



**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Gesetzesentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Drucksache 20/13166

Berlin, 04. 11 2024
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Vorbemerkung

Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf legt die Bundesregierung 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 im Zuge der Konzeption Integrierter Notfallzentren nicht weiterverfolgt. Vor dem Hintergrund flächendeckend überlasteter Notfallversorgungsstrukturen, einer dauerhaften Be- und Überlastung des Personals in der Notfallversorgung sowie einer hohen, nicht immer medizinisch begründeten Inanspruchnahme durch Patient*innen ist ein hoher Reformbedarf im Bereich der Notfallversorgung gegeben.

Dazu 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 telemedizinische und aufsuchende Versorgungskapazitäten bereitgestellt werden. Integrierte Notfallzentren (INZ) sollen als sektorenübergreifende Notfallversorgungsstrukturen in oder an Krankenhäusern eingerichtet werden, um eine bedarfsgerechte ambulante medizinische Erstversorgung durchgängig 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 angebunden werden können. Die Versorgung von Patient*innen durch Notdienstpraxen mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten soll durch Einführung von Versorgungsverträgen mit öffentlichen Apotheken verbessert werden.

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di begrüßt, dass die Bundesregierung den Reformstau auflösen und Schritte zur Vernetzung der Versorgungsbereiche, zur Steuerung der Hilfesuchenden und zur Koordination der Notfallversorgung ergreifen will. Die Reform der Notfallversorgung ist ein wesentlicher Meilenstein, um die stationäre Krankenversorgung, hier insbesondere die Notaufnahmen der Krankenhäuser, zu entlasten. Wenn der Umbau der Krankenhausinfrastruktur bedarfsgerecht umgesetzt, die Versorgung kritisch Kranker stabilisiert und das Krankenhauspersonal entlastet werden soll, ist die Reform der Notfallversorgung unbedingt in diesem Kontext umzusetzen. Jedoch fehlen insbesondere Regelungen, die die

Rahmenbedingungen der Notfallversorgung sowohl aus Sicht der Hilfesuchenden als auch der Beschäftigten wirksam verbessern können. So wird weder aufgezeigt, wie das für den Betrieb von INZ-Strukturen erforderliche Personal gewonnen und unter der Prämisse einer bedarfsgerechten Personalbemessung tätig sein soll, noch ist ersichtlich, wie die durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) eingeleitete Reduzierung stationärer Notfallversorgungsstrukturen im Zusammenspiel mit der notdienstlichen Akutversorgung in Regionen, die bereits gegenwärtig von Versorgungsengpässen gekennzeichnet sind, eine schnellen und bedarfsgerechte Versorgung in Notfällen sicherstellen kann.

Nicht nachvollziehen kann ver.di die im Gesetzesentwurf 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, plausible Schätzungen der 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 geeigneten Maßnahmen zählen vorrangig die Dynamisierung des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds und die vollständige Tragung der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen aus Steuermitteln.

Deutlich kritisiert ver.di, dass die seit vielen Monaten angekündigte und sachlich klar zu begrüßende Reformen des Rettungsdienstes in Form einer Reihe von nur kurzfristig bekannt gewordenen Änderungsanträgen stattfinden soll. Eine ausführliche Auseinandersetzung mit den darin vorgesehenen Änderungen, die im Rahmen eines beteiligungsorientierten Anhörungsverfahrens den Regelfall bilden sollte, kann im Zuge der hier gegebenen Gelegenheit zur Befassung im Zeitraum von wenigen Kalendertagen incl. Wochenende nicht erfolgen. Die damit einhergehende Einschränkung der Möglichkeiten, relevante Anliegen und Interessen angemessen zu adressieren, ist gerade im Rahmen einer Gesetzgebung, die einen besonders sensiblen Bereich der öffentlichen Daseinsvorsorge betrifft, inakzeptabel.

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.

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 ein telemedizinische und aufsuchende Versorgungsangebote 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 täglich an 24 Stunden verfügbar sein und 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 der Transfer von der Akutleitstelle an die Rettungsleitstelle 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 entsprechende Schritte für eine Vereinheitlichung des verwendeten Rufnummernsystems, zu der auch die Definition der erforderlichen Ausbildungsbestandteile, Kenntnisse und Fähigkeiten der in den vermittelnden Stellen tätigen Beschäftigten im Rahmen des BBiG sowie eine Beschreibung eines sich daraus ergebenden Berufsbildes gehören.

Statt auf lebensbedrohliche Notfälle abzustellen, bei dessen Vorliegen die Akutleitstelle den Anrufer an Rettungsleitstellen weiterleitet, sollte auf zeitkritische Notfälle Bezug genommen werden. Dadurch kann sichergestellt werden, dass eine schnelle Versorgung durch Rettungsleitstellen gewährleistet wird, ohne auf das vorab einschränkende Kriterium der Lebensbedrohung, das sich auch aus einer verzögerten Versorgung im Regelversorgungssystem entwickeln kann, fixiert zu sein.

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 ambulanten 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 entsprechende ambulante Versorgungskapazitäten aufgebaut werden.

§ 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.

Durch den Vorschlag zur Einrichtung der INZ wird das Problem fehlender Ressourcen und personeller Unterbesetzung, dass bereits in zahlreichen Notaufnahmen festzustellen ist, nicht angemessen adressiert. Aufgrund einer andauernden 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. Es muss ausgeschlossen werden, dass die bereits jetzt überlasteten Beschäftigten der Notaufnahmen zusätzliche Aufgaben, die durch den Betrieb der INZ entstehen, mit übernehmen müssen.

Im Rahmen der Neuordnung der stationären Versorgungsstruktur durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und der sich daraus ergebenden Änderung der für INZ in Frage kommenden Krankenhausstandorte muss sichergestellt sein, dass INZ auch in strukturschwachen oder ländlichen Regionen, in denen der öffentliche Personennahverkehr und die zugehörige Infrastruktur oft nicht bedarfsgerecht ausgebaut sind, schnell und niedrighschwellig erreichbar sind. Die gezielte Einrichtung von INZ an bisher nicht vorgesehen Standorten sollte ermöglicht werden, wenn dadurch drohende Versorgungslücken geschlossen und eine Gefährdung des Sicherstellungsauftrags vermieden werden kann.

Die durch den Gesetzesentwurf auf S. 1 thematisierte Überlastung von Akteuren in Notaufnahmen und Rettungsdiensten ist durch alleinige Maßnahmen zur Steuerung von Hilfesuchenden und zur digitalen Fallübergabe nicht zu lösen. In erster Linie ist die Entwicklung, Erprobung und verbindliche Anwendung eines bedarfsgerechten Personalbemessungsinstrumentes in der Notfallversorgung hierfür unerlässlich. ver.di fordert, 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 Gesetzesentwurf zu konkretisieren, in dem ein Entwicklungs- und Erprobungsauftrag für ein geeignetes Instrument für das Jahr 2025 durch das Bundesministerium ausgeschrieben wird.

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 Prozent 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 festlegt.

Notdienstpraxen sollen im Rahmen von Kooperationen mindestens an Wochenenden und Feiertagen von 9 Uhr bis 21 Uhr, Mittwochs und Freitags von 14 Uhr bis 21 Uhr und an restlichen Wochentagen zwischen 18 Uhr und 21 Uhr 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. Aus Sicht von ver.di ist es im Rahmen der Ausgestaltung der Kooperationsvereinbarungen von besonderer Bedeutung, dass Regelungen getroffen werden, die eine bedarfsgerechte personelle Besetzung der Ersteinschätzungsstellen einschließlich erforderlicher Qualifikationen und Fortbildungsmaßnahmen des Personals so ausgestalten, dass sie im Einklang mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Personalbemessung des gesamten Krankenhausstandortes steht. Es ist sicherzustellen, dass der Abzug einzusetzenden Personal für 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 eine 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. 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 ein abgestuftes Vorgehen, wonach 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 stellt ver.di fest, dass mit der Entscheidung einer Zuordnung durch den erweiterten Landesausschuss eine Perspektive eingenommen wird, der Impulse für eine bedarfsgerechte Organisation der Notfallversorgung fehlen. Hierzu zählen u.a. sowohl die Einbindung von Gewerkschaften als auch die Sicht von Patient*innenvertretungen, Bürger*innen und wissenschaftlicher Expertise. ver.di fordert, die Zuordnung von INZ-Standorten zu Krankenhäusern entsprechend beteiligungsorientiert zu gestalten und ein Mitentscheidungsrecht geeigneter Organisationen auf Landesebene gesetzlich 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 zueinander 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 Unsicherheiten wie etwa nicht kongruenten

Ergebnisse bei nicht vollständig synchronisierten Abfragesystemen. Ver.di spricht sich vor diesem Hintergrund für die Einführung einer einheitlichen Rufnummer mit einem dahinter geschalteten, einheitlichen Abfragesystem statt der Beibehaltung der beiden bestehenden Rufnummern aus. Zu beachten ist, dass Rettungsleitstellen ebenfalls die technischen Dienste wie Feuerwehr, THW etc. koordinieren. Diese regelhaften Gebietskörperschaften müssen aufgrund ihrer herausgehobenen Bedeutung für Wahrnehmung von Aufgaben im Rettungswesen auch unter dem Zielbild von Kooperationen und gemeinsamen Trägerschaften in der Lage sein, die ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben auszuüben, ohne dass negative Auswirkungen auf die Qualität der Aufgabenerbringung sowie auf die Struktur, Ausstattung und Kompetenzen der Leitstellen folgen können.

Änderungsanträge Nr.1, Nr.2 der Fraktionen SPD, Bündnis 90 – Die Grünen und FDP: Anspruch auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung, §§ 27 Abs. 1 S. 2, 30 SGB V

Inhalt

Der Anspruch auf medizinische Notfallrettung für Versicherte durch einen zugelassenen Leistungserbringer nach § 133 Abs. 1 SGB V wird in § 30 SGB V verankert. Zur medizinischen Notfallrettung gehören das Notfallmanagement, die notfallmedizinische Versorgung und der Notfalltransport.

Ansprüche auf medizinische Notfallrettung nach § 30 SGB V werden als Teil der Krankenbehandlung in § 27 SGB V aufgeführt.

Zu jeder medizinischen Notfallrettung leisten Versicherte in Höhe des sich nach § 61 ergebenden Beitrages eine Zuzahlung.

Einordnung

Ver.di begrüßt, dass die medizinische Notfallrettung künftig als eigenständiges Kapitel im SGB V geregelt wird. Damit wird Rechtssicherheit für Versicherte, Leistungserbringer und Leistungsträger geschaffen und die seit Jahren monierte Situation nicht adäquat im SGB V abgebildeter Transportfahrten gelöst.

Dass Maßnahmen der medizinischen Notfallrettung der Zuzahlungspflicht für Versicherte nach § 61 SGB V unterfallen sollen, kritisiert ver.di. Der Anteil privater Haushalte und Privatorganisationen an den Gesamtausgaben im Gesundheitssystem belief sich laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes im Jahr 2022 bereits auf 56 Mrd. pro Jahr mit kontinuierlich steigender Tendenz. Allein für Zuzahlungen für Heil- und Hilfsmittel mussten Privathaushalte im Jahr 2023 mehr als 1,2 Mrd. Euro zusätzlich ausgeben.

ver.di fordert, den durch die Zuzahlungspflicht offensichtlich gewünschten Steuerungseffekt durch andere geeignete Maßnahmen wie eine adäquate telefonische Ersteinschätzung und den

Aufbau ausreichender notdienstlicher Akutversorgungskapazitäten zu verfolgen und private Haushalte nicht durch weitere Zuzahlungsverpflichtungen zu belasten.

Änderungsantrag Nr. 3 der Fraktionen SPD, Bündnis 90 – Die Grünen und FDP: Definition von Krankentransporten und Krankenfahrten, § 60 SGB V

Inhalt

Geregelt wird der Anspruch von Versicherten auf Übernahme der Kosten für Krankentransporte und Krankenfahrten, wenn sie im Leistungszusammenhang aus medizinischen Gründen zwingend notwendig sind. Tatbestände für Kostenübernahmen für Krankentransporte und Krankenfahrten durch eine Krankenkasse sollen nach Abs. 2 Fahrten zur stationären Behandlung, Verlegungsfahrten, Fahrten zu vor- oder nachstationären Behandlungen nach § 115a, zu ambulanten Operationen nach § 115b oder zu ambulanten Operationen in Vertragsarztpraxen einschließlich der erforderliche Vor- und Nachbehandlungen innerhalb der Fristen des § 115a, zu ambulanten Behandlungen im Falle des Vorliegens zwingender Gründe oder besonderer Ausnahmefälle sowie Fahrten zur Versorgung in einem INZ, sofern erforderlich.

Einordnung

Ver.di begrüßt die vorgesehenen Regelungen zur Übernahme der Kosten für Krankentransporte und Krankenfahrten durch Versicherte. Damit werden Regelungslücken, die bisher zum Nachteil von Versicherten etwa im Rahmen von ambulanten Operationen sowie vor- oder nachstationären Behandlungen im Krankenhaus bestehen konnten, geschlossen.

Änderungsantrag Nr. 7 der Fraktionen SPD, Bündnis 90 – Die Grünen und FDP: Vertragsschließung zur Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Krankentransporten und Krankenfahrten

Inhalt

Leistungen der medizinischen Notfallrettung werden nach Abs. 1 ausschließlich durch nach Landesrecht vorgesehene oder beauftragte Leistungserbringer erbracht. Sind die Entgelte für die Inanspruchnahme der Leistungen der medizinischen Notfallrettung und von Krankentransporten nicht landes- oder kommunalrechtlich definiert, schließen Krankenkassen oder ihre Landesverbände Verträge über die Vergütung dieser Leistungen mit den zuständigen Landesbehörden oder den vorgesehen Trägern. Die für die Vergütungskalkulation der Leistungen zu Grunde liegenden Daten müssen den Krankenkassen oder ihren Landesverbänden vor Vertragsschluss transparent vorliegen. Vereinbarte Preise gelten als Höchstpreise; Preisvereinbarungen haben sich an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten.

Nach Abs. 2 haben Versicherte Anspruch auf Übernahme der Kosten, wenn die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen durch landes- oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt sind. Die Krankenkassen setzen jedoch Festbeträge an die Versicherten in Höhe vergleichbarer wirtschaftlich erbrachter Leistungen fest, wenn die Berechnungsgrundlagen nicht transparent dargelegt wurden oder die Krankenkassen keine Gelegenheit zur Erörterung vor Entgeltfestsetzung erhalten haben; wenn bei der Entgeltbemessung Investitions- und Vorhaltekosten berücksichtigt worden sind, die durch eine über die Sicherstellung der Leistungen hinausgehende öffentliche Aufgabe bedingt worden sind oder wenn die Leistungserbringung gemessen an den rechtlich vorgegebenen Sicherstellungsverpflichtungen unwirtschaftlich ist oder nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung nach § 133c SGB V entspricht.

Einordnung

Dass landes- und kommunalrechtliche Bestimmungen weiterhin die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen regeln können sollen, ist aus Sicht von ver.di zu begrüßen. Die andernfalls vorzusehende Vertragsschließung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, die auf eine möglichst preisgünstigste Versorgungsmöglichkeit abstellt, kritisiert ver.di hingegen deutlich. Mit der alleinigen Orientierung am preisgünstigsten Leistungsanbieter werden mögliche Qualitätsmerkmale der Versorgung und Rahmenbedingungen, die auch die Entlohnung der Beschäftigten von Leistungsanbietern betreffen können, zugunsten einer alleinigen Orientierung am Ziel der Kostensenkung ausgeschlossen. ver.di fordert, dass im Zuge der Berücksichtigung an einer preisgünstigen Versorgungsmöglichkeit die Personalkosten gesondert ausgewiesen und nicht in die zugrunde gelegten Berechnungen einfließen dürfen. Ferner ist aus Sicht von ver.di vor Vertragsschluss zu prüfen, ob eine Versorgung durch eine andere als die möglichst preisgünstigste Versorgungsmöglichkeit ein Merkmal der Versorgungsqualität beinhalten kann, dass im Zuge der medizinischen Notfallrettung relevanten Einfluss auf die Überlebenschancen oder die Chancen zur Vermeidung schwerwiegender gesundheitlicher Risiken im Zuge einer medizinischen Notfallrettung darstellen kann. Lassen sich derartige Merkmale begründet nachweisen, sollte die Vertragsschließung zugelassen werden.

Ver.di lehnt ab, dass nach Abs. 3 Nr. 2 für die Festsetzung von Festbeträgen auch Investitionskosten und Kosten der Reservevorhaltung auslösend sein sollen, die durch eine über die Sicherstellung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung und von Krankentransporten hinausgehende öffentliche Aufgabe bedingt sind. Damit werden Investitionen und Vorhaltekosten zu einem kritischen Faktor bestimmt, der eine vollständige Kostenübernahme verhindert. Das nach Nr. 3 vorgesehene Kriterium der Unwirtschaftlichkeit, das ebenfalls eine vollständige Kostenübernahme ausschließen soll, lehnt ver.di unter den oben genannten Vorbedingungen der

Berücksichtigung von Personalkosten und Qualitätsmerkmalen der Leistungserbringung ab. Bei rechtzeitiger und transparenter Beibringung der erforderlichen Berechnungsgrundlagen ist weiterhin eine vollständige Kostenübernahme vorzusehen.

Änderungsantrag Nr. 9 der Fraktionen SPD, Bündnis 90 – Die Grünen und FDP: Qualitätsausschuss Notfallrettung, § 133b

Inhalt

Ein durch das Bundesministerium für Gesundheit nach § 133b SGB V einzurichtender Qualitätsausschuss Notfallrettung soll Empfehlungen erlassen, die nach § 133c SGB V die Form eines Katalogs von Struktur- und Prozessqualitätsparametern für die medizinische Notfallrettung umfassen sollen. Zu diesen sollen u.a. im Bereich des Notfallmanagements und der notfallmedizinischen Versorgung Empfehlungen hinsichtlich der Qualifikation des Personals, der Ausstattung, Besetzung von Einsatzmitteln, Besetzung und ärztlichen Leitung der Leitstellen einschließlich des Einsatzes eines Telenotarztes gehören. Der Qualitätsausschuss soll aus acht stimmberechtigten Mitgliedern und einem Vorsitzenden bestehen. Von den acht Mitgliedern werden vier Mitglieder auf Vorschlag der Bundesländer und vier Mitglieder auf Vorschlag des GKV SV vom BMG ernannt. Die Patientenorganisationen nach § 140f können beratend an den Sitzungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung teilnehmen.

Einordnung

ver.di begrüßt im Grundsatz, dass ein Qualitätsausschuss Notfallrettung mit dem Ziel der Festlegung und Weiterentwicklung von Qualitätskriterien für die Bereiche Notfallmanagement und Notfallmanagement eingerichtet wird. Nicht nachzuvollziehen ist, dass der Qualitätsausschuss Empfehlungen zu Fragen der Personalausstattung und Qualifikation des Personals behandeln soll, ohne deren Bedarfe und Interessen in Form einer Beteiligung von ver.di als wichtigster Interessenvertretung der in der Notfallversorgung Beschäftigten vorzusehen. Analog zur Regelung für die Patientenorganisationen ist ver.di eine Möglichkeit zur regelhaften, beratenden Teilnahme an den Sitzungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung einzuräumen, damit diese Perspektiven adäquat in die Empfehlungen des Ausschusses einfließen können.

Das Bundesministerium des Innern (BMI) als für den Rettungsdienst originär zuständiges Ministerium sollte aus Gründen der Sachgerechtigkeit an der Benennung der Mitglieder des Qualitätsausschusses beteiligt werden.