



# Der Referentenentwurf des BMG

Ursprünge  
der Reform



6.9.2019  
Start des  
Bündnisses



12.7.2019  
Diskussions-  
entwurf



8.1.2020  
Referenten-  
entwurf





# Diskussionsentwurf BMG vom 12.7.2019 I

- Grundgesetzänderung: „**wirtschaftliche Sicherung des Rettungsdienstes**“ künftig als Kompetenz beim Bund
- Bildung **gemeinsamer Notfalleitstellen (GNL)** für 112 und 116117, aber keine räumliche Zusammenlegung, sondern: „gemeinsames Verständnis von Dringlichkeit“, Disposition durch EDV, Bestimmungsrecht des Bundes und der Länder
- Gründung **Integrierter Notfallzentren (INZ)** der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenhäuser als Anlaufstelle für alle gehfähigen Patienten und den Rettungsdienst. Integration des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Zentralen Notaufnahme der Krankenhäuser.





# Diskussionsentwurf BMG vom 12.7.2019 II

- **Regelung des Rettungsdienstes als eigenständiger medizinischer Leistungsbereich im SGB V**
- **Rahmenvorgaben des G-BA für den Rettungsdienst, Vergütung durch Verträge auf Landesebene**
- **Länder finanzieren** künftig die „**Investitions- und Vorhaltekosten** der Rettungsdienstinfrastruktur“, die Krankenkassen nur die Leistungen
- **Krankenkassen** erhalten auf Länderebene **erweiterte Mitwirkungsmöglichkeiten** bei der Ausgestaltung des Rettungsdienstes





# Diskussionsentwurf BMG vom 12.7.2019 III

- Gesetzentwurf schon **handwerklich diffus** („gemeinsames Verständnis“?)
- Offenbar überhaupt **keine Abstimmung mit** dem gesamten Innenbereich (BMI, IMK), den Trägern (kommunale Spitzenverbände) oder den Hilfsorganisationen
- Ausführungen z.B. zu den Kosten für Länder und Kommunen sind **echte Täuschungen** - Finanzverschiebung von den Krankenkassen auf die Länder in Höhe mehrerer Milliarden Euro werden nicht erwähnt
- **Keine Berücksichtigung der Besonderheiten des Landesrechts**, keine Kenntnis bzw. Falschbehauptungen zu den Regelungen des Rettungsdienstes in den Ländern
- Keine Berücksichtigung der Besonderheiten der **230 überwiegend kommunalen Leitstellen** und ihrer anderen Aufgaben (z.B. Zusammenhang zum Brand- und Katastrophenschutz)
  - ➔ Verlust des Rettungsdienstes als kommunale Aufgabe droht





# Bündnis „Rettet den Rettungsdienst“





# Reaktionen I

- Vielfältige Unterstützung durch MI und die gesamte Landesregierung und bei den Hilfsorganisationen in Niedersachsen zu „Rettet den Rettungsdienst“:

## DRK Niedersachsen kritisiert Rettungsdienst-Reform

Autor/in: Sandrine Harder

Stand: 09.11.2019 19:51 Uhr - Lesezeit: ca.1 Min.

Die Pläne von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) zur [Reform von Notfallversorgung und Rettungsdiensten](#) in Deutschland sind beim niedersächsischen Landesverband des Deutschen Roten Kreuzes auf scharfe Kritik gestoßen. Rettungsdienste seien eine kommunale Angelegenheit und funktionierten einwandfrei, sagte DRK Landeschef Hans Hartmann am Sonnabend bei der Mitgliederversammlung in Hannover. "Die Stabilität dieses gut funktionierenden Systems darf nicht gefährdet werden. Es geht schließlich um Menschenleben." Niedersachsens Ministerpräsident Stephan Weil (SPD) sicherte dem Verband Unterstützung zu. Es sei klarer Wille der Landesregierung, dass die Länder weiterhin für den Rettungsdienst zuständig seien, sagte Weil laut Mitteilung des DRK-Landesverbandes.





# Reaktionen II

- In Niedersachsen ablehnende Positionierung von Innenministerium, Sozialministerium und Ministerpräsident Weil
- Ablehnung durch Gothaer Erklärung der SPD-geführten Innenminister vom 18.9.2019
- Ablehnung durch Nord-IMK vom 11.11.2019
- Kritisches Votum des AK V der IMK vom 18.11.2019
- Ablehnung durch IMK am 6.12.2019





# Reaktionen

NOTFALLVERSORGUNG

## BMG überarbeitet Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung

von *Stephan Woznitza* - veröffentlicht am 19.12.2019

Die Reform der Notfallversorgung ist eines der zentralen gesundheitspolitischen Projekte des kommenden Jahres. Das Ministerium will laut internen Unterlagen den Ländern nun offenbar weit entgegenkommen. Aufgelistet werden auch die erwarteten Widerstände von KBV, DKG und GKV.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat seinen im Juli vorgelegten Entwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung offenbar überarbeitet und kommt damit den Ländern entgegen, die um ihren Einfluss beim Rettungsdienst fürchten. Das jedenfalls geht aus einer internen Vorlage des zuständigen Referats an die Hausleitung hervor, die auf den 11. Dezember datiert ist und dem Tagesspiegel Background vorliegt. Danach würden die Bundesländer auch in Zukunft für den Rettungsdienst zuständig bleiben. Ursprünglich war geplant, diesen als eigenständigen Leistungsbereich im SGB V zu etablieren, allerdings wäre dafür eine Grundgesetzänderung nötig gewesen, der die Länder wahrscheinlich nicht zugestimmt hätten. Im nächsten Schritt soll die überarbeitete Vorlage zur Frühkoordination an das Bundeskanzleramt geschickt werden. Unklar ist, ob dies bereits erfolgt ist. Ein





# Gesetzentwurf des BMG v. 8.1.2020

- Bundesgesundheitsministerium hat auf Grundgesetz-Änderung verzichtet, hält aber an drei zentralen Reformvorhaben fest:

Rettungsdienst  
als  
Leistungsbereich  
im SGB V

Gemeinsames  
Notfalleitsystem  
112+116117

Integrierte  
Notfallzentren  
(INZ)  
KV+KKHs





# Gesetzentwurf des BMG v. 8.1.2020

- Bundesgesundheitsministerium hat auf Grundgesetz-Änderung verzichtet, hält aber an drei zentralen Reformvorhaben fest:

Rettungsdienst  
als  
Leistungsbereich  
im SGB V

Gemeinsames  
Notfalleitsystem  
112+116117

Integrierte  
Notfallzentren  
(INZ)  
KV+KKHs





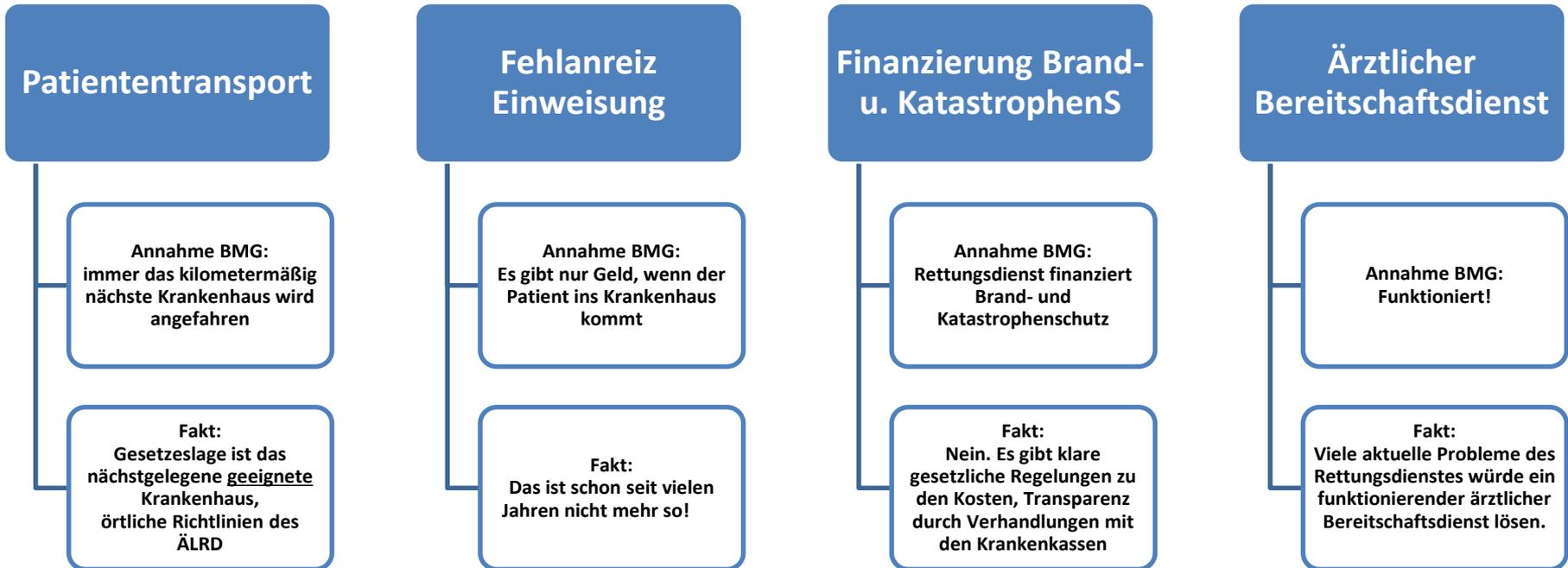
# Ein Wort vorweg...

- Niemand glaubt, dass es keinen Reformbedarf in der ambulanten Patientenversorgung gäbe
- Aber: So wie diese Reform angepackt wird, wird sich nichts für die Patienten verbessern
- Warum?
  - „Sektoren überwinden“ ohne mit den Betroffenen vorher auch nur zu sprechen kann nicht klappen
  - Regulierungsversuche ohne vorherigen Dialog mit den Ländern, Kommunen und Hilfsorganisationen als Träger des Rettungsdienstes bleiben Stückwerk
  - BMG geht durchgängig von falschen Annahmen aus





# Falsche Annahmen des BMG





# Rettungsdienst ins SGB V?

- Rettungsdienst ist Leistung der Gefahrenabwehr
- Enger Zusammenhang mit Brand- und Katastrophenschutz, z.B. an der Unfallstelle oder bei aufwachsenden Lagen
- Unnötige Bundesrechtliche Vorgabe in § 60 Abs. 3 SGB V-E:





# Rettungsdienst ins SGB V?

*§ 60 Abs. 3: Besteht bei einer Rettungsfahrt noch keine eindeutige Indikation für eine stationäre Aufnahme, ist grundsätzlich das nächstgelegene integrierte Notfallzentrum anzufahren. Ist eine stationäre Aufnahme absehbar, sind grundsätzlich nur solche Krankenhäuser anzufahren, die die Anforderungen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 4 für eine Teilnahme an der Basisnotfallversorgung, der erweiterten Notfallversorgung oder der umfassenden Notfallversorgung oder die Anforderungen für das Modul Notfallversorgung Kinder dieses Beschlusses erfüllen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 16 bundesweit einheitlich, in welchen Fällen abweichend von den Sätzen 1 und 2 aus Gründen der zielgerichteten Behandlung ein spezialisiertes Krankenhaus angefahren werden soll. Die besonderen Bedürfnisse bei der Versorgung von bestimmten Patientengruppen, insbesondere Kindern und psychisch Erkrankten, sind zu berücksichtigen.*





# Rettungsdienst ins SGB V?

- Regelung in § 133 Abs. 1 zu den Leistungserbringern würde Bereichsausnahme des Europarechts gefährden
- Künftig Beteiligungspflichten der „Landesbehörden“ gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen „gemeinsam und einheitlich bei der Planung der Anzahl von Luftrettungsstandorten, Rettungsleitstellen, Rettungswachen und Rettungsmitteln“ (§ 133 Abs. 3)
- Besonders zu kritisieren künftige Finanzierungsregelung in § 133 Abs. 2 SGB V-E:





# Rettungsdienst ins SGB V?

§ 133 (2): Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich schließen mit den zuständigen Landesbehörden oder nach den Landesrettungsdienstgesetzen vorgesehenen Trägern des Rettungsdienstes oder den beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen Verträge über die Vergütung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 60. Dabei sind für die medizinisch erforderliche Versorgung am Notfallort und für die Rettungsfahrt Pauschalen zu vereinbaren, die unabhängig voneinander abgerechnet werden können. Die Pauschalen haben insbesondere die Betriebskosten zu berücksichtigen. Nicht umfasst werden die Leistungen der Rettungsleitstellen; hierzu sind gesonderte Vereinbarungen gemäß § 133b Absatz 5 zu treffen. Zudem bleiben die Kosten für die Finanzierung der Vorbereitung auf Großschadenslagen und des Brand- und Katastrophenschutzes unberücksichtigt. § 71 ist zu beachten. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande, so bestimmt eine nach Landesrecht errichtete Schiedseinrichtung den Vertragsinhalt.





# Rettungsdienst ins SGB V?

## Bisherige Rechtslage Kosten Niedersachsen:

- § 4 Abs. 6 NRettDG: gesetzliche Krankenkassen und Träger der Unfallversicherung sind Kostenträger
- § 14 Abs. 1 NRettDG: Der Träger des Rettungsdienstes ermittelt für seinen Rettungsdienstbereich nach einheitlichen Maßstäben die voraussichtlichen betriebswirtschaftlichen Gesamtkosten des Rettungsdienstes (Plankosten).
- § 14 Abs. 3 NRettDG: Der Landesausschuss Rettungsdienst entwickelt Richtlinien für die betriebswirtschaftlichen Gesamtkosten.
- § 15 Abs. 1 NRettDG: Unter Berücksichtigung der nach § 14 Abs. 1 ermittelten Plankosten vereinbart der Träger des Rettungsdienstes mit den Kostenträgern die notwendigen Gesamtkosten des Rettungsdienstes. Maßstab für die Notwendigkeit sind die Kosten eines wirtschaftlich arbeitenden Rettungsdienstes.





# Rettungsdienst ins SGB V?

- Kostenfolgen der Aufnahme in das SGB V
  - Wohl nur landeseinheitliche Verträge mit 2 Pauschalen: **Versorgung am Unfallort** und **Rettungsfahrt**
  - Pauschalen dürfen nur noch Betriebskosten beinhalten, aber **nicht Vorhalte- und Investitionskosten**. Was heißt das?
    - Durchschnittlicher Rettungsdienst: 15 % Investitionskosten, 70 % Personalkosten, 50:50 Vorhalte- zu Einsatzstunden
    - Macht 50% aller Kosten künftig durch das Land Niedersachsen zu decken
  - Kosten der Rettungsleitstellen nicht mehr erfasst
  - Keine Vorbereitung auf Großschadenslagen mehr
  - Grundlohnsummenbindung nach § 71 (komplett neu!)
  - → Hier wird dem funktionierenden System Rettungsdienst ca. die Hälfte der aktuellen Kostendeckung entzogen, allein für Niedersachsen ca. 302 Mio. € pro Jahr, Tendenz dann steigend!





# Änderungsbedarf NRettdG

Norm NRettdG	Thema	Kollision
§ 2	Sicherstellungsauftrag	Verhältnis zum Leistungskatalog des SGB V unklar, insb. bei Großschadensfällen
§ 3	Eigener Wirkungskreis	Bei Vorgaben des Bundes und des G-BA systematisch künftig undenkbar
§ 4 Abs. 4	Ausstattung	Nun detailliert in § 133b usw. geregelt
§ 4 Abs. 6	Bedarfsplan	Verfahren nun auf Landesebene nach § 133b (3)?





# Änderungsbedarf NRettdG

Norm NRettdG	Thema	Kollision
§ 5	Beauftragte	Konzessions- oder Submissionsmodell obsolet, Bereichsausnahme wohl auch
§ 6	Leitstelle	extrem umfangreiche Vorgaben in § 133b; für kommunale Einrichtungen ungewöhnlich
§ 7	Großschadensereignisse	Keine Finanzierung der Vorhaltung mehr nach § 133 Abs. 2





# Änderungsbedarf NRettdG

Norm NRettdG	Thema	Kollision
§ 9	Rettungsmittel	Angesichts verbindlicher bundesrechtlicher Regelungen zur Anfahrt des INZ und der Vorgaben des G-BA Regelungen nötig
§ 13	Landesausschuss Rettungsdienst	Neben G-BA und erweitertem Ausschuss nach § 90 wenig Raum
§ 14	Plankostenermittlung	Völliger Systemwechsel!





# Änderungsbedarf NRettdG

Norm NRettdG	Thema	Kollision
§§ 15, 15a	Vereinbarungen zur Kostentragung	Völliger Systemwechsel!
§ 16	Benutzungsgebühren	Rechtsgrundlage für Privatversicherte und Selbstzahler künftig unklar





# Gesetzentwurf des BMG v. 8.1.2020

## Folgen für den Rettungsdienst in Niedersachsen:

- Statt Vollfinanzierung durch die Krankenkassen nur noch einheitliche Pauschalen
  - Ohne Berücksichtigung von Vorhalte- und Investitionskosten
  - Keine Berücksichtigung der Vorhaltung für Großschadensereignisse (!)
  - Bindung an Grundlohnsummensteigerung des § 71 SGB V
  - Zahlung nur für bundesweit erfasste Einsätze
    - ➔ Finanzierungsdelta für das Land Nds bei ca. 302 Mio. € pro Jahr
- Verbindliche Richtlinien des G-BA für die Standorte der Rettungswachen usw.
- Kommunalen Gestaltungsspielraum wird faktisch beseitigt
  - ➔ Rettungsdienst als Aufgabe des eigenen Wirkungskreises kaum noch denkbar
  - ➔ Keine durchdachten Lösungen für die Patienten
  - ➔ Verfassungswidriger Kompetenzübergriff des Bundes





# Gesetzentwurf des BMG v. 8.1.2020

- Bundesgesundheitsministerium hat auf Grundgesetz-Änderung verzichtet, hält aber an drei zentralen Reformvorhaben fest:

Rettungsdienst  
als  
Leistungsbereich  
im SGB V

Gemeinsames  
Notfalleitsystem  
112+116117

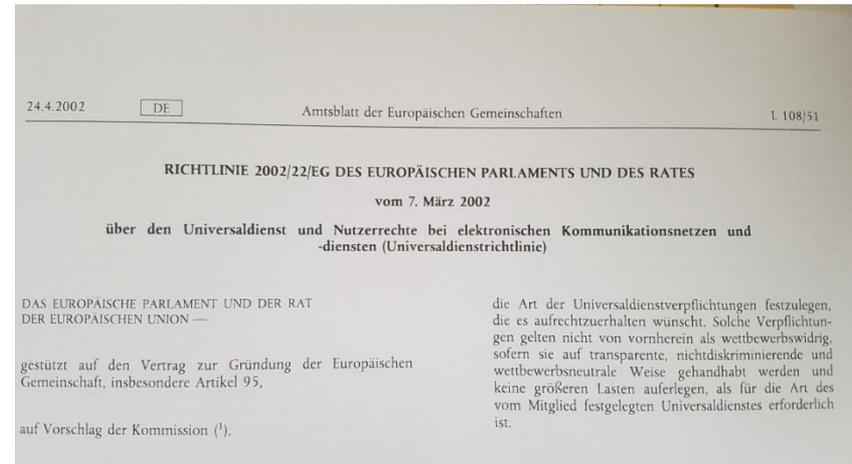
Integrierte  
Notfallzentren  
(INZ)  
KV+KKHs





# Terminservice- und VersorgungsG

- Die ungeliebten Terminservicestellen (seit 2016) sind nun seit dem 1.1.2020 mit der 116117 zwangszusammengelegt, **Service- und Qualitätsanliegen** im Gesundheitswesen werden mit dem **Bedürfnis nach Akutbehandlungen** vermischt.
- Folge der Neuregelung war die Kündigung der bisherigen Koordination der 116117 in den Rettungsleitstellen und durch Leistungsanbieter des Rettungsdienstes, also eine **Verschlechterung der sektorenübergreifenden Versorgung**.
- Lösung verhindert nun durch **erfolgte Ausschreibung und Bezuschlagung** durch die KÄVN gemeinsame Disposition, s. auch Europarecht zur 112:





# Homepage KÄVN 2.1.2020

## Die 116117 wird zur neuen Patienten-Servicenummer

Ab 2. Januar 2020 wird die Telefonnummer 116117 zur zentralen Anlaufstelle für Patienten - rund um die Uhr und sieben Tage in der Woche. Ab diesem Datum erreichen Bürgerinnen und Bürger nicht nur den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst, sondern auch die Terminservicestelle der KVN unter der Nummer.

Nach einer Bandansage kann der Patient wählen: "Sie haben akute medizinische Beschwerden oder brauchen ärztliche Hilfe? Dann drücken Sie bitte die Taste 1 oder bleiben Sie in der Leitung." "Sie möchten einen Arzt- oder Psychotherapeutentermin vereinbaren? Dann drücken Sie bitte die Taste 2."

Bei Beschwerden stellen zunächst medizinisch geschulte Mitarbeiter mithilfe eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens (SmED) fest, wie dringlich eine Behandlung ist und wo sich der Patient hinwenden kann. Dies kann je nach Lage der Beschwerden ein niedergelassener Arzt, eine Bereitschaftsdienstpraxis oder auch die Notaufnahme eines Krankenhauses sein. In Notfällen wird die 112 - also der Rettungsdienst - eingeschaltet.

**Hinweis: Wegen einer aktuell erhöhten Nachfrage nach Terminen kann es bei der telefonischen Vermittlung der Terminservicestelle zu längeren Wartezeiten kommen. Wir bitten dies zu entschuldigen.**





# Öffentlichkeitsarbeit (?)

**Der Patientenservice**  
**116117**  
Die Nummer mit den Elfen

**Was tun, wenn die Praxis geschlossen hat?**

Der ärztliche Bereitschaftsdienst  
**116117**  
Die Nummer mit den Elfen

**Kann der Arzt bis morgen warten?**

Sie fühlen sich nicht gut, aber Sie können diese Symptome und können sie nicht einordnen. Außerdem verfügen Sie über die notwendigen Hausmittel und Medikamente und wissen, dass diese Ihnen vorerst helfen werden. Es reicht, wenn Sie sich schmerzfrei um ein nächstes Werktag einen Arzt aufsuchen.

**Der Arzt kann nicht bis morgen warten!**

Ihre Situation ist nicht oszillierend, aber Sie können nicht so lange warten, bis Ihr Arzt wieder aufmacht. Sie gehören nicht in die Notaufnahme, Sie sind die Fall für den Arzt. Rufen Sie den Bereitschaftsdienst. Wählen Sie die 116117.

**Wenn jede Minute zählt:**

Sie haben einen Unfall und sind schwer oder gar lebensbedrohlich verletzt. Oder Sie haben sofortige starke Beschwerden und brauchen einen Stützpunkt um Ihr Leben, etwas bestimmtes, wie ein Herzinfarkt oder Schlaganfall. Verlieren Sie keine Zeit. Wählen Sie die 112.

Mehr Informationen unter [116117.de](http://116117.de)





# GNL

- Dem Rettungsdienst ist am besten geholfen, wenn die ambulante ärztliche Versorgung funktioniert
- Patienten brauchen schnelle telefonische Hilfe, wenn sie Sorgen haben
- Hilfe muss dann verbindlich kommen, sonst wird irgendwann doch 112 gewählt
- Gemeinsame Disposition des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes in der Rettungsleitstelle als Option ist jetzt schon rechtlich möglich (§75 Abs. 1b Satz 7 SGB V) und Beschlusslage des Deutschen Landkreistages





# GNL

- Gesetzentwurf sieht nur noch Gemeinsames Notfalleitsystem statt –stellen vor (gleiche Abkürzung GNL)
- Verbesserung der Zusammenarbeit ist zu begrüßen, aber:
  - Leitstellen sind Einrichtungen der Träger nach Landesrecht, daher viele überflüssige und zu weit gehende Regelungen im Gesetz
  - Ersteinschätzungsverfahren können nicht identisch sein – SmED ist kein Verfahren für Notfallpatienten
  - Ausgestaltung der Zusammenarbeit muss Ländersache bleiben, nicht: Finanzierung nur, wenn GNL gebildet werden (§ 133b Abs. 5) und Telematik des Bundes genutzt wird (§ 133b Abs. 5 mit Verweis auf §133b Abs. 4 Satz 7)
  - BMG glaubt an interaktive digitale Dokumentation und Telematik und knüpft Finanzierungsfolgen daran
  - Für GNL und Vernetzung gibt es einmalig 25 Mio. Euro (!) für ganz Deutschland bei hälftiger Mitfinanzierung (2,5 Mio./30 LSt = 83 T€)
  - Zuständigkeit der Leitstellen auch für Krankenfahrten vorgesehen





# GNL

§ 133 (3) Das gemeinsame Notfalleitsystem besteht in der verbindlichen Zusammenarbeit der Träger der Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 und der Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Rufnummer 116 117 nach § 75 Absatz 1a Satz 2. Sofern ein Träger einer Rettungsleitstelle der Rufnummer 112 ein gemeinsames Notfalleitsystem bilden möchte, ist die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung dazu verpflichtet. Das gemeinsame Notfalleitsystem ist eine organisatorische und technische, insbesondere digitale Verbindung, die sich auf die Kooperation in medizinischen Notsituationen beschränkt und nicht die weiteren Aufgaben der beiden Rufnummern betrifft. Wesentlich für das gemeinsame Notfalleitsystem ist ein gemeinsames und verbindliches Verständnis zur Einschätzung der Dringlichkeit des medizinischen Versorgungsbedarfs und der Disposition der erforderlichen medizinischen Versorgung. Hierzu vereinbaren die Träger der Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 mit der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ein qualifiziertes, standardisiertes und softwaregestütztes Ersteinschätzungsverfahren von medizinischen Hilfersuchen und die zum jeweiligen Endpunkt des Einschätzungsverfahrens zu disponierende Versorgung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat erstmals ein Jahr nach Inkrafttreten und anschließend in einem Abstand von zwei Kalenderjahren dem Bundesministerium für Gesundheit über die Vereinbarungen nach Satz 5 zu berichten. Das Nähere zum Bericht bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit.

(5) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich schließen mit den zuständigen Landesbehörden oder den nach den Landesrettungsdienstgesetzen vorgesehenen Trägern der Rettungsleitstellen Verträge über die Vergütung der im Rahmen eines gemeinsamen Notfalleitsystems erbrachten Leistungen ausgehend von einer zu vereinbarenden Pauschale je Hilfersuchen, das entsprechend der Vorgaben des Absatzes 4 Satz 7 erfasst wurde. § 133 Absatz 2 Satz 6 und 7 und Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.





# Gesetzentwurf des BMG v. 8.1.2020

- Bundesgesundheitsministerium hat auf Grundgesetz-Änderung verzichtet, hält aber an drei zentralen Reformvorhaben fest:

Rettungsdienst  
als  
Leistungsbereich  
im SGB V

Gemeinsames  
Notfalleitsystem  
112+116117

Integrierte  
Notfallzentren  
(INZ)  
KV+KKHs





# INZ

§ 75 (1b): Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist (notdienstliche Versorgung). Ausgenommen von Satz 1 ist die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die notdienstliche Versorgung durch den Betrieb von integrierten Notfallzentren nach § 123 sowie durch einen telemedizinischen und einen aufsuchenden Bereitschaftsdienst sicher. Zur Sicherstellung der notdienstlichen Versorgung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch über die Organisation der notdienstlichen Versorgung treten, um die Versorgung der Versicherten zu verbessern.



# INZ

- INZ als neue Organisationsform unter Federführung der KV
- Bestimmungsrecht des G-BA zu „regionsbezogene[n] Erreichbarkeitsrichtwerte[n] mit Vorgaben für das Betroffenheitsmaß und eine bevölkerungsbezogene Versorgungsdichte als verbindliche Planungskriterien“ und Vorgaben zu
  - Ausstattung
  - Ersteinschätzungsverfahren und
  - notdienstlicher Versorgung
- Bestimmungsrecht des erweiterten Landesausschuss nach § 90 über Einrichtung der INZ
- Eigene Vergütung, die nicht nach Größe des INZ unterscheidet
- Überführung der bestehenden Portalpraxen etc.





# INZ

- Gesetzgebungskompetenz des Bundes für INZ fraglich
- Dramatische Reduktion der Krankenhaus-Standorte mit Notfallversorgung:
  - Schlechtere Erreichbarkeit für Patienten
  - Probleme bei der Notarztstellung
  - „Kalter Strukturwandel“ durch den Bund
  - Längere Wege und mehr Transporte für den Rettungsdienst insb. im ländlichen Raum
- Abschlüsse für Notfallversorgung außerhalb der INZ inakzeptabel
- Neue Doppelstrukturen und Schnittstellen drohen zwischen Krankenhaus und IZN z.B. beim Personal und Ausstattung – Expertise aller Fachrichtungen nur im Krankenhaus
- Es droht die drei- oder vierfache Ersteinschätzung
- Fachliche Leitung durch die KV nicht sachgerecht: keine medizinische Expertise
- Kommunen müssen als Träger der Krankenhausplanung und Träger des Rettungsdienstes entscheidend mitbeteiligt werden



# Wie geht es weiter?

**Beschluss  
Bundes-  
kabinett  
April  
geplant**



**Beratungen  
Bundestag**



**Erster  
Durchgang  
Bundesrat  
nach Art. 76**



**Befassung  
Bundesrat  
nach Art. 77  
(Zustimmung/  
Einspruch/  
Vermittlungs-  
verfahren)**





# Fazit

Minister  
Spahn  
therapiert  
den  
falschen  
Patienten,  
denn...

- der Rettungsdienst ist nicht das Problem, sondern die nicht funktionierende ambulante ärztlichen Versorgung der Bevölkerung. Dafür ist der Bund zuständig!
- die Zusammenarbeit zwischen der 116117 und den Leitstellen der 112 hätte schon längst gemeinsam auf Landesebene geregelt werden können, wenn der Bund nicht im Mai den falschen Weg mit dem TSVG eingeschlagen hätte.
- das Gesetz müsste eigentlich **Gesetz zur Reform der ambulanten notdienstlichen Versorgung** heißen. Für den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst braucht es klare und verbindliche Disposition optional durch die Leitstelle der 112, verlässliche Reaktionszeiten und am Patienten und seinen Bedürfnissen orientierte Qualitätskriterien.





# Fazit

1

- Die ambulante notdienstliche Versorgung und die telefonische Steuerung bei medizinischen Hilfeersuchen muss verbessert werden.

2

- Der Rettungsdienst darf nicht als Leistung in das SGB V aufgenommen werden, sondern muss komplett Länder- und Kommunalaufgabe bleiben.

3

- Jede Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rettungsdienst ist strikt abzulehnen

4

- Regelungen zu einem Gemeinsamen Notfalleitsystem (GNL) und den Integrierten Versorgungszentren (INZ) sind im Kern Ländersache.





# Herzlichen Dank für die Aufmerksamkeit !

