



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der
Notfallversorgung

Stand: 07.02.2020

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil	3
2. Kommentierung des Gesetzes	5
• Zu Artikel 1 Nr. 2 § 60 (Medizinische Notfallrettung)	5
• Zu Artikel 1 Nr. 12 § 120 (Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen)	7
• Zu Artikel 1 Nr. 13 § 123 neu (Integrierte Notfallzentren)	8
• Zu Artikel 1 Nr. 14 § 133 neu (Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung)	10
3. Ergänzender Änderungsbedarf	11
• § 60a Absatz 7 neu SGB V (Krankentransporte und Krankenfahrten) i. V. m. § 42 SGB XI (Kurzzeitpflege)	11

1. Allgemeiner Teil

Mit dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung beabsichtigt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die zum Teil regional sehr unterschiedlichen Notfallversorgungsstrukturen in ein neues, einheitliches System zu überführen. Dazu sollen der ärztliche Bereitschaftsdienst, die Notfallambulanzen in den Krankenhäusern und der kommunale Rettungsdienst miteinander verzahnt werden. Die notwendigen rechtlichen und strukturellen Voraussetzungen sollen mit dem Gesetz geschaffen werden.

Der Entwurf sieht unter anderem vor, ein sogenanntes Gemeinsames Notfallleitsystem (GNL) zu errichten. Darüber sollen Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Krankentransporte und eine telemedizinische oder aufsuchende notdienstliche Versorgung auf Basis eines qualifizierten, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens organisiert werden. Dazu soll der rettungsdienstliche Notdienst (Rufnummer 112) mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst (Rufnummer 116 117) zusammengeführt werden.

Der Entwurf sieht außerdem vor, dass Krankentransporte und Krankenfahrten ebenfalls durch das GNL disponiert werden können, wenn eine Rettungsfahrt im Rettungswagen, Notarztwagen oder Rettungshubschrauber nicht notwendig ist. Die durch das GNL veranlassten Krankenfahrten und Krankentransporte bedürfen dabei nicht länger einer Genehmigung durch die Krankenkassen. Der mit dieser Neuerung verfolgte Ansatz, auch im Notfall das Transportmittel bedarfsgerecht auszuwählen, wird vom vdek begrüßt. Nicht in jedem Fall ist ein Rettungswagen erforderlich. Die Schaffung eines gemeinsamen Notfallleitsystems und der Implementierung eines TriageSystems unterstützt die Patienten künftig in ihrer Orientierung durch das neu geregelte Notfallversorgungssystem und wird von den Ersatzkassen ebenfalls ausdrücklich begrüßt.

Im Referentenentwurf ist ferner eine umfassende Kooperation der an der medizinischen Notfallversorgung Beteiligten vorgesehen. Diese soll sich ganz wesentlich auf eine digitale Vernetzung und eine zentrale Steuerung durch das GNL stützen. Künftig sollen medizinische Notfalldaten zur Weiterversorgung sowie verfügbare Ressourcen und Versorgungskapazitäten der an der Notfallversorgung Beteiligten digital erfasst und in Echtzeit übertragen werden. Die dafür erforderliche Anschaffung von Softwarelösungen für Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung soll aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gefördert werden. Veranschlagt werden 25 Millionen Euro, die über den GKV-Spitzenverband (GKV-SV) per Umlage auf die Krankenkassen verteilt werden sollen. Hierzu ist anzumerken, dass die Ausstattung von Rettungsleitstellen nicht Aufgabe der Krankenkassen ist. Laut Grundgesetz sind Bund, Länder und Kommunen für die Sicherheit der Bevölkerung in Deutschland zuständig. Den Ländern obliegt dabei ausdrücklich auch der Rettungsdienst. Folgerichtig muss daher auch eine

Finanzierung der Ausstattung der Rettungsleitstellen durch die Länder erfolgen.

Im Entwurf ist weiter vorgesehen, sogenannte integrierte Notfallzentren (INZ) als zentrale, jederzeit zugängliche Einrichtungen der medizinischen Notfallversorgung an dafür geeigneten Krankenhausstandorten einzurichten. Den Patienten sollen sie als erste Anlaufstelle im Notfall dienen. Die INZ sollen eine qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs durchführen und die aus medizinischer Sicht unmittelbar erforderliche notdienstliche Versorgung leisten oder eine stationäre Versorgung veranlassen. Die Leitung der INZ obliegt dabei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Betrieben werden sollen sie gemeinsam mit den Krankenhäusern. Diese Neuregelungen bewertet der vdek positiv. Die räumliche Nähe zu Krankenhäusern ermöglicht Notfallpatienten bzw. deren Angehörigen eine bessere Orientierung durch die Notfallversorgungsstrukturen.

Unklar und unbestimmt sind die im Entwurf vorgesehenen Regelungen zur Investitionsfinanzierung durch die Krankenkassen. Darüber hinaus sind die Leistungen der INZ zwingend aus der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten, da der Sicherstellungsauftrag der KVen künftig auch den Betrieb von INZ umfasst. Auch hier muss der Entwurf nachgebessert werden.

Als dritten Reformpunkt sieht der Entwurf vor, die medizinische Notfallversorgung durch Rettungsdienste als eigenständige Leistung der GKV zu regeln. Damit werden Leistungen des Rettungsdienstes in Zukunft unabhängig von der Inanspruchnahme anderer Leistungen der GKV vergütet. Die Regelungen sind zu begrüßen. Nicht notwendige Rettungsfahrten in Krankenhäuser können so vermieden werden. Ferner sollen die Kassen mit den Leistungserbringern der Rettungsdienste gemeinsame und einheitliche Verträge auf Landesebene vereinbaren. Diese Verhandlungen bieten die Möglichkeit, Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben und werden von den Ersatzkassen ebenfalls positiv bewertet.

2. Kommentierung des Gesetzes

Zu Artikel 1 Nr. 2

§ 60 (Medizinische Notfallrettung)

Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherigen Regelungen zu den Fahrkosten im Achten Abschnitt werden grundlegend neu ausgestaltet und die Leistungen der Rettungsdienste der Länder als eigenständige medizinische Leistungen anerkannt und nicht wie bislang ausschließlich als Transportleistung verstanden.

Bewertung

Gegenwärtig wird die Kostenübernahme für Leistungen der Rettungsdienste im SGB V ausschließlich an die Transportleistung im Sinne einer Übernahme der Fahrkosten (§§ 60, 133) geknüpft. Hierdurch werden Rettungsmittel im Durchschnitt zeitlich länger beansprucht als zwingend erforderlich und somit wichtige Ressourcen unnötig gebunden. Insofern ist die in Absatz 2 vorgesehene Differenzierung zwischen der Versorgung am Notfallort und der Rettungsfahrt und deren damit voneinander unabhängige Abrechnungsmöglichkeit konsequent und wird befürwortet.

Die geplante Einordnung der rettungsdienstlichen Leistungen als eigenständige medizinische Leistungen in das SGB V wird begrüßt.

Zu begrüßen ist ebenfalls, dass die Entscheidung des GNL als Feststellung der medizinischen Notwendigkeit der ärztlichen Verordnung gleichgestellt und somit bürokratischer Aufwand vermieden wird.

Absatz 2 beinhaltet ferner, dass die zur Weiterbehandlung erforderlichen Informationen als digitale Dokumentation unmittelbar an das anzufahrende INZ oder Krankenhaus übermittelt werden sollen. Eine bundesweit einheitliche Vorgabe dieser digitalen Dokumentation ist zu begrüßen.

Die in Absatz 3 vorgesehene koordinierte Patientensteuerung in die situationsabhängig am besten geeignete Einrichtung und die Festlegung entsprechender bundeseinheitlicher Vorgaben in einer durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu verabschiedenden Richtlinie bietet die Möglichkeit, die Effizienz der Notfallversorgung weiter zu erhöhen und wird begrüßt.

In Absatz 4 entfällt die nach den aktuellen gesetzlichen Regelungen ausschließlich bei Fahrkosten vorgesehene Zuzahlungserhebung für Minderjährige. Der vdek begrüßt diese Regelung. Der Einzug der Zuzahlungen bleibt Aufgabe der 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.

Ungeklärt ist der Fall, in denen die Notfallversorgung vor Ort sowie die Rettungsfahrt nach § 133 Absatz 1 Satz 2 SGB V (n.F.) durch gesonderte Pauschalen abgerechnet wird, die zeitlich nicht zusammenfallen. Dann ist es nicht auszuschließen, dass die Rechnungen für die Notfallversorgung und eine ggf. durchgeführte Rettungsfahrt zu unterschiedlichen Zeitpunkten bei der Krankenkasse eintreffen. Damit würde der Zuzahlungseinzug künftig verwaltungsaufwändiger, da ggf. bereits eine Zuzahlung vom Versicherten für die Notfallleistungen angefordert wurde und erst danach die Rechnung für die Rettungsfahrt eintrifft. Zur Vermeidung des Verwaltungsaufwands schlagen die Ersatzkassen daher vor, eine pauschale Zuzahlung in Höhe von 10 EUR für die Inanspruchnahme der medizinischen Notfallrettung vorzusehen. Sofern die Notfallversorgung und eine Rettungsfahrt zusammenfallen, müsste so die Pauschale nur einmalig entrichtet werden.

Änderungsvorschlag

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 § 61 Satz 4, den die Krankenkasse vom Versicherten einzieht.“

In § 61 wird nach Satz 3 folgender Satz 4 eingefügt:

„Die Zuzahlung zu Leistungen der medizinischen Notfallrettung beträgt 10 EUR.“

Der bisherige Satz 4 wird Satz 5.

Zu Artikel 1 Nr. 12

§ 120 (Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen)

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Regelung bekommen nicht ermächtigte Krankenhäuser, die in Notfällen ambulante Leistungen erbringen, ihre Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit einem Abschlag von 50 Prozent vergütet.

Bewertung

Mit dem Abschlag soll eine Steuerungswirkung im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung erzielt werden. Dies ist zu begrüßen. Es ist jedoch zu befürchten, dass diese Patienten in den Krankenhäusern künftig zu stationär behandlungsbedürftigen Patienten erklärt werden, um einen Abschlag zu vermeiden. Dies erhöht die Notwendigkeit der Fehlbelegungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst. Für diese Krankenhäuser sollten daher Ausnahmen für die Ermittlung der Prüfquote nach § 275c SGB V vorgesehen werden.

Änderungsvorschlag

In § 275c Absatz 2 wird nach Satz 4 folgender Satz 5 angefügt:

„Beanstandete Rechnungen von stationären Notfallpatienten, bei denen eine ambulante Notfallbehandlung ausreichend gewesen wäre und das behandelnde Krankenhaus kein Standort eines integrierten Notfallzentrums nach § 123 Absatz 2 Satz 2 festgelegt worden ist, gehen nicht in die Berechnung der Prüfquoten ein.“

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass INZ als zentrale Anlaufstellen der notdienstlichen Versorgung und der Veranlassung von Krankenhausleistungen eingerichtet werden. Diese sollen eine qualifizierte Ersteinschätzung der Patienten nach Vorgaben des G-BA vornehmen. Die ambulante Notfallversorgung soll durch den Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und die Notfallambulanz des Krankenhauses zusammengeführt und örtlich integriert werden. Die INZ sollen die Notaufnahmen der Krankenhäuser entlasten. Der erweiterte Landesausschuss für Ärzte und Krankenkassen soll Planungsvorgaben für die INZ erlassen. Der Sicherstellungsauftrag für die INZ liegt bei den KVen. Kooperationsvereinbarungen zwischen der KV und einem Krankenhaus sollen das Nähere für die Organisation und den Betrieb des INZ regeln. Im Konfliktfall legt eine Schiedsperson den Inhalt der Kooperationsvereinbarung fest. Können sich die Vertragspartner nicht über die Schiedsperson verständigen, legt das Land diese Person fest.

Weiter ist vorgesehen, dass die derzeitigen Portalpraxen in INZ überführt werden. Die Ansiedlung der INZ soll sich an den Vorgaben des G-BA für die stationäre Notfallbehandlung orientieren. Ausnahmen können festgelegt werden. PKW-Fahrtzeit in Minuten und Betroffenheitsmaß sind für die Planung der INZ festzulegen. Der G-BA hat ferner personelle und apparative Vorgaben sowie das Verfahren zur qualifizierten Ersteinschätzung vorzugeben.

Die Vergütungsstruktur wird neu definiert. Eine Grundpauschale und eine nach Schweregrad differenzierte Pauschale für die Inanspruchnahme sollen eingeführt werden. Explizit wird für die Finanzierung der Investitionskosten nur auf die Mittel des Krankenhausstrukturfonds verwiesen. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär. Eine Bereinigung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung ist vorgesehen.

Zusätzlich sollen die Krankenkassen die Versicherten zukünftig über die GNL und INZ informieren, damit sie die neuen Versorgungsstrukturen kennen.

Bewertung

Die neuen INZ entsprechen dem Grundgedanken der Portalpraxen. Der Sicherstellungsauftrag liegt nun ausschließlich bei den KVen. Was sachlogisch und zu begrüßen ist.

Für den Erfolg der INZ ist es entscheidend, dass die Notfallaufnahmen der Krankenhäuser auch tatsächlich entlastet werden. Nur so kann es zu einer Reduzierung der stationären Aufnahmen ambulanter Notfallpatienten kommen. Die Evaluation und der Bericht an das BMG sollten daher nicht nur auf die neue Vergütungsstruktur und die ambulante Notfallversorgung eingehen, sondern auf die Situation in den stationären Notaufnahmen und das Fehlbelegungspotenzial ambulanter Notfallpatienten.

Die Leistungen der INZ sind zwingend aus der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten, da der Sicherstellungsauftrag der KVen künftig auch den Betrieb von INZ umfasst. 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. Bei der Kalkulation der INZ-Grundpauschalen ist zu berücksichtigen, dass die Vorhaltekosten der INZ nicht überkompensiert und damit überfinanziert werden.

Änderungsvorschlag

§ 123 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die Leistungen der integrierten Notfallzentren werden von der Krankenkasse aus der vereinbarten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vergütet. Hierzu beschließt der Bewertungsausschuss innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Vorgaben nach Absatz 3 nach Schweregrad differenzierte Pauschalen in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen; § 87 Absatz 6 und 7 gilt entsprechend. Mit den Pauschalen sind auch die Vorhaltekosten für integrierte Notfallzentren basierend auf den Vorgaben nach Absatz 3 zu finanzieren. Der Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a hat zwei Jahre nach Inkrafttreten und anschließend in einem Abstand von zwei Kalenderjahren die Entwicklung der Leistungen, der Vergütungen in der ambulanten Notfallversorgung sowie die Auswirkung auf die Inanspruchnahme der Notaufnahmen der Krankenhäuser und die stationären Notaufnahmen zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten; das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zu dem Bericht bestimmen.“

§ 123 Absatz 4 Satz 9 wird wie folgt geändert:

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

Zu Artikel 1 Nr. 14

§ 133 neu (Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung)

Beabsichtigte Neuregelung

Vertragliche Vereinbarung über die Vergütung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen sowie den Trägern des Rettungsdienstes sowie Einbindung der Kostenträger in die Vorhalteplanung.

Bewertung

Die Stärkung der Mitwirkungsrechte der Krankenkassen bei der Entgeltfestsetzung für die Leistungen des Rettungsdienstes sowie bei der Planung der Anzahl von Luftrettungsstandorten, Rettungsleitstellen, Rettungswachen und Rettungsmitteln wird grundsätzlich begrüßt. Allerdings sollte die Finanzverantwortung der Länder für die Vorhalte- und Investitionskosten nicht nur in der Gesetzesbegründung benannt, sondern auch im Gesetzestext verankert werden. In Absatz 2 ist vorgesehen, dass die zu vereinbarenden Pauschalen „... insbesondere die Betriebskosten zu berücksichtigen“ haben. In der Gesetzesbegründung wird ergänzend angeführt: *„Da der Rettungsdienst im Rahmen der Daseinsvorsorge Aufgabe der Länder ist, muss Artikel 104a Absatz 1 GG Rechnung getragen werden. Diese verfassungsrechtlich mit der Länderkompetenz einhergehende Finanzverantwortung besteht insbesondere hinsichtlich der Investitions- und Vorhaltekosten für den Rettungsdienst.“*

Änderungsvorschlag

Absatz 2 Satz 3 f wird wie folgt gefasst:

„Die Pauschalen haben die Betriebskosten zu berücksichtigen; die Investitions- und Vorhaltekosten werden von den Ländern getragen. Von den Pauschalen nicht umfasst werden die Leistungen der Rettungsleitstellen; ...“

3. Ergänzender Änderungsbedarf

§ 60a Absatz 7 neu SGB V (Krankentransporte und Krankenfahrten) i. V. m.
§ 42 SGB XI (Kurzzeitpflege)

Beabsichtigte Neureglung

Im neuen § 60a Absatz 7 SGB V sollte die Möglichkeit genutzt werden eine Regelungslücke für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung zu schließen. Die bisherige Regelung wurde mit dem Hebammenreformgesetz eingeführt: Nach § 60a Absatz 7 neu SGB V sollen die Reisekosten, die einem Pflegebedürftigen für die Fahrt in die Kurzzeitpfleeinrichtung entstehen, zunächst von der Krankenkasse übernommen werden. Die Pflegekasse hat der Krankenkasse die Aufwendungen zu erstatten. Allerdings gibt es im SGB XI keinen leistungsrechtlichen Paragrafen, wonach Reisekosten erstattet werden können.

Aus Sicht des vdek können die Pflegekassen allenfalls über die Regelung des § 45b SGB XI (Entlastungsleistungen) eine Erstattung gegenüber der Krankenkasse vornehmen. Alle Leistungen der Pflegeversicherung sind in den jeweiligen Paragrafen konkret beschrieben und es erfolgt eine Kostenbegrenzung (durch Pauschbeträge oder Höchstbeträge). Solche Regelungen sind in der Krankenversicherung nicht bekannt. Hier wird „nur“ der leistungsrechtliche Rahmen beschrieben. Der Gesetzgeber sollte die Gelegenheit nutzen eine Klarstellung herbeizuführen, nach welcher Rechtsvorschrift die Pflegekasse gegenüber der Krankenkasse die entstandenen Aufwendungen erstatten kann. Hierzu müsste eine gesonderte Regelung im SGB XI verankert werden, da die Leistungen nach dem SGB XI immer in der Höhe begrenzt sind.

Änderungsvorschlag

In § 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – wird nach Absatz 4 folgender Absatz 5 eingefügt:

„(5) Pflegebedürftige, die gemäß § 40 Absatz 3 Satz 3 SGB V während einer stationären Rehabilitation ihres pflegenden Angehörigen Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 erhalten, haben Anspruch auf Übernahme der Reisekosten. Die Übernahme erfolgt in analoger Anwendung des § 73 Absatz 1, 3 und 4 des Neunten Buches.“

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Askanischer Platz 1 10963 Berlin Tel.: 030/2 69 31 – 0 Fax: 030/2 69 31 – 2900 Politik@vdek.com
--