



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 29.10.2024

zum Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung BT-Drs.: 20/13166

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	4
II. Stellungnahme	8
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	8
Nr. 1 – § 73b Hausarztzentrierte Versorgung	8
Nr. 2 a) – § 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung	9
Nr. 2 b) – § 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung	11
Nr. 2 c) – § 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung	14
Nr. 3 – § 76 freie Arztwahl	15
Nr. 4 – § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitlicher Orientierungswert	16
Nr. 5 – § 87a regionale Eurogebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	17
Nr. 6 – § 90 Landesausschüsse	18
Nr. 7 – § 90a Gemeinsames Landesgremium	22
Nr. 8 – § 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	23
Nr. 9 a) b) – § 116b Ambulante spezialfachärztliche Versorgung	25
Nr. 10 a) b) – § 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen	26
Nr. 11 – § 123 Integrierte Notfallzentren	27
Nr. 11 – § 123a Einrichtung von Integrierten Notfallzentren	35
Nr. 11 – § 123b Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche	41
Nr. 12 – § 133a Gesundheitsleitsystem	42
Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	44
§ 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung	44
Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)	45
§ 12a Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019	45
Artikel 4 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)	46
§ 11 Förderungsfähige Vorhaben	46
Artikel 5 (Änderung des Apothekengesetzes)	47
Nr. 1 – § 12b	47
Nr. 2 – § 20	49
Nr. 3 – § 25	50
Artikel 6 (Änderung der Apothekenbetriebsordnung)	51
Nr. 1 – § 1a	51
Nr. 2 – § 3	52
Nr. 3 – § 4	53
Nr. 4 – § 23	54
Artikel 7 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)	55
§ 43 Apothekenpflicht	55
Artikel 8 (Änderung der Medizinprodukte-Abgabenverordnung)	56
§ 2 Apothekenpflicht	56

Artikel 9 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)	57
Nr. 1, 2 und 3 – § 19a	57
III. Ergänzender Änderungsbedarf	58

I. Vorbemerkung

Mit dem Gesetzentwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung sollen die Vernetzung der Versorgungsbereiche, die Steuerung der Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene und die wirtschaftliche Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten verbessert werden. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für eine Reform der Notfallversorgung. In der gesundheitspolitischen Diskussion besteht weitestgehend Konsens darüber, dass die vielfach beklagte Überlastung der Notaufnahmen aus einem unzureichenden vertragsärztlichen Versorgungsangebot im Bereich der Akutversorgung resultiert.

Für eine grundlegende Verbesserung müsste aber der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gestärkt werden, der bundesweite Strukturvorgaben sowie eine Planungsgrundlage für Integrierte Notfallzentren (INZ) festlegen kann. Stattdessen enthält der vorliegende Entwurf eine ganze Reihe von Regelungen, die zu einer starken regionalen Zerfaserung der Notfallversorgung führen würden und einheitlichen Qualitätsstandards entgegenstehen. Für die angestrebte bessere Steuerung der Hilfesuchenden sollte außerdem die Möglichkeit geschaffen werden, Termine für nicht dringliche Fälle in der regulären ambulanten Versorgung direkt zu vermitteln. Die wesentlichen Maßnahmen des Gesetzentwurfes bewertet der GKV-Spitzenverband wie folgt:

Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen)

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen wird durch Definition der sog. „notdienstlichen Akutversorgung“ näher konkretisiert. Diese soll im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung 24 Stunden täglich in Fällen mit sofortigem medizinischen Behandlungserfordernis erfolgen, sich aber auf kurzfristig erforderliche Maßnahmen beschränken.

Der GKV-Spitzenverband unterstützt die gesetzliche Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags. Die Klarstellung, dass im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung nur kurzfristig erforderliche Maßnahmen erbracht werden dürfen, ist vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebots ebenso zu begrüßen wie die Vorgabe, dass im Rahmen der Versorgung auch eine Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit und die Verordnung von Arzneimitteln möglich sind. Hierdurch werden unnötige Anschlussbehandlungen vermieden. Die konkrete Ausgestaltung sollte allerdings durch die Partner der Selbstverwaltung erfolgen.

Ersteinschätzungsverfahren

Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass auch der Gesetzgeber weiterhin die Einführung eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens vorsieht. Allerdings ist bislang nicht vorgesehen, Hilfesuchende, bei denen die Ersteinschätzung keinen akuten Behandlungsbedarf ergeben hat, direkt in die ambulante Regelversorgung über die TSS weiterzuleiten. Entscheidende Strukturanforderungen, wie Anforderungen an das Personal und für die Weiterleitung an Kooperationspraxen, sollen nicht bundesweit einheitlich, sondern teilweise krankenhausespezifisch festgelegt werden. Dies würde zu intransparenten Regelungen führen, die dem Ziel einer bundesweit gleichwertigen hohen Versorgung

entgegenstehen. Es erscheint insgesamt nicht sachgerecht, die wesentlichen Strukturanforderungen für Integrierte Notfallzentren (INZ) auf verschiedene Ebenen aufzuteilen. Für eine bundesweit gleichwertige Versorgungsstruktur ist es entscheidend, dass zentrale Vorgaben auf der Bundesebene durch den G-BA festgelegt werden und diese Vorgaben dann in den Regionen als Rahmen für die Entscheidungen der erweiterten Landesausschüsse (eLA) dienen. Die Kooperationsverträge für die einzelnen INZ sollten diese Vorgaben verpflichtend einhalten und konkret umsetzen müssen. Der GKV-Spitzenverband spricht sich daher für ein Beibehalten der Regelung nach § 120 Abs. 3 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung und für ein Inkraftsetzen der vom G-BA beschlossenen Ersteinschätzungsregelung aus bzw. hilfsweise für eine Überführung dieser Regelungen in § 123 Abs. 3 SGB V.

Integrierte Notfallzentren (INZ)

Der beabsichtigte flächendeckende Aufbau von Integrierten Notfallzentren (INZ) als zentrale Anlauf- und Steuerungsstelle für Hilfesuchende an Krankenhäusern wird ausdrücklich begrüßt. Durch die räumliche Verbindung von zentraler Notaufnahme und KV-Notdienstpraxis am Krankenhaus, unterstützt durch ein standardisiertes und digital gestütztes Ersteinschätzungsverfahren, kann eine am Behandlungsbedarf ausgerichtete Steuerung der Hilfesuchenden in die jeweils geeignete Versorgungsebene gelingen. Die Verortung der fachlichen Leitung und der Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle beim Krankenhaus wird allerdings kritisch bewertet. Die Ersteinschätzungskraft sollte ihre Entscheidung immer weisungsfrei vom Krankenhaus treffen. Dies sollte durch entsprechende Regelungen in der Kooperationsvereinbarung sichergestellt werden. Es ist nicht auszuschließen, dass Betroffene künftig trotz der neuen INZ-Regelungen – neben Rettungsdienst (112) und Akutleitstelle (116117) – auch den eigenständigen Weg in ein Krankenhaus ohne INZ, d. h. über die Notaufnahme, wählen. In diesem Falle würde die bedarfsgerechte Patientensteuerung nicht erreicht.

Eine Vielzahl der Strukturanforderungen, die sinnvoll durch den G-BA im Sinne bundeseinheitlicher Vorgaben zu treffen wären, soll in hochkomplexen Einzelverträgen zwischen Krankenhausträgern und KVen geregelt werden. Nach einer ersten Schätzung würde dies den Abschluss von ca. 700 umfangreichen Kooperationsverträgen bedeuten, zusätzlich zu den im Entwurf vorgesehenen Kooperationsvereinbarungen mit den Trägern der Rettungsdienste, von denen es in Deutschland rd. 900 verschiedene gibt, und zusätzlich zu den ca. 700 Organisationsgremien nach §123a NEU SGB V Absatz 2 S. 4 Nr. 1. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist dies nicht umsetzbar und führt zudem zu einer hohen Intransparenz über die Versorgungsangebote in der notdienstlichen Akutversorgung. Die zentralen Strukturanforderungen müssen bundeseinheitlich festgelegt werden. Der G-BA ist hierfür das geeignete Gremium.

Begrüßt wird die Klarstellung, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die notdienstliche Akutversorgung insbesondere im Rahmen der INZ sicherstellen sollen. Ebenfalls sinnvoll ist die Verpflichtung zur Kooperation von als INZ-Standort festgelegten Krankenhäusern mit der KV. Die Regelung zur digitalen Fallübergabe innerhalb des INZ und mit den Kooperationspraxen wird ebenfalls unterstützt. Die Schaffung von Kooperationspraxen ist sinnvoll, greift aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes aber dahingehend zu kurz, als dass eine Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung nur noch an Kooperationspraxen möglich sein soll und dies auch nur in den Sprechstundenzeiten, in denen die Notdienstpraxis nicht geöffnet hat. Hierzu bietet sich eine

Terminvermittlung über die Terminservicestellen an, sofern der Patient eine Vermittlung wünscht und eine Behandlungsbedürftigkeit festgestellt wurde.

Der GKV-Spitzenverband unterstützt die Möglichkeit zur Einrichtung von Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche. Die Regelung ist jedoch als „Kann-Regelung“ formuliert, ohne dass bundeseinheitlich verbindliche Kriterien für die Gründung oder Nichtgründung von INZ für Kinder und Jugendliche gelten. Vor diesem Hintergrund ist ein bundesweiter Flickenteppich in der Versorgung zu befürchten. Auch hier sollte der G-BA bundeseinheitliche Kriterien (Anwendung eines Ersteinschätzungsinstruments, Kriterien zur Standortauswahl, Qualifikation, Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung, Kooperationspraxen und ausreichende Verfügbarkeit von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendmedizin) erarbeiten. Die erweiterten Landesausschüsse sollten die Standorte auf Basis dieser Kriterien festlegen.

Erweiterte Landesausschüsse (eLA)

Die eLA sind grundsätzlich geeignete Gremien, um Entscheidungen zu sektorenübergreifenden Fragestellungen zu treffen. Allerdings erhalten die Länder hier weitgehende Rechte zur Festlegung von INZ-Standorten, sofern der erweiterte Landesausschuss nicht innerhalb von sechs Monaten zu einer Mehrheitsentscheidung gekommen ist. Um zu vermeiden, dass je nach Bundesland völlig unterschiedliche Strukturen aufgebaut werden, sollte eine Entscheidung der erweiterten Landesausschüsse zwingend eine verbindliche bundeseinheitliche Planungsgrundlage für die Festlegung von INZ-Standorten durch den G-BA vorgeschaltet werden. Der G-BA hat die Regelungskompetenz für die vertragsärztliche Bedarfsplanung. Da KV-Notdienstpraxen als wesentliches Element der INZ im Sicherstellungsauftrag der KVen liegen, wäre es sinnvoll die Regelungskompetenz des G-BA entsprechend auf die Planung von bedarfsgerechten Kapazitäten für die notdienstliche Akutversorgung zu erweitern.

Notdienstapotheken

Die Versorgung mit Arzneimitteln und arzneimittelähnlichen Medizinprodukten sowie Verbandmitteln für Patientinnen und Patienten, die eine Notfall-Behandlung in Anspruch nehmen mussten, soll mit dem Gesetzentwurf vereinfacht werden. Hierfür sollen neue Strukturen parallel zur bestehenden Nacht- und Notdienststruktur der Apotheken etabliert werden. Auch wenn die Zielsetzung nachvollziehbar ist und unterstützt wird, sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zunächst der reguläre Apotheken-Notdienst genutzt werden, um die Arzneimittelversorgung in den Integrierten Notfallzentren (INZ) sicherzustellen. Dies würde die bereits bestehenden Strukturen der Apotheken stärken und einen geringeren Personal- und Ressourceneinsatz erfordern. Unterstützt werden kann die Versorgung in den Zentren insbesondere durch den Einsatz von Telepharmazie und automatisierten Abgabeautomaten.

Reform des Rettungsdienstes sollte integriert werden

Über die bereits im Entwurf enthaltenen Regelungen zur Neuordnung der Notfallversorgung hinaus sollte auch der Rettungsdienst Gegenstand des Gesetzgebungsverfahrens werden. Eine effiziente Steuerung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene und die im Gesetzentwurf angenommene Reduzierung der Inanspruchnahme von Notaufnahmen kann nur erreicht werden,

wenn auch im Rettungsdienst bundeseinheitliche Struktur- und Qualitätsvorgaben, eine digitale Vernetzung der Akteurinnen und Akteure sowie ein erfolgreicher Umbau der Vergütungssystematik umgesetzt werden. Der GKV-Spitzenverband hat hierzu weiterführende Vorschläge entwickelt, die im ergänzenden Änderungsbedarf ausgeführt werden.

Nachfolgend nimmt der GKV-Spitzenverband zu den einzelnen Regelungen im Detail Stellung.

II. Stellungnahme

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 – § 73b Hausarztzentrierte Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit dem Notdienst werden entsprechend der vorgesehenen gesetzlichen Änderung angepasst.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 a) – § 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) wird konkretisiert.

aa) Die bisherige Vorgabe zur Einrichtung von Terminservicestellen (TSS) wird aufgrund der Einführung einer Akutleitstelle angepasst. Die TSS müssen künftig nicht mehr an sieben Tagen pro Woche, sondern lediglich werktags von Montag bis Samstag unter einer bundesweit einheitlichen Rufnummer erreichbar sein. Darüber hinaus müssen sie 24 Stunden täglich über digitale Angebote erreichbar sein. Die TSS können nach wie vor in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen betrieben werden. Die Kooperationsmöglichkeit mit den Rettungsleitstellen der Länder wurde zugunsten einer Kooperation mit der Akutleitstelle gestrichen.

bb) Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen.

cc) Die Regelung, wann für eine Terminvermittlung durch die TSS eine Überweisung vorzuliegen hat, werden angepasst. So ist für eine Terminvermittlung an einen Facharzt keine Überweisung erforderlich, wenn bei einer zuvor erfolgten Inanspruchnahme eines Integrierten Notfallzentrums eine weitere Behandlungsnotwendigkeit vorgesehen wurde. Gestrichen wurde die bisherige Regelung, dass für eine Terminvermittlung für Fälle in denen bei einer zuvor erfolgten Inanspruchnahme eines Krankenhauses zur ambulanten Notfallbehandlung die Ersteinschätzung einen ärztlichen Behandlungsbedarf, nicht jedoch eine sofortige Behandlungsnotwendigkeit festgestellt wurde, keine Überweisung erforderlich ist. Ebenfalls gestrichen wurde die Ausnahme von der Vorlage einer Überweisung für eine Terminvermittlung in Akutfällen. Diese findet sich nun in Absatz 1c.

dd) Die Bundesmantelvertragspartner sollen künftig zusätzlich Regelungen zur Gewährleistung einer einheitlichen telefonischen Erreichbarkeit der TSS treffen.

ee) Es wird klargestellt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß Satz 16 bereitgestellte Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement und für ein elektronisch gestütztes Dispositionsmanagement bei der Terminvermittlung zu nutzen haben.

ff) Die bisherigen Vorgaben zur Evaluation der TSS werden in Absatz 1e überführt.

gg) Die KVen haben integrierten Notfallzentren künftig die Möglichkeit einzuräumen, Termine bei Vertragsärzten buchen zu können, wenn nach einer zuvor erfolgten Inanspruchnahme eines integrierten Notfallzentrums oder eines integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche eine Weiterbehandlung erforderlich ist.

B) Stellungnahme

a) Die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages und die Klarstellung der Begrifflichkeit Notdienst im Sinne einer notdienstlichen Akutversorgung werden begrüßt.

aa) Die Regelung ist nachvollziehbar. Künftig wird die Terminvermittlung für Versicherte von der Einschätzung der Behandlungsbedürftigkeit (durch die Akutleitstelle) institutionell getrennt.

bb) redaktionelle Folgeänderung

cc) Es erscheint sachlich nachvollziehbar, dass die TSS-Termine zur Weiterbehandlung für Patientinnen und Patienten vermittelt, bei denen in einer zuvor erfolgten Inanspruchnahme eines INZ eine weitere Behandlungsnotwendigkeit festgestellt wurde. Bedauerlich ist jedoch, dass keine Terminvermittlung für Fälle vorgesehen ist, bei denen unter Anwendung des standardisierten Ersteinschätzungsinstruments nach § 123 Abs. 3 ein ärztlicher Behandlungsbedarf, nicht jedoch eine sofortige Behandlungsbedürftigkeit festgestellt wird. Die aktuell vorgesehene Weiterleitung in KV-Notdienstpraxen und Kooperationspraxen bleibt weit hinter den Möglichkeiten zur Entlastung der Notaufnahmen zurück, weil sie freie Termine für das Gros der Vertragsärztinnen und -ärzte unberücksichtigt und damit ungenutzt lässt. Bereits heute sind alle Vertragsärztinnen und -ärzte verpflichtet freie Termine an die TSS zu melden. Auf eine stärkere Durchsetzung dieser Verpflichtung sollte durch die Aufsichtsbehörden gedrungen werden. Die Krankenhäuser sollten die Möglichkeit erhalten Termine für Patientinnen und Patienten mit ärztlichen Behandlungsbedarf aber ohne sofortige Behandlungsnotwendigkeit über die TSS zu buchen.

dd) redaktionelle Folgeänderung

ee) Die Klarstellung wird begrüßt.

ff) redaktionelle Folgeänderung

gg) Es ist nicht nachvollziehbar, dass den INZ eine Terminvermittlung zur Weiterbehandlung ermöglicht werden soll, während es keine Terminvermittlung für Fälle geben soll, für die ein ärztlicher Behandlungsbedarf, nicht jedoch eine sofortige Behandlungsnotwendigkeit, festgestellt wurde. Liegt keine Behandlungsnotwendigkeit vor, hat auch keine Behandlung zu erfolgen.

C) Änderungsvorschlag

Es wird angeregt, die Streichung der Ersteinschätzungsrichtlinie des G-BA nach § 120 Absatz 3b SGB V zurückzunehmen bzw. die Inhalte des Regelungsauftrages in der Fassung des GVWG an den G-BA in den neuen § 123 Abs. 3 SGB V zu überführen. Darüber hinaus wäre es für eine Entlastung der Notaufnahmen sinnvoll, Hilfesuchenden, für die kein unmittelbarer Behandlungsbedarf besteht, eine Terminvermittlung über die TSS in die vertragsärztliche Versorgung anzubieten. Dies würde ein breites fachliches Spektrum an Terminoptionen ermöglichen sowie auch die krankenhausesindividuellen Regelungen in den Kooperationsvereinbarungen nach § 123a Absatz 2 obsolet machen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 b) – § 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen wird in einem neu gefassten Absatz 1b durch Definition der sog. „notdienstlichen Akutversorgung“ näher konkretisiert. Diese soll im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung 24 Stunden täglich in Fällen mit sofortigem medizinischen Behandlungserfordernis erfolgen, sich aber auf kurzfristig erforderliche Maßnahmen beschränken. Wesentliche Elemente der notdienstlichen Akutversorgung sind die Beteiligung an Integrierten Notfallzentren nach §§ 123 und 123b, telefonische oder videogestützte Versorgungsangebote und der aufsuchende Dienst. Es können qualifiziertes nichtärztliches Personal unter ärztlicher Anordnung eingesetzt und Kooperationen mit dem Rettungsdienst eingegangen werden. Unverändert können Krankenhäuser und Poolärztinnen und -ärzte in den Notdienst eingebunden werden.

Darüber hinaus werden die Absätze 1c bis 1f eingefügt. Die KVen werden verpflichtet neben der TSS eine Akutleitstelle einzurichten. Diese soll 24 Stunden täglich mit einem gesetzlich definierten Servicelevel erreichbar sein, Termine in Akutfällen vermitteln und die Aufgaben nach Absatz 1b erfüllen. Das Servicelevel definiert die Wartezeit auf eine Ersteinschätzung in maximal 3 Minuten für 75 v.H. aller Anrufe und maximal 10 Minuten für 95 v.H. aller Anrufe. Sie soll darüber hinaus 24 Stunden täglich über digitale Angebote erreichbar sein. Die Frist zur Umsetzung beträgt neun Monate. Die Akutleitstelle soll den Versicherten im Akutfall auf Grundlage eines bundeseinheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare medizinische Versorgung in der geeigneten Versorgungsebene vermitteln. Dies kann auch in Form von telefonischen oder videogestützten ärztlichen Konsultationen geschehen. Für die Terminvermittlung zu einer Fachärztin bzw. einem Facharzt braucht es im Akutfall keiner Überweisung.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die gesetzliche Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags. Die Klarstellung, dass im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung nur kurzfristig erforderliche Maßnahmen erbracht werden dürfen, ist vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebots ebenso zu begrüßen, wie die Vorgabe, dass im Rahmen der Versorgung auch eine Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit und die Verordnung von Arzneimitteln möglich ist. Hierdurch werden unnötige Anschlussbehandlungen vermieden. Die Abgrenzung zur notärztlichen Versorgung im Rettungsdienst ist sachgerecht.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass weitere Organisationsformen der notdienstlichen Akutversorgung möglich sind. Hierdurch können auch bewährte regionale Lösungen fortgeführt werden. Die vorgesehene Erbringung im Rahmen von INZ, telefonischen und videogestützten Versorgungsangeboten sowie über den aufsuchenden Dienst ist sachgerecht.

Die Unterstützung der INZ durch kinder- und jugendmedizinische telemedizinische oder telefonische Konsile wird begrüßt.

Teilweise erscheint eine Abgrenzung zur allgemeinen Regelversorgung jedoch nicht unproblematisch. Dies betrifft beispielsweise die Abgrenzung von Fällen der notdienstlichen Akutversorgung zu Fällen in

Akutsprechstunden von Vertragsärzten bzw. von dringenden Besuchen (z. B. EBM-Gebührenordnungsposition 01411). Insofern sollte auch für Angebote gemäß Absatz 1b Satz 5 Nr. 2 und 3 eine konkretere Ausgestaltung der Anforderungen durch die Partner der Selbstverwaltung vorgesehen werden. Klare Vorgaben zur Erwartung an die vorgesehenen Serviceangebote, wie sie für die telefonische Erreichbarkeit in Absatz 1c vorgesehen sind, fehlen für digitale Angebote, das telefonische und videogestützte Versorgungsangebot sowie für die aufsuchenden Dienste. Auch zum zeitlichen Umfang der Angebote gemäß Absatz 1b Satz 5 Nr. 2 und 3 sollten die Bundesmantelvertragspartner Regelungen treffen, da die Umsetzung der 24-Stundenangebote häufig auf Umsetzungsprobleme treffen dürfte, da Vertragsärztinnen und -ärzte nicht zeitlich unbefristet im Rahmen des Bereitschaftsdienstes eingesetzt werden können. Zudem ließen sich hierdurch die Abgrenzungsprobleme besser auflösen.

Für die Einbeziehung des nichtärztlichen Personals in den Ausbau der aufsuchenden Dienste gemäß Absatz 1b Satz 5 Nr. 3 fehlt eine Konkretisierung. Es bleibt unklar, welches Personal hinsichtlich Qualifikation, Teilnahmestatus und Vertragsbeziehung zu den KVen hier gemeint ist. Es gibt bereits ca. 20.000 nichtärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten in der Versorgung, die Hausbesuche übernehmen. Diese sind allerdings bei Vertragsärzten angestellt. Für andere, nicht an Vertragsärztinnen und -ärzte gebundene Leistungserbringende, wie z. B. Gemeindenotfallsanitäterinnen und -sanitäter erscheint es rechtlich nicht unproblematisch originär vertragsärztliche Leistungen zu delegieren. In der vertragsärztlichen Versorgung gilt der Facharztstatus. Die Tätigkeit „unter ärztlicher Anordnung und Verantwortung“ dürfte praktisch auf Umsetzungsprobleme stoßen. Insofern muss der Einsatz nichtärztlichen Personals reguliert werden. Hierzu sollten die Bundesmantelvertragspartner Regelungen treffen.

Es bleibt unklar, was einen Akutfall im Sinne der neuen gesetzlichen Regelung von einem Akutfall in der Regelversorgung unterscheidet. Da die Ausgestaltung des Ersteinschätzungsverfahrens als Richtlinien der KBV vorgesehen ist, obliegt es ihr diese Unterscheidung zu treffen. Es wäre sinnvoll, dass sich die Partner der Selbstverwaltung darüber verständigen und die Entscheidung nicht einseitig einer Partei zu überlassen. Darüber hinaus erscheint der mit der Neuregelung verbundene angestrebte Versorgungsbeitrag von telefonischen oder videogestützten Versorgungsangeboten für akut Behandlungsbedürftige überschätzt. Vielmehr werden die Möglichkeiten zur fallabschließenden Behandlung mittels digitaler Versorgungsangebote insbesondere in Akutfällen als begrenzt eingeschätzt.

Sinnvoll erscheint zudem eine Vernetzung der Rufnummern 116117 und 112. Für eine vernetzte Leitstelle muss jedoch zunächst ein einheitlich koordiniertes Rettungswesen in den Ländern etabliert werden. Zudem bedarf es zwingend einer verpflichtenden digitalen Vernetzung der Leitstellen nach bundesweit festgelegten Vorgaben. Diese Punkte sollten Bestandteil einer umfassenden und mit der Notfallreform verknüpften Reform des Rettungsdienstes sein. Für weitere Ausführungen wird auf die Stellungnahme zur beabsichtigten Neuregelung nach § 133a SGB V sowie den ergänzenden Änderungsbedarf verwiesen.

Die unter 1f vorgesehenen Informationspflichten der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen werden begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

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

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch folgende Maßnahmen (Notdienst) sicher

1. die Beteiligung an Integrierten Notfallzentren nach § 123 und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b,
2. ein telefonisches und videounterstütztes ärztliches Versorgungsangebot auch durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und
3. einen aufsuchenden Dienst. Die Partner des Bundesmantelvertrags legen zur wirtschaftlichen Erfüllung der Aufgaben nach Satz 4 Nummer 2 und 3 bundeseinheitliche Kriterien zum zeitlichen Umfang, zur sachlichen und personellen Ausstattung, zur Qualifikation sowie erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen, zum Einzugsgebiet des aufsuchenden Dienstes, zur Kooperation von Kassenärztlichen Vereinigungen untereinander und mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, zur Delegationsfähigkeit und zu Kooperationen mit dem Rettungsdienst fest.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 c) – § 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

c) Absatz 7 wird redaktionell angepasst

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 – § 76 freie Arztwahl

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung im Zuge der Einführung der Akutleitstelle in § 75 Absatz 1c. Beabsichtigt ist, dass eine Weiterbehandlung nach Erstversorgung in einer Notaufnahme nur noch möglich ist, wenn die Akutleitstelle den Termin vermittelt.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 – § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitlicher Orientierungswert

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Zuschlagsregelung zur Vergütung von Akutfällen, die durch die TSS vermittelt wurden, wird redaktionell auf die neu eingeführte Akutleitstelle angepasst.

B) Stellungnahme

Die Anpassung ist sachgerecht. Die grundsätzlich ablehnende Haltung des GKV-Spitzenverbandes zu der Zuschlagsregelung bleibt bestehen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 – § 87a regionale Eurogebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorgabe einer extrabudgetären Vergütung für Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund einer Terminvermittlung zustande kam, wird auf die neu eingeführte Akutleitstelle angepasst.

B) Stellungnahme

Die Anpassung ist sachgerecht. Die grundsätzliche Kritik an der extrabudgetären Vergütung vermittelter Fälle bleibt bestehen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 – § 90 Landesausschüsse

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Die Mitberatungsrechte der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden werden auf die neuen Aufgaben der erweiterten Landesausschüsse nach den §§ 123, 123a und 123b erweitert.

b) Die bisherige Regelung zu den erweiterten Landesausschüssen im Rahmen der ASV gemäß § 116b Absatz 3 Satz 1 bis 6 werden neu verortet und um die Aufgaben nach den §§ 123, 123a und 123b erweitert. Dadurch erhält der erweiterte Landesausschuss künftig Aufgaben im Zusammenhang mit der Standortbestimmung von INZ und INZ für Kinder und Jugendliche. Darüber hinaus soll er künftig die Konzeption und Koordinierung telemedizinischer Unterstützungsleistungen nach § 123 Absatz 6 bestimmen. Im Zusammenhang mit den neuen Aufgaben erhalten Vertreter des Rettungsdienstes ein Anhörungsrecht.

B) Stellungnahme

Die erweiterten Landesausschüsse sind grundsätzlich geeignete Gremien, um Entscheidungen zu sektorenübergreifenden Fragestellungen zu treffen. Allerdings erhalten die Länder weitergehende Rechte zur Festlegung von INZ-Standorten, sofern der erweiterte Landesausschuss nicht innerhalb von sechs Monaten zu einer Mehrheitsentscheidung gekommen ist. Um zu verhindern, dass je nach Bundesland völlig unterschiedliche Strukturen aufgebaut werden, sollte einer Entscheidung der erweiterten Landesausschüsse zwingend eine verbindliche bundeseinheitliche Planungsgrundlage für die Festlegung von INZ-Standorten durch den G-BA vorgeschaltet werden. Der G-BA hat die Regelungskompetenz für die vertragsärztliche Bedarfsplanung. Da KV-Notdienstpraxen als wesentliches Element der INZ im Sicherstellungsauftrag der KVen liegen, wäre es sinnvoll die Regelungskompetenz des G-BA entsprechend auf die Planung von bedarfsgerechten Kapazitäten für die notdienstliche Akutversorgung zu erweitern. Ein bundeseinheitlicher Rahmen erleichtert die Entscheidungsfindung auf regionaler Ebene. Gleichzeitig beinhaltet die Bedarfsplanung des G-BA immer auch Spielräume für die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten.

Die Überführung der Regelung aus § 116b SGB V in § 90 ist formal sachgerecht. In Nr. 6a) passt die Begründung nicht zum Änderungsbefehl.

C) Änderungsvorschlag

Änderungsvorschläge zu den Aufgaben der erweiterten Landesausschüsse werden in den die Kommentierungen zu den §§ 123, 123a und 123b aufgegriffen.

In § 101 Absatz 1 Satz 1 wird nach der Nummer 3a die folgende Nummer 3b eingefügt:

„3b. Allgemeine Voraussetzungen nach denen der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a Feststellungen gemäß § 123, 123a und 123b trifft.“

In § 101 wird folgender Absatz 7 ergänzt:

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

1. eine Planungsregion z. B. eine Planung auf Kreis- bzw. Bezirksebene in Großstädten
2. eine Kapazitätsplanung mit Bevölkerungsbezug z. B. mittels einer Verhältniszahl, die den Bedarf an Ärztinnen und Ärzten für die notdienstliche Akutversorgung der Bevölkerung in KV-Notdienstpraxen abbildet und die Festlegung der maximalen personellen Kapazitäten je KV-Notdienstpraxis
3. sächliche und personelle Mindestanforderungen für den Betrieb einer KV-Notdienstpraxis einschließlich der Vorgaben zur Ermittlung von bedarfsgerechten Mindestöffnungszeiten in Abhängigkeit vom Patientenaufkommen
4. eine Erreichbarkeit für 95 v.H. der Bevölkerung innerhalb von 30 PKW-Fahrzeitminuten
5. die Berücksichtigung der Notfallstufe der Krankenhäuser; Voraussetzung ist mindestens die Erfüllung der Anforderungen der Basisnotfallstufe gemäß Abschnitt III der Notfallstufenregelung des G-BA

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

- i) Vorrangigkeit von höheren Notfallstufen der Krankenhäuser
- ii) Sicherstellungshäuser
- iii) bestehende KV-Notdienstpraxen.
- iv) Vorrangigkeit von höheren stationären Fallzahlen der Krankenhäuser

In § 90 Absatz 4a wird folgender Satz 11 ergänzt:

„Die eLA prüfen die Einhaltung der Kooperationsvereinbarungen gemäß § 123a Absatz 2 kontinuierlich und melden Verstöße an die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden. Diese setzen die bis zum [sechs Monate nach der Bestimmung gemäß § 123a Absatz 1] durch den eLA bestimmten Sanktionsmaßnahmen gegenüber den Vertragspartnern durch.“

Sofern eine Vorgabe durch den Gemeinsamen Bundesausschuss abgelehnt wird, sollte die Standortauswahl nach Kriterien erfolgen, die der Gesetzgeber konkreter vorgibt.

Alternativer Formulierungsvorschlag:

„§ 123a Absatz 1 NotfallG wird wie folgt gefasst:

§ 123a

- (1)** Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a bestimmt bis zum [...] [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser, an denen Integrierte Notfallzentren eingerichtet werden, **auf der Grundlage der folgenden bundeseinheitlichen Vorgaben.**

- (2) Planungsregion für die Festlegung von INZ-Standorten sind die Kreise und kreisfreien Städte. Für Berlin und Hamburg erfolgt die Planung auf der Ebene von Bezirken bzw. Stadtteilen.**
- (3) Für mindestens 95 Prozent der Bevölkerung ist ein INZ-Standort innerhalb von 30 PKW-Fahrtzeitminuten erreichbar.**
- (4) Die Planung erfolgt bevölkerungsbezogen. Die je Planungsregion erforderlichen ärztlichen Kapazitäten für die ambulante Notfallversorgung in den KV-Notdienstpraxen der INZ sind regionalspezifisch zu ermitteln und auf geeignete Standorte gemäß Absatz 5 und 6 zu verteilen.**
- (5) Geeignete Standorte, auf die die erforderlichen ärztlichen Kapazitäten nach Absatz 4 verteilt werden, erfüllen die folgenden Anforderungen:**
 - 1. Erfüllung der Voraussetzungen der Notfallstufe Basisnotfallversorgung gemäß der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 in der jeweils gültigen Fassung und**
 - 2. der Auswahl stehen keine Interessen des Krankenhauses entgegen.**
- (6) Bei der Standortauswahl sind die folgenden Kriterien der Reihenfolge nach anzuwenden:**
 - 1. Auswahl des Krankenhausstandortes mit der höchsten Notfallstufe,**
 - 2. bei gleicher Notfallstufe: Auswahl des Krankenhausstandortes mit Sicherstellungsstatus gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V in der jeweils gültigen Fassung,**
 - 3. bei gleicher Notfallstufe und gleichem Sicherstellungsstatus nach Nummer 2: Auswahl des Krankenhausstandortes mit bestehender KV-Notdienstpraxis,**
 - 4. bei gleicher Notfallstufe, gleichem Sicherstellungsstatus, gleichem Vorhandensein einer KV-Notdienstpraxis: Auswahl des Krankenhausstandortes mit der höchsten stationären Fallzahl im Jahr 2023.**
- (7) Die Auswahl der geeigneten Standorte erfolgt nacheinander nach den Kriterien gemäß Absatz 6. Die Anzahl der auszuwählenden Standorte richtet sich nach der zu versorgenden Bevölkerung im Planungsbereich. Ein weiterer Standort sollte jeweils ausgewählt werden, wenn ein INZ an einem Krankenhaus mit Basisnotfallstufe mehr als 100.000 Einwohner versorgt oder ein INZ an einem Krankenhaus mit umfassender oder erweiterter Notfallstufe mehr als 250.000 Einwohner versorgt.**

- (8) Der erweiterte Landesausschuss kann begründet von den bundeseinheitlichen Vorgaben gemäß Absatz 7 Satz 3 abweichen, wenn und solange dies für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. Die entscheidungsrelevanten Gründe sind durch die für die Sozialversicherung zuständigen oberste Verwaltungsbehörde des Landes zu veröffentlichen.**

- (9) Die ausgewählten INZ-Standorte sind in den Bedarfsplänen gemäß § 99 abzubilden. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt hierfür im Rahmen seiner Regelungskompetenz gemäß § 101 ein bundeseinheitliches Format fest. Die erweiterten Landesausschüsse übermitteln die ausgewählten Standorte unter Verwendung des vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 2 festgelegten Formates an die Kassenärztlichen Vereinigungen.“**

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7 – § 90a Gemeinsames Landesgremium

A) Beabsichtigte Neuregelung

In das gemeinsame Landesgremium können künftig auch die Rettungsdienste einbezogen werden.

B) Stellungnahme

Die Rettungsdienste sind nicht einheitlich organisiert und können nicht durch eine zentrale Organisation vertreten werden. Insofern ist eine Einbeziehung in Gremien praktisch schwierig. Hierfür wäre es sinnvoll auf Landesebene zunächst eine gemeinsame Institution zu schaffen, die die Interessen aller Rettungsdienste vertritt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 – § 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zusätzliche zweckgebundene Finanzmittel, welche über die Mittel des Strukturfonds hinausgehen, zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes, zu vereinbaren. Die Förderung ist von beiden Vertragspartnern jeweils in gleicher Höhe bereitzustellen. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen sind ebenfalls finanziell mit einem Anteil von 7 Prozent zu beteiligen. Ausweislich der Gesetzesbegründung sind die Vorhaltung des Personals zur Ersteinschätzung, der aufsuchende Dienst, die Errichtung und der Betrieb der Akutleitstellen sowie die Errichtung und Vorhaltung von Notdienstpraxen und Maßnahmen zur digitalen Vernetzung der Akutleitstelle mit den Rettungsleitstellen förderfähig. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben den Vertragspartnern als Voraussetzung für die Aufnahme von Vertragsverhandlungen eine detaillierte Kalkulation vorzulegen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat jährlich barrierefrei im Internet einen Bericht über die Anzahl und den jeweiligen Inhalt der Vereinbarungen einschließlich der Höhe der jeweils vereinbarten Beträge zu veröffentlichen.

B) Stellungnahme

Die inhaltliche Neustrukturierung des Absatzes ist vor dem Hintergrund der weiteren beabsichtigten Anpassungen im Rahmen dieses Gesetzes nachvollziehbar. Allerdings wird die Regelung zur Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen zur hälftigen Finanzierung der Förderung ausdrücklich abgelehnt. Die mit befreiender Wirkung von den gesetzlichen Krankenkassen zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung beinhaltet bereits eine umfängliche Finanzierung ambulanter Notdienststrukturen durch die GKV. Darüber hinaus können und werden die von der GKV zusätzlich bereitgestellten Mittel im Rahmen des Strukturfonds nach § 105 Absatz 1a SGB V ebenfalls zur Förderung von Strukturen des Notdienstes genutzt. Insofern sollte eine darüberhinausgehende gegebenenfalls erforderliche Förderung ausschließlich im Rahmen einer freiwilligen Regelung aller Vertragspartner im Sinne einer Kann-Regelung vereinbart werden können.

Die Verpflichtung zur Beteiligung privater Krankenversicherungsunternehmen an einer Förderung ist sachgerecht und wird begrüßt, da die etablierten Strukturen grundsätzlich auch von Privatversicherten in Anspruch genommen werden (können).

Die Verpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Veröffentlichung eines jährlichen Berichts über die Anzahl und den Inhalt der Vereinbarungen wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

§ 105 Absatz 1b Satz 1 (neu) wird wie folgt geändert:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich **können** auf der Grundlage der in Satz 6 genannten Kalkulation einen jährlich von den Kassenärztlichen Vereinigungen zum einen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zum anderen in jeweils gleicher Höhe über

die nach Absatz 1a bereitzustellenden Mittel hinaus bereitzustellenden Betrag zur Finanzierung der in Satz 5 genannten Förderungen **vereinbaren.**“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9 – § 116b Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung sieht in Absatz 2 eine Folgeregelung zur Neufassung des § 90 Absatz 4a SGB V und dortigen Verortung des erweiterten Landesausschusses (eLA) vor.

Des Weiteren ist eine Neufassung des Absatzes 3 vorgesehen, nach der der eLA gemäß § 90 Absatz 4a SGB V für die Beschlussfassung im Rahmen des Anzeigeverfahrens für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach Absatz 2 die Besetzung mit einer kleineren Zahl von Mitgliedern festlegen kann. Zudem soll die Beauftragung Dritter für die gesetzlichen Aufgaben nach Absatz 2 ermöglicht werden.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigten Folgeänderungen in § 116b Absatz 2 und 3 SGB V erscheinen vor dem Hintergrund der beabsichtigten Neuregelungen nach § 90 Absatz 4a SGB V grundsätzlich sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 – § 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Redaktionelle Anpassung im Zuge der Neufassung von § 75 Absatz 1b.

b) Der Auftrag des G-BA zur Festsetzung einer Richtlinie für ein qualifiziertes, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren wird aufgehoben. Die bereits beschlossene, aber beanstandete Ersteinschätzungsrichtlinie des G-BA verliert damit ihre Rechtsgrundlage. Der Auftrag an den G-BA soll mit den beabsichtigten Neuregelungen zum Teil in einen neuen Auftrag an den G-BA zur Festlegung von Vorgaben für ein Ersteinschätzungsinstrument sowie zur sachlichen und personellen Ausstattung von Notdienstpraxen in INZ (§ 123 Absatz 3 SGB V (NEU)) überführt werden sowie zum Teil in die Kooperationsvereinbarungen zur Organisation von INZ zwischen Krankenhausträgern und zuständiger KV (§ 123a Absatz 2 SGB V (NEU)).

B) Stellungnahme

Die Aufhebung des Regelungsauftrages des G-BA zur Festsetzung einer Ersteinschätzungsrichtlinie an dieser Stelle sowie die Aufspaltung und Verschiebung des Regelungsauftrags wird vom GKV-Spitzenverband abgelehnt. Das seitens des Gesetzgebers ausgerufene Ziel des NotfallG zeigt, dass eine qualifizierte Ersteinschätzung für eine sinnvolle Patientensteuerung nach wie vor benötigt wird und dass es sowohl Vorgaben zur Durchführung der Ersteinschätzung (Verfahren) bedarf als auch Vorgaben für eine technische Unterstützung (Instrument) der Ersteinschätzung. Auch sieht der Gesetzentwurf vor, dass in der Ersteinschätzung sowohl der medizinischen Behandlungsbedarf als auch die sachgerechte Versorgungsebene bestimmt werden sollen. Diese Regelungsinhalte waren bereits Bestandteil der im G-BA im Juli 2023 beschlossenen Ersteinschätzungs-Richtlinie.

Ein Vorteil des ursprünglichen § 120 Absatz 3b war, dass das qualifizierte, standardisierte Ersteinschätzungsverfahren auf alle Krankenhäuser anzuwenden war, während der aktuelle Gesetzentwurf eine solche Ersteinschätzung allein auf INZ beschränkt.

Das Ziel, die Notaufnahmen von nicht akut behandlungsbedürftigen Fällen zu entlasten, kann durch die Regelungen nicht erreicht werden, da die Möglichkeiten zur Weiterleitung von ambulant behandelungsfähigen Patientinnen und Patienten aus der Notaufnahme in die vertragsärztliche Versorgung nicht hinreichend aufgegriffen werden. Durch die beabsichtigten Neuregelungen wird der bisherige G-BA-Auftrag unnötig aufgesplittet in vorrangig technische Vorgaben auf Bundesebene (§ 123 Absatz 3 SGB V (NEU)) und wichtige strukturelle Vorgaben auf Ebene der einzelnen INZ (§ 123a Absatz 2 SGB V (NEU)).

C) Änderungsvorschlag

Für die Vorgaben zur Ersteinschätzung: Beibehaltung von § 120 Abs. 3b in der Fassung des GVWG. Für die Vorgaben zum Integrierten Notfallzentrum vgl. die Ausführungen zu § 123a.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 – § 123 Integrierte Notfallzentren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu geschaffenen § 123 werden Integrierte Notfallzentren definiert, die aus einer Notaufnahme eines zugelassenen Krankenhauses und einer Praxis der Kassenärztlichen Vereinigung zur notdienstlichen Akutversorgung in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des betreffenden Krankenhausstandortes sowie der zentralen Ersteinschätzungsstelle in fachlicher Leitung und Verantwortung des Krankenhauses bestehen und bundesweit flächendeckend einzurichten sind. Die notdienstliche Akutversorgung soll insbesondere durch Kooperation und organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern in INZ durch die KVen sichergestellt werden. Innerhalb der INZ erfolgt eine digitale Fallübergabe zwischen den Betriebsteilen. Die KVen sollen Kooperationspraxen im Umkreis des Krankenhausstandorts insbesondere für die Versorgung von Akutfällen zu Sprechstundenzeiten außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxen einbinden.

In der Ersteinschätzungsstelle sollen Hilfesuchende, die das INZ aufsuchen, gemäß Absatz 2 der Neuregelung eine Ersteinschätzung erhalten, bei der die Behandlungsdringlichkeit und die geeignete Versorgungsebene festgestellt werden. Die Ersteinschätzung kann im Wege der Delegation durch nichtärztliches Personal erbracht werden. Sofern nach einer notdienstlichen Akutversorgung im INZ eine ambulante Weiterbehandlung erforderlich ist, erfolgt eine Terminvermittlung durch das INZ in die ambulante Regelversorgung. Hier stellt die Gesetzgebung klar, dass aus Gründen der Patientensicherheit nach einer erfolgten Ersteinschätzung keine Verweisung von Hilfesuchenden aus dem INZ ohne Akutbehandlung vorgesehen ist. Alle Hilfesuchende sollen entweder eine Notfallbehandlung in der Notaufnahme des Krankenhauses oder in der Notdienstpraxis bzw. in einer Kooperationspraxis erhalten. In den INZ sind Hilfesuchende, die nachweisen können, dass sie vor der Inanspruchnahme eine telefonische Vermittlung durch die Akutleitstelle in das INZ erhalten haben, bei gleicher Behandlungsdringlichkeit vorrangig zu behandeln. Das Nähere zum Nachweis der Vermittlung regeln die Bundesmantelvertragspartner.

Der G-BA soll insbesondere Vorgaben für ein zukünftiges digitales Ersteinschätzungsinstrument, verschiedene Nachweise und Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen in INZ regeln. Der ergänzte Bewertungsausschuss soll die für die Vergütung der Leistung der Ersteinschätzung in INZ erforderlichen Anpassungen des EBM beschließen. Der Bewertungsausschuss und der erweiterter Bewertungsausschuss beschließen die für die Evaluation notwendigen Fallkennzeichnungen zur Identifikation von Notaufnahmen, Notdienstpraxen und Kooperationspraxen.

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Integrierten Notfallzentren mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sowie Verbandmitteln soll durch spezielle notdienstpraxisversorgende Apotheken sichergestellt werden. Grundlage hierfür sollen Versorgungsverträge sein, die auf Basis des ebenfalls neuen § 12b Apothekengesetz geschlossen werden. Für den Fall, dass keine entsprechenden Verträge geschlossen wurden, ist die Notdienstpraxis verpflichtet, die Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln für den akuten Bedarf mit einer zur Überbrückung benötigten Menge zu versorgen, soweit im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung

ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. Dies folgt der Regelung, die bereits beim Entlassmanagement im stationären Bereich besteht.

Sofern an einem INZ-Standort kein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche vorhanden ist, soll das INZ bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen durch telemedizinische oder telefonische Konsilien von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendmedizin unterstützt werden. Die erweiterten Landesausschüsse können Empfehlungen für die landesweite Konzeption und Koordinierung der Unterstützung aussprechen.

B) Stellungnahme

Zu Absatz 1

Der mit der Neuregelung des § 123 SGB V beabsichtigte flächendeckende Aufbau von INZ als zentrale Anlauf- und Steuerungsstelle für Hilfesuchende an Krankenhäusern wird ausdrücklich begrüßt. Durch die räumliche Verbindung von zentraler Notaufnahme und KV-Notdienstpraxis am Krankenhaus, unterstützt durch ein standardisiertes und digital gestütztes Ersteinschätzungsverfahren, kann eine am Behandlungsbedarf ausgerichtete Steuerung der Hilfesuchenden in die jeweils geeignete Versorgungsebene gelingen. Ziel ist neben einer Verbesserung der Versorgung ambulanter Akutfälle insbesondere eine spürbare Entlastung der zentralen Notaufnahmen von Not- bzw. Akutfällen mit geringer Behandlungsdringlichkeit bzw. mit einem ambulanten Versorgungsbedarf. Hierzu sieht der GKV-Spitzenverband allerdings noch deutlichen Anpassungsbedarf im Gesetzentwurf.

Die in Absatz 1 vorgesehene Untergliederung in eine Notaufnahme, eine Notdienstpraxis und eine Ersteinschätzungsstelle unter dem gemeinsamen Dach eines INZ entspricht den langjährigen Vorschlägen des GKV-Spitzenverbandes und wird ausdrücklich begrüßt. Wichtig ist eine engmaschige Überprüfung, ob die Maßnahme tatsächlich in der Lage ist, die Nutzung der Notaufnahmen der Krankenhäuser deutlich zu vermindern und die Anzahl der stationären Aufnahmen signifikant zu senken (der OECD-Durchschnitt scheint als Orientierung geeignet). Soweit diese Ziele nicht erreicht werden, muss eine Nachsteuerung erfolgen.

Die Verortung der fachlichen Leitung und der Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle beim Krankenhaus wird grundsätzlich kritisch bewertet. Die Ersteinschätzungsstelle soll die ZNA entlasten und dafür sorgen, dass ambulant behandelbare Fälle auch ambulant versorgt werden. Wichtig ist daher, dass die Ersteinschätzungskraft ihre Entscheidung immer weisungsfrei vom Krankenhaus trifft. Dies sollte durch entsprechende Regelungen in der Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 sichergestellt werden.

Ebenfalls sinnvoll ist die Verpflichtung zur Kooperation von als INZ-Standort festgelegten Krankenhäusern mit der KV. Die Regelung zur digitalen Fallübergabe innerhalb des INZ und mit den Kooperationspraxen wird begrüßt. Es muss jedoch bundesweit einheitliche Vorgaben zum Inhalt und zur Umsetzung geben.

Die Schaffung des Konstrukts der Kooperationspraxen ist sinnvoll, greift aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes aber dahingehend zu kurz, als dass eine Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung nur noch an Kooperationspraxen möglich sein soll und dies auch nur in den Sprechstundenzeiten, in denen die Notdienstpraxis nicht geöffnet hat. Der GKV-Spitzenverband sieht

es zur Entlastung der Notaufnahmen und vor dem Hintergrund des Sicherstellungsauftrags der KVen als geboten an, Hilfesuchende auch zu anderen Vertragsarztpraxen weiterzuleiten, wenn diese zeitnah freie Termine zur Verfügung stellen, wobei eine Privilegierung von Kooperationspraxen sinnvoll wäre. Hierzu bietet sich eine Terminvermittlung über die Terminservicestellen an, wie sie im Rahmen der Ersteinschätzungsrichtlinien des G-BA bereits vorgesehen war. Des Weiteren ist es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zur Entlastung der Notaufnahmen notwendig, die Öffnungszeiten der Notdienstpraxen an INZ in Abhängigkeit vom Notfallpatientenaufkommen am Krankenhausstandort festzulegen. So können standortbezogen auch Öffnungszeiten während der üblichen vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten erforderlich sein.

Zu Absatz 2

Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass auch der Gesetzgeber weiterhin die Einführung eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens vorsieht. Gleichwohl ist die vorliegende Regelung im Vergleich zu der bisherigen Regelung in § 120 Abs. 3 SGB V und der hierzu beschlossenen Ersteinschätzungs-Richtlinie weniger zielführend. So sieht der Gesetzentwurf keine Möglichkeit vor, Hilfesuchende, bei denen die Ersteinschätzung keinen akuten Behandlungsbedarf ergeben hat, auch ohne Akutbehandlung direkt in die ambulante Regelversorgung außerhalb des INZ und möglicher Kooperationspraxen weiterzuleiten, unterstützt durch das verbindliche Angebot einer Terminbuchung über die TSS. Entscheidende Strukturanforderungen sollen dem Gesetzentwurf nach nicht bundesweit einheitlich, sondern zum Teil krankenhausespezifisch ohne Prüfungsinstanz festgelegt werden, z. B. Anforderungen an das die Ersteinschätzung durchführende Personal und Voraussetzungen zur Weiterleitung von Hilfesuchenden an Kooperationspraxen (vgl. § 123a Abs. 2). Der GKV-Spitzenverband spricht sich daher für ein Beibehalten der Regelung nach § 120 Abs. 3 SGB V in der Fassung des GWVG und für ein Inkraftsetzen der vom G-BA beschlossenen Ersteinschätzungsregelung aus bzw. hilfsweise für eine Überführung dieser Regelungen in § 123 Abs. 3 SGB V.

Positiv hervorzuheben ist, dass die Ersteinschätzung auch durch nichtärztliches Personal in Folge der Delegation erfolgen kann. Ergänzt werden sollten allerdings Regelungen für die Festlegung bundeseinheitlicher Vorgaben zur Qualifikation des Ersteinschätzungspersonals.

Im Gesetzentwurf wird aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht ausreichend sichergestellt, dass die Notaufnahmen wirksam entlastet werden. Krankenhausstandorte ohne INZ sollen nun nach wie vor jeden ambulanten Akutfall behandeln. Das Ersteinschätzungsverfahren gilt lediglich für INZ und ermittelt die geeignete Behandlungsebene nur innerhalb des jeweiligen INZ unter Berücksichtigung der ggf. vorhandenen Kooperationspraxen. Es ist bisher nur in der Gesetzesbegründung vorgesehen, dass eine Behandlung auch gänzlich unterbleiben kann, wenn Hilfesuchende kein dringendes gesundheitliches Anliegen schildern. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist diese Klarstellung zwingend in den Regelungstext zu übernehmen.

Die vorgesehene Terminbuchung für eine ambulante Weiterbehandlung ist sinnvoll.

Im Sinne einer besseren Patientensteuerung ist der Regelungsentwurf insofern begrüßenswert als Versicherte, die nach einem telefonischen Erstkontakt mit der Akutleitstelle zur Behandlung in ein INZ geleitet wurden, hier bei gleicher medizinischer Behandlungsdringlichkeit bevorzugt behandelt werden sollen. Neben medizinischer Behandlungsdringlichkeit können weitere Faktoren durch die Partner des

Bundesmantelvertrag-Ärzte geregelt werden. Wichtig ist allerdings, dass die Bundesmantelvertragspartner zeitnah eine geeignete und patientenfreundliche Nachweismöglichkeit vereinbaren.

Zu Absatz 3

Der G-BA soll bundeseinheitliche Kriterien für die sächliche und personelle Ausstattung von KV-Notdienstpraxen an INZ sowie Vorgaben für ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument festlegen, was ausdrücklich begrüßt wird. Kritisch zu sehen ist allerdings, dass die Qualifikationsanforderungen an das Personal, das die Ersteinschätzung durchführt, sowie Vorgaben zur Organisation des Ersteinschätzungsprozess nicht vom G-BA geregelt werden sollen. Diese Anforderungen sollen stattdessen in bilateralen Vereinbarungen zwischen KVen und Krankenhäusern getroffen werden. Dies führt zu intransparenten krankenhausesindividuellen Regelungen, die einer bundesweit gleichwertig hohen Versorgung entgegenstehen würden. Es erscheint insgesamt nicht sinnvoll, die wesentlichen Strukturanforderungen für INZ auf drei verschiedene Ebenen (G-BA, eLA, Kooperationsverträge) aufzuteilen. Für eine bundesweit gleichwertige Versorgungsstruktur ist es entscheidend, dass zentrale Vorgaben auf der Bundesebene durch den G-BA festgelegt werden und diese Vorgaben dann in den Regionen als Rahmen für die Entscheidungen der eLA dienen. Die Kooperationsverträge für die einzelnen INZ sollten verpflichtend diese Vorgaben einhalten und konkret umsetzen müssen.

Die eLA sollten beauftragt werden, die Einhaltung der Kooperationsvereinbarungen zu prüfen und Verstöße an die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörden zu melden. Diese setzt entsprechende Sanktionsmaßnahmen durch.

Als weiteres Qualitätskriterium für Notdienstpraxen an INZ-Standorten sollten aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes - über Mindestanforderungen an die personelle Ausstattung hinaus - bundeseinheitliche Anforderungen an das ärztliche Personal festgelegt werden, das in einer Notdienstpraxis eingesetzt wird. Es muss bundeseinheitlich sichergestellt werden, dass die eingesetzten Ärztinnen und Ärzte die erforderliche fachliche Eignung aufweisen und zur Behandlung von ambulanten Akutfällen jederzeit in der Lage sind.

Zu Absatz 4

Der Auftrag an den ergänzten Bewertungsausschuss zur Anpassung des EBM zur Abbildung einer Einzelleistung für die Ersteinschätzung ist nachvollziehbar, um der zukünftig andersartigen Leistungsaufteilung zwischen den Trägern eines INZ gerecht zu werden. Hierzu sind die bisherigen Notfallpauschalen entsprechend ausgabenneutral im Hinblick auf die Einzelleistung für die Ersteinschätzung zu differenzieren.

Es wird begrüßt, dass zur Umsetzung des Evaluationsauftrages an den ergänzten Bewertungsausschuss künftig vorgesehen, dass der Bewertungsausschuss sowie der ergänzte Bewertungsausschuss die hierfür notwendige Fallkennzeichnung zur Identifikation von Notaufnahmen, Notdienstpraxen und Kooperationspraxen beschließen.

Zu Absatz 5

Ziel dieser Regelung soll sein, die Versorgung mit Arzneimitteln und arzneimittelähnlichen Medizinprodukten sowie Verbandmitteln für Patientinnen und Patienten, die eine Notfall-Behandlung in Anspruch nehmen mussten, zu vereinfachen. Dieses Ziel ist nachvollziehbar und wird vom GKV-Spitzenverband unterstützt. Um dieses Ziel zu erreichen, sollen sich die notdienstpraxisversorgenden Apotheken in unmittelbarer Nähe zum Zentrum oder in Form einer zweiten Offizin mit Lagerräumen, die räumlich beim Integrierten Notfallzentrum (INZ) angesiedelt sind, befinden. Dazu bedürfte es allerdings u. a. einer konkreten Definition der Begrifflichkeit „unmittelbare Nähe“ zum INZ, um Rechtsstreitigkeiten zur Auslegung zu verhindern.

Der in diesem Gesetzentwurf gewählte Ansatz würde die Etablierung neuer Strukturen parallel zur bestehenden Nacht- und Notdienststruktur der Apotheken erforderlich machen. Dies ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht zielführend. Es erfordert erhebliche neue Ressourcen zur Einrichtung neuer notdienstpraxisversorgender Apotheken, die nur zu beschränkten Dienstzeiten zur Verfügung stehen und dabei – trotz finanziellem Aufwand – nicht zur Regelversorgung beitragen können, sondern ggf. bereits etablierte funktionierende Strukturen gefährden. Zudem ergibt sich bei den vorgesehenen Regelungen mehrere offene Fragen, u. a. zur Finanzierung, die bei den jeweiligen Regelungen adressiert werden.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte der reguläre Apotheken-Notdienst genutzt werden, um die Arzneimittelversorgung in den Integrierten Notfallzentren sicher zu stellen. Dies stärkt die bestehenden Strukturen der Apotheken und erfordert einen geringeren Personal- und Ressourceneinsatz. Eine Vernetzung der bestehenden Apothekennotdienste mit den Angebotszeiten der Notfallzentren durch regionale Koordination mit den Landesapothekenkammern, die auch den regulären Apothekennotdienst planen, wäre eine geeignete Maßnahme. Auch die Möglichkeiten zur digitalen Übermittlung des E-Rezeptes in Kombination mit der Möglichkeit, telepharmazeutische Konsultationen zwischen Apotheken und verordnenden Ärztinnen und Ärzten bzw. telepharmazeutische Beratungen der Patientinnen und Patienten durchzuführen, beschränkt die physische Abgabe der Packung auf einen rein logistischen Akt. Sofern die nächstgelegene diensthabende Apotheke nicht fußläufig erreichbar ist, könnte dies an Stelle der Einrichtung von Räumlichkeiten auch durch einen Arzneimittel-Botendienst zwischen Zentrum und der nächsten diensthabenden Apotheke gelöst werden. Dieser Botendienst sollte dann bedarfsgerecht durch das Notfallzentrum finanziert und betrieben werden. Denkbar wäre auch die Nutzung eines Abgabeautomaten im INZ, der jeweils auch unter der Zuhilfenahme von Telepharmazie von der diensthabenden Apotheke betrieben werden kann. Die Details zur Ausgestaltung sind dann in einem Vertrag nach § 12b Apothekengesetz zu regeln.

Zu Absatz 6

Die vorgesehene Unterstützung von Integrierten Notfallzentren durch telemedizinische Konsile nach § 367 und telefonische Konsile von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, falls der Standort kein Integriertes Notfallzentrum für Kinder- und Jugendliche ist, wird begrüßt. Die Kann-Regelung für den erweiterten Landesausschuss Empfehlungen für die landesweite Konzeption und Koordinierung dieser Unterstützung auszusprechen ist hingegen nicht zielführend. Zur Vermeidung von Flickenteppichen in der Versorgung und aufgrund der beim G-BA vorhandenen Fachkompetenz, die in den erweiterten Landesausschüssen derzeit so nicht vorliegt, ist eine bundeseinheitliche Lösung über eine G-BA-

Vorgabe vorzuziehen, während die Koordinierung durch die erweiterten Landesausschüsse erfolgen kann.

Zu Absatz 7

Die Berichtspflichten der Kassenärztlichen Vereinigungen an die zuständigen obersten Landesbehörden gem. Absatz 7 sind sachgerecht. Diese Berichte sollten auch den erweiterten Landesausschüssen zur Kenntnis gegeben werden, da diese Ergebnisse für die Anpassung von Entscheidungen der eLA von hoher Bedeutung sind. Der jährliche Bericht der KBV ist darüber hinaus von öffentlichem Interesse und sollte daher veröffentlicht werden (analog zur Regelung in § 105 Abs. 1b SGB V in diesem Gesetzentwurf).

Ergänzender Regelungsvorschlag

Wie dargestellt sieht der GKV-Spitzenverband es kritisch, dass im Regelungsvorschlag eine Vorgabe dazu fehlt, dass Krankenhäuser ohne INZ grundsätzlich keine ambulanten Akutfälle versorgen sollen. Vor diesem Hintergrund spricht sich der GKV-Spitzenverband für eine gemeinsame öffentliche Informationskampagne der Kassenärztlichen Vereinigungen und Landeskrankenhausesgesellschaften zur Festlegung der neuen INZ-Standorte und zu deren Bedeutung für die Bevölkerung aus. Hierdurch soll erreicht werden, dass der Bevölkerung bekannt ist, welche Krankenhäuser als INZ unter welchen Bedingungen, zu welchen Uhrzeiten und für welche Art des medizinischen Anliegens aufzusuchen sind und welche Krankenhäuser nicht. Ebenfalls greift der GKV-Spitzenverband deswegen eine ursprüngliche Überlegung des BMG auf, einen Abschlag für Krankenhäuser von 50 % vorzusehen, wenn eine ambulante bzw. ambulant durchführbare Notfallbehandlung erfolgt ist, ohne dass das Krankenhaus zu einem INZ bestimmt wurde. Des Weiteren sollten Krankenhäuser ohne INZ ebenfalls eine standardisierte Ersteinschätzung vornehmen und nach erfolgter Ersteinschätzung von Hilfesuchenden, bei denen ein ärztlicher aber kein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wurde, einen Termin über die Akutleitstelle vermitteln.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 wird nach Satz 3 folgender Satz ergänzt:

„In der Kooperationsvereinbarung ist festzulegen, dass Mitarbeitende in der Ersteinschätzungsstelle fachlich weisungsfrei vom der Krankenhausträger hinsichtlich der Wahl der sachgerechten Versorgungsebene sind.“

Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

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

Satz 6 wird wie folgt gefasst:

Für die Versorgung von Akutfällen zu den Sprechzeiten der Vertragsarztpraxen und außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis ~~bindet~~ **die Kassenärztliche Vereinigung als** Vertragspartner des Integrierten Notfallzentrums geeignete, im Umkreis des jeweiligen Krankenhausstandortes gelegene Vertragsärztinnen und -ärzte und medizinische Versorgungszentren (Kooperationspraxen) in die Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 **ein**.

In Absatz 2 werden nach Satz 2 folgende Sätze ergänzt:

„Die Vergütung weiterer ambulanter Leistungen zur Behandlung von Notfällen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 im Krankenhaus setzt ab dem Inkrafttreten des Beschlusses nach Absatz 3 voraus, dass bei der Durchführung der Ersteinschätzung nach Satz 1 ein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wurde. Ergibt die Ersteinschätzung, dass ein ärztlicher Behandlungsbedarf, aber keine sofortige Behandlungsbedürftigkeit besteht, darf eine notdienstliche Akutversorgung durch das Integrierte Notfallzentrum nicht erfolgen und den Patienten ist eine Buchung eines Termins in der ambulanten Regelversorgung über das System der Terminservicestelle anzubieten. Für Hilfesuchende in der Ersteinschätzungsstelle, welche bereits kein von ihnen als dringend erachtetes gesundheitliches Anliegen schildern, ist die Durchführung einer Ersteinschätzung und eine ärztliche Versorgung im Integrierten Notfallzentrum ausgeschlossen. Zugelassene Krankenhäuser an denen keine Integrierten Notfallzentren nach § 123a Absatz 1 eingerichtet wurden, vermitteln Hilfesuchende, bei denen im Rahmen der Ersteinschätzung ein ärztlicher aber kein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wurde, einen Termin über die Akutleitstelle nach § 75 Absatz 1c.“

In Absatz 2 wird in Satz 3 in der Fassung des Gesetzentwurfs folgender Halbsatz ergänzt:

„; das Ergebnis der Ersteinschätzung ist für die Ersteinschätzungsstelle grundsätzlich verbindlich.“

Zu Absatz 3:

Für die Vorgaben zur Ersteinschätzung: Beibehaltung von § 120 Abs. 3b in der Fassung des GWVG. Für die Vorgaben zu Integrierten Notfallzentren vgl. die Ausführungen zu § 123a.

Zu Absatz 5:

Anstelle einer neuen Erlaubnis von Apotheken in Notfallzentren werden in § 12b Apothekengesetz die gesetzlichen Grundlagen geschaffen, dass Integrierte Notfallzentren mit der jeweils nächstgelegenen notdienstleistenden Apotheke kooperieren. Grundlage hierfür sind u. a. die Einrichtung der technischen Möglichkeit einer telepharmazeutischen Beratung sowie die Einrichtung und Finanzierung eines Botendienstes durch das Integrierte Notfallzentrum, sofern die nächstgelegene diensthabende Apotheke nicht fußläufig erreichbar ist. Alternativ könnten auch automatisierte Abgabeautomaten im INZ eingerichtet werden, die von der diensthabenden Apotheke betrieben werden. Die Abgabe der benötigten Arzneimittel, Medizinprodukte und Verbandmittel erfolgt bedarfsgerecht unter Einbindung einer telepharmazeutischen Beratung, sowie ggf. auch unter Nutzung des Botendienstes oder des Abgabeautomates.

Absatz 5 wird zu diesem Zweck wie folgt formuliert:

„Zur Sicherstellung der Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und arzneimittelähnlichen Medizinprodukten sowie Verbandmitteln hat die zuständige Kassenärztliche Vereinigung gemeinsam mit dem Träger des Krankenhauses, mit dessen Notaufnahme die Notdienstpraxis ein Integriertes Notfallzentrum bildet, einen Vertrag nach § 12b Absatz 2 Satz 1 des Apothekengesetzes zu schließen.“

Absatz 6 Satz 2 wird wie folgt gefasst und durch einen neuen Satz 3 ergänzt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss legt bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in einer Regelung Mindestanforderungen für die telemedizinische Unterstützung, insbesondere zur technischen Ausstattung, zur Erreichbarkeit, zur Qualifikation, erforderlichen Schulungen und zu regelmäßigen Fortbildungen fest. Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a koordiniert auf Basis dieser Vorgabe die telemedizinische Unterstützung.“

Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt angepasst:

Nach den Worten „Verwaltungsbehörden der Länder“ werden die Worte „und den erweiterten Landesausschüssen nach § 90 Absatz 4a“ eingefügt.

Absatz 7 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht jährlich barrierefrei im Internet einen Bericht über die in Satz 1 genannten Sachverhalte, erstmals zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des siebenundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats].“

§ 123 wird um den folgenden Absatz 8 ergänzt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Landeskrankenhausgesellschaften sind verpflichtet die Bevölkerung innerhalb von sechs Wochen nach Bestimmung gemäß §123a Absatz 1 zielgerichtet und wiederholt in Form von analogen und digitalen Werbemaßnahmen über die Angebote der Akutleitstellen und der Terminservicestellen, die Standorte der Integrierten Notfallzentren, ihre Öffnungszeiten und die Inanspruchnahmevoraussetzungen zu informieren.“

§ 123 wird um den folgenden Absatz 9 ergänzt:

„Die Vergütung ambulanter Leistungen zur Behandlung von Notfällen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 im Krankenhaus ist um einen Abschlag von 50 von Hundert zu kürzen, wenn an diesem Krankenhaus kein Standort eines Integrierten Notfallzentrums oder eines Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche festgelegt worden ist.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 – § 123a Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im neuen § 123 a wird in Absatz 1 geregelt, dass die erweiterten Landesausschüsse innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes die Standorte der Integrierten Notfallzentren unter vorrangiger Berücksichtigung der Bundeswehrkrankenhäuser bestimmen. Ein Krankenhausstandort ist hierfür festlegbar, sofern mindestens die Notfallstufe Basisnotfallversorgung gem. der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern erfüllt sind und keine berechtigten Interessen des Krankenhauses der Bestimmung entgegenstehen. Die erweiterten Landesausschüsse haben bei der Standortfestlegung verschiedene Kriterien zu berücksichtigen, auch für den Fall, dass mehrere Krankenhausstandorte für eine Planungsregion geeignet sind. Wenn es zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist, kann von den Kriterien abgewichen werden. Die Standortfestlegung unterliegt einer regelmäßigen Überprüfung durch die erweiterten Landesausschüsse.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenhausträger schließen zur Organisation des Integrierten Notfallzentrums gem. den Vorgaben in Absatz 2 eine Kooperationsvereinbarung ab und richten ein Organisationsgremium ein. Die Mindestinhalte der Kooperationsvereinbarung werden gesetzlich festgelegt. Darüber hinaus wird festgelegt, dass die Notdienstpraxen 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 sind, sofern diese Öffnungszeiten nicht nachweislich unwirtschaftlich sind. Die Kooperationsvereinbarung wird bei fehlender Einigung durch eine unabhängige Schiedsperson festgelegt (Absatz 3). Bestehende Notdienstpraxen an Krankenhäusern sind als Kriterium zur Standortauswahl zu berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Zu Absatz 1

Die erweiterten Landesausschüsse sind grundsätzlich geeignete Gremien, um Entscheidungen zu sektorenübergreifenden Fragestellungen zu treffen. Allerdings werden den Ländern weitgehende Rechte zur Festlegung von INZ-Standorten zugewiesen, sofern der erweiterte Landesausschuss nicht innerhalb von sechs Monaten zu einer Mehrheitsentscheidung gekommen ist. Hier ist zu befürchten, dass neben sachbezogenen Erwägungen auch tagespolitische Kriterien für Entscheidungen herangezogen werden. Daher sollte einer Entscheidung der erweiterten Landesausschüsse zwingend eine bundeseinheitliche Planungsgrundlage für die Festlegung von INZ-Standorten durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorgeschaltet werden. Der G-BA hat die Regelungskompetenz für die vertragsärztliche Bedarfsplanung. Da KV-Notdienstpraxen als wesentliches Element der INZ im Sicherstellungsauftrag der KVen liegen, ist es nach Dafürhalten des GKV-Spitzenverbandes zwingend, die Regelungskompetenz des G-BA entsprechend auf die Planung von bedarfsgerechten Kapazitäten für die notdienstliche Akutversorgung zu erweitern. Die Bedarfsplanung des G-BA lässt stets auch Spielräume für die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten.

Der Ansatz des Gesetzgebers, in Absatz 1 Kriterien vorzugeben, sowie die grundsätzliche Auswahl der Kriterien werden begrüßt. Allerdings erscheinen einige Kriterien im Sinne einer bedarfsgerechten

Angebotsgestaltung nicht hinreichend ausdifferenziert und in der Folge nicht unmittelbar umsetzbar. So ist der im Gesetzentwurf berücksichtigte Bevölkerungsbezug wichtig. Es fehlt jedoch eine Richtgröße, für wie viele Einwohner einer Planungsregion ein INZ zuständig sein soll (ggf. differenziert nach Stadt und Land), sowie ein Ansatz, um den Bevölkerungsbezug mit der benötigten Zahl an ärztlichen Kapazitäten eines INZ in Verbindung zu bringen (Verhältniszahl). Die Erreichbarkeit ist planungsrelevant, der ÖPNV ist allerdings ungeeignet, weil sich aus der ÖPNV-Abdeckung keine sinnvollen Planungsoptionen für medizinische Versorgungsangebote ableiten lassen. So bedingt eine geringe ÖPNV-Abdeckung in einer dünn besiedelten, ländlichen Region nicht unmittelbar einen höheren Bedarf an INZ. Es wird begrüßt, dass der Regelungsvorschlag bei der Standortauswahl eine Auswahlentscheidung zwischen mehreren geeigneten Kliniken vorsieht. Es fehlen jedoch eine bevölkerungsbezogene Obergrenze sowie eine Kapazitätsbetrachtung der KV-Notdienstpraxen. Neben den Notfallstufen, den Fallzahlen und der Frage, ob am Standort bereits eine KV-Notdienstpraxis besteht, ist es zudem relevant, ob es sich um ein Sicherstellungshaus handelt. Es erscheint nicht sachgerecht, eine Bevorzugung von Bundeswehrkrankenhäusern vorrangig vor die Erfüllung der o. g. Kriterien vorzusehen. Daher wird diese Regelung abgelehnt. Sachgerecht erscheint eine gleichwertige Priorisierung zu bestehenden Notdienstpraxen der KVen.

Die Regelung zur Bestimmung von INZ-Standorten abweichend von den genannten Kriterien zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung ist grundsätzlich begrüßenswert, es sollte allerdings ermöglicht werden, dass in diesen Fällen neben einem zusätzlichen INZ-Standort gleichfalls auch eine bedarfsgerechte notdienstliche Akutversorgung durch die aufsuchenden Dienste gemäß § 75 Absatz 1b Satz 5 Nr. 3 in Betracht gezogen werden kann. Bei einer geringen Bevölkerungsdichte und fehlenden Krankenhausstandorten dürfte dies vielfach die wirtschaftlichere Versorgungsstruktur darstellen.

Zu Absatz 2

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass eine Vielzahl der Strukturanforderungen, die sinnvoll durch den G-BA im Sinne bundeseinheitlicher Vorgaben zu treffen wären, in hochkomplexen Einzelverträgen zwischen Krankenträgern und KVen geregelt werden sollen. Nach einer ersten Schätzung würde dies den Abschluss von ca. 700 umfangreichen Kooperationsverträgen bedeuten, zusätzlich zu den im Entwurf vorgesehenen Kooperationsvereinbarungen mit den Trägern der Rettungsdienste, von denen es in Deutschland rd. 900 verschiedene gibt und zusätzlich zu den ca. 700 Organisationsgremien nach Absatz 2 S. 4 Nr. 1. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist dies nicht leistbar und führt zudem zu einer hohen Intransparenz über die Versorgungsangebote in der notdienstlichen Akutversorgung. Für eine bundesweit hoch- und gleichwertige Versorgungsstruktur müssen die zentralen Strukturanforderungen bundeseinheitlich festgelegt werden. Der G-BA ist hierfür das geeignete Gremium. Vor dem Hintergrund der hohen Anzahl erforderlicher INZ erscheint es auch nicht praktikabel, für jedes INZ ein eigenes Organisationsgremium zu bilden. Hier wäre es sinnvoller, dessen Funktionen auf höheren regionalen Ebenen (z. B. den KV-Bezirken) durch die KVen und Landeskrankenhausesellschaften zu bündeln.

Die in Satz 5 vorgenommene gesetzliche Vorgabe von Mindestöffnungszeiten wird äußerst kritisch gesehen, da durch diese im Umkehrschluss eine Quasi-Legaldefinition von vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten entstehen würde. Der GKV-Spitzenverband würde es als sehr problematisch bewerten, wenn der Mittwoch und Freitagnachmittag grundsätzlich mit hoheitlicher Billigung als sprechstundenfrei verstanden würden. Routinedaten zeigen, dass die Auslastung der bestehenden

ärztlichen Bereitschaftsdienstpraxen der KVen im Durchschnitt als gering beschrieben werden kann, während sich für einzelne Krankenhausstandorte hohe Auslastungen zeigen. Daher scheint es aus Bedarfs- und Wirtschaftlichkeitsgründen dringend geboten, geeignete bundeseinheitliche Kriterien für die Öffnungszeiten von Notdienstpraxen festzulegen, bei denen das tatsächliche Patientenaufkommen berücksichtigt wird. Dies kann in der Konsequenz im Einzelfall sowohl zu einer Einschränkung gegenüber den im Gesetz vorgesehenen Mindestöffnungszeiten als auch zu einer derzeit nicht gesetzlich vorgesehenen Ausweitung bei hoher Inanspruchnahme führen. Für KV-Notdienstpraxen an INZ-Standorten mit hohen Fallzahlen könnte eine ambulante Notfallversorgung zu Sprechstundenzeiten bedarfsgerecht und pragmatisch durch die Vergabe von regulären vertragsärztlichen Zulassungen (Medizinische Versorgungszentren) erreicht werden.

Die bisher vorgesehene Regelung lässt auch offen, wer auf welcher Grundlage die Einhaltung der Öffnungszeiten überprüft und welche Konsequenzen mit einer Nichteinhaltung verbunden wären. Die Sanktionsmöglichkeiten erscheinen unzureichend auf Einzelvertragsebene begrenzt.

Absatz 2 Satz 4 Nummer 9 enthält einen redaktionellen Fehler: Das Wort „Kooperationspraxis“ ist durch das Wort „Notdienstpraxis“ zu ersetzen. Die Sätze 5 und 6 regeln die Öffnungszeiten der Notdienstpraxis.

Die Regelung, wonach die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Spezifikation einer interoperablen Schnittstelle zu der in Satz 4 Nummer 2 genannten digitalen Fallübergabe im Einvernehmen mit dem Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen erstellt, ist sachgerecht.

Zu Absatz 3

Die vorgesehenen Schiedslösungen sind grundsätzlich sachgerecht, allerdings nur bei entsprechender Geltung von bundesweiten Vorgaben und entsprechender Verschlinkung der noch offenen Regelungsinhalte realistisch umsetzbar.

C) Änderungsvorschlag

In § 101 Absatz 1 Satz 1 wird nach der Nummer 3a die folgende Nummer 3b eingefügt:

„3b. Allgemeine Voraussetzungen nach denen der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a Feststellungen gemäß § 123, 123a und 123b trifft.“

In § 101 wird folgender Absatz 7 ergänzt:

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

1. eine Planungsregion z. B. eine Planung auf Kreis- bzw. Bezirksebene in Großstädten
2. eine Kapazitätsplanung mit Bevölkerungsbezug z. B. mittels einer Verhältniszahl, die den Bedarf an Ärztinnen und Ärzten für die notdienstliche Akutversorgung der Bevölkerung in KV-Notdienstpraxen abbildet und die Festlegung der maximalen personellen Kapazitäten je KV-Notdienstpraxis

3. sächliche und personelle Mindestanforderungen für den Betrieb einer KV-Notdienstpraxis einschließlich der Vorgaben zur Ermittlung von bedarfsgerechten Mindestöffnungszeiten in Abhängigkeit vom Patientenaufkommen
4. eine Erreichbarkeit für 95 v.H. der Bevölkerung innerhalb von 30 PKW-Fahrzeitminuten
5. die Berücksichtigung der Notfallstufe der Krankenhäuser; Voraussetzung ist mindestens die Erfüllung der Anforderungen der Basisnotfallstufe gemäß Abschnitt III der Notfallstufenregelung des G-BA

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

- i) Vorrangigkeit von höheren Notfallstufen der Krankenhäuser
- ii) Sicherstellungshäuser
- iii) bestehende KV-Notdienstpraxen oder Standorte eines Bundeswehrkrankenhauses.
- iv) Vorrangigkeit von höheren stationären Fallzahlen der Krankenhäuser

In § 123a Absatz 1 Satz 1 wird der letzte Halbsatz gestrichen.

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

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

Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Zur Organisation des Integrierten Notfallzentrums schließen die Kassenärztliche Vereinigung und der Krankenhausträger innerhalb von sechs Monaten, nachdem der Krankenhausstandort als Standort eines Integrierten Notfallzentrums nach Absatz 1 Satz 1 bestimmt worden ist, eine Kooperationsvereinbarung. Die Kooperationsvereinbarung ist von dem zuständigen erweiterten Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a zu genehmigen. In der Kooperationsvereinbarung nach Satz 1 ist insbesondere das Nähere zu vereinbaren

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

Der G-BA legt bis zum [xxxx] geeignete bundeseinheitliche Kriterien für die Festlegung der Öffnungszeiten von Notdienstpraxen fest, bei denen das tatsächliche Patientenaufkommen berücksichtigt wird, wobei mindestens an Wochenenden und Feiertagen sowie Montag bis Freitag nach

dem Ende der regulären vertragsärztlichen Sprechzeiten Öffnungszeiten vorzusehen sind. Der G-BA legt weiterhin fest, nach welchen Kriterien an einzelnen Standorten mit über- oder unterdurchschnittlich hohem Notfallaufkommen die Öffnungszeiten der Notdienstpraxen bedarfsgerecht über die sprechstundenfreien Zeiten hinaus zu erweitern bzw. zu reduzieren sind. Vertragliche Regelungen nach Satz 1 und 2 können als Rahmenvertrag in dreiseitigen Verträgen nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 landesweit vorgegeben werden. Die Vorgaben zu den Mindestöffnungszeiten nach § 101 Absatz 7 Nummer 3 sind von dem jeweiligen Integrierten Notfallzentrum einzuhalten. Die Kooperationsvereinbarungen sind den erweiterten Landesausschüssen zur Prüfung gemäß § 90 Absatz 4a Satz 11 (neu) zu übermitteln.

Sofern der Absatz in der vorliegenden Form bestehen bleibt:

In Absatz 2 Satz 4 Nr. 9 wird das Wort „Kooperationspraxis“ durch das Wort „Notdienstpraxis“ ersetzt.

Sofern eine Vorgabe durch den Gemeinsamen Bundesausschuss abgelehnt wird, sollte die Standortauswahl nach Kriterien erfolgen, die der Gesetzgeber konkreter vorgibt.

Alternativer Formulierungsvorschlag:

„§ 123a Absatz 1 NotfallG wird wie folgt gefasst:

§ 123a

- (1) Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a bestimmt bis zum [...] [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser, an denen Integrierte Notfallzentren eingerichtet werden, auf der Grundlage der folgenden bundeseinheitlichen Vorgaben.**
- (2) Planungsregion für die Festlegung von INZ-Standorten sind die Kreise und kreisfreien Städte. Für Berlin und Hamburg erfolgt die Planung auf der Ebene von Bezirken bzw. Stadtteilen.**
- (3) Für mindestens 95 Prozent der Bevölkerung ist ein INZ-Standort innerhalb von 30 PKW-Fahrtzeitminuten erreichbar.**
- (4) Die Planung erfolgt bevölkerungsbezogen. Die je Planungsregion erforderlichen ärztlichen Kapazitäten für die ambulante Notfallversorgung in den KV-Notdienstpraxen der INZ sind regionalspezifisch zu ermitteln und auf geeignete Standorte gemäß Absatz 5 und 6 zu verteilen.**
- (5) Geeignete Standorte, auf die die erforderlichen ärztlichen Kapazitäten nach Absatz 4 verteilt werden, erfüllen die folgenden Anforderungen:**
 - 1. Erfüllung der Voraussetzungen der Notfallstufe Basisnotfallversorgung gemäß der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Regelungen zu einem**

gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 in der jeweils gültigen Fassung und

2. **der Auswahl stehen keine Interessen des Krankenhauses entgegen.**
- (6) **Bei der Standortauswahl sind die folgenden Kriterien der Reihenfolge nach anzuwenden:**
1. **Auswahl des Krankenhausstandortes mit der höchsten Notfallstufe,**
 2. **bei gleicher Notfallstufe: Auswahl des Krankenhausstandortes mit Sicherstellungsstatus gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V in der jeweils gültigen Fassung,**
 3. **bei gleicher Notfallstufe und gleichem Sicherstellungsstatus nach Nummer 2: Auswahl des Krankenhausstandortes mit bestehender KV-Notdienstpraxis,**
 4. **bei gleicher Notfallstufe, gleichem Sicherstellungsstatus, gleichem Vorhandensein einer KV-Notdienstpraxis: Auswahl des Krankenhausstandortes mit der höchsten stationären Fallzahl im Jahr 2023.**
- (7) **Die Auswahl der geeigneten Standorte erfolgt nacheinander nach den Kriterien gemäß Absatz 6. Die Anzahl der auszuwählenden Standorte richtet sich nach der zu versorgenden Bevölkerung im Planungsbereich. Ein weiterer Standort sollte jeweils ausgewählt werden, wenn ein INZ an einem Krankenhaus mit Basisnotfallstufe mehr als 100.000 Einwohner versorgt oder ein INZ an einem Krankenhaus mit umfassender oder erweiterter Notfallstufe mehr als 250.000 Einwohner versorgt.**
- (8) **Der erweiterte Landesausschuss kann begründet von den bundeseinheitlichen Vorgaben gemäß Absatz 7 Satz 3 abweichen, wenn und solange dies für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. Die entscheidungsrelevanten Gründe sind durch die für die Sozialversicherung zuständigen oberste Verwaltungsbehörde des Landes zu veröffentlichen.**
- (9) **Die ausgewählten INZ-Standorte sind in den Bedarfsplänen gemäß § 99 abzubilden. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt hierfür im Rahmen seiner Regelungskompetenz gemäß § 101 ein bundeseinheitliches Format fest. Die erweiterten Landesausschüsse übermitteln die ausgewählten Standorte unter Verwendung des vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 2 festgelegten Formates an die Kassenärztlichen Vereinigungen.“**

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 – § 123b Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die erweiterten Landesausschüsse können Standorte für Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche einrichten. Voraussetzung für die Einrichtung an einem Krankenhaus ist einerseits das Vorliegen des Moduls Notfallversorgung Kinder am Krankenhaus gem. den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern und andererseits, dass kein berechtigtes Interesse gegen die Einrichtung besteht. Für Letzteres ist insbesondere die ausreichende Verfügbarkeit von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin ein Kriterium. Ansonsten gelten die gleichen Regelungen wie für Integrierte Notfallzentren nach § 123.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Möglichkeit zur Einrichtung von Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche. Die Regelung ist jedoch als „Kann-Regelung“ formuliert, ohne dass bundeseinheitlich verbindliche Kriterien für die Gründung oder Nichtgründung von INZ für Kinder und Jugendliche gelten. Vor diesem Hintergrund ist ein bundesweiter Flickenteppich in der Versorgung zu befürchten.

Der GKV-Spitzenverband spricht sich dafür aus, dass der G-BA wie auch für INZ bundeseinheitliche Kriterien (Anwendung eines Ersteinschätzungsinstruments, Kriterien zur Standortauswahl, Qualifikation, Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung, Kooperationspraxen und ausreichende Verfügbarkeit von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin) für INZ für Kinder und Jugendliche erarbeitet. Die erweiterten Landesausschüsse sollten die Standorte auf Basis dieser Kriterien festlegen.

C) Änderungsvorschlag

§ 123b Abs. 1 S. 1 wird wie folgt gefasst:

„Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann auf Basis der Kriterien nach § 101 Abs. 7 und abhängig von der Verfügbarkeit von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin Standorte zugelassener Krankenhäuser bestimmen, an denen Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche eingerichtet werden.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12 – § 133a Gesundheitsleitsystem

A) Beabsichtigte Neuregelung

Eingeführt werden soll ein Gesundheitsleitsystem, das Hilfesuchenden, die sich entweder an die Akutleitstelle oder an die Rettungsleitstelle wenden, die erforderliche medizinische Versorgung vermitteln soll. Auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle ist die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, eine Kooperation einzugehen, um ein Gesundheitsleitsystem zu bilden. Im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung sollen hierbei alle relevanten Regelungen zur Abstimmung der Abfragesysteme in den Gesundheitsleitsystemen, zu den technischen und strukturellen Anforderungen sowie zum gemeinsamen Qualitätsmanagement getroffen werden. Von den Aufgaben ausdrücklich nicht umfasst, sind die über die medizinischen Rettungsdienstleistungen hinausgehenden weiteren öffentlichen Aufgaben, die mit der Rufnummer 112 verbunden sind.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich ist zu befürworten, dass die Kooperation zwischen Rettungsleitstellen und den neu gestalteten Akutleitstellen gefördert werden soll. Zu begrüßen ist ebenfalls, dass eine telefonische Weiterleitung von Hilfesuchenden sowie die medienbruchfreie Übergabe von Daten zwischen den Leitstellen gewährleistet werden soll. Die Zusammenarbeit zwischen den Leitstellen bleibt jedoch vom Willen des Trägers der Rettungsleitstelle abhängig, sodass zu befürchten ist, dass die notwendige stärkere Vernetzung vielerorts ausbleibt.

Kritisch ist weiter, dass jeder einzelne Rettungsdienstträger eine eigene Kooperationsvereinbarung mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung treffen muss. Dies kann somit zu bundesweit höchst unterschiedlichen Regelungen bei der Umsetzung der Vorgaben nach § 133a Abs. 2 und 3 SGB V (u. a. technische Vernetzung, Bewertung des Gesundheitszustandes auf Basis von Ersteinschätzungs- und Abfragesystemen, Qualitätsmanagement) führen. Gleiches gilt für die Vorgaben zur Überprüfbarkeit und kontinuierlichen Kontrolle des Standards der verwendeten Abfragesysteme. Zwar sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen auf möglichst einheitliche Vereinbarungen zur Abstimmung der Abfragesysteme hinwirken. Ob dies aufgrund des Initiativrechts des Trägers der Rettungsstellen zur Gründung einer Kooperation gelingen kann, bleibt fraglich.

Die vorgeschlagene Regelung ist insofern nicht ausreichend, um das erklärte Ziel zu erreichen, für alle Hilfesuchenden eine bundesweit einheitliche und gleichwertige Notfallversorgung sicherzustellen. Es steht zu befürchten, dass sie lediglich zu einer zwar dringend erforderlichen Harmonisierung – jedoch nur auf niedriger Stufe und in einzelnen Rettungsdienstbezirken – führt, die schon jetzt nicht mehr zeitgemäß ist und bald neue Reformanforderungen auslöst.

Deutlich besser geeignet wäre ein Vorgehen, das auch die Reform des Rettungsdienstes und der Rettungsdienststellen einbezieht, damit bundeseinheitliche Rahmenvorgaben definiert werden können, insbesondere hinsichtlich digitaler Vernetzung und Qualität. Einheitliche Rahmenvorgaben könnten gleichzeitig die Bürokratiekosten erheblich senken, wenn nicht jede Rettungsleitstelle mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung eigene Regelungen in ihren Kooperationsvereinbarungen treffen müsste, sondern auf ein vordefiniertes Set an technischen und QS-Anforderungen zurückgreifen könnte.

Der Regelungsstandort für ein Gesundheitsleitsystem wurde mit § 133a SGB V im Vierten Kapitel, Achter Abschnitt (Sonstige Leistungserbringer) zudem aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes unpassend gewählt. Die vorgesehene Regelung beschreibt die Kooperation der von den Kassenärztlichen Vereinigungen getragenen Akutleitstellen mit den Rettungsleitstellen. Sie adressiert insofern keine eigene Gattung von (sonstigen) Leistungserbringenden und enthält keine Vergütungsregelungen. Sinnvoll verortet wäre die Regelung daher stattdessen im unmittelbaren Anschluss an die Bestimmungen zur Akutleitstelle in einem neuen § 76b SGB V.

C) Änderungsvorschlag

Als besser geeignet wird eine umfassendere Reform des Rettungsdienstes und der Rettungsleitstellen angesehen. Im Rahmen des vorliegenden Gesetzentwurfs mit eher begrenzten Anpassungen zur punktuellen Stärkung der Zusammenarbeit verschiedener Leistellen in einem neuen Gesundheitsleitsystem wird die Regelung zumindest als unschädlich angesehen, sollte jedoch nicht als § 133a SGB V sondern als § 76b SGB V eingeführt werden.

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung der Akutleitstelle wird die bereits bestehende Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erweitert. Die KBV hat dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erstmalig zum 30.06.2026 über die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestelle sowie der Akutleitstelle einen Bericht vorzulegen.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Der jährliche Bericht der KBV ist darüber hinaus von öffentlichem Interesse und sollte daher (analog zur vorgesehenen Regelung in § 105 Abs. 1b in diesem Gesetz) veröffentlicht werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 75 Absatz 1e Satz 2 (neu) wird wie folgt geändert:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht erstmals zum 30.06.2026 und anschließend jährlich, barrierefrei im Internet einen Bericht über die Ergebnisse nach Satz 1.“

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung in Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 sieht die explizite Erwähnung der neu zu schaffenden Integrierten Notfallzentren (INZ) nach § 123 SGB V bzw. Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b SGB V vor. Der bisherige Bezug auf „integrierte Notfallstrukturen“ soll gestrichen werden. Damit sollen wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von INZ nach § 123 SGB V bzw. INZ für Kinder und Jugendliche nach § 123b SGB V als durch den Krankenhausstrukturfonds förderfähige Vorhaben geltend gemacht werden.

B) Stellungnahme

Bei der beabsichtigten Neuregelung handelt es sich um eine Folgeänderung zur beabsichtigten Neueinführung von INZ nach § 123 SGB V bzw. INZ für Kinder und Jugendliche nach § 123b SGB V. Die beabsichtigte Folgeänderung ist sachgerecht.

Zur grundsätzlichen Kritik an der Ausgestaltung des Strukturfonds II verweisen wir auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2015 zum Entwurf des Krankenhaus-Strukturgesetzes (KHSG). In den Folgejahren hat sich gezeigt, dass die damals angemerkten Kritikpunkte berechtigt waren und weiterhin aktuell sind. Unter anderem wurde in der Umsetzungsphase offensichtlich, dass die freiwillige PKV-Beteiligung nicht funktioniert hat.

Zudem sei auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 16.09.2024 zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz zur geplanten Einführung eines Transformationsfonds hingewiesen. Die erhebliche Belastung der Beitragszahlenden mit den Kosten der Transformation der stationären Infrastruktur durch den geplanten Rückgriff auf Mittel des Gesundheitsfonds wird vom GKV-Spitzenverband grundsätzlich abgelehnt. Der Auf- und Umbau der Krankenhauslandschaft ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Bund und Länder dürfen ihre Finanzierungsverantwortung nicht auf die GKV abwälzen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

§ 11 Förderungsfähige Vorhaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung in Absatz 1 Nummer 5 sieht die explizite Erwähnung der neu zu schaffenden Integrierten Notfallzentren (INZ) nach § 123 SGB V bzw. Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b SGB V vor. Der bisherige Bezug auf „integrierte Notfallstrukturen“ soll gestrichen werden. Damit wird die in § 12a Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 KHG beabsichtigte Neuregelung in der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung nachgezogen.

B) Stellungnahme

Bei der beabsichtigten Neuregelung handelt es sich um eine Folgeänderung zur beabsichtigten Neueinführung von Integrierten Notfallzentren nach § 123 SGB V bzw. Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b SGB V sowie zur beabsichtigten Neuregelung des § 12a Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 KHG. Die beabsichtigte Folgeänderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung des Apothekengesetzes)

Nr. 1 – § 12b

A) Beabsichtigte Neuregelung

In einem neuen § 12b soll die Grundlage für spezielle notdienstpraxisversorgende Apotheken geschaffen werden. Diese Apotheke kann entweder in unmittelbarer Nähe zum Notfallzentrum (INZ) liegen oder aber in Form einer Zweitapotheke mit Offizin und Lagerräumen auf dem Gelände des INZ betrieben werden. Diese Apotheken sollen zeitlich parallel zur Notdienstpraxis geöffnet haben. Patientinnen und Patienten sollen jedoch nicht in ihrer freien Apothekenwahl eingeschränkt werden.

Notfallzentren sollen einen Versorgungsvertrag mit diesen Apotheken schließen. In diesen Verträgen ist insbesondere festzulegen, wie Patientinnen und Patienten sowie die Mitarbeitenden der Notfallzentren beraten werden. Gegenstand ist auch eine Lagerung von Arzneimitteln und Medizinprodukten auf dem Gelände des INZ.

B) Stellungnahme

Ziel dieser Regelung, die eine inhaltliche Ergänzung zur Neuregelung in § 123 Absatz 5 SGB V ist, soll sein, die Versorgung mit Arzneimitteln und arzneimittelähnlichen Medizinprodukten sowie Verbandmitteln für Patientinnen und Patienten, die eine Notfall-Behandlung in Anspruch nehmen mussten, zu vereinfachen. Das Ziel, die Arzneimittelversorgung akut erkrankter Patientinnen und Patienten in unmittelbarer Nähe zur behandelnden Notdienstpraxis sicherzustellen, ist nachvollziehbar und wird vom GKV-Spitzenverband unterstützt. Die strukturelle Flexibilisierung von räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Notfallversorgung mit einer Verbesserung der Arzneimittelversorgung am INZ ist ein positiver Schritt hin zu einer sicheren und hochwertigen, aber auch patientenorientierten Versorgung.

Gleichwohl sollte zur Erreichung des Ziels statt Einführung neuer Strukturen der reguläre Apotheken-Notdienst genutzt werden. Öffentliche Apotheken stellen die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln sicher. Die Einteilung der Notdienste obliegt der jeweiligen Apothekerkammer des Bundeslandes. Künftig sollte bei der Notdiensteinteilung auch die Erreichbarkeit der Apotheke vom INZ aus mitgedacht werden. Dies stärkt die bestehenden Strukturen der Apotheken und erfordert einen geringeren Personal- und Ressourceneinsatz. Die Möglichkeiten zur digitalen Übermittlung des E-Rezeptes in Kombination mit der Möglichkeit, telepharmazeutische Konsultationen zwischen Apotheken und verordnenden Ärztinnen und Ärzten bzw. telepharmazeutische Beratungen der Patientinnen und Patienten durchzuführen, beschränkt die physische Abgabe der Packung auf einen rein logistischen Akt. Sofern die nächstgelegene diensthabende Apotheke nicht fußläufig erreichbar ist, könnte dies an Stelle der Einrichtung von Räumlichkeiten auch durch einen Arzneimittel-Botendienst zwischen Zentrum und der nächsten diensthabenden Apotheke gelöst werden. Dieser wäre durch das Notfallzentrum zu betreiben. Denkbar wäre auch die Nutzung eines automatisierten Abgabeautomaten im Notfallzentrum, der jeweils auch unter der Zuhilfenahme von Telepharmazie von der diensthabenden Apotheke betrieben werden kann. Zudem könnte der mit zusätzlichen Kosten verbundene Aufbau der Zweitapotheken mit Offizin und Lagerräumen auf dem Gelände des Notfallzentrums sowie die zusätzliche Anbindung an die Telematikinfrastruktur entfallen.

C) Änderungsvorschlag

Anstelle der Schaffung einer neuen Apothekenform werden in § 12b die gesetzlichen Grundlagen gelegt, dass Integrierte Notfallzentren von der jeweils naheliegendsten dienstbereiten Apotheke kooperieren. Grundlage hierfür ist die Einrichtung der technischen Möglichkeit einer telepharmazeutischen Beratung sowie die Einrichtung eines Botendienstes durch das Integrierte Notfallzentrum sowie die Möglichkeit der Einrichtung eines Abgabeautomaten, der von der jeweils diensthabenden Notdienstapotheke bestückt und betrieben werden kann. Der Vertrag wird mit der maßgeblichen Organisation zur Vertretung der wirtschaftlichen Interessen der Apotheken auf Landesebene geschlossen. Zur Koordinierung mit Erfordernissen der Organisation der Dienstbereitschaft ist das Benehmen mit der hierfür zuständigen Behörde auf Landesebene herzustellen. Eine konkrete Formulierung muss im Zusammenhang mit dem vom Bundesministerium für Gesundheit geplanten Apothekenreform-Gesetz ggf. noch einmal überdacht werden.

Der GKV-Spitzenverband schlägt folgende Formulierung des § 12b vor:

„(1) Die Versorgung von Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und arzneimittelähnlichen Medizinprodukten sowie Verbandmitteln erfolgt durch die nach § 23 der Apothekenbetriebsordnung dienstbereite öffentliche Apotheke, die dem Integrierten Notfallzentrum am nächsten liegt und fußläufig erreichbar sein soll. Liegt die dienstbereite öffentliche Apotheke nicht in unmittelbarer und fußläufiger Nähe zur Notdienstpraxis, kann die Versorgung auch durch den Einsatz von Telepharmazie, einen Botendienst, der durch das Integrierte Notfallzentrum zu betreiben und zu finanzieren ist, oder einen telepharmazeutisch unterstützten Abgabeautomaten, der sich in den Räumen des Integrierten Notfallzentrums befindet, erfolgen.

(2) Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgebliche Organisation der Apotheker auf Landesebene schließt im Benehmen mit der zuständigen Behörde nach § 23 der Apothekenbetriebsordnung zur Versorgung nach Absatz 1 einen Vertrag mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und dem Träger des Krankenhauses, mit dessen Notaufnahme die Notdienstpraxis ein Integriertes Notfallzentrum bildet. In diesem Vertrag ist insbesondere zu vereinbaren,

1. dass eine Erreichbarkeit zwischen versorgender Apotheke nach Absatz 1 und dem Integrierten Notfallzentrum sichergestellt wird,
2. dass die Patienten und die Angestellten der Notdienstpraxis zu Arzneimitteln und arzneimittelähnlichen Medizinprodukten sowie Verbandmitteln informiert und (telepharmazeutisch) beraten werden,
3. dass die freie Apothekenwahl der Patienten nicht eingeschränkt wird,
4. unter welchen Voraussetzungen und in welcher Weise telepharmazeutische Beratung, Botendienste und Abgabeautomaten für die Versorgung nach Absatz 1 genutzt werden,
5. dass das Integrierte Notfallzentrum zum Zweck der Versorgung nach Absatz 1 die technischen und räumlichen Voraussetzungen für eine telepharmazeutische Beratung und für Abgabeautomaten bereitstellt und den Botendienst betreibt und finanziert.

(3) Ein in Absatz 2 genannter Vertrag ist der zuständigen Behörde mindestens drei Wochen vor Aufnahme der Versorgung vorzulegen.“

Artikel 5 (Änderung des Apothekengesetzes)

Nr. 2 – § 20

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 20 Apothekengesetz, in dem die Vergütung der Nachtdienste geregelt ist, soll eine Regelung ergänzt werden, nach der Apotheken mit einem Versorgungsvertrag nach § 12b Apothekengesetz – ungeachtet der regulären Nacht- und Notdienstvergütung, die für Vollnotdienste gezahlt wird – eine Vergütung auf Basis der Zeiten, in denen die jeweilige Notdienstpraxis geöffnet war erhalten.

B) Stellungnahme

Die gesetzliche Neuregelung enthält keine konkreten Informationen, woher die finanziellen Mittel kommen, aus denen die Vergütung geleistet werden soll, und wie genau sich die Höhe der Vergütung ergibt. Es ist zu vermuten, dass die finanziellen Mittel aus dem Nacht- und Notdienstfonds bereitgestellt werden sollen.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte zur Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Notfallzentren der reguläre Apothekennotdienst genutzt werden (vgl. Stellungnahmen zu Artikel 1 Nr. 11 und Artikel 5 Nr. 1). Dies ermöglicht es, notdienstpraxisversorgende Apotheken ausschließlich über die reguläre Nacht- und Notdienst-Vergütung zu finanzieren.

Es wäre zudem nicht nachvollziehbar, warum notdienstpraxisversorgende Apotheken eine Vergütung aus dem Nacht- und Notdienstfonds erhalten sollten. Prinzipiell verdienen diese Apotheken durch die Abgabe der im Rahmen der Notdienstversorgung verordneten Arzneimittel. Durch die räumliche Anbindung an das Zentrum dürften dies deutliche mehr Verordnungen als im „regulären Notdienst“ sein. Eine Grundfinanzierung der Strukturen ist damit – im Gegensatz zu weniger frequentierten notdiensthabenden Apotheken in schwach besiedelten Räumen – nicht angezeigt.

C) Änderungsvorschlag

Bei Umsetzung der Änderungsvorschläge zu § 12b besteht keine Notwendigkeit für eine Änderung in § 20. Die vorgesehene Änderung kann gestrichen werden.

Artikel 5 (Änderung des Apothekengesetzes)

Nr. 3 – § 25

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 25, in dem Ordnungswidrigkeiten geregelt sind, soll eine Regelung ergänzt werden, nach der eine Ordnungswidrigkeit begangen wird, wenn Verträge nach § 12b nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig der zuständigen Behörde vorgelegt werden.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es nachvollziehbar, Verstöße gegen § 12b Absatz 3 als Ordnungswidrigkeit zu bewerten. Dies gilt auch, falls die in § 12b vorgeschlagenen Änderungen umgesetzt werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 (Änderung der Apothekenbetriebsordnung)

Nr. 1 – § 1a

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 1a Apothekenbetriebsordnung, in dem Begriffe der Verordnung definiert werden, soll ein neuer Absatz 19 geschaffen werden, in dem notdienstpraxisversorgende Apotheken definiert werden.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine rechtstechnische Ergänzung. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte zur Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Notfallzentren der reguläre Apothekennotdienst genutzt werden (vgl. Stellungnahmen zu Artikel 1 Nr. 11 und Artikel 5 Nr. 1).

C) Änderungsvorschlag

Der GKV-Spitzenverband regt folgende Formulierung an:

„(19) Notdienstpraxisversorgende Apotheken sind die Apotheken, die gemäß § 12b Apothekengesetz während der Betriebszeit eines Integrierten Notfallzentrums die Versorgung der Patienten übernehmen.“

Artikel 6 (Änderung der Apothekenbetriebsordnung)

Nr. 2 – § 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen der notdienstpraxisversorgenden Apotheken nach § 12b Apothekengesetz sollen in Bezug auf das Personal analog zu den Heimversorgenden Apotheken nach § 12a Apothekengesetz gefasst werden.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine rechtstechnische Regelung, die sich aus der Einführung eines neuen § 12b Apothekengesetz ergibt. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte zur Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Notfallzentren der reguläre Apothekennotdienst genutzt werden (vgl. Stellungnahmen zu Artikel 1 Nr. 11 und Artikel 5 Nr. 1). Eine Umsetzung dieses Vorschlags würde zu Änderungen in § 12b Apothekengesetz führen, hätte allerdings keine Auswirkungen auf die Änderung in § 3 Apothekenbetriebsordnung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 (Änderung der Apothekenbetriebsordnung)

Nr. 3 – § 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für notdienstpraxisversorgende Apotheken nach § 12b Apothekengesetz soll die Möglichkeit geschaffen werden, eine zusätzliche Offizin sowie Lagerräume in den Räumlichkeiten des Integrierten Notfallzentrums zu betreiben.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte zur Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Notfallzentren der reguläre Apothekennotdienst genutzt werden (vgl. Stellungnahmen zu Artikel 1 Nr. 11 und Artikel 5 Nr. 1). Eine Umsetzung dieses Vorschlags macht Sonderregelungen in Bezug auf die Räumlichkeiten einer notdienstpraxisversorgenden Apotheke entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Artikel 6 (Änderung der Apothekenbetriebsordnung)

Nr. 4 – § 23

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für notdienstpraxisversorgende Apotheken nach § 12b Apothekengesetz soll eine abweichende Regelung zu den Öffnungszeiten geschaffen werden, die dann den Öffnungszeiten des Integrierten Notfallzentrums entsprechen.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte zur Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Notfallzentren der reguläre Apothekennotdienst genutzt werden (vgl. Stellungnahmen zu Artikel 1 Nr. 11 und Artikel 5 Nr. 1). Dies macht Sonderregelungen in Bezug auf die Öffnungszeiten einer notdienstpraxisversorgenden Apotheke entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Artikel 7 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)

§ 43 Apothekenpflicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für den Fall, dass keine Verträge nach § 12b Apothekengesetz geschlossen wurden, soll die Notdienstpraxis verpflichtet werden, die Patientinnen und Patienten – analog zum bereits bestehenden Entlassmanagement im stationären Bereich – mit Arzneimitteln für den akuten Bedarf für einen Zeitraum von längstens drei Tagen mit einer zur Überbrückung benötigten Menge zu versorgen, soweit im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt.

Ausweislich der Gesetzesbegründung kann die Beschaffung dieser Arzneimittel auf dem Wege des sogenannten „Sprechstundenbedarfs“ erfolgen.

B) Stellungnahme

Ziel dieser Regelung soll sein, die Versorgung der Patientinnen und Patienten, die eine Notfall-Behandlung in Anspruch nehmen mussten, mit Arzneimitteln und arzneimittelähnlichen Medizinprodukten sowie Verbandmitteln vor Wochenenden und Feiertagen zu vereinfachen. Entsprechend wird hier ein beschränktes Dispensierrecht für die Praxen eingeführt. Eine Beschaffung dieser Arzneimittel im Rahmen des Sprechstundenbedarfs kommt aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes allenfalls ausschließlich für gesetzlich Versicherte in Frage. Eine Beschränkung auf gesetzlich Versicherte dürfte jedoch in der Praxis nicht umsetzbar sein, so dass auch Personen außerhalb der Solidargemeinschaft wie Privatversicherte, verbeamtete Personen oder Selbstzahlender zulasten der Beitragszahlenden versorgt werden dürften. Zudem bedürfte es sehr präziser Definitionen und Regelungen, welche Produkte als Notfallmedikation von den diensthabenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzten im INZ mitgegeben werden dürften. So dürfte eine solche Regelung allenfalls in ländlichen Gebieten ohne flächendeckende Apothekenstruktur zum Tragen kommen und wäre in städtischen Ballungsräumen mit hoher Apothekendichte und zum Teil sehr langen Öffnungszeiten von untergeordneter Bedeutung.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte an Stelle der Einführung eines beschränkten Dispensierrechts der reguläre Apotheken-Notdienst genutzt werden, um die Arzneimittelversorgung in den Integrierten Notfallzentren sicher zu stellen. Dies ermöglicht eine größere Auswahl an Arzneimitteln zur Therapie, stärkt die bestehenden Strukturen der Apotheken und stellt in jedem Fall eine Versorgung der Patientinnen und Patienten sicher (vgl. Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 1). Bei einem Ausweichen auf andere Versorgungsstrukturen drohen Mehrkosten, beispielsweise durch fehlende regelhafte Bedienung von Rabattverträgen sowie nicht vorhandene Kontrollmöglichkeiten bezüglich gesetzlicher Vorgaben bei der Verordnung von Arzneimitteln, arzneimittelähnlichen Medizinprodukten sowie Verbandmitteln, wie beispielsweise die Berücksichtigung von Verordnungseinschränkungen und/oder -ausschlüssen gemäß G-BA-Richtlinien.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Artikel 8 (Änderung der Medizinprodukte-Abgabenverordnung)

§ 2 Apothekenpflicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für den Fall, dass keine Verträge nach § 12b Apothekengesetz geschlossen wurden, soll die Notdienstpraxis – analog zur vorgesehenen Änderung in § 43 Arzneimittelgesetz (vgl. Stellungnahme zu Artikel 7) verpflichtet werden, die Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln und arzneimittelähnlichen Medizinprodukten sowie Verbandmitteln für den akuten Bedarf mit einer zur Überbrückung benötigten Menge für längstens drei Tage zu versorgen, soweit im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt.

Ausweislich der Gesetzesbegründung kann die Beschaffung dieser Arzneimittel auf dem Wege des sogenannten „Sprechstundenbedarfs“ erfolgen.

B) Stellungnahme

Ziel dieser Regelung soll sein, die Versorgung der Patientinnen und Patienten, die eine Notfall-Behandlung in Anspruch nehmen mussten, mit Arzneimitteln und arzneimittelähnlichen Medizinprodukten sowie Verbandmitteln vor Wochenenden und Feiertagen zu vereinfachen. Entsprechend wird hier ein beschränktes Dispensierrecht für die Praxen eingeführt. Eine Beschaffung dieser Arzneimittel im Rahmen des Sprechstundenbedarfs kommt aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes allenfalls ausschließlich für gesetzlich Versicherte in Frage. Eine Beschränkung auf gesetzlich Versicherte dürfte jedoch in der Praxis nicht umsetzbar sein, so dass auch Personen außerhalb der Solidargemeinschaft wie Privatversicherte, verbeamtete Personen oder Selbstzahlender zulasten der Beitragszahlenden versorgt werden dürften.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte an Stelle der Einführung eines beschränkten Dispensierrechts der reguläre Apotheken-Notdienst genutzt werden, um die Versorgung in den integrierten Notfallzentren sicher zu stellen. Dies ermöglicht eine größere Auswahl an Therapieoptionen, stärkt die bestehenden Strukturen der Apotheken und stellt in jedem Fall eine Versorgung der Patientinnen und Patienten sicher (vgl. Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 1). Bei einem Ausweichen auf andere Versorgungsstrukturen drohen Mehrkosten.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Artikel 9 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Nr. 1, 2 und 3 – § 19a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zu 1: Bei der Festsetzung der offenen Sprechstunden soll künftig das Bedürfnis nach einer ausreichenden vertragsärztlichen Versorgung in Akutfällen durch eine möglichst gleichmäßige zeitliche Verteilung dieser Sprechstunden innerhalb ihrer jeweiligen Arztgruppe im jeweiligen Planungsbereich berücksichtigt werden.

Zu 2: Redaktionelle Folgeänderung.

Zu 3: Es wird neu geregelt, dass im Bundesmantelvertrag bundeseinheitliche Regelungen für eine möglichst gleichmäßige zeitliche Verteilung der Sprechstunden innerhalb der verpflichteten Arztgruppen im jeweiligen Planungsbereich zu treffen sind.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt. Möglicherweise könnte die Formulierung jedoch missverstanden werden. Daher wird eine Konkretisierung vorgeschlagen. Zur Konkretisierung und Verbindlichkeit des Sicherstellungsauftrags wird zudem ergänzend eine Regelung in §75 Abs. 1a SGB V vorgeschlagen.

C) Änderungsvorschlag

§ 19a Absatz 1 Satz 8 (neu) wird wie folgt gefasst:

„Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 werden bundeseinheitliche Regelung zur Umsetzung einer zeitlichen Verteilung der in Satz 3 genannten Sprechstunden innerhalb der verpflichteten Arztgruppen getroffen, sodass Sprechstunden nach Satz 3 in dem jeweiligen Planungsbereich möglichst an allen Werktagen und zu den vertragsärztlichen Sprechzeiten angeboten werden.“

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

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

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Für eine effiziente Steuerung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene und die im Gesetzentwurf angenommene Reduzierung der Inanspruchnahme von Notaufnahmen sowie von stationären Krankenhausaufnahmen kann nur erreicht werden, wenn auch der Rettungsdienst in die Reform einbezogen wird. Primäres Ziel einer Reform des Rettungsdienstes sollte die Einführung von bundeseinheitlichen Struktur- und Qualitätsvorgaben, eine digitale Vernetzung der Akteurinnen und Akteure sowie ein erfolgreicher Umbau der Vergütungssystematik sein.

Rettungsdienst als Teil des SGB V

Die Krankenbehandlung nach § 27 SGB V sollte zukünftig auch die „Notfallbehandlung“ im Sinne eines Oberbegriffs für Notfallmanagement durch Leitstellen, notfallmedizinische Versorgung und Notfalltransport umfassen. Die notfallmedizinische Versorgung der Versicherten sollte gemessen am fallbezogenen medizinischen Versorgungsbedarf eine Ersteinschätzung, eine notärztliche Versorgung, eine Versorgung durch Notfallsanitäterinnen oder -sanitäter oder eine telemedizinische Versorgung vor Ort und während des Transports umfassen. Es ist dabei klarzustellen, dass nur medizinisch zwingend notwendige Versorgungsleistungen erbracht und abgerechnet werden dürfen. So sollten beispielsweise Rettungsdiensteinsätze unter definierten Bedingungen auch mit der medizinischen Versorgung des Versicherten vor Ort durch das Personal des Rettungsdienstes abgeschlossen werden können und damit ohne Transport in eine medizinische Einrichtung. Dies könnte durch die Erweiterung der rechtlichen Kompetenzen von Notfallsanitäterinnen und -sanitätern unterstützt werden.

Der leistungsrechtliche Umfang des Anspruchs der Versicherten auf Krankentransporte, Krankenfahrten sollte klar definiert werden. Hierbei ist auch die medizinische Notwendigkeit sowie die Wahl eines angemessenen Transportmittels im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots zu berücksichtigen. So sollte beispielsweise die Kostenübernahme von Krankentransportflügen nur eingeschränkt möglich sein, wenn sich der Versicherte in unmittelbarer Lebensgefahr befindet oder schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind. In diesem Zusammenhang wäre auch eine klare gesetzliche Notfalldefinition wünschenswert.

Die Sicherstellung der weiteren pflegerischen Versorgung einschließlich der Palliativversorgung und psychiatrisch-psychoziale Krisenintervention sollte jedoch weiterhin in Verantwortung der etablierten pflegerischen Versorgungsstrukturen verbleiben.

Rufnummern 112 und 116117 zusammenlegen und Versorgungskapazitäten sichtbar machen

Bislang existieren die Leitstellen des Rettungsdienstes und die Notdienste der Kassenärztlichen Vereinigungen parallel. Deren Rufnummern 112 und 116117 sollten zwar bestehen bleiben, aber die Leitstellen verpflichtend untereinander kooperieren. Zudem bedarf es Regelungen für eine einheitliche qualitätsgesicherte und standardisierte Übergabe von Hilfesuchen in beide Richtungen. Entscheidend dabei sind eine digitale Vernetzung mit bundesweit interoperablen Systemen und eine

verpflichtende Kooperation der beiden Stellen. So können Notfälle schneller in die je nach Schweregrad notwendige Versorgung gebracht werden.

Derzeit entscheiden die Kommunen, welche IT-Systeme in den Leitstellen verwendet werden. Das Ergebnis ist ein Flickenteppich von Systemen, die nicht miteinander verknüpft sind – Rettungswagen sind nicht über Kreis- und Ländergrenzen hinweg sichtbar. Hier sollte zukünftig ein überregionaler Zugriff der Leitstellen auf Rettungswagen mithilfe von einheitlichen IT-Systemen ermöglicht werden.

Für einen effizienten Rettungsdienst muss Transparenz über Krankenhaus-Kapazitäten hergestellt werden. Leitstellen und Rettungswagen müssen die aktuellen Notfallstufen der umliegenden Kliniken kennen sowie digital und in Echtzeit Informationen über deren freie Betten bekommen, damit die für den individuellen Notfall geeignetste Klinik angefahren werden kann. Umgekehrt benötigt das Krankenhaus Informationen aus dem Rettungswagen über den Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten. Für beides braucht es bundesweit einheitliche Vorgaben und die Pflicht zur digitalen Vernetzung.

Neben der Entsendung von Rettungsmitteln und der Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung sollte die Leitstelle auch Zugriff auf andere an der Notfallversorgung beteiligte Leistungserbringende, wie den qualifizierten Krankentransportdienst, den telenotärztlichen Dienst, den Gemeindenotfallsanitäter, haben, sofern diese in der jeweiligen Region vorhanden sind. Zudem könnten für den nicht zeitkritischen Transport von nicht lebensbedrohlichen Notfällen niederschwellige Transportmittel, wie Notfalltaxis, Notfallkrankwagen (NKTW) oder spezialisierte Rettungsmittel für sozialmedizinische und psychiatrische Notfälle, eingesetzt werden.

Bei pflegerischen Notfällen sollte der vor Ort eingesetzte Rettungsdienst die behandelnde Hausärztin oder den behandelnden Hausarzt bzw. den beauftragten Pflegedienst informieren, um die weiteren Schritte im Sinne einer strukturierten Weiterleitung planen zu können. Ein Aufbau von Doppelstrukturen ist an dieser Stelle zwingend zu vermeiden.

Struktur- und Qualitätsanforderungen bundeseinheitlich definieren

Damit alle Menschen unabhängig vom Wohnort die gleiche Versorgungsqualität bekommen, sind bundeseinheitliche Qualitätsstandards im Rettungsdienst nötig, beispielsweise für die Qualifizierung des Personals, die Kooperation zwischen den Leitstellen sowie die Übergabe von Hilfesuchen zwischen Rettungsdienstleitstelle und Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung. Die erforderlichen Struktur- und Qualitätsparameter sollten in Form von Richtlinien durch den G-BA festlegen werden.

Alternativ wäre ein Verhandlungskonstrukt mit bundesweiter Regelungskompetenz denkbar. Die Erfüllung der bundeseinheitlich definierten Struktur- und Qualitätsanforderungen sollte zukünftig maßgeblich für die Vergütung der verschiedenen Leistungen im Rettungsdienst sein.

Im Leistungserbringerrecht lassen sich hierzu sozialversicherungsrechtliche Vorgaben schaffen. So könnte die Leistungsvergütung und -abrechnung daran gebunden werden, dass die Leitstellen Anforderungen wie z. B. Kooperationsverpflichtung mit den Akuteinstellen der KVen erfüllen.

Finanzierung von Leistungen des Rettungsdienstes

Die Versorgung durch den Rettungsdienst vor Ort sollte unabhängig vom Transport in die Klinik vergütet werden, um unnötige Rettungsfahrten zu vermeiden. Auch ist es sinnvoll, die Betriebskosten des Rettungsdienstes in leistungsbezogene Finanzierung und Vorhaltefinanzierung aufzuteilen, also analog den Vorschlägen der Regierungskommission zur Krankenhausreform zu gestalten. Eine Teilfinanzierung des Rettungsdienstes aus den Beiträgen der GKV-Versicherten hat aber zur Bedingung, dass bundeseinheitliche Struktur- und Qualitätsanforderungen eingehalten werden. Auf dieser bundeseinheitlichen Grundlage kann die Vergütung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringenden ausgehandelt werden. Daneben muss klargestellt sein, dass die Länder ihrer Pflicht zur Übernahme der Investitionskosten nachkommen.

Bundeseinheitliche Datenerfassung und Qualitätssicherung

Derzeit besteht keine transparente Übersicht über Daten zur Leistungserbringung und Vergütung der Leistungen im Rettungsdienst. Deshalb sollte eine Datenstelle eingerichtet werden, an die alle Leistungserbringende im Rettungsdienst einen bundeseinheitlich festgelegten Minimaldatensatz übermitteln müssen. Dabei sind detaillierte gesetzliche Regelung für den Datenverkehr für das Rettungsdienstwesen zu treffen. Hierzu gehören u. a. Vorgaben zur Erfassung und zum Format des minimalen Notfalldatensatzes, technischen Regelungen und Datenverarbeitungsbefugnisse. Auch sollte spezifiziert werden, welche Beteiligten am Rettungsdienst Daten liefern müssen, wer als Leistungserbringender einzustufen ist und ob auch die Leitstellen Daten liefern müssen.

Die Daten sollten mindestens jährlich gegliedert nach landes- und bundesweiten Ergebnissen von der Datenstelle veröffentlicht werden, ohne Bezug zu einzelnen Personen oder Einsätzen.

Zudem bedarf es der Etablierung und Veröffentlichung eines Notfallversorgungsregisters mit zusammengeführten Kerndaten von KV-Notdienst, Rettungsdienst, Notaufnahmen und Integrierten Notfallzentren für die transparente Darstellung und evidenzbasierte Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsqualität und Kosten.