



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)102(5)
gel. VB zur öffent. Anh. am
09.09.2026 - Notfallversorgung
02.09.2026



ENTWURF EINES GESETZES ZUR REFORM DER NOTFALLVERSORGUNG (NOTFALLGESETZ – NOTFALLG)

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM GESETZENTWURF DER
BUNDESREGIERUNG VOM 22. APRIL 2026

2. JUNI 2026

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

INHALT

ZUR KOMMENTIERUNG	4
ZUSAMMENFASSUNG	4
KOMMENTIERUNG	6
ARTIKEL 1 – ÄNDERUNGEN DES SGB V	6
NR. 1 UND 2 – § 27 UND 30 (MEDIZINISCHE NOTFALLRETTUNG)	6
NR. 3 – § 60 (KRANKENTRANSPORTE, KRANKENTRANSPORTFLÜGE UND KRANKENFAHRTEN)	6
NR. 6 – § 73B ABS. 4 S. 7 (VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG ZU SPRECHSTUNDENFREIEN ZEITEN)	6
NR. 7 – § 75 (AKUTLEITSTELLE, ERREICHBARKEITSANFORDERUNGEN, VERMITTLUNGSREIHENFOLGE)	7
NR. 11 – § 90 (STANDORTBESTIMMUNG INZ)	9
NR. 14 – § 105 ABS. 1B (FINANZIERUNG NOTDIENSTLICHER STRUKTUREN)	10
NR. 17 – § 120 (VERGÜTUNG NOTDIENST, AUFHEBUNG ERLASS ERSTEINSCHÄTZUNGSRICHTLINIE)	11
NR. 18 – § 123 (INTEGRIERTE NOTFALLZENTREN)	12
NR. 18 – § 123A (EINRICHTUNG VON INTEGRIERTEN NOTFALLZENTREN)	13
NR. 18 – § 123C (ERSTEINSCHÄTZUNG, RICHTLINIE DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES)	15
NR. 19 – § 133 (VERSORGUNG MIT LEISTUNGEN DER MEDIZINISCHEN NOTFALLRETTUNG UND VERTRÄGE FÜR KRANKENTRANSPORTE UND KRANKENFAHRTEN)	16
NR. 19 – § 133A (GESUNDHEITSLITSYSTEM)	16
NR. 19 – § 133B (FACHGREMIIUM MEDIZINISCHE NOTFALLRETTUNG)	17
NR. 19 – § 133C (DIGITALE KOOPERATION IM RAHMEN DER NOTFALL- UND AKUTVERSORGUNG)	18
NR. 19 - § 133D (DATENÜBERMITTLUNG ZUR QUALITÄTSSICHERUNG IN DER MEDIZINISCHEN NOTFALLRETTUNG)	18
NR. 19 – § 133F (FÖRDERUNG DER DIGITALISIERUNG DER MEDIZINISCHEN NOTFALLRETTUNG)	19

NR. 24 – § 302 SGB V (ABRECHNUNG SONSTIGER LEISTUNGSERBRINGER)	19
ARTIKEL 2 (WEITERE ÄNDERUNGEN DES SGB V) – § 75 ABS. 1E	19
ARTIKEL 5 UND 6 (ÄNDERUNG DES ARZNEIMITTELGESETZES UND DER MEDIZINPRODUKTE- ABGABEVERORDNUNG) – § 43 ABS. 4	20
ARTIKEL 10 (ÄNDERUNG DER ZULASSUNGSVERORDNUNG FÜR VERTRAGSÄRZTE) – § 19A	21
ERGÄNZENDE GESETZGEBUNGSVORSCHLÄGE	22
SICHERHEIT FÜR DEN ÄRZTLICHEN BEREITSCHAFTSDIENST	22

ZUR KOMMENTIERUNG

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. Sofern keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

ZUSAMMENFASSUNG

Unbenommen der im Weiteren ausgeführten, fachspezifischen Hinweise hat sich der Bewertungsrahmen des vorgelegten Kabinettsentwurfs durch das eine Woche später veröffentlichte GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) fundamental geändert. Der umfassende Ausbau des notdienstlichen Versorgungsangebots, das über das Angebot einer überbrückenden Versorgung weit hinausgeht, soll im Wesentlichen aus den nunmehr budgetierten Vergütungen der Vertragsärzte finanziert werden. Hierzu gehören auch erhebliche Investitionsbedarfe in den Ausbau der 116/117-Infrastruktur. Bezeichnend für die grundlegende Veränderung der Rahmenbedingungen für die Einführung neuer Notfallstrukturen ist der Widerspruch, wie er sich beispielsweise aus den transparent ausgewiesenen Folgekosten steigender Fallzahlen im Notfallgesetz von 100 Millionen Euro jährlich und aus der eine Woche später beschlossenen Streichung aller Anreize für eine gesteuerte Versorgung durch das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz ergibt. Die im Gesetzesentwurf erwarteten Ersparnisse anderer Sektoren wie den Kliniken oder dem Rettungsdienst, sollen durch Mehraufwendungen im vertragsärztlichen Bereich erzielt werden, die nicht gegenfinanziert sind. Nicht nur werden aufwändige und unnötige Parallelstrukturen zur Regelversorgung, also auch während der Praxisöffnungszeiten, etabliert, sondern werden auch gleichzeitig die zur Verfügung stehenden Finanzmittel erheblich reduziert. In Zeiten der Einführung eines Primärarztsystems, des Grundsatzes einer gesteuerten Versorgung und einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik zusätzliche, niedrigschwellige Leistungsangebote zu schaffen konterkariert die Gesetzesabsicht. Im Gegenteil verschlechtert der vorliegende Entwurf in Verbindung mit dem GKV-BStabG die Bedingungen für die Etablierung eines zielgerichteten, wirtschaftlichen Versorgungsangebots für unvorhergesehene Inanspruchnahmen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) werden im Ergebnis zusätzlich zu den erheblichen Einsparungen aus dem GKV-BStabG mit weiteren Aufwendungen konfrontiert, die aus den Verwaltungskosten der Vertragsärzte zu leisten sind und die Vertragsärzte zusätzlich belasten. Die KBV lehnt aus diesen Gründen den vorliegenden Gesetzesentwurf der Bundesregierung in großen Teilen ab, was im Weiteren im Detail begründet wird.

Folgende zentralen Aspekte sollten für eine verbesserte Notfall- und Akutversorgung berücksichtigt werden:

- › Ergreifen der Chance zur verbesserten Patientensteuerung: Einstiegsmöglichkeit in verbindliche Vorgaben zur Ersteinschätzung für Patienten nutzen und auf zusätzliche Versorgungsangebote parallel zur Regelversorgung verzichten
- › Finanzierung der Bereitschaftsdienststrukturen sichern: Sicherstellungskosten rechtssicher aus Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen finanzieren und nicht aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung
- › Förderung des Ausbaus der 116/117 durch eine eigene Strukturfinanzierung
- › Berücksichtigung der Interdependenzen der Notfallreform mit geplanten GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz, dem Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen und der Primärversorgung: Anforderungen für die Weiterentwicklung der Notfall- und Akutversorgung an die geänderten finanziellen Rahmenbedingungen anpassen

Daneben sind weitere Reformauswirkungen absehbar, die im Widerspruch zu den erklärten Reformzielen stehen. Die vielfach von Verbänden berichtete Überlastungssituation mit Auswirkungen auf die Patientensicherheit erfordert Maßnahmen, die es erlauben, aufwändige Notfallstrukturen für diejenigen Patientinnen und Patienten verfügbar zu machen, die eine solche Versorgung benötigen. Allerdings wird der vorgelegte Entwurf kaum dazu beitragen, das formulierte Ziel – insbesondere der Entlastung der Notaufnahmen – zu erreichen. Mit der institutionalisierten Öffnung von Notaufnahmen an Integrierten Notfallzentren (INZ) während der Sprechzeiten der Praxen sowie der Erweiterung des Leistungsspektrums wird der Zustrom in Notaufnahmen gefördert und ein unklares Rangverhältnis zwischen der etablierten Versorgung von Akutfällen durch vertragsärztliche Praxen und der neuen notdienstlichen Akutversorgung geschaffen. Damit entsteht ein von der Regelversorgung losgelöstes Parallelsystem der Behandlung und es werden Abgrenzungsprobleme zwischen diesen geschaffen.

Problematisch ist zudem die vorgesehene Patientensteuerung in die INZ, die in dieser Struktur grundsätzlich den Krankenhäusern überlassen wird. Nicht zuletzt aufgrund der im internationalen Vergleich unüblich hohen Aufnahmequote aus Notaufnahmen in Deutschland hatte schon der Sachverständigenrat im Jahr 2018 darauf hingewiesen, dass diese Steuerungsentscheidung nach Möglichkeit durch ambulant tätige Ärzte zu treffen sei. Hinzukommt die bundesweit undifferenzierte, ausnahmslose Ausdehnung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auf das Angebot eines 24/7-telefonischen oder 24/7-videounterstützten Versorgungsangebots und eines 24/7 Fahrdienstes. Damit werden parallel zur Regelversorgung drei weitere, unmittelbare zugängliche ambulante Versorgungsangebote geschaffen, die erhebliche finanzielle und personelle Ressourcen erfordern. Solche Angebote vor dem Hintergrund massiver wirtschaftlicher und personeller Probleme zu etablieren ist nicht nur unwirtschaftlich, sondern widerspricht auch den beabsichtigten Maßnahmen zur Fokussierung und Steuerung von ambulanter GKV-Versorgung. Da diese Angebote auch während der regulären Praxisöffnungszeiten vorzuhalten sind, wird die notdienstliche Versorgung nicht mehr als überbrückende, sondern auch fallabschließende Versorgung definiert und dies, ohne Regelungen zur Finanzierung der damit einhergehenden Mehraufwendungen vorzusehen.

Der Entwurf des Notfallgesetzes erschwert die – aus Sicht der KBV primäre – Sicherstellung der Akutversorgung durch die Vertragsärzte durch eine einseitige Belastung der KVen hinsichtlich personeller und finanzieller Ressourcen. Der Gesetzesentwurf verursacht mit diversen bilateralen, komplexen Vereinbarungspflichten relevante bürokratische Aufwände und ist in seiner Fristsetzung nicht nur in Bezug auf die Dauer der Frist, sondern auch auf die Abfolge der Regelungsinhalte unzureichend aufeinander abgestimmt und unrealistisch. Ein deutschlandweiter Standard für INZ oder die Kooperation von 112 und 116117 kann so nicht erzielt werden.

Positiv hervorzuheben sind erweiterte Datenschutzregelungen für die Tätigkeit der 116117 Leitstellen sowie die funktionale Aufteilung in eine Akutleit- und eine Terminservicestelle. Die Dringlichkeit des digitalen Austausches aller der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen wird deutlich herausgestellt. Dabei hebt sich der Gesetzentwurf positiv dadurch hervor, dass nunmehr eine konsequente Nutzung der Telematikinfrastruktur und ihrer Komponenten im Rahmen der Notfallversorgung und bei den sie tragenden Strukturen und Beteiligten vorgesehen ist. Diese sinnvollen Vorgaben können maßgeblich dazu beitragen, die Kommunikation strukturiert und effizient anzulegen und die Notfallversorgung auf für die Beteiligten gut nutzbare Informationsgrundlagen zu stellen.

KOMMENTIERUNG

ARTIKEL 1 – ÄNDERUNGEN DES SGB V

NR. 1 UND 2 – § 27 UND 30 (MEDIZINISCHE NOTFALLRETTUNG)

Beabsichtigte Neuregelung

Die medizinische Notfallrettung wird als eigenständige Leistung im SGB V aufgenommen. Daraus ergibt sich ein Anspruch der Versicherten auf medizinische Notfallrettung. Sie wird zur Klarstellung in den Katalog der Krankenbehandlung nach § 27 aufgenommen. Im neu gefassten § 30 wird der Anspruch der Versicherten auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung geregelt.

Bewertung

Die KBV begrüßt die Aufnahme der medizinischen Notfallrettung in das SGB V und geht davon aus, dass hierdurch das bundesweit bislang überaus fragmentierte und heterogene Leistungsgefüge vereinheitlicht wird. Dies erleichtert auch die Integration der Notfallrettung in das Gesamtsystem der gesundheitlichen Versorgung einschließlich seiner Anschlussfähigkeit hinsichtlich der Vereinbarung von Absprachen vor Ort zur Kooperation und digitalen Vernetzung.

NR. 3 – § 60 (KRANKENTRANSPORTE, KRANKENTRANSPORTFLÜGE UND KRANKENFAHRTEN)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 60 SGB V wird neu strukturiert und die Inhalte der geltenden Krankentransport-Richtlinie des G-BA eingegliedert. Viele der neuen Regelungen sind bereits Bestandteil der Krankentransport-Richtlinie und erhalten nunmehr Gesetzescharakter. Mit Blick auf die Versorgung in einem Integrierten Notfallzentrum (INZ) wurde der Anspruch neu geregelt, auch dorthin Krankenfahrten oder Krankentransporte durchführen zu können. Rettungsfahrten sind hingegen nicht mehr Bestandteil von § 60 SGB V, sondern sind in § 30 SGB V verortet.

Bewertung

Die Übernahme der bestehenden Regelungen aus der Krankentransport-Richtlinie des G-BA in den neu strukturierten § 60 SGB V ist folgerichtig und sachgerecht. Auch die Möglichkeit der Disposition von Krankenfahrten und -transporten durch Gesundheitsleitsysteme ist positiv zu bewerten, da dadurch nachgelagerte Verordnungen durch Vertragsärzte entfallen können, die in der Vergangenheit zu unnötigem bürokratischem Aufwand geführt haben.

Darüber hinaus sind die Kooperationsmöglichkeiten der KVen ausdrücklich zu unterstützen, die bereits in Modellen beispielsweise der KV Hessen erfolgreich erprobt wurden. Damit können erstmals Krankentransporte in die vertragsärztliche Versorgung erfolgen, wodurch Notfallkapazitäten in den Rettungsstellen entlastet werden können.

NR. 6 – § 73B ABS. 4 S. 7 (VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG ZU SPRECHSTUNDENFREIEN ZEITEN)

Beabsichtigte Neuregelung

In § 73b Abs. 4 Satz 7 wird die Angabe „vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten“ durch die Angabe „notdienstlichen Akutversorgung im Sinne des § 75 Absatz 1b“ ersetzt.

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 75 (siehe nachfolgende Nummer).

Bewertung

Die Anpassung der Textierung macht einmal mehr deutlich, dass es sich bei der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) um keine Vollversorgung handelt. Die ressourcenaufwändige Versorgung von GKV-Versicherten außerhalb der Sprechzeiten von der hausarztzentrierten Versorgung auch in dieser Reform auszunehmen, verschärft die Kostenproblematik der Sicherstellung erheblich: Die Organisation des Notdienstes refinanziert sich nicht aus den GKV-Einnahmen der an Versicherten erbrachten Leistungen. Nicht zuletzt deshalb werden in § 105 SGB V weitere Finanzierungsoptionen eröffnet, die hälftig aus den Verwaltungskosten der KVen bestritten werden müssen. In diese Verwaltungskosten gehen Vergütungen, wie sie außerhalb des KV-Systems gewährt werden, nicht ein. Ohne eine entsprechende Anpassung der Finanzierungsmechanik führt dies zu einem weiteren, ungerechtfertigten Verwaltungskostenanstieg für diejenigen KV-Mitglieder, die ihre Leistungen im Kollektivvertrag erbringen. Aus diesem Grund ist eine entsprechende Beteiligung an den Sicherstellungskosten auch für diejenigen Leistungen vorzusehen, die außerhalb der kollektivvertraglichen Versorgung erbracht werden. Gleiches gilt im Übrigen für die Finanzierung der Stellen der ambulanten Weiterbildung nach § 75a SGB V, deren ärztlicher Anteil allein aus den Verwaltungskosten der KV-Gesamtvergütung aufgebracht wird.

NR. 7 – § 75 (AKUTLEITSTELLE, ERREICHBARKEITSANFORDERUNGEN, VERMITTLUNGSREIHENFOLGE)

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neureglung wird eine Modifikation des Sicherstellungsauftrages der KVen für die notdienstliche Akutversorgung vorgenommen. Dies umfasst insbesondere die Definition und den Umfang notdienstlicher Akutversorgung sowie die Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge.

Bewertung

Vorbemerkung

Der Sicherstellungsauftrag der KVen wird nicht nur konkretisiert, sondern auch erheblich erweitert. Zur Finanzierung dieser zusätzlichen Aufwände aus den Verwaltungskosten der KVen wird zu § 105 SGB V Stellung bezogen.

Zu Absatz 1a

Die Trennung der Funktionen der Terminservicestelle (TSS) und der Akutleitstelle wird grundsätzlich begrüßt. Hinsichtlich der bundesmantelvertraglichen Vereinbarung der Erreichbarkeiten der Terminservicestelle wird angeregt (Satz 11, Nr. 7), dies in das Ermessen der Gesamtvertragspartner zu stellen. Diese sind auch für die Vereinbarung von Fördermitteln für die Infrastruktur der TSS zuständig.

Zu Absatz 1b

Mit der sogenannten notdienstlichen Akutversorgung wird eine bundesweit undifferenzierte, ausnahmslose Ausdehnung des Sicherstellungsauftrags der KVen angeordnet, Leistungsangebote werden deutlich ausgeweitet und die Fragmentierung der Versorgung in immer weitergehenden und vielfältigeren Versorgungsangeboten wird fortgesetzt. Mit dem flächendeckenden Angebot eines 24/7 (oder nun „jederzeitigen“) Fahrdienstes und eines telefonischen oder videounterstützten Versorgungsangebots sowie dem unkonditionierten Zugang zu INZ, können Versicherte auch während der Praxisöffnungszeiten – an der Regelversorgung vorbei – den Zugang zur medizinischen Versorgung einschließlich Krankschreibungen oder Rezepten erhalten.

Nicht nur sind für die Etablierung und Vorhaltung dieses Angebots erhebliche personelle und finanzielle Aufwendungen nötig, sondern damit werden Steuerungsabsichten, wie beispielsweise die Einführung eines Primärarztsystems, konterkariert. Auch entspricht der Ansatz nicht den Versorgungsnotwendigkeiten in allen Regionen: Ein fahrender Dienst kann aufgrund regionaler Besonderheiten sinnvoll sein und wurde schon in einzelnen Regionen eingerichtet. Die bundesweite Vorgabe, diesen Dienst überall einzurichten, widerspricht der Versorgungsrealität und ist den Vertragspartnern vor Ort zu überlassen.

Entsprechende Vorgaben sind, sofern erforderlich, auf Landesebene zu vereinbaren und nicht bundesweit vorzugeben. Es entspricht weder einer wirtschaftlichen noch einer personalressourcenschonenden Vorgehensweise, wenn durch solche Vorgaben ein Strukturaufbau zu finanzieren ist, der von vielen Beteiligten vor Ort als nicht bedarfsgerecht beschrieben wird. Hinzukommen verfassungsrechtliche Bedenken, da „die Verpflichtung der Vertragsärzte zur Mitfinanzierung eines Versorgungsbereichs außerhalb des individuellen Versorgungsauftrags“ als „fremdnützige Abgabenlast“ nicht verfassungsrechtlich zu rechtfertigen ist.

Verfassungsrechtliche Probleme einer Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zur Errichtung und Finanzierung eines aufsuchenden Dienstes während der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten

Im Rechtsgutachten im Auftrag der KBV stellte Prof. Dr. Kingreen unter anderem fest:

„Verfassungswidrig ist in jedem Fall die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Mitfinanzierung des aufsuchenden Dienstes, denn es ist kein Grund dafür ersichtlich, warum allein die Vertragsärzte und nicht die Gesamtheit der Steuer- oder Beitrags-/Prämienzahler oder zumindest nicht auch andere in die Notfallversorgung einbezogene Leistungserbringer diese neue Versorgungsstruktur finanzieren müssen. Anders als der Notdienst, der den Vertragsarzt von seiner anderenfalls bestehenden Verpflichtung zur Dienstbereitschaft rund um die Uhr entlastet, gehört der aufsuchende Dienst nicht zum Versorgungsauftrag des Vertragsarztes, und kann dies aus rechtlichen und praktischen Gründen während der Sprechstundenzeiten auch gar nicht sein. Denn das Recht kann keine gleichzeitige Präsenz an zwei Orten verordnen. Er muss folglich auch mit Nicht-Vertragsärzten erbracht werden; der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen ginge als weiter als der Versorgungsauftrag ihrer Mitglieder. Der aufsuchende Dienst kompensiert also keine anderenfalls bestehende Verpflichtung des Vertragsarztes, sondern schafft eine neue Versorgungsstruktur, für die die Vertragsärzte keine spezifische, von der Allgemeinheit abgrenzbare Verantwortung tragen. Ihre Pflicht zur Mitfinanzierung ist daher fremdnützig und mithin verfassungswidrig.“

Das Rechtsgutachten ist als Anlage unserer Stellungnahme beigelegt.

Diese Parallelstrukturen zur Regelversorgung zudem noch in Teilen mit Fördermitteln aus den Verwaltungskosten der Vertragsärzte zu finanzieren, ist unverhältnismäßig und nach dem Gutachten von Prof. Dr. Kingreen auch verfassungsrechtlich problematisch. Die Inanspruchnahme der ressourcenaufwändigen Versorgung während und außerhalb der Sprechzeiten muss vom Grundsatz geleitet sein, dass Versicherte zur Mitwirkung verpflichtet sind und der Inanspruchnahme von notdienstlichen Leistungen entsprechende Schritte, wie eine standardisierte Ersteinschätzung, regelhaft voran gehen sollen. So, wie für den fahrenden Dienst oder für telemedizinische Angebote im Gesetzesentwurf vorgesehen, sollte vor dem Aufsuchen eines INZ obligat eine Ersteinschätzung durch die Akutleitstelle vorangehen und dies insbesondere während der Sprechstundenzeiten. Wie in anderen Ländern (z. B. Dänemark) üblich, werden damit Krankenhausstrukturen wirksam entlastet und das ist ausweislich das Ziel dieses Gesetzesentwurfs.

Die Bereitstellung eines telefonischen und videounterstützten, 24 Stunden täglich verfügbaren Angebots auch für Kinder in Zeiten des Fachkräftemangels, ist mit einem sehr hohen finanziellen und personellen Aufwand verbunden. Hier sollten passgenauere Angebote auf der Grundlage der bisherigen Erfahrungswerte regional ermöglicht werden.

Abgesehen von den rechtlichen Bedenken ist die Einrichtung eines 24 Stunden täglich verfügbaren aufsuchenden Dienstes flächendeckend weder für die Versorgung notwendig noch wirtschaftlich oder personell umsetzbar. Viele Patientinnen und Patienten können durch entsprechende Telefon- oder Videoberatung fallabschließend versorgt werden. Gerade in Flächenländern stellt dieser Rund-Um-die-Uhr-Dienst eine große finanzielle und personelle Belastung dar. Die Vorgabe, dass diese Versorgung nur auf die Fälle beschränkt ist, die nicht anders versorgt werden können, ist hier nicht ausreichend, da dieses Versorgungsangebot mit sehr hohen Vorhaltekosten verbunden ist.

Zu Absatz 1c

Die Auftrennung der 116117 in eine Akutleitstelle und eine Terminservicestelle mit unterschiedlichen Erreichbarkeiten ist eine sinnvolle Weiterentwicklung der in den letzten Jahren gewachsenen Leitstellenstruktur der KVen. Die genannten Erreichbarkeiten der Akutleitstelle sind ambitioniert und mit erheblichen Mehraufwendungen für die KVen verbunden. Mit Blick auf den in der Notfallreform festgelegten umfangreichen Aufgabenzuwachs der KVen und der jetzt beabsichtigten Streichung von notwendigen Vergütungszuschlägen nach dem GKV-BStabG sollte ein längerer Übergangszeitraum eingeräumt werden. Auch hier ist zu bedenken, dass die Herausforderungen nicht nur technischer Natur sind, sondern vor allem auch in der Personalgewinnung liegen. In der Folge ist mit erheblichen Mehrkosten der KVen und entsprechenden Umsetzungsrisiken, durch den bestehenden Fachkräftemangel, zu rechnen.

Der grundsätzliche Vorrang der Vermittlung der Patienten durch die Akutleitstelle in die Sprechstunden wird begrüßt, sollte allerdings noch deutlicher gefasst und die Subsidiarität der anderen Angebote klarer definiert werden.

Um einen performanten Terminservice in der ambulanten Versorgung betreiben zu können, ist eine tiefe Integration der Terminvermittlung mit den Diensten und Anwendungen der Telematikinfrastruktur (siehe Referentenentwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG)) sowie den Praxisverwaltungs- und Terminsystemen notwendig. Diese technische und inhaltliche Spezifikation der Schnittstelle des Terminservice ist verfügbar und veröffentlicht. Für eine erfolgreiche Umsetzung ist die verpflichtende Umsetzung und Nutzung der Schnittstelle per Rechtsverordnung seitens des BMG entsprechend zu veranlassen. Hieran hängen zuletzt auch jegliche weiteren Überlegungen der Bundesregierung zur Umsetzung für eine Patientenkoordination und -steuerung.

Zu Absatz 1d

Die KBV begrüßt die neue Fassung des Absatzes 1d als Grundlage für die Datenverarbeitung, wie sie im Rahmen der Leitstellentätigkeit unabdingbar ist.

NR. 11 – § 90 (STANDORTBESTIMMUNG INZ)

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass die Standortbestimmung für INZ durch erweiterte Landesausschüsse (eLA) erfolgen soll.

Bewertung

Die KBV begrüßt die vorgesehene Regelung zur Festlegung der INZ-Standorte durch die erweiterten Landesausschüsse (eLA) als paritätisch besetztes Gremium mit allen an der Akut- und Notfallversorgung beteiligten Akteuren sowie die Möglichkeit der Sitzung in reduzierter Anzahl an Mitgliedern.

NR. 14 – § 105 ABS. 1B (FINANZIERUNG NOTDIENSTLICHER STRUKTUREN)

Beabsichtigte Neuregelung

Im neu gefassten § 105 Abs. 1b wird die Finanzierung der notdienstlichen Strukturen der KVen durch zusätzlich zur Verfügung gestellten Beträgen geregelt. Zudem wird die finanzielle Einbindung der PKV in Höhe von 7% festgelegt.

Bewertung

Die mit dieser Reform einhergehenden Aufwände für die KVen werden nicht durch die Leistungserbringung innerhalb der notdienstlichen Versorgung gedeckt. Insofern ist die Erweiterung der Finanzierungsgrundlage grundsätzlich zu begrüßen. Nach wie vor fehlgeleitet ist jedoch der Grundsatz, dass Vertragsärzte aus der Vergütung ihrer an GKV-Versicherten erbrachten Leistungen („Verwaltungskosten“) Investitions-, Betriebs- und Vorhaltekosten für dieses erweiterte Versichertenangebot aufbringen müssen. Gleiches gilt für keinen anderen Sektor der not- bzw. rettungsdienstlichen Versorgung.

Nachdem nunmehr auch kommunale Angebote der Daseinsvorsorge durch Akutleitstellen vermittelt werden sollen (siehe § 133a Abs. 4 SGV V neu) erscheint eine Finanzierung ausschließlich aus GKV-Beiträgen im Allgemeinen und aus Verwaltungskosten der KV-Mitglieder im Besonderen unangemessen.

Mit der Erweiterung des Sicherstellungsauftrags entstehen erhebliche Mehrkosten für personelle, technische, organisatorische und infrastrukturelle Vorhaltung der Angebote der 116117. Folglich sind diese Mehrkosten als refinanzierungsfähige Strukturkosten anzuerkennen und von den gesetzlichen Krankenkassen zu finanzieren. Dabei sind auch bereits entstandene Kosten für die Einrichtung und Vorhaltung zukunftsweisender Notfallstrukturen einmalig zu berücksichtigen.

Die vorgesehene Regelung zur Verwendung der Finanzmittel des Grundbetrags nach § 87b Abs. 1 Satz 3 („Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst“) wird in der vorliegenden Form abgelehnt. Die Finanzmittel der MGV dienen der Finanzierung der Leistungen des EBM. Durch die Trennung der Vergütung wird die MGV auf Haus- und Fachärzte sowie auf die versorgungsbereichsübergreifenden Grundbeträge „Notfall und Notdienst“ und „Labor“ aufgeteilt.

Für die Leistungsbereiche, die vor der Trennung der Vergütung auf Haus- und Fachärzte gebildet werden, gilt: Sofern die vorab bereitgestellten Finanzmittel nicht zur Finanzierung dieser Leistungen ausreichen, werden die verbleibenden Finanzmittel anteilig auf die Grundbeträge der Haus- bzw. Fachärzte aufgeteilt und stehen für die Vergütung der MGV-Leistungen des Versorgungsbereichs. Im umgekehrten Fall gilt: Reichen die vorab bereitgestellten Finanzmittel nicht aus, sind die fehlenden Finanzmittel aus den Grundbeträgen der Haus- und Fachärzte anteilig zu entnehmen und stehen nicht zur Vergütung der Leistungen der Versorgungsbereiche zur Verfügung.

Mit der geplanten Regelung wird eine asymmetrische Situation zu Lasten der Haus- und Fachärzte geschaffen: Reichen die Finanzmittel nicht zur Vergütung der abgerechneten Leistungen im Notfall und im Notdienst, müssen zu Lasten der Vergütung der versorgungsbereichsspezifischen Leistungen der Haus- und Fachärzte Finanzmittel nachgeschossen werden. In Quartalen, in denen die Finanzmittel des Grundbetrags nach § 87b Abs. 1 Satz 3 nicht verbraucht werden, werden die Finanzmittel zur Entlastung der Krankenkassen zur Strukturfinanzierung herangezogen, statt hier einen Ausgleich für die o. g. gegenteilige Konstellation zu schaffen.

Alternativ zur vorgeschlagenen Regelung ist es sachgerecht, die Neuregelung ebenfalls symmetrisch auszugestalten: Anstelle der bisherigen Regelung, wonach fehlende bzw. überschüssige Finanzmittel den versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträgen zu entnehmen bzw. zuzuführen sind, werden diese Finanzmittel künftig zulasten bzw. zugunsten der Krankenkassen verrechnet. Diese entspräche konzeptionell der Regelung zur Vergütung der Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung und bietet eine eindeutige und rechtssichere Regelung. Der aktuelle

Gesetzentwurf hingegen weist erheblichen Interpretationsspielraum hinsichtlich der Art, des Umfangs und der Höhe der Mitfinanzierungsverpflichtungen der Krankenkassen auf.

Es sollte klargestellt werden, dass Mittel des Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V nachrangig für eine Mitfinanzierung der Notdienststrukturen heranzuziehen sind. Eine Förderung der ambulanten vertragsärztlichen Strukturen darf nicht zu Gunsten der Finanzierung des Notdienstes eingeschränkt werden.

NR. 17 – § 120 (VERGÜTUNG NOTDIENST, AUFHEBUNG ERLASS ERSTEINSCHÄTZUNGSRICHTLINIE)

Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine klarstellende Regelung dahingehend, dass auch Leistungen von Krankenhäusern und Ärztinnen und Ärzte, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, die jedoch im Rahmen der Zusammenarbeit in den Notdienst einbezogen sind, nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der Gesamtvergütung zu vergüten sind.

Außerdem wird der Auftrag an den G-BA zum Erlass einer Richtlinie, die Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Abs. 1 Satz 2 an ein Krankenhaus wenden, beinhaltet, aufgehoben.

Damit verliert die bereits beschlossene, aber wegen Beanstandung nicht in Kraft getretene Richtlinie des G-BA ihre Rechtsgrundlage und ist hinfällig. Ein der neuen gesetzlichen Lage angepasster Auftrag zum Erlass einer Richtlinie mit Vorgaben für ein standardisiertes digitalisiertes Ersteinschätzungsinstrument zur Steuerung der Hilfesuchenden im Rahmen der Strukturen des INZ wird in § 123c Absatz 2 aufgenommen (siehe nachfolgende Nr. 18).

Es werden Regelungen für die Vergütung ambulanter Leistungen an Krankenhäusern ohne INZ-Standort getroffen. Diese erhalten zukünftig nur dann eine Vergütung der ambulanten Notfallbehandlung, wenn die zuvor durchgeführte Ersteinschätzung gem. § 123c eine Behandlung am Krankenhausstandort empfiehlt und somit festgestellt hat, dass eine Verweisung an das nächstgelegene INZ nicht zumutbar ist.

Bewertung

Zur Streichung § 120 Abs. 3b SGB V:

In vielfältiger Hinsicht stellt der nun vorgelegte Entwurf eine Verschlechterung zum bisherigen Regelungsauftrag der Ersteinschätzung an den G-BA dar. Gerade die Erkenntnis des Sachverständigengutachtens zur Notfallversorgung, dass die Entscheidung über die weitere Versorgung von gefährigten Patienten nicht primär durch Klinikpersonal erfolgen sollte, wird in das genaue Gegenteil verkehrt. Die im internationalen Vergleich ungewöhnlich hohen stationären Aufnahmezeiten aus der Notaufnahme heraus, lassen sich nicht dadurch beheben, dass die Organisationshoheit des gemeinsamen Tresens der aufnehmenden Klinik überantwortet und die Ersteinschätzung zu einer ärztlichen Leistung auch in minder schweren Fällen wird. Mit der Beanstandung der G-BA-Richtlinie nach § 120 Abs. 3b SGB V wurden dringend erforderliche Reformprozesse verzögert, die Vorgaben in der vorliegenden Überarbeitung führen zu einer unnötigen Verwässerung.

Bis zur Richtlinienentscheidung des G-BA nach § 123c Abs.1 SGB V zum Zeitpunkt, ab dem die Ersteinschätzung durchzuführen ist, können alle Kliniken ohne weitere Auflagen Leistungen der notdienstlichen Akutversorgung erbringen. Wird die Richtlinienentscheidung, beispielsweise durch Weiterentwicklungsbedarfe von Ersteinschätzungssystemen, die sich aus neuen Funktionen und Aufgaben ergeben, verzögert, führt dies zur weiteren Beibehaltung der bisherigen, durch zu viele Standorte dysfunktionalen Versorgungslandschaft.

NR. 18 – § 123 (INTEGRIERTE NOTFALLZENTREN)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 123 regelt die bundesweit flächendeckende Einrichtung von INZ. Geregelt wird:

- › die Zusammensetzung (Notaufnahme, Notdienstpraxis, Ersteinschätzungsstelle) und grundsätzliche Funktion.
- › die Einbindung von Vertragsarztpraxen und MVZ als Notdienstpraxen und die Rolle von Kooperationspraxen.
- › Ersteinschätzung und Steuerung innerhalb des INZ inkl. gegenseitiger Datenübermittlung.
- › Telemedizinische Anbindung an Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie.
- › Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung von INZ.
- › die Zusammensetzung (Notaufnahme, Notdienstpraxis, Ersteinschätzungsstelle) und grundsätzliche Funktion.

Bewertung

Zu Absatz 1

Die vorgesehenen Regelungen öffnen Krankenhäuser, die einen INZ-Standort haben, 24/7 für die notdienstliche Akutversorgung. Bisher ist der ambulante Versorgungsauftrag der Krankenhäuser auf die Versorgung ambulanter Notfälle beschränkt, ohne dass dies während der Sprechzeiten ein regulär vorgesehener Versorgungsort ist. Während der Sprechstundenzeiten können nach diesem Entwurf INZ-Notaufnahmen vollständig an der ambulanten Akutversorgung teilnehmen – einschließlich der Verordnung von Arzneimitteln und der Ausstellung von AU- und Kind-krank-Bescheinigungen. Die bisherige Notwendigkeit, sich beispielsweise in einer Hausarztpraxis während der Sprechzeiten vorzustellen, entfällt hiermit und trägt nicht zur Koordination und Steuerung in der ambulanten Versorgung bei. Im Gegenteil wird hierdurch ein eigener, 24/7 zugänglicher Versorgungsbereich für alle Behandlungsanlässe geschaffen, der weiter zur Fragmentierung und zur ungesteuerten Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung beiträgt und dem Ziel einer optimalen Nutzung der personellen und einrichtungsbezogenen Ressourcen nicht gerecht wird.

Die Patientensteuerung ausschließlich durch Krankenhauspersonal, sofern Kooperationsverträge nichts anderes vorsehen, widerspricht den Erkenntnissen des Sachverständigenrats aus dem Jahr 2018. Zur Reduktion der im internationalen Vergleich ungewöhnlich hohen Aufnahmequote von Patientinnen und Patienten aus Notaufnahmen, wurde ein gemeinsamer Tresen unter vertragsärztlicher Leitung als Standardvoraussetzung empfohlen. Nunmehr wird aus dem gemeinsamen ein „einsamer“ Tresen ausschließlich unter Leitung des Krankenhauses. Insofern sollte die Standardeinstellung vorsehen, dass zumindest zu Zeiten der geöffneten Notdienstpraxis fußläufig das Krankenhaus aufsuchende Patientinnen und Patienten durch Mitarbeitende der Notdienstpraxis gesehen und ggf. weitergeleitet werden.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 ist eine Verpflichtung für INZ-Krankenhäuser zur Nutzung des Terminbuchungssystems der KVen zur Vermittlung von Hilfesuchenden, die sich nach Ersteinschätzung für einen Termin in der Regelversorgung entscheiden, oder die im Anschluss an die INZ-Versorgung einer Weiterbehandlung bedürfen, vorgesehen. Zur Entlastung der Notaufnahmen und zur Vermittlung einer notwendigen Anschlussversorgung durch Praxen ist diese Anbindung essenziell und deshalb sinnvoll.

Zudem ist durch die Regelungen in Absatz 2 bestimmt, dass alle Hilfesuchenden mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen (unabhängig vom tatsächlichen Ergebnis der Ersteinschätzung) eine ärztliche Leistung im INZ erhalten.

Im Ergebnis führen diese Regelungen, und hier insbesondere die Verordnung von Arzneimitteln und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, zu einem erhöhten Zustrom in INZ von Akutfällen ohne Notfall und

konterkarieren die ursprünglich angestrebte Entlastung der Notaufnahmen. Der erweiterte Aufgabenumfang der INZ ist zudem nicht erforderlich, da gleichzeitig die vertragsärztliche Versorgung in Praxen für Akutfälle auch kurzfristig zur Verfügung steht und zusätzlich Vertragsärzte telemedizinisch 24/7 erreichbar werden sollen.

Die Regelung missachtet den Vorrang der vertragsärztlichen Regelversorgung und widerspricht dem europäischen Trend zur Entlastung der Notaufnahmen durch die Einrichtung von Vorstufen des Zugangs. Zwar ist die Priorisierung von Versicherten, die sich zuvor einer Ersteinschätzung durch die 116117 unterzogen haben, angelegt, allerdings sind die Verbindlichkeiten dieser Regelung sowohl für Patienten als auch für INZ nicht vorhanden. Gleichzeitig werden die Aufgaben und Vorhaltungen der 116117-Akuteleitstelle im Bereich der Telemedizin und des aufsuchenden Dienstes massiv erhöht.

Angesichts dieses Ausbaus, an jederzeit verfügbaren niedrigschwelligen Akutangeboten außerhalb des Krankenhauses, schlägt die KBV eine verbindlichere Steuerungsregelung im Sinne einer „digital-first- bzw. hotline-first-Strategie“ vor, anders als im Entwurf durch die Vorrangigkeit bei gleicher Behandlungsdringlichkeit (unter Berücksichtigung sozialer Härten etc.) im INZ derzeit vorgesehen.

Zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung im Notdienst siehe Kommentierung zu Art. 5 (§ 4 Apothekenbetriebsordnung).

NR. 18 – § 123A (EINRICHTUNG VON INTEGRIERTEN NOTFALLZENTREN)

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird das Nähere zur Einrichtung von INZs geregelt. Darunter fällt die Standortbestimmung durch den erweiterten Landesausschuss nach § 90 Abs. 4a nach festgelegten gesetzlichen Kriterien. Ferner werden Regelungen ausgeführt zur:

- › Inhalte der Kooperationsvereinbarungen zwischen Krankenhaus und Kassenärztlichen Vereinigungen, gesetzlichen Vorgabe von Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxis, Schiedsregelungen bei Nichtzustandekommen
- › Rahmenvereinbarung mit Vorgaben zur Zusammenarbeit in INZ durch KBV, DKG und GKV-SV

Bewertung

Zu Absatz 1

Wenngleich in der Einleitung zum Gesetzesentwurf von „bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben“ für die Standorte für INZ die Rede ist, so lässt der Regelungstext mit dem Auftrag an die erweiterten Landesausschüsse nach § 90 Abs. 4a in §123a die einheitliche Ausgestaltung der genannten Kriterien vermissen. Vielmehr handelt es sich um eine Aufzählung von Kriterien, die insbesondere Berücksichtigung finden sollen, wovon allein die Erreichbarkeit mit 30-PKW-Minuten für 95 % der Bevölkerung konkreter ausgeführt wird. Die Regelung wird dazu führen, dass alle erweiterten Landesausschüsse abweichend und uneinheitliche Entscheidungskriterien u. a. zur Ausgestaltung von Planungsbereichen oder der Zahl zu versorgenden Menschen pro INZ-Standort entwickeln müssen. Die langwierige Umsetzung von § 103 Abs. 2 SGB V, wonach die Landesausschüsse Kriterien für ländliche und strukturschwache Regionen von Planungsbereichen festlegen sollen, zeigt exemplarisch, wie schwierig die Festlegung solcher Kriterien in den Landesausschüssen ist und wie wenig vergleichbar die Kriterien zwischen den Bundesländern im Ergebnis ausfallen. Aus Gründen der Patientensicherheit, aber auch der Wirtschaftlichkeit sollte neben der Erreichbarkeitsvorgabe ein Hinweis zur erforderlichen, anzustrebenden Anzahl Einwohner je INZ, beispielsweise 400.000 Einwohner/INZ, gegeben werden.

Die KBV unterstützt die in Abs. 1 Satz 3 formulierte Intention, bei Bedarf INZ-Planungsregionen auch über Landesgrenzen hinweg festzulegen, um so regionale Bedarfe besser adressieren zu können.

Die Regelungen in § 123a Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 sehen vor, dass Krankenhäuser die Einrichtung eines INZ an einem vom erweiterten Landesausschuss ausgewählten Standort ablehnen können, sofern berechtigte Interessen dem Krankenhaus entgegenstehen. In der Begründung wird beispielhaft ausgeführt, dass hier personelle und finanzielle Gründe angeführt werden können. Dieses Argument trifft gleichermaßen auch auf die KVen zu, so dass diese ebenfalls in die Regelung nach Nr. 2 aufgenommen werden sollten.

In § 123b Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 zu den INZ für Kinder und Jugendliche erhält die KV die gleiche Möglichkeit wie das KH die Standortwahl in begründeten Fällen abzulehnen. Dies wird mit der Sicherstellung der kinderärztlichen Regelversorgung begründet. Gleiches Argument gilt aber auch für die vertragsärztliche Regelversorgung von Versicherten verschiedener anderer Arztgruppen, die einer Standortentscheidung eines INZ nach § 123a entgegenstehen kann, so dass die KV in § 123a Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 ergänzt werden sollte.

Die Einbindung von Kooperationspraxen im unmittelbaren Umfeld der INZ in die notdienstliche Akutversorgung ist grundsätzlich sinnvoll und folgt dem Gedanken der Überleitung in die Regelversorgung, die heute schon in einigen Regionen organisiert wird (z.B. Partnerpraxen). Allerdings wurde die kurzfristige Versorgung von unbekannten Versicherten im Regelbetrieb dieser Kooperationspraxen bislang über die TSVG-Zuschläge für Akutpatienten angereizt. Diese Zuschläge sollen laut Entwürfen zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes künftig ersatzlos gestrichen werden, so dass sich keinerlei Vorteile für Kooperationspraxen ergeben. Es ist daher fraglich, ob sich angesichts gesteigerter Aufwände (z.B. organisatorische und technische Vernetzung mit dem INZ, Umsetzung von Vorgaben aus der Kooperationsvereinbarung, kurzfristige Vorhaltung freier Termine) ohne Gegenfinanzierung überhaupt Kooperationspraxen finden lassen werden.

Zu Absatz 2

Mit der lokalen Kooperationsvereinbarung sollen Organisationsvorgaben, die notwendigerweise nur mit der Kenntnis der Beteiligten vor Ort den Erfordernissen entsprechend getroffen werden können, am Standort festgelegt werden. Hierzu gehört auch die Festlegung von „Anforderungen zur Organisation und zur personellen Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle“, nicht aber die Ausstattung und Qualifikation der in der Notdienstpraxis tätig werdenden Gesundheitsberufe. Diese soll durch den G-BA zentral in Richtlinien vorgegeben werden. Warum bei Notdienstpraxen zur Sicherstellung der Einhaltung von Vorgaben zentrale G-BA-Richtlinien unabdingbar sind, bei der Besetzung des Ersteinschätzungstresens oder der ambulanten Notfallbehandlung (auch nicht in Krankenhäusern, die kein INZ betreiben) hingegen nicht, geht aus der Gesetzesbegründung nicht hervor. Warum in diesen, für eine qualitativ hochwertige Notdienstversorgung relevanten Teilbereichen „flexible Lösungen vor Ort“ ermöglicht werden sollen (Gesetzesbegründung zu § 123c Abs. 2), die Notdienstpraxis hiervon hingegen ausgenommen ist, ist widersprüchlich und bleibt fachlich unbegründet. Entweder werden diese Entscheidungen gleichermaßen der lokalen Ebene überantwortet oder aber gleichermaßen zentral mit Vorgaben belegt. In Anbetracht der Flexibilisierung der Umsetzung, der Nutzung der Erfahrungen und Kompetenz der Akteure vor Ort und zur Vermeidung von unrealistischen Übermaßforderungen sollten diese Entscheidungen von denjenigen getroffen werden, die für die Umsetzung der Vereinbarung einstehen müssen. Entsprechend ist in § 123a, Abs. 2, Nr.4 zu ergänzen: „Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen und der Leistungserbringer nach § 123 Abs.1 Satz in Integrierten Notfallzentren sowie der Kooperationspraxen“.

Die Erstellung einer Spezifikation, die sektorübergreifende Fallübergaben ermöglicht, ist sinnvoll und notwendig. Die KBV begrüßt die Erstellung der Schnittstelle im Rahmen des „KIG-Verfahrens“ des zwölften Kapitels des SGB V. Sie hält jedoch eine klarstellende Regelung für erforderlich, mit der gewährleistet wird, dass die von den beabsichtigten Festlegungen betroffenen Sektoren im Prozess zu beteiligen sind. Wie bereits ausgeführt, weist die KBV auch hier darauf hin, dass die Regelungen zum Gesundheitssystem mit den Regelungen synchronisiert sein müssen, die im Rahmen des Gesetzes für Daten und digitale Innovationen (GeDIG) getroffen werden sollen. Dies betrifft insbesondere die Regelungen für die digitale Bedarfseinschätzung und der Aufgaben für die Terminvermittlung (§ 360b SGB V) als auch der digitalen Überweisung (§ 360a SGB V). Ein friktionsfreier Informationsfluss zwischen allen vor, während und nach einem Notfall Beteiligten (Personen und Organisationen) ist nur dann möglich, wenn diese auf benötigte

Daten zugreifen können. Es bedarf deshalb gesetzlicher Regelungen, mit denen alle im Notfall an der Versorgung des Versicherten Beteiligten (Personen und Organisationen) befugt sind, auf die ePA und auf weitere Informationen wie einen Medikationsplan und eRezepte zugreifen dürfen und die im Rahmen der Spezifikationen abzubilden sind. Ein Bedarf an entsprechenden Regelungen besteht ebenfalls für die Notfalldokumentation.

Zu Absatz 4

Gemäß § 123a Abs. 4 sollen KBV, DKG und GKV-SV in einer bundesweiten Rahmenvereinbarung zur Zusammenarbeit in INZ-Vorgaben u. a. zu Regelungen für den Fall wiederholter und schwerwiegender Verstöße gegen die Kooperationsvereinbarung treffen (Nr. 5). Die KBV begrüßt die im Vergleich zur Vorversion offene Regelung, die alle Vertragspartner mit ihren Sicherstellungspflichten einschließt.

NR. 18 – § 123C (ERSTEINSCHÄTZUNG, RICHTLINIE DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 123c befasst sich inhaltlich mit der Ausgestaltung der Ersteinschätzung an Krankenhausstandorten. Dabei geht es u. a. um

- › Richtlinie des G-BA zu Vorgaben für standardisierte digitale Ersteinschätzung
- › Richtlinie regelt auch Mindestausstattungsanforderungen für Notdienstpraxen
- › Berichtspflicht G-BA zu Auswirkungen der Ersteinschätzung
- › EBM für Ersteinschätzung

Bewertung

Die vom G-BA zu treffenden Vorgaben an ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument bleiben, angesichts der nur innerhalb des INZ möglichen Weiterleitung, hinter den Möglichkeiten einer sinnvollen Patientensteuerung zurück (siehe auch Kommentierung zu § 123 Abs. 2 und zur Streichung des bisherigen § 120 Abs. 3b SGB V).

Weshalb (Gesetzesbegründung „ausdrücklich“) nur Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen inkl. Vorgaben zum Nachweis und zur Kontrolle dieser Anforderungen, nicht aber der INZ in Gänze durch den G-BA getroffen werden sollen, erschließt sich nicht. Im Hinblick auf die personelle Ausstattung von Kliniken einschließlich von Notaufnahmen mit möglichen Folgen für die Patientensicherheit liegen Medienberichte vor, die, sofern bundesweite Vorgaben erforderlich gehalten werden, Vorgaben für das ganze INZ und nicht nur für die Notdienstpraxen erforderlich erscheinen lassen.

Wie zu § 123a Abs. 2 SGB V ausgeführt sollte die Entscheidung zur personellen und sachlichen Ausstattung von INZ einschließlich der Notdienstpraxis unter Beachtung weiterbildungs- und haftungsrechtlicher Erfordernisse vor Ort getroffen und vereinbart werden. Sofern aufgrund einer befürchteten Heterogenität der getroffenen Vereinbarungen bundesweite Vorgaben für erforderlich gehalten werden, sind diese für das INZ insgesamt, und nicht nur für die Notdienstpraxis, festzulegen wobei als Regelungsort neben der G-BA-Richtlinie auch die Rahmenvereinbarung nach § 123a Abs. 4 SGB V in Frage kommt. Gleiches gilt dann auch für die Besetzung des Tresens für die Ersteinschätzung.

Wie bereits in der Stellungnahme zu § 123a SGB V wird darauf hingewiesen, dass die Regelungen des Notfallgesetzes mit den Regelungen synchronisiert sein müssen, die im Rahmen des Gesetzes für Daten und digitale Innovationen (GeDIG) getroffen werden sollen. Dies betrifft hier insbesondere die Regelungen für die digitale Bedarfseinschätzung (§ 360b SGB V neu), die mit dem Rahmen kompatibel sein müssen, der für den gemeinsamen Bundesausschuss gesetzt wird.

NR. 19 – § 133 (VERSORGUNG MIT LEISTUNGEN DER MEDIZINISCHEN NOTFALLRETTUNG UND VERTRÄGE FÜR KRANKENTRANSPORTE UND KRANKENFAHRTEN)

Beabsichtigte Neuregelung

Der § 133 befasst sich mit der Versorgung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung.

- › Nur nach Landesrecht vorgesehene oder beauftragte Leistungserbringer
- › Vergütungsverträge für Leistungen nach SGB V erforderlich
- › Transparenzpflicht bezüglich Kalkulationen
- › Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 SGB V
- › Schiedseinrichtung bei Nichtzustandekommen
- › Entsprechende Geltung für Krankentransporte
- › Übergangsregelung

Bewertung

Siehe Kommentierung zu § 30 SGB V.

NR. 19 – § 133A (GESUNDHEITSLEITSYSTEM)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 133a befasst sich mit der Einrichtung eines Gesundheitsleitsystems. Inhaltlich geht es u. a. um die Kooperationsvereinbarung zwischen der Akutleitstelle 116117 und der Rettungsdienstleitstelle 112 auf Antrag der Rettungsleitstelle, um die verbindliche Absprache, wer welche Fälle übernimmt und um die Abstimmung der Abfragesysteme. Dafür bedarf es einer medienbruchfreien Übergabe von Fällen und Daten.

Bewertung

Die Vernetzung der an der Steuerung beteiligten Einrichtungen der Akut- und Notfallversorgung, also der Akutleitstellen und der Rettungsleitstellen, ist überfällig und darf nicht länger von der lokalen Bereitschaft einiger weniger Beteiligter abhängen, die im Patienteninteresse zu einer Kooperation bereit sind. Bislang gibt es gute, aber nur wenige Beispiele einer gelungenen Kooperation, die aber nur einen Bruchteil der ca. 240 Rettungsleitstellen in Deutschland betrifft.

Mit der nunmehr vorgeschlagenen Regelung liegt die Initiative zur Zusammenarbeit ganz in der Hand der jeweiligen Rettungsleitstellen. Die regionale KV wird einseitig verpflichtet, auf Antrag der Rettungsleitstelle eine Kooperationsvereinbarung abzuschließen. Auch wenn dies offensichtlich aufgrund des bestehenden Rechtsrahmens nicht anders lösbar scheint, führt dies weiterhin nicht zu einer flächendeckenden Kooperation aller 17 Akut- und 243 Rettungsleitstellen, unbenommen der Frage, ob die bisherige Anzahl der Rettungsleitstellen den Versorgungsnotwendigkeiten der Bevölkerung angemessen ist.

Darüber hinaus wird der Umfang der Kooperation des Gesundheitsleitsystems mit komplementären Diensten deutlich ausgedehnt. So sehr eine bessere Koordination von mit sozialpsychiatrischen Diensten, Obdachlosenhilfe und notfallpalliativen Diensten wünschenswert und zu begrüßen ist, so ist doch diese Aufgabe sehr komplex und mit erheblichen personellen und finanziellen Aufwänden verbunden.

Neben der Schaffung der technischen Voraussetzungen, die Vereinbarung von Übernahmefristen und eines gemeinsamen Qualitätsmanagements und dem Aufbau einer Auswertungsbasis für die Evaluation der Kooperation soll die Akutleitstelle auch Angebote der kommunalen Daseinsvorsorge disponieren. Für die Finanzierung der damit verbundenen Aufwände erhalten Rettungsleitstellen auf Antrag Gelder aus dem

Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes. Die Finanzierung der nicht unerheblichen Aufwände der KVen sind, sofern nicht Fördergelder nach § 133f SGB V geltend gemacht werden können, hälftig (unter Einberechnung nicht verwendeter Honoraraufwände auch in höherem Umfang) aus den Verwaltungskosten der Vertragsärzte zu finanzieren. Diese Gelder entsprechen Anteilen der Vergütung der Leistungen, die für die Versorgung gesetzlich Krankenversicherter an diesen erbracht wurden.

Vorausgesetzt, dass es bei der gegenwärtigen Anzahl von Leitstellen bleibt und alle 243 Leitstellen eine Kooperationsvereinbarung abschließen, sind diese Aufwände, die sich nicht zuletzt aus einer wenig koordinierten, nicht aufeinander abgestimmten Rettungsleitstellenlandschaft ergeben, nicht von der Vertragsärzteschaft zu tragen, sondern müssen konsequenterweise entweder von den Kostenträgern oder im Hinblick auf Investitionskosten auch aus dem benannten Sondervermögen finanziert werden.

Die Erstellung einer Spezifikation, die sektorübergreifende Fallübergaben ermöglicht, ist sinnvoll und notwendig. Die KBV begrüßt die Erstellung bundeseinheitlicher, definierter Schnittstellen und Standards im Rahmen des Verfahrens nach zwölftem Kapitel des SGB V. Sie hält jedoch eine klarstellende Regelung für erforderlich, mit der gewährleistet wird, dass die von den beabsichtigten Festlegungen betroffenen Sektoren im Prozess zu beteiligen sind. Wie bereits ausgeführt, weist die KBV auch hier darauf hin, dass die Regelungen zum Gesundheitsleitsystem mit den Regelungen synchronisiert sein müssen, die im Rahmen des GeDIG getroffen werden sollen. Dies betrifft insbesondere die Regelungen für die digitale Bedarfseinschätzung einschließlich der Aufgaben für die Terminvermittlung (§ 360b SGB V) und der digitalen Überweisung (§360a SGB V). Ein friktionsfreier Informationsfluss zwischen allen vor, während und nach einem Notfall Beteiligten (Personen und Organisationen) ist nur dann möglich, wenn diese auf benötigte Daten zugreifen können. Es bedarf deshalb gesetzlicher Regelungen, mit denen alle im Notfall an der Versorgung des Patienten Beteiligten (Personen und Organisationen) werden, auf die ePA und auf weitere Informationen wie einen Medikationsplan und eRezepte zugreifen dürfen, was im Rahmen der Spezifikationen abzubilden ist. Ein Bedarf an entsprechenden Regelungen besteht ebenfalls für die Notfalldokumentation.

NR. 19 – § 133B (FACHGREMIUM MEDIZINISCHE NOTFALLRETTUNG)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 133b gibt Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung an. Es soll ein Gremium beim GKV-SV zur Schaffung dieser Rahmenvorgaben eingerichtet werden.

Bewertung

Immer wieder wird sowohl von Sachverständigen als auch von Fachgesellschaften oder einzelnen Initiativen bemängelt, dass es dringend einer Einrichtung auf Bundesebene, die sich um die Schaffung von bundesweiten Standards der Notfallrettung bemüht, bedarf.

Der Vorschlag der Errichtung eines Gremiums zur Schaffung von Rahmenempfehlungen für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung beim GKV-SV kann die geeignete, formalisierte Basis für die Entwicklung längst überfälliger bundesweiter Standards werden. Die damit einhergehenden Aufwände sind nicht zu unterschätzen. Die Verortung des Gremiums beim GKV-SV scheint geeignet, den dafür erforderlichen Rahmen bieten zu können.

Medizinische Notfallrettung kann, im Gegensatz zum Standard der letzten Jahrzehnte, nicht mehr losgelöst von der die Notfallrettung umgebenden Struktur der ambulanten und stationären Versorgung gedacht werden. Nicht nur für eine erfolgreiche digitale Vernetzung, auch im Hinblick auf Fallübergaben sowohl in den ambulanten als auch den stationären Sektor oder aber auch die Etablierung eigener ambulanter Angebote ist deshalb der Einbezug entsprechenden Sachverständigen in die Erarbeitung der Rahmenempfehlungen notwendig. Dies sollte durch eine entsprechende Ergänzung des Teilnehmerkreises

des Gremiums nach § 113b SGB V durch Einbezug des KV-Systems in die Erstellung der Rahmenempfehlungen oder hilfsweise durch eine Einvernehmensregelung erfolgen.

NR. 19 – § 133C (DIGITALE KOOPERATION IM RAHMEN DER NOTFALL- UND AKUTVERSORGUNG)

Beabsichtigte Neuregelung

Die digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung wird in § 133c konkretisiert. Eingeführt wird die verpflichtende digitale Notfalldokumentation für alle Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung, die verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätennachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung. Zudem werden Anforderungen, an die auf digitalen Anwendungen basierenden Erstalarmierungssysteme formuliert.

Bewertung

Die digitale Vernetzung aller an der Notfall- und Akutversorgung beteiligten Akteure ist eine der wesentlichen Voraussetzungen für eine ressourcenschonende und gleichzeitig effiziente Bereitstellung aufwändiger Notfallstrukturen. Da aufgrund der Freiwilligkeit der ePA nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Informationsprozesse auf die ePA bauen können, werden für den Notfall valide Informationsgrundlagen i.S. einer „Notfall-Fallakte“ über einen zentralen Versorgungsfachdienst erforderlich. Die Möglichkeit der Verarbeitung und zeitlich begrenzten Speicherung der Daten, wie sie im Rahmen der Erhebung der Akutleitstelle oder bei Leistungserbringern der notdienstlichen Akutversorgung anfallen und relevant für weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte in den jeweilig zuständigen oder betroffenen Versorgungsbereichen (ambulant, stationär, Rettungsdienst, weitere) sind, ist essenziell für eine effiziente, koordinierte Versorgung. Über einen zentralen Versorgungsfachdienst können für alle Versicherten, die im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung erhobenen Daten schnell ausgetauscht werden. Dass die Informationen zusätzlich nach erfolgter Versorgung in der ePA zu speichern sind, ist folgerichtig und relevant für die weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte in der Regelversorgung.

Die Einbindung von Ersthelfern nach § 30 Abs. 3 Satz SGB V in die medizinische Notfallrettung entspricht internationalen Standards und wird begrüßt.

Die KBV weist auch in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Regelungen im vorliegenden Notfallgesetz mit den Regelungen, die im Rahmen des GeDIG getroffen werden sollen, synchronisiert sein müssen.

NR. 19 - § 133D (DATENÜBERMITTLUNG ZUR QUALITÄTSSICHERUNG IN DER MEDIZINISCHEN NOTFALLRETTUNG)

Beabsichtigte Neuregelung

In § 133d geht es um die Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung sowie die Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form durch Datenstelle beim GKV-SV.

Bewertung

Die Einrichtung einer Datenstelle zur Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung ist selbstevident, ihre Verortung beim GKV-Spitzenverband wiederum nicht alternativlos. In Frage kommt für diese Aufgabe beispielsweise auch das Forschungsdatenzentrum nach § 303d SGB V.

NR. 19 – § 133F (FÖRDERUNG DER DIGITALISIERUNG DER MEDIZINISCHEN NOTFALLRETTUNG)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 133f befasst sich u. a. mit der Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung. Investitionen in die digitale Infrastruktur werden in den Jahren 2027 bis 2031 aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes finanziert.

Bewertung

Auf die KVen kommen erhebliche Aufwände bei der Etablierung von Gesundheitsleitstellen zu. Die KBV begrüßt deshalb die Berechtigung für KVen, Fördergelder aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes beantragen zu können.

NR. 24 – § 302 SGB V (ABRECHNUNG SONSTIGER LEISTUNGSERBRINGER)

Beabsichtigte Neuregelung

Für Leistungen der neu geregelten Notfallrettung gem. § 30 SGB V werden ergänzende Abrechnungsregelungen aufgenommen. Dabei wird klargestellt, dass die über die digitale standardisierte Notrufabfrage getroffene Entscheidung zur Veranlassung der medizinischen Notfallrettung als Nachweis des rettungsdienstlichen Notfalls gegenüber der Krankenkasse gilt.

Bewertung

Diese Regelung ist zu begrüßen. Mit dieser Regelung werden Vertragsärzte entlastet, die sich bislang bei Rettungsfahrten oft den Forderungen der Beförderer gegenübersehen, allein für die Begründung der Abrechnung eine Verordnung zu erstellen.

ARTIKEL 2 (WEITERE ÄNDERUNGEN DES SGB V) – § 75 ABS. 1E

Beabsichtigte Neuregelung

Inhaltlich befassen sich die Neuregelungen mit modifizierten Berichtspflichten der KBV aufgrund der Einführung der Akutleitstellen. Evaluiert werden sollen die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen und der Akutleitstellen insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Arztterminen, auf die Weiterleitung in offene Sprechstunden, auf die Vermittlungsquote von telefonischen oder videounterstützten ärztlichen Beratungen oder von Leistungen des aufsuchenden Dienstes, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme, insbesondere die Gesamtanzahl der Anrufe, die Anzahl der angenommenen Anrufe, die durchschnittliche Wartezeit bis zur Annahme eines Anrufs und die Anzahl der abgebrochenen Anrufe und auf die Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst.

Bewertung

Die Berichtspflichten der KBV werden insbesondere auf die Erreichbarkeit und die Vermittlungsleistung der Akutleitstellen erweitert. Die KVen nutzen unterschiedliche Softwaresysteme für ihre Telefonanlagen sowie zur Disposition ihrer Versorgungsangebote. Hier sind umfangreiche Vorarbeiten zur Etablierung von Datendefinitionen, -strukturen und -erfassungswegen sowie von Auswertungstools notwendig. Dies erfordert nicht nur einen angemessenen zeitlichen Vorlauf, sondern auch personellen Mehraufwand und

finanzielle Investitionen. Die Frist sollte deshalb auch mit Blick auf die Aussagekraft der Daten um ein weiteres Jahr verschoben werden.

ARTIKEL 5 UND 6 (ÄNDERUNG DES ARZNEIMITTELGESETZES UND DER MEDIZINPRODUKTE-ABGABEVERORDNUNG) – § 43 ABS. 4

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelungen in § 43 Abs. 4 AMG und in § 3 Abs. 2 MPAV sehen vor, dass Ärztinnen und Ärzte einer Notdienstpraxis im Sinne des § 123 Abs. 1 Satz 1 SGB V Arzneimittel und apothekenpflichtige Medizinprodukte an Patientinnen und Patienten der Notdienstpraxis für den akuten Bedarf in einer zur Überbrückung für längstens drei Tage benötigten Menge abgeben können, sofern die Abgabe außerhalb der üblichen Geschäftszeiten von öffentlichen Apotheken erfolgt oder im Anschluss an den Tag der Behandlung in der Notdienstpraxis ein Wochenende oder ein Feiertag folgt und die Anwendung des Arzneimittels oder des apothekenpflichtigen Medizinprodukts keinen Aufschub erlaubt.

Bewertung

Die KBV begrüßt die im Regierungsentwurf gegenüber dem Referentenentwurf vorgenommene Änderung hinsichtlich der Versorgung mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten im Rahmen einer Behandlung in einer Notdienstpraxis im Sinne des § 123 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Die nunmehr vorgeschlagene Neuregelung greift allerdings zu kurz. Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sollte gleichermaßen auch in anderen Formen des vertragsärztlichen Notdienstes im Sinne des § 75 Abs. 1b Satz 5 SGB V verbessert werden. Die vorgesehene Mitgabemöglichkeit von Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten durch Ärztinnen und Ärzte sollte daher nicht nur in einer Notdienstpraxis im Sinne des § 123 Abs. 1 Satz 1 SGB V, sondern im Rahmen aller Formen des vertragsärztlichen Notdienstes im Sinne des § 75 Abs. 1b SGB V Satz 5 gegeben sein (z.B. auch aufsuchendem Dienst).

Die KBV schlägt daher entsprechende Anpassungen im AMG und in der MPAV vor.

ÄNDERUNGSVORSCHLÄGE DER KBV

Änderungsvorschlag im Arzneimittelgesetz

Nach § 43 Absatz 3a wird der folgende Absatz 4 eingefügt:

„(4) Abweichend von den Absätzen 1 bis 3 dürfen Ärzte im vertragsärztlichen Notdienst im Sinne des § 75 Absatz 1b Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Arzneimittel an Patienten für den akuten Bedarf in einer zur Überbrückung für längstens drei Tage benötigten Menge abgeben, soweit

1. die Abgabe außerhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten von öffentlichen Apotheken erfolgt oder im unmittelbaren Anschluss an den Tag der Behandlung im Notdienst im Sinne des § 75 Absatz 1b Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein Wochenende oder ein Feiertag folgt
- und
2. die Anwendung des Arzneimittels keinen Aufschub erlaubt.“

Änderungsvorschlag in der Medizinprodukte-Abgabeverordnung

§ 3 wird durch den folgenden § 3 ersetzt:

„§ 3 Apothekenpflicht

(1) Produkte

1. nach § 2 Absatz 1 Nummer 1,
2. die zur Anwendung durch Laien bestimmt sind, soweit sie Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen enthalten, die nach der Verordnung über apothekenpflichtige und freiverkäufliche Arzneimittel apothekenpflichtig sind,
oder
3. die in Anlage 2 zu dieser Verordnung aufgeführt sind,

dürfen berufs- und gewerbsmäßig für den Endverbrauch nur durch Apotheken in den Verkehr gebracht werden (apothekenpflichtige Produkte).

(2) Abweichend von Absatz 1 dürfen Ärzte im Notdienst im Sinne des § 75 Absatz 1b Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch apothekenpflichtige Medizinprodukte an Patienten für den akuten Bedarf in einer zur Überbrückung für längstens drei Tage benötigten Menge abgeben, soweit

1. die Abgabe außerhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten von öffentlichen Apotheken erfolgt oder im unmittelbaren Anschluss an den Tag der Behandlung im Notdienst im Sinne des § 75 Absatz 1b Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein Wochenende oder ein Feiertag folgt
und
2. die Anwendung des apothekenpflichtigen Medizinprodukts keinen Aufschub erlaubt.“

ARTIKEL 10 (ÄNDERUNG DER ZULASSUNGSVERORDNUNG FÜR VERTRAGSÄRZTE) – § 19A

Beabsichtigte Neuregelung

In § 19a wird eine Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte vorgenommen, die eine gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe vorsieht. Im Bundesmantelvertrag Ärzte sollen bundeseinheitliche Regelungen zur zeitlichen Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb einer Arztgruppe im jeweiligen Planungsbereich getroffen werden.

Bewertung

Der wiederholte Eingriff in die Freiberuflichkeit der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte durch noch weiterführende Vorgaben für die offene Sprechstunde lehnt die KBV entschieden ab. Vorgaben hierzu stellen einen gravierenden Eingriff in die Organisationshoheit der Praxen dar, die je nach Spezialisierung, Lage und Patientenkontext eine umfassende Flexibilität bei der Ausgestaltung der offenen Sprechstunde (die ohnehin schon der Versorgung von Akutpatienten ohne Termin dient) behalten müssen.

Ohnehin ist der Mehrwert der Regelung für Patientinnen und Patienten zweifelhaft: Je nach Arztgruppe und Größe des Planungsbereichs gilt es dann zeitliche und räumliche Erreichbarkeit gegeneinander abzuwiegen. Da es sich um die Versorgung von Akutfällen, nicht von Notfällen handelt, sind die derzeitigen praxisindividuellen Regelungen aus Sicht der KBV zweckmäßig und sowohl an den regionalen Bedarfen als auch an der Verfügbarkeit von Personal in den Praxen ausgerichtet.

Zudem verursacht der Koordinationsaufwand der Regelung eine substanzielle und ständige Bürokratiebelastung für die Vertragsärzte und die KVen. Die Streichung der zusätzlichen Vergütungsanreize

für das Vorhalten einer offenen Sprechstunde nach BStabG begünstigt zudem die gesetzgeberische Absicht nicht im Geringsten.

ERGÄNZENDE GESETZGEBUNGSVORSCHLÄGE

SICHERHEIT FÜR DEN ÄRZTLICHEN BEREITSCHAFTSDIENST

Die KBV fordert, dass ärztliche Dienste im Bereitschaftsdienst als wichtige Dienstleistung für die Allgemeinheit von der Sozialversicherungspflicht ausgenommen werden. § 23c SGB IV ist in diesem Sinne anzupassen.

Außerdem fordert die KBV eine auskömmliche Finanzierung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Infrastrukturkosten (insb. MFA, Räume, 116117), die durch einen höheren Zentralisierungsgrad entstehen, müssen durch regionale Vereinbarungen refinanziert werden. Insofern ist eine Anpassung des § 105 Abs. 1b SGB V erforderlich.

Jedwede Reform des ärztlichen Bereitschaftsdienstes muss sowohl die Finanzierbarkeit als auch die Leistbarkeit (insb. Verfügbarkeit von Ärzten) zum Gegenstand haben. Hierzu ist neben dem Einsatz von technischen Mitteln (SmED, Videosprechstunde) auch darauf hinzuwirken, dass sich der ärztliche Bereitschaftsdienst auf medizinische Sachverhalte konzentriert, die ein Zuwarten auf die nächsten Praxisöffnungszeiten nicht erlauben.

Die Lösung für diese Problematik liegt in zwei Anpassungen: Auf der einen Seite muss durch eine Ergänzung des § 23c SGB IV für den Bereitschaftsdienst die gleiche Grundlogik gelten, wie dies schon heute für den Rettungsdienst der Fall ist. Da beide Situationen auch vergleichbar sind (Dienstverpflichtung mit Allgemeinwohlbezug) ist eine solche Anpassung auch als naheliegend zu charakterisieren.

Auf der anderen Seite bedarf es dringend einer Finanzierung der durch die Zentralisierung ausgelösten Kosten, die insbesondere durch die Anmietung von zentralen Räumlichkeiten, die Einstellung von Personal und die Aufwände für 116117 und Videosprechstunde entstehen.

Ihre Ansprechpartner:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 192.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 75 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.