



**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Gesetzesentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

BT-Drucksache: 21/6808

Antrag der Fraktion Die Linke

Bedarfsgerechte und krisenfeste Akut- und Notfallversorgung

BT-Drucksache: 21/5822

anlässlich der Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags am
09.09.2026

Berlin, 07. September 2026

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
Bundesverwaltung – Fachbereich Gesundheit,
Soziale Dienste, Bildung und Wissenschaft
Bereich Gesundheitswesen/Gesundheitspolitik
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Gesamtbewertung

Mit dem Gesetzesentwurf legt die Bundesregierung einen Reformvorschlag zur Neugestaltung der Versorgungszugänge, der Versorgungswege und der für diese ausschlaggebenden Steuerungsmittel in den Versorgungsbereichen der Notfallversorgung vor. Vor dem Hintergrund flächendeckend überlasteter Notfallversorgungsstrukturen, einer dauerhaften Be- und Überlastung des Personals in der Notfallversorgung sowie einer hohen, nicht immer medizinisch begründeten Inanspruchnahme durch Patient*innen ist ein hoher Reformbedarf im Bereich der Notfallversorgung gegeben.

Dazu sollen die bisherigen Aufgaben der Terminservicestelle im Bereich Akutfallvermittlung an die Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigung übertragen und eine digitale Fallübergabe ermöglicht werden. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zur notdienstlichen Akutversorgung soll dahingehend ausgebaut werden, dass künftig durchgängig telemedizinische und aufsuchende Versorgungskapazitäten bereitgestellt werden. Integrierte Notfallzentren (INZ) sollen als sektorenübergreifende Notfallversorgungsstrukturen in oder an Krankenhäusern eingerichtet werden, um eine bedarfsgerechte ambulante medizinische Erstversorgung durchgängig bereitzustellen. Kassenärztliche Vereinigungen und ausgewählte Krankenhäuser werden verpflichtet, sich an Integrierten Notfallzentren zu beteiligen. Ergänzend sollen Kooperationspraxen im Sinne vertragsärztlicher Leistungserbringer zu Sprechstundenzeiten an Integrierte Notfallzentren angebunden werden können. Die Versorgung von Patient*innen durch Notdienstpraxen mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten soll durch Einführung von Versorgungsverträgen mit öffentlichen Apotheken verbessert werden.

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

Jedoch fehlen dem Entwurf insbesondere Regelungen, die die Rahmenbedingungen der Notfallversorgung sowohl aus Sicht der Hilfesuchenden als auch der Beschäftigten wirksam verbessern

können. So wird nicht aufgezeigt, wie das für den Betrieb von INZ-Strukturen erforderliche Personal gewonnen und unter der Prämisse einer bedarfsgerechten Personalbemessung tätig sein soll. Darüber hinaus fehlen bundeseinheitliche Kriterien für die Bestimmung der Standorte durch die erweiterten Landessausschüsse (eLA). Die Modifizierung des Sicherstellungsauftrages für die KVen ist aus der Sicht von ver.di ein notwendiger Schritt, um die Rettungsdienste dort zu entlasten, wo ein rettungsdienstliches Handeln medizinisch nicht notwendig ist. Damit diese Regelung so funktioniert wie vorgesehen, muss die Nicht-Einhaltung des Sicherstellungsauftrages aber auch konsequent sanktioniert werden. An dieser Stelle halten wir konkrete Regelungen im Gesetz für notwendig. Wichtig ist darüber hinaus, dass die Arbeitsbelastung der Beschäftigten durch zusätzliche Dokumentation nicht weiter verschärft wird. Die Honorierung von technischen und organisatorischen Schnittstellen zur Datenübermittlung wird deshalb von ver.di begrüßt.

Ein dringender Regelungsbedarf ergibt sich aus den Änderungen im § 71 bzw. § 133 SGB V, die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgenommen wurden. Mit der strikten Ausgabenbegrenzung bei der Grundlohnrate wird riskiert, dass die Versorgungsqualität, die Gewinnung und das Halten der erforderlichen Fachkräfte und damit die Versorgungssicherheit nicht mehr gewährleistet werden kann. Insbesondere die Refinanzierung tariflich bedingter Personalkosten muss auch in Zukunft uneingeschränkt sichergestellt sein.

Die Zuzahlungspflicht für Maßnahmen der medizinischen Notfallrettung für Versicherte ist nicht sachgerecht und wird durch ver.di strikt abgelehnt.

Zentrale Regelungen im Einzelnen:

§ 30 SGB V – Einführung eines Anspruchs auf medizinische Notfallrettung

ver.di begrüßt, dass die medizinische Notfallrettung künftig als eigenständige Leistung im SGB V geregelt wird. Damit wird Rechtssicherheit für Versicherte, Leistungserbringer und Leistungsträger geschaffen und die seit Jahren monierte Situation nicht adäquat im SGB V abgebildeter Transportfahrten gelöst. Darüber hinaus werden Fehlanreize für unnötige stationäre Behandlungen beseitigt. Die neue Möglichkeit, notfallmedizinische Versorgung vor Ort abzuschließen, verhindert Folgekosten.

ver.di begrüßt zudem die Integration der telemedizinischen Notfallberatung in das Notfallmanagement. Die Einführung einer digitalen standardisierten Abfrage durch die Leitstelle, die Anleitung für lebensrettende Sofortmaßnahmen durch das Leitstellenpersonal und die Einbindung von Ersthelferalarmierungssystemen werden ebenfalls positiv gesehen. Insbesondere die Einführung eines standardisierten Vorgehens ist aus der Sicht von ver.di geeignet, um die bestehenden regionalen Versorgungsunterschiede im Notfallmanagement zu verbessern.

Dass Maßnahmen der medizinischen Notfallrettung der Zuzahlungspflicht für Versicherte nach § 61 SGB V unterfallen sollen, kritisiert ver.di. Der Anteil privater Haushalte und Privatorganisationen an den Gesamtausgaben im Gesundheitssystem belief sich laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes im Jahr 2024 bereits auf 54 Mrd. pro Jahr, mit steigender Tendenz. Allein für Zuzahlungen für Heil- und Hilfsmittel mussten Privathaushalte im Jahr 2023 mehr als 1,2 Mrd. Euro zusätzlich ausgeben. Die vorgesehene Zuzahlung verlagert die Verantwortung an die falsche Stelle. ver.di fordert, den durch die Zuzahlungspflicht offensichtlich gewünschten Steuerungseffekt durch geeignete Maßnahmen wie eine qualifizierte, standardisierte Ersteinschätzung und den Aufbau ausreichender notdienstlicher Akutversorgungskapazitäten zu verfolgen und private Haushalte nicht durch weitere Zuzahlungsverpflichtungen zu belasten.

§ 60 SGB V – Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahren

ver.di begrüßt die Klarstellung expliziter Regelungen zur Kostenübernahme für Krankentransporte und Krankenfahrten durch Versicherte. Damit werden Regelungslücken, die bisher zum

Nachteil von Versicherten etwa im Rahmen von ambulanten Operationen sowie vor- oder nachstationären Behandlungen im Krankenhaus bestehen konnten, geschlossen.

§ 75 SGB V – Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung / Terminservicestellen

ver.di begrüßt, dass alle KVen künftig zum Unterhalt einer Terminservicestelle zur Terminvermittlung in der ambulanten Versorgung verpflichtet werden. Damit werden Alleingänge einzelner KVen künftig unterbunden und einheitliches System der Terminvermittlung etabliert. Sinnvoll ist, dass die KVen den Integrierten Notfallzentren im Bedarfsfall eine Terminbuchung bei Vertragsärzten ermöglichen müssen. So kann die notwendige Weiterversorgung ohne Bruch gewährleistet werden.

ver.di kritisiert in der vorliegenden Konstruktion das Weiterbestehen getrennter Rufnummernsysteme, die eine sachgerechte Zuordnung von Hilfesuchenden zur für sie passenden Versorgungsebene sicherstellen sollen. Im Falle eines irrtümlich eine Akutleitstelle kontaktierenden Hilfesuchenden ist vor der passenden medizinischen Versorgung der Transfer von der Akutleitstelle an die Rettungsleitstelle erforderlich. Dieser Bruch wäre zu vermeiden, indem ein standardisiertes Einschätzungsverfahren mit nur einer Rufnummer die Vermittlung in die Akutversorgung oder die Notfallversorgung übernimmt.

ver.di fordert entsprechende Schritte für eine Vereinheitlichung des verwendeten Rufnummernsystems, zu der auch die Definition der erforderlichen Ausbildungsbestandteile, Kenntnisse und Fähigkeiten der in den vermittelnden Stellen tätigen Beschäftigten im Rahmen des BBiG sowie eine Beschreibung eines sich daraus ergebenden Berufsbildes gehören.

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

zur Kenntnis nehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung bereits heute nicht mehr als flächendeckend gesichert gelten kann. Lücken in der ambulanten Versorgung gehören zum Versorgungsalltag vieler Bürger*innen und beeinträchtigen die Qualität und Verfügbarkeit der flächendeckenden ambulanten Versorgung zum Teil deutlich.

In dieser Situation kann die Einrichtung von Akutleitstellen in Verbindung mit aufsuchenden Diensten nur dann eine Entlastung überlaufender stationärer Notfallversorgungsstrukturen wie auch eine Verbesserung der Akutversorgungssituation in entlegenen, strukturschwachen oder unterversorgten Gebieten bringen, wenn ein entsprechende ambulante Versorgungskapazitäten aufgebaut werden.

Dass die Akutleitstellen künftig garantierte Antwortzeiten für Ersteinschätzungen von bis zu drei Minuten für 75 Prozent der Anrufe und zehn Minuten für bis zu 95 Prozent der Anrufe gewährleisten müssen, wird von ver.di begrüßt. Auch der Wegfall der Überweisung ist aus unserer Sicht sinnvoll. Bedenken hat ver.di in Bezug auf die Vermittlung in eine telefonische ärztliche Konsultation, erweitert auf videounterstützte Verfahren, wenn keine direkte ärztliche Behandlung möglich ist. An dieser Stelle möchten wir darauf hinweisen, dass nicht alle Hilfesuchenden dazu in der Lage sind, auf diese Weise Hilfe zu empfangen. Es muss sichergestellt werden, dass die Notfallversorgung zu jeder Zeit barrierefrei erfolgen kann.

§ 87 SGB V – Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) für komplexe Fälle in INZ

ver.di begrüßt die angestrebte Neufassung des EBM, da so eine sachgerechte Finanzierung der INZ sichergestellt werden kann. Die Regelung kann die Vergütungssysteme miteinander harmonisieren. Allerdings bleibt entscheidend, dass die INZ auskömmlich finanziert werden. Die bloße Anpassung oder Differenzierung von Gebührenordnungspositionen im EBM reicht nicht aus, wenn dadurch die tatsächlichen Vorhaltekosten und Personalbedarfe nicht vollständig abgebildet werden.

§ 90 SGB V – Standortbestimmung (INZ, KINZ) durch erweiterten Landesausschuss (eLA)

ver.di sieht die alleinige Standortentscheidung durch eLA weiterhin kritisch, auch wenn die oberste Landesbehörde nun dem eLA mit einem eigenen Antragsrecht beratend zur Seite stehen soll. Aus Sicht von ver.di sollte die Standortbestimmung der INZ im Rahmen des Prozesses der

Krankenhausplanung unter Einbindung der relevanten Parteien erfolgen. Hierzu gehören neben den Vertragsparteien auch die Kommunen, die Leistungserbringer im Rettungsdienst, sowie Gewerkschaften und Bürger*innen.

Hilfsweise könnten bundeseinheitliche Kriterien für die Festlegung der Standorte durch die eLA helfen, um Qualitätsunterschiede in der Versorgung und unterschiedliche Rechtsauslegung zu vermeiden.

§ 90 a SGB V – Gemeinsames Landesgremium

ver.di begrüßt ausdrücklich, dass auch Vertreter*innen des Rettungsdienstes als mögliche Mitglieder benannt werden.

§ 105 SGB V – Finanzierung der notdienstlichen Strukturen der KVen

Die verpflichtende Beteiligung der PKV an der Finanzierung übergreifender Versorgungsstrukturen wird ausdrücklich positiv bewertet.

§ 123 SGB V – Integrierte Notfallzentren (INZ)

ver.di begrüßt im Grundsatz die vorgeschlagene Einrichtung der Integrierten Notfallzentren als Verbindung aus zentraler Ersteinschätzungsstelle, Notaufnahme und Notdienstpraxis. Die Zuordnung der Leitung und Verantwortung der zentralen Ersteinschätzungsstelle erscheint sachgerecht. Durch den Vorschlag zur Einrichtung der INZ wird das Problem fehlender Ressourcen und personeller Unterbesetzung, das in zahlreichen Notaufnahmen festzustellen ist, nicht angemessen adressiert. Aufgrund einer andauernden Überlastung der in Notaufnahmen tätigen Beschäftigten stellen der Regelbetrieb der Notfallversorgung oder die adäquate Reaktionsfähigkeit auf besondere Notlagen eine große Herausforderung dar. INZ können über die Steuerungsfunktion der zentralen Ersteinschätzungsstelle einen Beitrag zur Entschärfung dieser Problemsituation liefern.

Hierfür ist jedoch vorab zu definieren und gegenüber den Krankenhäusern aufzuzeigen, wie die personelle Besetzung der INZ, insbesondere der Ersteinschätzungsstellen, ausgestaltet sein soll. Es muss ausgeschlossen werden, dass die bereits jetzt überlasteten Beschäftigten der Notaufnahmen zusätzliche Aufgaben, die durch den Betrieb der INZ entstehen, mit übernehmen müssen. Im Rahmen der Transformation der stationären Versorgungsstruktur und der sich daraus ergebenden Optionen der für INZ in Frage kommenden Krankenhausstandorte muss sichergestellt

sein, dass INZ auch in strukturschwachen oder ländlichen Regionen, in denen der öffentliche Personennahverkehr und die zugehörige Infrastruktur oft nicht bedarfsgerecht ausgebaut sind, schnell und niedrigschwellig erreichbar sind.

Die gezielte Einrichtung von INZ an bisher nicht vorgesehen Standorten sollte ermöglicht werden, wenn dadurch drohende Versorgungslücken geschlossen und eine Gefährdung des Sicherstellungsauftrags vermieden werden können.

ver.di begrüßt, dass die KVen von der Einrichtung einer Notdienstpraxis absehen können, wenn die notdienstliche Akutversorgung in der Praxis einer zugelassenen Ärztin beziehungsweise eines zugelassenen Arztes oder eines zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des Krankenhausstandortes sichergestellt ist. Auf diese Weise werden Doppelstrukturen vermieden und wird den bestehenden Versorgungsstrukturen Rechnung getragen. Es muss allerdings sichergestellt werden, dass die betreffende zugelassene Praxis oder das Versorgungszentrum über alle notwendigen technischen und personellen Mittel zur Kooperation verfügt und die erforderlichen zeitlichen und organisatorischen Kapazitäten verbindlich in einem Umfang zur Verfügung stellt, der dem Versorgungsbedarf der jeweiligen Region Rechnung trägt.

Die durch den Gesetzesentwurf thematisierte Überlastung von Akteuren in Notaufnahmen und Rettungsdiensten ist durch alleinige Maßnahmen zur Steuerung von Hilfesuchenden und zur digitalen Fallübergabe nicht zu lösen. In erster Linie ist die Entwicklung, Erprobung und verbindliche Anwendung eines bedarfsgerechten Personalbemessungsinstruments in der Notfallversorgung hierfür unerlässlich.

ver.di lehnt die bevorzugte Behandlung von Patientinnen mit Vermittlung durch die Akutleitstelle entschieden ab. Die Regelung soll offensichtlich Anreize zur Nutzung der 116117 schaffen, allerdings ist sie aus Sicht der Beschäftigten nicht zu Ende gedacht. Die Situation in der Notfallmedizin ist heute bereits grenzwertig und verbale und körperliche Gewalt gegen die Beschäftigten sind kein Einzelfall. Vor diesem Hintergrund halten wir es nicht für hinnehmbar, dass den Beschäftigten nun auch noch die Aufgabe zukommen soll, den Hilfesuchenden im INZ zu vermitteln, dass Hilfesuchende mit Vermittlungscode bevorzugt behandelt werden. Zudem steht ein solches Verfahren der Tatsache entgegen, dass Patientinnen mit dringendem Versorgungsbedarf nicht immer gesichert über die notwendigen technischen Voraussetzungen oder persönlichen Verfahrenkenntnisse verfügen, um eine telefonische Terminvermittlung einem unmittelbaren Aufsuchen der Akutleitstelle vorzuschalten. ver.di spricht sich dafür aus, dass bei gleicher Behandlungsdringlichkeit – wie bislang – chronologisch vorgegangen wird.

Die ergänzende Regelung über eine Weitervermittlung mit Terminvereinbarung an einen ambulanten Bereich, auch wenn sich Personen gegen die Behandlung im INZ entscheiden, wird durch ver.di positiv bewertet, da hier eine Versorgung ohne Systembruch adressiert wird.

Die Veröffentlichung der KBV-Berichte durch das BMG ist im Sinne einer transparenten Versorgung aus der Sicht von ver.di anzustreben.

§ 123 a SGB V – Einrichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ)

Die vorgesehene Regelung, über Kooperationsvereinbarungen zwischen Krankenhausträgern und KVen die Ausgestaltung der Einrichtung und des Betriebs der INZ an Krankenhausstandorten festzulegen, erscheint sachgerecht. Allerdings möchten wir an dieser Stelle darauf hinweisen, dass wir die Beteiligung der betrieblichen Interessenvertretung bei den Verhandlungen über die Kooperationsvereinbarungen essenziell wichtig für nachhaltig akzeptable Lösungen halten.

Dass zu den Kooperationsvereinbarungen ein Rahmenvertrag zwischen DKG, KBV und GKV-SV geschlossen werden soll, um Bürokratie zu vermeiden, ist sinnvoll. Wir begrüßen die Ergänzung im Gesetzentwurf, dass in einer Rahmenvereinbarung u. a. Vorgaben zur Organisation und zur personellen Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle einschließlich der notwendigen Qualifikationen, erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals getroffen werden sollen. Bei der Entwicklung dieser für die Arbeit in den INZ wesentlichen Rahmenbedingungen ist ver.di als maßgebliche Organisation der Beschäftigung in der Notfallversorgung zu beteiligen.

Ziel muss sein, eine bedarfsgerechte personelle Besetzung der Ersteinschätzungsstellen einschließlich erforderlicher Qualifikationen und Fortbildungsmaßnahmen des Personals so auszugestalten, dass sie im Einklang mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Personalbemessung des gesamten Krankenhausstandortes steht.

Der Gesetzgeber sollte deshalb näher bestimmen, dass eine bedarfsgerechte Personalbemessung in den INZ über die Regelungen in der Rahmenvereinbarung erreicht werden muss.

Es ist zudem sicherzustellen, dass der Abzug einzusetzenden Personal für Ersteinschätzungsstellen nicht zu Unterschreitungen einer bedarfsgerechten Personalbemessung in anderen Bereichen und Abteilungen des Krankenhauses führt und dass Ausfallkonzepte und Vertretungspläne so ausgestaltet werden, dass sowohl eine durchgängige Ersteinschätzung an der hierfür vorgesehenen Stelle als auch eine regelhafte Versorgung in der Notaufnahme und den weiteren Krankenhausbereichen gewährleistet bleibt.

Dass Planungsregionen zur flächendeckenden Versorgung vorbereitend zur Festlegung von INZ-Standorten durch den erweiterten Landesausschuss definiert werden sollen, ohne für diese Definition maßgebliche Kriterien vorzugeben, kritisiert ver.di. Planungsregionen müssen so zugeschnitten sein, dass unabhängig von infrastrukturellen Voraussetzungen eine wohnortnahe und schnell erreichbare, qualitativ hochwertige Versorgung aller Bürger*innen durch eine flächendeckende Verteilung von INZ an Krankenhausstandorten und durch die Vorhaltung bedarfsgerechter Kapazitäten an Personal, Technik und Betten innerhalb einer Planungsregion sichergestellt sind.

ver.di fordert ein abgestuftes Vorgehen, wonach Bundesländer im Rahmen einer demokratischen Krankenhausplanung zunächst mit Vertragsparteien, Kommunen, Gewerkschaften und Bürger*innen Vorgaben zur Ermittlung von Planungsregionen erarbeiten, bevor auf dieser Grundlage INZ-Standorte durch erweiterte Landesausschüsse zugeordnet werden.

Zur vorgesehenen Regelung für die Zuordnung von INZ an Krankenhausstandorte stellt ver.di fest, dass mit der Entscheidung einer Zuordnung durch den erweiterten Landesausschuss eine Perspektive eingenommen wird, der Impulse für eine bedarfsgerechte Organisation der Notfallversorgung fehlen. Hierzu zählen u.a. sowohl die Einbindung von Gewerkschaften als auch die Sicht von Patient*innenvertretungen, Bürger*innen und wissenschaftlicher Expertise. ver.di fordert, die Zuordnung von INZ-Standorten zu Krankenhäusern entsprechend beteiligungsorientiert zu gestalten und ein Mitentscheidungsrecht geeigneter Organisationen auf Landesebene gesetzlich vorzusehen.

Zudem sollte eine Möglichkeit zur regelmäßigen Überprüfung der Eignung getroffener INZ-Standortentscheidungen für die Erfüllung von Kriterien für Planungsregionen vorgesehen werden, um im Zweifelsfall nicht bedarfsgerechte INZ-Zuordnungen frühzeitig zu erkennen und zu adressieren.

§ 123 b SGB V – Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ)

ver.di begrüßt die Regelung, da auf diese Weise eine fachgerechte Behandlung von Kindern und Jugendlichen sichergestellt wird. Zusätzlich halten wir es erforderlich, dass in den regulären INZ zur angemessenen Versorgung eine pädiatrische Behandlungskompetenz durch telemedizinische Konsilien mit Fachärzten sichergestellt ist. Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Etablierung von KINZ nicht zulasten des Personals aus der stationären Versorgung des kooperierenden Krankenhauses stattfindet.

§ 123 c SGB V – Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ersteinschätzung an Krankenhausstandorten und zu Anforderungen an ambulante Leistungserbringer des INZ

Die Regelung der Ersteinschätzung im Rahmen einer Richtlinie durch den G-BA wird grundsätzlich begrüßt, allerdings ist eine Beteiligung der relevanten Fachgesellschaften sowie der Beschäftigten über ihre Gewerkschaft in Form einer Anhörung sicherzustellen.

ver.di hält die Regelung, dass die Ersteinschätzung auch von nicht-ärztlichem Personal erbracht werden kann für grundsätzlich sinnvoll. Allerdings ist hier konkret zu regeln, welches Personal die Ersteinschätzung vornehmen darf.

Aus der Sicht von ver.di sind zudem bei den Mindestausstattungsanforderungen für Notdienstpraxen unbedingt auch verbindliche Kriterien zur Personalausstattung und Qualifikation des Personals zu berücksichtigen.

§ 133 SGB V – Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung

Leistungen der medizinischen Notfallrettung werden nach Abs. 1 ausschließlich durch nach Landesrecht vorgesehene oder beauftragte Leistungserbringer erbracht. Die Krankenkassen oder ihre Landesverbände schließen Verträge über die Vergütung dieser Leistungen mit den zuständigen Landesbehörden oder den vorgesehen Trägern. Für die Kalkulation erstellt der GKV-SV Rahmenempfehlungen die sowohl Qualität als auch Wirtschaftlichkeit berücksichtigen sollen. Die für die Vergütungskalkulation der Leistungen zu Grunde liegenden Daten müssen den Krankenkassen oder ihren Landesverbänden vor Vertragsschluss transparent vorliegen. Vereinbarte Preise gelten als Höchstpreise. Die Vernetzung zwischen 112 und 116 117 wird vergütet.

Dass landes- und kommunalrechtliche Bestimmungen weiterhin die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen regeln können sollen, ist aus Sicht von ver.di zu begrüßen. Ebenso wird begrüßt, dass es einen finanziellen Anreiz für die Vernetzung der Rufnummern gibt. Problematisch aus der Sicht von ver.di sind Unklarheiten bei der Finanzierung der Vorhaltekosten. Hier besteht nach unserem Vernehmen hin die Gefahr, dass es zu einer Unterfinanzierung der Notdienste kommt.

ver.di kritisiert nachdrücklich die strikte Begrenzung der Vergütung von Leistungen der medizinischen Notfallrettung bei der Grundlohnrate. Die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) vorgenommene Deckelung von Entgelterhöhungen durch den Verweis von § 133 Abs. 1 SGB V auf § 71 Abs. 1 bis 3 SGB V führt dazu, dass die Tarifierhöhungen über die Veränderungsrate hinaus nicht refinanziert werden. Es besteht das hohe Risiko, dass der Arbeitskräftemangel durch verschlechterte Arbeitsbedingungen forciert und Personal im Leistungsbereich Notfallrettung abgebaut wird.

Änderungsvorschlag:

ver.di fordert die vollständige Refinanzierung von Tarifierhöhungen, schließlich ist der Bereich der medizinischen Notfallrettung auch zukünftig auf attraktive Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen angewiesen, damit Auszubildende und Beschäftigte gehalten und gewonnen werden können. Mit dem GKV-BStabG sind für die Bereiche der ambulanten Krankenpflege, der Rehabilitation sowie der außerklinischen Intensivpflege Regelungen getroffen worden, die zumindest eine Benachteiligung gegenüber der aktuellen Refinanzierung für den Krankenhausbereich ausschließen sollen. ver.di fordert, die bestehende Regelungslücke für im Bereich der Notfallrettung zu schließen. Bei tarifgebundenen Leistungserbringern im Bereich der medizinischen Notfallrettung sind daher Überschreitungen von 50 Prozent des Unterschieds zwischen der jeweils tarifvertraglich vereinbarten Vergütungssteigerung und dem Veränderungswert nicht als unwirtschaftlich abzulehnen.

§ 133 a SGB V –Gesundheitsleitsystem

ver.di begrüßt die vorgesehene Regelung, die eine Übereinstimmung der Abfragesysteme beider Rufnummern sicherstellen soll. Es bleibt aus Sicht Hilfesuchender jedoch weiterhin unklar, in welcher Situation und bei welchem Gesundheitszustand eine der beiden weiterbestehenden Rufnummern zu wählen ist.

Aus Sicht hilfesuchender Bürger*innen bedeutet eine einzelne, einheitliche Rufnummer, durch die eine Zuordnung zu einer notärztlichen oder vertragsärztlichen Versorgung aufgrund eines standardisierten Abfragesystems erfolgt, den größtmöglichen Sicherheitsgewinn wie auch die Vermeidung etwaiger Unsicherheiten wie etwa nicht kongruenten Ergebnisse bei nicht vollständig synchronisierten Abfragesystemen.

ver.di spricht sich vor diesem Hintergrund für die Einführung einer einheitlichen Rufnummer mit einem dahinter geschalteten, einheitlichen Abfragesystem statt der Beibehaltung der beiden bestehenden Rufnummern aus. Zu beachten ist, dass Rettungsleitstellen (neu “Leistungserbringer des Notfallmanagements”) ebenfalls die technischen Dienste wie Feuerwehr, THW etc. koordinieren.

Diese regelhaften Gebietskörperschaften müssen aufgrund ihrer herausgehobenen Bedeutung für Wahrnehmung von Aufgaben im Rettungswesen auch unter dem Zielbild von Kooperationen und gemeinsamen Trägerschaften in der Lage sein, die ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben auszuüben, ohne dass negative Auswirkungen auf die Qualität der Aufgabenerbringung sowie auf die Struktur, Ausstattung und Kompetenzen der Leitstellen folgen können.

ver.di begrüßt, dass die Kooperationsvereinbarungen konkrete Regelungen zu Eintreffzeiten, Rücküberweisungen und Zuständigkeiten beinhalten müssen. Darüber hinaus halten wir die erweiterten Regelungen zur Qualitätssicherung und Kontrolle für sinnvoll.

§ 133 b SGB V – Fachgremium medizinische Notfallrettung

ver.di begrüßt im Grundsatz, dass ein Qualitätsausschuss Notfallrettung mit dem Ziel der Festlegung und Weiterentwicklung von Qualitätskriterien für die Bereiche Notfallmanagement und Notfallmanagement eingerichtet wird. Nicht nachzuvollziehen ist, dass der Qualitätsausschuss Empfehlungen zu Fragen der Personalausstattung und Qualifikation des Personals behandeln soll, ohne deren Bedarfe und Interessen in Form einer Beteiligung von ver.di als maßgeblicher Interessenvertretung der in der Notfallversorgung Beschäftigten vorzusehen.

Änderungsvorschlag:

Analog zur Regelung für die Patientenorganisationen ist ver.di eine Möglichkeit zur regelhaften, beratenden Teilnahme an den Sitzungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung einzuräumen, damit diese Perspektiven adäquat in die Empfehlungen des Ausschusses einfließen können.

§ 133 g SGB V – Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben

Die Schaffung einer rechtlichen Grundlage für eine zentrale landesweite Koordinierungs- und Vernetzungsstruktur im Rettungsdienst bzw. Notfallmanagement, um Informations-, Kapazitäts- und Steuerungsdefizite zwischen Leitstellen, Rettungsdiensten, Krankenhäusern und anderen Akteuren wird begrüßt.

Die Regelung adressiert die bislang fehlende landesweite Koordinierung von Versorgungsprozessen und -kapazitäten der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 SGB V-E, insbesondere bei Großschadenslagen.

§ 133 h SGB V – Kataster Automatisierter Externer Defibrillatoren

Die Regelung wird begrüßt.

Der neue geschaffene § 133h SGB V-E soll dazu beitragen, dass vorhandene Defibrillatoren im Notfall schneller gefunden werden. Dazu wird ein bundesweites, digitales AED-Kataster etabliert. Dieses soll Leitstellen, Ersthelfern und Bürgern zeigen, wo sich der nächste Defibrillator befindet.

Die Finanzierung erfolgt aus den vom BMG verwalteten 2,5 Millionen Euro des Fonds für Infrastruktur und Klimaschutz.

§ 140 f SGB V – Antragsrecht Patientenvertretung

Die Regelung wird begrüßt. Sie stellt sicher, dass die Mitbestimmung auch bei Beschlüssen zur Richtlinie nach § 123c SGB V-E gegeben ist.

§ 354 SGB V – Fernzugriff auf ePA durch Leitstellen

Die Regelung ist sehr zu begrüßen.

Es soll ermöglicht werden, dass Zugriffsberechtigte auch in besonderen Behandlungskontexten außerhalb einer Leistungserbringerinstitution, beispielsweise im Rahmen einer rettungsdienstlichen Notfallversorgung, einer notdienstlichen Akutversorgung oder im Rahmen einer telemedizinisch unterstützten Versorgung, auf Daten in der elektronischen Patientenakte zugreifen und erhobene Daten des Versicherten dort speichern können.

Änderungsantrag der Fraktion Die Linke

Bedarfsgerechte und krisenfeste Akut- und Notfallversorgung

Der Antrag analysiert die Ausgangslage treffend: Beschäftigte der Notaufnahmen und Rettungsdienste mussten in der Vergangenheit auffangen, was durch eine mangelhafte Steuerung im System der Notfallversorgung versäumt wurde. So hat eine ver.di-Befragung "Gute Arbeit im Rettungsdienst"¹ eine massive Zunahme der Arbeitsbelastung ergeben. Die Befragung belegt gravierende Probleme bei Arbeitszeiten, Arbeitsintensität, körperlichen und psychischen Belastungen. Laut Befragung können 61 Prozent der Beschäftigten im Rettungsdienst ihre gesetzlich vorgeschriebenen Pausen (sehr) häufig nicht oder nicht vollständig nehmen. Von den über 55-Jährigen geht fast die Hälfte krank zur Arbeit. 84 Prozent gehen davon aus, unter den derzeitigen Bedingungen nicht bis zum Rentenalter durchzuhalten.

Wie in der Stellungnahme zum Gesetzentwurf beschrieben teilt ver.di die wesentlichen Forderungen des Änderungsantrags.

¹ [22-09-26--V03-22-230--Ergebnisse der Umfrage-Rettungsdienst_#03.pdf](#)