

# Stellungnahme



Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

## Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

07.02.2020

### 1. Einordnung

Mit dem durch das Bundesministerium für Gesundheit am 10.01.2020 der Öffentlichkeit vorgestellten Referentenentwurf sollen die bisher getrennt voneinander geregelten und organisierten Versorgungsbereiche der Notfallversorgung in ambulanten und stationären Einrichtungen sowie durch die Rettungsdienste der Länder in ein strukturiertes und verbindliches System der integrierten Notfallversorgung überführt werden. Als ausschlaggebende Gründe für dieses Vorhaben werden durch den Gesetzesentwurf einerseits die bereits angestoßenen Reformen zur Neuorganisation der ambulanten ärztlichen Notfallversorgung, die unter anderem den Ausbau des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes, die Einrichtung einer bundesweiten Notdienstnummer, die Einrichtung von Portalpraxen in Kooperation mit Krankenhäusern sowie die Etablierung von Terminservicestellen unter der Rufnummer 116 177 zur besseren Patientenorientierung beinhalten angeführt.

Andererseits wird diesen Reformen das Erfordernis, den hohen Inanspruchnahmezahlen von Notfallambulanzen der Krankenhäuser auch bei leichteren Erkrankungen und Verletzungen entgegenzuwirken und eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme dieser Versorgungsstrukturen zu erreichen, gegenübergestellt. Im Jahr 2018 haben ca. zehn Millionen Bürgerinnen und Bürger die Notfallambulanzen der Krankenhäuser aufgesucht, während rund neun Millionen Patientinnen und Patienten die Bereitschaftspraxen der Vertragsärzte aufsuchten, von denen ca. 700 in der Nähe oder direkt in Krankenhäusern angesiedelt sind. Ebenfalls wird die Notwendigkeit einer Entlastung der Rettungsdienste der Länder aufgrund steigender Fallzahlen, eines wachsenden geriatrischen Notfallaufkommens und einer diesen Trends nicht entsprechenden Finanzierungsgrundlage der Rettungsdienste, deren Leistungen bisher unzureichend im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung abgebildet seien, als ausschlaggebend für den entstandenen Reformbedarf aufgeführt. Als Ergebnis dieses Vernetzungsprozesses der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung zu einem System der integrierten Notfallversorgung soll somit mehr Orientierung für Patientinnen und Patienten, kürzere Wartezeiten, ein sinnvoller und

Deutscher Gewerkschaftsbund  
Bundesvorstand  
Abteilung Sozialpolitik

**Robert Spiller**  
Referatsleiter Gesundheitspolitik  
Europäische Arbeitsmarkt- und  
Sozialpolitik

robert.spiller@dgb.de

Telefon: +49 30 - 24060-311  
Telefax: +49 30 - 24060-226

Henriette-Herz-Platz 2  
D - 10178 Berlin  
[www.dgb.de](http://www.dgb.de)

**Marco Frank**  
Referatsleiter Gesundheitspolitik  
Pflegeversicherung

marco.frank@dgb.de

Telefon: +49 30 - 24060-289  
Telefax: +49 30 - 24060-226

Henriette-Herz-Platz 2  
D - 10178 Berlin  
[www.dgb.de](http://www.dgb.de)



effizienter Einsatz personeller und finanzieller Ressourcen und im Ergebnis eine verbesserte Gesamtqualität der Notfallversorgung stehen.

Das Bundesministerium für Gesundheit orientiert sich mit dem vorliegenden Referentenentwurf in zentralen Punkten am Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Dieser hatte die bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung 2018 verschiedene Herausforderungen und Zukunftsperspektiven für eine Weiterentwicklung der verschiedenen Versorgungsbereiche in Deutschland analysiert und sich dabei auch der Frage einer sektorübergreifenden Ausgestaltung der Notfallversorgung vertieft gewidmet.<sup>1</sup>

Die in diesem Gutachten befürwortete und in den Referentenentwurf übernommene Idee der Neuordnung der Notfallversorgung findet sich auch als Vorhaben im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD wieder, in dem von der Verbesserung und gemeinsamen Sicherstellung der Notfallversorgung mittels Schaffung gemeinsamer Finanzierungsverantwortung zwischen Landeskrankengesellschaften und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Aufbau von Notfalleitstellen und integrierten Notfallzentren die Rede ist.<sup>2</sup> Ein wesentlicher Unterschied zu dieser Beschreibung und auch zum Diskussionsentwurf zur selben Thematik, den das BMG am 12.07.2019 vorgelegt hatte, findet sich im vorliegenden Referentenentwurf in der nun aus Sicht des BMG nicht mehr anzustrebenden Grundgesetzänderung. Diese war zuvor im Kontext der Ausweitung der Gesetzgebungskompetenz des Bundes auf den Bereich der Rettungsdienste, die bisher Sache der einzelnen Bundesländer sind, durch die Weiterentwicklung der Rettungsdienste zu einem eigenständigen Leistungsbereich der GKV als Ziel formuliert worden, in der Folge jedoch auf massiven Widerstand der Bundesländer gestoßen. In der nun vorliegenden Form des Referentenentwurfs soll die Zustimmungspflicht durch den Bundesrat durch die Streichung der avisierten Grundgesetzänderung entfallen.

Weitere Kontroversen und Konfliktlinien zeichneten sich im Rahmen der Veröffentlichung des Referentenentwurfs unter anderem ab durch die Kritik der Deutschen Krankenhausgesellschaft an einer künftigen Teilung der fachlichen Leitung der INZ mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, an der weiterbestehenden Zuordnung des Sicherstellungsauftrags zur ambulanten Versorgungsebene und an der beabsichtigten finanziellen Sanktionierung von Krankenhäusern, die Notfallversorgungsleistungen ohne INZ-Zertifizierung erbringen. Krankenhausseitig wurde insbesondere bemängelt, dass die verfassungsrechtliche Zuordnung der Krankenhausplanung zur

---

<sup>1</sup> [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten\\_2018\\_WEBSEITE.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf) Die Ausgestaltung der sektorübergreifenden Notfallversorgung wird dort ab. S. 547 untersucht.

<sup>2</sup> Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode, S. 100.



Länderverantwortung dadurch beschädigt werden, dass künftig Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen aufgrund ihrer Stimmenmehrheit im gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) darüber entscheiden würden, in welchen Krankenhäusern INZ künftig Notfallversorgungsleistungen übernehmen würden, während die Krankenhäuser die wirtschaftliche Planung und Tragfähigkeit sicherzustellen hätten.

Die vorab erfolgte Monierung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dass durch eine Reform möglicherweise ein eigenständiger dritter Sektors für die Notfallversorgung durch Einrichtung organisatorisch und wirtschaftlich eigenständiger integrierter Notfallzentren an Krankenhäusern geschaffen werden, führte offenbar dazu, dass dieses Vorhaben nicht durch den Referentenentwurf konkretisiert wurde. Seitens der Bundesärztekammer wurde vor einem Mangel an ärztlichem und medizinischem Fachpersonal gewarnt, der durch die Einrichtung dieser neuen Ebene hervorgerufen bzw. verstärkt werden könne.

Aus Sicht des DGB und seiner Mitgliedsgewerkschaften ist es bei der angestrebten Reform entscheidend, die höchstmögliche tatsächliche Versorgungsqualität für die Versicherten und damit Patientinnen und Patienten als maßgebliches Kriterium anzustreben und diese auch im Rahmen sektorübergreifender Versorgungsgrundsätze zu verfolgen. Darüber hinaus muss mit der Neuordnung der Notfallversorgung eine Entlastung der Beschäftigten in diesem Bereich einhergehen. Gleichzeitig sind eine diesem Ziel angemessene Verwendung der Versichertenrücklagen seitens der Krankenkassen sowie eine Wahrung des Primats der Selbstverwaltung bei der Ausgestaltung von Versorgungsaufträgen und deren Rahmenbedingungen grundsätzlich sicherzustellen.

## **2. Schaffung eines Gemeinsamen Notfalleitsystems (§ 133 b SGB V)**

Mit der Schaffung eines gemeinsamen Notfalleitsystems (GNL) soll eine zentrale telefonische Lotsenfunktion für die Koordinierung lebensbedrohlicher oder schwerwiegender Notsituationen sowie weiterer Versorgungsfälle etabliert werden. Dabei sollen die bereits getrennt voneinander bestehenden Rufnummern 112 der Rettungsleitstellen und 116 117 der Kassenärztlichen Vereinigungen in der Form zweier unterschiedlicher Systeme weiterbestehen bleiben. Das GNL soll als Verfahren zur standardisierten Ersteinschätzung über die Disponierung medizinischer Notfallrettung, Krankentransporte sowie telemedizinischer oder aufsuchender notdienstlicher Versorgung entscheiden. Hervorgehoben werden bei dieser Disponierung insbesondere die Anforderungen digitaler Vernetzung und zentraler Steuerung als auch Echtzeitübertragung der zur Verfügung stehenden Versorgungsdaten. Zur Ausstat-



tung der in den Rettungsleitstellen und bei den Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung erforderlichen Softwarelösungen soll die gesetzliche Krankenversicherung mit Mitteln in Höhe von 25 Millionen Euro aufkommen.

Im Einzelnen sieht der Gesetzesentwurf unter § 133 b Abs.1 vor, dass aus Sicht des Versicherten oder Dritten zunächst die Entscheidung zu treffen ist, welche der beiden Rufnummern gewählt werden soll. Nach Abs. 2 wird auf der Grundlage des sodann zu erfolgenden, softwaregestützten und standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens die unmittelbar erforderliche medizinische Versorgung in der gebotenen Versorgungsstruktur vermittelt. Digitale Unterstützungsangebote für Hilfesuchende in medizinischen Notsituationen können ebenso wie die Einbeziehung digitaler Anwendungen angeboten werden. Abs. 3 konkretisiert, dass das GNL in der verbindlichen Zusammenarbeit der Träger der Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 und der Kassenärztlichen Vereinigung (KVA) mit der Rufnummer 116 117 besteht. Möchten Träger einer Rettungsleitstelle ein GNL bilden, ist die KVA dazu verpflichtet. Das GNL wird dabei als organisatorische und technische, insbesondere digitale Verbindung, die sich auf die Kooperation in medizinischen Notsituationen beschränkt und nicht die weiteren Aufgaben der beiden Rufnummern betrifft, verstanden. In Abs. 4 werden die Bestandteile dieser Verbindung aufgelistet: Hierzu sollen die interaktive Nutzung digitaler Dokumentationen zur Übertragung der zur Weiterversorgung erforderlichen Daten ebenso gehören wie eine Echtzeitübertragung vorhandener Versorgungskapazitäten von Rettungsmitteln, Bereitschaftsdiensten, INZ und in Frage kommenden Krankenhäusern. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll schließlich in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 16 das Nähere zur Kooperationsverpflichtung und zur digitalen Vernetzung unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen an die Informationssicherheit bestimmen, wobei er sowohl die Gesellschaft für Telematik als auch geeignete Dritte beratend hinzuziehen kann.

Aus Sicht des Deutschen Gewerkschaftsbundes ist die Idee eines gemeinsamen Notfallsystems zu begrüßen. Mit ihr wird die Allokation von zur Verfügung stehenden Rettungsmitteln sowie die schnelle und transparente Ersteinschätzung mit dem Ziel der schnellen medizinischen Versorgung in der passenden Versorgungsstruktur potentiell vorangebracht. Dies ist aufgrund der strukturellen Unterfinanzierung vieler Krankenhäuser bzw. ihrer sachfremden Ersatzfinanzierung der Investitionskosten durch die SV-Träger, der damit einhergehenden Bedeutungszunahme von ausreichend zur Verfügung stehenden Rettungsmitteln bei zeitgleicher erfolgreicher Etablierung des Modells der Portalpraxen innerhalb der letzten Jahre und nicht zuletzt durch die zunehmende Inanspruchnahme von Notaufnahmen und Rettungsfahrten erforderlich.



Dabei wird aus Sicht des DGB in der konkreten Ausgestaltung durch den Referentenentwurf jedoch ein wesentliches Erfordernis für eine verbesserte Koordinierung und Vernetzung ignoriert. Mit dem beabsichtigten Fortbestehen beider Rufnummern und der damit erforderlichen Entscheidung des Versicherten, welche Nummer zu wählen ist, wird die Verantwortung für die Beurteilung des jeweils medizinisch angemessenen Versorgungszweiges den Versicherten überlassen. Trotz der vorgesehen Steuerungsfunktion für Patienten, mit der beide Rufnummernsysteme ergänzt werden sollen, bleibt die schwierige und mitunter wertvolle Zeit verspielende Erstentscheidung zwischen einer der beiden Nummern den Anrufenden überlassen. Dass abseits eindeutig zu beurteilender Fälle medizinische Laien in der Lage sind, eine sachlich richtige Entscheidung zu treffen, um ihre Gesundheit oder die Gesundheit ihrer Nächsten auf dem richtigen Versorgungsweg zu erhalten, ist jedoch unwahrscheinlich. Um die Orientierung der Versicherten hier zu erleichtern, ist es erforderlich, eine einheitliche Schnittstelle entweder durch Zusammenlegen beider Rufnummern zu einer Rufnummer oder durch Bestehenlassen beider Rufnummern bei Einrichtung einer einheitlichen Koordinationsfunktion hinter beiden Rufnummernsystemen umzusetzen. Auch das Problem der getrennten Disponierung kann mit der Zusammenlegung bzw. einheitlichen Koordinierung gelöst werden. Für die GNL ist ein bundesweit einheitliches Ersteinschätzungssystem zu implementieren.

Der DGB kritisiert die in § 133 b Abs. 4 vorgesehene Möglichkeit zur Einbindung „geeigneter Dritter“ als Ergänzung der Einbindung der Gesellschaft für Telematik nach § 291b durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. In dieser offenen Begriffsdefinition wird mit Blick auf den großen Stellenwert der geplanten Einbindung digitaler Vernetzungen, digitaler Unterstützungsangebote und digitaler Anwendungen nach Abs. 2 die Möglichkeit für eine regelmäßige Beteiligung privatwirtschaftlicher Akteure an Beratungsprozessen geschaffen. Einer solchen Beteiligung ist durch die Klarstellung auszuschließen, dass „die Gesellschaft für Telematik sowie unabhängige Sachverständige für Datenschutz und Informationssicherheit aus Wissenschaft, Forschung und öffentlich-rechtlicher Trägerschaft beratend hinzugezogen werden können“. Die bundesweit einheitliche Rahmenvorgabe für Kooperationsvereinbarungen durch den G-BA wird darüber hinaus grundsätzlich als sinnvoll erachtet.

In der vorliegenden Form geht der Referentenentwurf nicht auf das Erfordernis ein, die Ersteinschätzung nur durch qualifiziertes medizinisches Fachpersonal durchführen zu lassen. Es darf an dieser Stelle keinesfalls zur Auslagerung einer wichtigen Lotsenfunktion an fachlich nicht geeignete Dritte kommen. Vor diesem Hintergrund sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die zuständigen Landesbehörden sowie die Träger der Rettungsleitstellen dazu zu verpflichten, die notwendigen finanziellen Mittel zur ausreichenden Besetzung der GNL mit qualifiziertem



medizinischem Fachpersonal regelmäßig aufzubringen. Bei der Vergütung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung ist sicherzustellen, dass die tatsächlichen Betriebskosten vollständig abgedeckt werden. Vorhalte- und Investitionskosten sind durch die Länder im erforderlichen Umfang sicherzustellen, damit die zweckentsprechende Verwendung der Betriebskosten, insbesondere die bedarfsgerechte Personalkostenfinanzierung, gewährleistet wird. Hier ist eine klare Abgrenzung zwischen der Verantwortung der Kassen für den Betrieb und die Verantwortung der Länder für Vorhalte- und Investitionskosten der Infrastruktur für den Rettungsdienst erforderlich.

Die nach Abs. 6 vorgesehene Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen, mit einer Summe von 25 Millionen Euro für die einmalige Finanzierung der Anschaffungskosten von Softwarelösungen für die Rettungsleitstellen und die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung aufzukommen, lehnt der DGB ab. Die Ausgestaltung der Rettungsdienste und der ambulanten Versorgung ist Aufgabe der Länder sowie die KVA, weshalb diese auch die Finanzierung der vorgesehenen Anschaffungskosten sicherzustellen haben. Zudem erscheint es problematisch, eine Art Anschubfinanzierung für die Errichtung von gemeinsamen Notfallleitsystemen und digitaler Vernetzung derselben aus dem Topf der solidarisch getragenen Krankenversicherung zu nehmen – zugunsten einer Aufgabe, die primär in Landeshoheit steht.

### **3. Einrichtung Integrierter Notfallzentren – INZ (§ 123 SGB V)**

Kernstück der Reform der Notfallversorgung soll der Aufbau zentraler, rund um die Uhr erreichbarer Einrichtungen der medizinischen Notfallversorgung werden. Diese integrierten Notfallzentren (INZ) sollen an dafür geeigneten Krankenhausstandorten eingerichtet und von den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) gemeinsam mit den Krankenhäusern betrieben werden. Der Sicherstellungsauftrag soll dabei bei den KVen bleiben. Damit soll die im Koalitionsvertrag festgeschriebene Verbesserung der Notfallversorgung und ihre gemeinsame Sicherstellung durch Krankenhauslandesgesellschaften und KVen eingelöst werden.

Der DGB begrüßt grundsätzlich die geplante Regelung im Sinne der Versicherten, die künftig jederzeit bedarfsgerecht und zielgerichtet in die für sie notwendigen Behandlungsmöglichkeiten weitergeleitet werden sollen. Bislang bleibt eine adäquate Versorgung oft dem Zufall überlassen, je nachdem wohin sich der Hilfesuchende wendet. Die drei völlig unterschiedlich organisierten Sektoren des Rettungsdienstes, der Notaufnahmen in den Krankenhäusern und des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes kooperieren nur bedingt miteinander – oft zum Nachteil der Patientinnen und Patienten.



Mit der nun vorgeschlagenen Lösung muss der Hilfesuchende nicht mehr länger selbst entscheiden, wohin er sich wendet, sondern erhält eine zentrale Anlaufstelle, die eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleistet. Kürzere Wartezeiten ermöglichen zudem eine schnellere Versorgung. Wichtig bleibt dabei eine dezentrale Versorgung statt einer Konzentration von INZ in den Städten, damit die schnelle Versorgung auch im ländlichen Raum sichergestellt und für die Versicherten erreichbar ist.

In den INZ soll zunächst eine qualifizierte Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs der Patienten auf der Grundlage eines für alle INZ einheitlichen Verfahrens nach den Vorgaben des G-BA stattfinden. Ebenfalls sollen hier die medizinisch erforderliche Notdienstliche Versorgung sowie diagnostische Maßnahmen vorgenommen werden. Auf deren Grundlage wird künftig entschieden, ob und wie eine stationäre Aufnahme erforderlich ist, wobei ambulante Versorgungsmöglichkeiten vorrangig Anwendung finden sollen.

Allein im Jahr 2018 haben ca. zehn Millionen Menschen die Notfallambulanzen der Krankenhäuser aufgesucht, oftmals ohne dass es sich dabei um einen Notfall gehandelt hat. Kosten in Milliardenhöhe sowie eine Überlastung der Notfallstrukturen waren die Folge. Gleichzeitig wurden und werden damit dringend benötigte Kapazitäten und Mittel für echte Notfälle gebunden. Dadurch, dass die INZ nur an solchen Kliniken entstehen sollen, die qualitativ und quantitativ dafür geeignet sind, soll künftig eine hochwertige Versorgung im Notfall gewährleistet sein. Die bisherigen Vorläufer der INZ, die sog. Portalpraxen sollen dazu genutzt werden, um die vertragsärztlichen Notdiensteinrichtungen und die Notfallambulanz des Krankenhauses zusammenzuführen und entsprechend auszubauen, wobei die Anzahl der INZ durch den G-BA festzulegen sein wird. Um Parallelstrukturen zu verhindern, muss auf die Integration der Notaufnahmen der Krankenhäuser in die INZ abgezielt werden. Hierfür ist der Sicherstellungsauftrag neu zu regeln und darf nicht bei der Kassenärztlichen Vereinigung verbleiben.

### **Abschläge für Häuser ohne INZ (§120, Abs.1 SGB V)**

Der DGB kritisiert, dass Häuser ohne INZ, die ebenfalls Notfallpatienten versorgen, Honorarabschläge von 50 Prozent hinnehmen sollen, wobei Portalpraxen vorerst davon ausgenommen sind. Abschläge für Krankenhäuser ohne INZ lösen die Probleme der Notfallversorgung nicht. Gerade in ländlich strukturierten Gebieten muss im Notfall eine gute Erreichbarkeit hochwertiger Versorgungsmöglichkeiten gewährleistet sein. Für jeden Hilfesuchenden muss die Möglichkeit einer adäquaten Erstversorgung möglich sein, ohne dass dies zu Lasten der Leistungserbringer, in diesem Falle des Krankenhauses geht. Diese würden im schlechtesten Falle wirtschaftlich intendierte



Kompensationsmöglichkeiten erzeugen, die zu Lasten der medizinischen Versorgung und Überversorgung der Patienten ginge. Dies kann nicht vom Gesetzgeber gewollt sein.

Grundsätzlich sollte im Notfall an die INZ verwiesen werden. Sollten jedoch Notfallmaßnahmen vor Ort unabwendbar sein, so dürfen diese nicht mit Abschlagen belegt werden. Begründete Ausnahmen müssen hier im Sinne der Versicherten die Regel bestätigen.

### **Sektorenübergreifende Versorgung statt Streit um Mittel und Zuständigkeiten**

Der DGB begrüßt die Möglichkeit, die Reform der Notfallversorgung im Sinne der sektorenübergreifenden Versorgung, und damit im Sinne der Versicherten, zu gestalten. Obwohl die ambulante Notfallversorgung mit den INZ räumlich an die Krankenhäuser verlagert werden soll, erhalten die Vertragsärzte den Sicherstellungsauftrag. Die INZ sollen jedoch gemeinsam räumlich und wirtschaftlich abgegrenzt eingerichtet und mit Hilfe von Kooperationsverträgen betrieben werden. Der DGB kritisiert die offene Trägerschaft der INZ. Der Betrieb in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft ist angesichts des Stellenwerts der Notfallversorgung als wesentliche Aufgabe der Daseinsvorsorge geboten und eine entsprechende Klarstellung erforderlich. Eine Beteiligung aller Akteure muss zwingend gegeben sein, indem die Aufgaben, die Anzahl sowie die konkreten Standorte der INZ gemeinsam mit dem durch Vertreter der Krankenhäuser erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach §90 übertragen werden sollen. Indem eine qualifizierte Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfes der Patienten gemeinsam durch Krankenhaus und KV vorgenommen wird, kann eine abgestimmte gute und am Bedarf orientierte Versorgung gewährleistet werden.

### **Mögliche Durchgriffsrechte des Bundes**

Mit der Übergabe der Verantwortung für die INZ im Rahmen des vertragsärztlichen Sicherstellungsauftrags im Gesetz, wird bei aller fachlichen Folgerichtigkeit eine weitere Einflussmöglichkeit des Bundes für eine Anpassung der Krankenhauslandschaft vorgenommen. Wie schon vorher mit der Einführung von Mindestmengenregelungen, der Zentrenbildung oder der Einteilung der Krankenhäuser durch den GBA in ein gestuftes System der Notfallstrukturen soll nun ein weiteres Kriterium mit der Auswahl von Einrichtungen mit einer INZ hinzukommen. Damit steigt der Einfluss des Bundes auf die Ausrichtung der Versorgungsstrukturen weiter an. Eine solche Politik darf weder zu Lasten der Versicherten, der Patienten noch des Personals gehen. Der



DGB sieht in erster Linie die Bundesländer in der Verantwortung eine qualitativ hochwertige, flächendeckende und zukunftsfähige stationäre Versorgungsstruktur zu schaffen und die dafür die nötigen Investitionsmittel bereitzustellen. Leider haben viele Landesregierungen in den vergangenen Jahrzehnten diese grundgesetzlich zugewiesene Aufgabe nicht ausreichend wahrgenommen. Der Bund greift mit dem im Referentenentwurf enthaltenen Ansatz massiv in die Planungskompetenz der Länder ein, die die Verantwortung für die flächendeckende, bedarfsgerechte Versorgung haben. Diese sind qualifiziert einzubinden, die vorgesehenen Antragsrechte im erweiterten Landesausschuss als Planungsgremium reichen keinesfalls aus.

#### **4. Rettungsdienst als Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 60 SGB V)**

Künftig sollen die Leistungen der medizinischen Notfallversorgung durch die Rettungsdienste der Länder unabhängig von der Inanspruchnahme anderer Leistungen der GKV gewährt werden. Als Leistungen der medizinischen Notfallversorgung werden durch den Referentenentwurf die Versorgung am Notfallort sowie Rettungsarten definiert. Hierzu soll der Anspruch auf medizinische Leistungen des Rettungsdienstes im V. Sozialgesetzbuch, § 11, Abs. 1, N. 5 verankert werden. Im Einzelnen handelt es sich dabei entsprechend des neu einzufügenden § 60 SGB V um Kostenübernahmeverpflichtungen seitens der gesetzlichen Krankenkassen für die bereits erwähnten Versorgungsmaßnahmen am Notfallort sowie Fahrten zu stationären Leistungen, Fahrten bei Verlegungen während stationärer Behandlungen, Fahrten zu vor- oder nachstationären Behandlungen oder ambulanten Operationen und Behandlungen sowie Fahrten zu notdienstlichen Versorgung in einem INZ.

Vorgesehen ist ferner, dass die gesetzlichen Krankenkassen an den Vereinbarungen über Vergütung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung beteiligt werden. Hierzu sollen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Vergütungsvereinbarungen mit den jeweiligen Landesbehörden bzw. Trägern der Rettungsdienste abschließen. Der Abschluss einer Vergütungsvereinbarung wird durch die Möglichkeit zur Einleitung eines Schiedsverfahrens bei Nichteinigung sichergestellt. Ebenso sollen die Krankenkassen künftig bei der Planung der Anzahl an Luftrettungsstandorten, Rettungsleitstellen, Rettungswachen und Rettungsmitteln beteiligt werden.

Aus Sicht des Deutschen Gewerkschaftsbundes hat der Referentenentwurf in seiner vorliegenden Form zunächst Klarstellungsbedarf hinsichtlich der notwendigen Reichweite einer Neuregelung von Finanzierungsgrundlagen. Unabhängig von der Überführung von Maßnahmen der Notfallversorgung in das SGB V und damit in die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenkassen bleibt das Erfordernis bestehen, die



Finanzierungsverantwortung von Ländern und Kommunen für die öffentliche Daseinsvorsorge klarzustellen. Ohne eine solche Klarstellung sind die notwendigen länderseitigen Investitions- und Vorhaltekosten für die Rettungsdienste weiterhin der oftmals unzureichenden Investitionspolitik der Länder untergeordnet.

Der DGB weist angesichts dieser Problematik darauf hin, dass für eine qualitativ hochwertige gesundheitliche Daseinsvorsorge eine deutlich größere, strukturelle nachhaltige Finanzierungsbereitschaft seitens der Länder zum Erhalt, Ausbau und Betrieb stationärer Einrichtungen an der Schnittstelle zum Rettungsdienst nötig ist. Die in den vergangenen Jahren nur zu oft Realität gewordene strukturelle Unterfinanzierung, die sich sowohl auf die Versorgungsqualität der Versicherten als auch auf die Beschäftigungsbedingungen und Personalschlüssel vor Ort negativ auswirkt, muss künftig ausgeschlossen sein. Der DGB fordert deshalb eine entsprechende Klarstellung der Finanzierungsverantwortung für Investitionen und Vorhaltekosten. Dies soll auch für die durch den Referentenentwurf zusätzlich absehbaren Investitionskosten, etwa für Digitalisierungsmaßnahmen und zugehörige Hardware- und Softwarelösungen im Bereich der Rettungsdienste gelten. Grundsätzlich kann eine Integration von Rettungsdienstaufgaben in den Leistungsbereich der GKV unter diesen Vorzeichen einen wichtigen Beitrag zur Förderung von sektorübergreifenden Versorgungsstrukturen sowie zur Steigerung von Versorgungsqualität und bedarfsgerechter Versorgung leisten.