versorgung zu treffen. INZ sollen die Ersteinschätzung und die erforderliche notdienstliche Versorgung der Patienten leisten. Hierbei soll es sich z.B. um die Durchführung diagnostischer Maßnahmen handeln, die zur Abklärung einer stationären Behandlungsnotwendigkeit erforderlich sind. Besteht keine stationäre Behandlungsnotwendigkeit sollen nur diejenigen ambulanten Behandlungsmaßnahmen erfolgen, die zur Stabilisierung und zur Verhinderung einer weiteren Verschlimmerung dringend behandlungsbedürftiger Beschwerden nicht aufgeschoben werden können. Die besonderen Versorgungsbedürfnisse von Kindern und psychisch Kranken sind angemessen zu berücksichtigen.

Zu beachten ist darüber hinaus die Kooperationsverpflichtung gemäß § 133b Absatz 4 SGB V. In diesem Zusammenhang trifft der G-BA weitere Vorgaben. Er bestimmt in Richtlinien das Nähere zu den Kooperationsverpflichtungen im Zusammenhang mit dem gemeinsamen Notfallleitsystem und zur digitalen Vernetzung unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen an die Informationssicherheit. Die INZ sind hierbei zur Datenübermittlung verpflichtet.

B) Stellungnahme

Die Beauftragung des G-BA mit der Festlegung bundeseinheitlicher Rahmenbedingungen ist uneingeschränkt zu begrüßen. Die Länderinteressen sind durch das Antrags- und Mitberatungsrecht gemäß § 92 Abs. 7g angemessen berücksichtigt.

Eine eigene Bedarfsplanung für INZ ist sachgerecht und wird begrüßt. Eine Integration in die bestehende vertragsärztliche Bedarfsplanung wäre aufgrund der unterschiedlichen Anforderungen an die Versorgungsstruktur nur schwer umsetzbar.

Zur Auswahl geeigneter Standorte

Im Rahmen der Bedarfsplanung für INZ sollte klargestellt werden, dass die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 16 auch Vorgaben zur Auswahl der Standorte beinhalten sollen. Dadurch wird den eLA auf Landesebene eine rechtssichere Entscheidung auch für den Fall ermöglicht, dass mehrere Krankenhäuser grundsätzlich als Standort geeignet sind. Das bereits ausgeführte Kriterium einer höheren stationären Notfallstufe reicht hierfür allein nicht, da mehrere Krankenhäuser der gleichen Stufe in einer Region möglich sind.

Zur Vermeidung von Fehlversorgung:

Es sollte im Normtext klargestellt werden, dass die Vorgaben des G-BA explizit auch Regelungen zur Weiterleitung eines INZ an die medizinisch gebotene Versorgungsstruktur beinhalten, sofern aufgrund einer ärztlichen Ersteinschätzung eine unmittelbare medizinische Versorgung nicht erforderlich ist. Patienten mit einer stationären Behandlungsnotwendigkeit sollen vom INZ unverzüglich zur stationären Aufnahme weitergeleitet werden. Gleichzeitig müssen nicht erforderliche Krankenhauseinweisungen jedoch vermieden werden, um die Versorgung gegenüber dem Status Quo zu verbessern.

Zu den einheitlichen Vorgaben und Qualitätsanforderungen zur Leistungserbringung:

Es wird sehr begrüßt, dass der G-BA einheitliche Vorgaben und Qualitätsanforderungen zur Leistungserbringung in integrierten Notfallzentren vorgibt.

Für Zeiten niedriger Auslastungen der INZ (bspw. nachts) sollte dem G-BA explizit vorgegeben werden, die entsprechenden, insbesondere personellen, Vorhaltevorgaben nach Uhrzeit differenzieren zu können. Dies wird derzeit lediglich in der Begründung als optionale Vorgabe eröffnet und sollte als obligate Vorgabe in den Gesetzestext überführt werden.

Zum Ersteinschätzungsverfahren:

Die bundeseinheitliche Vorgabe zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung durch den G-BA wird uneingeschränkt begrüßt. Dabei sollte jedoch sichergestellt sein, dass ein möglichst einheitliches Verfahren für die medizinische Ersteinschätzung eines Hilfesuchenden entsteht. Bisher gibt es eine gesetzliche Regelung zur Festlegung von Richtlinien der KBV für bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren in den Terminservicestellen gemäß § 75 Absatz 7 Satz 1 Nr. 6. Darüber hinaus sieht auch § 133b Absatz 3 ein qualifiziertes, standardisiertes und softwaregestütztes Ersteinschätzungsverfahren vor, dass zwischen den Trägern des Rettungsdienstes und den Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Landesebene zu vereinbaren ist. Der G-BA wiederum erhält den Auftrag ein Ersteinschätzungsverfahren für die Versorgung im Rahmen der INZ vorzugeben.

Sinnvoll wäre es einen einheitlichen Rahmen für ein Ersteinschätzungsverfahren zu schaffen, der Grundlage für die Disposition der Rettungsleitstellen (112) und der Kassenärztlichen Vereinigungen (116 117) ist und eng auf die Ersteinschätzung im INZ abgestimmt ist. Der G-BA Auftrag wäre hierfür entsprechend zu erweitern.

Die Richtlinie der KBV sollte dem G-BA als Entscheidungsgrundlage dienen, die Richtlinie der KBV selbst kann damit entfallen.

Für die Vereinbarung zum Ersteinschätzungsverfahren der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Rettungsleitstellen sollte die Richtlinie des G-BA als Mindestanforderung definiert werden.

C) Änderungsvorschlag

§75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 6 wird nach Inkrafttreten der Regelungen gemäß § 123 Abs. 3 zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen

Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gestrichen.

In §75 Abs. 1a wird folgender Satz 21 angefügt:

„Die Vermittlung von Akutfällen nach Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 erfolgt auf Grundlage der Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden des Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 123 Abs. 3.“

§123 Absatz 3 Satz 3 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:

„1. zur räumlichen und apparativen sowie nach Tages- und Nachtzeiten differenzierten personellen Ausstattung von integrierten Notfallzentren,“

In §123 Absatz 3 Satz 3 Nr. 2 werden nach dem Wort „Hilfesuchenden“ die folgenden Wörter ergänzt:

„sowie zur Weiterleitung an die medizinisch gebotene Versorgungsstruktur und zur Vermeidung von medizinisch nicht erforderlichen Krankenhauseinweisungen“

In §123 Absatz 3 Satz 3 Nr. 3 werden nach dem Wort „Versorgung“ die folgenden Wörter ergänzt:

„; im Rahmen dieser erfolgen diejenigen zu definierenden ambulanten Behandlungsmaßnahmen, die zur Stabilisierung und zur Verhütung einer weiteren Verschlimmerung dringend behandlungsbedürftiger Krankheitsbeschwerden nicht aufgeschoben werden können, während bei einer aus medizinischer Sicht nicht sofortig erforderlichen Versorgung eine Verweisung der Hilfesuchenden an die medizinisch gebotene Versorgungsstruktur erfolgt“

§123 Absatz 3 Satz 3 wird um die folgende Nr. 4 ergänzt:

„4. Kriterien zur Auswahl geeigneter Standorte.

§123 Abs. 3 wird um den folgenden Satz 7 ergänzt:

„Bei der erstmaligen Bestimmung von Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 123 Abs. 3 werden die Richtlinien gemäß §75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 6 entsprechend berücksichtigt.“

In §133b Abs. 3 Satz 5 wird um den folgenden Halbsatz ergänzt:

„Grundlage der Vereinbarung sind die Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden nach § 123 Abs. 3“.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 123 Abs. 4 – Integrierte Notfallzentren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungen der INZ sollen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden.

Der ergänzte Bewertungsausschuss soll für INZ innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der G-BA-Vorgaben eine Grundpauschale für die unabhängig von der Anzahl der behandelten Patienten anfallenden Vorhaltekosten der INZ und zudem nach dem Schweregrad differenzierte Pauschalen je Inanspruchnahme in Euro im EBM abbilden. Die Vorhaltekosten der INZ sind dabei aus den G-BA Vorgaben abzuleiten.

Zudem sind durch den ergBA „Grundsätze zur Berücksichtigung der spezifischen Investitionsbedingungen“ von INZ zu beschließen, unter deren Maßgabe von den Vertragspartnern nach § 115b Abs. 1 landesspezifische Regelungen zu vereinbaren sind, die zudem um weitere ergänzende Regelungen zur Vergütung ergänzt werden können. Sofern Vereinbarungen nicht zustande kommen, ist das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a SGB V zuständig.

In dreiseitigen Vereinbarungen sollen GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Deutsche Krankenhausgesellschaft innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der G-BA-Vorgaben Grundsätze zur wirtschaftlichen Leistungserbringung, zur Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung, sowie Näheres zum Abrechnungsverfahren und zu Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und Vordrucke regeln.

Um das Abrechnungsverfahren durchführen zu können, sollen die für die Sicherstellung der notdienstlichen Versorgung zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen als Abrechnungsstelle im Land dienen.

Die MGV soll nach Vorgaben des Bewertungsausschusses um Leistungen der INZ bereinigt werden, insofern sie bisher Teil der MGV waren. Dies ist in den Vereinbarungen nach § 87a Abs. 3 SGB V zu regeln.

B) Stellungnahme

Zur Verortung der Leistungen außerhalb der MGV:

Eine Vergütung der Leistungen von integrierten Notfallzentren durch Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ist nicht sachgerecht und wird abgelehnt.

Da der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen künftig gemäß §75 Absatz 1 b auch den Betrieb von integrierten Notfallzentren umfasst, hat eine entsprechende Vergütung der Leistungen ebenfalls aus der durch die Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu erfolgen. Nur eine gleichartige Finanzierung aus den Mitteln der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung von Leistungen für einen telemedizinischen und einen aufsuchenden Bereitschaftsdienst sowie von Leistungen der integrierten Notfallzentren gewährleistet eine Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsstruktur und reduziert Fehlanreize aufgrund fiskalischer Motivlagen.

Zur Zuordnung der Vergütungsverhandlungen zum ergBA und zur Vorgabe einer dreiseitigen Vereinbarung für INZ:

Der Gesetzgeber sieht in Absatz 4 von § 123 SGB V vor, dass die Vergütungsverhandlungen im ergänzten Bewertungsausschuss zu führen sind. Auch die Vereinbarungen zur Abrechnung und Wirtschaftlichkeit sollen dreiseitig erfolgen.

Nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes sind diese Regelungen im Gesamtkontext des Vorhabens nicht vollständig kongruent mit der konsequenten Entscheidung, die Behandlungen in der notdienstlichen Versorgung aus den Zentralen Notaufnahmen heraus zu ziehen und in die vertragsärztliche Versorgung der INZ zu übertragen. Unter der neuen Gesetzeslage sind die Interessen der Krankenhäuser bei der Vergütungsverhandlung und bei den Vereinbarungen zur Abrechnung und Wirtschaftlichkeit zukünftig höchstens indirekt betroffen, da die INZ gem. § 123 Abs. 2 S. 1 SGB V von den Krankenhäusern wirtschaftlich abgegrenzt sein müssen.

Die Vergütungsverhandlungen und die Vereinbarungen der Grundsätze zur Abrechnung sollten daher dem Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 S. 1 SGB V bzw. den Partnern des Bundesmantelvertrags-Ärzte übertragen werden.

Zur Abbildung der Leistungen im EBM:

Eine bundeseinheitliche Vergütungsregelung für INZ über den EBM ist sachgerecht. Die vorgesehene Vergütung ist jedoch mit den derzeitigen Kalkulationsmechanismen des EBM nicht voll vereinbar, ohne dass sich durch die konkrete Vorgabe des Gesetzgebers Vorteile einer Änderung der Kalkulationsmechanismen erkennen lassen. Auch die Festlegung zur Bewertung in Euro ist nicht systemkonform.

Daher wird vorgeschlagen, dass der Gesetzgeber dem Bewertungsausschuss lediglich vorgibt, dass die Vergütung nach dem Schweregrad zu differenzieren ist und dass über die Vergütung der INZ die Vorhaltekosten unter Berücksichtigung der Vorgaben des G-BA aus Absatz 3 zu refinanzieren sind¹. Dem Bewertungsausschuss stehen sachgerechte Werkzeuge zur Verfügung, dieses Ziel ohne eine Veränderung der etablierten Kalkulationsmechanismen des EBM zu erreichen.

Es wird angenommen, dass der Refinanzierung der Vorhaltekosten deswegen ein großer Stellenwert beigemessen wird, da es etwa in ländlichen Regionen denkbar ist, dass eine wirtschaftliche Auslastung der INZ nicht möglich ist, während eine Sicherstellung der Versorgung gleichzeitig geboten ist. Diese Fragestellungen sollten nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes nicht über die Regelungen im EBM gelöst werden. Hierzu besteht vielmehr in § 105 Abs. 1 b bereits heute eine sachgerechte Regelung, die innerhalb des § 105 so angepasst werden könnte, dass Zuschüsse zu den Vorhaltekosten der INZ in Regionen zu vereinbaren sind, in denen die INZ für die Sicherstellung der Versorgung erforderlich sind, eine wirtschaftliche Betriebsführung aufgrund zu geringer Fallzahlen jedoch nicht möglich ist. Zusätzlich wurde im Gesetz bereits vorgesehen, dass die Vertragspartner nach § 115 Abs. 1 SGB V ergänzende Regelungen zur Vergütung treffen können. Hiermit stehen ausreichende Möglichkeiten zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten zur Verfügung.

Das Gesetz ist zwingend um eine Regelung zu ergänzen, dass die PKV an den Investitions- und Vorhaltekosten der INZ zu beteiligen ist. Zudem ist § 105 Abs. 1 b, sofern der Gesetzgeber an seiner Regelung festhält, auf die Strukturen des aufsuchenden und telemedizinischen Bereitschaftsdienstes einzuschränken. Eine Überkompensation der tatsächlichen Vorhaltekosten ist auszuschließen.

¹ Das Kalkulationssystem des EBM ermöglicht es bereits heute, die vom Gesetzgeber intendierte Refinanzierung der Vorhaltekosten der INZ über die nach Schweregrad differenzierten Pauschalen sicherzustellen: Bei der Kalkulation von Leistungen werden im EBM bereits heute grundsätzlich alle anfallenden Kosten berücksichtigt, d. h. Personalkosten, Arztlohn, apparative Ausstattung und weitere Kostenfaktoren. Es wird dann eine Auslastung (Anzahl von Patienten bzw. Leistungen) festgelegt, bei deren Erreichung die Kosten voll refinanziert werden. Diese Auslastung kann grundsätzlich auch variabel ausfallen.

Zu den Grundsätzen zur Berücksichtigung spezifischer Investitionsbedingungen:

Aus dem Gesetzestext und der Begründung wird nicht hinreichend klar, welche Konstellationen der Gesetzgeber mit „Grundsätzen zur Berücksichtigung spezifischer Investitionsbedingungen“ adressieren möchte. In der Begründung werden die Finanzierung der notdienstlichen Versorgung durch Kassenärztliche Vereinigungen bzw. KBV nach § 75 Abs. 1 b SGB V und die Finanzierung nach § 12a Abs. 1 S. 4 Nr. 2 KHG (Krankenhausstrukturfonds) konkret benannt.

Vor dem Hintergrund der oben dargestellten Vorschläge zur Abbildung im EBM und vor dem Hintergrund, dass der Gesetzestext den Vertragspartnern nach § 115 Abs. 1 SGB V ohnehin ergänzende Regelungen zur Vergütung der INZ ermöglicht, wird vorgeschlagen, die Regelungen zu den „Grundsätzen zur Berücksichtigung spezifischer Investitionsbedingungen“ zu streichen. Hilfsweise bedarf es einer deutlicheren Ausführung in der Begründung, welche Absichten der Gesetzgeber mit den „Grundsätzen zur Berücksichtigung spezifischer Investitionsbedingungen“ verfolgt.

Die Vorgabe an die Vertragspartner nach § 115 Abs. 1 SGB V (bzw. wie oben dargestellt idealerweise die Partner der Gesamtverträge nach § 83 SGB V) ergänzende Regelungen zur Vergütung der INZ vereinbaren zu können, ist hingegen sachgerecht und sollte erhalten bleiben. Wie bereits dargestellt, kann damit die Regelung in § 105 Abs. 1 b SGB V auf die Förderung des aufsuchenden oder telemedizinischen Bereitschaftsdienstes begrenzt werden.

Zum Evaluationsauftrag:

Der Evaluationsauftrag ist sachgerecht, sollte jedoch erweitert werden, um auch die Veränderung der stationären Fallzahl und des Behandlungsspektrums der Zentralen Notaufnahmen sowie daraus resultierender vollstationärer Behandlungsfälle untersuchen zu können. Entsprechende Daten sind dem Bewertungsausschuss zur Verfügung zu stellen. Für nicht erforderlich wird die Regelung gehalten, dass das BMG das Nähere zum Bericht bestimmen kann.

Inhaltliche Stellungnahme zu den Vorgaben für die dreiseitigen Vereinbarungen:

Die Vorgabe, Grundsätze zur wirtschaftlichen Leistungserbringung, zur Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung, sowie Näheres zum Abrechnungsverfahren und zu Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und Vordrucke zu regeln, ist sachgerecht.

Das Abrechnungsverfahren nach § 295 SGB V sollte allerdings bereits im Gesetzestext konkret benannt werden.

Zur Abrechnung über die Kassenärztlichen Vereinigungen:

Grundsätzlich wird die vorgesehene Regelung zum Abrechnungsverfahren über die Kassenärztlichen Vereinigungen begrüßt. Sprachlich sollte jedoch nicht auf das „Land“ abgestellt werden, da es in Nordrhein-Westfalen zwei Kassenärztliche Vereinigungen gibt. Daher sollte auf die „jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung“ abgestellt werden. In diesem Zusammenhang sollte auch eine Klarstellung erfolgen, dass die Regelungen zur Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung nach §§ 106 ff. SGB V greifen.

Zur Bereinigung:

Wie dargestellt, sollten die Leistungen der integrierten Notfallzentren aus der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden. Hierdurch wird die geplante Regelung zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung obsolet. Anstelle einer Bereinigung hat nach Maßgabe der Vorgaben nach § 87a Absatz 5 Satz 7 durch den Bewertungsausschuss, begrenzt auf ein Jahr, eine basiswirksame Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung um den Teil, welcher neu und bisher nicht Gegenstand der zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung war, zu erfolgen.

Sofern der Gesetzgeber den Änderungsvorschlägen nicht folgen sollte, wird vorgeschlagen hilfsweise eine Konkretisierung des Bereinigungsauftrags dahingehend vorzunehmen, dass die Notfallleistungen entsprechend ihrer bisherigen unquotierten Honorierung auch unquotiert bei der Bereinigung berücksichtigt werden und die Bereinigung solange vorgenommen werden muss, bis sämtliche bisher innerhalb der MGV finanzierten Notdienstleistungen durch INZ übernommen worden sind. Anderenfalls bestünde das Risiko einer Unterbereinigung, wonach Geldmittel in der MGV verbleiben würden, denen keine Leistungen mehr entsprechen.

C) Änderungsvorschlag

In § 105 Absatz 1b werden die Wörter „der Strukturen des Notdienstes“ durch die Worte „des telemedizinischen und fahrenden Bereitschaftsdienstes“ ersetzt.

I

In § 105 Absatz 1a wird in Satz 3 folgende Nummer 8 ergänzt:

„8. Zuschüsse zu den Vorhaltekosten der INZ in Regionen, in denen diese für die Sicherstellung der Versorgung erforderlich sind, eine wirtschaftliche Betriebsführung aufgrund zu geringer Fallzahlen jedoch nicht möglich ist.“

§ 123 Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Die Leistungen der integrierten Notfallzentren werden von der Krankenkasse aus der vereinbarten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vergütet.

§ 123 Absatz 4 Satz 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„Hierzu beschließt der Bewertungsausschuss innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Vorgaben nach Absatz 3 nach Schweregrad differenzierte Pauschalen in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen; § 87 Absatz 6 und 7 gilt entsprechend. Mit den Pauschalen sind auch die der gesetzlichen Krankenversicherung zuzurechnenden Vorhaltekosten für integrierte Notfallzentren basierend auf den Vorgaben nach Absatz 3 zu finanzieren.“

Sofern der Vergütungsregelung nicht zugestimmt wird: In § 123 Absatz 4 Satz 3 wird nach dem Wort „abzubilden“ ein Punkt gesetzt und der restliche Teil des Satzes gestrichen.

§ 123 Absatz 4 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Der Bewertungsausschuss hat zwei Jahre nach Inkrafttreten und anschließend in einem Abstand von zwei Kalenderjahren die Entwicklung der Leistungen und der Vergütungen in der ambulanten Notfallversorgung, die Auswirkung auf die Inanspruchnahme der Notaufnahmen der Krankenhäuser sowie die Auswirkungen auf daraus resultierende vollstationäre Behandlungsfälle zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten.“

§ 123 Absatz 4 Satz 6 in der Fassung des Referentenentwurfs wird wie folgt geändert:

„Die Abrechnung der integrierten Notfallzentren erfolgt nach den in § 295 festgelegten Vorgaben unter Angabe der Arztnummern nach § 293 Abs. 4 und 7 über die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung; die §§ 106 bis 106d gelten entsprechend.“

§ 123 Absatz 4 Satz 7 in der Fassung des Referentenentwurfs wird wie folgt geändert:

„Auf Grundlage des Beschlusses nach Satz 2 können die Vertragspartner nach § 115 Absatz 1 ergänzende Regelungen zur Vergütung vereinbaren.“

§ 123 Absatz 4 Satz 9 in der Fassung des Referentenentwurfs wird wie folgt geändert:

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

Sofern dem Vorschlag zu § 123 Absatz 4 Satz nicht gefolgt wird:

In § 123 Absatz 4 wird der folgende Satz angefügt:

„Diese Bereinigung hat zu den Preisen der regionalen Gebührenordnung ohne Quotierung zu erfolgen und ist jeweils solange fortzuführen, bis sämtliche bislang innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen finanzierten Notdienstleistungen vollständig durch die integrierten Notfallzentren substituiert worden sind.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 123 Abs. 5 – integrierte Notfallzentren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird vorgegeben, dass die Krankenkassen ihre Versicherten in geeigneter Weise über das nächstgelegene integrierte Notfallzentrum und über die gemeinsamen Notfalleitsysteme nach § 133b informieren.

B) Stellungnahme

Die Regelung zur Information der Versicherten ist sachgerecht. Um den Bekanntheitsgrad der neu strukturierten Versorgung im Notdienst weiter zu erhöhen, sollten auch die Kassenärztlichen Vereinigungen die INZ-Standorte in die Arztsuchsysteme der Kassenärztlichen Vereinigungen integrieren.

Darüber hinaus werden umfassende Informations- und Schulungskampagnen als sinnvoll erachtet. Daher sollten nicht nur die Krankenkassen, sondern auch die Vertragsärzte und Krankenhäuser in die Kommunikationspflicht eingebunden werden. So können Vertragsärzte und Krankenhäuser verpflichtet werden, Patienten über die Standorte der jeweiligen INZ zu informieren. Dies ist insbesondere dann wichtig, wenn Hilfesuchende ein Krankenhaus ohne INZ aufsuchen und an den nächsten Standort weiterverwiesen werden müssen.

C) Änderungsvorschlag

In § 123 Abs. 5 wird folgender Satz ergänzt:

„Vertragsärzte und Krankenhäuser informieren ihre Patienten in geeigneter Weise über das nächstgelegene integrierte Notfallzentrum und über die gemeinsamen Notfalleitsysteme nach § 133b.“

In § 75 Absatz 1a Satz 2 wird nach den Wörtern „Sprechstunden der Vertragsärzte“ folgende Wörter eingefügt:

„, die Standorte der integrierten Versorgungszentren gemäß § 123 SGB V“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 133 Abs. 1 – Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt klar, dass Leistungen der medizinischen Notfallrettung von den nach den Landesrettungsdienstgesetzen vorgesehenen Trägern des Rettungsdienstes oder den beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen erbracht werden.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Klarstellung in Folge der Neuregelung der medizinischen Notfallrettung in § 60 SGB V.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 133 Abs. 2 – Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass zukünftig Verträge zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen 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.

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

§133 Absatz 2 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Zudem bleiben Investitions- und Vorhaltekosten sowie die Kosten für die Finanzierung der Vorbereitung auf Großschadenslagen und des Brand- und Katastrophenschutzes unberücksichtigt.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 133 Abs. 3 – Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Landesbehörden beteiligen die Landesverbände der Krankenkassen an der Planung der Anzahl von Leitstellen und Rettungsmitteln. Die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung ist zu beachten.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt. Allerdings sollte das Beteiligungsrecht der Landesverbände der Krankenkassen verbindlicher ausgestaltet werden. Zudem sollte bei der Planung in Grenzregionen sichergestellt werden, dass eine Absprache der Länder untereinander erfolgt, um Überkapazitäten zu vermeiden.

C) Änderungsvorschlag

§133 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Landesbehörden planen die Anzahl von Luftrettungsstandorten, Rettungsleitstellen, Rettungswachen und Rettungsmitteln gemeinsam und einheitlich mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. § 12 Absatz 1 ist ebenso wie die Sicherstellung der Flächendeckenden Versorgung mit Leistungen der Notfallrettung zu beachten. Die Planung beinhaltet dabei auch eine Perspektive über die Grenzen der Bundesländer hinweg.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 133 Abs. 4 – Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass nur Leistungen, die entsprechend der G-BA-Richtlinie nicht personenbezogen erfasst werden, abgerechnet werden können.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 133a – 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 wird begrüßt. Einseitige Festlegungen der Länder sind nicht mehr möglich.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 133b (neu) – Gemeinsames Notfalleitsystem

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das gemeinsame Notfalleitsystem soll als eine organisatorisch, technisch und digital unterstützte verbindliche Kooperation zwischen den Trägern der Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 und den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ausgestaltet werden. Es soll Versicherte in medizinischen Notsituationen auf Basis einer standardisierten Ersteinschätzung in die geeignete Versorgungsstruktur lotsen. Bei lebensbedrohlichen Notfällen ist die Rufnummer 112 zuständig, die Leistungen der medizinischen Notfallrettung und Krankentransporte disponiert. Die notdienstliche Versorgung für nicht lebensbedrohliche Notfälle wird über die Rufnummer 116 117 disponiert.

Sofern ein Träger einer Rettungsleitstelle der Rufnummer 112 ein gemeinsames Notfalleitsystem bilden möchte, ist die zuständige KV zur Kooperation verpflichtet. Die Kooperation bezieht sich ausschließlich auf die Notfallversorgung, weitere Aufgaben der Leitstellen der Rufnummern 112 und 116 117 bleiben von dieser Regelung unberührt. Kernelemente des gemeinsamen Notfalleitsystems sind ein standardisiertes und softwaregestütztes Ersteinschätzungsverfahren sowie ein gemeinsames Verständnis über die zum jeweiligen Endpunkt der Ersteinschätzung zu disponierende Versorgung. Beides wird zwischen den Trägern der Rettungsleitstellen der 112 und der zuständigen KV vereinbart. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) regelmäßig über die Vereinbarungen auf Landesebene zwischen den KVen und den Trägern der Rettungsleitstellen der 112.

Die gemeinsamen Notfalleitsysteme, die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung und die INZ arbeiten eng zusammen und sind digital miteinander vernetzt. Sie tauschen die zur Weiterversorgung erforderlichen Daten digital aus und stellen eine Echtzeitübertragung der Versorgungskapazitäten von Rettungsmitteln, aufsuchendem Bereitschaftsdienst, INZ und Krankenhäusern, welche die Mindestanforderungen des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V an die Basisnotfallstufe, die erweiterte Notfallstufe, die umfassende Notfallstufe oder das Modul Notfallversorgung Kinder erfüllen, sicher. Die digitale Vernetzung, für die die Telemedizininfrastruktur nach § 291a SGB V zu nutzen ist, soll eine effektive und effiziente Notfallversorgung über Ländergrenzen hinweg ermöglichen.

Der G-BA bestimmt das Nähere zur Kooperationsverpflichtung zwischen den gemeinsamen Notfalleitsystemen, den Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung und den INZ sowie zur digitalen Vernetzung dieser Leistungserbringer in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 16 SGB V. Darüber hinaus legt der G-BA das Nähere für eine bundesweit einheitliche Erfassung der Leistungen der medizinischen Notfallversorgung fest.

Die Vergütung der Leistungen des gemeinsamen Notfalleitsystems wird als Pauschale je Hilfesuch zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich und der zuständigen Landesbehörde oder den nach den Landesrettungsdienstgesetzen vorgesehenen Trägern der Rettungsleitstellen vereinbart. Voraussetzung für die Abrechnung der Vergütungspauschale ist die Erfassung des Hilfesuchs nach den Vorgaben des G-BA für eine bundesweit einheitliche Erfassung der Leistungen der medizinischen Notfallversorgung. Die Finanzierung der Vorbereitung auf Großschadenslagen und des Brand- und Katastrophenschutzes bleibt bei der Vergütungsvereinbarung der Leistungen des gemeinsamen Notfalleitsystems unberücksichtigt. Im Konfliktfall bestimmt eine nach Landesrecht errichtete Schiedseinrichtung den Vertragsinhalt. Die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung ist ebenso zu beachten wie das Wirtschaftlichkeitsgebot.

Die Anschaffungskosten für Softwarelösungen zur Etablierung und digitalen Vernetzung gemeinsamer Notfalleitsysteme sollen einmalig durch die GKV mit einer Summe in Höhe von 25 Mio. Euro gefördert werden. Die Finanzierung erfolgt per Umlageverfahren über den GKV-Spitzenverband. Die private Krankenversicherung kann sich an der Förderung beteiligen. Ist dies der Fall, erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag. Jedes Land kann seinen Förderanteil nach dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 01. Januar 2022 abrufen, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- 1. Die Vorgaben des G-BA zur Kooperationsverpflichtung zwischen den gemeinsamen Notfalleitsystemen, den Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung und den INZ sowie zur digitalen Vernetzung dieser Leistungserbringer untereinander werden eingehalten und**
- 2. das antragstellende Land, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der Rettungsleitstelle, übernimmt mindestens 50 % der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens.**

Weitere Bestimmungen zum Umlage- und Förderverfahren soll der GKV-Spitzenverband festlegen.

B) Stellungnahme

Die in den Absätzen 1 und 2 geregelte Einrichtung eines gemeinsamen Notfalleitsystems auf Basis einer digitalen Vernetzung der etablierten Notfallrufnummern (112 und 116 117) sowie im Zuge dessen die Einführung eines strukturierten, standardisierten und softwaregestützten Ersteinschätzungsverfahrens ist zu begrüßen. Ein strukturiertes Ersteinschätzungsverfahren zur Bewertung von Patientenbeschwerden hinsichtlich ihrer Dringlichkeit und der geeigneten Versorgungsstruktur unterstützt eine zielgenaue Disposition (z. B. sofortige Rettungsfahrt ins Krankenhaus erforderlich oder die Entsendung eines aufsuchenden Bereitschaftsdienstes reicht aus).

Kritisch zu bewerten ist jedoch, dass die 112 und die 116 117 nach wie vor als getrennte Einheiten nebeneinander existieren und es keinen gegenseitigen Zugriff auf die Transportmittel der jeweils anderen Rufnummer geben soll. Die Rufnummer 112 disponiert die Notfallrettung und die Krankentransporte. Die Rufnummer 116 117 disponiert einen aufsuchenden und einen telemedizinischen Bereitschaftsdienst und vermittelt Patientinnen und Patienten an die INZ. Wenn eine akut erkrankte Patientin oder ein akut erkrankter Patient unter der Rufnummer 116 117 um Hilfe ersucht und sich auf Basis der Ersteinschätzung herausstellt, dass ein Krankentransport zu einem INZ erforderlich ist, wird die Patientin oder der Patient zwischen den Rufnummern hin- und her geschaltet. Da gemäß Absatz 3 zwischen der KV und den Rettungsstellen der Rufnummer 112 ein gemeinsames und verbindliches Verständnis zur Einschätzung der Dringlichkeit des medizinischen Versorgungsbedarfs und der zu disponierenden Versorgung herzustellen ist, sollte ein geeignetes Transportmittel direkt veranlasst werden können. Es ist zudem sicherzustellen, dass bundesweit ein einheitliches Ersteinschätzungssystem zur Anwendung kommt. Die Regelung bleibt hier hinter dem Potenzial zurück.

Die Kooperationsverpflichtung nach Absatz 4 zwischen den gemeinsamen Notfalleitsystemen, den Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung und der INZ sollte im Sinne einer engen Zusammenarbeit aller Leistungserbringer der medizinischen Notfallversorgung um den aufsuchenden und den telemedizinischen Bereitschaftsdienst ergänzt werden. Die in Absatz 4 adressierte digitale Vernetzung über ein gemeinsames Notfalleitsystem ermöglicht einen zielgerichteten Einsatz der medizinischen Ressourcen zur Akut- und Notfallversorgung von Hilfesuchenden. So kann durch digitalen Zugriff auf die Versorgungskapazitäten entschieden werden, welcher Leistungserbringer mit dem passenden Versorgungsspektrum für den individuellen Patientenfall in Frage kommt. Ausdrücklich begrüßt wird in diesem Zusammenhang, dass zukünftig für die Behandlung von Notfällen nur noch Krankenhäuser zur Auswahl stehen, welche die Mindestanforderungen des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V an die Basisnotfallstufe, die erweiterte Notfallstufe, die umfassende Notfallstufe oder das Modul Notfallversorgung Kinder erfüllen. Ausschließlich in diesen Krankenhäusern stehen geeignete

Strukturen und qualifiziertes Personal für die Versorgung von Notfällen zur Verfügung. Durch eine direkte Anfahrt dieser geeigneten Krankenhäuser durch den Rettungsdienst können unnötige Weiterverlegungen vermieden werden.

Die Übertragung der zur Weiterversorgung erforderlichen Falldaten zwischen dem Rettungsdienst und dem aufnehmenden Krankenhaus oder INZ ermöglicht, dass sich das medizinische Personal auf den spezifischen Notfall vorbereiten kann. Es kann frühzeitig entscheiden, welche Ressourcen zur Versorgung benötigt werden und aktiviert werden müssen. Dies ist gerade bei lebensbedrohlichen Notfällen entscheidend. Insofern wird die vorgeschlagene Regelung ausdrücklich begrüßt.

Die in Absatz 4 geregelte Verpflichtung zur Nutzung der Telematikinfrastruktur für die digitale Vernetzung ist sachgerecht. Die Notwendigkeit bundeseinheitlicher IT-Standards für die digitale Vernetzung der Leistungserbringer der Notfallversorgung ist zu unterstreichen. Hierzu ist auch eine länderübergreifende Interoperabilität der Softwaresysteme der gemeinsamen Notfalleitstellen zu gewährleisten, um eine Disposition von Rettungsmitteln und Versorgungskapazitäten über Ländergrenzen hinweg zu ermöglichen. Die in Absatz 4 vorgesehene Übertragung einer entsprechenden Regelungskompetenz auf den G-BA wird begrüßt. Ebenso positiv wird die Regelungskompetenz des G-BA für eine bundeseinheitliche Datenerfassung zur medizinischen Notfallversorgung bewertet. Bislang liegen kaum Daten zur medizinischen Notfallversorgung in Deutschland vor. Dies ist jedoch dringend geboten, um die Notfallversorgung auch langfristig bedarfsgerecht und qualitätsorientiert weiterzuentwickeln. Die gesetzliche Regelung sollte zwingend um Vorgaben zu den konkreten Datenübertragungswegen und Datennutzungsrechten ergänzt werden.

Die in Absatz 5 geregelte Vergütung der Leistungen der gemeinsamen Notfalleitsysteme über eine Pauschale je Hilfeersuchen ist sachgerecht.

Die GKV soll gemäß Absatz 6 eine einmalige Investitionsförderung für Softwarelösungen der gemeinsamen Notfalleitsysteme leisten. Zwar wird die Übernahme von Investitionskosten durch die GKV grundsätzlich nicht gesehen, allerdings ist in diesem Einzelfall eine begrenzte Anschubfinanzierung im Sinne einer zeitnahen Bildung funktionsfähiger gemeinsamer Notfalleitstellen akzeptabel. Die Möglichkeit zum länderübergreifenden Zugriff auf Versorgungskapazitäten und Datenaustausch sollte eine zwingende Förderbedingung für die durch die GKV zu finanzierenden Anschaffungskosten für Softwarelösungen der gemeinsamen Notfalleitsysteme sein, um die angestrebte Disposition über Ländergrenzen hinweg erfolgreich umsetzen zu können.

In Bezug auf vertragsärztliche Leistungserbringer ist hinsichtlich der durch die GKV bereitzustellende einmalige Förderung mit einer Summe von 25 Millionen Euro für die Anschaffungskosten von Softwarelösungen zu berücksichtigen, dass im vertragsärztlichen Bereich die Implementierung von Softwarekomponenten ebenso wie die EDV-technische Ausstattung (wie z. B. die Praxisverwaltungssysteme) Bestandteil vertragsärztlicher Leistungen sind. Diese werden im Rahmen allgemeiner Praxiskosten über den EBM (Nr. 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM) vergütet. Die Praxiskosten werden in regelmäßigen Abständen aus den Kostenstrukturerhebungen des Statistischen Bundesamtes generiert und fließen in die Kalkulation von EBM-Leistungen ein. Insofern sollte in der Gesetzesbegründung klargestellt werden, dass die durch die gesetzlichen Krankenkassen intendierte Finanzierung im Abgleich mit bestehenden Vergütungsregelungen (wie z.B. dem EBM) erfolgt, um eine Doppelfinanzierung, die dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V zuwiderlaufen würde, zu vermeiden.

Gleiches gilt für die in Absatz 5 vorgesehenen auf der Landesebene zu vereinbarenden Pauschalen.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 4 Satz 1 werden nach dem Wort „Notfallzentren“ die Wörter „sowie der telemedizinische und aufsuchende Bereitschaftsdienst“ ergänzt.

Absatz 4 Satz 5 wird wie folgt geändert:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 16 das Nähere zur Kooperationsverpflichtung nach Satz 1 und zur digitalen Vernetzung unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen an die Informationssicherheit; dabei ist die länderübergreifende Interoperabilität der Softwaresysteme der gemeinsamen Notfallleitsysteme sicherzustellen.“

In Absatz 4 ist nach Satz 7 zu ergänzen, an welcher Stelle die Daten der medizinischen Notfallversorgung bundeseinheitlich zusammengeführt werden sollen und wer Zugriff auf die Daten haben soll. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollten die Daten mindestens den Vertragsparteien auf Bundes- und Landesebene zur Weiterentwicklung der Entgeltsysteme und der Notfallstrukturen sowie dem G-BA zur Weiterentwicklung seiner Richtlinien zur Notfallversorgung zugänglich sein. Weiterhin denkbar wäre eine Bereitstellung von Daten für Forschungszwecke, z.B. für Projekte, die über den Innovationsfonds gefördert werden und sich mit der Weiterentwicklung der Notfallversorgung befassen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 140a Abs. 1 Satz 5 – Besondere Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung des § 75 Abs. 1 b Satz 1 SGB V, auf den diese Vorschrift Bezug nimmt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeanpassung zur Einführung des Begriffes „notdienstliche Versorgung“ in § 75 Abs. 1 b Satz 1 SGB V.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17 Buchstaben a) und b)

§ 140f – Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Mitberatungsrecht der Interessenvertreter der Patientinnen und Patienten in den Landes-
ausschüssen und im erweiterten Landesausschuss wird angepasst.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung in Folge der Neuverortung der erweiterten
Landesausschüsse in § 90 Absatz 4a.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18

§ 291a Abs. 7c – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung des Absatzes 7c wird eine Finanzierungsregelung für die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 133 Absatz 1 und den Trägern der Rettungsleitstellen der Rufnummer 112, die ein gemeinsames Notfallsystem gebildet und sich an die Telematikinfrastruktur angeschlossen haben, geschaffen. Ziel ist es, die Telematikinfrastruktur als die zentrale Infrastruktur für eine sichere Kommunikation im Gesundheitswesen zu etablieren. Dementsprechend ist gemäß § 133b Absatz 4 die Telematikinfrastruktur auch für die digitale Vernetzung der an der Notfallversorgung Beteiligten zu nutzen. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Übermittlung von Patientendaten nach § 60 Absatz 2 bereits vom Notfallort bzw. aus dem Rettungsmittel an das aufnehmende Krankenhaus oder integrierte Notfallzentrum. Neben den Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung kommt auch den Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 eine besondere Bedeutung bei der Kooperation und Vernetzung zu. Auch sie sollen, sofern sie ein gemeinsames Notfallsystem gebildet haben und die Telematikinfrastruktur nutzen, eine Förderung der Anschluss- und Betriebskosten erhalten. Die Höhe soll sich in Entsprechung der Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den ambulanten vertragsärztlichen Bereich gemäß Absatz 7 Satz 5 ergeben.

B) Stellungnahme

Die Möglichkeit für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 133 Absatz 1 und für Träger der Rettungsleitstellen der Rufnummer 112, die ein gemeinsames Notfallsystem gebildet haben, sich an die Telematikinfrastruktur anzuschließen, wird begrüßt.

Die Bemessung der Erstattungshöhe für die erforderlichen Komponenten anhand der nach Absatz 7b Satz 2 zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossenen Finanzierungsvereinbarung wird als sachgerecht bewertet. Nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes sollte eine Ausstattung der Leistungserbringer aus Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten jedoch erst dann erfolgen, wenn die Voraussetzungen für eine Vernetzung gegeben sind und zudem nutzungsbringende Anwendungen zur Verfügung stehen. Zudem ist es zwingend erforderlich, dass der GKV-Spitzenverband neben den Abrechnungsverfahren auch die Anspruchsvoraussetzungen konkretisiert, weil die in der Finanzie-

rungsvereinbarung zwischen KBV und GKV-Spitzenverband festgelegten Anspruchsvoraussetzungen nicht ohne Weiteres auf die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung übertragbar sind. Diese Vorgehensweise ermöglicht eine spezifische und wirtschaftliche Ausstattung der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung. Darüber hinaus muss die Möglichkeit gegeben sein, innovative Verfahren zum Zugang zur Telematikinfrastruktur (zum Beispiel Nutzung eines Konnektors in einem Rechenzentrum durch mehrere Leistungserbringer) abweichend von der Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung zu vereinbaren.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

§ 302 Abs. 1 – Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt klar, dass für Leistungen der medizinischen Notfallrettung sowie für Fahrten zu einer notdienstlichen Versorgung in einem integrierten Notfallzentrum auf die Verordnung durch den Arzt (Muster 4) verzichtet werden kann und dass stattdessen der Nachweis der Ersteinschätzung des gemeinsamen Notfallsystems für die Abrechnung dieser Leistungen ausreichend ist. Der GKV-Spitzenverband bestimmt das Nähere zum Nachweis der Ersteinschätzung.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

§ 329 Abs. 1 – Übergangsregelung zur Reform der Notfallversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird mit dieser Regelung beauftragt, die Richtlinien für Rettungsfahrten, für die medizinische Notfallrettung sowie für INZ innerhalb von achtzehn Monaten abzuschließen.

B) Stellungnahme

Die Frist von achtzehn Monaten für die Beschlussfassung der Richtlinien wird für diese anspruchsvollen Aufgaben mit hoher Bedeutung für die Versorgung der Versicherten als sachgerecht eingeschätzt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

§ 329 Abs. 2 (neu) – Übergangsregelung zur Reform der Notfallversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Sofern eine Leitstelle der Rufnummer 112 mit der zuständigen KV ein gemeinsames Notfallleitsystem bilden möchte, ist die KV zu einer zeitnahen Vereinbarung über ein qualifiziertes, standardisiertes und softwaregestütztes Ersteinschätzungsverfahren sowie ein gemeinsames Verständnis der am jeweiligen Endpunkt der Ersteinschätzung zu disponierenden Versorgung verpflichtet. Die Vereinbarungen können bereits parallel zu den Beratungen des G-BA erfolgen.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht, da sie eine zeitnahe Etablierung der gemeinsamen Notfallleitstellen unterstützt. Es ist jedoch sicherzustellen, dass die Vereinbarungen im Einklang zu den G-BA Regelungen stehen. Sie sind daher auf Basis der Beschlüsse des G-BA zu den Kooperationsanforderungen und zur digitalen Vernetzung der Leistungserbringer der medizinischen Notfallversorgung zu überprüfen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

§ 329 Abs. 3 – Übergangsregelung zur Reform der Notfallversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Abrechnung rettungsdienstlicher Leistungen soll nach bisheriger Rechtslage bis zum Inkrafttreten der G-BA-Richtlinie weiter möglich sein.

B) Stellungnahme

Es handelt sich bei dieser Regelung um eine Klarstellung.

A) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

§ 12a Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 – Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die über den Strukturfonds zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung bereits heute mögliche Förderung integrierter Notfallstrukturen wird konkretisiert, indem zukünftig nur noch Vorhaben, die den Anforderungen an integrierte Notfallzentren nach § 123 SGB V (neu) entsprechen, förderungsfähig sind.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 3 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

§ 11 Abs. 1 Nr. 5 – Förderungsfähige Vorhaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die über den Strukturfonds zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung bereits heute mögliche Förderung integrierter Notfallzentren wird konkretisiert, indem zukünftig nur noch Vorhaben, die den Anforderungen an integrierte Notfallzentren nach § 123 SGB V (neu) entsprechen, förderungsfähig sind.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Inkrafttreten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Übergangsregelung nach § 329 SGB V sowie die Regelung zur Ergänzung des § 92 um weitere Richtlinien des G-BA (Rettungsfahrten, medizinische Notfallrettung und INZ) treten am Tag nach Verkündung in Kraft. Das zeitnahe Inkrafttreten wird mit dem Wunsch nach einer zügigen Umsetzung der Beratungen im G-BA begründet.

Die neue Rechtslage tritt in den übrigen Teilen 22 Monate nach Verkündung mit dem geplanten Inkrafttreten der neuen Richtlinien des G-BA in Kraft.

B) Stellungnahme

Die Regelungen zum Inkrafttreten sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner