



**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

(NotfallGesetz - NotfallG)

Berlin, 21. 06. 2024

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Vorbemerkung

Mit dem Referentenentwurf legt das Bundesministerium für Gesundheit einen Reformvorschlag zur Neugestaltung der Versorgungszugänge, der Versorgungswege und der für diese ausschlaggebenden Steuerungsmittel in den Versorgungsbereichen der Notfallversorgung vor. Mögliche Ansätze zur Restrukturierung der Notfallversorgung wurden bereits im Rahmen der vergangenen Legislaturperiode vorgestellt, dann allerdings aufgrund der durch die Corona-Pandemie bedingten Bedeutungsverschiebungen innerhalb der Versorgungsthemen wie auch aufgrund eines ungelösten Dissenses bezüglich der Konzeption Integrierter Notfallzentren nicht weiterverfolgt. Vor dem Hintergrund flächendeckend überlasteter Notfallversorgungsstrukturen, einer dauerhaften Be- und Überlastung des in der Notfallversorgung tätigen Personals sowie einer hohen, nicht immer medizinisch begründeten Inanspruchnahme dieser Strukturen durch Patient*innen ist der Reformbedarf hoch.

Im Rahmen der Neuordnung sollen die bisherigen Aufgaben der Terminservicestelle im Bereich Akutfallvermittlung an die Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigung übertragen und eine digitale Fallübergabe ermöglicht werden. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung zur notdienstlichen Akutversorgung soll dahingehend ausgebaut werden, dass künftig durchgängig an 24 Stunden und sieben Tagen pro Woche telemedizinische und aufsuchende Versorgungskapazitäten bereitgestellt werden. Integrierte Notfallzentren sollen als sektorenübergreifende Notfallversorgungsstrukturen in oder an Krankenhäusern eingerichtet werden, um eine bedarfsgerechte ambulante medizinische Erstversorgung durchgängig an 24 Stunden und sieben Tagen pro Woche bereitzustellen. Kassenärztliche Vereinigungen und ausgewählte Krankenhäuser werden verpflichtet, sich an Integrierten Notfallzentren zu beteiligen. Ergänzend sollen Kooperationspraxen im Sinne vertragsärztlicher Leistungserbringer zu Sprechstundenzeiten an Integrierte Notfallzentren angebonden werden können. Die Versorgung von Patient*innen in Notdienstpraxen mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten soll durch Einführung von Versorgungsverträgen mit öffentlichen Apotheken verbessert werden.

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di begrüßt, dass das Bundesministerium für Gesundheit den Reformstau auflösen und Schritte zur Vernetzung der Versorgungsbereiche, zur Steuerung der Hilfesuchenden und zur Koordination der Notfallversorgung ergreifen will. Insbesondere fehlen jedoch Regelungen, die die Rahmenbedingungen der Notfallversorgung sowohl aus Sicht der Hilfesuchenden als auch der Beschäftigten wirksam verbessern können. Die Einbettung dieser Reform in den laufenden Gesetzgebungsprozess zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz sowie in die angekündigte Gesetzgebung zur

Reform der Rettungsdienste ist dringend geboten, um eine koordinierte Reform der drei miteinander verbundenen Versorgungsbereiche zu ermöglichen.

Nicht nachvollziehen kann ver.di die im Referentenentwurf ausgewiesene Schätzung über ein langfristiges Einsparpotential von jährlich knapp einer Milliarde Euro für die Gesetzliche Krankenversicherung. Dem stehen konkrete Mehrausgaben in Höhe von etwa 150 Millionen Euro für den Ausbau des aufsuchenden Dienstes und für den Mehrbedarf bei den Akutleitstellen sowie nicht quantifizierbare Mehrausgaben für Einrichtung und Betrieb der integrierten Notfallzentren und die digitale Vernetzung im Rahmen des Gesundheitssystems gegenüber. ver.di fordert das Bundesministerium für Gesundheit auf, plausible Schätzungen zu den zu erwartenden Mehrbelastungen für die GKV in diesem Zusammenhang nachzutragen und eine Refinanzierung dieser Mehrausgaben angesichts der angespannten Haushaltslage vieler gesetzlicher Krankenkassen durch Maßnahmen abzusichern, die bereits im Koalitionsvertrag verankert sind. Nicht refinanzierte, ausgabenintensive Reformen mit einer unklaren Perspektive hinsichtlich der Steigerung der Versorgungsqualität der Versicherten wie auch einer weiteren Zunahme der bereits hohen Beitragsbelastung der gesetzlich Versicherten sind zu vermeiden. Zu den dafür geeigneten Maßnahmen zählen vorrangig die Dynamisierung des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds und die vollständige Tragung der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen aus Steuermitteln.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§§ 73b, 75, 76 –Akutversorgung

Inhalt

Künftig sollen Terminservicestellen telefonisch an Werktagen unter der Rufnummer 116 117 erreichbar sein, während Akutleitstellen für die Lotsenfunktion in der Versorgung auch außerhalb von Werktagen verantwortlich sein sollen. Beide Leitstellen sollen über dieselbe Rufnummer erreicht werden. Zusätzlich zur telefonischen Erreichbarkeit soll eine durchgängige Erreichbarkeit auf digitalem Wege sichergestellt sein. Von Terminservicestellen wird künftig das Sicherstellungserfordernis, durch das Versicherte in Akutfällen auf Grundlage eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens in eine unmittelbare ärztliche Versorgung weitergeleitet wurden, auf die neu zu schaffende Akutleitstelle übertragen.

Die notdienstliche Akutversorgung umfasst künftig die vertragsärztliche Versorgung von Fällen, in denen eine sofortige Behandlung im Sinne der Erstversorgung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die notdienstliche Versorgung ist an 24 Stunden pro Tag an sieben Tagen der Woche sicherzustellen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die notdienstliche Akutversorgung künftig insbesondere durch die Beteiligung an integrierten Notfallzentren sowie durch telemedizinisches und aufsuchendes Versorgungsangebot sicherzustellen. Dabei sind die KVen verpflichtet, sich an flächendeckend einzurichtenden INZ zu beteiligen und die jeweilige Notaufnahme eines Krankenhauses unmittelbar in den ambulanten Notdienst einzubinden.

Mit Blick auf die demografische Bevölkerungsentwicklung ist ein aufsuchender Dienst, der täglich an 24 Stunden angeboten werden muss, und ein telefonisches beziehungsweise videounterstütztes Versorgungsangebot notwendig für eine bedarfsgerechte notdienstliche Versorgung. Dabei soll insbesondere auch auf die Versorgungsbedarfe Pflegebedürftiger und immobiler Patient*innen eingegangen werden. Aufsuchende Dienste sollen auch durch nichtärztliches Personal im Rahmen ärztlicher Delegation erbracht werden können.

Akutleitstellen sollen künftig garantierte Antwortzeiten für Ersteinschätzungen von bis zu drei Minuten für 75 Prozent der Anrufe und zehn Minuten für bis zu 95 Prozent der Anrufe gewährleisten. Akutleitstellen vermitteln auf Grundlage eines einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens bei sofortiger Behandlungsbedürftigkeit und in geeigneten Fällen primär in die vertragsärztliche Regelversorgung; eine Überweisung oder ein Vermittlungscode sind in diesem Fall nicht erforderlich. Ist dies nicht möglich, erfolgt eine Vermittlung in eine telefonische ärztliche Konsultation, erweitert auf videounterstützte Verfahren. Beim Vorliegen eines lebensbedrohlichen Notfalls, bei dem die 112 hätte gewählt werden müssen, leitet die Akutstelle den Anrufer unmittelbar an die Rettungsleitstelle weiter.

Einordnung

ver.di kritisiert in der vorliegenden Konstruktion das Weiterbestehen getrennter Rufnummernsysteme, die eine sachgerechte Zuordnung von Hilfesuchenden zur für sie passenden Versorgungsebene sicherstellen sollen. Im Falle eines irrtümlich eine Akutleitstelle kontaktierenden Hilfesuchenden ist vor der passenden medizinischen Versorgung das Erfordernis des Transfers von Akutleitstelle an Rettungsstelle erforderlich. Dieser Bruch wäre zu vermeiden, indem ein standardisiertes Einschätzungsverfahren mit nur einer Rufnummer die Vermittlung in die Akutversorgung oder die Notfallversorgung übernimmt. ver.di fordert das Bundesministerium für Gesundheit auf, entsprechende Schritte für eine Vereinheitlichung des verwendeten Rufnummernsystems zu treffen.

Insbesondere bei der Konstruktion des aufsuchenden Dienstes muss der Gesetzgeber zur Kenntnis nehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung bereits heute nicht mehr als flächendeckend

gesichert gelten kann. Lücken in der ambulanten Versorgung gehören zum Versorgungsalltag vieler Bürger*innen und beeinträchtigen die Qualität und Verfügbarkeit der flächendeckenden ambulante Versorgung zum Teil deutlich. In dieser Situation kann die Einrichtung von Akutleitstellen in Verbindung mit aufsuchenden Diensten nur dann eine Entlastung überlaufender stationärer Notfallversorgungsstrukturen wie auch eine Verbesserung der Akutversorgungssituation in entlegenen, strukturschwachen oder unterversorgten Gebieten bringen, wenn ein entsprechender ambulanter Versorgungskapazitätsaufwuchs erfolgt.

§ 123 – Integrierte Notfallzentren

Inhalt:

Integrierte Notfallzentren (INZ) sollen künftig aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der kassenärztlichen Vereinigung (Notdienstpraxis) in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des Krankenhauses und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle bestehen. Die fachliche Leitung und Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle soll dem Krankenhaus obliegen, sofern nichts Abweichendes geregelt ist. Seitens der KV wird die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch Kooperation und organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern im Rahmen der INZ sichergestellt und eine unmittelbare Einbindung der Notaufnahme des jeweiligen Krankenhauses in den Notdienst gewährleistet. Zugelassene Krankenhäuser, von denen ein Standort nach § 123a Abs. 1 S. 1 als INZ-Standort bestimmt worden ist, sind zur Kooperation mit der KV verpflichtet. Für die Versorgung von Akutfällen während Sprechstundenzeiten außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis sollen KVen geeignete, im Umkreis des Krankenhausstandortes gelegene Vertragsärzte und medizinische Versorgungszentren als Kooperationspraxen einbinden.

Hilfesuchende, die ein INZ aus eigenem Antrieb aufsuchen, werden durch die zentrale Ersteinschätzungsstelle hinsichtlich der Behandlungsdringlichkeit und der geeigneten Versorgungsebene zugewiesen. Hierzu soll ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument zur Anwendung kommen. Ambulante Weiterbehandlungen nach notdienstlicher Akutversorgung sollen über das System der Terminservicestellen erfolgen. Hilfesuchende, die das INZ im Rahmen einer telefonischen Vermittlung durch die Akutleitstelle aufsuchen, sollen bei gleicher medizinischer Behandlungsdringlichkeit grundsätzlich vorrangig behandelt werden.

Die Versorgung von Patient*innen in einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten soll erfolgen, indem die zuständige KV zusammen mit dem jeweiligen Krankenhausträger einen Versorgungsvertrag nach § 12b Apothekengesetz mit einer öffentlichen Apotheke abschließt.

Bei der Behandlung von Kinder- und Jugendlichen haben Integrierte Notfallzentren Unterstützung durch telemedizinische Konsile nach § 367 zu gewährleisten, wenn an ihrem Standort kein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche vorhanden ist.

Einordnung:

ver.di begrüßt im Grundsatz die vorgeschlagene Einrichtung der Integrierten Notfallzentren als Verbindung aus zentraler Ersteinschätzungsstelle, Notaufnahme und Notdienstpraxis. Die Zuordnung der Leitung und Verantwortung der zentralen Ersteinschätzungsstelle erscheint sachgerecht.

Grundsätzlich wird durch den Vorschlag zur Einrichtung der INZ nicht das Struktur- und Ressourcenproblem thematisiert, das bereits in zahlreichen Notaufnahmen festzustellen ist. Aufgrund häufiger personeller Unterbesetzung und andauernder Überlastung der in Notaufnahmen tätigen Beschäftigten stellen der Regelbetrieb der Notfallversorgung oder die adäquate Reaktionsfähigkeit auf besondere Notlagen eine große Herausforderung dar. INZ können über die Steuerungsfunktion der zentralen Ersteinschätzungsstelle einen Beitrag zur Entschärfung dieser Problemsituation liefern. Hierfür ist jedoch vorab zu definieren und gegenüber den Krankenhäusern aufzuzeigen, wie die personelle Besetzung der INZ, insbesondere der Ersteinschätzungsstellen, ausgestaltet sein soll. Ausgeschlossen werden müssen Konstruktionen, in denen die bereits belasteten Beschäftigten der Notaufnahmen zusätzliche Aufgaben, die durch den Betrieb der INZ entstehen, mit übernehmen müssen.

Die durch den Referentenentwurf auf S. 1 thematisierte Überlastung von Akteuren in Notaufnahmen und Rettungsdiensten ist durch alleinige Maßnahmen zur Steuerung von Hilfesuchenden und zur digitalen Fallübergabe zudem nicht zu lösen. In erster Linie ist die Entwicklung, Erprobung und verbindliche Anwendung eines bedarfsgerechten Personalbemessungsinstruments in der Notfallversorgung hierfür unerlässlich. ver.di fordert das Bundesministerium für Gesundheit auf, die bereits durch § 137 I SGB V für das Jahr 2024 vorgesehene Erarbeitung von Vorschlägen für eine bedarfsgerechte Personalbemessung von Notaufnahmen im Zuge des vorliegenden Referentenentwurfs zu konkretisieren, in dem ein Entwicklungs- und Erprobungsauftrag für ein geeignetes Instrument noch in diesem Jahr durch das Bundesministerium ausgeschrieben wird.

§§ 123a, 123b – Einrichtung von Integrierten Notfallzentren; Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche

Inhalt

Innerhalb von sechs Monaten nach Verkündung des Gesetzes bestimmt der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Abs. 4a die Standorte zugelassener Krankenhäuser, an denen Integrierte Notfallzentren eingerichtet werden. Diese Zuordnung geschieht auf der Grundlage zuvor festgelegter Planungsregionen zur flächendeckenden Versorgung. Krankenhäuser können als Standorte für INZ bestimmt werden, wenn der Krankenhausstandort die Basisnotfallversorgung gemäß G-BA Notfallstufenkonzept innehat und dieser Zuordnung keine berechtigten Interessen des Krankenhauses entgegenstehen.

Zu berücksichtigen sind bei der Standortfestsetzung insbesondere eine Erreichbarkeit innerhalb von 30 Fahrzeitminuten für mindestens 95% der zu versorgenden Bürger*innen einer Planungsregion sowie deren insgesamt zu versorgende Anzahl; die Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Personennahverkehr sowie Möglichkeiten der Kooperation mit Vertragsärzten oder medizinischen Versorgungszentren in der Nähe des Krankenhauses.

Bei gleicher Eignung mehrerer Krankenhausstandorte innerhalb einer Planungsregion für INZ-Standorte sollen Krankenhäuser bevorzugt werden, die über eine höhere Notfallstufe gemäß G-BA Notfallstufenkonzept verfügen, die notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen vorhalten und in denen Notdienstpraxen unmittelbar in der Notaufnahme eingerichtet werden können.

Abweichend hiervon kann der erweiterte Landesausschuss einen Krankenhausstandort bestimmen, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist.

Zur Organisation eines INZ schließen Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhausträger innerhalb von sechs Monaten nach der Bestimmung eines Standortes eine Kooperationsvereinbarung. Auf dieser Grundlage wird ein gemeinsames Organisationsgremium gebildet, das Einzelheiten zur Vernetzung und zur digitalen Fallübergabe innerhalb des INZ sowie zwischen INZ und Notdienstpraxis, zur Durchführung von Ersteinschätzungen, zur Organisation und zur personellen Besetzung der Ersteinschätzungsstelle sowie zu Qualifikationen, Schulungen und Fortbildungen, zu räumlichen und technischen Rahmenbedingungen, Versorgungsverträgen mit Apotheken, zur Nutzung technischer und diagnostischer Einrichtungen im Krankenhaus durch die Notdienstpraxis, zu Voraussetzung einer Weiterleitung Hilfesuchender in die Kooperationspraxis sowie zu Regelungen für den Fall von wiederholten oder schweren Verstößen gegen die Kooperationsvereinbarung festlegen.

Notdienstpraxen sollen im Rahmen von Kooperationen mindestens an Wochenenden und Feiertagen von 09Uhr bis 21Uhr, mittwochs und freitags von 14Uhr bis 21Uhr und an den

restlichen Wochentagen zwischen 18Uhr und 21Uhr öffnen. Kürzere Öffnungszeiten können festgelegt werden, wenn ersichtlich ist, dass andere Lösungen aufgrund der tatsächlichen regionalen Inanspruchnahme unwirtschaftlich wären. Sofern Kooperationsvereinbarungen nicht zustande kommen, wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Wird keine Einigung auf eine Schiedsperson erzielt, wird diese von der zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes benannt.

Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche sollen durch den erweiterten Landesausschuss an jenen Krankenhausstandorten zugelassen werden können, die die Voraussetzungen des Moduls Notfallversorgung Kinder gemäß G-BA- Notfallversorgungskonzept erfüllen.

Einordnung

Die vorgesehene Regelung, über Kooperationsvereinbarungen zwischen Krankenhausträgern und KVen die Ausgestaltung der Einrichtung und des Betriebs der INZ an Krankenhausstandorten festzulegen, erscheint sachgerecht. ver.di setzt sich dafür ein, dass im Rahmen der Ausgestaltung der Kooperationsvereinbarungen Regelungen betreffend der personellen Besetzung der Ersteinschätzungsstellen einschließlich erforderlicher Qualifikationen, Schulungen und Fortbildungen des Personals im Wege einer bedarfsgerechten Personalbemessung- und Planung des Krankenhausstandortes getroffen werden. Dabei ist sicherzustellen, dass einzusetzendes Personal an Ersteinschätzungsstellen nicht zu Unterschreitungen einer bedarfsgerechten Personalbemessung in anderen Bereichen und Abteilungen des Krankenhauses führt und dass Ausfallkonzepte und Vertretungspläne so ausgestaltet werden, dass sowohl die durchgängige Ersteinschätzung an der hierfür vorgesehenen Stelle als auch eine regelhafte Versorgung in der Notaufnahme und den weiteren Krankenhausbereichen gewährleistet bleibt.

Dass Planungsregionen zur flächendeckenden Versorgung vorbereitend zur Festlegung von INZ-Standorten durch den erweiterten Landesausschuss definiert werden sollen, ohne für diese Definition maßgebliche Kriterien vorzugeben, kritisiert ver.di deutlich. Planungsregionen müssen so zugeschnitten sein, dass unabhängig von infrastrukturellen Voraussetzungen eine wohnortnahe und schnell erreichbare, qualitativ hochwertige Versorgung aller Bürger*innen durch eine flächendeckende Verteilung von INZ an Krankenhausstandorten und durch die Vorhaltung bedarfsgerechter Kapazitäten an Personal, Technik und Betten innerhalb einer Planungsregion sichergestellt sind. ver.di fordert das Bundesministerium für Gesundheit auf, im Referentenentwurf vorzusehen, dass Bundesländer im Rahmen einer demokratischen Krankenhausplanung zunächst mit Vertragsparteien, Kommunen, Gewerkschaften und Bürger*innen Vorgaben zur Ermittlung von Planungsregionen erarbeiten, bevor auf dieser Grundlage INZ-Standorte durch erweiterte Landesausschüsse zugeordnet werden.

Zur vorgesehenen Regelung für die Zuordnung von INZ an Krankenhausstandorte kritisiert ver.di, dass mit der alleinigen Entscheidung einer Zuordnung durch den erweiterten Landesausschuss eine Perspektive eingenommen wird, der wesentliche Impulse für eine bedarfsgerechte Organisation der Notfallversorgung fehlen. Hierzu zählen u.a. sowohl Einbindung von Gewerkschaften als auch die Sicht von Patient*innenvertretungen, Bürger*innen und wissenschaftlicher Expertise. ver.di fordert das Bundesministerium für Gesundheit auf, die Zuordnung von INZ-Standorten zu Krankenhäusern entsprechend beteiligungsorientiert zu gestalten und ein Mitentscheidungsrecht geeigneter Organisationen auf Landesebene vorzusehen. Zudem sollte eine Möglichkeit zur regelmäßigen Überprüfung der Eignung getroffener INZ-Standortentscheidungen für die Erfüllung von Kriterien für Planungsregionen vorgesehen werden, um im Zweifelsfall nicht bedarfsgerechte INZ- Zuordnungen frühzeitig zu erkennen und zu adressieren.

§ 133a – Gesundheitsleitsystem

Inhalt

Träger der Rettungsleitstellen und KVen als Träger von Akutleitstellen, die in Kooperation stehen, arbeiten im Rahmen einer digitalen Vernetzung der Leitstellen unter Beibehaltung der bisherigen Rufnummern 112 und 116117 verbindlich zusammen und bilden so ein Gesundheitsleitsystem. Weitere Formen der Kooperation bis hin zur gemeinsamen Trägerschaft sind möglich. Gesundheitsleitsysteme sollen Hilfesuchende, die sich entweder an Akutleitstellen oder Rettungsleitstellen wenden, in die erforderliche medizinische Versorgung vermitteln.

In Kooperationsvereinbarungen sollen die Einzelheiten der Zusammenarbeit festgelegt werden. Grundlage der Kooperation soll ein gemeinsames und verbindliches Verständnis zur Einschätzung der Dringlichkeit und des Versorgungsbedarfs bilden, was insbesondere eine Abstimmung unterschiedlicher Abfragesysteme erforderlich macht, um übereinstimmende Bewertungen des Gesundheitszustandes zu erreichen.

Einordnung

ver.di begrüßt die vorgesehene Regelung, die eine Übereinstimmung der Abfragesysteme beider Rufnummern sicherstellen soll. Es bleibt aus Sicht Hilfesuchender jedoch weiterhin unklar, in welcher Situation und bei welchem Gesundheitszustand eine der beiden weiterbestehenden Rufnummern zu wählen ist. Aus Sicht hilfesuchender Bürger*innen bedeutet eine einzelne, einheitliche Rufnummer, durch die eine Zuordnung zu einer notärztlichen oder vertragsärztlichen Versorgung aufgrund eines standardisierten Abfragesystems erfolgt, den größtmöglichen Sicherheitsgewinn wie auch die Vermeidung etwaiger Risiken unterschiedlicher Ergebnisse bei

nicht vollständig synchronisierten Abfragesystemen. ver.di spricht sich vor diesem Hintergrund für die Einführung einer einheitlichen Rufnummer mit einem dahinter geschalteten Abfragesystem statt der Beibehaltung der beiden bestehenden Rufnummern aus.

Finanzwirkungen der Notfallreform für die GKV

Der Gesetzesentwurf geht von einer Hochrechnung von bundesweit rund 1,2 Millionen Fällen pro Jahr aus, die von den Rettungsleitstellen an die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen abgegeben werden können. Im Ergebnis könne bei Gesamtausgaben der GKV von 5,793 Milliarden Euro pro Jahr für Rettungseinsätze und einer Reduktion der Einsätze von 14,5 Prozent von Minderausgaben im Bereich der Fahrkosten von 834 Millionen Euro ausgegangen werden, die durch die Vernetzung von Akut- und Rettungsleitstellen und die damit verbundene Abgabe von Fällen von Rettungsleitstellen an die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen entstehen.

ver.di bezweifelt die Größenordnung dieser Einsparmöglichkeiten. Es fehlt im Referentenentwurf an nachvollziehbaren Argumenten und Daten, um Einsparungen in dieser Größenordnung plausibel annehmen zu können. Ebenso moniert ver.di das Fehlen von Aussagen zum Verbleib des gegenwärtig im Rettungswesen eingesetzten und künftig weiterhin einzusetzenden Personals. Sofern die avisierten Einsparungen durch Abgabe von Fällen von Rettungsleitstellen an die Akutleitstellen unter der Annahme eines Personalabbaus kalkuliert wurden, kritisiert ver.di diese Rechnungen scharf und lehnt die entsprechenden Maßnahmen vollumfänglich ab. Die Personalkosten machen im Rettungsdienst ca. 85 Prozent der Fahrtkosten aus, insofern Einspareffekte mit Auswirkungen auf den Personalbestand durchaus anzunehmen. Ver.di fordert den Gesetzgeber dringend auf, darzulegen, wie die in Aussicht gestellten Einsparziele erreicht werden sollen und zudem klarzustellen, dass kein Personalabbau in diesem Rahmen angestrebt wird.

Zudem fordert ver.di, klarzustellen, dass Budgetlösungen als mögliche Finanzierungswege im Rahmen der Reform ausgeschlossen sind, sofern dadurch das geltende Prinzip der bedarfsgerechten Selbstkostendeckung in Frage gestellt wird.