

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 06. November 2024

zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der
Notfallversorgung (NotfallGesetz – NotfallG)

Bundestags-Drucksache 20/13166

Stand: 22.10.2024

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Str. 31
10178 Berlin
Tel: 030 34646-2299
info@bv.aok.de

**AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.**

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

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung.....	3
II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Gesetzesentwurfs.....	8
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	8
Nr. 2 § 75 SGB V Inhalt und Umfang der Sicherstellung.....	8
Nr. 6 § 90 SGB V Landesausschüsse	13
Nr. 7 § 90a SGB V Gemeinsames Landesgremium	14
Nr. 8 § 105 SGB V Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	15
Nr. 10 § 120 SGB V Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen	17
Nr. 11 § 123 SGB V Integrierte Notfallzentren.....	18
Nr. 11 § 123a SGB V Einrichtung von Integrierten Notfallzentren.....	26
Nr. 11 § 123b SGB V Integrierte Notfallzentren für Kinder- und Jugendliche	31
Nr. 12 § 133a SGB V Gesundheitsleitsysteme.....	32
Nr. 15 § 377 SGB V Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten.....	33
Artikel 2 Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	34
§ 75 SGB V Inhalt und Umfang der Sicherstellung.....	34
Artikel 3 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.....	35
§ 12a KHG Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019.....	35
Artikel 4 Änderungen der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung.....	36
§ 11 KHSFV Förderungsfähige Vorhaben.....	36
Artikel 5 Änderung des Apothekengesetzes	37
Artikel 6 Änderung der Apothekenbetriebsordnung.....	40
Nr.1 § 1a, Nr. 2 § 3, Nr. 3 § 4, Nr. 4 § 23 Apothekenbetriebsordnung.....	40
Artikel 7 Änderung des Arzneimittelgesetzes	41
§ 43 Abs 4 neu AMG Apothekenpflicht	41
Artikel 9 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte.....	42
§ 19a Abs. 1 Ärzte-VZ	42
Artikel 10 Inkrafttreten, Außerkrafttreten	43
III. ANLAGE Positionierung des AOK-Bundesverbandes zur Reform der Notfallversorgung	44

I. Zusammenfassung

Mit dem Gesetzentwurf zur "Reform der Notfallversorgung" (Notfallgesetz – NotfallG) wird eines der drängendsten Probleme des deutschen Gesundheitswesens adressiert. Es ist erforderlich, den betroffenen Patientinnen und Patienten einen strukturierten und geregelten Zugang in Akut- und Notfällen zu ermöglichen. Die vorgeschlagenen Maßnahmen gehen daher in die richtige Richtung. Es ist jedoch erforderlich, diese Reform nicht losgelöst von den weiteren Reformvorhaben, dem Krankenhausverbesserungsgesetz (KHVVG), dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) und dem Gesundes-Herz-Gesetz (GHG) etc. zu betrachten. Die mit dem Gesetzesvorhaben angestrebten Einspareffekte sind nur dann zu erzielen, wenn die Verlagerung von Patientenpfaden auch in den betroffenen Versorgungsstrukturen durch die notwendigen Anpassungen nachvollzogen wird. Das heißt

- Die Krankenhausreform muss umgesetzt werden und die Ambulantisierung strukturell nachvollziehen.
- Die vertragsärztliche Versorgung muss fit gemacht werden für die Aufgabenwahrnehmung in der Akutversorgung. Die Überfrachtung des ambulanten Versorgungssystems mit Neuaufgaben aus dem GHG stehen dazu in direkter Konkurrenz.
- Im Rettungsdienst wird die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nur dann spürbar finanziell entlastet, wenn die verringerte Beanspruchung auch zu strukturellen Veränderungen bei den Rettungsdiensten führen. Hierauf hat die GKV jedoch keinen Einfluss.

Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen um die notdienstliche Akutversorgung

Allzu oft suchen heute Patientinnen und Patienten mangels Alternative Notaufnahmen in Krankenhäusern auf, obwohl eine niedrigschwelligere Versorgung im vertragsärztlichen Bereich die richtige und bessere Versorgungsebene wäre. Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind in der Pflicht, erste Anlaufstelle zu sein und dem Versorgungsauftrag im Hinblick auf Akutfälle und Notdienstversorgung nachzukommen. Die Klarstellung, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auch die notdienstliche Akutversorgung umfasst, ist daher folgerichtig, um klare Verantwortlichkeiten und Verpflichtungen zu garantieren. Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte müssen ihrer Verpflichtung für die Akutversorgung der gesetzlich Versicherten stärker als bisher nachkommen, um das System langfristig zu stabilisieren. Besonders zu begrüßen ist die Klarstellung, dass im Rahmen der Akutversorgung nur die für den Akutfall angemessenen Maßnahmen erbracht werden dürfen, dazu gehört auch die Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU). Die konkrete Ausgestaltung der notdienstlichen Akutversorgung, wie zeitlicher Umfang, Abgrenzung zur Regelversorgung und Einbindung des

nichtärztlichen Personals, sollte jedoch von den Partnern der Selbstverwaltung übernommen werden.

In den weiteren aktuellen Reformvorhaben (GVSG und GHG) finden sich zahlreiche Vorschläge zur neuen Ausrichtung der ambulanten Versorgung, insbesondere der hausärztlichen Versorgung. Die im Rahmen der Akut- und Notfallversorgung adressierten Verpflichtungen stehen in Konkurrenz, z. B. zur gleichzeitig im GHG vorgesehenen Ausweitung der Disease Management Programme (DMP) und der Früherkennungsuntersuchungen. In Konkurrenz deshalb, weil die zur Verfügung stehenden ärztlichen Ressourcen nur einmal eingesetzt werden können. In der Gesamtschau aller geplanten Änderungen, zu der auch die geplante Entbudgetierung im Rahmen des GVSG zu zählen ist, stehen die dafür nötigen ärztlichen Ressourcen nicht zur Verfügung.

Des Weiteren sind im aktuellen Entwurf des GVSG die Maßnahmen zur strukturellen Weiterentwicklung der Primärversorgung nicht mehr enthalten. Die umfassenden Aufgaben, die sinnvollerweise auch im Rahmen einer gestärkten ambulanten Versorgung erbracht werden sollten, erfordern aber stabile und resiliente Strukturen, die interprofessionelle Tätigkeit sowie eine bessere zeitliche Erreichbarkeit der Praxen ermöglichen.

Die Notfallreform ist nur dann erfolgreich, wenn die notdienstliche Akutversorgung ambulant auch wirklich gestemmt werden kann. Hier sollte der Gesetzgeber die Prioritäten setzen. In diesem Rahmen müssen auch die Versorgungsaufträge der Vertragsärzte geschärft und Verbindlichkeit für die Teilnahme an der Akutversorgung geschaffen werden.

Integrierte Notfallzentren in Krankenhäusern als zentraler Baustein der Reform

Es ist zu begrüßen, dass integrierte Notfallzentren (INZ) bestehend aus einer Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und einer Ersteinschätzungsstelle einzurichten sind. Von Hilfesuchenden kann in einer akuten Notsituation nicht erwartet werden, dass die Behandlungsdringlichkeit immer richtig eingeschätzt wird und die unterschiedlichen Versorgungswege bekannt sind. Es braucht daher eine zentrale Anlaufstelle, die medizinisch sachgerecht und neutral über den weiteren Versorgungsweg entscheidet. Daher sind Elemente, wie die zentralen KV-Akuteleitstellen und einheitliche Ersteinschätzungsverfahren, unabdingbar, um die Patientinnen und Patienten in das richtige Versorgungsangebot zu leiten. Hier greift der Gesetzentwurf jedoch zu kurz. Eine Weiterleitung von Hilfesuchenden zum vertragsärztlichen Bereich soll laut Gesetzentwurf nur an die Kooperationspraxen des INZs möglich sein. Zielführender wäre es, wenn es im Rahmen der Ersteinschätzung möglich ist, Termine für Hilfesuchende über die Terminservicestellen (TSS) in die vertragsärztliche Versorgung zu

buchen. Dies würde ein größeres Potenzial an Terminoptionen ermöglichen und das System insgesamt stärker entlasten.

Beteiligung der Landesausschüsse nach § 90 SGB V ermöglicht regionale Lösungen

Die konkreten Probleme vor Ort können nur vor Ort bewertet und gelöst werden. Es ist daher folgerichtig, die Entscheidung über die Standorte der INZ durch die erweiterten Landesausschüsse treffen zu lassen. Das doppelte Stimmgewicht der Krankenkassen, analog zu den Entscheidungen im G-BA, ist dabei eine wichtige Voraussetzung, um tragfähige Lösungen für die Versorgung sicherzustellen.

Es werden einheitliche Qualitätsanforderungen benötigt

Mehr Mut braucht es bei einheitlichen Qualitätsanforderungen. Beim Aufbau der INZs ist bisher vorgesehen, dass zentrale Strukturanforderungen krankenhausesindividuell zu regeln sind. So soll zwar das wichtige standardisierte Ersteinschätzungsverfahren kommen, aber die Qualitätsanforderungen an das Personal sowie die Kooperationsvorgaben sollen krankenhausesindividuell geregelt werden. Auch bei der Festlegung von Standorten der Integrierten Notfallzentren soll es keine bundeseinheitlichen Vorgaben geben, was schlimmstenfalls zu einer Zerfaserung der Versorgung führen kann. Die zentralen Vorgaben müssen bundeseinheitlich festgelegt werden, um bundesweit eine gleichwertige Versorgungsqualität sicherzustellen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist hierfür das geeignete Gremium.

Mangelnde Einbindung des Rettungsdienstes

Der vorgesehene Aufbau von zentralen Gesundheitsleitstellen, gebildet durch medienbruchfrei vernetzte Rettungsleitstellen und KV-Akutleitstellen, ist zur systematischen Steuerung der Hilfesuchenden essenziell. Leider bleibt das Reformvorhaben hier im Unverbindlichen. Dass der Aufbau einer Gesundheitsleitstelle in das Belieben der jeweiligen Rettungsleitstelle gestellt wird, die den entsprechenden Impuls geben kann oder auch nicht, wird zu einer Flickenteppichlösung führen. Hier sind verbindlichere Vorgaben zur Etablierung der Zusammenarbeit dringend nötig. Die Kooperation zwischen KV-Akutleitstelle und Rettungsleitstelle sollte verpflichtend vorgegeben werden, um eine wirksame Steuerung der Hilfesuchenden „aus einem Guss“ und die effiziente Nutzung der Versorgungsstrukturen zu bewirken.

Finanzierbarkeit ernst nehmen

Die im Gesetzentwurf beschriebenen Einsparungen sind durch die Notfallreform allein nicht erzielbar. Insofern sind die hohen Einsparpotenziale von bis zu einer Milliarde Euro jährlich nicht seriös beziffert.

So wird angenommen, dass durch die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten schon ab dem Jahr 2025 erhebliche Einsparungen erzielt werden können. Bisher führt die anhaltende Abnahme von Fallzahlen im Krankenhaus jedoch keineswegs zur finanziellen Entlastung der GKV. Seit der Corona-Pandemie behandeln die Krankenhäuser durchschnittlich zehn Prozent weniger Fälle. Gleichzeitig zeigen die gerade erst veröffentlichten GKV-Finanzdaten einen weiteren Anstieg der Krankenhausausgaben um 9,5 Prozent für das erste Quartal 2024. Entscheidend für das tatsächliche Erreichen von Einsparungen ist daher eine Synchronisierung der Reform mit der Krankenhausreform. Es müssen Überkapazitäten abgebaut und sektorübergreifende Lösungen geschaffen werden. Das heißt konkret, dass Standorte von INZ weit überwiegend an auch mittelfristig für die Versorgung benötigten Krankenhäusern entstehen sollten. Die besonderen Herausforderungen des ländlichen Raums sind dabei zu beachten.

Einsparungen beim Rettungsdienst völlig unrealistisch

Völlig unrealistisch sind auch die in der Gesetzesbegründung genannten Einsparungen für den Rettungsdienst. Selbst wenn es gelänge, die Rettungsleitstellen in eine engere Kooperation mit den KV-Akuteitstellen zu bringen und einen gewissen Anteil der Versorgung in den ambulanten Bereich zu verlagern, führt dies nicht ohne weiteres und unmittelbar zu entsprechenden Einsparungen. Im Rettungsdienst wird insbesondere die Vorhaltung vergütet, weniger Einsätze führen nur zu geringen Kostensenkungen. Einsparungen sind allenfalls mittelfristig zu erwarten und nur dann, wenn Einsatzkapazitäten abgebaut und Rettungsleitstellen zusammengelegt werden konnten. Zwischenzeitlich ist eher mit weiteren Transformationskosten zu rechnen.

Die GKV trägt schon jetzt ihren Anteil zur Finanzierung der Strukturen im KV-Notdienst

Dem im Gesetzentwurf genannten vermeintlichen Einsparungspotenzial stehen neue Verpflichtungen der gesetzlichen Krankenkassen gegenüber, die sich an den neuen Strukturen beteiligen sollen. Dass sich die GKV daran bisher kaum, etwa über § 105 Abs. 1b SGB V, beteiligt, ist schlicht eine unzutreffende Behauptung. Daher braucht es auch keine Verpflichtung einer Vereinbarung. Umso wichtiger ist es jedoch, dass die GKV nicht weiter über Gebühr belastet wird. Die Festschreibung einer Beteiligung der privaten Krankenversicherung (PKV), wie üblich mit sieben Prozent, wiederum ist richtig, um eine angemessene Beteiligung der PKV sicherzustellen.

AOK-Perspektive für eine Reform der Notfallversorgung - INZ als eigenständige Organisationseinheiten

Auch wenn der vorliegende Gesetzentwurf in die richtige Richtung geht, greift er an einigen Stellen noch zu kurz. Die ambulante Notfallversorgung muss zukünftig gebündelt in INZ im Krankenhaus erbracht werden. Um sektorspezifische Interessen wirklich zu überwinden, ist es aus AOK-Sicht geboten, INZ als eigenständige und fachlich unabhängige Versorgungseinheiten zu organisieren. Die INZ werden sowohl durch niedergelassene als auch durch im Krankenhaus tätige Ärztinnen und Ärzte betrieben; sie haben den gemeinsamen Versorgungsauftrag. INZ sollten über eigenes ärztliches und nichtärztliches Personal verfügen, über eine geeignete apparative Ausstattung und bei Bedarf über aus dem Krankenhaus zugeordnete Betten.

Zum Leistungskatalog gehören vor allem die medizinische Erstbegutachtung, die Stabilisierung der Patientinnen und Patienten und ggf. die Vorbereitung der stationären Aufnahme sowie die Versorgung ambulanter Notfälle. Über zugeordnete Betten können Patientinnen und Patienten auch nachbeobachtet werden, ohne dass eine stationäre Aufnahme erforderlich ist. Um diagnostische Leistungen zu gewährleisten, werden die INZ und Krankenhäuser sowie vertragsärztlich tätigen Leistungserbringenden (z. B. radiologische Praxen) gesetzlich verpflichtet, Kooperationsverträge zu schließen. Die Abrechnung der Leistungen sollte auf einem eigenständigen Notfallversorgungsbudget basieren, welches Preis- und Steuerungselemente bei Entwicklung eines gesonderten Vergütungsmodells beinhaltet (weitere Ausführungen zur AOK-Positionierung siehe die Anlage unter III. in dieser Stellungnahme).

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Gesetzesentwurfs

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 2 § 75 SGB V Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A Beabsichtigte Neuregelung

Abs. 1a: Die bisherigen Aufgaben der Terminservicestellen (TSS) werden auf Grund der Einführung der Akutleitstelle angepasst. Hierzu zählt, dass die TSS telefonisch nur noch von Montag bis Samstag zu erreichen sein muss. In den übrigen Zeiten muss die TSS digital erreichbar sein. Für Fälle, bei denen in einem Integrierten Notfallzentrum (INZ) lediglich ein Behandlungsbedarf, jedoch keine sofortige Behandlungsnotwendigkeit festgestellt wurde, entfällt zukünftig die Vermittlung.

Abs. 1b: Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) wird in einem neuen Absatz 1b dahingehend konkretisiert, dass sie eine vertragsärztliche notdienstliche Akutversorgung 24/7 sicherzustellen haben. Sie beschränkt sich auf die kurzfristig erforderlichen Maßnahmen und umfasst auch die Feststellung einer Krankschreibung (AU) sowie die Verordnung von kurzfristig benötigten Arzneimitteln.

Sicherzustellen ist die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch eine verpflichtende Beteiligung an den INZ nach §§ 123 und 123b SGB V sowie durch ein telemedizinisches und ein aufsuchendes Versorgungsangebot. Die KVen können im Rahmen des aufsuchenden Angebots Kooperationen mit dem Rettungsdienst eingehen und nichtärztliches Personal im Rahmen der ärztlichen Delegation gemäß § 28 Abs. 1 SGB V beteiligen.

Abs. 1c: Die KVen haben unter der Rufnummer 116 117 zusätzlich zur TSS eine Akutleitstelle einzurichten. Diese besteht aus Beratungsärztinnen und -ärzten mit konkreten Erreichbarkeitsvorgaben als zentrale erste Anlaufstelle für Hilfesuchende im Akutfall. Grundlage der Vermittlung stellt ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren dar.

Abs. 1d: Die KVen sind befugt, personenbezogene Daten der Anrufenden zur Erfüllung ihrer Aufgaben zu verarbeiten und für die Dauer von zehn Jahren zu speichern.

Abs. 1e: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) evaluiert die Auswirkungen der Tätigkeit der TSS insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Arztterminen, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme und auf die Vermittlungsquote. Über die Ergebnisse berichtet die KBV dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bis zum 30. Juni 2025.

Abs. 1f: Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) haben bundesweit einheitlich im Internet über die Sprechstundenzeiten sowie barrierefreie Zugangsmöglichkeiten zu informieren.

B Stellungnahme

Abs. 1a: Es ist nicht nachvollziehbar, warum in Fällen, bei denen unter Anwendung des standardisierten Ersteinschätzungsinstrumentes nach § 123 Abs. 3 SGB V ein ärztlicher Behandlungsbedarf, nicht jedoch eine sofortige Behandlungsnotwendigkeit festgestellt wurde, eine Terminvermittlung über die TSS nicht mehr möglich ist. Die Möglichkeit einer Terminbuchung auch in diesem Fall hätte ein größeres Potenzial an Terminoptionen zur Folge und würde die komplizierten krankenhausespezifischen Regelungen in den Kooperationsvereinbarungen nach § 123a Abs. 2 SGB V obsolet machen.

Abs. 1b: Der AOK-Bundesverband begrüßt die Bestrebungen, durch eine Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags die ambulante notdienstliche Akutversorgung zu verbessern. Die Klarstellung, dass im Rahmen der Akutversorgung nur kurzfristig notwendige Maßnahmen zu erbringen sind sowie die Regelungen zur Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit und zur Verordnung kurzfristig benötigter Arzneimittel, werden ausdrücklich begrüßt. Hierdurch können Anschlussbehandlungen vermieden werden.

Nicht zu verstehen ist jedoch, warum das Thema Rettungsdienst ausgeklammert ist, der eng mit der Notfallversorgung verzahnt ist. Ohne eine Reform des Rettungsdienstes wird der 24/7-Hausbesuchsdienst, der durch die KVen neu aufgebaut werden soll, erhebliche Mehrkosten für die Versichertengemeinschaft verursachen. Hier braucht es grundlegend neue Strukturen, die vor allem den Einsatz von Rettungsfahrzeugen sinnvoll und effizient organisieren und wertvolle Ressourcen einsparen. Wie hoch der Handlungsdruck ist, zeigt allein die Ausgabenentwicklung für den Einsatz von Rettungsfahrzeugen. Diese stiegen von 1,7 Milliarden Euro im Jahr 2022 auf 4,1 Milliarden Euro im Jahr 2023.

Positiv zu bewerten ist, dass für den aufsuchenden Dienst auch nichtärztliche Professionen mit eingebunden werden können. Dies zeigt, dass der Gesetzgeber deren Potenzial sieht, dass international bereits vielfach bewiesen ist. Im internationalen Vergleich hinkt Deutschland in Bezug auf den Einsatz nichtärztlicher Professionen in der ambulanten Versorgung weit hinterher. National gibt es bereits gute Beispiele: Die sogenannten „Nichtärztlichen Praxisassistenten“ (NäPas) führen bereits seit Jahren im Rahmen ärztlicher Delegation erfolgreich Hausbesuche durch. Qualifizierte Pflegefachpersonen können in Modellprojekten sogar selbstständig Heilkunde ausüben und stehen mit der geplanten Erweiterung der Heilkundekompetenz bereits in den Startlöchern für die Regelversorgung. Insofern kann deren Einsatz für den

aufsuchenden Dienst nur der Anfang sein. Um die Fälle möglichst abschließend behandeln zu können und ärztliche Kompetenz nur punktuell einzusetzen, muss vorab telefonisch eine möglichst genaue Erfassung der Situation erfolgen. Zur Konkretisierung des Einsatzes des nichtärztlichen Personals ist es sinnvoll, Regelungen im Bundesmantelvertrag-Ärzte zu treffen.

Auch zum zeitlichen Umfang des telefonischen und videounterstützten Versorgungsangebotes und des aufsuchenden Dienstes sollten, insbesondere auf Grund der begrenzten personellen Ressourcen, durch die Vertragspartner des Bundesmantelvertrages Regelungen getroffen werden.

Abs. 1c: Die Verpflichtung zum Aufbau einer Akutleitstelle durch die KVen wird ausdrücklich begrüßt. Die Anwendung eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens ist sachgerecht. Dies gilt ebenso für den Aspekt, dass verbindliche Erreichbarkeitsvorgaben für die Akutleitstelle gemacht werden. Mit der Einhaltung dieser Zeiten kann verhindert werden, dass Hilfesuchende sich allein auf Grund langer Wartezeiten an den Notruf 112 wenden.

Auch der Einsatz von Telemedizin ist richtig. Dabei sollte das bestehende digitale Angebot weiter ausgebaut und bundesweit vereinheitlicht werden. Hilfesuchende können bereits jetzt über die 116 117-App einen Arzt- oder Therapeuten-Termin suchen, sofern ein Code vom Arzt vergeben wurde. Über den „Patienten Navi Online“ auf der Website www.116117.de können Patienten aus aktuell zehn Bundesländern mittels SMED ihre Beschwerden einschätzen und die Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs ermitteln lassen. Der Patient erhält ggf. eine PIN und wird direkt an die Leitstelle weitergeleitet, die darüber Zugriff auf das Ergebnis der Selbsteinschätzung hat und die weitere Versorgung veranlasst.

Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Krankenkassen bei der Ausgestaltung der TSS bzw. der Akutleitstellen und deren Angebote nicht mit einbezogen werden. Durch den engen Kontakt mit ihren Versicherten sind sie in der Lage, die Probleme und Wünsche der Versicherten bestmöglich einbringen zu können. Insofern sollten die Krankenkassen zukünftig inhaltlich beteiligt sein; bisher fehlt eine derartige Regelung im Gesetzentwurf.

Abs. 1d: Die Regelung ist sachgerecht.

Abs. 1e: Die Regelung ist sachgerecht. Siehe dazu auch die weitere Kommentierung zu Artikel 2.

Abs. 1f: Die Regelung wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Abs. 1a

Ergänzung des § 75 Abs. 1a Satz 4 Nr. 2 wie folgt:

2. der Fälle, in denen bei einer zuvor erfolgten Inanspruchnahme eines Integrierten Notfallzentrums nach §§ 123 und 123b eine weitere Behandlungsnotwendigkeit festgestellt wurde, **oder die Ersteinschätzung auf Grundlage der nach §123 Abs. 3 einen ärztlichen Behandlungsbedarf, nicht jedoch eine sofortige Behandlungsnotwendigkeit ergeben hat.**

Abs. 1b

§ 75 Abs. 1b Satz 4 bis 7 werden wie folgt zusammengefasst:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch

1. die Beteiligung an Integrierten Notfallzentren nach § 123 und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b,
2. ein telefonisches und videounterstütztes ärztliches Versorgungsangebot **24 Stunden täglich** auch durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und
- 3.** einen aufsuchenden Dienst **24 Stunden täglich**

sicher (Notdienst). **Die Partner des Bundesmantelvertrags legen zur wirtschaftlichen Erfüllung der Aufgaben nach Satz 4 Nummer 2 und 3 bundeseinheitliche Kriterien zum zeitlichen Umfang, zur sachlichen und personellen Ausstattung, zur Qualifikation sowie erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen, zum Einzugsgebiet des aufsuchenden Dienstes, zur Kooperation von Kassenärztlichen Vereinigungen untereinander und mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, zur Delegationsfähigkeit und zu Kooperationen mit dem Rettungsdienst fest. Zur wirtschaftlichen Erfüllung der Aufgaben nach Satz 4 Nummer 2 und Nummer 3 sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen untereinander sowie mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kooperieren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Erfüllung der Aufgabe nach Satz 4 Nummer 3 qualifiziertes nichtärztliches Personal unter ärztlicher Anordnung und Verantwortung einsetzen. Wenn und soweit Landesrecht dies zulässt, können sie hierfür Kooperationen mit dem Rettungsdienst eingehen.**

Abs. 1c

§ 75 Abs. 1c SGB V wird nach Satz 5 wie folgt ergänzt:

***Bei der Ausgestaltung der Akutleitstellen sind die Krankenkassen zu beteiligen.
Die Einzelheiten regeln die Partner der Bundesmantelverträge.***

Abs. 1d

Keine Änderung.

Abs. 1e

Siehe Kommentierung zu Artikel 2.

Abs. 1f

Keine Änderung.

Nr. 6 § 90 SGB V Landesausschüsse

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Norm zum erweiterten Landesausschuss, die bisher durch § 90 SGB V i. V. m. §116b Abs. 3 SGB geregelt war, wird in einem neuen Absatz 4a verortet. Hierbei werden die bislang geltenden Regelungen zu Mitgliederzahl, Stimmverhältnis, Berufung des Vorsitzenden und der unparteiischen Mitglieder etc. aus § 116b Abs. 3 SGB V übernommen. Der erweiterte Landesausschuss nimmt nun zusätzlich seine Aufgaben zur Standortbestimmung von INZs und KINZs nach § 123 Abs. 6, § 123a Abs. 1 und § 123b Abs. 2 SGB V wahr. Das Land hat, wie im Landesausschuss nach § 90 Abs. 1 auch, im erweiterten Landesausschuss ein Mitberatungsrecht sowie ein Anwesenheitsrecht bei der Beschlussfassung und zusätzlich ein Antragsrecht. Kommt eine Standortfestlegung von INZ bzw. KINZ nicht fristgemäß zustande, erfolgt die Festlegung der Standorte im Wege der Ersatzvornahme innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf einer vom Land zu setzenden Nachfrist.

B Stellungnahme

Die Normierung des erweiterten Landesausschusses unter § 90 Abs. 4a SGB V wird begrüßt. Die erweiterten Landesausschüsse sind grundsätzlich ein geeignetes Gremium, um die Aufgaben nach § 123, § 123a und § 123b SGB V wahrzunehmen. Allerdings sollten die Kriterien für die Standortfestlegung und für die Festlegung geeigneter Planungsregionen durch den G-BA bundesweit einheitlich festgelegt werden. Damit ist gewährleistet, dass eine Festlegung durch die unmittelbar handelnden Akteure (Krankenkassen, Krankenhäusern und KVen) gemeinsam erfolgt und damit die Akzeptanz der gefundenen Entscheidungen sichergestellt ist.

C Änderungsvorschlag

Änderungsvorschläge zu den Aufgaben der Landesausschüsse, insbesondere zur Einbindung des G-BA, werden in den Kapiteln zu den §§ 123, 123a und 123b SGB V beschrieben.

Nr. 7 § 90a SGB V Gemeinsames Landesgremium

A Beabsichtigte Neuregelung

Das gemeinsame Landesgremium kann nun auch mit einem Vertreter des Rettungsdienstes besetzt werden.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Der Rettungsdienst ist einer der wichtigsten Akteure in der Notfallversorgung und sollte daher in das Landesgremium mit eingebunden werden.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 8 § 105 SGB V Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die KVen und die Landesverbände der Krankenkassen / Ersatzkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich, über die Mittel nach Absatz 1a hinausgehend, einen zusätzlichen Betrag zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes. Dieser wird jeweils hälftig getragen. Die private Krankenversicherung (PKV) ist an der Vertragsverhandlung zu beteiligen, um eine finanzielle Beteiligung zu vereinbaren. Der Betrag der Landesverbände der Krankenkassen / Ersatzkassen ist um die Beteiligung der PKV zu mindern.

Die neu hinzukommenden Mittel sind zweckgebunden und sollen die zusätzlichen Notdienststrukturen finanzieren. Die KVen sind verpflichtet, den Vertragspartnern entsprechende Kalkulationen und Nachweise vorzulegen. Mindernd berücksichtigt werden sollen die bereits nach der regionalen Euro-Gebührenordnung abgerechneten Leistungen und abgerechnete Kosten im Zusammenhang mit dem Notdienst, nicht ausgeschöpfte Mittel des Honorarvolumens für die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst nach § 87b Absatz 1 Satz 3 SGB V und sonstige vereinbarte Entgelte. Der vereinbarte Betrag ist jährlich durch die Vereinbarungspartner zu überprüfen und anzupassen. Es besteht die Möglichkeit der Anrufung des Schiedsamtes nach § 89 Absatz 3 SGB V. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) veröffentlicht jährlich einen Bericht über Anzahl und Inhalte der Vereinbarungen und damit verbundener Beträge.

B Stellungnahme

Es ist zunächst festzustellen, dass mit den Maßnahmen die vertragsärztliche Versorgung um akut zu versorgende Leistungen entlastet wird, für die die Gesamtvergütung unter anderem mit befreiender Wirkung gezahlt wird. Die KVen sind zur Sicherstellung der Versorgung per se verpflichtet. Es sind daher bestehende Mittel unter anderem nach § 105 Abs. 1b SGB V zu verwenden und auf bestehende Strukturen aufzusetzen. Eine Doppelfinanzierung muss verhindert werden. Entgegen den Erläuterungen aus der Gesetzesbegründung gibt es bei einem Großteil der Länder Vereinbarungen zu § 105 Abs. 1b SGB V. Damit sind für die Krankenkassen Aufwendungen in Höhe eines deutlichen Millionenbetrages verbunden. Die angedachte implizite Verpflichtung zur Vereinbarung ist daher als Kann-Regelung zu verändern, um den notwendigen Verhandlungsspielraum auf Landesebene zu gewährleisten. Die vorgesehene Schiedsamsregelung ist zu streichen.

Eine Beteiligung der KVen ist unabdingbar, weil nur so das Prinzip der Wirtschaftlichkeit gewahrt wird und es dem Umstand der Verpflichtung der Sicherstellung entsprechend Rechnung trägt. Diese wird daher dezidiert begrüßt. Richtig ist auch, dass bereits nach der regionalen Euro-Gebührenordnung abgerechnete Leistungen und Kos-

ten im Zusammenhang mit dem Notdienst, nicht ausgeschöpfte Mittel des Honorarvolumens für die Vergütung der Leistungen nach § 87b Absatz 1 Satz 3 SGB V und sonstige vereinnahmte Entgelte mindernd berücksichtigt werden.

Eine Belastung der Kostenträger über Gebühr muss insgesamt verhindert werden. Die Ausgaben für die Krankenversicherungen sind daher in Analogie zu § 105 Abs. 1a SGB V auf maximal 0,5 Prozent der nach § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu beschränken. Darüber hinausgehende Mittel sind ausschließlich durch die KVen zu finanzieren.

Es bedarf weitergehend eine Klarstellung in § 87b SGB V, dass die Vergütung der Leistungen im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Abs. 1b (neu) SGB V im sogenannten Vorwegabzug wie die weiteren Leistungen im Notdienst und Notfall vergütet werden, um die eigentliche Vergütung der Leistungen unabhängig von Honorarverteilungsmaßstab sicherzustellen.

Positiv hervorzuheben ist die vorgenommene Konkretisierung der Beteiligung der privaten Krankenversicherung in Höhe von sieben Prozent. Diese entspricht der üblichen Praxis. Die Verpflichtung zur Veröffentlichung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist richtig, um die notwendige Transparenz herzustellen.

C Änderungsvorschlag

Der Satz 1 wird wie folgt gefasst: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich **können** auf Grundlage der in Satz 6 genannten Kalkulation einen jährlich von den Kassenärztlichen Vereinigungen zum einen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zum anderen in jeweils gleicher Höhe über die nach Absatz 1a bereitzustellenden Mittel hinaus bereitzustellenden Betrag zur Finanzierung der in Satz 5 genannten Förderungen **vereinbaren.**“

Der Satz 9 wird gestrichen.

Es werden folgende Sätze 10 (neu) und 11 (neu) hinzugefügt:

„Die Mittel sind insgesamt auf höchstens 0,5 Prozent der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen begrenzt. Darüber hinausgehende Aufwendungen sind vollständig durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu tragen.“

In § 87b Abs. 1 Satz 3 wird das Wort „und“ nach im Notfall durch ein „,“ ersetzt und nach dem Wort „Notdienst“ die Wörter „und der notdienstlichen Akutversorgung“ ergänzt.

Nr. 10 § 120 SGB V Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

a) redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des § 75 Absatz 1b.

b) Der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss zum Erlass einer Richtlinie für ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren wird aufgehoben.

B Stellungnahme

a) Die Regelung ist sachgerecht.

b) Die Regelung ist sachgerecht. In dem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass das Ersteinschätzungsverfahren nach § 123 Abs. 3 SGB V (neu) als allgemeiner Standard etabliert werden soll und nicht auf die Arbeit des INZ begrenzt sein darf.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 11 § 123 SGB V Integrierte Notfallzentren

A Beabsichtigte Neuregelung

Abs. 1: Integrierte Notfallzentren (INZ) bestehen aus der Notaufnahme eines zugelassenen Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der KVen und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle. Die fachliche Leitung und Verantwortung für die Ersteinschätzungsstelle liegt beim Krankenhaus, es sei denn, in der Kooperationsvereinbarung nach § 123a Abs. 2 SGB V ist etwas anderes geregelt.

Die KVen stellen die notdienstliche Akutversorgung durch Kooperationen mit den Krankenhäusern im Rahmen der INZ und Einbindung der zentralen Notaufnahmen (ZNA) sicher. Krankenhäuser, die als INZ-Standort bestimmt wurden und die zuständigen KVen sind zur Kooperation mit der KV verpflichtet. Die KVen binden die Notaufnahme des jeweiligen Krankenhauses in den Notdienst ein. Die Vertragspartner des INZ sollen mit Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) im Umkreis des Krankenhausstandortes Kooperationen eingehen, um die Versorgung von Akutfällen außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxen sicherzustellen. INZ und Kooperationspraxen müssen organisatorisch und technisch so vernetzt sein, dass eine digitale Fallübergabe gewährleistet ist. Kooperationspraxen sind bei der Versorgung der Hilfesuchenden nicht auf die notdienstliche Erstversorgung beschränkt.

Abs. 2: Hilfesuchende, die selbstständig ein INZ aufsuchen, werden von der Ersteinschätzungsstelle hinsichtlich der Behandlungsdringlichkeit und der geeigneten Versorgungsebene innerhalb des INZ, einschließlich der Kooperationspraxis, eingeschätzt. Die Durchführung der Ersteinschätzung kann an nichtärztliches Personal delegiert werden. Sowie der G-BA das digitale standardisierte Einschätzungsinstrument nach Abs. 3 zur Verwendung bestimmt hat, darf nur noch dieses Instrument verwendet werden. Innerhalb des INZ erfolgt eine digitale Fallübergabe in einem interoperablen Datenformat. INZ bieten Patientinnen und Patienten nach der notdienstlichen Akutversorgung bei Bedarf die Vermittlung eines Termins für die ambulante Weiterbehandlung in der vertragsärztlichen Regelversorgung an. Hilfesuchende, die nachweislich über die Vermittlung der Akutleitstelle ein INZ aufsuchen, sind bei gleicher medizinischer Behandlungsdringlichkeit grundsätzlich vorrangig zu behandeln.

Abs. 3: Der G-BA legt innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes in einer Richtlinie Vorgaben für ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument fest. Außerdem regelt er, wie die Einhaltung der Vorgaben nachgewiesen werden soll, wie die Ersteinschätzungsstellen die Verwendung des Ersteinschätzungsinstruments nachweisen und ab wann das Instrument zu verwenden ist. Darüber hinaus legt der G-BA die Mindestanforderungen an die sachliche und perso-

nelle Ausstattung der Notdienstpraxen in den INZ fest, die sich an der üblichen Ausstattung einer Hausarztpraxis orientieren soll. Zudem sollen Vorgaben zum Nachweis und zur Kontrolle dieser Mindestanforderungen festgelegt werden.

Die Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung nach § 136c Absatz 4 hat der G-BA in der Richtlinie zu berücksichtigen. Die Vergütung der Erstein-schätzung ist ab dem Zeitpunkt, an dem das standardisierte Ersteinschätzungs-instrument gilt, an den Nachweis seiner Verwendung geknüpft. Wissenschaftliche Fachgesellschaften können Stellung zur Richtlinie nehmen; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der G-BA prüft bis zum 31.12.2026 die Auswir-kung der Richtlinie in Bezug auf die Inanspruchnahme der Notaufnahmen und der Notdienstpraxen, der Auswirkungen auf die Patientenversorgung sowie die Erforder-lichkeit zur Anpassung der Regelungen und berichtet dem BMG darüber. Das Nähere zur Umsetzung dieses Auftrages inklusive der Übermittlung der notwendigen Daten an den G-BA wird in der Richtlinie festgelegt.

Abs. 4: Der ergänzte Bewertungsausschuss Ärzte wird verpflichtet, bis zum über-nächsten Quartal nach Inkrafttreten im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärzt-liche Leistungen (EBM) die Vergütung der Erstein-schätzung nach Absatz 2 Satz 1 als separat abzurechnende Einzelleistung festzulegen. Es besteht eine Evaluations-verpflichtung bezüglich der Entwicklung der Leistung, dem Abrechnungsort und der Auswirkungen auf Versorgung und Vergütung. Dieser Bericht ist dem Bundesgesund-heitsministerium vorzulegen. Der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 3 und der Be-wertungsausschuss nach § 87 Abs. 5a beschließen die für die Evaluation der Ent-wicklung der Leistungen der Notaufnahmen und Notdienst- und Kooperationspraxen notwendigen Fallkennzeichnungen zur Identifikation von Notaufnahmen, Notdienst-praxen und Kooperationspraxen.

Abs. 5: Um eine Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln, apo-thekenpflichtigen Medizinprodukten und Verbandmitteln in Notdienstpraxen am INZ sicherzustellen, sind entsprechende Versorgungsverträge zwischen den zuständigen KVen und den Apotheken nach dem neuen § 12b Apothekengesetz zu schließen. Im vertragslosen Zustand sind die Notdienstpraxen verpflichtet, die Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln für den akuten Bedarf mit einer zur Überbrückung benö-tigten Menge zu versorgen, sofern im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder Feiertag folgt. Eine analoge Regelung besteht bereits im Rah-men des Entlassmanagements im stationären Bereich.

Abs. 6: INZ gewährleisten die Behandlung von Kindern und Jugendlichen durch tele-medizinische oder telefonische Konsile, wenn am Standort kein INZ für Kinder und Jugendliche (KINZ) vorhanden ist. Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Ab-satz 4a kann Empfehlungen für die Konzeption und Koordinierung dieser telemedizi-nischen Konsile aussprechen.

Abs. 7: Die KVen berichten den für die Sozialversicherung und den für die Krankenhausplanungen zuständigen Aufsichtsorganen jährlich über die Versorgung in den Integrierten Notfalldienstpraxen, über die Anzahl der eingebundenen Kooperationspraxen und eingerichteten integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche, über den Anteil der Inanspruchnahme mit und ohne vorherigen Kontakt der Akutleitstelle und über die Anzahl der erfolgten Apothekenansiedlungen an Standorten der Integrierten Notfallzentren. Eine ähnliche Pflicht soll ohne konkrete Ausgestaltung auch der KBV gegenüber dem BMG auferlegt werden.

B Stellungnahme

Der AOK-Bundesverband vertritt hinsichtlich der Reform der Notfallversorgung und der Ausgestaltung der INZ eine grundsätzlich andere Positionierung. Diese ist der Stellungnahme als Anlage angefügt. Nachfolgend werden die Regelungen unabhängig von diesen Positionen bewertet.

Abs. 1: Die hier dargestellte Lösung hinsichtlich des Aufbaus eines INZ ist sachgerecht. Sie muss jedoch erst noch den Beleg erbringen, dass sie die Nutzung der Notaufnahmen der Krankenhäuser deutlich vermindert und die Anzahl der stationären Aufnahmen signifikant senkt (OECD-Durchschnitt als Orientierung). Soweit dieses Ziel nicht erreicht wird, muss eine Nachsteuerung erfolgen (siehe Anlage „AOK-Positionierung zur Reform der Notfallversorgung“).

Die Festlegungen, dass sowohl das als INZ-Standort benannte Krankenhaus als auch die zuständige KV zur Einrichtung eines INZ verpflichtet sind und dass die fachliche Leitung und Verantwortung für die Ersteinschätzungsstelle bei den Krankenhäusern liegt, ist sachgerecht. Gleiches gilt für die geplanten Kooperationen der INZ-Vertragspartner mit Vertragsarztpraxen und MVZ in der näheren Umgebung. Die Versorgung in den Kooperationspraxen darf jedoch nicht zu Mehrausgaben für die GKV führen, daher sind monetäre Anreize für diese Kooperationen abzulehnen.

Die Vorgabe, eine digitale Fallübergabe in einem interoperablen Datenformat zwischen allen am INZ Beteiligten zu implementieren, wird begrüßt. Sie ist notwendig, um die Prozesse im INZ effizient zu gestalten. Die Vorgabe dürfte in der Praxis aber zumindest in der Anfangsphase auf Umsetzungsschwierigkeiten stoßen, da die Krankenhaus- und Praxisinformationssysteme durch die Hersteller erst angepasst werden müssen. Außerdem muss es bundesweit einheitliche Vorgaben zum Inhalt und zur Umsetzung geben.

Die geplante Weiterleitung der Hilfesuchenden innerhalb der regulären Sprechstundenzeiten und außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxen in Kooperationspraxen ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Regelung greift jedoch zu kurz. Die Weiterleitung von Hilfesuchenden mit ambulantem Versorgungsbedarf muss in jede

Vertragsarztpraxis möglich sein, die über freie Termine verfügt. Eine Terminvermittlung sollte in den INZ über die Terminservicestellen erfolgen. Nur so ist eine effektive Entlastung der Notaufnahmen der Krankenhäuser zu erreichen.

Abs. 2: Die Ersteinschätzung der Hilfesuchenden mittels eines bundesweit einheitlichen Ersteinschätzungsinstruments, dass sowohl die Behandlungsdringlichkeit als auch die richtige Versorgungsebene ermittelt, wird begrüßt. Auch die Delegationsmöglichkeit an nichtärztliches Personal ist richtig, um das ärztliche Personal zu entlasten. Die Weiterleitung in die richtige Versorgungsebene soll allerdings nur innerhalb des INZ einschließlich der Kooperationspraxen erfolgen. Es ist vorgesehen, dass Hilfesuchende nach erfolgter Ersteinschätzung nur nach einer separat zu vergütenden tatsächlichen Untersuchung durch eine Ärztin/einen Arzt innerhalb des INZ in die reguläre vertragsärztliche Regelversorgung verwiesen werden dürfen. Sofern es keine Kooperationspraxis am INZ gibt und / oder die Notdienstpraxis zum Zeitpunkt der Ersteinschätzung geschlossen hat, kann der Hilfesuchende damit nur in der Notaufnahme versorgt werden, auch wenn die Ersteinschätzung eigentlich einen ambulanten Versorgungsbedarf ermittelt hat. Um die Notaufnahmen der Krankenhäuser effektiv zu entlasten, muss daher die Weiterleitung von Hilfesuchenden, bei denen die Ersteinschätzung keinen dringlichen Behandlungsbedarf ergeben hat, in die vertragsärztliche Regelversorgung möglich sein.

Ebenfalls im Gesetzestext ergänzt werden sollte die bisher nur in der Gesetzesbegründung dargestellte Regelung, dass Hilfesuchende, die kein dringendes gesundheitliches Problem schildern, sondern beispielsweise nur eine Routineuntersuchung wünschen, keine Ersteinschätzung erhalten und direkt an die vertragsärztliche Regelversorgung bzw. die Rufnummer 116 117 verwiesen werden dürfen.

Dass INZ den Patientinnen und Patienten bei Bedarf die Vermittlung eines Termins in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung anbieten sollen, ist im Sinne der Vermeidung von Versorgungsbrüchen zu begrüßen. Allerdings sollte diese Terminvermittlung bei Bedarf auch über die Terminservicestellen erfolgen können. Die Bevorzugung von Patientinnen und Patienten, die über die Vermittlung der Akutleitstelle in ein INZ kommen, würde einen wichtigen Anreiz für Hilfesuchende setzen, sich bei akuten gesundheitlichen Problemen zunächst immer an die Akutleitstelle zu wenden. Dies ist wünschenswert, weil die Steuerung der Patientinnen und Patienten in die richtige Versorgungsebene am besten bereits bei der Akut- oder Rettungsleitstelle beginnt, um die INZ und damit die Notaufnahme der Krankenhäuser zu entlasten. Voraussetzung ist jedoch, dass die Hilfesuchenden die Telefonnummer 116 117 und die damit verknüpften Angebote auch kennen. Das ist bisher nicht ausreichend der Fall. Es werden daher entsprechende Aufklärungskampagnen durch die KVen benötigt.

Abs. 3: Es wird begrüßt, dass der G-BA bundesweit einheitlich geltende Vorgaben für das standardisierte Ersteinschätzungsverfahren festlegt. Nur so können eine effektive Steuerung der Hilfesuchenden und eine Entlastung der Notaufnahmen der Krankenhäuser gelingen.

Wichtig ist hierbei, dass das Ersteinschätzungsverfahren nicht auf die Arbeit des INZ begrenzt bleibt, sondern als allgemeiner Standard etabliert und eingeführt wird. Die Regelungen sind entsprechend auszuweiten.

Die Regelung, dass die Vergütung der Ersteinschätzung an den Nachweis der Verwendung des standardisierten Ersteinschätzungsinstruments geknüpft ist und dass der G-BA die Vorgaben zu Form und Inhalt des Nachweises festlegt, wird begrüßt. Begrüßt wird auch, dass der G-BA Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen in den INZ und Vorgaben zum Nachweis der Einhaltung und zur Kontrolle festlegt. Dadurch wird sichergestellt, dass bundesweit eine einheitliche Mindeststrukturqualität in den Notdienstpraxen eingehalten wird. Darüber hinaus muss die Vergütung der Behandlung in den Notdienstpraxen an die Einhaltung der Mindestanforderungen geknüpft sein. Diese Vorgaben sind aber richtiger Weise an anderer Stelle verortet.

Darüber hinaus sollte der G-BA in der Richtlinie auch das Nähere zur Organisation der INZ festlegen, um KVen und Krankenhausträger beim Abschluss von Kooperationsverträgen zu entlasten und um möglichst einheitliche Rahmenbedingungen für die INZ zu schaffen. Hier gilt das zuvor Geschriebene bezüglich der Verortung.

Die Berücksichtigung der Regelungen der Notfallstufen-Richtlinie und das Stellungnahmeverfahren für die wissenschaftlichen Fachgesellschaften sind sachgerecht. Die Auswirkungsanalyse inklusive Prüfung der Erforderlichkeit einer Anpassung der Regelungen mit Bericht an das BMG wird begrüßt. Sofern das Ziel, bundesweit eine einheitliche und gleichwertige Notfallversorgung sicherzustellen, nicht erreicht wird, muss zeitnah eine Nachsteuerung erfolgen.

Abs. 4: Die Regelung ist sachgerecht. Es sollte in diesem Zusammenhang eine Klarstellung ergänzt werden, dass die Vergütungshöhe sich an vergleichbaren Leistungen zu orientieren hat. Hintergrund ist das ungleiche Stimmgewicht zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern im erweiterten ergänzten Bewertungsausschuss.

Abs. 5: Die vorgesehene Regelung zur Arzneimittelversorgung von akut erkrankten Patientinnen und Patienten im unmittelbaren Anschluss an eine Notfall-Behandlung und in direkter Nähe zu den Notdienstpraxen ist grundsätzlich zu begrüßen. Die strukturelle Flexibilisierung der Notfallversorgung mit einer Verbesserung der Arzneimittelversorgung an INZ entspricht einer wichtigen Forderung der AOK-Gemeinschaft. So ist die geplante Integration von Apotheken-Notdiensten in eine zentrale

ambulante Notfallversorgung / Notfallzentrum mit Flexibilisierung von räumlichen und organisatorischen Anforderungen ein positiver Schritt hin zu einer sicheren und hochwertigen, aber auch patientenorientierten Versorgung.

Vor dem Hintergrund bereits bestehender Versorgungsstrukturen in Form der regulären Notdienstapotheken sowie von krankenhausversorgenden Apotheken und Krankenhausapotheken wäre zur Verhinderung der Erschaffung neuer Parallelstrukturen zunächst jedoch zu prüfen, inwieweit die Versorgung der Notdienstpraxen auch von diesen Einrichtungen übernommen werden könnte. Dies würde bestehende Strukturen stärken und den Personal- und Ressourceneinsatz schonen. Hier könnte eine Vernetzung der bestehenden Apothekennotdienste mit der Dienstbereitschaft der Notdienstpraxen und die regionale Koordination durch die Landesapothekerkammern eine geeignete Maßnahme darstellen.

Unklar bleibt im Gesetzentwurf jedoch weiterhin die Frage der Finanzierung, sofern die Versorgung der Notdienstpraxen durch spezielle versorgende Apotheken erfolgen soll. Um Doppelfinanzierungen zu vermeiden, wären auch konkrete Anforderungen zur Finanzierung in den Versorgungsverträgen zu regeln. Hier könnte eine Finanzierung aus der Nacht-/Notdienstvergütung/-fond, die sich jedoch an den tatsächlich erbrachten Notdienstzeiten bemessen muss, eine sachgerechte Lösung darstellen. Zudem fehlt im Gesetzentwurf eine Definition der Begrifflichkeit „unmittelbare Nähe“ einer Apotheke zum INZ; dies muss konkret definiert werden. Hintergrund sind Rechtsstreitigkeiten dahingehend, wie die „unmittelbare Nähe“ klar definiert werden kann. So sollte eine fußläufige Erreichbarkeit sichergestellt sein, um unnötige Wege der Patientinnen und Patienten, insbesondere nach einer medizinischen Behandlung, zu verhindern.

Alternativ kann die Arzneimittelversorgung auch über einen am INZ stationierten Abgabeautomaten unter Zuhilfenahme telepharmazeutischer Beratungsangebote sinnvoll erfolgen. Denn was in der vertragsärztlichen Praxis bereits möglich ist, sollte gleichermaßen auch für Apotheken gelten: die Chancen der Telepharmazie könnten damit ressourcenschonend zur Sicherung einer hohen Versorgungsqualität genutzt werden und zur Entlastung beitragen. Zudem wäre eine Erweiterung der Hotline 116 117 des kassenärztlichen Notdienstes für die Vermittlung von Notdienstapotheken zu begrüßen, um Patientinnen und Patienten schnell und unkompliziert bei der Suche nach einer dienstbereiten Apotheke zu unterstützen.

Abs. 6: Die Regelung, die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in INZ bei Bedarf durch telemedizinische oder telefonische Konsile vorzunehmen, wird begrüßt. Die Bestimmung, dass der erweiterte Landesausschuss auf Landesebene die Konzeption und Koordinierung der telemedizinischen Unterstützung empfehlen kann, ist richtig, greift aber zu kurz. Zur Vermeidung von Individuallösungen einzelner INZ sollte der erweiterte Landesausschuss die Vorgaben zwingend landesweit vorge-

ben. Auf Landesebene gibt es sehr unterschiedliche Strukturen und Versorgungsangebote im Kinder- und Jugendbereich. Die konzeptionelle Ausgestaltung und die telemedizinische Anbindung können so die landesspezifischen Besonderheiten berücksichtigen.

Abs. 7: Die Regelung ist grundsätzlich nachvollziehbar. Kritisch anzumerken ist, dass bei der bisherigen Berichtspflicht keine Information an die Kostenträger erfolgt. Das ist gerade im Hinblick auf sachgerechte Entscheidungen zu den Einrichtungen der INZ zwingend anzupassen. Die von den KVen und der KBV erstellten Berichte sind auch den Landesverbänden der Krankenkassen / Ersatzkassen bzw. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung zu stellen.

C Änderungsvorschlag

Abs. 1

Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Nationale Agentur für Digitale Medizin (Gematik), das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) und der Bundesbeauftragte für den Datenschutz legen drei Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes ein datenschutzkonformes Konzept für die Umsetzung der digitalen Fallübergabe vor.“

Abs. 2

Satz 1 wird wie folgt gefasst:

Für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, trifft die zentrale Ersteinschätzungsstelle eine Entscheidung über die Behandlungsdringlichkeit und die geeignete Versorgungsebene innerhalb des jeweiligen Integrierten Notfallzentrums **oder außerhalb des Integrierten Notfallzentrums in der vertragsärztlichen Regelversorgung bei Fällen mit einem ärztlichen Behandlungsbedarf, jedoch ohne sofortige Behandlungsnotwendigkeit.**

Der Absatz wird um folgenden Satz ergänzt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen informieren die Versicherten durch geeignete Kampagnen in der Öffentlichkeit, in den Medien und in den Vertragsarztpraxen regelmäßig und wiederholt über die Angebote der Akutleitstelle und der Terminservicestellen sowie über die integrierten Notfallzentren.“

Abs. 3

Satz 1 Nummer 1 wird wie folgt geändert:

„1. Vorgaben an ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument, das für Hilfesuchende einerseits die Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs feststellt und andererseits die Bestimmung der sachgerechten Versorgungsebene innerhalb der

Kooperation nach Absatz 1 **und außerhalb der Kooperation in der vertragsärztlichen Regelversorgung** als Grundlage für die Ersteinschätzungsstelle ermöglicht.“

Satz 1 Nummer 5 bis 7 werden gestrichen und nach Nummer 4 wird folgende Nummer ergänzt:

„5. Vorgaben zum Nachweis gegenüber der Terminservicestelle, dass ein Fall nach § 75 Abs. 1a Satz 4 Nummer 2 vorliegt.“

Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Vergütung der Behandlung in den Notdienstpraxen setzt voraus, dass die Einhaltung der G-BA Mindestanforderungen nach Satz 1 Nr. 5 gemäß Satz 1 Nr. 6 nachgewiesen wurde.“

Abs. 4

Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 neu hinzugefügt:

„Die Höhe der Vergütung hat sich an vergleichbaren Leistungen zu orientieren.“

Abs. 5

Kein Änderungsbedarf.

Abs. 6

Kein Änderungsbedarf.

Abs. 7

Es wird nach Satz 2 folgender Satz 3 (neu) hinzugefügt:

„Die Berichte werden auch den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen bzw. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung gestellt.“

Nr. 11 § 123a SGB V Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

A Beabsichtigte Neuregelung

Abs. 1: Der um Mitglieder der Krankenhäuser erweiterte Landesausschuss nach § 90 Abs. 4a SGB V bestimmt innerhalb von sechs Monaten nach Verkündung des Gesetzes die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser, an denen INZ eingerichtet werden sollen. Bundeswehrkrankenhäuser sollen dabei vorrangig berücksichtigt werden. Dazu soll er geeignete Planungsregionen zur flächendeckenden Versorgung mit INZ festlegen. Voraussetzungen für die Eignung eines Krankenhauses als INZ-Standort sind das Vorliegen mindestens der Notfallstufe der Basisversorgung nach § 136c Abs. 4 SGB V und das keine berechtigten Interessen des Krankenhauses entgegenstehen. Weitere Kriterien für die Standortfestlegung sind die Erreichbarkeit innerhalb von 30 Fahrzeugminuten für mindestens 95 Prozent der Menschen in der Planungsregion, die Zahl der zu versorgenden Menschen in der Planungsregion, die Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Personennahverkehr und die vorhandenen Möglichkeiten der Kooperation mit Vertragsärzten und MVZ in der Nähe des Krankenhauses.

Sofern mehrere Krankenhäuser in einer Planungsregion diese Kriterien erfüllen, sollen Krankenhäuser bevorzugt werden, die eine höhere Notfallstufe oder eine leistungsfähigere Notaufnahme (nach Fallzahl o. ä.) aufweisen, über mehr notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen verfügen, bereits bestehende Notdienstpraxen der KV am Krankenhausstandort haben oder in denen Notdienstpraxen unmittelbar in der Notaufnahme eingerichtet werden können.

Der erweiterte Landesausschuss kann davon abweichend einen Krankenhausstandort bestimmen, wenn dies zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung notwendig ist. Die Bestimmung eines Standorts erfolgt durch Bescheid, gegen den der Rechtsweg vor den Sozialgerichten eröffnet ist, wobei Widerspruch und Klage keine aufschiebende Wirkung haben.

Abs. 2: Für die Organisation des INZ schließen die KV und der Krankenhausträger innerhalb von sechs Monaten nach Festlegung des Standortes eine Kooperationsvereinbarung und richten ein Organisationsgremium ein für die Regelungen der Zusammenarbeit und für ein gemeinsames Qualitätsmanagement. Für das Qualitätsmanagement dürfen personenbezogene Daten verarbeitet werden. Die Kooperationsvereinbarung sollte insbesondere Regelungen zum Organisationsgremium, zur Vernetzung und digitalen Fallübergabe, zur Durchführung der Ersteinschätzung, zur Organisation der Ersteinschätzungsstelle, zum Betrieb der Notdienstpraxis, zur Ausgestaltung der Ausschreibung für Versorgungsvertrag nach § 12b Apothekengesetz, zur Nutzung der technischen und diagnostischen Einrichtungen des Krankenhauses, zu den Voraussetzungen für die Weiterleitung von Hilfesuchenden in die Kooperationspraxen und zu Regelungen für den Fall von wiederholten und schwerwiegenden Verstößen gegen die Kooperationsvereinbarung und für den Fall, dass die „Koopera-

tionspraxis“ (gemeint ist eigentlich die Notdienstpraxis) sich nicht an die gesetzlichen Mindestöffnungszeiten oder an die vertraglich festgelegten Öffnungszeiten hält. In die Ausgestaltung der Kooperationsverträge nach § 12b Apothekengesetz sind die Kooperationsvertragspartner miteinzubeziehen. Sofern der Betrieb einer notdienstversorgenden Apotheke auf dem Gelände der Notdienstpraxen („zweite Offizin“) erfolgen soll, ist zudem die Anmietung oder Gestellung von Räumlichkeiten in den Kooperationsvertrag einzubeziehen.

Die Notdienstpraxis hat mindestens an Wochenenden und Feiertagen von 9 bis 21 Uhr, Mittwoch und Freitag von 14 bis 21 Uhr und Montag, Dienstag und Donnerstag von 18 bis 21 Uhr zu öffnen. Soweit nachgewiesen werden kann, dass der Betrieb der Notdienstpraxis aufgrund zu geringer Inanspruchnahme nicht bedarfsgerecht ist, können in der Kooperationsvereinbarung auch kürzere Öffnungszeiten vereinbart werden. Es ist möglich, entsprechende Regelungen auch als Rahmenvertrag in dreiseitigen Verträgen nach §115 Abs. 2 Satz 1 Nummer 3 landesweit vorzugeben. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt eine Spezifikation einer interoperablen Schnittstelle zur digitalen Fallübergabe im Einvernehmen mit dem Kompetenzzentrum für Interoperabilität.

Abs. 3: Sofern eine Kooperationsvereinbarung nicht rechtzeitig zustande kommt, legt eine von den Vertragsparteien zu bestimmende Schiedsperson die Vertragsinhalte innerhalb von drei Monaten fest. Kann sich nicht auf eine Schiedsperson geeinigt werden, legt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde eine Schiedsperson fest. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragsparteien je zur Hälfte. Klagen haben keine aufschiebende Wirkung und richten sich nicht gegen die Schiedsperson, sondern gegen eine der beiden Vertragsparteien.

B Stellungnahme

Abs. 1: Die Bestimmung der Standorte durch den erweiterten Landesausschuss ist sachgerecht. Die Berücksichtigung der Bundeswehrkrankenhäuser bei der Standortwahl ist grundsätzlich richtig, allerdings ist hier keine Vorrangigkeit notwendig. Die regional vorhandenen notdienstlichen Strukturen, beispielsweise das Vorhandensein von KV-Notdienstpraxen, sollten bei der Auswahlentscheidung mitberücksichtigt werden. Die Kriterien für die Standortfestlegung und für die Festlegung geeigneter Planungsregionen sollten durch den G-BA bundesweit einheitlich festgelegt werden und dabei Handlungsspielräume für regionale Gestaltungsmöglichkeiten lassen. Die Anzahl der INZ-Standorte muss sich am tatsächlichen Bevölkerungsbedarf orientieren. Hierzu sind weitergehende Bestimmungen notwendig. Die Regelung, dass bei der Standortbestimmung auf die Erfüllung der Kriterien verzichtet werden kann, wenn anderweitig die flächendeckende Versorgung nicht gesichert werden kann, wird begrüßt.

Die Spezifizierung der interoperablen Schnittstelle zur Digitalen Fallübergabe wird grundsätzlich begrüßt. Jedoch sollte ein Konzept hierzu von der Nationalen Agentur

für Digitale Medizin, dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und des Bundesbeauftragten für den Datenschutz erstellt werden.

Abs. 2: Der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen wird grundsätzlich begrüßt. Um allerdings eine einheitliche Ausgestaltung der INZ zu gewährleisten, sollten durch den G-BA entsprechende allgemeine Kriterien festgelegt werden, die bundesweit gelten. Der gemeinsame Betrieb der INZ durch KV und Krankenhausträger ist sachgerecht und im Sinne der sektorenübergreifenden Versorgung notwendig. Die festgelegten Mindestöffnungszeiten für die Notdienstpraxen sind ebenfalls sachgerecht, da sie außerhalb der regulären vertragsärztlichen Sprechzeiten liegen und damit die Vorhaltung von Doppelstrukturen vermieden wird. Darüber hinaus sollten sich die Öffnungszeiten grundsätzlich am Bevölkerungsbedarf orientieren. Die Regelung in Absatz 2 Satz 4 Nr. 6 ist sachgerecht und Voraussetzung für einen Betrieb der notdienstversorgenden Apotheken gemäß Artikel 5.

In Absatz 2 Satz 4 Nr. 9 gibt es einen redaktionellen Fehler: Statt der „Kooperationspraxis“ ist hier eigentlich die „Notdienstpraxis“ gemeint, wie auch aus der Gesetzesbegründung hervorgeht.

Abs. 3: Die Regelungen zum Schiedsverfahren sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Abs. 1

In § 101 Absatz 1 Satz 1 wird nach der Nummer 3a die folgende Nummer 3b eingefügt: „3b. Allgemeine Voraussetzungen, nach denen der erweiterte Landesauschuss nach § 90 Absatz 4a Feststellungen gemäß § 123, 123a und 123b trifft.“

In § 101 wird folgender Absatz 7 ergänzt:

„Die Allgemeinen Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3b umfassen insbesondere die folgenden Kriterien:

- eine Planungsregion, z.B. eine Planung auf Kreis- bzw. Bezirksebene in Großstädten,
- eine Kapazitätsplanung mit Bevölkerungsbezug, z. B. mittels einer Verhältniszahl, die den Bedarf an Ärztinnen und Ärzten für die notdienstliche Akutversorgung der Bevölkerung in KV-Notdienstpraxen abbildet und die Festlegung der maximalen personellen Kapazitäten je KV-Notdienstpraxis,
- sächliche und personelle Mindestanforderungen für den Betrieb einer KV-Notdienstpraxis einschließlich der Vorgaben zur Ermittlung von bedarfsgerechten Mindestöffnungszeiten in Abhängigkeit vom Patientenaufkommen,
- eine Erreichbarkeit für 95 v. H. der Bevölkerung innerhalb von 30 PKW - Fahrzeitminuten.

- die Berücksichtigung der Notfallstufe der Krankenhäuser; Voraussetzung ist mindestens die Erfüllung der Anforderungen der Basisnotfallstufe gemäß Abschnitt III der Notfallstufenregelung des G-BA.

Für die Auswahl der Standorte bei mehreren geeigneten Krankenhäusern erfolgt die Auswahl nach der folgenden Reihenfolge:

1. Vorrangigkeit von höheren Notfallstufen der Krankenhäuser,
2. Sicherstellungshäuser,
3. Vorrangigkeit von höheren stationären Fallzahlen der Krankenhäuser,
4. bestehende KV-Notdienstpraxen oder Standorte eines Bundeswehrkrankenhauses.

§ 123a Absatz 1 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Abs. 4a kann abweichend von den Sätzen 3 bis 5 einen Krankenhausstandort bestimmen, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich und eine Versorgung durch den aufsuchenden Dienst gemäß § 75 Absatz 1b Satz 4 Nummer 3 nicht wirtschaftlicher ist.

Abs. 2

Der Absatz wird wie folgt gefasst:

„Zur Organisation des Integrierten Notfallzentrums schließen die Kassenärztliche Vereinigung und der Krankenhausträger innerhalb von sechs Monaten, nachdem der Krankenhausstandort als Standort eines Integrierten Notfallzentrums nach Absatz 1 Satz 1 bestimmt worden ist, eine Kooperationsvereinbarung. In der Kooperationsvereinbarung nach Satz 1 ist insbesondere das Nähere zu vereinbaren

- zur Organisation des Integrierten Notfallzentrums sowie zur personellen Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle und der Weisungsfreiheit des Personals,
- zur Ausgestaltung der Ausschreibung des gemäß § 123 Absatz 5 abzuschließenden Versorgungsvertrags nach § 12b Apothekengesetz einschließlich der Möglichkeit der Anmietung oder Gestellung von Räumlichkeiten durch oder für Apotheken,
- zur Nutzung der technischen und diagnostischen Einrichtungen des Krankenhauses durch die Notdienstpraxis einschließlich Nutzungsentgelten,
- zu einem gemeinsamen Qualitätsmanagement nach Vorgaben des G-BA.

Vertragliche Regelungen nach Satz 1 können als Rahmenvertrag in dreiseitigen Verträgen nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 landesweit vorgegeben werden. Die Vorgaben zu den Öffnungszeiten nach § 101 Absatz 7 Nummer 3 sind von dem jeweiligen Integrierten Notfallzentrum einzuhalten.

Sofern der ursprüngliche Regelungsvorschlag beibehalten wird:

In Absatz 2 Satz 4 Nr. 9 wird das Wort „Kooperationspraxis“ durch das Wort „Notdienstpraxis“ ersetzt und die Sätze 9 und 10 gestrichen. In § 123 Abs. 1 SGB V wird nach Satz 5 folgender Satz eingefügt:

„Die Nationale Agentur für Digitale Medizin (Gematik), das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) und der Bundesbeauftragte für den Datenschutz legen drei Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes ein datenschutzkonformes Konzept für die Umsetzung der digitalen Fallübergabe vor.“

Abs. 3

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 11 § 123b SGB V Integrierte Notfallzentren für Kinder- und Jugendliche

A Beabsichtigte Neuregelung

Abs. 1: Der um Mitglieder der Krankenhäuser erweiterte Landesausschuss nach § 90 Abs. 4a SGB V kann innerhalb von zwölf Monaten nach Verkündung des Gesetzes die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser bestimmen, an denen Integrierte Notfallzentren für Kinder- und Jugendliche (KINZ) eingerichtet werden sollen. Voraussetzungen für die Eignung eines Krankenhauses als KINZ-Standort sind das Vorliegen des Moduls „Notfallversorgung Kinder“ gemäß der Notfallstufenregelungen nach § 136c Abs. 4 SGB V und das keine berechtigten Interessen des Krankenhauses oder der KV entgegenstehen, die das Interesse an einer flächendeckenden Versorgung mit INZ für Kinder und Jugendliche überwiegen. Ein berechtigtes Interesse der KV kann darin bestehen, dass die Fachärzte- und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin vor Überlastung geschützt werden und der Betrieb der Vertragsarztpraxen nicht gefährdet wird.

Abs. 2: Die Regelungen nach § 123 Abs. 1 bis 3 und 5 sowie § 123a Abs. 2 bis 4 gelten entsprechend.

B Stellungnahme

Abs. 1: Die Regelung ist sachgerecht. Die Festlegung der Standorte sollte sich am tatsächlichen Bedarf orientieren. Unklar bleibt, warum die Standorte der KINZ erst nach 12 Monaten eingerichtet werden sollen und nicht nach 6 Monaten, wie bei den INZ.

Abs. 2: siehe Ausführung zum § 123 Abs. 1 bis 3 und 5 sowie § 123a Abs. 2 bis 4.

C Änderungsvorschlag

Abs. 1

Satz 1 wird folgendermaßen geändert:

„(1) Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann Standorte zugelassener Krankenhäuser bestimmen, an denen Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche eingerichtet werden. Bis zum [...] [einsetzen: Datum des ersten Tages des **sechsten** auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] hat er erstmals über die Einrichtung von Standorten nach Satz 1 zu entscheiden.“

Abs. 2

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 12 § 133a SGB V Gesundheitsleitsysteme

A Beabsichtigte Neuregelung

Die KVen als Träger der Akutleitstellen haben sich mit Rettungsleitstellen digital zu vernetzen, sofern die Rettungsleitstelle einen Antrag stellt. Mit dieser Vernetzung soll ein Gesundheitsleitsystem eingeführt werden, welches die Hilfesuchenden, die sich an eine Akutleitstelle oder Rettungsleitstelle wenden, an die notwendigen medizinischen Angebote vermittelt. Im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zwischen Rettungsleitstelle und der jeweiligen KV sollen Regelungen zur Abstimmung der Abfragesysteme in den Gesundheitsleitsystemen, zu den technischen und strukturellen Anforderungen sowie zum gemeinsamen Qualitätsmanagement getroffen werden.

B Stellungnahme

Die bessere Vernetzung zwischen Rettungsleitstellen und den KV-Akutleitstellen mit telefonischer Weiterleitung und medienbruchfreier Datenübergabe ist essenziell. Kritisch ist, dass hierfür kein überregional verbindlicher einheitlicher Rahmen geschaffen wird, sondern es ins Belieben der einzelnen Rettungsleitstelle gestellt wird, eine individuelle Vereinbarung mit der jeweiligen KV zu schließen. Dies wird zu einer unterschiedlichen Umsetzung der Vorgaben für die technische Unterstützung, für das Abfragesystem oder auch zum Qualitätsmanagement führen. Zwar sollen die KVen auf einheitliche Vereinbarungen zur Abstimmung der Abfragesysteme hinwirken. Es bleibt fraglich, inwieweit dies wirklich in der Praxis gelingt. Der Bürokratieaufwand für alle Beteiligten scheint hoch. Kooperationen zwischen KV-Akutleitstelle und Rettungsleitstelle müssten verpflichtend vorgegeben sein, um eine wirksame Steuerung und nachhaltige Entlastung der Strukturen zu bewirken.

Um tatsächlich zu gewährleisten, dass allen Hilfesuchenden das jeweils notwendige Angebot unterbreitet werden kann, sind weitere gesetzliche Schritte notwendig, die eine umfassende Reform des Rettungsdienstes zum Inhalt haben. Neben einer Kooperationsverpflichtung der Rettungsleitstellen untereinander und mit den KVen müssen dort auch bundeseinheitliche Vorgaben zur digitalen Vernetzung und Qualität festgelegt werden. Einheitliche Vorgaben und Strukturen können den Bürokratieaufwand erheblich senken.

C Änderungsvorschlag

Ohne eine umfassende Einbindung des Rettungsdienstes wird mit den Regelungen des Gesetzentwurfes bestenfalls punktuell eine bessere Zusammenarbeit der verschiedenen Leitstellen erreicht.

Nr. 15 § 377 SGB V Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten

A Beabsichtigte Neuregelung

Das Wort „Notfallambulanzen“ wird durch das Wort „Notaufnahmen“ ersetzt, um im SGB V eine einheitliche Terminologie zu verwenden.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Diese ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 2 Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 75 SGB V Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A Beabsichtigte Neuregelung

Neben den bereits bestehenden Evaluations- und Berichtspflichten evaluiert die KBV zusätzlich die Auswirkungen der Akutleitstellen, erstmals zum 30.06.2026. Die KBV hat dem BMG bis zum 31.12.2025 ein Evaluationskonzept vorzulegen. Die Regelung des Artikels tritt zum 01.07.2025 in Kraft.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Der jährliche Bericht sollte veröffentlicht werden.

C Änderungsvorschlag

Im § 75 Abs. 1e wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. 12.2025 ein Evaluationskonzept vorzulegen. **Die Ergebnisse nach Satz 3 werden durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung jährlich barrierefrei in einem Bericht veröffentlicht.**

Artikel 3 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 12a KHG Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 werden die Wörter „integrierter Notfallstrukturen“ durch die Wörter „Integrierter Notfallzentren nach § 123 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch und Integrierter Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. Diese ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 4 Änderungen der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

§ 11 KHSFV Förderungsfähige Vorhaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Absatz 1 Nummer 5 werden die Wörter „integrierter Notfallstrukturen“ durch die Wörter „integrierter Notfallzentren nach § 123 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch und Integrierter Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. Diese ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 5 Änderung des Apothekengesetzes

Nr. 1 § 12b neu

A Beabsichtigte Neuregelung

Um eine qualitativ hochwertige Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sicherzustellen, erhalten Apotheken die Möglichkeit, Versorgungsverträge mit Notdienstpraxen zu schließen. Die die Notdienstpraxen versorgenden Apotheken sollen sich dabei in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis oder in Form einer zweiten Offizin mit Lagerräumen auf dem Gelände der Notdienstpraxis befinden und mit Zutrittsbeschränkungen versehen sein. Die freie Apothekenwahl soll durch die Versorgungsverträge nicht eingeschränkt werden. Die Versorgungsverträge regeln dabei u. a. die Anforderungen an die Räumlichkeiten, die Öffnungszeiten und die Sicherstellung von Beratungen. Die die Notdienstpraxen versorgenden Apotheken, die nur während der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis die Arzneimittelversorgung sicherstellen sollen, erhalten einen pauschalen Zuschuss pro Woche. Zudem soll eine Ordnungswidrigkeit eingeführt werden, um eine rechtzeitige, korrekte und vollständige Kenntnis der zuständigen Behörden über die Versorgung der Notdienstpraxen über eine öffentliche Apotheke sicherzustellen.

B Stellungnahme

Ziel der grundsätzlich zu begrüßenden Regelung, die eine inhaltliche Ergänzung zur Neuregelung in § 123 Absatz 5 SGB V darstellt, soll die Arzneimittelversorgung von akut erkrankten Patientinnen und Patienten im unmittelbaren Anschluss an eine Notfall-Behandlung und in unmittelbarer Nähe zu den Notdienstpraxen sein. Die strukturelle Flexibilisierung der Notfallversorgung mit einer Verbesserung der Arzneimittelversorgung an INZ entspricht einer wichtigen Forderung der AOK-Gemeinschaft. So ist die geplante Integration von Apotheken-Notdiensten in eine zentrale ambulante Notfallversorgung / Notfallzentrum mit Flexibilisierung von räumlichen und organisatorischen Anforderungen ein positiver Schritt hin zu einer den sicheren und hochwertigen, aber auch patientenorientierten Versorgung.

Vor dem Hintergrund bereits bestehender Versorgungsstrukturen in Form von regulären Apotheken-Notdiensten sowie von krankenhausversorgenden Apotheken und Krankenhausapotheken wäre zunächst jedoch zu prüfen, inwieweit die Versorgung der Notdienstpraxen auch von diesen Einrichtungen übernommen werden könnte. Dies würde bestehende Strukturen stärken und den Personal- und Ressourceneinsatz schonen. Hier könnte eine Vernetzung der bestehenden Apothekennotdienste mit der Dienstbereitschaft der Notdienstpraxen und die regionale Koordination durch die Landesapothekerkammern eine geeignete Maßnahme darstellen. Ergän-

zend kann die Arzneimittelversorgung auch über einen am INZ stationierten Abgabautomaten unter Zuhilfenahme telepharmazeutischer Beratungsangebote sinnvoll erfolgen. Denn was in der vertragsärztlichen Praxis bereits möglich ist, sollte gleichermaßen auch für Apotheken gelten: die Chancen der Telepharmazie könnten damit ressourcenschonend zur Sicherung einer hohen Versorgungsqualität genutzt werden und zur Entlastung beitragen. Zudem wäre eine Erweiterung der Hotline 116 117 des kassenärztlichen Notdienstes für die Vermittlung von Notdienstapotheken zu begrüßen, um Patientinnen und Patienten schnell und unkompliziert bei der Suche nach einer dienstbereiten Apotheke zu unterstützen.

Darüber hinaus wären einzelne Komponenten der Regelung zu konkretisieren: Es fehlt im Gesetzentwurf u.a. eine Definition der Begrifflichkeit „unmittelbare Nähe“ einer Apotheke zum INZ, dies sollte konkret definiert werden. Hintergrund sind Rechtsstreitigkeiten dahingehend, wie die „unmittelbare Nähe“ klar definiert werden kann. So sollte eine fußläufige Erreichbarkeit sichergestellt sein, um unnötige Wege der Patientinnen und Patienten, insbesondere nach einer medizinischen Behandlung, zu verhindern. Unklar bleibt im Gesetzentwurf zudem die Frage der Finanzierung von den die Notdienstpraxen versorgenden Apotheken. Um Doppelfinanzierungen zu vermeiden und Patientinnen und Patienten effizient mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sowie Verbandmitteln zu versorgen, sind auch konkrete Anforderungen zur Finanzierung in den Versorgungsverträgen zu regeln. Eine Finanzierung aus der Nacht-/Notdienstvergütung/-fond, die sich jedoch an den tatsächlich erbrachten Notdienstzeiten bemessen muss, könnte eine denkbare und sachgerechte Option darstellen.

Die zwischen den Vertragspartnern abzuschließenden Versorgungsverträge sollten zwingend einen Katalog der vorrätig zu haltenden Arzneimittel, apothekenpflichtiger Medizinprodukte sowie Verbandmittel beinhalten. Die Auswahl der Produkte sollte sich dabei am herkömmlichen Spektrum bzw. den Schwerpunkten von Behandlungsfällen des INZ und dem daraus resultierenden Bedarf an Arzneimitteln, apothekenpflichtigen Medizinprodukten sowie Verbandmitteln orientieren. Regelmäßige Evaluationen zu den ökonomischen Auswirkungen der Regelungen erlauben zeitnahe Anpassungen an saisonale und regionale Bedarfe.

C Änderungsvorschlag

§ 12b Absatz 1 wird wie folgt ergänzt: „Die Versorgung kann durch die öffentliche Apotheke, die in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis liegen und fußläufig zu erreichen sein muss, ...“

§ 12b Absatz 2 (1) wird wie folgt ergänzt: „eine ordnungsgemäße Versorgung der Patienten der Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sowie Verbandmitteln sichergestellt wird,“

§ 12b Absatz 2 (2) wird wie folgt ergänzt: „Patienten und die Angestellten der Notdienstpraxis zu Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sowie Verbandmitteln informiert und beraten werden,“

§ 12b Absatz 6 (neu): „Die Vertragspartner verständigen sich in einem Katalog auf die in der Notdienstpraxis versorgenden Apotheke vorrätig zu haltenden Arzneimittel, apothekenpflichtigen Medizinprodukte sowie Verbandmittel. Die Auswahl der Produkte soll sich am herkömmlichen Spektrum bzw. den Schwerpunkten von Behandlungsfällen des INZ und dem daraus resultierenden Bedarf an Arzneimitteln, apothekenpflichtigen Medizinprodukten sowie Verbandmitteln orientieren. Durch die Festlegung kurzer Überarbeitungsfristen können zeitnahe Anpassungen an aktuelle und saisonale Bedarfe zwischen den Vertragspartnern in den Katalogen vorgenommen werden. Regelmäßige Evaluationen zu den ökonomischen Auswirkungen der gesetzlichen Regelungen dienen als Grundlage für Anpassungen an den Versorgungsbedarf des INZ“.

Artikel 6 Änderung der Apothekenbetriebsordnung

Nr.1 § 1a, Nr. 2 § 3, Nr. 3 § 4, Nr. 4 § 23 Apothekenbetriebsordnung

A Beabsichtigte Neuregelung

Hierbei handelt es sich um Folgeänderungen nach § 12b Apothekengesetz, um die Einführung von Versorgungsverträgen zu ermöglichen. Es werden Regelungen zum Personaleinsatz und zur Personenzahl, zur Dienstbereitschaft sowie zu den räumlichen Anforderungen in den Notdienstpraxen versorgenden Apotheken getroffen.

B Stellungnahme

Die Regelungen sind grundsätzlich sachgerecht und für eine Inbetriebnahme einer die Notdienstpraxen versorgenden Apotheke bzw. den Betrieb einer zweiten Offizin mit Lagerräumen auf dem Gelände erforderlich. Vor dem Hintergrund bereits bestehender Versorgungsstrukturen in Form von regulären Apotheken-Notdiensten sowie von krankenhausversorgenden Apotheken und Krankenhausapotheken wäre zunächst jedoch zu prüfen, inwieweit die Versorgung der Notdienstpraxen auch von diesen Einrichtungen übernommen werden könnte. Dies würde bestehende Strukturen stärken und den Personal- und Ressourceneinsatz schonen. Hier könnte eine Vernetzung der bestehenden Apothekennotdienste mit der Dienstbereitschaft der Notdienstpraxen und die regionale Koordination durch die Landesapothekerkammern eine geeignete Maßnahme darstellen. Ergänzend kann die Arzneimittelversorgung auch über einen am INZ stationierten Abgabeautomaten unter Zuhilfenahme telepharmazeutischer Beratungsangebote sinnvoll erfolgen. Denn was in der vertragsärztlichen Praxis bereits möglich ist, sollte gleichermaßen auch für Apotheken gelten: die Chancen der Telepharmazie könnten damit ressourcenschonend zur Sicherung einer hohen Versorgungsqualität genutzt werden und zur Entlastung beitragen.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 7 Änderung des Arzneimittelgesetzes

§ 43 Abs 4 neu AMG Apothekenpflicht

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 123 Absatz 5 Satz 2 SGB V. Solange keine Verträge nach § 12 Apothekengesetz abgeschlossen wurden oder zustande kommen, sollen Ärztinnen und Ärzte analog im Sinne eines Entlassmanagements nach § 14 Absatz 7 Apothekengesetz im Rahmen der Notfallversorgung begrenzte Mengen an Arzneimitteln an Patientinnen und Patienten abgeben können.

B Stellungnahme

Die Regelung ist grundsätzlich sachgerecht. Auch bei Patientinnen und Patienten im stationären Aufenthalt können heute bereits Arzneimittel im Rahmen des Entlassmanagements mitgegeben werden. Die Beschränkung einer Arzneimittelabgabe auf eine zur Überbrückung benötigte Menge, soweit im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt, wäre bei fehlenden Versorgungsverträgen auch auf die Notdienstpraxen in den INZ zu übertragen und anzuwenden. Allerdings bedarf es hier sehr präziser Regelungen und Definitionen, welche Produkte als Notfälle über den Sprechstundenbedarf von den notdiensthabenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und speziell auch in welchen Mengen an Patientinnen und Patienten mitgegeben werden dürfen. So sollte diese Regelung vor allem in ländlichen Gebieten ohne flächendeckende Apothekenstruktur zum Tragen kommen und wäre in städtischen Ballungsräumen, mit hoher Apothekendichte und zum Teil sehr langen Öffnungszeiten auch an Wochenenden und Feiertagen, eher von untergeordneter Bedeutung. Durch fehlende regelhafte Bedienung von Rabattverträgen, nicht vorhandenen Kontrollmöglichkeiten bezüglich gesetzlicher Vorgaben bei der Verordnung von Arzneimitteln (bspw. Berücksichtigung von Verordnungseinschränkungen und/oder -ausschlüssen gemäß G-BA-Richtlinien), nicht statthafter Versorgung von nicht GKV-versicherten Patientinnen und Patienten sowie der Ausweitung von Lagerbeständen und Lagermöglichkeiten (u. a. Kühlschränke) in den Notdienstpraxen sind zur Verhinderung von Mehrkosten eindeutige Kriterien zu definieren, sofern Versorgungsverträge nicht zustande kommen.

C Änderungsvorschlag

Dem geplanten Absatz 3b wird folgender Absatz 3c angefügt:

„(3c) Sofern keine Versorgungsverträge mit Apotheken zustande kommen, sind eindeutige Kriterien und präzise Regelungen zu Art, Umfang und Form der Mitgabe von Arzneimitteln durch Notdienstpraxen, die sich an den gesetzlichen Vorgaben und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit zu orientieren haben, zu definieren und sicherzustellen.“

Artikel 9 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

§ 19a Abs. 1 Ärzte-VZ

A Beabsichtigte Neuregelung

Für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die gemäß § 17 BMV-Ä verpflichtet sind, mindestens fünf offene Sprechstunden anzubieten, sind im BMV-Ä bundeseinheitliche Regelungen zu einer möglichst gleichmäßigen zeitlichen Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb ihrer jeweiligen Arztgruppen im jeweiligen Planungsbe- reich zu treffen.

B Stellungnahme

Die Regelung wird sehr begrüßt. Es ist eine sinnvolle Maßnahme, die Zeiten, zu denen die wöchentlich fünf offenen Sprechstunden angeboten werden, innerhalb der jeweiligen Fachgruppe aufeinander abzustimmen.

Es wäre zudem sinnvoll, diese Vorgabe ebenso in § 75 Abs. 1a SGB V mit aufzunehmen, um damit der Konkretisierung und Verbindlichkeit des Sicherstellungsauftra- ges Rechnung zu tragen.

C Änderungsvorschlag

§75 Abs. 1a Satz 1 SGB V wird wie folgt ergänzt:

Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die angemessene und zeit- nahe Zurverfügungstellung der vertragsärztlichen Versorgung, **einschließlich des Angebots von bedarfsgerechten offenen Sprechstunden nach Maßgabe des § 19a Abs. 1 Sätze 3 und 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte.**

Streichung des neuen Satz 8 in § 19a Ärzte-ZV.

Artikel 10 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

A Beabsichtigte Neuregelung

Als zusätzliche Bestimmung zum Inkrafttreten wird klargestellt, dass Artikel 2 des Gesetzes zum 01.07.2025 geltendes Recht wird. Damit wird sichergestellt, dass die bestehende Evaluations- und Berichtspflicht bezüglich der Terminservicestelle bis zum 30.06.2025 weiterbesteht. Sie wird dann durch die Berichte zur Akutleitstelle abgelöst.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

III. ANLAGE Positionierung des AOK-Bundesverbandes zur Reform der Notfallversorgung

1. Ziele einer Reform der Notfallversorgung

Die Notaufnahmen in den Krankenhäusern sind seit Jahren überlastet. Aufgrund von Defiziten in der ambulanten Versorgung und beim ärztlichen Bereitschaftsdienst sind die Krankenhäuser für Patientinnen und Patienten im Notfall die erste Anlaufstelle, wobei nur bei etwa der Hälfte der Betroffenen tatsächlich ein dringlicher Behandlungsbedarf besteht (Trentzsch et al. 2019). Patientinnen und Patienten werden also häufig in einer Versorgungsebene behandelt, die medizinisch nicht indiziert ist. Sie binden damit Ressourcen, die dringend für wirkliche Notfälle (z.B. Polytrauma) benötigt werden. Vor dem Hintergrund immer knapper werdender finanzieller und personeller Ressourcen ist die Konzentration der Notfallversorgung und die Steuerung der Patientinnen und Patienten in die medizinisch geeignete Versorgungsebene unabdingbar.

Ziele einer Reform der Notfallversorgung sind daher:

1. die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und effizienten Notfallversorgung,
2. die Schaffung einer zentralen Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten durch Bündelung der gesamten Notfallversorgung an dafür geeigneten Krankenhäusern,
3. die Steuerung der Patientinnen und Patienten in die medizinisch geeignete ambulante oder stationäre Versorgungsebene,
4. die Neuordnung von Planung und Sicherstellung, um die Verantwortungen in einem gemeinsamen Interessenausgleich der Akteure auf Landesebene zusammenzuführen und zu verschmelzen (3+1 Gremium),
5. die Steigerung der Versorgungsqualität durch Verringerung der Schnittstellenprobleme zwischen Rettungsdienst und Krankenhaus und die Definition von einheitlichen Strukturanforderungen für alle Akteure.

2. Kernforderungen für eine Reform der Notfallversorgung

Bündelung der Notfallversorgung in Integrierten Notfallzentren (INZ)

Die ambulante Notfallversorgung muss zukünftig gebündelt in INZ im Krankenhaus erbracht werden, die den Patientinnen und Patienten als zentrale Anlaufstelle dienen. INZ stehen 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche zur Verfügung. Sie werden grundsätzlich auch von den Rettungswagen angefahren. Ausgenommen davon sind nur eindeutig stationäre Notfälle (z.B. Polytrauma); diese werden direkt in die Zentrale Notaufnahme eingeliefert.

Die INZ werden sowohl durch niedergelassene als auch durch im Krankenhaus tätige Ärztinnen und Ärzte betrieben; sie haben den gemeinsamen Versorgungsauftrag. Das INZ ist eine eigenständige und fachlich unabhängige Versorgungseinheit. Es verfügt über eigenes ärztliches und nichtärztliches Personal, eine geeignete apparative Ausstattung und bei Bedarf über aus dem Krankenhaus zugeordnete Betten. Zum Leistungskatalog gehören insbesondere die medizinische Erstbegutachtung, die Stabilisierung der Patientinnen und Patienten und ggf. die Vorbereitung der stationären Aufnahme sowie die Versorgung ambulanter Notfälle. Über zugeordnete Betten können Patientinnen und Patienten auch nachbeobachtet werden, ohne dass eine stationäre Aufnahme erforderlich ist. Um diagnostische Leistungen zu gewährleisten, werden die INZ und Krankenhäuser sowie vertragsärztlich tätigen Leistungserbringer (z.B. radiologische Praxen) gesetzlich verpflichtet, Kooperationsverträge zu schließen.

Im INZ wird mittels eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens entschieden, ob die Patientin oder der Patient mit ambulanten oder stationären Notfallkapazitäten versorgt werden muss oder in die vertragsärztliche Regelversorgung (perspektivisch in die neu zu gründenden Basisversorgungszentren) weitergeleitet werden kann. Die Idee der Portalpraxen wird damit aufgegriffen und weiterentwickelt.

Um die Versorgung von immobilen Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, wird ein aufsuchender Bereitschaftsdienst mit qualifiziertem ärztlichem und nichtärztlichem Personal in der Verantwortung des INZ etabliert, soweit das Landesrecht nichts anderes bestimmt. Die Bereitschaftsdienstverordnungen der Länder sind an die neuen Versorgungsstrukturen anzupassen.

Rechtsgrundlage für die flächendeckend verfügbaren INZ muss eine durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu erarbeitende „Notfallversorgungs-Richtlinie“ sein, die unter anderem die notwendigen Strukturanforderungen, die Qualifikation und Ausbildung des Personals und die Vorgaben für die Erreichbarkeit für INZ festlegt. Regionale Abweichungen von diesen Vorgaben müssen möglich sein.

Um sicherzustellen, dass ausreichend Fachkräfte zur Verfügung stehen, muss das Berufsfeld „Notfallversorgung“ attraktiver werden. Zudem wird langfristig eine Facharztweiterbildung für Notfallmedizin angestrebt, um eine hochqualifizierte Versorgung zu gewährleisten.

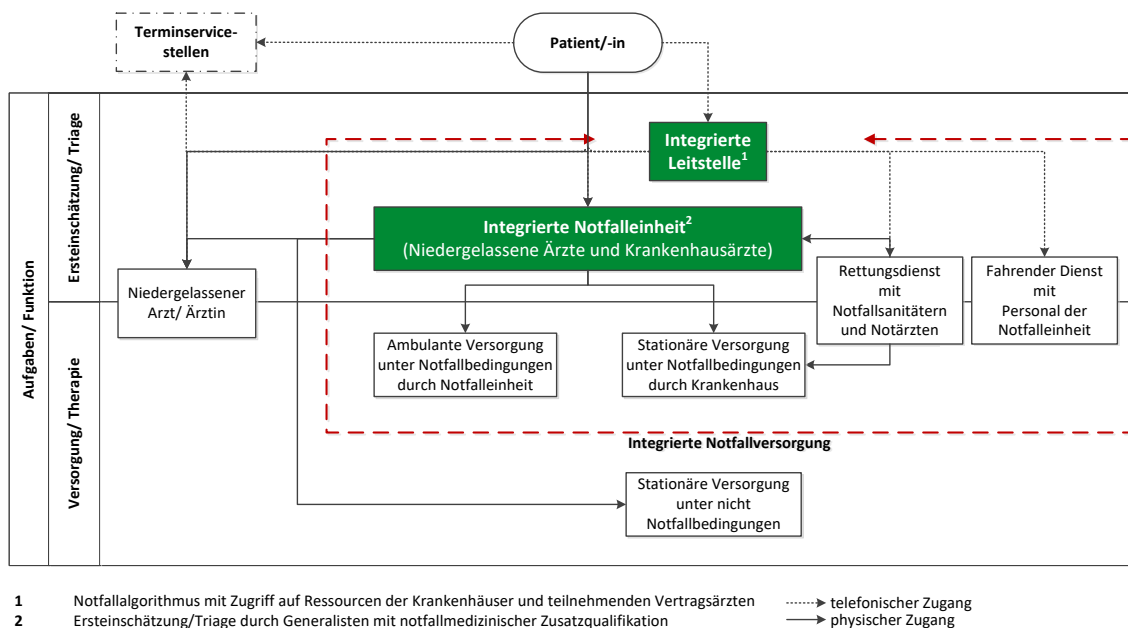


Abbildung 1: Modell der integrierten Notfallversorgung

Planung der Integrierten Notfallzentren (INZ) durch das 3+1-Gremium

Über den Bedarf, die Standorte, die Betreiber, die Dimensionierung und die richtlinienkonforme Umsetzung der INZ entscheidet das neu zu gründende 3+1-Gremium auf der Landesebene. Das Gremium setzt sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Landeskrankenhausesellschaften und der Krankenkassen. Die Landesbehörde wird in der Funktion einer unparteiischen Vorsitzenden des Gremiums beteiligt. Zwischen Kostenträgern und Leistungserbringenden besteht analog zur Besetzung des G-BA Stimmenparität. Das 3+1-Gremium erhält damit den Planungs- und Sicherstellungsauftrag. Die INZ sind in der Folge nicht Bestandteil der Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung bzw. der Krankenhausplanung der Länder.

Die Länder übernehmen die Rechtsaufsicht. Landesindividuelle Lösungen und Kooperationen sind somit möglich. Dies garantiert eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung aller Akteure, um die gesamte Notfallversorgung optimal zu gestalten.

Die Kriterien zur Feststellung des Bedarfs für die INZ werden auf Basis der neu zu erarbeitenden „Notfallversorgungs-Richtlinie“ nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 16 SGB V im G-BA festgelegt. Die Planungskriterien der „Notfallversorgungs-Richtlinie“ müssen Handlungsspielräume für regionale Gestaltungsmöglichkeiten lassen und das gestufte System von Notfallstrukturen im Krankenhaus berücksichtigen. Die INZ werden in der Regel ausschließlich an Krankenhäusern angesiedelt, die an der stationären Notfallversorgung gemäß des Notfallstufenkonzeptes nach § 136c Abs. 4 SGB V teilnehmen. Das bedeutet jedoch nicht, dass jedes Krankenhaus, das an der stationären Notfallversorgung teilnimmt, auch eine INZ-Struktur aufbauen wird. Das INZ

ist mindestens an einen Basisnotfallversorger anzugliedern. In weniger stark besiedelten Regionen kann im Bedarfsfall ein INZ auch ohne Krankenhausanbindung an zentralen Orten betrieben werden.

Im Rahmen des Sicherstellungsauftrages ist das Gremium verantwortlich für die Einhaltung der „Notfallversorgungs-Richtlinie“, d.h. für die Einrichtung und Standortfestlegung der INZ. Landesindividuelle Lösungen und Kooperationen sind zum Erhalt und zur „richtlinienangleichenden“ Weiterentwicklung bestehender Strukturen möglich. Für die konkrete Notfallbehandlung bleiben die bisherigen Akteure zuständig, also die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenhäuser. Können sich die Mitglieder des 3+1-Gremiums bei der Standortfestlegung nicht einigen, entscheidet das Land in einer Ersatzvornahme über die Verortung des INZ (Letztverantwortung).

Die „Notfallversorgungs-Richtlinie“ muss darüber hinaus Vorgaben zu vorzuhaltenden Strukturen, zur Qualifikation und Ausbildung des Personals, zu Erreichbarkeiten und zum Umfang der von den INZ zu erbringenden Erstversorgung unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse bei der Versorgung von Kindern und psychisch Erkrankten sowie von Leitlinien der Fachgesellschaften festlegen.

Finanzierung und Vergütung

Der Umbau der Notfallversorgung führt auch zu einer Anpassung der Vergütung. Um die Vorhaltung für die Diagnostik und die therapeutischen Maßnahmen zu finanzieren, ist die Vergütung der Leistungserbringung in den INZ leistungsorientiert und aufwandsgerecht zu gestalten.

Die Abrechnung basiert auf einem eigenständigen Notfallversorgungsbudget, welches Preis- und Steuerungselemente bei Entwicklung eines gesonderten Vergütungsmodells beinhaltet. Das Notfallversorgungsbudget orientiert sich an den aktuellen Zahlungen für die ambulante Notfallversorgung entsprechend dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab, den von den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen bereitgestellten Mitteln für die Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes und den Kosten der Krankenhäuser für die Zentralen Notaufnahmen. Dabei ist eine einmalige, basiswirksame Bereinigung der bestehenden Vergütungen und Entgelte um diese Mittel durchzuführen.

Reform des Rettungsdienstes und Einrichtung Integrierter Leitstellen (ILS)

Der Rettungsdienst muss umfassend reformiert werden. Ziel der Reform ist es, geeignete Strukturen zu schaffen, die eine bedarfsgemäße Versorgung der Patientinnen und Patienten ermöglicht und bestehende Fehlanreize abstellt.

Ein zentrales Element der zukünftigen Notfallversorgung ist die bedarfsgerechte Steuerung der Patientinnen und Patienten durch ILS. Diese sind über unterschiedliche telefonische Zugänge (116117 und 112) erreichbar, verfügen jedoch über ein einheit-

liches technisches System mit einem gemeinsamen standardisierten Ersteinschätzungsverfahren. Darüber werden die Patientinnen und Patienten sektorenübergreifend in die richtige Versorgungsebene gesteuert. Zu den Leistungen der ILS gehören die telefonische Beratung, die Steuerung in die medizinisch geeignete Versorgungsebene sowie die Disposition geeigneter Rettungsmittel. Die Errichtung wirtschaftlicher und bedarfsnotwendiger Größen der Leitstellen ist erforderlich, um eine zielkonforme Auslastung zu gewährleisten.

Die aktuelle Auslastung der Rettungsmittel und der Krankenhauskapazitäten muss digital verfügbar und bundesweit transparent sein. Die Einsatzplanung für Rettungsmittel darf nicht an Ländergrenzen Halt machen. Voraussetzung ist, dass der Rettungsdienst Teil des Gesundheitswesens wird und bundeseinheitlich geregelt werden kann.

Aktuell erhalten Rettungsdienste oft nur dann eine Vergütung, wenn sie Patientinnen und Patienten in ein Krankenhaus transportieren. Dieser Fehlanreiz muss durch Anpassung der Regelungen im SGB V beseitigt werden. Die qualifizierte Erstversorgung vor Ort ist als eigenständige Leistung zu vergüten.

Darüber hinaus muss es differenziertere Rettungsmittel geben, um die knapper werdenden Ressourcen effizienter einsetzen zu können. So können für den nicht zeitkritischen Transport von nicht lebensbedrohlichen Notfällen Notfalltaxis eingesetzt werden. Auch Notfallkrankwagen (NKTW), die mit zwei Rettungssanitätern besetzt sind, können vollausgestattete Rettungswagen ersetzen, die für den Einsatz von schweren Notfällen dringend gebraucht werden. Die Leitstellen entscheiden darüber, welche Art von Versorgung notwendig ist.

Benötigen Patientinnen und Patienten eine stationäre Versorgung, sind geeignete Krankenhäuser mit den notwendigen Versorgungsstrukturen anzusteuern (Bsp.: Katheterlabor bei Herzinfarkt).

Der Rettungsdienst spielt neben dem Transport auch eine wichtige Rolle bei der Erstversorgung von Patientinnen und Patienten. Daher ist eine Erweiterung des Kompetenzbereichs der Rettungsdienste erforderlich. Die hochqualifizierten Notfallsanitäterinnen und -sanitäter erhalten mittelfristig umfassendere Rechte für die unmittelbare Versorgung von Patientinnen und Patienten. Dies kann derzeit auch noch notärztliche Tätigkeiten umfassen. Die Einbindung/Etablierung telemedizinischer Anwendungen kann dabei zur Verbesserung der Kommunikation mit Rettungskräften zur Übermittlung von Anweisungen oder Absprachen für die Behandlung beitragen.

Die Qualitätssicherung im Rettungsdienst ist gegenwärtig lückenhaft und regional unterschiedlich ausgestaltet. Die Nutzung von Routinedaten ist kaum vertreten. Nach Angaben der Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungs-

dienst Baden-Württemberg wurde festgestellt, dass über ein Viertel der polytraumatisierten Patientinnen und Patienten nicht primär in ein dafür geeignetes Zentrum transportiert wurde (SQRBW (2017)). Zwischen den Ergebnissen der einzelnen Rettungsdienstbereiche zeigen sich zudem große Unterschiede.

Die Qualitätssicherung des Rettungsdienstes muss daher in der Zukunft stärker mit Routinedaten erfolgen. Den Kostenträgern und Institutionen der Qualitätssicherung muss eine digitale Verfügbarkeit von Rettungsdiensteinsatzdaten (einheitliches Format und Datenverarbeitungsstellen) zur Verfügung stehen, da diese auch medizinische Daten sind. Basis für die Weiterentwicklung der Arbeit mit Routinedaten könnte die Nutzung des DIVI-Notfall-Protokolls mit dem Standarddatensatz MIND 4 sein. Die Abrechnungsvorschriften des § 302 SGB V werden dahingehend überarbeitet und ermöglichen mit dem Routinedatensatz eine vollständig digitale Abrechnung für rettungsdienstliche Leistungen. Hilfsfristen sollten einheitlich definiert und gemessen werden. Zukunftsorientiert ist eine zeitliche Betrachtung des gesamten Versorgungsprozesses und damit einhergehend ein Etablieren von einheitlichen „Versorgungsfristen“.

Qualität der Versorgung durch Aufklärung der Versicherten verbessern

Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ist gegenwärtig nur unzureichend ausgebildet. Außerhalb und während der regulären Sprechzeiten wählen die Patientinnen und Patienten in der Folge verstärkt die zentralen Notaufnahmen in den Kliniken als erste Versorgungseinheit und nicht den organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst bzw. ärztlichen Notdienst. Darüber hinaus haben sich die Präferenzen der Versicherten verändert. Jüngere Generationen haben oftmals keine feste Hausärztin oder festen Hausarzt mehr. Aus Sicht des Versicherten existiert in der Notfallversorgung keine sektorale Trennung.

Es bedarf einer umfassenden Informations- und Schulungskampagne für die Versicherten zu den Versorgungsmöglichkeiten im Notfall. Mittelfristig wird ein elektronischer bzw. mobiler Navigator (bspw. App) entwickelt. Versicherte haben dadurch alle Leistungserbringenden in der näheren Umgebung mit den verfügbaren Servicezeiten im Überblick. Dabei erfolgt eine Verknüpfung mit den optionalen Transportdiensten. Die flächendeckende Stärkung der Wiederbelebungskompetenz und der Hilfsmotivation der Bevölkerung wird durch gezielte Aktivierungs- und Bildungsmaßnahmen sichergestellt.

Arzneimittelversorgung

Die Arzneimittelversorgung soll über einen in eine zentrale ambulante Notfallversorgung integrierten Apotheken-Notdienst erfolgen, wobei die räumlichen und organisatorischen Anforderungen an eine Notdienst-Apotheke flexibilisiert werden sollten. Wenn kein zentrales Angebot möglich ist, kann die Abstimmung von Notdienstplänen im Hinblick auf die räumliche Nähe zwischen Apotheke und Arzt die Versorgung verbessern. Ebenso kann die Erweiterung der derzeitigen bundesweiten Notfallnummer

116117 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst auch auf die Vermittlung von Notdienstapotheken bei fehlenden zentralen Angeboten sinnvoll sein.

Die Schaffung eines gesonderten verordnungsfähigen Notfallbotendienstes für Arzneimittel sehen wir weder als notwendig noch als wirtschaftlich an. Um die Akutversorgung zu verbessern, kann die Einführung einer streng limitierten Notfallversorgung aus dem Sprechstundenbedarf im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst erwogen werden. Diese könnte die GKV über vertragliche Vereinbarungen regeln.