



BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin
TEL (030) 2700406-0
FAX (030) 2700406-222
politik@bkk-dv.de
www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme
des BKK Dachverbandes e.V.

vom 07.02.2020

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform
der Notfallversorgung

Inhalt

| | |
|--|----|
| I. Vorbemerkung | 3 |
| II. Detailkommentierung | 6 |
| Rettungsdienst | 6 |
| Medizinische Notfallrettung..... | 6 |
| Krankentransporte und Krankenfahrten..... | 6 |
| Notdienstliche Versorgung | 7 |
| Integration der notdienstlichen Versorgung in den Sicherstellungsauftrag der KVen..... | 7 |
| Arzneimittelversorgung im Notdienst..... | 8 |
| Integrierte Notfallzentren | 9 |
| Einführung Integrierter Notfallzentren (INZ)..... | 9 |
| INZ Betrieb..... | 9 |
| Festlegung bedarfsbezogener Planungsvorgaben für INZ durch den G-BA..... | 10 |
| Vergütung von Leistungen der INZ..... | 10 |
| Informationspflicht der Krankenkassen..... | 12 |
| Gemeinsames Notfalleitsystem | 13 |
| Ersteinschätzung und Vermittlung..... | 13 |
| Vermittlung von Kapazitäten..... | 13 |
| Zusammenarbeit von 112 und 116 117..... | 14 |
| Zusammenarbeit und digitale Vernetzung..... | 15 |
| Vergütungsverträge zwischen Kassen und Rettungsstellenträgern..... | 15 |
| Förderung der Errichtung von GNL und digitaler Vernetzung durch GKV..... | 16 |
| III. Weiterer Änderungsbedarf | 17 |
| Arzneimittelversorgung im Rahmen der Notfallversorgung..... | 17 |

I. Vorbemerkung

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die mit dem vorliegenden Referentenentwurf vorgesehene Weiterentwicklung der Notfallversorgung.

Rettungsdienst

Die Regelungen zur Neuordnung des Rettungsdienstes sind überwiegend zu begrüßen. Die Betriebskrankenkassen befürworten die Anerkennung des **Rettungsdienstes als eigenständigen Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung**. Die bisher von den Rettungsdiensten der Länder durchgeführte medizinische Notfallversorgung vor Ort sowie die Weiterversorgung während eines Transports werden konsequent in das System der integrierten Notfallversorgung eingebettet.

Die Betriebskrankenkassen können nachvollziehen, bedauern jedoch, dass zum jetzigen Zeitpunkt eine bundesweite Vereinheitlichung der Rettungsdienststrukturen ausbleibt. Wir regen daher an, für diese Thematik weiterhin in Zusammenarbeit mit den Ländern zu werben und entsprechende Strukturen zu etablieren. Gleiches gilt für die überfällige Diskussion und gesetzliche Klärung der Aufgabenverteilung der an der Notfallversorgung beteiligten Gesundheitsberufe. Insbesondere die Rechtsunsicherheit, der die **Notfallsanitäter** bezüglich ihres Aufgabenspektrums im Rettungswagen ausgesetzt sind, gilt es zu adressieren. Ihnen sind die Kompetenzen zuzuordnen, die mit entsprechender Qualifikation und ggf. per im Rettungswagen möglichen Telekonsil einhergehen. Auch Konzepte wie die des Gemeindenotfallsanitäters und deren Potenziale für eine Verbesserung der Versorgung gilt es zeitnah zu diskutieren.

Notdienstliche Versorgung

Die Betriebskrankenkassen weisen darauf hin, dass eine Präzisierung des Begriffs „notdienstlicher Versorgung“ erforderlich ist, damit **keine inhaltliche Einschränkung gegenüber dem derzeit geltenden Sicherstellungsauftrag** stattfindet. Durch die Änderung darf die vertragsärztlichen Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten nicht inhaltlich auf wenige, spezifische medizinische Fälle reduziert werden. Vielmehr sollte eine Konkretisierung erfolgen, die die Vertragsärzte zu einer gleichmäßigen Verteilung von Sprechzeiten auf alle Wochentage, insbesondere auch auf Abendstunden sowie Mittwoch- und Freitagnachmittage, verpflichtet.

Des Weiteren sprechen sich die Betriebskrankenkassen dafür aus, dass bei Nichterfüllung oder Gefährdung des Sicherstellungsauftrages der notdienstlichen Versorgung alternative, auf die Regionen zugeschnittene Organisationsformen der notdienstlichen Versorgung ermöglicht werden sollten. Denkbar ist hier die Beauftragung der Krankenhäuser mit der notdienstlichen Versorgung durch die KVen.

Integrierte Notfallzentren

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen setzt die Einführung der Integrierten Notfallzentren (INZ) die Forderung „ambulant vor stationär“ konsequent um. Im Hinblick auf den bei der Kassenärztlichen Vereinigung liegenden Sicherstellungsauftrag und die fachliche Leitung der INZ durch die Kassenärztliche Vereinigung muss auch die **Vergütung stringent in der ambulanten Logik** vollzogen werden. Das bedeutet, dass die Aufgabe zur Festlegung der Vergütung dem Bewertungsausschuss zukommen sollte, da es sich nicht um eine sektorenübergreifende Versorgung handelt und es folglich keiner neuen Vergütungsform bedarf. Aus diesem Grund sollte auch die Vergütung innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) stattfinden. Es ist dringend davon abzuraten, innerhalb der ambulanten Versorgung einen weiteren Sektor zu schaffen. Für gleiche Leistungen sollte es nicht abhängig vom Versorgungsort (ambulante Praxis oder INZ) unterschiedliche Vergütungen geben. Um den Aufbau der INZ dennoch zu unterstützen, schlagen die Betriebskrankenkassen einen INZ-Zuschlag in Form einer Grundpauschale pro Versicherten vor. Wobei zu beachten ist, dass bereits mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) die Möglichkeit geschaffen wurde, auf regionaler Ebene zwischen Landesverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zusätzliche Mittel zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes bereitzustellen.

Um eine umfassende **Information der Bürger** zu den (neuen) Notfallversorgungsstrukturen zu gewährleisten, sollten nicht nur die Krankenkassen, sondern insbesondere auch die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden, über die GNL, die Nummer 116 117 und INZ zu informieren.

Gemeinsame Notfallleitstellen

Die Betriebskrankenkassen bedauern, die unverbindliche Ausgestaltung der Kooperation von KVen und Rettungsleitstellen. Es bleibt zu hoffen, dass die Länder im Sinne der

Patienten die Notwendigkeit erkennen und **in allen KV-Bezirken Gemeinsame Notfallleitstellen** (GNL) einrichten werden. Daher schlagen wir behelfsmäßig vor, dass spätestens nach zwei Jahren der Gesetzesverabschiedung ein Bericht für den Bundestag erstellt wird, aus dem die Zahl, örtliche Verankerung sowie erste Erfahrungen der eingerichteten GNL hervorgeht. Dies fördert die Transparenz über das Versorgungsgeschehen und erlaubt, Best Practice-Ansätze als Beispiel für potentielle Nachahmer zu kommunizieren.

Bei der Einrichtung von GNL sollte auf ein bundesweit **einheitliches, softwaregestützten Ersteinschätzungsverfahren** bestanden werden. Ziel muss sein, dass Patienten mit identischer Diagnose in allen Bundesländern gleichartig triagiert werden.

Die Beteiligung der Privaten Krankenversicherung (PKV) an den **Errichtungskosten** der GNL und der digitalen Vernetzung ist zwingend zu verankern, da auch Privatpatienten von den neuen Strukturen Gebrauch machen werden. Insgesamt sollte die Förderung im Gesamtkontext der Finanzierung von Anbindungs- und Betriebskosten durch die GKV betrachtet werden. Doppelfinanzierungen sind auszuschließen.

Weiterer Änderungsbedarf

Zu einer umfassenden Reform der Notfallversorgung gehört auch die **Arzneimittelversorgung im Notfall**, diese ist bislang unzureichend im Referentenentwurf abgebildet. Die Kooperation von Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesapothekerkammern ist im Sinne der Patienten verbindlicher zu gestalten. Die Betriebskrankenkassen sehen darüber hinaus die Notwendigkeit eine Infrastruktur für die Arzneimittelversorgung in räumlicher Nähe zu den INZ zu schaffen. Denkbar sind der Betrieb von durchgängig geöffneten Notdienstapotheken, Arzneimittelabgabestellen und die Ermächtigung von Krankenhausapotheken zur Rezeptabgabe.

II. Detailkommentierung

Rettenngsdienst

Medizinische Notfallrettung

Zu § 60 SGB V

Die Betriebskrankenkassen befürworten die Anerkennung des Rettungsdienstes als eigenständigen Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Die bisher von den Rettungsdiensten der Länder durchgeführte medizinische Notfallversorgung vor Ort sowie die Weiterversorgung während eines Transports werden konsequent in das System der integrierten Notfallversorgung eingebettet. Damit kann eine adäquate medizinische Notfallversorgung sowie das zielgerichtete Einsetzen vorhandener Kapazitäten, wie z. B. Rettungsmittel, gewährleistet werden.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen insbesondere auch die Vorgaben zur digitalen Übermittlung der Daten vom Rettungsfahrzeug an das angefahrene INZ bzw. Krankenhaus. Das jeweilige Krankenhaus kann sich so auf die Ankunft des Notfallpatienten vorbereiten und die notwendigen Schritte für die Behandlung einleiten, daher sollte die vorgesehene Soll-Regelung verbindlicher ausgestaltet werden. Zu beachten ist außerdem eine sichere Datenübertragung, damit die Patientendaten nicht gefährdet sind. Daher sollte nicht nur die digitale Dokumentation der für eine Weiterbehandlung erforderlicher Daten, sondern die gesamte digitale Vernetzung im Rahmen der medizinischen Notfallversorgung sicher über die Telematikinfrastruktur laufen. Geplante und für diesen Zweck von der GKV finanziell geförderte Softwarelösungen müssen darum TI-kompatibel sein.

Krankentransporte und Krankenfahrten

Zu § 60a SGB V

Die Regelungen des § 60a SGB V (n. F.) entsprechen im Grunde den bisherigen Regelungen des § 60 SGB V (a. F.). Die zusätzliche Übernahme von Regelungen in den Gesetzeswortlaut, die bisher in der Krankentransport-Richtlinie (KT-RL) standen, sind zu befürworten und führen zu einer Klarstellung der bisherigen Normen und einer besseren Verständlichkeit.

Redaktioneller Hinweis: Da die Umstellung von Pflegestufen zu Pflegegraden bereits erfolgt ist, kann auf den Verweis auf die veralteten Regelungen verzichtet werden.

Änderungsvorschlag

§ 60a Absatz 4 Nr. 3 SGB V wird wie folgt gefasst:

~~„3. bis zum 31. Dezember 2016 eine Einstufung in die Pflegestufe 2 gemäß § 15 des Elften Buches in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung und seit dem 1. Januar 2017 mindestens eine Einstufung in den Pflegegrad 3.“~~

Notdienstliche Versorgung

Integration der notdienstlichen Versorgung in den Sicherstellungsauftrag der KVen

Zu § 75 Absatz 1b SGB V

Die Betriebskrankenkassen weisen darauf hin, dass eine Präzisierung des Begriffs „notdienstlicher Versorgung“ erforderlich ist, damit keine inhaltliche Einschränkung gegenüber dem derzeit geltenden Sicherstellungsauftrag stattfindet. Die Änderung der Legaldefinition ist in der vorliegenden Fassung missverständlich. Zu begrüßen ist, dass die Sicherstellungsverpflichtung der KVen in zeitlicher Hinsicht (24/7) konkretisiert wurde. Allerdings geht damit unter Umständen eine nicht näher spezifizierte Einschränkung des Rechts auf Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung für die Versicherten einher: Die Versorgung soll nur noch Fälle umfassen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist, ohne dass näher konkretisiert wurde, welche dringenden Anliegen der Versicherten von dieser Begrifflichkeit umfasst sein werden. Es gilt klar zu stellen, dass die ehemalige Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten durch die Änderung der Legaldefinition nicht inhaltlich auf wenige, spezifische medizinische Fälle reduziert wird. Zur Stützung der geänderten Legaldefinition sollte der Sicherstellungsauftrag auch hinsichtlich einer zeitlich verbindlichen Verteilung von Sprechzeiten der Vertragsärzte konkretisiert werden. Bislang existiert keine gesetzliche Verpflichtung im Rahmen des

Sicherstellungsauftrags eine gleichmäßige Verteilung der Sprechstunden im niedergelassenen Bereich auf alle Wochentage zu gewährleisten. Abendstunden, Mittwoch- und Freitagnachmittags sowie an Samstagen sind Vertragsärzte in aller Regel nicht erreichbar.

Im Allgemeinen sollten Begriffe wie „Bereitschaftsdienst“, „Notdienst“, „notärztliche Versorgung“ oder „notdienstliche Versorgung“ klarer definiert werden, um eine eindeutige Abgrenzung zu ermöglichen.

Die Betriebskrankenkassen sprechen sich dafür aus, dass bei Nichterfüllung oder Gefährdung des Sicherstellungsauftrages der notdienstlichen Versorgung alternative, auf die Regionen zugeschnittene Organisationsformen der notdienstlichen Versorgung ermöglicht werden sollten. Denkbar ist hier die Beauftragung der Krankenhäuser mit der notdienstlichen Versorgung durch die KVen.

Arzneimittelversorgung im Notdienst

Zu § 75 Absatz 1b Satz 5 SGB V

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch über die Organisation der notdienstlichen Versorgung treten, um die Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln im Rahmen einer Notfallversorgung zu verbessern.

Eine bessere Einbindung der Arzneimittelversorgung im Notdienst ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings ist ein Informationsaustausch zu wenig verbindlich.

Die Notdienste der Ärzte und Apotheken müssen nachhaltig besser koordiniert werden: Die Akteure haben dabei sicherzustellen, dass Apotheken einen Nacht- und Notdienst leisten, die in der Nähe der INZ sind.

Aufgrund der geringen ländlichen Apothekendichte könnte diese Maßnahme alleine nicht ausreichen. Weitere Vorschläge zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung im Rahmen der Notfallversorgung finden sich unter „Weiterer Änderungsbedarf“.

Änderungsvorschlag

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

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen gemeinsam mit den Landesapothekerkammern sicher, dass in zumutbarer Entfernung eines Integrierten Notfallzentrums eine Apotheke die Dienstbereitschaft nach § 23 Apothekenbetriebsordnung gewährleistet. Die Landesapothekerkammern legen eine maximal zulässige Entfernung zwischen der dienstbereiten Apotheke und dem Integrierten Notfallzentrum fest; dabei ist das Benehmen mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung herzustellen.“

Integrierte Notfallzentren

Einführung Integrierter Notfallzentren (INZ)

Zu § 123 (neu) Absatz 1 SGB V

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen setzt die Einführung der Integrierten Notfallzentren (INZ) die Forderung „ambulant vor stationär“ konsequent um. Aus dem Grund ist die Idee, das Integrierte Notfallzentrum für den Patienten als erste Anlaufstelle zu etablieren, aus Sicht der Betriebskrankenkassen der richtige Weg, die Patienten systematisch und verpflichtend in die richtige Versorgungsebene zu leiten.

INZ Betrieb

Zu § 123 (neu) Absatz 2 SGB V

Der gemeinsame Betrieb der INZ durch die Kassenärztliche Vereinigung und dem Krankenhaus sowie die wirtschaftliche Trennung von Krankenhaus und INZ ist zwingend erforderlich und wird begrüßt. Auch die Übereignung der fachlichen Leitung an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung ist im Hinblick auf die Übertragung des Sicherstellungsauftrages an die Kassenärztliche Vereinigung sinnvoll und sachgerecht. Die Einführung von Kooperationsverträgen zwischen Krankenhäusern und den Kassenärzt-

lichen Vereinigungen sowie die Installation eines Schiedsverfahrens im Streitfall werden als sachgerecht erachtet und begrüßt. Die Überführung bereits bestehender Portalpraxen in Integrierte Notfallzentren wird zur Vermeidung von Doppelstrukturen beitragen und wird aus dem Grund als sinnvoll eingeschätzt.

Festlegung bedarfsbezogener Planungsvorgaben für INZ durch den G-BA

Zu § 123 (neu) Absatz 3 SGB V

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass der G-BA bundeseinheitliche Festlegungen zum Standort und zum Versorgungsumfang der INZ trifft. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen stellen dabei die Orientierung an Betroffenheitsmaßen und Bevölkerungszahlen die richtigen Orientierungsgrößen dar. Die bundeseinheitlichen Festlegungen durch den G-BA stellen insbesondere in Hinblick auf die Notfallversorgung an den Ländergrenzen eine sinnvolle und erforderliche Maßnahme dar. Es ist jedoch zu beachten, dass Ausnahmetatbestände minimiert werden sollten. Ziel muss es insbesondere im Sinne des Patientenschutzes sein, dass sämtliche Notfallstrukturen, die zur Versorgung der Versicherten vorgesehen werden, die durch den G-BA bestimmten Kriterien erfüllen.

Vergütung von Leistungen der INZ

Zu § 123 (neu) Absatz 4 SGB V

Leistungen der INZ sollen außerhalb der Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 1 in Form einer Grundpauschale und zusätzlich nach Schweregrad differenzierten Pauschalen je Inanspruchnahme vergütet werden. Diese Pauschalen sind im EBM durch den ergänzten Bewertungsausschuss abzubilden. Dabei sollen die Kassenärztliche Vereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband Grundsätze zur wirtschaftlichen Leistungserbringung, zur Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie Näheres zum Abrechnungsverfahren vereinbaren. Der Bewertungsausschuss hat die Evaluation der Leistungsentwicklung und Vergütung zwei Jahre nach Inkrafttreten an das Bundesministerium für Gesundheit zu berichten.

Im Hinblick auf den bei der Kassenärztlichen Vereinigung liegenden Sicherstellungsauftrag und die fachliche Leitung der INZ durch die Kassenärztliche Vereinigung muss auch die Vergütung stringent in der ambulanten Logik vollzogen werden. Dies bedeutet, dass die Aufgabe zur Festlegung der Vergütung dem Bewertungsausschuss zukommen

sollte, da es sich nicht um eine sektorenübergreifende Versorgung handelt und es folglich keiner neuen Vergütungsform bedarf. Aus dem Grund sollte auch die Vergütung innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) stattfinden. Es ist dringend davon abzuraten, innerhalb der ambulanten Versorgung einen weiteren Sektor zu schaffen. Für gleiche Leistungen sollte es nicht unterschiedliche Vergütungen je nach Versorgungsort (ambulante Praxis oder INZ) geben. Andernfalls kann dies auch wegen der fehlenden Mengenbegrenzung zu Fehlanreizen in der Versorgung führen. Bei einer stringenten Zuordnung der INZ in den ambulanten Bereich kann damit auch auf bestehende Abrechnungsverfahren und Vordrucke zurückgegriffen werden, womit der bürokratische Aufwand deutlich reduziert werden kann. Um den Aufbau der integrierten Notfallzentren dennoch zu unterstützen, böte sich ein INZ- Zuschlag in Form einer Grundpauschale pro Versicherten an.

In diesem Zusammenhang ist auch zu beachten, dass mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) in § 105 Absatz 1b SGB V die Möglichkeit geschaffen wurde auf der regionalen Ebene zwischen Landesverbänden und KVen einen zusätzlichen zweckgebundenen Betrag zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes zu vereinbaren. Damit existiert bereits eine gesetzliche Grundlage zur weitergehenden Inzentivierung zur Errichtung von INZ.

Änderungsvorschlag

§ 123 Absatz 4 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Die Leistungen der integrierten Notfallzentren werden von der Krankenkasse innerhalb der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütung nach Maßgabe dieses Absatzes vergütet. Hierzu beschließt der Bewertungsausschuss nach ~~§ 87 Absatz 5a~~ § 87 Absatz 3 innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Vorgaben nach Absatz 3 die Aufnahme einer Grundpauschale. ~~und nach Schweregrad differenzierte Pauschalen je Inanspruchnahme jeweils in Euro in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen; § 87 Absatz 6 und 7 gilt entsprechend.~~ Mit der Grundpauschale sind ~~unabhängig von der Anzahl der behandelten Patienten~~ die Vorhaltekosten für das integrierte Notfallzentrum entsprechend der nach Absatz 3 zu entwickelnden Vorgaben abzubilden und Grundsätze zur Berücksichtigung der spezifischen Investitionsbedingungen zu vereinbaren. Der Bewertungsausschuss nach ~~§ 87 Absatz 5a~~ § 87 Absatz

~~3 hat zwei Jahre nach Inkrafttreten und anschließend in einem Abstand von zwei Kalenderjahren die Entwicklung der Leistungen und der Vergütungen in der ambulanten Notfallversorgung zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten; das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zu dem Bericht bestimmen. zu prüfen, ob auf Basis der vom G-BA zu beschließenden Richtlinie gemäß Absatz 3 zum Umfang der von den integrierten Notfallzentren zu erbringenden notdienstlichen Versorgung der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen anzupassen ist. Bei der Bewertung der Grundpauschale ist sicherzustellen, dass in die Kalkulation der Vorhalte- und Betriebskosten nur der auf die gesetzliche Krankenversicherung entfallende Anteil zu berücksichtigen ist. § 87 Absatz 6 und 7 gilt entsprechend. Der Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 3 hat zwei Jahre nach Inkrafttreten und anschließend in einem Abstand von zwei Kalenderjahren die Entwicklung der Leistungen und der Vergütungen in der ambulanten Notfallversorgung zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten; das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zu dem Bericht bestimmen.~~

Sollte die Vergütung dennoch außerhalb der MGV erfolgen, ist eine fortlaufende Bereinigung um die ambulanten Notfalleleistungen aus der MGV zwingend erforderlich. Auch im Hinblick auf die aufgenommene Evaluation der Leistungsentwicklung und Vergütung erscheint eine Vergütung über nach Schweregrad differenzierten Pauschalen wenig sinnvoll. Zwar lässt sich die Anzahl der behandelten Patienten und der Schweregrad der Versorgung evaluieren, nicht jedoch, ob die Versorgung im INZ medizinisch sinnvoll war oder eine Versorgung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ausgereicht hätte. Weiterhin lässt eine statistische Auswertung keine Rückschlüsse auf die Angemessenheit der Höhe der einzelnen Pauschalen zu.

Des Weiteren ist generell abzulehnen, dass die Vorhaltekosten alleine durch die gesetzliche Krankenversicherung zu tragen sind. An der Stelle ist der Einbezug der Privaten Krankenversicherung (PKV) und sonstiger Kostenträger zwingend erforderlich.

Informationspflicht der Krankenkassen

Zu § 123 (neu) Absatz 5 SGB V

Auf Seiten der Krankenkasse soll die Pflicht bestehen, ihre Versicherten über das nächstgelegene Integrierte Notfallzentrum sowie über die gemeinsamen Notfallsysteme zu informieren.

Eine Information für die Versicherten zum nächstgelegenen Integrierten Notfallzentrum durch die Krankenkassen setzt ein einheitliches Verzeichnis voraus, auf deren Grundlage zum Beispiel entsprechende „INZ-Finder“ programmiert und für die Versicherten zur Verfügung gestellt werden können. Dieses sollte zentral geführt und gepflegt werden. Durch eine Schnittstelle ist ein regelmäßiger Datenabzug durch die Krankenkassen zu gewährleisten oder das Verzeichnis wird als internetbasierte Datenbank selbst für den Versichertenzugriff ausgestaltet. Da den Kassenärztlichen Vereinigungen der Sicherstellungsauftrag obliegen soll, sollte ein gesetzlicher Auftrag für die Erstellung und Pflege eines entsprechenden Verzeichnisses sowie eines zentralen Webportals an die Kassenärztliche Bundesvereinigung erteilt werden.

Um eine umfassende Information der Bürger zu den (neuen) Notfallversorgungsstrukturen zu gewährleisten sollten insbesondere die Kassenärztlichen Vereinigungen explizit beauftragt werden die GNL und die Nummer 116 117 bekannter zu machen und über das nächstgelegene INZ zu informieren, zumal der Sicherstellungsauftrag in ihren Händen ruht.

Gemeinsames Notfalleitsystem

Ersteinschätzung und Vermittlung

Zu § 133b (neu) Absatz 1 SGB V

Die Vermittlung in einen angemessenen Versorgungsbereich auf Grundlage einer telefonischen Ersteinschätzung wird als sinnvoll und zweckmäßig erachtet und begrüßt.

Vermittlung von Kapazitäten

Zu § 133b (neu) Absatz 2 SGB V

Die Vermittlung in einen angemessenen Versorgungsbereich auf Grundlage einer telefonischen Ersteinschätzung wird als sinnvoll und zweckmäßig erachtet und begrüßt.

Die Aufgabentrennung von Rettungsleitstelle und KVen innerhalb der GNL wird jedoch kritisch gesehen. Es besteht die Befürchtung, dass durch ggf. entstehende zusätzliche

Kommunikationsschritte für den Versicherten wertvolle Zeit bis zur Versorgung verloren geht. Sinnvoll wäre es, dass bei beiden Rufnummern neben einer adäquaten Ersteinschätzung auch direkt die richtige Vermittlung in die angemessene Versorgungsstruktur erfolgen kann. Zumindest muss die KV in der Lage sein, in lebensbedrohlichen Fällen direkt die Disponierung von Rettungsmitteln zu veranlassen. Dieses in der Gesetzesbegründung so beschriebene Vorgehen sollte im Gesetzestext klargestellt werden.

Änderungsvorschlag

In § 133b (neu) Abs. 2 SGB V wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

Erkennt die Rettungsleitstelle, dass kein Notfall nach § 60 Abs. 1 SGB V vorliegt, wird der Patient an die Rufnummer 116 117 weitergeleitet; erkennt die Kassenärztliche Vereinigung, dass ein Notfall nach § 60 Abs. 1 SGB V vorliegt, wird der Bedarf nach Rettungsmitteln direkt an die Rettungsleitstelle vermittelt und das Rettungsmittel von dieser disponiert.

Zusammenarbeit von 112 und 116 117

Zu § 133b (neu) Absatz 3 SGB V

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet sind, auf Wunsch einer Rettungsleitstelle eine GNL zu bilden und in medizinischen Notsituationen zu kooperieren. Die Betriebskrankenkassen bedauern die Unverbindlichkeit dieser Regelung. Um einen „Flickenteppich“ zu vermeiden, wären GNL in allen KV-Bezirken wünschenswert.

Die Betriebskrankenkassen schlagen vor, dass spätestens nach zwei Jahren der Gesetzesverabschiedung ein Bericht für den Bundestag erstellt wird, aus dem die Zahl, örtliche Verankerung sowie erste Erfahrungen der eingerichteten GNL hervorgeht. Dies fördert die Transparenz über das Versorgungsgeschehen und erlaubt, Best Practice-Ansätze als Beispiel für potentielle Nachahmer zu kommunizieren.

Die Vereinbarung eines verbindlichen, standardisierten, softwaregestützten Ersteinschätzungsverfahrens fördert das Verständnis und eine reibungslose Disposition in die angebrachte Versorgungsstruktur und wird ausdrücklich begrüßt. Besser als verschie-

dene regional unterschiedliche Ersteinschätzungsverfahren, wäre jedoch eine bundeseinheitliche Festlegung eines solchen Verfahrens. Ziel muss sein, dass Patienten mit identischer Diagnose in allen Bundesländern gleichartig triagiert werden.

Zusammenarbeit und digitale Vernetzung

Zu § 133b (neu) Absatz 4 SGB V

Die Etablierung einer digitalen Dokumentation mit Echtzeitübertragung der Versorgungskapazitäten wird in diesem Zusammenhang als unabdingbar eingeschätzt und sehr begrüßt.

Positiv ist auch, dass die digitale Vernetzung über die Telematikinfrastruktur (TI) geplant ist. Die Anbindung aller an der medizinischen Notfallversorgung Beteiligten bedeutet die konsequente Fortsetzung der Erweiterung des Nutzerkreises der TI und stützt das Ziel, diese als zentrale und sichere Kommunikationsinfrastruktur des Gesundheitswesens auszubauen. Ebenso ist die Einbindung der Gematik zu Fragen der Datensicherheit zu befürworten. Diese sollte hinsichtlich Verfügbarkeit und Anbindung derartiger Informationssysteme an die TI generell einbezogen werden.

Sinnvoll ist auch die der Beauftragung des G-BA zur Bestimmung verbindlicher Bedingungen zur digitalen Vernetzung. Damit wird eine Kooperation der Notfallversorgung auch über Ländergrenzen hinweg gewährleistet. Die Beauftragung des G-BA zur Festlegung der bundesweit einheitlichen Erfassung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung erleichtert die Evaluation, ermöglicht Transparenz über die Notfallversorgung und wird daher ebenfalls begrüßt.

Vergütungsverträge zwischen Kassen und Rettungsstellenträgern

Zu § 133b (neu) Absatz 5 SGB V

Die vorgeschlagene Regelung ist sachgerecht. Die in der Begründung aufgeführte Erläuterung, dass nur Leistungen, die im Rahmen des GNL erbracht wurden, abrechnungsfähig sind, sollte sich jedoch als Klarstellung im Gesetzestext wiederfinden.

Änderungsvorschlag

In § 133b (neu) Abs. 5 SGB V wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Darüber hinausgehende Leistungen sind nicht abrechnungsfähig.“

Förderung der Errichtung von GNL und digitaler Vernetzung durch GKV

Zu § 133b (neu) Absatz 6 SGB V

Die Errichtung von gemeinsamen Notfalleitsystemen und die digitale Vernetzung soll durch die GKV mit 25 Mio. EUR für die einmalige Finanzierung der Anschaffungskosten von Softwarelösungen gefördert werden. Diese Förderung sollte im Gesamtkontext der Finanzierung von Anbindungs- und Betriebskosten für die Telematikinfrastruktur durch die GKV betrachtet werden. Keinesfalls darf es zu Doppelfinanzierungen kommen.

Bei der Finanzierung der Infrastruktur sollten neben der Beteiligung der Privaten Krankenversicherung (PKV) weitere Kostenträger wie z. B. die Berufsgenossenschaften, die Künstlersozialkasse sowie die Sozialämter einbezogen werden. Da alle genannten Träger von den neuen Strukturen profitieren, ist eine finanzielle Beteiligung aller Träger zwingend erforderlich.

III. Weiterer Änderungsbedarf

Arzneimittelversorgung im Rahmen der Notfallversorgung

Die Arzneimittelversorgung von Versicherten in der Notfallversorgung hat aus Sicht der Betriebskrankenkassen Optimierungspotential. Grundsätzlich können dann Versorgungslücken entstehen, wenn eine Arzneimittelabgabe außerhalb der üblichen Öffnungszeiten einer Apotheke erfolgen muss. Versicherte die in Notfällen ein Krankenhaus aufsuchen und dort ambulant behandelt werden, können ihr Rezept nicht unmittelbar einlösen. Das funktioniert nur dann, wenn eine Apotheke direkt vor Ort ist und Notdienst leistet. Daher ist der im § 75 Abs. 1b Satz 5 SGB V vorgesehene Informationsaustausch verbindlich zu gestalten (siehe Änderungsvorschlag ebenda).

Als Vorbild für die Entwicklung einer notdienstlichen Apothekeninfrastruktur kann zum Beispiel die Stadt Basel angeführt werden. Dort gibt es eine **Notdienstapotheke** die 365 Nächte im Jahr geöffnet ist und direkt gegenüber einer Notfallstation ihren Sitz hat.

Zusätzlich sollte die Versorgung mit Arzneimitteln auch durch weitere Maßnahmen verbessert werden. Dafür ist in den Integrierten Notfallzentren oder in unmittelbarer Nähe eine Apotheke im Sinne einer **Arzneimittelabgabestelle** vorzusehen. Denkbar wäre eine Apotheke „light“, die nicht alle Anforderungen an den Apothekenbetrieb, z. B. hinsichtlich der Laborvorhaltung, erfüllen muss.

Ergänzend sollten **Krankenhausapotheken** enger in die Versorgung eingebunden werden. Nach jetziger Rechtslage dürfen sie Arzneimittelrezepte (**Entlassverordnungen**) gar nicht beliefern. Zulässig ist allenfalls eine (optionale) Mitgabe einzelner Tabletten zur Überbrückung an Wochenenden oder Feiertagen. Wird ein Integriertes Notfallzentrum an einem Krankenhaus betrieben, das auch eine Krankenhausapotheke hat, sollte diese die erforderlichen Arzneimittel an Patienten direkt abgeben dürfen, um somit eine kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten. Das gilt auch für Patienten mit Entlassverordnungen.

Die Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen würden eine unmittelbare Arzneimittelversorgung in Notfällen und damit eine umfassende, stringente Notfallversorgung im Allgemeinen gewährleisten.