



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der
Notfallversorgung (NotfallGesetz)

Stand: 3.6.2024

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil	3
2. Kommentierung des Gesetzes	5
• Zu Artikel 1 Nr. 2 a) bis c) § 75 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	5
• Zu Artikel 1 Nr. 8 § 105 (Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch)	8
• Zu Artikel 1 Nr. 11 § 123 (Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch)	9
• Zu Artikel 1 Nr. 12 § 123a und b (Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch)	11
• Zu Artikel 1 Nr.13 § 133a (Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch)	13
• Zu Artikel 2 § 75 (Weitere Änderungen des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch)	14

1. Allgemeiner Teil

Am 6. Juni 2024 wurde dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) der Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung, kurz NotfallGesetz, durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zugeleitet. Zu diesem noch nicht ressortabgestimmten Entwurf nimmt der vdek nachfolgend Stellung.

Der vdek sieht eine Reform der Notfallversorgung als dringend erforderlich an und unterstützt das Reformziel einer schnelleren und besseren Steuerung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene nachdrücklich. Der mit der Reform angestrebte Effizienzgewinn wird sich jedoch nur dann erreichen lassen, wenn der Rettungsdienst ebenfalls in die Reform einbezogen wird. Dies sollte nachgebessert werden.

Aus Sicht des vdek haben vor allem die geplanten Integrierten Notfallzentren (INZ) als neue übergreifende Versorgungsform zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, in denen koordiniert entschieden werden kann, wo und wie Patient:innen im Notfall am besten behandelt werden können, das Potenzial, Patient:innenströme effizienter zu leiten und die Notaufnahmen der Krankenhäuser erheblich zu entlasten. Auch der Aufbau spezieller INZ für Kinder und Jugendliche wird begrüßt. Positiv ist auch, dass INZ nicht an allen Krankenhäusern mit einer Notfallstufe, sondern an den geeignetsten Standorten einer Planungsregion eingerichtet werden sollen, soweit mehrere Krankenhausstandorte infrage kommen. Ebenso ist die vorgesehene Möglichkeit der Abweichung von gesetzlich vorgegebenen Kriterien zur Bestimmung der Krankenhausstandorte sinnvoll, um eine Versorgung ländlicher Regionen sicherzustellen. Gleichwohl müssen auch hier zumindest die Voraussetzungen der Notfallstufe "Basisnotfallversorgung" erfüllt sein.

Es ist richtig, die Gestaltung der Grundstrukturen und die Festlegung der INZ-Standorte im Kompetenzbereich der Selbstverwaltung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu belassen sowie auf Landesebene den erweiterten Landesausschuss einzubeziehen. Mit Blick auf die von den Kostenträgern zu tragenden Kosten für den Umbau der Strukturen in der Notfallversorgung sollte sich das Mitspracherecht jedoch nicht nur auf die Festlegung der Standorte, sondern auch auf die Ausgestaltung der INZ erstrecken.

Die Einrichtung gemeinsamer Gesundheitsleitsysteme von Rettungsdienstträgern und Kassenärztlichen Vereinigungen ist aus Sicht des vdek eine Kernvoraussetzung für eine besser funktionierende, effiziente Notfallversorgung. Die geplante Vernetzung der Akutleitstellen mit den Rettungsleitstellen wird daher begrüßt. Aus Sicht des vdek ist die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), sie auf Antrag des Trägers der Leitstelle einzurichten, jedoch nicht ausreichend. Das Gesetz sollte vielmehr um eine allgemeine Verpflichtung ergänzt werden.

Die organisatorische Trennung von Terminservicestellen (TSS) und Akutleitstellen ist nachvollziehbar, da die Anforderungen an die Erreichbarkeit zwischen beiden Angeboten sehr unterschiedlich sind. Inwieweit die vorgesehenen Vorgaben ausreichend sind, wird sich jedoch erst mit der Zeit zeigen, da die Gefahr besteht, dass Versicherte im Falle überdurchschnittlicher Wartezeiten bei den Akutleitstellen stattdessen die vermeintlich besser verfügbare 112 kontaktieren. Da die TSS künftig nicht mehr rund um die Uhr erreichbar sind, sollte zudem sichergestellt werden, dass auf digitalem Wege das gleiche Vermittlungsangebot bereitgestellt wird wie bei einer telefonischen Telefonvermittlung. Dies ist in vielen Regionen bei Terminen für bestimmte Fachgruppen derzeit nicht gegeben und im Online-Angebot wird in konkreten Fällen auf die telefonische Vermittlung verwiesen. Damit es durch die Verringerung der Erreichbarkeit nicht zu Einschränkungen im Serviceangebot kommt, sollte hier eine weitere Klarstellung erfolgen.

Positiv bewertet wird auch der Ausbau der notdienstlichen Akutversorgung der KVen durch eine Verpflichtung zur durchgängigen Bereitstellung einer aufsuchenden Akutversorgung auch mit telemedizinischen Mitteln. Durch die neue Anforderung einer Rund-um-die-Uhr aufsuchenden Versorgung entstehen jedoch erhebliche Kosten, die nur dann zu rechtfertigen sind, wenn parallel die Nutzung des Rettungsdienstes reformiert wird. Der Ansatz, für den aufsuchenden Dienst auch entsprechend qualifiziertes nichtärztliches Personal einsetzen zu können, ist in jedem Fall zu begrüßen. Anderenfalls wäre zweifelhaft, ob die hier notwendigen personellen Ressourcen überhaupt gewonnen werden können. Aus Sicht der Ersatzkassen sollte der Besuchsdienst jedoch im Regelfall durch dieses Personal sichergestellt werden. Bereits heute wird eine große Zahl von Hausbesuchen durch nichtärztliche Praxisassistent:innen durchgeführt. In der Häuslichkeit der Patient:innen bzw. im Pflegeheim kann bei Bedarf ärztliches Personal in den Akutleitstellen per Video eingebunden werden.

Finanzwirkung

Die im Referentenentwurf geschätzten Einsparpotentiale von 1 Milliarde Euro jährlich sind nicht realistisch. Die Finanzierung des Aufbaus der INZ über den Struktur- und damit perspektivisch über den Transformationsfonds führen zu erheblichen Mehrausgaben, die von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Hälfte getragen werden sollen. Ebenso wird der Aufbau einer Akutleitstelle und der aufsuchenden Versorgung erhebliches Investitions- bzw. Startkapital erfordern. Einsparungen im stationären Sektor durch eine geringere Leistungsanspruchnahme sind zwar denkbar, werden aber hinsichtlich der monetären Wirkung durch die Einführung einer Vorhaltekostenfinanzierung stark abgeschwächt. Insofern ist von deutlichen Mehrausgaben und nicht Einsparungen auszugehen. Schlussendlich kann der Umbau und die Reduzierung kostenintensiver Strukturen erst dann erfolgen, wenn auch die Nachfrage nach Rettungsdienstleistungen zurückgeht. Darüber hinaus sind hierfür grundsätzliche Reformen der Rettungsdienststrukturen erforderlich. Bedauerlich ist daher, dass die Reform der Notfallversorgung bisher nicht mit der ebenso notwendigen Reform des Rettungsdienstes verknüpft wird.

2. Kommentierung des Gesetzes

Zu Artikel 1 Nr. 2 a) bis c)

§ 75 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Beabsichtigte Neuregelung

- Aufgrund der im Rahmen der Notfallreform vorgesehenen Trennung zwischen TSS und Akutleitstellen werden die telefonischen Erreichbarkeiten der TSS auf Werktage beschränkt. Gleichzeitig wird klargestellt, dass alle KVen digitale Angebote zur Terminvermittlung bereitstellen müssen.
- Für Fälle, bei denen in INZ ein Behandlungserfordernis festgestellt wurde, ist bei Terminvermittlung durch die TSS keine Überweisung erforderlich. Im Bundesmantelvertrag Ärzte sind Regelungen zu treffen, wie die telefonische Erreichbarkeit der TSS bundesweit einheitlich sichergestellt werden kann.
- Anstelle der bisherigen Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten wird nun die Akutversorgung als Erstversorgung in medizinisch notwendigen Fällen Bestandteil des Sicherstellungsauftrages. Sie umfasst die Beteiligung an den INZ, ein 24/7-Beratungsangebot per Telefon und Video sowie einen 24/7 aufsuchenden Dienst, für den die KVen qualifiziertes nichtärztliches Personal unter ärztlicher Verordnung einsetzen können.
- Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in INZ können Telekonsile genutzt werden. Außerdem soll die Akutversorgung im ärztlichen Bereich besser mit dem Notdienst der Apotheken abgestimmt werden.
- Die bisherigen Aufgaben der TSS zur Ersteinschätzung und Vermittlung eines Versorgungsangebots in Akutfällen werden auf neu einzurichtende, auf telefonischem und digitalem Weg erreichbare Akutleitstellen übertragen. Für diese gelten Erreichbarkeitsvorgaben, die innerhalb von sechs Monaten nach In-Kraft-Treten des Gesetzes einzuhalten sind. Die KV ist verpflichtet, auf Antrag des Trägers einer Rettungsleitstelle eine gemeinsame Leitstelle einzurichten.
- Es sind weitreichende Evaluations- und Berichtspflichten durch die KVen vorgesehen. Der kassenzahnärztliche Bereitschaftsdienst zu sprechstundenfreien Zeiten ist von dieser Neuregelung nicht umfasst.

Bewertung

- Eine 24/7-Erreichbarkeit der TSS per Telefon ist nicht erforderlich. Allerdings muss gleichzeitig sichergestellt sein, dass auf digitalem Wege das gleiche Vermittlungsangebot bereitgestellt wird wie bei einer telefonischen Telefonvermittlung. Dies ist in vielen Regionen bei Terminen für bestimmte Fachgruppen derzeit nicht der Fall. Hier wird im Online-Angebot in konkreten Fällen auf die telefonische Vermittlung verwiesen. Damit es durch die Verringerung der Erreichbarkeit nicht zu Einschränkungen im Serviceangebot kommt, sollte hier eine weitere Klarstellung erfolgen.

- Versicherte berichten häufig von erheblichen Wartezeiten, wenn sie versuchen, die TSS zu erreichen. Es ist daher sinnvoll, bundesweit einheitliche Vorgaben zu treffen, um eine bessere Erreichbarkeit sicherzustellen.
- Die Erweiterung der Aufgaben der KVen bei der Sicherstellung des Notdienstes kann sowohl zu einer Entlastung der neuen INZ und auch des Rettungsdienstes führen. Sie sind daher im Grundsatz positiv zu bewerten. Die vom Gesetzgeber erwarteten Einsparpotenziale durch weniger Einsätze im Rettungsdienst können allerdings nur mit zeitlicher Verzögerung erreicht werden. Schließlich kann der Umbau und die Reduzierung von Strukturen erst dann erfolgen, wenn auch die Nachfrage nach Rettungsdienstleistungen zurück geht. Darüber hinaus sind hierfür grundsätzliche Reformen der Rettungsdienststrukturen erforderlich, die im vorliegenden Gesetzentwurf bisher nicht enthalten sind.
- Der Ansatz, für den aufsuchenden Dienst auch entsprechend qualifiziertes nichtärztliches Personal einsetzen zu können, ist in jedem Fall zu begrüßen. Anderenfalls wäre unklar, wie die hier notwendigen personellen Ressourcen überhaupt unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots gewonnen werden können. Aus Sicht der Ersatzkassen sollte der Besuchsdienst jedoch im Regelfall durch dieses Personal sichergestellt werden, wie bereits heute eine große Zahl von Hausbesuchen durch nichtärztliche Praxisassistent:innen durchgeführt werden. In der Häuslichkeit der Patient:innen bzw. im Pflegeheim kann bei Bedarf ärztliches Personal in den Akutleitstellen per Video eingebunden werden.
- Die organisatorische Trennung von TSS und Akutleitstellen ist grundsätzlich nachvollziehbar. Die Anforderungen an die Erreichbarkeit zwischen beiden Angeboten sind unterschiedlich. Kommt es bei den Akutleitstellen zu überdurchschnittlichen Wartezeiten, werden Versicherte stattdessen die vermeintlich besser verfügbare 112 kontaktieren. Inwieweit die entsprechenden Vorgaben ausreichend sind, muss im Zeitverlauf beobachtet werden.
- Die Einrichtung gemeinsamer Leitstellen von Rettungsdienstträger und Kassenärztlichen Vereinigungen ist Kernvoraussetzung für eine besser funktionierende, effiziente Notfallversorgung. Die Verpflichtung der KV, sie auf Antrag des Trägers der Leitstelle einzurichten, ist nicht ausreichend. Das Gesetz muss daher um eine allgemeine Verpflichtung ergänzt werden.

Änderungsvorschlag

In § 75 Absatz 1a, Nummer aa) wird an Satz 2 folgender Satz angefügt:

„Die digitalen Angebote nach Satz 2 haben das gleiche Service- und Terminangebot vorzuhalten wie die telefonische Terminvermittlung.“

In § 75 Absatz 1b wird Satz 5 wie folgt gefasst:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen *sollen* zur Erfüllung der Aufgabe nach Satz 4 Nummer 3 qualifiziertes nichtärztliches Personal unter ärztlicher Anordnung und Verantwortung einsetzen.“

In § 75 Absatz 1 c kann Satz 4 bei einer verpflichtenden Einrichtung von Gesundheitsleitsystemen gemäß § 133a Absatz 1 Satz 1 entfallen.

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zum Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1b SGB V werden an die neu vorgesehenen Strukturen im Notfalldienst angepasst. Die für den Aufbau erforderlichen Mittel werden grundsätzlich hälftig von Kostenträgern und KVen aufgebracht und unter Beteiligung des PKV-Verbandes verhandelt. Die KVen haben eine detaillierte Kalkulation vorzulegen. Bei den Kosten sind die leistungsbezogenen Vergütungen gemäß EBM abzuziehen.

Bewertung

Eine Beteiligung der Privaten Krankenversicherung (PKV) an den anfallenden Kosten für den Umbau der Strukturen der Notfallversorgung ist sachgerecht. Auch die Pflicht der KVen zur Vorlage detaillierter Kalkulationen ist eine Mindestvoraussetzung für eine Kostenbeteiligung der Krankenkassen an den entstehenden Mehrkosten. Allerdings sollte klargestellt werden, dass die Krankenkassen auch ein konkretes Mitspracherecht bei der Ausgestaltung – über die Festlegung der INZ-Standorte im erweiterten Landesausschuss hinaus – erhalten. Auch ist sicherzustellen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen im Kontext der Umgestaltung und Erweiterung ihrer Notdienststrukturen nicht bislang von ihnen selbst im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags getragene Finanzierungslasten auf die Kassen verlagern (können).

Änderungsvorschlag

Nach § 105 Absatz 1b Satz 1 wird folgender Satz ergänzt:

„Gegenstand der Vereinbarungen nach Satz 1 ist auch die konkrete Ausgestaltung der Strukturen, für die die Mittel verwendet werden müssen.“

Nach Satz 7 „Die nach der regionalen Euro-Gebührenordnung oder nach Gesamtvertrag abrechenbaren Leistungen und Kosten sowie die von der Kassenärztlichen Vereinigung nicht verbrauchten Mittel des Honorarvolumens nach § 87b Absatz 1 Satz 3 sind mindernd zu berücksichtigen.“

sind folgende Sätze zu ergänzen:

„Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die bislang für die Sicherstellung des Notdienstes insgesamt aufgewendeten finanziellen Mittel detailliert und transparent nachzuweisen; gleiches gilt für die einzelnen Finanzierungsanteile der jeweiligen Kostenträger. Das bislang von der Kassenärztlichen Vereinigung insgesamt getragene Finanzvolumen ist auch nach Umstellung der Notdienststrukturen weiterhin alleinig von der Kassenärztlichen Vereinigung zu finanzieren.“

Beabsichtigte Neuregelung

Geregelt wird, dass sich INZ aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle zusammensetzen sollen. Letztere wird fachlich vom Krankenhaus geleitet und steht in dessen Verantwortung. Außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis sollen Kooperationsvereinbarungen mit Vertragsarztpraxen und Medizinischen Versorgungszentren getroffen werden, um die Versorgung von Akutfällen zu übernehmen. Innerhalb des INZ und für die Weiterversorgung der Patient:innen in einer Kooperationspraxis soll eine zeitlich nahtlose digitale Fallübergabe mittels eines neuen, interoperablen Datenformats erfolgen. Geregelt wird außerdem die Steuerung von Patient:innen innerhalb des INZ und, dass der G-BA Vorgaben für ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument sowie für die sächliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen in INZ festlegen soll. Der ergänzte Bewertungsausschuss legt die Vergütung der Ersteinschätzung durch die zentrale Ersteinschätzungsstelle fest. Er hat die Entwicklung der Leistungen in INZ zu evaluieren und dem BMG zu berichten.

Weiterhin sollen die Betreiber von INZ dazu verpflichtet werden, einen Versorgungsvertrag mit einer Apotheke gemäß Apothekengesetz § 12b zu schließen. Solange dieser nicht existiert, erhalten die Behandler:innen ein eingeschränktes Dispensierrecht von Arzneimitteln. Für den Fall, dass am Standort des INZ kein INZ für Kinder und Jugendliche vorhanden ist, haben INZ eine telemedizinische Anbindung an Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendmedizin sicherzustellen. Der erweiterte Landesausschuss bestimmt die Konzeption und Koordinierung dieser telemedizinischen Unterstützung.

Die Berichtspflicht zur Versorgung in INZ sollen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. die Kassenärztliche Bundesvereinigung geregelt werden.

Bewertung

Die fachliche Leitung und Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle sollten beim kassenärztlichen Personal liegen. Ist das Krankenhaus federführend zuständig, besteht im Fall einer geringen Auslastung der Krankenhaus-Notaufnahme der Fehlanreiz, auch weniger schwere Fälle durch das Krankenhaus zu behandeln, um stationäre Fälle zu generieren. Während der Sprechstundenzeiten außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis sollten klare Zuweisungsverfahren in die bestehende vertragsärztliche Versorgung etabliert werden. Hierzu sind Kooperationspraxen verpflichtend einzubinden. Diese sollten sich möglichst am Standort des Krankenhauses bzw. des INZ befinden.

Die Einführung einer Steuerung von Patient:innen mit dem Ziel, eine unnötige Inanspruchnahme von Notfallstrukturen zu vermeiden, ist zu begrüßen. Für die standardisierte Ersteinschätzung existiert bereits die strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland (SmED), welche flächendeckend im vertragsärztlichen Bereich etabliert ist. Fraglich ist, ob vor diesem Hintergrund eine

Neuentwicklung durch den G-BA vonnöten ist. Die Festlegung von Mindestanforderungen an der Ausstattung der Notdienstpraxen in INZ wird begrüßt. Die Verpflichtung für Betreiber von INZ zur Schließung eines Versorgungsauftrags mit einer Apotheke korrespondiert mit der Einführung von sogenannten Notdienstpraxisversorgenden Apotheken. Unklar bleibt, wie die Arzneimittel, die nach § 43 Absatz 3b von Ärzt:innen abgegeben werden, gegenüber der Krankenkasse abgerechnet werden sollen. Die AMPreisV sieht dafür keine Regularien vor. Für die GKV entscheidend ist, dass dabei keine höheren Kosten anfallen als bei der Versorgung über Apotheken. Eine wirtschaftliche Auswahl von Arzneimitteln (analog den Regeln im Rahmenvertrag nach § 129 SGB V) muss sichergestellt werden.

Änderungsvorschlag

In § 123 Absatz 1 wird Satz 2 wie folgt geändert:

"Die fachliche Leitung [...] obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung [...]"

In § 123 Absatz 1 wird Satz 6 geändert:

"Für die Versorgung von Akutfällen während der Sprechstundenzeiten außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen geeignete, im Umkreis des Krankenhausstandortes gelegene Vertragsärzte und medizinische Versorgungszentren (Kooperationspraxen) mit in die Kooperation einbinden."

Beabsichtigte Neuregelung

Die Bestimmung der Standorte durch den erweiterten Landesausschuss INZ wird geregelt. Als Standort infrage kommen Krankenhausstandorte, die die Voraussetzungen der Notfallstufe "Basisnotfallversorgung" erfüllen. Bei der Standortfestlegung sind verschiedene, gesetzlich vorgegebene Kriterien zu beachten. Von diesen kann abgewichen werden, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist.

Geregelt werden außerdem die festzulegenden Inhalte der Kooperationsvereinbarung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhausträger. Zudem werden die Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxis festgelegt. Vertragliche Regelungen zu den vorgesehenen Inhalten der Kooperationsvereinbarungen können auch als Rahmenvertrag landesweit vorgegeben werden. Regelungen finden sich auch zum Konfliktlösungsmechanismus für den Fall, dass eine Kooperationsvereinbarung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhausträger nicht rechtzeitig zustande kommt sowie zur Überführung bereits bestehender Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen in oder an Krankenhäusern in die INZ. Geregelt wird auch, dass durch den erweiterten Landesausschuss spezielle Bestimmungen für Notfallzentren für Kinder und Jugendliche durch den erweiterten Landesausschuss festgelegt werden.

Bewertung

Es ist zu begrüßen, dass INZ nicht an allen Krankenhäusern mit einer Notfallstufe, sondern an den geeignetsten Standorten einer Planungsregion eingerichtet werden sollen, soweit mehrere Krankenhausstandorte infrage kommen. Einer Entscheidung der erweiterten Landesausschüsse sollte zwingend eine bundeseinheitliche Planungsgrundlage für die Festlegung von INZ-Standorten durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorgeschaltet werden. Ebenso ist die vorgesehene Möglichkeit der Abweichung von den gesetzlich vorgegebenen Kriterien zur Bestimmung der Krankenhausstandorte sinnvoll, um eine Versorgung ländlicher Regionen sicherzustellen. Gleichwohl müssen auch hier zumindest die Voraussetzungen der Notfallstufe "Basisnotfallversorgung" erfüllt sein. Die Notdienstpraxis sollte zu den Zeiten geöffnet haben, in denen die Kooperationspraxen des INZ geschlossen haben. Die Öffnungszeiten sind entsprechend im Rahmen der Kooperationsvereinbarung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhausträger je INZ-Standort festzulegen. Eine Parallelbetrieb der Notdienstpraxis ist aufgrund der begrenzten personellen ärztlichen Kapazitäten abzulehnen. Zudem wäre die parallele Öffnung unwirtschaftlich, da doppelte Strukturen zu finanzieren wären. Die Einführung von INZ speziell für Kinder und Jugendliche wird begrüßt.

Änderungsvorschlag

In § 123a Absatz 1 wird Satz 6 folgendermaßen angepasst:

"Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann abweichend von **Satz 3 Nummer 2** sowie den Sätzen ~~3~~ 4 bis 5 einen Krankenhausstandort

bestimmen, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist. Allerdings muss dieser Standort zumindest die Voraussetzungen der Basisnotfallstufe erfüllen."

In § 123a Absatz 2 Satz 5 werden nach den Wörtern "zu öffnen" ein Komma und die Wörter "soweit eine Versorgung von Akutfällen in diesen Zeiten nicht durch Kooperationspraxen nach § 123 Absatz 1 Satz 6 sichergestellt werden kann" eingefügt.

Beabsichtigte Neuregelung

Durch Einführung eines Gesundheitsleitsystems sollen die bestehenden Defizite bei der effizienten Steuerung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene beseitigt werden. Erreicht werden soll dies durch eine digitale Vernetzung der Rettungsleitstellen (112) mit den Akutleitstellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (116117). Auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle ist die Kassenärztliche Vereinigung zur Kooperation verpflichtet. Ein Gesundheitsleitsystem setzt voraus, dass die Rettungsleitstelle über eine digitale standardisierte Notrufabfrage verfügt und mit einem bundesweit einheitlichen standardisierten Ersteinschätzungsverfahren der Kassenärztlichen Vereinigungen so aufeinander abgestimmt ist, dass es zu übereinstimmenden Bewertungen des Gesundheitszustandes kommt.

Bewertung

Die Einführung eines Gesundheitsleitsystems ist zu begrüßen und ist geeignet, die bestehenden Ineffizienzen der Steuerung in die richtige Versorgungsebene zu reduzieren.

Änderungsvorschlag

Noch höhere Effizienzgewinne lassen sich erzielen, wenn neben den Säulen der vertragsärztlichen Versorgung (aufsuchende notdienstliche Versorgung, telemedizinische Beratung, Verweis auf KV-Praxis) und dem Rettungsdienst auch eine kompetente Gesundheitsberatung im sogenannten LOW-Code-Bereich (pflegerische Notfallversorgung, ambulante Palliativversorgung, Sozialdienst) in die Steuerung mit einbezogen würde. Dieses erweiterte System wird in der Literatur als "Gesundheitsleitstelle" bezeichnet. Die Einführung sollte idealerweise nicht in das Ermessen der Rettungsleitstellen gelegt, sondern seitens des Gesetzgebers verpflichtend vorgegeben werden.

Zu Artikel 2
§ 75 (Weitere Änderungen des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht umfangreiche Evaluations- und Berichtspflichten der KBV zur Arbeit der Terminservicestellen und Akutleitstellen vor.

Bewertung

Vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen ist eine stärkere Transparenz über die jeweiligen Aktivitäten sinnvoll. Der Bericht sollte auch dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt werden.

Änderungsvorschlag

In § 75 Absatz 1e wird Satz 2 wie folgt gefasst:

“Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich, erstmals zum 30. Juni 2026, über die Ergebnisse.”

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