

[Gesetz zur Reform der Notfallversorgung](#)

12.07.2019
Diskussionsentwurf

08.01.2020
Referentenentwurf

[Zum Download](#)

[Berlin kompakt 9/2019](#)

[Zum Download](#)

[Referentenentwurf](#)

Neuer Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung

Am 08.01.2020 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung vorgelegt. Ziel des Gesetzes ist es, die bisher weitgehend getrennt organisierten Versorgungsbereiche der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung in Deutschland zu einem integrierten System weiterzuentwickeln.


Dabei hält der Entwurf an grundlegenden Neuregelungen fest, die bereits in einem Diskussionsentwurf aus dem BMG vom 12.07.2019 (wir berichteten in Berlin kompakt 9/2019) enthalten waren. Der jetzt vorliegende Entwurf weist daneben einige Veränderungen im Vergleich zu seinem Vorgänger auf, besonders was die Rolle der Bundesländer angeht. Das BMG nimmt etwa von einer Grundgesetzänderung Abstand, die auf eine Ausweitung der Gesetzgebungskompetenz des Bundes für den Bereich des Rettungsdienstes abzielte. Damit reagiert das BMG auf die Kritik der Länder, das Gesetz greife zu stark in ihre Kompetenzen ein. So ist das Gesetz im Gegensatz zum Vorgänger nicht mehr zustimmungspflichtig durch die Länder.

Gemeinsame Notfalleitsysteme von KVen und Rettungsleitstellen

Der Gesetzentwurf sieht die Einrichtung von Gemeinsamen Notfalleitsystemen (GNL) vor, die für Patienten in medizinischen Notfallsituationen rund um die Uhr erreichbar sein sollen. Wichtigste Aufgabe eines GNL ist die Ersteinschätzung des Behandlungsbedarfs von Patienten in Notfällen und die anschließende Vermittlung in die geeignete Versorgungsstruktur. Ein GNL besteht in der verbindlichen Zusammenarbeit der Träger der Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 und der KVen mit der Rufnummer 116 117.

Zur Einrichtung eines GNL können KVen und Rettungsleitstellen der Länder Kooperationen eingehen, eine generelle Verpflichtung zur Zusammenarbeit – wie ursprünglich geplant – besteht nicht. Grundlage für diese Art der Zusammenarbeit wird künftig eine bundesweite Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sein. Beabsichtigt eine Rettungsstelle die Bildung eines GNL, so ist die KV zur Kooperation verpflichtet. Der Gesetzentwurf begrenzt den Bereich der Zusammenarbeit klar auf medizinische Notfälle, andere Aufgabenbereiche etwa des Rettungsdienstes bleiben außen vor. Für die Einrichtung von GNL wird ein finanzieller Anreiz gesetzt: Leistungen der Rettungsstelle sollen nur dann abrechnungsfähig sein, wenn sie im Rahmen eines GNL erbracht werden.

Der digitalen Vernetzung wird bei der Einrichtung eines GNL eine große Bedeutung beigemessen. So sollen die Kooperationspartner eines GNL ein softwaregestütztes Ersteinschätzungsverfahren vereinbaren. Geplant ist zudem, dass die GNL einen digitalen Zugriff auf alle Rettungseinsatzmittel und auf die Kapazitäten der Integrierten Notfallzentren (INZ) erhalten, Falldaten aus den GNL oder einem Rettungseinsatzmittel sollen zukünftig an das aufnehmende INZ oder Krankenhaus übermittelt werden. Die gesetzlichen Krankenkassen werden mit dem Gesetz verpflichtet, die Anschaffung von Software für die Rettungsleitstellen mit 25 Mio. Euro zu unterstützen.

 **Die verbindliche Zusammenarbeit von KVen und Rettungsstellen in GNL ist notwendig für eine bedarfsgerechte Versorgung der Patienten im Notfall. Zusätzlich wäre ein Zusammenschluss der beiden Rufnummern 112 und 116 117 sinnvoll. Positiv ist, dass der G-BA einen bundesweit einheitlichen Rahmen für die Kooperationsverpflichtung und für die digitale Vernetzung vorgibt. Dies sollte auch für das Ersteinschätzungsverfahren der GNL**

gelten, bei dem besonders wichtig ist, dass es von medizinischem Fachpersonal durchgeführt wird.

Integrierte Notfallzentren als erste Anlaufstelle für Patienten

Erste Anlaufstelle für Notfallpatienten werden in Zukunft die Integrierten Notfallzentren (INZ). Hier wird eine qualifizierte Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs der Patienten vorgenommen und entschieden, ob sie sofort stationär behandelt werden müssen oder eine ambulante Behandlung angezeigt ist. Die INZ werden gemeinsam von KVen und Krankenhäusern eingerichtet und betrieben. Sie sollen räumlich nah am Krankenhaus liegen, um von den Patienten als erste Anlaufstelle im Notfall erkannt zu werden.

Anders als im ersten Entwurf erhalten die KVen den Sicherstellungsauftrag für die notdienstliche Versorgung, deshalb obliegt ihnen auch die fachliche Leitung der INZ. Anzahl und Standorte der INZ beschließen die erweiterten Landesausschüsse und nicht – wie ursprünglich geplant – die Länder. Der G-BA wird beauftragt, dazu einheitliche Planungsvorgaben zu beschließen. Bereits bestehende Strukturen der Notfallversorgung wie die Portalpraxen der KVen sollen genutzt werden.

Standorte für INZ dürfen nur Krankenhäuser sein, die nach den Richtlinien des G-BA eine Notfallstufe vorhalten. Ausnahmen davon definiert ebenfalls der G-BA.

Die im INZ erbrachten Leistungen sollen mit einer Grundpauschale zur Abgeltung der Vorhaltekosten vergütet werden, dazu kommen nach Schweregrad differenzierte Pauschalen je nach Inanspruchnahme. Die Leistungen werden extrabudgetär vergütet, wobei die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung von diesen Leistungen bereinigt wird. War im ersten Entwurf noch vorgesehen, dass die Abrechnungsstellen für die INZ von den Ländern organisiert werden, so liegt diese Aufgabe nun bei den KVen.

➔ **Das INZ als zentrale und jederzeit zugängliche Anlaufstelle ist wichtig für eine bedarfsgerechte Notfallversorgung. So müssen Patienten in Zukunft nicht mehr entscheiden, ob der ärztliche Notfalldienst der KV oder die Notfallambulanz eines Krankenhauses die richtige Anlaufstelle ist.**

Es ist auch richtig, dass INZ nur an Krankenhäusern betrieben werden dürfen, die gemäß G-BA an der Notfallversorgung teilnehmen. Es sollte keine Ausnahmen davon geben.

Medizinischer Rettungsdienst wird eigenständiger Leistungsbereich im SGB

Die Leistungen der medizinischen Notfallversorgung durch die Rettungsdienste der Länder sollen in Zukunft unabhängig von der Inanspruchnahme anderer Leistungen der GKV gewährt werden. Der Anspruch auf diese Leistungen des Rettungsdienstes wird im Sozialgesetzbuch V neu formuliert. Die medizinische Notfallrettung umfasst laut Gesetzentwurf die aus medizinischer Sicht erforderliche Versorgung am Notfallort und Rettungsfahrten.

Die Krankenkassen werden in Zukunft an den Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung beteiligt: Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen verhandeln darüber mit den zuständigen Landesbehörden oder mit den Trägern des Rettungsdienstes. Kommt eine Vergütungsvereinbarung nicht zustande, so ist ein Schiedsverfahren vorgesehen. Auch bei der Planung der Anzahl von Luftretungsstandorten, Rettungsleitstellen, Rettungswachen und Rettungsmitteln müssen die Krankenkassen beteiligt werden.

Der Gesetzentwurf nimmt im Vergleich zum Vorgänger keine klare Abgrenzung von Betriebskosten und Investitionskosten für den Rettungsdienst mehr vor.

- **Es ist sinnvoll, dass die Leistungen der medizinischen Notfallrettung im Sozialgesetzbuch verankert werden. Auch die erweiterten Mitwirkungsrechte der Kassen bei der Vergütung und der Planung sind folgerichtig, da die Krankenkassen Kostenträger für die medizinischen Leistungen des Rettungsdienstes sind.**
Der Gesetzentwurf versäumt es, die Finanzverantwortung der Länder für die öffentliche Daseinsvorsorge in Form der Investitions- und Vorhaltekosten des Rettungsdienstes hervorzuheben. So werden beispielsweise die Investitionskosten für die digitale Vernetzung in der Notfallrettung per Gesetz der Krankenversicherung auferlegt.

Weitreichende Änderungen in der Hilfsmittelversorgung geplant

Im Rahmen des Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetzes, das im Dezember 2019 in 1. Lesung vom Deutschen Bundestag beraten wurde, haben die Koalitionsfraktionen Änderungsanträge eingebracht, die weitgehende gesetzliche Neuregelungen im Bereich der Hilfsmittelversorgung vorsehen. Ziel der Regelungen ist es, in der Vergangenheit stattgefundenen faktischen Marktausschlüssen von Hilfsmittelanbietern durch einzelne Krankenkassen künftig besser entgegenwirken zu können. Die wichtigsten Änderungen:

Zusätzliche Aufsichtsmittel für das BAS und neue Verfahrensfestlegungen

Geplant ist, dass das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS - bis 31.12.2019 Bundesversicherungsamt) rechtswidrige Verträge der Krankenkassen zur Hilfsmittelversorgung beenden und ihren Vollzug verhindern kann. Daneben soll die Aufsichtsbehörde die Krankenkassen künftig bereits vor Vertragsschluss verpflichten können, Vertragsverhandlungen mit allen interessierten Hilfsmittelanbietern aufzunehmen. Damit soll verhindert werden, dass die Wettbewerbschancen von Leistungserbringern beeinträchtigt werden, heißt es im Änderungsantrag.

Um größere Transparenz zu gewährleisten, werden die Krankenkassen künftig verpflichtet, EU-weit ihre Absicht bekanntzumachen, Verträge zur Versorgung mit Hilfsmitteln zu schließen. Gleichzeitig wird der GKV-Spitzenverband damit beauftragt, bis zum 30.09.2020 ein einheitliches Verfahren festzulegen, mit dem die Absicht der Kassen zum Vertragsabschluss bekannt gemacht werden.

- **Um einen faktischen Marktausschluss von Hilfsmittelanbietern zu verhindern, ist die Schärfung von Aufsichtsmitteln gegenüber den Krankenkassen nachvollziehbar, in der geplanten Form geht sie jedoch in die Richtung einer Fachaufsicht. Das BAS könnte damit zukünftig Hilfsmittelverträge nicht nur rechtlich, sondern auch inhaltlich und wirtschaftlich prüfen. Die Gestaltung der Verträge ist jedoch per Gesetz Aufgabe der Vertragspartner.**

Einführung von Schiedsverfahren

Ähnlich der Regelungen in der Heilmittelversorgung erhalten die Hilfsmittelanbieter und Kassen das Recht, Schiedsverfahren einzuleiten. Das bedeutet, dass künftig jede Vertragspartei im Falle einer Nichteinigung im Rahmen der Vertragsverhandlungen eine unabhängige Schiedsperson anrufen kann, die den Vertragsinhalt sowie die Vertragspreise stellvertretend für die Vertragsparteien festlegt. Dabei sollen auch marktübliche Preise in die Entscheidungsfindung mit einbezogen werden, um eine Verteuerung der Hilfsmittel und damit eine Gefährdung der Beitragssatzstabilität zu vermeiden, wie es in der Begründung des

Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetz – MPEUAnpG

19.12.2019

1. Lesung Bundestag

20.12.2019

1. Durchgang Bundesrat

15.01.2020

Anhörung Gesundheitsausschuss Bundestag

vs. 13. oder 14.02.2020
2./3. Lesung Bundestag

vs. 13.03.2020

2. Durchgang Bundesrat

26.05.2020

Inkrafttreten

Änderungsantrags heißt. Eine Entscheidung der Schiedsperson muss dabei innerhalb von drei Monaten erfolgen.

- **Die Einführung von Schiedsverfahren stellt einen massiven und unnötigen Eingriff in die grundsätzlich funktionierenden Verhandlungsverfahren der Hilfsmittelversorgung dar. Zudem wären deutlich wachsende Verwaltungsaufwände für die Kassen die Folge, dies vor dem Hintergrund, dass allein die BARMER über fast 6.000 Hilfsmittelverträge verfügt. Noch schwerer wiegen die Nachteile für die Versicherten: So müssten Versicherte während der Dauer der Schiedsverfahren für jede Versorgung einen Kostenübernahmeantrag stellen, was zu zusätzlichen Wartezeiten führt. Ebenso werden die einzelnen Schiedsentscheidungen zu einer Diversifizierung der Vertragsinhalte führen, die den Versicherten einen deutlich höheren Informationsaufwand im Vorfeld einer Versorgung abverlangt.**

Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz

13.08.2019

Referentenentwurf RISG

06.12.2019

Referentenentwurf IPREG

Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz vorgelegt

Gesundheitsminister Jens Spahn hat am 06.12.2019 einen neuen Referentenentwurf für ein „Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPREG) vorgelegt. Damit wird der im Sommer veröffentlichte Entwurf zum „Reha- und Intensivpflegestärkungsgesetz“ (RISG) (wir berichteten in Berlin kompakt 08/2019) an entscheidenden Punkten verändert. Der Entwurf befindet sich aktuell in der Ressortabstimmung.

Verbesserung der Qualität der intensivmedizinischen Versorgung

Ziel des Gesetzentwurfs ist es, mehr Patienten als bisher das Leben ohne künstliche Beatmungshilfen zu ermöglichen und die Qualität in der ambulant intensivmedizinischen Versorgung zu verbessern. Krankenhäuser, die die Entwöhnung eines Patienten von der maschinellen Beatmung nicht veranlassen, obwohl der Patient das Potenzial dafür aufweist, erhalten deshalb in Zukunft Vergütungsabschläge. Gleichzeitig wird geregelt, dass Krankenhäuser für die Aufwände zur Beatmungsentwöhnung ab 2021 ein Zusatzentgelt erhalten.

In Zukunft muss mit der Verordnung für außerklinische Intensivpflege für jeden Versicherten zudem ein Therapieziel individuell festgelegt werden. Der G-BA soll innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten des Gesetzes die Anforderungen an die Leistungserbringer und den Inhalt der Leistungen der außerklinischen Intensivpflege formulieren.

Der im Entwurf zum RISG vorgesehene Vorrang der stationären Versorgung für intensivmedizinische Behandlung wurde im neuen Gesetzentwurf gestrichen. Künftig sollen Patienten den Versorgungsort unter der Voraussetzung wählen können, dass die medizinisch-pflegerische Versorgung sichergestellt ist und Wünsche der Versicherten angemessen Berücksichtigung finden. Die dafür notwendige Leistungsentscheidung treffen die Krankenkassen nach Begutachtung durch den Medizinischen Dienst. Versicherte, die bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erhalten haben, können ihren Versorgungsort ohne Prüfung beibehalten – für sie gilt ein Bestandsschutz.

- **Der neu im Gesetz formulierte Bestandsschutz für bereits intensivmedizinisch Versorgte greift die Sorgen Betroffener auf. Richtig ist das Ziel des Gesetzes, eine qualitativ hochwertige intensivmedizinische Versorgung zu organisieren, die durch interdisziplinäre und**

Zum Download

Referentenentwurf

*Eine Weaningeinheit ist auf die Entwöhnung der Patienten von der Beatmungsmaschine spezialisiert

qualifizierte Behandlungsteams sowie eine adäquate pflegerische Fachkraftquote sichergestellt wird.

Die Verpflichtung für Krankenhäuser, alle Potenziale zur Entwöhnung von Beatmungsmaßnahmen auszuschöpfen, ist notwendig, da dies bislang nicht in ausreichendem Maß geschieht. Das vorgesehene Zusatzentgelt darf nur durch zertifizierte Weaningeinheiten* kodiert und abgerechnet werden.

Kasse zahlt Behandlungspflege, Investitionskosten, Unterkunft und Verpflegung

Im Referentenentwurf zum RISG war vorgesehen, dass Krankenkassen bei der Behandlung von Intensivpflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung per Satzungsleistung übernehmen. Im neuen Entwurf verpflichtet das BMG die Kassen zur Übernahme aller Aufwendungen, dies gilt für die Kosten der medizinischen Behandlungspflege sowie der Unterkunft, der Verpflegung und der Investitionskostenanteile.

Hintergrund für die Regelung sind die aktuell bestehenden großen Unterschiede der Vergütung der außerklinischen Intensivpflegeleistungen zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich. Diese führen laut Gesetzentwurf zu „Fehlansätzen in der Leistungserbringung“.

➤ Die Vergütung der stationären Pflege nach SGB XI sollte unverändert durch die Pflegeversicherung vorgenommen werden und nicht durch die gesetzlichen Krankenkassen. Mit der im IPREG neu vorgeschlagenen Regelung zur vollständigen Kostenübernahme durch die Krankenkasse werden die in einem Pflegeheim stationär versorgten Pflegebedürftigen ungleich behandelt. Während Pflegebedürftige ohne zusätzlichen Anspruch auf außerklinische Intensivpflege im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung mit gedeckelten Leistungsbeträgen und Eigenanteilen konfrontiert sind, haben Pflegebedürftige mit Anspruch auf außerklinische Intensivpflege keine Kosten zu tragen.

Nachrichten aus Europa

Schwerpunkte der europäischen Gesundheitspolitik

Nach der Wahl der neuen EU-Kommission und der Bestätigung der Kommissarin für Gesundheit und Verbraucherpolitik, Stella Kyriakides, im Dezember 2019 durch das Europäische Parlament, werden auch die zukünftigen gesundheitspolitischen Schwerpunkte in Europa erkennbar.

Bevor die Kommission Ende Januar 2020 ihr Arbeitsprogramm für die kommenden fünf Jahre offiziell vorlegen wird, ist absehbar, dass unter anderem folgende Punkte die europäische Gesundheitsagenda prägen werden: Die ganzheitliche Bekämpfung von Krebs, die Vermeidung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln sowie die Schaffung eines europäischen Datenraums zur Nutzung von Gesundheitsdaten (European Health Data Space). Letzteres wird auch ein Schwerpunkt der deutschen Ratspräsidentschaft sein, die am 01.07.2020 beginnt. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hatte bereits im Sommer 2019 eine Initiative in diesem Bereich angekündigt.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren

BARMER

BARMER

Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik