

**Deutscher Bundestag**

Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache

20(14)230(25)

gel. VB zur öffent. Anh. am 06.11.2024

04.11.2024



## Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (NotfallGesetz)

Stand des Gesetzes: 17.7.2024

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument  
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

## Inhaltsverzeichnis

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Allgemeiner Teil .....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>2. Kommentierung des Gesetzes .....</b>   | <b>6</b>  |
| • Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nummer 2 a) und b) § 75 (Inhalt und Sicherstellung) .....  | 6         |
| • Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch) Nummer 8 § 105 (Förderung der vertragsärztlichen Versorgung) .....  | 8         |
| • Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch) Nummer 11 § 123 (Integrierte Notfallzentren) .....  | 10        |
| • Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch) Nummer 12 § 123a und b (Einrichtung von Integrierten Notfallzentren) und (Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche) ..... | 12        |
| • Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch) Nummer 13 § 133a (Gesundheitsleitsystem) .....  | 14        |
| • Zu Artikel 2 (Weitere Änderungen des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch) § 75 (Inhalt und Umfang der Sicherstellung) .....  | 16        |
| <b>3. Ergänzender Änderungsbedarf .....</b>  | <b>17</b> |
| • Forderungen der Ersatzkassen für eine Reform der rettungsdienstlichen Regelungen im SGB V .....  | 17        |
| • Qualitätsparameter für die medizinische Notfallrettung nach § 92 SGB V .....   | 17        |

## 1. Allgemeiner Teil

Mit dem am 17. Juli 2024 vom Kabinett beschlossenen Entwurf für eine Reform der Notfallversorgung, kurz NotfallGesetz, soll die aus Sicht der Ersatzkassen dringend notwendige Reform der Notfallversorgung in Deutschland endlich angegangen werden. Der vdek unterstützt ausdrücklich das Ziel einer schnelleren und besseren Steuerung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene. Der Gesetzentwurf beinhaltet wichtige Veränderungen des Versorgungsangebots, die der vdek begrüßt. Jedoch sind die Maßnahmen noch nicht ausreichend.

Positiv bewerten die Ersatzkassen insbesondere die geplanten Integrierten Notfallzentren (INZ). Sie haben aus Sicht des vdek das Potenzial, Patient:innen und Patienten effizienter in die richtige Versorgungsebene zu leiten und die Notaufnahmen der Krankenhäuser erheblich zu entlasten. Auch den Aufbau spezieller INZ für Kinder und Jugendliche begrüßt der vdek. Es ist zudem 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. Das Mitspracherecht der Kostenträger für den Umbau der Strukturen in der Notfallversorgung muss jedoch über die Festlegung der Standorte hinaus auch auf die Ausgestaltung der INZ erweitert werden.

Laut NotfallG werden INZ flächendeckend etabliert. Nachbesserungsbedarf wird jedoch dahingehend gesehen, dass Betroffenen künftig ganz offenbar trotz der neuen INZ-Regelungen – neben Rettungsdienst (112) und Akutleitstelle (116117) – auch der eigenständige Weg in ein Krankenhaus ohne INZ, d. h. über die Notaufnahme, offensteht. Die steht der Vermeidung von Effizienzverlusten der Notfallversorgung durch eine bedarfsgerechte Patientensteuerung entgegen.

Die Einrichtung gemeinsamer Gesundheitsleitsysteme wird ebenfalls befürwortet. Sie sind eine Kernvoraussetzung für eine bedarfsgerechte und vor allem ressourcenschonende Gestaltung der Notfallversorgung. Die Ersatzkassen unterstützen die geplante Vernetzung der Akutleitstellen mit den Rettungsleitstellen. Jedoch reicht es nicht aus, die Einrichtung eines gemeinsamen Gesundheitsleitsystems im Ermessen der Träger zu belassen. Diese Einführung muss seitens des Gesetzgebers verpflichtend für alle Beteiligten vorgegeben werden.

Mit der Vorlage eines Änderungsantrags im Gesundheitsausschuss des Bundestags (Drucksachenummer 20(14)231.1 vom 01.11.2024) plant die Koalition, den Gesetzentwurf um Regelungen zur rettungsdienstlichen Versorgung zu ergänzen. Diese Leistungen sollen als eigenständiger Leistungsbereich im Regelungsrahmen des SGB V kodifiziert werden. Der vdek nimmt im Folgenden eine erste Einschätzung der geplanten Änderungen vor. Es besteht aus Sicht

des vdek ein dringendes Interesse für bundeseinheitliche Qualitätsstandards zu sorgen und einen ressourcenschonenderen Einsatz von Personal und Finanzmitteln zu erreichen. Hierzu sind klare und verbindliche Qualitätskriterien und Versorgungspfade zu definieren sowie Transparenz bei der Kostentragung herzustellen. Der vdek begrüßt deshalb, dass sich der Gesetzgeber des Themas im Rahmen des vorliegenden Gesetzentwurfs annimmt. Die Umsetzung wirft jedoch einige Fragen auf. So bestehen mit den Paragrafen 133 und 133a SGB V weiterhin parallele Strukturen und kein ganzheitlicher Ansatz für die Organisation der Notfallrettung. Dies bedeutet, dass ein Gesundheitsleitsystem nur entstehen kann, wenn die Träger der Rettungsleitstellen (d.h. die Kommunen) dies unterstützen.

Der neue, jetzt verbindliche Auftrag an die Krankenkassen, Festbeträgen nach § 133 Abs. 3 SGB V festzusetzen, kann zu einer hohen Eigenbeteiligung der Versicherten führen, die keinen Impuls für die Beseitigung bestehender Unwirtschaftlichkeit im Rettungsdienst setzen. Zudem werden neue bürokratische Aufwände verursacht und die bereits bestehende Möglichkeit der Länder, Investitionskosten beim Rettungsdienst auf die GKV oder direkt per Eigenbeteiligung auf die Versicherten zu verlagern, werden erweitert.

Der vdek empfiehlt, die Definition der Qualitätsanforderungen entsprechend der Kompetenzordnung der GKV durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vornehmen zu lassen, der hierfür die Expertise vorhält und mit der Notfallstufenreform bereits wegweisende Strukturvorgaben erreicht hat. Mit dem Qualitätsausschusses Notfallrettung nach § 133b SGB V wird demgegenüber im Änderungsantrag ein neues Gremium geschaffen, obwohl bewährte Strukturen der Selbstverwaltung existieren. Eine stärkere Einbindung der Länder wäre auch bei einer Zuordnung der Aufgaben an den GBA möglich. Hierfür schlägt der vdek die dieser Stellungnahme angefügte ergänzende Änderung des Gesetzentwurfs vor.

### **Finanzwirkung**

Die im Kabinettsentwurf geschätzten Einsparpotentiale von einer Milliarde Euro jährlich sind aus Sicht des vdek nicht realistisch. Der Aufbau der INZ über den Struktur- und möglicherweise auch über den geplanten Transformationsfonds führt zu erheblichen Mehrausgaben, die von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Hälfte getragen werden sollen. Es handelt sich hierbei jedoch auch um Investitionskosten im gesamtgesellschaftlichen Interesse, für die die öffentliche Hand mit einzustehen hat. Ebenso wird der Aufbau von Akutleitstellen und der aufsuchenden Versorgung erhebliches Investitions- bzw. Startkapital erfordern. Einsparungen bei den Rettungsdiensten und in der Notfallversorgung durch eine geringere Leistungsanspruchnahme werden sich nur dann einstellen, wenn die neuen INZ und das Ersteinschätzungsverfahren für die Bevölkerung verbindlich sind, deren Akzeptanz finden und keine Doppelstrukturen über den Rettungsdienst oder die Notaufnahmen der Krankenhäuser ohne INZ bereitgestellt werden. Hierfür wäre eine Gesamtlösung, die auch die erheblichen Ausgaben der GKV bei den Fahrkosten einbezieht, erforderlich.

Die Regelungen zum Strukturfonds werden den neu vorgesehenen Strukturen im Notfalldienst angepasst. Die für den Aufbau erforderlichen Mittel werden hälftig von Kostenträgern und KVen aufbracht und unter Beteiligung des PKV-Verbandes verhandelt. Laut Regelung haben die KVen eine detaillierte Kalkulation vorzulegen. Der vdek bewertet die Beteiligung der Privaten Krankenversicherung (PKV) an den Kosten für den Umbau der Strukturen der Notfallversorgung als positiv. Die Pflicht der KVen, dafür detaillierte Kalkulationen vorzulegen und Transparenz hinsichtlich der Verwendung der bislang insbesondere über § 105 Abs. 1b für den Notdienst bereitgestellten Mittel herzustellen, sieht der vdek als eine Mindestvoraussetzung für eine Kostenbeteiligung der Gesetzlichen Krankenkassen an den nötigen Investitionen an.

Im Ergebnis können kostenintensive Strukturen jedoch erst dann umgebaut und reduziert werden, wenn die Nachfrage nach Rettungsdienstleistungen durch ein passgenaueres Versorgungsangebot zurückgeht. Dafür sind grundsätzliche Reformen der Rettungsdienststrukturen erforderlich.

Der vdek nimmt im Folgenden zu den einzelnen Regelungen Stellung und unterbreitet einen Regelungsvorschlag für die rettungsdienstlichen Regelungen, der die etablierte Kompetenzverteilung zwischen der GKV berücksichtigt.

## 2. Kommentierung des Gesetzes

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nummer 2 a) und b)  
§ 75 (Inhalt und Sicherstellung)

### Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Trennung von Terminservicestellen (TSS) und Akutleitstellen wird die telefonische Erreichbarkeit der TSS auf Werktage beschränkt. Gleichzeitig stellt der Gesetzgeber klar, dass alle KVen 24 Stunden täglich digitale Angebote zur Terminvermittlung bereitstellen müssen. Alle KVen werden zur Nutzung des elektronischen Terminservice der KBV verpflichtet. Darüber hinaus können die KVen eigene digitale Angebote weiterhin zusätzlich anbieten.

Anstelle der bisherigen Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten 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 telephonischem und digitalem Weg erreichbare Akutleitstellen übertragen. Diese sind unter derselben bundesweiten Rufnummer (116117) erreichbar wie die TSS. Für die Akutleitstellen gelten konkrete gesetzliche Erreichbarkeitsvorgaben, die innerhalb von neun Monaten nach In-Kraft-Treten des Gesetzes einzuhalten sind. Die KV ist verpflichtet, auf Antrag des Trägers einer Rettungsleitstelle eine gemeinsame Leitstelle einzurichten.

### Bewertung

Eine 24/7-Erreichbarkeit der TSS per Telefon ist nicht erforderlich. Es muss lediglich sichergestellt sein, dass auf digitalem Wege das gleiche Vermittlungsangebot bereitgestellt wird wie bei einer 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, muss im Gesetz eine weitere Klärung erfolgen.

Versicherte berichten häufig von erheblichen Wartezeiten, wenn sie versuchen, die TSS zu erreichen. Bundesweit einheitliche Vorgaben sind essenziell, um eine bessere Erreichbarkeit sicherzustellen. Deshalb reicht es nicht aus, die

Einrichtung eines gemeinsamen Gesundheitsleitsystems im Ermessen der Träger zu belassen. Diese Einführung muss seitens des Gesetzgebers verpflichtend vorgegeben werden.

Die Erweiterung der Aufgaben der KVen bei der Sicherstellung des Notdienstes kann sowohl zu einer Entlastung der neuen INZ und auch des Rettungsdienstes führen. Wir bewerten sie daher im Grundsatz positiv. Die vom Gesetzgeber erwarteten Einsparpotentiale 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. Hierfür sind grundsätzliche Reformen der Rettungsdienststrukturen erforderlich, die im vorliegenden Gesetzentwurf dringend ergänzt werden müssen.

Den Ansatz, für den aufsuchenden Dienst auch entsprechend qualifiziertes nichtärztliches Personal einsetzen zu können, begrüßt der vdek. Anderenfalls können die dafür notwendigen personellen Ressourcen nicht wirtschaftlich gewonnen werden. Aus Sicht der Ersatzkassen führen nichtärztliche Praxisassistent:innen den Besuchsdiensts im Regelfall – wie bereits heute – durch. In der Häuslichkeit der Patient:innen bzw. im Pflegeheim kann bei Bedarf ärztliches Personal in den Akutleitstellen per Video eingebunden 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 6 wie folgt gefasst:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen *sollen* zur Durchführung der in Satz 5 Nummer 3 genannten Maßnahme qualifiziertes nichtärztliches Personal, das nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung handelt, einsetzen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch)  
Nummer 8  
§ 105 (Förderung der vertragsärztlichen Versorgung)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelungen zum Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1b SGB V werden den neu vorgesehenen Strukturen im Notfalldienst angepasst. Die für den Aufbau erforderlichen Mittel werden hälftig von Kostenträgern und KVen aufbracht und unter Beteiligung des PKV-Verbandes verhandelt. Die KVen haben eine detaillierte Kalkulation vorzulegen. Bei den Kosten sind die leistungsbezogenen Vergütungen gemäß EBM abzuziehen. Die KBV berichtet dem BMG jährlich über die regionalen Vereinbarungen und die vereinbarten Beträge.

### **Bewertung**

Eine Beteiligung der PKV an den anfallenden Kosten für den Umbau der Strukturen der Notfallversorgung ist sachgerecht. Die Pflicht der KVen zur Vorlage detaillierter Kalkulationen ist eine Mindestvoraussetzung für eine Kostenbeteiligung der Krankenkassen an den entstehenden Mehrkosten. Allerdings muss im Gesetzestext klargestellt werden, dass die Krankenkassen auch ein konkretes Mitspracherecht bei der Ausgestaltung – über die Festlegung der INZ-Standorte im erweiterten Landesausschuss hinaus – erhalten.

Zudem muss deutlich gemacht werden, dass die KVen im Kontext der Umgestaltung und Erweiterung ihrer Notdienststrukturen nicht bislang von ihnen selbst im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags getragene Finanzierungslasten auf die Kostenträger verlagern können.

Korrespondierend zu § 75 Abs 1f) sollte klargestellt werden, dass die Regelungen in den Sätzen 1 bis 10 nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung gelten.

### **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 8 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.“

Nach Satz 10 (bzw. Satz 13 entsprechend vorstehender Änderungsvorschläge) wird folgender Satz 11 (bzw. 14) ergänzt:

„Die Sätze 1 bis 10 (bzw. 13) sind auf die vertragszahnärztliche Versorgung nicht anzuwenden.“

## **Beabsichtigte Neuregelung**

INZ setzen sich aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der KV und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle zusammen. Letztere wird fachlich vom Krankenhaus geleitet und steht in dessen Verantwortung, soweit nichts anderes vereinbart wurde. Außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis sollen Kooperationspraxen die Versorgung von Akutfällen übernehmen. Dafür werden Kooperationsvereinbarungen mit Vertragsarztpraxen und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) geschlossen. 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. Der G-BA legt Vorgaben für ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument sowie für die sächliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen in INZ fest. 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.

## **Bewertung**

Die fachliche Leitung und Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle muss nach Ansicht des vdek beim kassenärztlichen Personal liegen. Ist das Krankenhaus federführend zuständig, besteht der Fehlanreiz, auch weniger schwere Fälle durch das Krankenhaus zu behandeln, um lukrative stationäre Fälle zu generieren. Während der Sprechstundenzeiten außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis ist es sinnvoll, klare Zuweisungsverfahren in die bestehende vertragsärztliche Versorgung zu etablieren. Hierzu sind Kooperationspraxen verpflichtend einzubinden.

Der vdek begrüßt die Einführung einer Patient:innensteuerung, um unnötige Belastungen von Notfallstrukturen zu vermeiden.

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. Wir begrüßen die Festlegung von Mindestanforderungen an der Ausstattung der Notdienstpraxen in INZ.

Die Verpflichtung für Betreiber von INZ, einen Versorgungsauftrag mit einer Apotheke zu schließen, 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 5 wie folgt geändert:

"Die fachliche Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle und ihre 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 ~~binden sollen~~ die Kassenärztlichen Vereinigungen geeignete, im Umkreis des Krankenhausstandortes gelegene Vertragsärzte und medizinische Versorgungszentren (Kooperationspraxen) mit in die Kooperation ~~einbinden~~.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch)  
Nummer 12

§ 123a und b (Einrichtung von Integrierten Notfallzentren) und (Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Geregelt wird die Bestimmung der INZ-Standorte durch den erweiterten Landesausschuss. Als Standort für ein INZ kommen Krankenhausstandorte infrage, 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 KV und Krankenhausträger. Zudem werden die Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxis festgelegt. Vertragliche Regelungen zu den vorgesehenen Inhalten der Kooperationsvereinbarungen können auch als Rahmenvertrag landesweit vorgegeben werden. Geregelt wird auch, dass durch den erweiterten Landesausschuss spezielle Bestimmungen für Notfallzentren für Kinder und Jugendliche festgelegt werden.

### **Bewertung**

Der vdek begrüßt, dass INZ nicht an allen Krankenhäusern mit einer Notfallstufe, sondern an den geeignetsten Standorten einer Planungsregion eingerichtet werden, soweit mehrere Krankenhausstandorte infrage kommen. Einer Entscheidung der erweiterten Landesausschüsse muss 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 muss zu den Zeiten geöffnet haben, in denen die Kooperationspraxen des INZ geschlossen haben. Die Öffnungszeiten sind entsprechend im Rahmen der Kooperationsvereinbarung zwischen KV und Krankenhausträger je INZ-Standort festzulegen. Eine Parallelbetrieb der Notdienstpraxis ist aufgrund der begrenzten personellen ärztlichen Kapazitäten abzulehnen. Zudem ist die parallele Öffnung unwirtschaftlich, da doppelte Strukturen zu finanzieren sind. Die Einführung von INZ speziell für Kinder und Jugendliche begrüßt der vdek ausdrücklich.

### **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**

Ziel der Einführung eines Gesundheitsleitsystems ist es, die bestehenden Defizite bei der effizienten Steuerung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene zu beseitigen. Mit der digitalen Vernetzung der Rettungsleitstellen (112) mit den Akutleitstellen bei den KVen (116117) soll dies erreicht werden. Auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle ist die KV zur Kooperation verpflichtet. Ein Gesundheitsleitsystem setzt voraus, dass die Rettungsleitstelle über eine digitale standardisierte Notrufabfrage verfügt und mit einem bundesweit einheitlichen standardisierten Ersteinschätzungsverfahren der KVen so aufeinander abgestimmt ist, dass es zu übereinstimmenden Bewertungen des Gesundheitszustandes kommt. Die Vertragsparteien können auch weitere Formen der Zusammenarbeit vereinbaren.

### **Bewertung**

Der vdek begrüßt die Einführung eines Gesundheitsleitsystems als ersten Schritt. Diese Einführung ist geeignet, die bestehenden Ineffizienzen der Steuerung in die richtige Versorgungsebene zu reduzieren. Die Regelung ist allerdings in dieser Form nicht ausreichend. Die Einführung eines Gesundheitsleitsystems darf nicht in das Ermessen der Träger der Rettungsleitstellen gelegt, sondern muss seitens des Gesetzgebers verpflichtend vorgegeben werden.

Noch höhere Effizienzgewinne lassen sich außerdem 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 wird. Dieses erweiterte System wird in der Literatur als "Gesundheitsleitstelle" bezeichnet. Der Gesetzentwurf sieht zwar die Möglichkeit vor, dass die Vertragsparteien (Träger der Rettungsleitstelle und Kassenärztliche Vereinigung) weitere Formen der Zusammenarbeit vereinbaren können. Mit Blick auf eine bundesweit einheitliche Versorgungsqualität ist eine verbindliche Vorgabe zu diesen weiteren Formen der Zusammenarbeit jedoch dringend notwendig.

## **Änderungsvorschlag**

§ 133a Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Träger einer Rettungsleitstelle und die örtlich zuständige Kassenärztliche Vereinigung als Träger der Akutleitstelle sind verpflichtet, eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems zu schließen.“

Zu Artikel 2 (Weitere Änderungen des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch)  
§ 75 (Inhalt und Umfang der Sicherstellung)

### **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 begrüßt der vdek eine stärkere Transparenz über die jeweiligen Aktivitäten. Aufgrund von Transparenzgründen fordert der vdek, den Bericht auch dem GKV-Spitzenverband jährlich zur Verfügung zu stellen.

### **Änderungsvorschlag**

In § 75 Absatz 1 e 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.”



### 3. Ergänzender Änderungsbedarf

Forderungen der Ersatzkassen für eine Reform der rettungsdienstlichen Regelungen im SGB V

Mit Stand vom 1. November 2024 ist der Änderungsantrag des Gesundheitsausschusses für eine Reform des Rettungsdienstes bekannt geworden. Aus Sicht der Ersatzkassen ist die beabsichtigte Aufnahme des Anspruchs auf Notfallrettung bei Vorliegen eines rettungsdienstlichen Notfalls in der geplanten Änderung des § 30 SGB V von zentraler Bedeutung. Die Ausgestaltung der rettungsdienstlichen Versorgung als eigenständiger Leistungsanspruch trägt der Bedeutung des Rettungsdienstes besser Rechnung als der Status quo und wird vor diesem Hintergrund unterstützt. Aspekte der Umsetzung werden jedoch kritisch gesehen. Insgesamt ist eine eingehende Analyse der Regelungsvorschläge noch vorzunehmen. Der vdek schlägt nachfolgend vor, die in ihrer Zielsetzung richtigen Maßnahmen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen der bundesgesetzlichen Kompetenzrahmen auszugestalten und hierbei die Länder ebenfalls einzubeziehen.

Qualitätsparameter für die medizinische Notfallrettung nach § 92 SGB V

Ermächtigung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erstellung einer Richtlinie „Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung“

Gestützt auf das kürzlich vorgelegte Gutachten von Prof. Dr. Dr. Udo Di Fabio im Auftrag der Björn Steiger Stiftung (2024) und der Ausarbeitung von Krafft et al. in „Notfallversorgung und Rettungsdienst in Deutschland“ (2022) vertreten auch die Ersatzkassen die Auffassung, dass der Bund unter den bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen einheitliche Vorgaben für Qualitätsparameter der Notfallrettung machen kann“ (Di Fabio). Die Aufgabe für die Erstellung entsprechender Qualitätsparameter im SGB V liegt entsprechend der Aufgabenverteilung des Gesundheitswesens beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Dem folgend fordern wir, in § 92 Abs. 7f Satz 1 SGB V (Richtlinien des G-BA) einen Verweis auf einen neuen § 136e (Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung) einzufügen:

**§ 92 Abs. 7f Satz 1 wird wie folgt geändert:**

Bei den Richtlinien nach Abs. 1 Satz 2 Nummer 13 und den Beschlüssen nach den §§ 136b, 136c und 136e (neu) erhalten die Länder ein Antrags- und Mitberatungsrecht; ...

**Nach § 136d wird folgender § 136e (neu) eingefügt:  
§ 136e (neu)**

## Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31.12.2026 Struktur- und Prozessqualitätsparameter zu Notfallmanagement, Notfallbehandlung und Notfalltransport. Er erstellt Vorgaben für interoperable Datensätze für die Digitale Notfalldokumentation unter Einbeziehung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Die Richtlinie ist für die Kommunen und Länder als Träger des Rettungsdienstes verbindlich.

### **Begründung:**

Die Richtlinie dient dazu, bundeseinheitliche Qualitätsstandards für das Gesundheitsleitsystem (§ 133a Notfallreform) und die Versorgungsforschung verbindlich vorzugeben, um eine effiziente Steuerung eingehender Notrufe in die für den Versorgungsfall richtige Versorgungsebene zu erreichen und so medizinisch nicht erforderliche Einweisungen in Krankenhäuser zu vermeiden. Eine bundeseinheitliche Regelung trägt dem grundgesetzlichen Gebot der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse Rechnung. Die Richtlinie definiert insbesondere Qualitätsstandards in Bezug auf die Disposition in der Leitstelle, die Vernetzung mit anderen bestehenden Angeboten (wie z. B. pflegerische, soziale, palliative oder psychiatrische Maßnahmen), die telefonische Beratung und Anleitung von Erstmaßnahmen, zur Notfallversorgung sowie zum Notfalltransport.

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