

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache

20(14)230(13)

gel. VB zur öffent. Anh. am 06.11.20

04.11.2024



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung – Entwurf eines Gesetzes zur  
Reform der Notfallversorgung (NotfallGesetz – NotfallG)  
(BT-Drs. 20/13166)

Berlin, 30.10.2024

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

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

## Inhaltsverzeichnis

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzentwurfs .....	3
2. Vorbemerkung.....	6
3. Stellungnahme im Einzelnen.....	6
Artikel 1 Nummer 2b: § 75 Abs. 1b SGB V Notdienstliche Akutversorgung .....	6
Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages.....	6
Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe c: § 75 Abs. 1c-f (neu) SGB V Akutleitstellen.....	7
Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages.....	7
Artikel 1 Nummer 6: § 90 Abs. 4a (neu) SGB V Festlegung der INZ-Standorte durch erweiterte Landesausschüsse in Verbindung mit Artikel 1 Nummer 7: § 90a SGB V Rettungsdienst im gemeinsamen Landesgremium .....	8
Erweiterte Landesausschüsse und gemeinsames Landesgremium .....	8
Artikel Nummer 8: § 105 Abs. 1b (neu) SGB V Förderung von Eigeneinrichtungen des Notdienstes.....	9
Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes .....	9
Artikel 1 Nummer 11: § 123 (neu) SGB V Integrierte Notfallzentren (INZ) .....	9
Gemeinsame Anlaufstellen von KVen und Krankenhäusern .....	9
Artikel 1 Nummer 11: § 123a (neu) SGB V Einrichtung von Integrierten Notfallzentren...11	
Standorte und Organisation der INZ .....	11
Artikel 1 Nummer 12: § 133a (neu) SGB V Gesundheitsleitsystem.....	13
Gemeinsame Leitstellen.....	13
Artikel 5 Nummer 1: § 12a AMG Versorgung von Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln in Verbindung mit Artikel 7: § 43 Absatz 3a AMG Apothekenpflicht .....	15
Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten.....	15
4. Ergänzender Änderungsbedarf .....	16
Einbindung der Bevölkerung, Stärkung von Gesundheitskompetenz und Gesundheitssystemkompetenz.....	16

## 1. Grundlegende Bewertung des Gesetzentwurfs

Nach langem Vorlauf und nach Vorbereitung durch die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung liegt nun ein Entwurf für Teile der seit vielen Jahren überfälligen Reform der Akut- und Notfallversorgung vor.

Die geplanten Regelungen betreffen die bereits mit dem Sachverständigenutachten von 2018 vorgeschlagenen gemeinsamen Leitstellen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Rettungsdienst – hier bezeichnet als Gesundheitsleitstellen – und die bundesweite Einrichtung von integrierten Notfallzentren. Zudem wird der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen dahingehend „konkretisiert“, dass eine deutliche Ausweitung der Akutversorgung über die bisherigen Angebote und über die sprechstundenfreien Zeiten hinaus erfolgen soll. Dafür wird der Begriff „Notdienstliche Akutversorgung“ für vertragsärztliche Versorgung in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist, eingeführt und legaldefiniert.

Die **Bundesärztekammer** hat im April 2024 ein umfassendes Konzeptpapier zur Reform der Akut- und Notfallversorgung vorgelegt (siehe unter Nr. 2). Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 hat in einem grundlegenden Beschluss zur Gesundheitsversorgung der Zukunft ebenfalls Eckpunkte für eine Reform der Notfallversorgung benannt. Gemessen an diesen Vorschlägen enthält der Gesetzentwurf in einigen Punkten Ansätze, die die Bundesärztekammer teilt.

Erfreulich ist, dass hier keine völlig neuen Strukturen geschaffen werden, sondern **größtenteils auf die bestehenden Strukturen der Leitstellen und der Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern aufgesetzt** wird. Durch Vernetzung und Koordination können klarere Pfade für die Patientinnen und Patienten und eine bessere Steuerung der Versorgung erreicht werden. Mit den Akutleitstellen wird ein aus Sicht der Bundesärztekammer wesentlicher Baustein für eine Versorgungssteuerung gesetzt, der perspektivisch den **Zugang in die Akut- und Notfallversorgung** als „Single point of contact“ ermöglicht. In die gleiche Richtung wirken Maßnahmen wie die von der Bundesärztekammer vorgeschlagene bevorzugte Behandlung von Patientinnen und Patienten innerhalb gleicher Dringlichkeitsstufen bei Einhaltung des vorgesehenen Zugangs- und Versorgungspfades.

Zwingende Voraussetzung für eine funktionierende Reform der Akut- und Notfallversorgung ist die **Schaffung ausreichender ambulanter und stationärer Kapazitäten**. Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte können die Notaufnahmen und den Rettungsdienst nicht entlasten, wenn es keine freien Kapazitäten für die Versorgung von Akutfällen gibt. Hierfür muss es entsprechende Rahmenbedingungen und Anreize geben. Auf der anderen Seite muss die geplante Neuausrichtung von Krankenhausplanung und -vergütung so gestaltet werden, dass die stationäre Versorgung von komplex erkrankten multimorbiden Notfallpatienten und die dafür erforderliche Vorhaltung ausreichend refinanziert werden. Ein relevanter Teil der Überlastung von Notaufnahmen entsteht durch einen „Exit Block“, bei dem aufgrund fehlender stationärer Kapazitäten, insbesondere für aufwendige Patientinnen und Patienten, nur unter großem Zeitaufwand eine Anschlussversorgung organisiert werden kann. Es ist damit zu rechnen, dass diese

Problematik im Zuge der anstehenden Krankenhausreform aufgrund der Zentralisierung und Spezialisierung von Krankenhausstandorten weiter zunehmen wird.

Bedauerlich ist, dass der **Rettenngsdienst** als dritte und bislang am wenigsten integrierte Säule der Akut- und Notfallversorgung nicht direkt in den Gesetzentwurf eingebunden wurde. Eine Notfallreform kann nur in einem Gesamtansatz unter Einbeziehung des Rettungsdienstes nachhaltig gelingen. Das zeigt sich schon bei den Gesundheitsleitstellen, deren Einrichtung und Ausgestaltung nach dem derzeitigen Regelungsvorschlag aufgrund der fehlenden Regelungskompetenz des Bundes bzgl. des Rettungsdienstes abhängig sind vom guten Willen der Träger der Rettungsstellen sowie der Länder und der Kommunen. Es wäre zielführend und der Bedeutung des Rettungsdienstes angemessen gewesen, die erforderlichen Regelungen für diesen Bereich in den vorliegenden Gesetzentwurf zu integrieren, anstatt sie in das parlamentarische Verfahren zu verschieben.

Die Bundesärztekammer hat zudem immer wieder die große Bedeutung der **Gesundheitskompetenz**, gerade auch im Zusammenhang mit der Notfallversorgung hervorgehoben. Menschen mit akuten, beunruhigenden und/oder bedrohlichen Symptomen und Krankheitszeichen müssen zwischen einer Vielzahl an Handlungsoptionen, Akteuren der medizinischen Versorgung und Zugangswegen wählen. Viele Menschen suchen – oftmals aus Unwissenheit – nicht-bedarfsgerechte Strukturen auf. Solange hier keine intensive Aufklärungsarbeit geleistet wird und solange Gesundheitskompetenz nicht von Kindheit an und in den Lebenswelten der Menschen gestärkt wird, ist davon auszugehen, dass die Zahl der Hilfesuchenden nicht sinkt, sondern eher steigt und dass gut gemeinte Versorgungspfade von der Bevölkerung nicht angenommen werden. Hier sollten dringend die Vorschläge der Bundesärztekammer zur Stärkung der Gesundheitskompetenz aufgegriffen werden.

Die Bundesärztekammer begrüßt eine Entlastung der Notfallversorgung durch die stärkere Einbindung **telemedizinischer Angebote**. Es ist jedoch nicht zielführend und auch nicht umsetzbar, solche Angebote unabhängig vom tatsächlichen Bedarf rund um die Uhr und damit auch während der regulären Öffnungszeiten der Arztpraxen vorzuhalten. Dies gilt in gleicher Weise für die vorgesehene Etablierung eines aufsuchenden Dienstes auch während der Praxisöffnungszeiten. Mit Blick auf die geforderten **Erreichbarkeitskriterien** für die gemeinsamen Leitstellen bleibt es kritisch zu hinterfragen, warum fünfzig Prozent der notwendigen Finanzierung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und damit durch die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zu tragen sind.

Insgesamt ist zu konstatieren, dass der Gesetzentwurf eine erhebliche Leistungsausweitung verspricht, die sich auch im sprachlichen Duktus niederschlägt, wenn anstelle von Rettungsleitstellen und Notfallpatienten von einem Gesundheitsleitsystem und von Hilfesuchenden gesprochen wird.

Bereits heute ist schon die **Besetzung des Bereitschaftsdienstes** teilweise herausfordernd. Eine Ausweitung der Sicherstellung in dem hier beschriebenen Ausmaß wird personell kaum möglich sein. Vielmehr sind schon für die personelle Sicherung der Notfallversorgung ohne Ausweitung des Sicherstellungsauftrags zusätzliche Anstrengungen erforderlich. Dazu sind Maßnahmen wie zum Beispiel intelligente arbeits- und sozialversicherungsrechtliche

Regelungen und Anreize für Ärztinnen und Ärzte, die im Ruhestandsalter weiterhin ärztlich tätig sein möchten, unbedingt erforderlich, fehlen jedoch im vorliegenden Gesetzentwurf.

Als sinnvoll erachtet die Bundesärztekammer eine bessere Vorbereitung des Gesundheitssystems für Krisen- und Katastrophenlagen. Hier spielt die Notfallversorgung eine entscheidende Rolle. Dazu wird es jedoch nicht ausreichen, die fünf Bundeswehrkrankenhäuser in Deutschland als bevorzugte Standorte für INZ auszuweisen; hier sind weitergehende Maßnahmen erforderlich.

Vollkommen unklar ist, wie die Notfallreform mit der ausstehenden **Reform der Krankenhausfinanzierung** durch das **KHVVG** abgestimmt werden soll und wie aus der Gemengelage von zugewiesener Leistungsgruppe Notfallmedizin im KHVVG, Stufenzuteilung im Rahmen der Richtlinie des G-BA zu den „Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern“ und der Standortfestlegung als INZ durch die erweiterten Landesausschüsse eine konsistente Planung erfolgen soll. Der Gesetzentwurf nennt eine Anzahl von rund 700 INZ-Standorten, die innerhalb von sechs Monaten nach dessen Inkrafttreten festgelegt werden sollen. Es wird damit eine Reihe von Krankenhäusern geben, denen zwar bislang eine Notfallstufe zugeordnet wurde, die aber kein INZ-Standort werden sollen. Das Gleiche gilt für bereits eingerichtete Notdienstpraxen in und an Krankenhäusern. Gleichzeitig sollen Qualitätskriterien, einschließlich der Qualifikationen der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte, vorgegeben werden, ohne deren Erfüllung die Leistungsgruppe Notfallmedizin nicht vergeben werden kann. Hier muss dringend Planungssicherheit geschaffen und eine Auswirkungsanalyse unter Einbeziehung aller zukünftigen Regelkreise vorgelegt werden.

Kritisch sieht die Bundesärztekammer die fehlende strukturelle **Einbindung der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern in den Reformprozess**. Die Landesärztekammern als landesgesetzlich legitimierte berufliche Vertretungen der Ärztinnen und Ärzte aus dem stationären und ambulanten Bereich sollten bundesweit an den Gremien beteiligt werden, die für die konkrete Umsetzung der Reform zuständig sind. In diesen Gremien sollte auch die Klärung von Leitungs- und Organisationskonflikten in den INZ, die Festlegung sachgerechter Öffnungszeiten und Empfehlungen für die Standorte der INZ erfolgen.

Anzumerken ist auch, dass es für die Bewertung des Gesetzentwurfes schwierig ist, wenn relevante Regelungsinhalte ausschließlich in der Begründung bekannt gegeben werden. Dies betrifft zum Beispiel die Hinweise zu Hilfesuchenden ohne ein von ihnen als dringend erachtetes gesundheitliches Anliegen oder auch das Verfahren, Patientinnen und Patienten aus den Räumlichkeiten des INZ weiterzuleiten.

Die Bundesärztekammer hält Änderungen am Gesetzesentwurf für erforderlich und steht bereit, den ärztlichen Sachverstand in den weiteren Reformprozess einzubringen, um eine dauerhaft tragfähige, qualitativ hochwertige, patienten- und mitarbeitergerechte Notfallversorgung in Deutschland zu gewährleisten.

## 2. Vorbemerkung

Die **Bundesärztekammer** hat sich intensiv mit der Reform der Akut- und Notfallversorgung befasst. Sie hat sich zu den Stellungnahmen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung ausführlich positioniert und ein **Konzept für die akut- und notfallmedizinische Versorgung aus ärztlicher Perspektive** veröffentlicht. Diese Positionen und Konzepte wurden in dieser Stellungnahme mit aufgegriffen und können im Detail unter folgendem Link nachgelesen werden:

<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/gesundheitsversorgung/notfallversorgung>

## 3. Stellungnahme im Einzelnen

### Artikel 1 Nummer 2b: § 75 Abs. 1b SGB V Notdienstliche Akutversorgung *Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages*

#### A) Beabsichtigte Neuregelung

- Der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 1 soll **24 Stunden täglich eine vertragsärztliche Erstversorgung** umfassen, wenn eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.
- Sofern die Versorgung im Rahmen des Notdienstes erbracht wird, wird sie künftig als notdienstliche Akutversorgung legaldefiniert. In diesem Fall ist die Behandlung ausdrücklich auf eine Erstversorgung der Versicherten, also auf die kurzfristig erforderliche Behandlung sowie alle medizinisch gebotenen Maßnahmen der Diagnostik zur Klärung der Dringlichkeit und zum Ausschluss eines dringenden weitergehenden Versorgungsbedarfes und der überbrückenden Therapie von akuten Beschwerden, begrenzt. Sie kann auch die Feststellung einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit sowie die Verordnung von kurzfristig benötigten Arzneimitteln umfassen. Darüberhinausgehende Maßnahmen dürfen im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung **nicht durchgeführt und abgerechnet** werden.

#### B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer sieht das nun im Kabinettsentwurf eingeführte explizite Verbot, im Rahmen der notdienstlichen Versorgung Maßnahmen zu erbringen und abzurechnen, die über eine „Klärung der Dringlichkeit“ und einen „Ausschluss eines dringenden weitergehenden Versorgungsbedarfes und der überbrückenden Therapie von akuten Beschwerden“ hinausgehen, kritisch. Eine Abgrenzung des in der jeweiligen Situation Erforderlichen kann nur unter Kenntnis der genauen medizinischen Hintergründe und des individuellen Settings erfolgen. Es besteht das Risiko, dass hierdurch Regressfragen provoziert werden, die für die im Notdienst tätigen Ärztinnen und Ärzte zu Rechtsunsicherheiten führen und ggf. einen hohen bürokratischen Aufwand auslösen.

Grundsätzlich erachtet die Bundesärztekammer sowohl die flächendeckende Einführung von über die gemeinsamen Leitstellen vermittelten Videosprechstunden als auch die

Vorhaltung eines aufsuchenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes gezielt für immobile Patientinnen und Patienten mit entsprechendem Bedarf im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für sinnvoll. Durch eine telefonische oder telemedizinische (ärztliche) Beratung lassen sich viele Beratungsanlässe abschließend klären, sodass die übrigen notfallmedizinischen Strukturen maßgeblich entlastet werden können. Ein „dringlicher Hausbesuchsdienst“ kann ebenfalls zu einer erheblichen Entlastung notdienstlicher Strukturen und insbesondere von Notaufnahmen beitragen.

Nicht sinnvoll ist es allerdings, diese Angebote als **verpflichtende Parallelstruktur** mit hohem zusätzlichem Personal- und Infrastrukturbedarf auszugestalten. Es stehen nicht ausreichend viele Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung, die eine bundesweit flächendeckende 24/7-telemedizinische und aufsuchende notdienstliche Versorgung sicherstellen sowie nach Dienstschluss die geplanten Notdienstpraxen mitbesetzen können. Vielmehr sollten Zeit und Umfang bedarfsorientiert in gemeinsamen Gremien auf Länderebene unter Einbeziehung der Landesärztekammern geklärt werden können. Schwerpunkt einer Reform der Akut- und Notfallversorgung muss eine verbindliche Steuerung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten in die vorhandenen Strukturen der notdienstlichen Versorgung sein. Diese **Strukturen** gilt es zu **stärken**. Die KVen setzen bereits heute zunehmend auf telemedizinische Angebote, da wo sie bedarfsgerecht sind. Anstelle von starren bundeseinheitlichen Vorgaben, sind die Verantwortlichen vor Ort darin zu unterstützen, die Rahmenbedingungen je nach der regionalen Versorgungslage weiterzuentwickeln und Ärztinnen und Ärzten attraktive Arbeitsbedingungen im Notdienst zu bieten.

## **Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe c: § 75 Abs. 1c-f (neu) SGB V Akutleitstellen**

### ***Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages***

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

- Zur Terminvermittlung in Akutfällen und zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben im Rahmen der Akutversorgung soll jede Kassenärztliche Vereinigung eine **Akutleitstelle betreiben, die 24 Stunden täglich** nach vorgegebenen Erreichbarkeitsvorgaben telefonisch und über zusätzliche digitale Angebote erreichbar ist.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Angesichts von Ärzte- und Fachkräftemangel, zunehmendem Versorgungsbedarf sowie zur Vermeidung von Fehlinanspruchnahmen von Rettungsdienst, Notaufnahmen und vertragsärztlichem Bereitschaftsdienst sind leistungsfähige, zuverlässige und verbindliche Systeme zur Versorgungssteuerung dringend erforderlich. Die Bundesärztekammer setzt sich daher für die strikte Umsetzung des Prinzips ein, nach dem alle Patientinnen und Patienten mit akuten Beschwerden und in Notfällen zunächst über die 116 117 bzw. die 112 eine gemeinsame bzw. direkt miteinander vernetzte Leitstelle von KV und Rettungsdienst kontaktieren. Entscheidend ist hierbei die Gewährleistung eines **finanziell abgesicherten Struktur- und Personalaufbaus**. Nur so kann eine verlässliche Erreichbarkeit der telefonischen Anlaufstellen erzielt werden, die Voraussetzung für die tatsächliche Nutzung

durch Patientinnen und Patienten ist. Die Einführung von Erreichbarkeitsvorgaben als Benchmarks ist hingegen kein probates Mittel, um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten. Insbesondere wenn Zielmarken mit Sanktionen verbunden werden, kann dies zu Fehlanreizen führen, zum Beispiel, dass Telefonate mit hilfeschenden Patientinnen und Patienten verkürzt und beendet werden, um Zielmarken zu erreichen.

## **Artikel 1 Nummer 6: § 90 Abs. 4a (neu) SGB V Festlegung der INZ-Standorte durch erweiterte Landesausschüsse in Verbindung mit Artikel 1 Nummer 7: § 90a SGB V Rettungsdienst im gemeinsamen Landesgremium**

### ***Erweiterte Landesausschüsse und gemeinsames Landesgremium***

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

- Der erweiterte Landesausschuss nach dem bisherigen § 116b Absatz 3 SGB V (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung) wird in den § 90 Abs. 4a SGB V verschoben und soll mit der Standortfestlegung von Integrierten Notfallzentren neue Aufgaben erhalten und systematisch neu verortet werden.
- Vertreter des Rettungsdienstes werden explizit als Mitglieder in die Regelung der gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V aufgenommen.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Es ist unklar, warum die Standortfestlegung der INZ durch die erweiterten Landesausschüsse nach § 90 SGB V (neu) erfolgen soll, gleichzeitig aber die Gemeinsamen Landesgremien gemäß § 90a SGB V um rettungsdienstliche Kompetenzen erweitert werden, ohne diese im Rahmen der Notfallreform mit konkreten Aufgaben zu betrauen und ohne, dass diese Gremien bislang bei der sektorenübergreifenden Notfallversorgung eine Rolle gespielt hätten. Grundsätzlich ist es gut, die rettungsdienstlichen Kompetenzen der Gremien zu stärken. Gleichzeitig mit der Einbindung der Rettungsdienste muss aber auch eine stimmberechtigte Beteiligung der Landesärztekammern in den § 90a-Gremien vorgesehen werden, die die sektorenverbindende ärztliche Perspektive einbringen.

Nach dem Vorschlag der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung sollte für die Planung der Öffnungszeiten an INZ und KINZ ein regionales Gremium eingerichtet werden, dem neben Vertreterinnen und Vertretern der beteiligten Ärztinnen und Ärzte, der jeweils zuständigen KV und der Krankenhäuser auch Vertreterinnen und Vertreter der Länder oder der kommunalen Planungsbehörden angehören. Die Landesärztekammern sind die landesgesetzlich legitimierten beruflichen Vertretungen der Ärztinnen und Ärzte aus dem stationären und dem ambulanten Bereich und deswegen an diesen Gremien zu beteiligen.

#### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Die Landesärztekammern sind sowohl an den erweiterten Landesausschüssen nach § 90 SGB V als auch an den Gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V verpflichtend und stimmberechtigt zu beteiligen.



## **Artikel Nummer 8: § 105 Abs. 1b (neu) SGB V Förderung von Eigeneinrichtungen des Notdienstes**

### ***Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes***

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

- Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sollen gemeinsam und einheitlich einen zusätzlichen jährlich von beiden Vertragsparteien in gleicher Höhe bereitzustellenden zweckgebundenen Betrag zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes vereinbaren.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Der Gesetzentwurf sieht eine Reihe von Reformansätzen vor, die mit einem erheblichen zusätzlichen finanziellen Aufwand für die an den geplanten Kooperationen Beteiligten einhergehen werden.

Aus Sicht der Bundesärztekammer umfasst dieser Finanzierungsbedarf insbesondere:

- Umfassende Unterstützung des Aufbaus einer ambulanten Leitstellensystematik
- Aufwendungen für die Verhandlung von hunderten neuen Kooperationsverträgen
- Personalakquise und deren Qualifizierung für die geplante Einrichtung und den Betrieb eines aufsuchenden Dienstes
- Flankierung des geplanten Ausbaus der Kooperation zwischen Leitstellen und Rettungsdienst
- Finanzielle Unterstützung von Kliniken und Einrichtungen bei der Einrichtung und dem Betrieb von 700 Integrierten Notfallzentren
- Investiver Bedarf für die Einrichtung, Erweiterung und Harmonisierung digitaler Infrastrukturen zur Sicherung einer reibungslosen Interaktion und Kommunikation aller Beteiligten

Nicht nachvollziehbar ist das Finanzierungskonzept des Transformationsprozesses, nach dem die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte 50 Prozent der Kosten tragen sollen.

## **Artikel 1 Nummer 11: § 123 (neu) SGB V Integrierte Notfallzentren (INZ)**

### ***Gemeinsame Anlaufstellen von KVen und Krankenhäusern***

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

- Bundesweit sollen rund 700 Integrierte Notfallzentren (INZ) eingerichtet werden, die je aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der KV in unmittelbarer räumlicher Nähe und einer Ersteinschätzungsstelle bestehen.
- Die fachliche Leitung und Verantwortung für die Ersteinschätzungsstelle sollen in der Regel dem Krankenhaus obliegen. Krankenhäuser, die als Standort eines INZ bestimmt wurden, sollen zur Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung verpflichtet werden.

- Innerhalb des Integrierten Notfallzentrums soll eine **digitale Fallübergabe in einem interoperablen Datenformat** erfolgen.
- Für die Versorgung von Akutfällen während der Sprechstundenzeiten außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis sollen die KVen geeignete **Kooperationspraxen** einbinden.
- Um einen Anreiz für eine Kontaktaufnahme mit der Akutleitstelle zu schaffen, wird vorgesehen, dass Hilfesuchende, die das INZ nach Vermittlung durch die Akutleitstelle aufsuchen, dort **bei gleicher medizinischer Behandlungsdringlichkeit grundsätzlich vorrangig behandelt** werden. (...).
- Der **G-BA soll in einer Richtlinie** u. a. Vorgaben an ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument und Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen regeln. Die Mindestanforderungen sollen sich an der üblichen personellen und sachlichen Ausstattung einer Hausarztpraxis orientieren und sollen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen.

## **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer befürwortet die Einrichtung gemeinsamer Anlaufstellen von KV-Notdienst und Notaufnahmen. Entscheidend ist dabei, dass mit den INZ kein weiterer Versorgungssektor entsteht. Es ist daher erfreulich, dass hier größtenteils auf die bestehenden Strukturen der Leitstellen und der Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern aufgesetzt wird.

Zur Frage der Verantwortung für die Ersteinschätzungsstellen sollte das Gesetz keine Vorfestlegung treffen. Stattdessen sollte es den Partnern vor Ort überlassen bleiben, dazu Regelungen zu treffen, die den jeweiligen örtlichen Verhältnissen gerecht werden.

Eine vernetzte, sektorenübergreifende Reform der Akut- und Notfallversorgung kann nur auf Grundlage einer **umfassenden Digitalisierung** funktionieren. Die Akteure müssen über digitale Lösungen miteinander kommunizieren und Kapazitäten einsehen können. Daten müssen digital und standardisiert erhoben und über Schnittstellen hinweg an allen beteiligten Einrichtungen sowie zu Analysezwecken nutzbar sein. Der vorliegende Entwurf sieht dazu einen Datenaustausch innerhalb der INZ in einem interoperablen Datenformat vor, lässt jedoch wenig darüber erkennen, wie dieses Ziel mit dem aktuellen Digitalisierungsstand erreicht werden kann. Für den erforderlichen Datenaustausch des INZ mit den weiteren Akteuren sind gar keine Regelungen vorhanden. Aus Sicht der Bundesärztekammer bedarf es der Entwicklung eines datenschutzkonformen medizinischen Informationsobjektes (MIO) „Notfallakte“ durch die Mio42. Diese Notfallakte sollte initial beim ersten Kontakt mit der Notfallversorgung angelegt werden und für alle weiteren in der Notfallkette Tätigen online verfügbar sein. Dafür sollte die gematik beauftragt werden, dieses MIO und den gesamten Fallaktenprozess in die ePA zu integrieren, um in der ePA abgelegte Informationen direkt den behandelnden Stellen verfügbar zu machen. Daten in dieser Fallakte, die im konkreten Fall einmal erhoben wurden, müssen bis zum Fallabschluss durchgängig mitgeführt werden, um Informationsbrüche und Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

Die Möglichkeit der Zusammenarbeit mit sogenannten Kooperationspraxen wird von der Bundesärztekammer begrüßt.

Positiv ist auch, dass hierzu die Forderung der Ärzteschaft aufgegriffen wurde, **Anreize für einen telefonischen Erstkontakt** wie z. B. kurze Wartezeiten bei vergleichbarer Dringlichkeitsstufe in der zugewiesenen Behandlungseinrichtung vorzusehen. Gleichmaßen könnten Wartezeiten verkürzt werden, wenn die Weitergabe von Daten es ermöglicht, dass keine erneute Ersteinschätzung durchgeführt werden muss, wenn diese bereits in der Akutleitstelle erfolgt ist.

Die Definition der sachlichen und personellen Anforderungen an die Notdienstpraxen ist Aufgabe der für die ambulante ärztliche Versorgung zuständigen ärztlichen Körperschaften und nicht des Gemeinsamen Bundesausschusses. Für die ambulante Notfallversorgung ist die Beteiligung aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte erforderlich. Eine Eingrenzung auf hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte wäre nicht sachgerecht. Soweit der G-BA Regelungskompetenzen für die Notfallversorgung erhält, ist eine Beteiligung sowohl der Bundesärztekammer als auch des Rettungsdienstes vorzusehen.

## **Artikel 1 Nummer 11: § 123a (neu) SGB V Einrichtung von Integrierten Notfallzentren** **Standorte und Organisation der INZ**

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

- Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a SGB V soll die Standorte der Krankenhäuser, an denen INZ eingerichtet werden, bestimmen.  
Bundeswehrkrankenhäuser sollen dabei vorrangig berücksichtigt werden. Dies soll ausweislich der Begründung dazu dienen, der besonderen Bedeutung der Bundeswehrkrankenhäuser Rechnung zu tragen. Es sei erforderlich, dass die Bundeswehrkrankenhäuser und die bei ihnen tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte ein möglichst breites Leistungsspektrum zur Vorbereitung auf den Einsatzfall der Bundeswehr erbringen. Die vorrangige Berücksichtigung stehe im Einklang mit der verfassungsrechtlichen Grundentscheidung für eine wirksame militärische Verteidigung der Bundesrepublik Deutschland und damit für die Sicherung der staatlichen Existenz durch Streitkräfte, die organisatorisch so zu gestalten und personell so auszubilden und auszustatten sind, dass sie ihren militärischen Aufgaben im In- und Ausland gewachsen sind, Artikel 73 Nummer 1 des Grundgesetzes.
- Bei der **Standortfestlegung** sollen insbesondere folgende **Kriterien** berücksichtigt werden:
  - die Erreichbarkeit innerhalb von 30 Fahrzeitminuten für mindestens 95 Prozent der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion,
  - die Zahl der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion,
  - die Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Personennahverkehr und
  - die Möglichkeiten der Kooperation mit Vertragsärzten oder medizinischen Versorgungszentren in der Nähe des Krankenhauses.

- Zur Organisation des INZ sollen die Kassenärztliche Vereinigung und der Krankenhausträger eine Kooperationsvereinbarung schließen und ein **gemeinsames Organisationsgremium** zur operativen Umsetzung der Zusammenarbeit und eines gemeinsamen Qualitätsmanagements einrichten.
- Die Notdienstpraxis ist 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. **Kürzere Öffnungszeiten** können in der Kooperationsvereinbarung festgelegt werden, soweit aufgrund von empirischen Daten belegbar ist, dass die vorgegebenen Öffnungszeiten aufgrund der **tatsächlichen regionalen Inanspruchnahme** unwirtschaftlich sind.

## **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die fehlende strukturelle **Einbindung der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern** in den Reformprozess bewertet die Bundesärztekammer kritisch. Die Ärztekammern als landesgesetzlich legitimierte berufliche Vertretungen der Ärztinnen und Ärzte aus dem stationären und ambulanten Bereich sollten bundesweit an den Gremien beteiligt werden, die für die konkrete Umsetzung der Reform zuständig sind. In diesen Gremien sollte auch die Klärung von Leitungs- und Organisationskonflikten in den INZ und Empfehlungen für die Standorte der INZ erfolgen. Grundsätzlich ist während der regulären Öffnungszeiten die Versorgung ambulanter Akut- und Notfälle Aufgabe der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte.

Vor dem Hintergrund der mit der Krankenhausreform voraussichtlich einhergehenden Zentralisierung der Krankenhauslandschaft muss gewährleistet werden, dass 30 PKW-Minuten als Obergrenze bundesweit eingehalten werden können. Im Hinblick darauf und angesichts der sehr unterschiedlichen regionalen Gegebenheiten, müssen abweichende Regelungen in den regionalen Gremien gefunden werden können. Es ist fraglich, ob 700 INZ-Standorte ausreichend sind, um bundesweit die Notfallversorgung sicherzustellen.

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es sehr sinnvoll, die Resilienz der Akut- und Notfallversorgung zu stärken und für Krisen und Katastrophenlagen zu wappnen. Akute Krisen der jüngeren Vergangenheit wie die Corona-Pandemie oder auch die Flut im Ahrtal haben gezeigt, dass Akut- und Notfallversorgung in Krisensituation besondere Bedeutung erlangt und dass in einem System mit ohnehin beschränkten Kapazitäten eine Bewältigung von Katastrophenlagen ungleich schwerer ist.

Die Berücksichtigung der Bundeswehrkrankenhäuser bei den INZ-Standorten kann in diesem Zusammenhang ein Baustein sein. Allerdings ergibt sich schon aus den quantitativen Daten, dass dies allein nicht ausreicht. So betreibt die Bundeswehr derzeit, ausweislich der Webseite der Bundeswehr, fünf Krankenhäuser an den Standorten Berlin, Hamburg, Koblenz, Ulm sowie Westerstede mit insgesamt ungefähr 1.800 voll- und teilstationären Betten. Inklusive spezieller Dienstposten für die Ausbildung von medizinischem Fachpersonal arbeiten insgesamt circa 7.000 Soldatinnen und Soldaten und zivile Mitarbeitende in den Bundeswehrkrankenhäusern.

Deswegen sind zur Sicherung der Krisenbereitschaft weitere Maßnahmen erforderlich, die in dem Konzeptpapier der Bundesärztekammer benannt sind: Die Berücksichtigung von Sonderlagen (z. B. Massenanfälle von Verletzten (MANV) und Massenanfälle von Infizierten (MANI)) bei der Abbildung der Investitions- und Vorhaltekosten; die Finanzierung der Vorhaltung von zusätzlichen Notfallkapazitäten; eine Priorisierung der Versorgung von kritisch kranken Patientinnen und Patienten um sicherzustellen, dass diese nicht das wirtschaftliche Überleben des Krankenhauses gefährdet; eine Definition von Schnittstellen zum Katastrophenschutz und zur Bundeswehr unter Vermeidung von Doppelplanungen; eine Verstetigung des während der Corona-Pandemie entwickelten „Kleeblatt-Systems“; eine Stärkung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr und eine enge Zusammenarbeit mit den BG-Kliniken; die Einführung eines regelmäßigen, externen Supervisionsangebotes für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Notaufnahmen und im Notfall- und Rettungsdienst zur Prävention von Burnouts, zur frühzeitigen Klärung von Teamkonflikten und zum besseren Verständnis der Belastungssituation aller Mitarbeitenden.

## **Artikel 1 Nummer 12: § 133a (neu) SGB V Gesundheitsleitsystem**

### ***Gemeinsame Leitstellen***

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

- Die Träger der Rettungsleitstellen und die Kassenärztlichen Vereinigungen als Träger der Akutleitstelle sollen im Rahmen einer digitalen Vernetzung der Leitstellen verbindlich zusammenarbeiten und ein **Gesundheitsleitsystem** bilden.
- Auf **Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle** soll die zuständige **Kassenärztliche Vereinigung zur Kooperation verpflichtet** sein. Aus kompetenzrechtlichen Gründen kann der Bundesgesetzgeber nur die Kassenärztlichen Vereinigungen zu einer Kooperation verpflichten.
- Um eine flächendeckende Einführung sicherzustellen, können die **Länder in ihren Rettungsdienstgesetzen entsprechende landesweite Vorgaben** machen. Aber auch einzelne Leitstellen können eine Kooperation im Rahmen eines Gesundheitsleitsystems eingehen. Voraussetzung für eine Kooperation ist allerdings, dass die Rettungsleitstelle über eine digitale standardisierte Notrufabfrage verfügt, da sonst eine abgestimmte und patientensichere Weiterleitung von Hilfesuchenden innerhalb des Gesundheitsleitsystems nicht möglich ist.
- Die Verfahren der Notrufabfrage der Rettungsleitstelle und das bundesweit einheitliche standardisierte Ersteinschätzungsverfahren der Kassenärztlichen Vereinigungen sind als Abfragesysteme im Gesundheitsleitsystem so aufeinander abzustimmen, dass es zu übereinstimmenden Bewertungen des Gesundheitszustandes kommt.
- Die beiden Kooperationspartner müssen technisch so miteinander vernetzt sein, dass eine unmittelbare telefonische Weiterleitung und Bearbeitung des Hilfesuchens erfolgen können.
- Die jeweils aufgenommenen Daten müssen medienbruchfrei an den anderen Kooperationspartner übertragen werden.

- Für die Vernetzung ist, sobald die hierfür erforderlichen Dienste und Komponenten flächendeckend zur Verfügung stehen, die Telematikinfrastruktur zu nutzen.
- Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt eine technische und inhaltliche Schnittstelle zur Fallübergabe zur Verfügung.

## **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Notfallreform kann nur in einem Gesamtansatz unter **Einbeziehung des Rettungsdienstes** nachhaltig gelingen. Die Umsetzung des Prinzips, nach dem alle Patientinnen und Patienten mit akuten Beschwerden und in Notfällen zunächst über die 116 117 bzw. die 112 eine gemeinsame Leitstelle von KV und Rettungsdienst kontaktieren und von dort in bedarfsgerechte Versorgungsangebote gesteuert werden, ist ohne gesetzliche Regelungen zum Rettungsdienst kaum möglich. Solange einheitliche Kooperationen, Abfragesysteme, digitale Lösungen, Qualitätsstandards usw. vom guten Willen der Leitstellen und der Länder abhängen, ist die wichtigste Voraussetzung der Reform nicht einheitlich gegeben. Es ist daher unverständlich, dass dieser Teil der Reform auf einen späteren Zeitpunkt verschoben wurde und mehr als fraglich, ob er nun noch zeitnah erfolgen kann. Es wäre zielführend und der Bedeutung des Rettungsdienstes angemessen gewesen, die erforderlichen Regelungen für diesen Bereich in den vorliegenden Gesetzentwurf zu integrieren, anstatt sie in das parlamentarische Verfahren zu verschieben.

Vollkommen außer Acht gelassen wurden die Vorschläge der Regierungskommission und der Ärzteschaft zur **Einbindung komplementärer Strukturen** in die Notfallversorgung. Einigen Patientinnen und Patienten, die sich an die Leitstellen wenden, kann mithilfe komplementärer, z. B. sozialpsychiatrischer, Versorgungsangebote besser geholfen werden. Die Einbindung, Finanzierung und Zugriffsmöglichkeiten von Versorgungsangeboten wie Notfallpflege, Kurzzeitpflege, Palliativversorgung, sozialpsychiatrische Dienste und Sozialdienste in den Rettungsdienst sowie auch den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst und die Notaufnahmen können daher deutlich zur Entlastung dieser Strukturen beitragen.

Auch die Bereitstellung und Bekanntgabe notfall- und akutmedizinischer Kapazitäten der Arztpraxen (IVENA, SaN-Projekt <https://www.kvhessen.de/praxis-management/san-projekt>) sowie die **Anzeige der Kapazitäten** der stationären Versorgung in Echtzeit (Interdisziplinärer Versorgungsnachweis, IVENA), einschließlich Behandlungskapazitäten für Notfälle (Chest Pain Unit, Stroke Unit, Traumazentren etc.) und Bettenverfügbarkeit (Intensiv- und Normalstationen), erleichtern die Aufgaben der Leitstellen und gewährleisten eine zügige und bedarfsgerechte Versorgung.

Eine vernetzte, sektorenübergreifende Reform der Akut- und Notfallversorgung kann nur auf Grundlage einer **umfassenden Digitalisierung** funktionieren. Die Akteure müssen über digitale Lösungen miteinander kommunizieren und Kapazitäten einsehen können. Daten müssen digital und standardisiert erhoben und über Schnittstellen hinweg an allen beteiligten Einrichtungen sowie zu Analysezwecken nutzbar sein. Der vorliegende Entwurf lässt wenig darüber erkennen, wie mit dem aktuellen Digitalisierungsstand dieses Ziel erreicht werden kann. Aus Sicht der Bundesärztekammer bedarf es der Entwicklung eines datenschutzkonformen medizinischen Informationsobjektes (MIO) „Notfallakte“ durch die Mio42. Diese Notfallakte sollte initial beim ersten Kontakt mit der Notfallversorgung

angelegt werden und für alle weiteren in der Notfallkette Tätigen online verfügbar sein. Dafür sollte die gematik beauftragt werden, dieses MIO und den gesamten Fallaktenprozess in die ePA zu integrieren, um in der ePA abgelegte Informationen direkt den behandelnden Stellen verfügbar zu machen. Daten in dieser Fallakte, die im konkreten Fall einmal erhoben wurden, müssen bis zum Fallabschluss durchgängig mitgeführt werden, um Informationsbrüche und Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

Der Notarztindikationskatalog (NAIK) der Bundesärztekammer soll als Handlungsgrundlage für die Disposition von Notärztinnen und Notärzten in dem Ersteinschätzungsinstrument der integrierten Regionalleitstellen, Rettungsleitstellen und Notdienstzentralen dienen. Der NAIK bildet bei der Verwendung von strukturierten Notrufabfrageschemata die Grundlage für die Notarztalarmierung. Der NAIK wurde bzgl. der Aufgaben von Notärztinnen und Notärzten auf der Basis des aktuellen Standes der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse Ende 2023 aktualisiert und konkretisiert. Sobald die Daten- und Studienlage die Formulierung von evidenzbasierten Indikationen für eine Zuschaltung ärztlicher Kompetenz auf telemedizinischer Basis (sog. „Telenotarzt“) bereits bei Disposition erlaubt, wird dies in den Notarztindikationskatalog (NAIK) der Bundesärztekammer integriert.

**Artikel 5 Nummer 1: § 12a AMG Versorgung von Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln in Verbindung mit Artikel 7: § 43 Absatz 3a AMG Apothekenpflicht**  
***Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten***

**A) Beabsichtigte Neuregelung**

- Der Inhaber einer öffentlichen Apotheke kann zur Versorgung von Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten einen Vertrag schließen.
- Solange kein Vertrag geschlossen wurde, dürfen Ärzte einer Notdienstpraxis im Rahmen der Notfallversorgung Arzneimittel für den akuten Bedarf an Patienten der Notdienstpraxis in einer zur Überbrückung für längstens drei Tage benötigten Menge abgeben, soweit im unmittelbaren Anschluss an den Tag der Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt.

**B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die vorgesehene engere Verzahnung zwischen der Notdienstversorgung von Notdienstpraxen und Apotheken ist aus Sicht der Bundesärztekammer grundsätzlich zu begrüßen. Entsprechende Verträge müssen allerdings mit den INZ und nicht nur mit den Notdienstpraxen geschlossen werden können, denn der Kooperationsbedarf besteht auch außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxen, wenn nur die Notaufnahme des Krankenhauses zur Verfügung steht. Es ist außerdem nicht sachgerecht, die Abgabemöglichkeit von Medikamenten zur Überbrückung auf die Zeit vor Wochenenden oder Feiertagen zu begrenzen, denn ein solcher Bedarf kann sich auch ergeben, wenn eine Patientin oder ein Patient am späten Abend oder in der Nacht vor einem Werktag ein Medikament, z. B. ein Antibiotikum, benötigt.

Darüber hinaus ist kritisch zu hinterfragen, warum vorhandene **Krankenhausapotheken** von den Kooperationen in der Notfallversorgung ausgeschlossen werden.

Universitätskliniken und Krankenhäuser der Maximalversorgung, die eigene Krankenhausapotheken haben, sollten legitimiert werden, die Abgabe von Bedarfsmedikamenten in den INZ selbst vorzunehmen. Der Medikamentenbedarf von Notaufnahme und INZ sowie die Medikamentenabgabe lassen sich sonst kaum gewährleisten.

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Krankenhausapotheken sollte die Versorgung von Patienten des INZ mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten wie öffentlichen Apotheken mit einem Vertrag nach § 12b Apothekengesetz-E ermöglicht werden.

(3b) Abweichend von den Absätzen 1 bis 3 dürfen Ärzte ~~einer Notdienstpraxis~~ des INZ nach § 123 Absatz 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, solange kein Vertrag nach § 12b Apothekengesetz mit einer notdienstpraxisversorgenden Apotheke besteht, im Rahmen der Notfallversorgung Arzneimittel für den akuten Bedarf an Patienten ~~der Notdienstpraxis~~ des Integrierten Notfallzentrums (INZ) in einer zur Überbrückung benötigten Menge abgeben, ~~soweit im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt.~~

## **4. Ergänzender Änderungsbedarf**

### ***Einbindung der Bevölkerung, Stärkung von Gesundheitskompetenz und Gesundheitssystemkompetenz***

Grundsätzlich wird es personell nicht möglich sein, alle gesundheitlichen Anliegen der Bevölkerung als Akut- und Notfälle zu bedienen. Unbedingt erforderlich ist daher aus Sicht der Bundesärztekammer nicht nur zur Nutzung der 116 117 aufzurufen, sondern durch geeignete Maßnahmen auf ein Verständnis für die Strukturen der Akut- und Notfallversorgung hinzuwirken und Informationen zu deren sachgerechter Inanspruchnahme zu vermitteln. Es bedarf einer deutlichen Steigerung der Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger durch niedrigschwellige und zielgruppenspezifische Informationsangebote in den Lebenswelten (siehe auch 127. Deutscher Ärztetag 2023, Drs. III-01 „Bildungsziel Gesundheitskompetenz - Strategie und Gesamtkonzept für gesundheitskompetente Schulen entwickeln und umsetzen“).

Darüber hinaus muss die Bevölkerung im Sinne einer Gesundheitssystemkompetenz spezifisch über das System der Akut- und Notfallversorgung aufgeklärt werden. Dazu gehört die Beauftragung einer barrierefreien, mehrsprachigen und multimedialen Aufklärungs- und Informationskampagne für unterschiedliche und insbesondere auch vulnerable, schwer erreichbare Zielgruppen, die sofort starten und laufend an die Entwicklungen der Notfallreform angepasst werden muss. Hiermit könnte zum Beispiel die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), bzw. ggf. das Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM) beauftragt werden. Ziel der Kampagne ist, dass



möglichst viele Menschen die vorgesehenen Versorgungspfade der Notfallversorgung kennen und nutzen.