



Stellungnahme

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Drucksache 20/13166

sowie dem dazu vorgelegten Änderungsantrag

Drucksache 20(14)231.1

4. November 2024

- Die PKV begrüßt grundsätzlich das Ziel einer besser koordinierten und abgestimmten Notfallversorgung, die allen betroffenen Patientinnen und Patienten unabhängig vom Versicherungsstatus, zugutekommt. Bei der Einrichtung von Strukturen im Gesundheitswesen, insbesondere im Bereich der allgemeinen Gesundheits- und Daseinsvorsorge wie der Notfallversorgung, handelt es sich um gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die aus Steuermitteln finanziert werden sollten.
- Leistungen können in der PKV grundsätzlich nur dann finanziert und entsprechend für die Versicherungstarife kalkuliert werden, wenn sie konkret bezeichnet und einem Leistungsfall zugeordnet werden können. Insofern kann sich die PKV nicht undifferenziert und dauerhaft an einer pauschalen Finanzierung von kassenärztlichen Strukturen beteiligen.
- Für eine rechtssichere Abrechnung ist es erforderlich, auch in der Notfallversorgung eine Zuordnung zu einem konkreten Leistungsfall durchzuführen. Der Fallbezug ergibt sich über die vorgesehene Vergütung der Ersteinschätzung. Strukturkosten, die sich nur auf das vertragsärztliche Versorgungssystem beziehen, können nicht auf die Private Krankenversicherung umgelegt werden.
- Auf technischer Ebene muss für PKV-Versicherte eine gleichberechtigte und medienbruchfreie Nutzung im Rahmen der Notfallversorgung sowie der Versorgung in der Medizinischen Notfallrettung gegeben sein. Die Krankenversicherungsnummer (KVNR) ist dabei das zentrale Ordnungskriterium. Damit im Notfall auch Privatversicherten bestmöglich geholfen werden kann, muss ausnahmslos für jeden Versicherten im Bestand eine KVNR vorhanden sein. Dies geht nur über eine entsprechende gesetzliche Regelung. Formulierungsvorschläge hierzu liegen vor. Diese müssen nun schnellstmöglich umgesetzt werden.

I. ALLGEMEINE ANMERKUNGEN

Der Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung benennt als Ziel, die drei Versorgungsbereiche – ambulant-kassenärztlicher Notdienst, Rettungsdienste und Notaufnahmen der Krankenhäuser –, die sich alle um die Versorgung von gesundheitsbezogenen Akut- und Notfällen kümmern, besser zu vernetzen und aufeinander abzustimmen. Hierfür sollen die telefonische Steuerung und Zuordnung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene erleichtert und die Notaufnahmen der Krankenhäuser entlastet werden. Deutschland zeichnet sich durch einen hohen Anteil von Fällen aus, die in stationären Einrichtungen versorgt werden, obwohl eine ambulante Behandlung ausreichend wäre. Die unterschiedlichen Rufnummern, 116117 für den kassenärztlichen Notdienst sowie die 112 für den Rettungsdienst, sollen weiter bestehen bleiben. Unterhalb dieser Struktur soll es jedoch eine enge Kooperation zwischen den jeweiligen Einheiten geben und die eingesetzten Systeme zur Ersteinschätzung vereinheitlicht werden.

Um eine wirksame Entlastung der Krankenhausstrukturen zu erreichen, soll der durch die kassenärztlichen Vereinigungen organisierte Notdienst gestärkt werden. In Kooperation mit den Krankenhäusern ist der bundesweite Aufbau von integrierten Notfallzentren geplant, in denen nach dem Prinzip des „gemeinsamen Tresens“ eine gezielte Steuerung der Patientinnen und Patienten in den passenden Versorgungsbereich stattfindet. Für die telefonische Beratung ist eine 24/7 Erreichbarkeit mit definiertem Servicelevel vorgesehen. Zudem soll der vertragsärztliche Notdienst um Videosprechstunden und Hausbesuche erweitert werden.

Die PKV begrüßt grundsätzlich das Ziel einer besser abgestimmten Notfallversorgung. Nur wenn es gelingt, hier verlässliche und für die Bürgerinnen und Bürger einfache, transparente und funktionierende Versorgungsprozesse zu schaffen, wird eine Umsteuerung und Entlastung stationärer Strukturen gelingen. Hinsichtlich des benötigten ärztlichen Fachpersonals, z. B. in Bezug auf die Poolärzte, sollten bestehende arbeits- und beitragsrechtliche Hürden abgebaut werden, damit das vorhandene Potential ausgeschöpft wird und keine neuen Lücken im bestehenden ambulant-ärztlichen Versorgungssystem entstehen. Eine Ausweitung der Versicherungspflicht, insbesondere bei Ärztinnen und Ärzten im Ruhestand, bei denen kein gesetzlicher Absicherungsbedarf besteht, führt im Zweifel dazu, dass sich diese dringend benötigten Fachkräfte aufgrund der hohen Kosten zurückziehen.

Auch für privat Krankenversicherte und beihilfeberechtigte Personen können verbesserte und serviceorientierte Strukturen in der Notfallversorgung vorteilhaft sein. Insofern besteht seitens der Privaten Krankenversicherung die Bereitschaft, die entsprechenden notwendigen Aufwendungen der medizinischen Notfallbehandlung auch fall- und leistungsbezogen angemessen zu vergüten. Um eine rechtssichere und systemgerechte Ausgestaltung zu erreichen, ist eine einzelfallbezogene Abrechnung erforderlich. Hierfür sollten im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens die entsprechenden Grundlagen für die Dokumentation und Abrechnung geschaffen werden.

Pauschale Aufbau- und Strukturkosten für die Notfallversorgung können dagegen nicht auf die Private Krankenversicherung umgelegt werden. Hierbei handelt es sich um Daseinsvorsorge des Staates und gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die grundsätzlich aus Steuermitteln getragen müssen. Dieser Auffassung ist auch der Gesundheitsminister, der in seinem Schreiben vom 17.07.2024 zur Erläuterung dieses Kabinettschlusses wörtlich *„das Recht der Bevölkerung bei jeder Art von Notfällen flächendeckend, hochwertig und schnell versorgt zu werden, als Teil der Daseinsvorsorge des Staates“* benennt. Daraus ergibt sich, dass diese Vorhaben auch mit staatlichen Mitteln zu finanzieren sind. Dies wird mit dem Gesetzentwurf allerdings nicht umgesetzt, sondern die Finanzierung vollständig auf die Partner der Selbstverwaltung abgewälzt.

Sofern an der Finanzierungsvorgabe festgehalten wird, setzt eine Mitfinanzierung durch die Private Krankenversicherung zwingend voraus, dass sich neben der Gesetzlichen Krankenversicherung auch alle anderen Kostenträger beteiligen, deren Leistungsberechtigte in diesen Strukturen versorgt werden. Dies sind insbesondere die Beihilfe, die Bundesländer für die Berufsgruppen, welche freie Heilfürsorge beziehen oder Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, der Bund für die Bundesbeihilfe und für Anspruchsberechtigte auf freie Heilfürsorge sowie die Unfallversicherung.

Der Finanzierung muss dann ein gleichberechtigter Zugang der PKV-Versicherten zu den Notfallstrukturen gegenüberstehen. Dies gilt insbesondere für die medienbruchfreie Datenübermittlung bei der Notfallversorgung zwischen den beteiligten Einheiten: Hier muss sichergestellt werden, dass diese digitalen Strukturen auch für Privatversicherte und beihilfeberechtigte Personengruppen funktionieren und nutzbar sind.

Es muss die Nutzung der Telematikinfrastruktur (TI) und ihrer Anwendungen wie TI-Messenger (TI-M) oder Kommunikation im Gesundheitswesen (KIM) gleichberechtigt möglich sein. Dem Notfall- und Rettungsdienst sollte unbedingt ein von der elektronischen Gesundheitskarte unabhängiger Zugriff auf die elektronische Patientenakte (ePA) eingerichtet werden; die Voraussetzungen hierfür sind zum heutigen Zeitpunkt nicht gegeben. Ebenso ist es erforderlich, dass Privatversicherten in der Notfallversorgung elektronische Verordnungen ausgestellt werden können (insb. E-Rezept). Da dem Ordnungsmerkmal der einheitlichen Krankenversicherungsnummer (KVNR) hier eine wichtige Rolle zukommt und diese in der Folge absehbar immer wichtiger werden wird, verweisen wir nochmals auf unsere Forderung der zustimmungsfreien, obligatorischen KVNR-Anlage für die Mitgliedsunternehmen für alle Bestandsversicherten.

II. ZU AUSGEWÄHLTEN REGELUNGEN DES GESETZENTWURFS

Zu Art. 1 Nr. 8 (§ 105 Abs. 1b S. SGB V-E – Einbeziehung der PKV in die Finanzierung)

Vorgeschlagene Regelung:

In § 105 Abs. 1b SGB V-E wird festgelegt, dass Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen als Vertragspartner zweckgebunden die erweiterten Strukturen der Notfallversorgung verhandeln und finanzieren. Dabei werden verschiedene Komponenten (Akutleitstellen der KV, aufsuchender Dienst, Gesundheitsleitsysteme, integrierte Notfallzentren) ohne Differenzierung in einem Finanztopf zusammengefasst. Zur Höhe der Finanzierung ist das Einvernehmen mit dem PKV-Verband herzustellen. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen sollen dann 7 % am Anteil der Krankenkasse übernehmen. Für die verwendeten Mittel wird eine Ausgleichsberechnung mit den Mitteln der Gesamtvergütung und der Honorarvolumina nach SGB V § 87b Abs. 1 vorgesehen.

Bewertung:

Bei den im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Strukturfinanzierungen handelt es sich grundsätzlich um eine gesamtgesellschaftliche staatliche Aufgabe, die der Daseins- und Gesundheitsversorgung dient und allen Menschen, unabhängig vom Versicherungsstatus zugutekommt. Diese Lasten sind aus Steuermitteln zu tragen und sollten nicht auf die Beitragszahlerinnen und -zahler der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung übergewälzt werden. Es profitieren von den neuen Strukturen auch Personen, die diesen Krankenversicherungssystemen nicht (oder nur teilweise) angehören (Beamte und Pensionäre sowie Personengruppen aus der Polizei, Feuerwehr oder Bundeswehr mit freier Heilfürsorge). Auch Menschen, die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz beziehen oder Reisende aus dem Ausland, zählen dazu. Aus diesem Grunde ist mindestens eine Mitfinanzierung aus Steuermitteln geboten. Offen bleibt im Gesetzentwurf, in welcher Zahl und mit welchem Kostenaufwand integrierte Notfallzentren errichtet werden sollen. Darüber hinaus wird nicht differenziert zwischen den Kosten für den Aufbau von Strukturen und für den laufenden Betrieb.

Eine pauschale Abgeltung von Aufwänden, wie sie insb. beim Aufbau neuer Strukturen in der Notfallversorgung beabsichtigt sind, ist in der Privaten Krankenversicherung aus rechtlichen Gründen nicht möglich. Pauschale Finanzierungen sind der PKV systemfremd, zumal wenn sie als Vorhalte- und Strukturvergütung in bestimmte Finanzierungstöpfe der Kassenärztlichen Vereinigungen fließen und, wie in § 105 Abs. 1a SGB V aufgezählt, eine Vielzahl von Maßnahmen finanzieren, die der vertragsärztlichen Versorgung und GKV-Versicherten zugutekommen. Darüber hinaus wäre eine Verknüpfung der Privaten Krankenversicherung mit den umfangreichen Festlegungen für die Honorarverteilung (insb. SGB V § 87b Honorarverteilung) rechtlich nicht möglich; die PKV ist in diese Mittelverteilung nicht eingebunden.

Eine rechts- und revisionssichere Abrechnung, die auch der aufsichtsrechtlichen Prüfung standhält, ist ausschließlich durch eine leistungsbezogene Einzelfallabrechnung möglich.

Nur dann können die Aufwendungen dem entsprechenden Leistungsfall zugeordnet und tariflich gezahlt werden. Versicherte der Privaten Krankenversicherungen werden auch nur einen Teil der Strukturkomponenten in der überarbeiteten Notfallversorgung in Anspruch nehmen, auf die sich eine Mitfinanzierung beziehen kann. Das wären im Wesentlichen die Leistungen der Akutleitstellen, die im laufenden Betrieb entstehen. Eine Umlage für Aufbaukosten der Leitstellen wäre zu prüfen. Ziel müsste sein, dann zukünftig die Kosten der Akutleitstellen über den Patientenkontakt bei der Inanspruchnahme einer Ersteinschätzung im Notfallzentrum für die fallbezogene Vergütung zu nutzen.

Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens könnten die entsprechenden Voraussetzungen geschaffen werden, damit Privatversicherte und beihilfeberechtigte Personengruppen so entsprechend ihrer Nutzung an der Finanzierung der Notfallbehandlung beteiligt werden können.

Essenziell bei der Anwendung der Notfallsysteme ist, dass eine medienbruchfreie Datenübertragung von Gesundheitsdaten und die Nutzung der TI-Strukturen zur Übermittlung erforderlicher behandlungsrelevanter Informationen an die jeweilige Einrichtung oder Arzt auch für Privatpatienten sichergestellt sind. Hier lässt sich bislang noch kein Anspruch aus dem Gesetzentwurf ableiten.

Änderungsvorschlag:

Die bisherigen Sätze 2 bis 4 sind zu streichen. Sie werden ersetzt durch die neuen Sätze 2 und 3:

„Eine Beteiligung der Länder und des Bundes sowie der Unfallversicherung an den Strukturkosten ist vorzusehen. Die Vertragspartner nach Satz 1 können gemeinsam mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung eine Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen auf einer leistungs- und fallbezogenen Grundlage vereinbaren, sofern und soweit die betreffenden Strukturkosten nicht bereits über Rettungsdienstgebühren und -entgelte finanziert werden.“

Der bisherige Satz 6 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen legen hierzu ihren Vertragspartnern und dem Verband der Privaten Krankenversicherung eine detaillierte Kalkulation und den Nachweis über das Vorliegen der Voraussetzungen insbesondere zur Vernetzung und Kooperation vor.“

III. Weiterer gesetzlicher Anpassungsbedarf

Zustimmungsfreie Bildung der einheitlichen KVNR durch die PKV-Unternehmen

Die KVNR nach § 290 Abs. 1 S. 2 SGB V ist als zentrales Zuordnungskriterium für Personen zunehmend unabdingbar bei Digitalisierungsvorhaben im Gesundheitswesen. Die geplante Reform der Notfallversorgung wird dazu führen, die beteiligten Einrichtungen digital besser

zu vernetzen und TI-Anwendungen auch in diesem Kontext zum Einsatz zu bringen. Die KVNR ist in diesem Zusammenhang eine notwendige Voraussetzung für den Zugang und die Nutzung der Anwendungen der TI, insbesondere der ePA, des E-Rezepts und der E-Rechnung und stellt insoweit dauerhaft die zwingend erforderliche korrekte Zuordnung der sensiblen (Gesundheits-) Daten der Versicherten sicher. Sie bildet zudem die Grundlage für die GesundheitsID, über die man sich ohne elektronische Gesundheitskarte (eGK) in Arztpraxen, auch in Notfallpraxen oder im Rahmen einer Videosprechstunde mit dem ärztlichen Notdienst einchecken und die Nutzung von TI-Anwendungen im Rahmen der Behandlung ermöglichen kann.

Anders als in der Gesetzlichen Krankenversicherung besteht kein gesetzlicher Automatismus zur Bereitstellung einer KVNR, so dass Privatversicherte einschließlich Beihilfeberechtigte bislang i. d. R. nicht über eine KVNR verfügen. Für diesen Personenkreis muss die KVNR im Rahmen eines individuellen Prozesses aufwändig generiert werden. Dabei ist die aktive Mitwirkung der Versicherten zwingend erforderlich, insbesondere in Form ausdrücklicher datenschutzrechtlicher Einwilligungen in die Nutzung von personenbezogenen Daten, um die KVNR bilden zu lassen. Konkret bedarf es insoweit einer datenschutzrechtlichen Verarbeitungsbefugnis sowie der erforderlichen Offenlegungsbefugnis bzgl. des Bestehens des jeweiligen Versicherungsverhältnisses gegenüber den in die KVNR-Bildung zwingend einzubeziehenden Stellen bei der Deutschen Rentenversicherung und der Vertrauensstelle Krankenversicherenummer. Unzureichende Rückmeldequoten der Bestandsversicherten auf die Mailings der Versicherer machen eine flächendeckende Ausstattung der Versicherten der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung jedoch faktisch unmöglich und verursachen hohe administrative und finanzielle Aufwände bei allen Beteiligten.

Vor diesem Hintergrund ist die Schaffung einer gesetzlichen Regelung für eine obligatorische einwilligungsfreie Ausstattung Privatversicherter und Beihilfeberechtigter mit KVNR zwingend erforderlich. Konkrete Regelungsvorschläge liegen dem BMG vor. Diese sollten schnellstmöglich gesetzlich verankert werden.

IV. Zu ausgewählten Änderungsanträgen der Formulierungshilfe

Die Neustrukturierung der Notfallrettung wird begrüßt. Um auch die Versicherten der Privaten Krankenversicherung wie bislang reibungslos in diesem System versorgen zu können, sollte der PKV-Verband im Benehmen in die Ausgestaltung der Spezifikationen eingebunden werden, die vom Qualitätsausschuss Notfallrettung nach § 133b erstellt werden. Fraglich ist, warum die Datenstelle zur Qualitätssicherung nach § 133e beim GKV-Spitzenverband und nicht bei einer neutralen Stelle (z.B. G-BA) angesiedelt wird.