

## Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: AOK-Bundesverband

Datum: 04.12.2025

### ***Vorbemerkung des AOK-Bundesverbands***

Mit dem Referentenentwurf zur "Reform der Notfallversorgung" wird eines der drängendsten Probleme des deutschen Gesundheitswesens adressiert. Aus Sicht aller an der (akut-/notfall-)medizinischen Versorgung Beteiligten ist es erforderlich, den betroffenen Patientinnen und Patienten einen strukturierten und geregelten Zugang in Akut- und Notfällen zu ermöglichen. Die im Referentenentwurf vorgeschlagenen Maßnahmen gehen in die richtige Richtung. Es ist dabei erforderlich, diese Reform nicht losgelöst von den weiteren Reformvorhaben, wie dem Krankenhausreformsanpassungsgesetz (KHAG) oder der Gesetzgebung zur Primärversorgung zu betrachten. Zudem sind die mit dem Gesetzesvorhaben angestrebten Einspareffekte nur dann zu erzielen, wenn die Verlagerung von Patientenpfaden auch in den betroffenen Versorgungsstrukturen durch die notwendigen Anpassungen nachvollzogen wird. Das heißt,

- die Krankenhausreform muss umgesetzt und die Ambulantisierung strukturell nachvollzogen werden,
- die vertragsärztliche Versorgung muss fit gemacht werden für die Aufgabenwahrnehmung in der Akutversorgung,
- im Rettungsdienst wird die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nur dann spürbar finanziell entlastet werden, wenn die verringerte Beanspruchung auch zu strukturellen Veränderungen bei den Rettungsdiensten führt. Diese eher mittelfristig erhofften Effekte werden durch den Referentenentwurf aber nicht konkret genug adressiert. Vielmehr werden neue Leistungen zu Lasten der GKV eingeführt, die kurzfristig die Ausgaben im Fahrkostenbereich weiter steigen lassen werden.

### ***Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen um die notdienstliche Akutversorgung***

Allzu oft suchen heute Patientinnen und Patienten mangels Alternative Notaufnahmen in Krankenhäusern auf, obwohl eine niedrigschwelligere Versorgung im vertragsärztlichen Bereich die richtige und bessere Versorgungsebene wäre. Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind in der Pflicht, erste Anlaufstelle zu sein und dem Versorgungsauftrag im Hinblick auf Akutfälle und Notdienstversorgung nachzukommen. Die Klarstellung, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auch die notdienstliche Akutversorgung umfasst, ist daher folgerichtig, um klare Verantwortlichkeiten und Verpflichtungen zu garantieren. Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte müssen ihrer Verpflichtung für die Akutversorgung der gesetzlich Versicherten stärker als bisher nachkommen, um das System langfristig zu stabilisieren. Deswegen wird es sehr begrüßt, dass die offenen Sprechstunden innerhalb einer Arztgruppe zukünftig aufeinander abgestimmt werden sollen und so die Sprechstundenzeit abgedeckt wird. Die Klarstellung, dass im Notdienst nur die unaufschiebbaren kurzfristig notwendige

Maßnahmen zu erbringen sind, ist zu begrüßen. Ein wichtiger Schritt ist die Möglichkeit der Erstaussstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU), die Verordnung kurzfristig benötigter Arzneimittel und die Verpflichtung der KVen, eine telemedizinische Versorgung bereitzustellen. Hierdurch können viele Behandlungsanlässe abschließend geklärt werden, wodurch die übrigen Strukturen der Notfall- und Regelversorgung maßgeblich entlastet werden können. Parallelstrukturen müssen vermieden und der Vorrang der Versorgung durch Vertragsärzte und MVZ während der regulären Sprechstundenzeiten stärker bekräftigt werden. Die konkrete Ausgestaltung der notdienstlichen Akutversorgung, wie zeitlicher Umfang, Abgrenzung zur Regelversorgung und Einbindung des nichtärztlichen Personals, sollte deshalb von der gemeinsamen Selbstverwaltung übernommen werden.

Die Verpflichtung zum Aufbau von Akutleitstellen durch die KVen wird ausdrücklich begrüßt. Wichtig für die Ersteinschätzung ist, dass zukünftig ein standardisiertes Ersteinschätzungsinstrument gemeinsam für die Akutleitstellen und für die INZs festgelegt wird. Dieses muss manipulationsresistent sein. So ist sichergestellt, dass die Behandlungsdringlichkeit und die richtige Versorgungsebenen überall übereinstimmend festgestellt werden. Dieser gemeinsame Auftrag wird in § 123c Abs. 2 geregelt. Perspektivisch sollten auch die Rettungsleitstellen das standardisierte Ersteinschätzungsinstrument der KVen und Krankenhäuser nutzen, damit Hilfesuchende an jedem möglichen Kontaktpunkt die gleiche Einschätzung des Versorgungsbedarfs erhalten.

Vor dem Hintergrund der geplanten Einführung eines Primärversorgungssystems sollten die Aufgaben der TSS bzw. Akutleitstellen weiterentwickelt werden. Über die Akut- und Notfallversorgung hinaus sollten sie perspektivisch auch Funktionen der Steuerung in der Regelversorgung übernehmen. Ziel ist es, dass die TSS und Leitstellen neben den Primärversorgungspraxen zu einem weiteren, integrierten Zugangsweg in das Gesundheitssystem werden.

### ***Integrierte Notfallzentren in Krankenhäusern als zentraler Baustein der Reform***

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

### ***Die Steuerung von Patientinnen und Patienten ist nicht zu Ende gedacht***

Die Regelungen im Referentenentwurf werden nicht dazu führen, dass die Notaufnahmen der Krankenhäuser wirksam entlastet werden. Zum einen können Krankenhausstandorte ohne INZ weiterhin ambulante Notfallversorgung durchführen. Zum anderen können die Hilfesuchenden, die sich in einem INZ vorstellen, nur innerhalb des INZ inkl. der Kooperationspraxen versorgt werden. Die Weiterleitung in die reguläre vertragsärztliche Versorgung ist nicht vorgesehen und muss zwingend ermöglicht werden. Zudem ist bisher nur in der Gesetzesbegründung erläutert worden, dass Hilfesuchende, die kein dringendes gesundheitliches Problem schildern, ohne Ersteinschätzung abgewiesen werden können. Diese Regelung muss in den Gesetzestext übernommen werden.

Die Entlastung der Krankenhäuser könnte noch aus einem weiteren Grund geringer ausfallen als erhofft. Denn mit der Etablierung von INZ-Standorten mit 24-stündiger Öffnungszeit werden sich viele Hilfesuchende, die bisher zu den Praxisöffnungszeiten in der vertragsärztlichen Regelversorgung versorgt wurden, direkt an die INZs wenden. Dieser Sogeffekt durch die Umgehungsmöglichkeit der vertragsärztlichen Versorgung kann zu einer noch stärkeren Überlastung der notdienstlichen Strukturen in den Krankenhäusern führen und ist unbedingt durch Zugangs- und Steuerungsinstrumente bei der Ersteinschätzung zu verhindern.

### ***Beteiligung der Landesausschüsse nach § 90 SGB V ermöglicht regionale Lösungen***

Die konkreten regionalen Versorgungsprobleme können nur vor Ort bewertet und gelöst werden. Es ist daher folgerichtig, die Entscheidung über die Standorte der INZ durch die erweiterten Landesausschüsse treffen zu lassen. Das doppelte Stimmgewicht der Krankenkassen, analog zu den Entscheidungen im G-BA, ist dabei eine wichtige Voraussetzung, um tragfähige Lösungen für die Versorgung sicherzustellen. Allerdings sollten die Kriterien für die Standortplanung bundesweit einheitlich in einer Richtlinie des G-BA festgelegt werden, unter der Berücksichtigung regionaler Anpassungsmöglichkeiten. Allerdings wird die Planung von INZ-Standorten ausgehebelt, da auch Krankenhausstandorte ohne INZ weiterhin ambulante Notfallversorgung durchführen können. Hier besteht die Gefahr, dass nicht bedarfsgerechte Parallelstrukturen aufgebaut werden.

### ***Es werden einheitliche bundesweite Standards für die INZ benötigt***

Mehr Mut braucht es bei einheitlichen Standards. Beim Aufbau der INZs muss es bundeseinheitliche Vorgaben zur Zusammenarbeit innerhalb der INZ geben. Auch bei der Festlegung von Standorten der Integrierten Notfallzentren soll es keine bundeseinheitlichen Vorgaben geben, was schlimmstenfalls zu einer Zerfaserung der Versorgung führen kann. Die zentralen Vorgaben müssen bundeseinheitlich festgelegt werden, um bundesweit eine gleichwertige Versorgungsqualität sicherzustellen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist hierfür das geeignete Gremium.

### ***Gesundheitsleitstellen***

Der vorgesehene Aufbau von zentralen Gesundheitsleitstellen ist zur systematischen Steuerung der Hilfesuchenden essenziell. Positiv sind die medienbruchfreie Übergabe von Daten zwischen den Leitstellen, die vorgesehenen verbindlichen Absprachen und die Einführung eines gemeinsamen Qualitätsmanagements zu bewerten. Leider bleibt das Reformvorhaben aber zu sehr im Unverbindlichen. Dass der Aufbau einer Gesundheitsleitstelle in das Belieben der jeweiligen Rettungsleitstelle gestellt wird, die den entsprechenden Impuls geben kann oder auch nicht, wird zu einem Flickenteppich führen. Hier sind verbindlichere Vorgaben zur Etablierung der Zusammenarbeit dringend nötig. Die Kooperation zwischen KV-Akuteleitstelle und Rettungsleitstelle sollte für beide Seiten verpflichtend vorgegeben werden, um eine wirksame Steuerung der Hilfesuchenden „aus einem Guss“ und die effiziente Nutzung der Versorgungsstrukturen zu bewirken.

### ***Finanzierbarkeit ernst nehmen***

Die im Referentenentwurf beschriebenen Einsparungen sind durch die Notfallreform allein nicht erzielbar. Insofern sind die hohen Einsparpotenziale von zukünftig bis zu zwei Milliarden Euro jährlich nicht seriös beziffert.

So wird angenommen, dass durch die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten Einsparungen in Höhe von 240 Millionen Euro erzielt werden können. Bisher führt die anhaltende Abnahme der Fallzahlen im Krankenhaus jedoch nicht zur finanziellen Entlastung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Krankenhäuser behandelten zwar durchschnittlich rund 10 % Prozent weniger Fälle als im Jahr 2019. Trotzdem ist der Anstieg der Krankenhausausgaben ungebrochen. So zeigen die veröffentlichten GKV-Finanzdaten für das erste Halbjahr 2025 einen weiteren Anstieg der Krankenhausausgaben um 9,6 Prozent (+ 4,8 Milliarden Euro). Die aufgezeigten Einsparpotentiale können nur erreicht werden, wenn eine Reform die weiteren Gesetzesvorhaben wie das KHAG oder das Primärversorgungssystem umfassend einbezieht. Nur mithilfe einer wirksamen Krankenhausreform, die einerseits stationäre Überkapazitäten gezielt und qualitätsorientiert abbaut und andererseits mit einer Weiterentwicklung bei den ambulanten Versorgungsstrukturen die Sektorengrenzen überwindet, kann die Notfallreform tatsächlich gelingen. Einsparungen sind in diesem Bereich erst zu erwarten, wenn die Patientensteuerung tatsächlich effizienter werden und die Vorhaltestrukturen entsprechend verschlankt sind. Das heißt konkret, dass Standorte von INZ weit überwiegend an auch mittelfristig für die Versorgung benötigten Krankenhäusern entstehen sollten. Die besonderen Herausforderungen des ländlichen Raums sind dabei zu beachten.

### ***Einsparungen beim Rettungsdienst völlig unrealistisch***

Völlig unrealistisch sind auch die in der Gesetzesbegründung genannten Einsparungen für den Rettungsdienst. Der erweiterte Aufgabenrahmen des Notfallmanagements und neue Leistungen wie z.B. die Übernahme innerklinischer Verlegungstransporte oder Fahrten zur INZ werden im Gegenteil zu steigenden Ausgaben im Fahrkostenbereich führen.

Selbst wenn die engere Kooperation von Rettungsleitstellen mit den KV-Akuteleitstellen sehr zügig etabliert und ein sukzessiv steigender Anteil der Versorgung in den ambulanten Bereich verlagert würde, führt dies nicht ohne weiteres und unmittelbar zu

entsprechenden Einsparungen. Im Rettungsdienst wird insbesondere die Vorhaltung vergütet, weniger Einsätze führen allenfalls zu marginalen Kostensenkungen. Einsparungen sind allenfalls mittelfristig zu erwarten und nur dann, nachdem Einsatzkapazitäten abgebaut und Rettungsleitstellen zusammengelegt werden konnten. Zwischenzeitlich ist eher mit weiteren Transformationskosten zu rechnen. Mit der Vorgabe, für Krankenfahrten landesweit einheitliche Preisvereinbarungen zu schließen, werden zudem Wettbewerbselemente abgebaut und höhere Preise etabliert. Zudem werden mit der Übertragung des Zuzahlungseinzugs im Taxibereich auf die GKV neue Bürokratiekosten geschaffen.

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

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

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

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

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

### ***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 Referentenentwurf vereinfacht werden. Hierfür sollen neue Strukturen zur bestehenden Nacht- und Notdienststruktur der Apotheken etabliert werden. Der Vorschlag, akut erkrankte Patientinnen und Patienten in unmittelbarer Nähe der Notdienstpraxen mit Arzneimitteln zu versorgen, ist grundsätzlich zu begrüßen. Im Sinne einer wirtschaftlichen und ressourcenschonenden Umsetzung sollte ergänzend eine über den Betrieb der INZ-Notdienstpraxen hinausgehende Versorgung von Patientinnen und Patienten bei gleichzeitiger Reduktion der Notdienste von Vor-Ort-Apotheken im näheren Umkreis der INZ geschaffen werden, um Parallelstrukturen zu verhindern. Zudem kann die Versorgung in den Zentren insbesondere durch den Einsatz von Telepharmazie und automatisierten Abgabeautomaten unterstützt werden, sofern Versorgungsverträge nicht zustande kommen.

### ***Weitergehende Änderungsbedarfe***

Mit den intendierten Nachschärfungen des Sicherstellungsauftrages werden bereits wichtige Schritte gegangen. Bisher beschränken sich die Klarstellungen jedoch nur auf zeitlich-organisatorische Vorgaben. Die inhaltliche Erfüllung des Sicherstellungsauftrages und damit der jeweiligen Versorgungsaufträge bleibt offen. Da sich im angebotenen Leistungsspektrum zunehmend Lücken zeigen und einzelne Leistungen teilweise gar nicht mehr angeboten werden, ist auch eine inhaltliche Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages notwendig. Hierzu ist eine entsprechende Ergänzung des § 75 SGB V notwendig.

Auch bezogen auf das in § 123a Absatz 4 genannte sektorenübergreifende Schiedsgremiums nach § 89a SGB V gibt es einen weitergehenden gesetzlichen Anpassungsbedarf. Denn aktuell geht die Stimmrechtsverteilung einseitig zu Gunsten der Leistungserbringer. Um im sektorenübergreifenden Schiedsgremium eine ausreichende Berücksichtigung der Interessen der Kostenträger zu erreichen, muss die Anzahl der Vertreter der Krankenkassen im dreiseitigen Schiedsgremium auf 4 erhöht werden. Damit ist Stimmenparität zwischen Kostenträgern und Vertretern der Leistungserbringer gewährleistet.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<b>Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b>
1	§ 27	Folgeänderung zu § 30 SGB V	Die Regelung ist sachgerecht.
2	§ 30	<p>Einführung eines Anspruchs auf medizinische Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voraussetzung: Definition rettungsdienstlicher Notfall</li> <li>• Leistungsbestandteile: Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung und Notfalltransport</li> <li>• Notfallmanagement: Vermittlung der erforderlichen Hilfe auf der Grundlage einer digitalen standardisierten Abfrage einschließlich telefonischer Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen und Einbindung von Ersthelfern durch auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme</li> <li>• Notfallmedizinische Versorgung vor Ort und während des Transports durch nichtärztliches Fachpersonal und bei medizinischer Notwendigkeit durch Notärzte</li> <li>• Notfalltransport in nächste geeignete Einrichtung und medizinisch zwingende Verlegungen</li> <li>• Regelung der Zuzahlung</li> </ul>	<p>Den Anspruch auf „medizinische Notfallrettung“ dezidiert als eigenständige Leistung im SGB V zu verankern, ist zu begrüßen.</p> <p>Die Einführung eines standardisierten Notfallmanagements und die damit einhergehende Steuerung der Notfallpatienten in die sachgerechte Versorgung ist essenziell. Das Zielbild eines standardisierten, bundesweit verbindlichen Abfragesystems sollte daher deutlich herausgearbeitet werden. Für die Übergangsphase ist sicherzustellen, dass auch beim Einsatz unterschiedlicher Abfragesysteme kongruente Ergebnisse erzielt werden.</p> <p>Dass jetzt die Notfallmedizinische Versorgung in den Vordergrund gerückt wird, die durchaus auch vor Ort und durch Nicht-Ärzte erfolgen kann, entspricht der Professionalisierung der im Rettungsdienst Tätigen und ist sinnvoll.</p> <p>Auch die Einbindung von telemedizinischen Möglichkeiten und Alarmierungssystemen für Ersthelfer ist medizinisch sinnvoll. Klarzustellen wäre zumindest in der Gesetzesbegründung, dass die Finanzierung dieser Systeme ordnungspolitisch nicht der gesetzlichen Krankenversicherung zugeordnet ist.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	<p>Die Neustrukturierung der Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen. Der neugefasste § 60 baut zwar auf der bisherigen Regelung auf, enthält aber einige Änderungen, die zu Mehrausgaben im Bereich der Krankentransporte bzw. -fahrten führen werden.</p> <p>So ist der neu angedachte Leistungsanspruch auf Verlegungstransporte, wenn der Versicherte der besonderen Mittel des Krankenhauses einer höheren Stufe nicht mehr bedarf und die dortigen Behandlungskapazitäten für andere Patienten benötigt werden, kritisch zu sehen. Derzeit werden innerklinische Verlegungen nur im Ausnahmefall von der GKV finanziert. Die neue Regelung kann insbesondere von breit aufgestellten Krankenhausträgern im Rahmen der Spezialisierung zur Erlösoptimierung eingesetzt werden und wird zur erheblichen Fahrkostenmehrung bei den Krankenkassen führen. Die Regelung wird daher abgelehnt.</p> <p>Dass auch Fahrten zur Versorgung in einem INZ übernommen werden, sofern eine standardisierte Abfrage zu dieser Entscheidung geführt hat, ist grundsätzlich zu begrüßen. Da der Anruf sowohl über die 112 wie auch die 116 117 kommen kann, ist sicherzustellen, dass die jeweils angewandten Notrufabfragesysteme derart kongruent aufgebaut sind, dass stets einheitliche Entscheidungen hinsichtlich des Transportbedarfs bzw. -mittels getroffen werden.</p> <p>Die Aufnahme auch von Schwerbehinderten mit dem Merkzeichen TBI (Taubblind) in den Kreis der Krankenfahrtberechtigten sowie die Klarstellung, dass auch eine Begleitperson mitgenommen werden kann, sind zu begrüßen.</p> <p>Die Höhe der Zuzahlung bleibt zwar gleich, kann aber so interpretiert werden, dass der Einzug der Zuzahlung zukünftig stets von der Krankenkasse erfolgen soll. Dies war bislang nur bei Rettungsfahrten der Fall. Im Taxi und Mietwagenbereich wird die Zuzahlung bisher direkt vom Leistungserbringer kassiert und in der Abrechnung gekürzt. Eine Umstellung schafft neue Bürokratie und wird daher abgelehnt. Wann welche Regelungen zur Zuzahlung greift sollte eindeutiger gefasst werden. Beim Notfalltransport zieht die</p>



Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Krankenkasse die Zuzahlung ein, bei Krankenfahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder Taxi/Mietwagen werden die Kosten unter Abzug des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages übernommen.</p> <p>Ergänzungsbedarf: Fahrkosten bei ambulanter Rehabilitation</p> <p>Mangels eindeutiger gesetzlicher Regelungen vertreten die Aufsichten unterschiedliche Positionen, auf welcher Rechtsgrundlage die Beförderung der Rehabilitanden zur ambulanten Rehabilitationsmaßnahme vergütet werden können. Dies führte u. a. zum Rückbau der durch die Reha-Einrichtungen bisher angebotenen Transportdienste und zur Beförderung auf Basis der deutlich teureren Taxi-/Mietwagentarife.</p> <p>Es sollte daher z. B. in § 40 Abs.1 klarstellend ergänzt werden, dass die ambulante Rehabilitationsleistung auch die notwendige Beförderung von der Wohnung der Versicherten zur Einrichtung umfassen soll.</p>
4	§ 73	Folgeänderung zu § 60 SGB V	An sich Folgeänderung, es ist aber wie auch im § 60 fraglich, warum die statistisch kaum relevanten Krankentransportflüge so prominent erwähnt werden, wenn doch nur geregelt wird, dass für diese die Krankentransportregelungen analog gelten.
5	§ 73b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	Es handelt sich um eine Folgeänderung. Kein Änderungsbedarf.
6	§ 75	<p>Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung</li> <li>• Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge</li> </ul>	<p><b>Nr. 6, Abs. 1a</b></p> <p>Die bisherigen Aufgaben der Terminservicestellen (TSS) im Bereich der Akutfallvermittlung nimmt zukünftig die Akutleitstelle wahr. Die inhaltliche Trennung der Terminvermittlung für Versicherte von der Einschätzung der Behandlungsbedürftigkeit durch die Akutleitstelle ist nachvollziehbar. Ein institutioneller Aufbau von Doppelstrukturen ist zu vermeiden.</p> <p>Es wird begrüßt, dass für Integrierte Notfallzentren (INZs) eine Terminvermittlung über die TSS in die vertragsärztliche Versorgung für Patienten, bei denen nach einer Behandlung im INZ weiter eine Behandlungsnotwendigkeit besteht, ermöglicht wird. Es ist jedoch nicht nachvollziehbar, warum diese Möglichkeit nicht für Fälle besteht, bei denen</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>unter Anwendung des standardisierten Ersteinschätzungsinstruments nach § 123c SGB V ein ärztlicher Behandlungsbedarf, nicht jedoch eine sofortige Behandlungsnotwendigkeit im INZ festgestellt wurde. Die Möglichkeit einer solchen Terminvermittlung hätte ein größeres Potenzial die Notfallstrukturen zu entlasten und würde die komplizierten krankenhausindividuellen Regelungen in den Kooperationsvereinbarungen nach § 123a SGB V obsolet machen. In den TSS sind für diese Fälle entsprechende Terminkapazitäten in ausreichendem Maße vorzuhalten. Die Umsetzung der verpflichtenden Meldung freier Termine an die TSS von Vertragsärzten sollte entsprechend nachgehalten werden. Für akuten Behandlungsbedarf bildet die intendierte Abstimmung der offenen Sprechstunden (§ 19a Ärzte-ZV) die entsprechende Grundlage für eine erfolgreiche Weiterleitung.</p> <p><b>Nr. 6, Abs.1b</b></p> <p>Der AOK-BV begrüßt die Bestrebungen durch eine Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags, die ambulante notdienstliche Akutversorgung zu verbessern. Die Klarstellung, dass im Notdienst nur die unaufschiebbaren kurzfristig notwendige Maßnahmen zu erbringen sind, ist sachgerecht. Ein wichtiger Schritt ist die Möglichkeit der Erstaussstellung einer AU, die Verordnung kurzfristig benötigter Arzneimittel und die Verpflichtung der KVen, eine telemedizinische Versorgung bereitzustellen. Hierdurch können viele Behandlungsanlässe abschließend geklärt werden, wodurch die übrigen Strukturen der Notfall- und Regelversorgung maßgeblich entlastet werden.</p> <p>Parallelstrukturen müssen unbedingt vermieden werden und der Vorrang der Versorgung durch Vertragsärzte und MVZ während der regulären Sprechstundenzeiten stärker bekräftigt werden. Deshalb sollten für den zeitlichen Umfang des telemedizinischen Versorgungsangebotes und des aufsuchenden Dienstes insbesondere Regelungen durch die Vertragspartner des Bundesmantelvertrages getroffen werden. Hierdurch ließen sich Abgrenzungsprobleme zur Regelversorgung besser auflösen und die</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Herausforderung der nur begrenzten personellen Ressourcen besser bewältigen.</p> <p>Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen sich als wesentliche Säule INZ etablieren. Die notdienstliche Akutversorgung soll sich an diesen Standorten konzentrieren. Um dies zu fördern, sollte klargestellt werden, dass nur solche Krankenhäuser im Rahmen des Notdienstes an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, die Teil eines INZs sind. Mit der jetzigen Regelung in Satz 11 besteht die Gefahr, dass viele bestehende Kooperationsvereinbarungen zwischen KVen und Krankenhäusern erhalten bleiben und somit an den Krankenhäusern ohne INZ-Beteiligung weiter regelhaft Leistungen ambulant erbracht werden. Damit würde sich faktisch am Status quo wenig ändern.</p> <p>Positiv zu bewerten ist, dass für den aufsuchenden Dienst auch weitere Gesundheitsprofessionen mit eingebunden werden können. Die Begrenzung auf „unter ärztlicher Anordnung und Verantwortung“ ist aufgrund anderer gesetzlicher Regelungen nicht notwendig und führt dazu, dass die Lösung hinter dem Potenzial zurückbleibt. Vor allem Pflegefachpersonen haben eine eigene Heilkundekompetenz und können beispielsweise eine Dehydrierung eigenständig erkennen und behandeln. Insofern sollte die Festlegung Gesamthaft im Bundesmantelvertrag erfolgen.</p> <p><b>Nr. 6, Abs. 1c</b></p> <p>Die Verpflichtung zum Aufbau von Akutleitstellen durch die KVen wird begrüßt. Wichtig für die Ersteinschätzung ist, dass es zukünftig ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument gemeinsam für die Akutleitstellen und für die INZs gibt. Dieses muss manipulationsresistent sein. So ist sichergestellt, dass die Behandlungsdringlichkeit und die richtige Versorgungsebenen überall übereinstimmend festgestellt werden. Hierzu soll</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>die GBA Richtlinie in § 123c Abs. 2 Festlegungen treffen, die dann für die Ersteinschätzung in Akutleitstellen und den INZ gelten. Bis zum Inkrafttreten der Richtlinie nach §123c erfolgt die Ersteinschätzung in der Akutleitstelle übergangsweise nach den bestehenden Kriterien der KBV-Richtlinie.</p> <p>Es ist zu begrüßen, dass verbindliche Erreichbarkeitsvorgaben für die Akutleitstelle gemacht werden. Die Einhaltung der im Referentenentwurf enthaltenden verbindlichen Erreichbarkeitsvorgaben ist eine essenzielle Voraussetzung für eine gelingende Vernetzung zwischen Akutleitstelle und Rettungsleitstelle. Mit der Einhaltung dieser Zeiten kann darüber hinaus verhindert werden, dass Hilfesuchende sich an andere, nicht zuständige Strukturen wenden.</p> <p>Dass die Vermittlung von Akutfällen vorrangig in die Sprechstunden der Vertragsärzte bzw. MVZs vermittelt werden soll und dass es hierfür keine Überweisung bedarf, bringt den Vorrang der Regelversorgung zum Ausdruck und wird begrüßt. Vor dem Hintergrund beschränkter Personalressourcen ist es sachgerecht, dass der aufsuchende Dienst erst nachrangig nach Ausschöpfen aller anderen notdienstlichen Angebote greifen soll.</p> <p>Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Krankenkassen bei der Ausgestaltung der TSS bzw. der Akutleitstellen und deren Angebote nicht mit einbezogen werden. Durch den engen Kontakt mit ihren Versicherten sind sie in der Lage, die Probleme und Wünsche der Versicherten bestmöglich einbringen zu können. Insofern sollten den Krankenkassen Mitwirkungsrechte gesichert werden; bisher fehlt eine derartige Regelung im Referentenentwurf.</p> <p><b>Änderungsvorschläge:</b>  <b>Abs. 1a</b>  § 75 Abs. 1a Satz 4 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>„2. in Fällen, in denen bei einer zuvor erfolgten Ersteinschätzung in einem Integrierten Notfallzentrum oder in einem Integrierten Notfallzentrum für Kinder- und Jugendliche die Notwendigkeit einer Behandlung in der vertragsärztlichen Versorgung ergeben hat.“</p> <p><b>Abs. 1b</b> § 75 Abs. 1b Satz 5 bis 6 werden wie folgt zusammengefasst:</p> <p>„Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch folgende Maßnahmen (Notdienst) sicher:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die Beteiligung an Integrierten Notfallzentren und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche,</li> <li>2. ein telefonisches und videounterstütztes, <del>24 Stunden täglich verfügbares</del> ärztliches Versorgungsangebot, auch durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, und</li> <li>3. einen <del>24 Stunden täglich verfügbaren</del> aufsuchenden Dienst für Fälle, in denen die Versorgung nach Satz 1 nicht anderweitig erbracht werden kann. <b>Die Partner des Bundesmantelvertrags legen zur wirtschaftlichen Erfüllung der Aufgaben nach Satz 5 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 Gewährleistung einer wirtschaftlichen Durchführung der in Satz 5 Nummer 2 und 3 genannten Maßnahmen sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen</b></li> </ol>

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p><del>untereinander sowie mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kooperieren.</del></p> <p>Abs. 1c</p> <p>In § 75 Abs. 1c SGB V wird nach Satz 3 folgender Satz ergänzt:          „Ab dem nach § 123c Abs. 2 Satz 4 Nr. 6 bestimmten Zeitpunkt erfolgt die Ersteinschätzung nach Satz 3 auf der Grundlage des standardisierten Ersteinschätzungsinstruments gemäß § 123c Abs. 2.“</p> <p>§ 75 Abs. 1c SGB V wird nach Satz 6 wie folgt ergänzt:</p> <p><b>Bei der Ausgestaltung der Akutleitstellen sind die Krankenkassen zu beteiligen. Die Einzelheiten regeln die Partner der Bundesmantelverträge.</b></p>
7	§ 76	Folgeänderung zu § 75 SGB V	<p>Es handelt sich um eine Folgeänderung.</p> <p>Kein Änderungsbedarf.</p>
8	§ 87	Auftrag an erweiterten Bewertungsausschuss: EBM für komplexe Fälle in INZ	<p>Die angedachte Regelung ist nachvollziehbar, wird aber zu erheblichen Schwierigkeiten in der Operationalisierung führen. Es erschließt sich nicht, wie die Patientenklientel nach Art, Schwere oder Komplexität beschrieben werden kann in Abgrenzung zur weiterhin vorhandenen Akutversorgung durch die Notdienstpraxis, die im INZ vorhanden ist. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass schon die bisherige Normsetzung eine Differenzierung nach dem Schweregrad vorsieht. Es sind daher klare Kriterien durch den ergänzten Bewertungsausschuss festzulegen. Zudem braucht es eine abrechnungstechnische Erfassung der Gründe.</p> <p>Richtig ist die ausweislich der Begründung vorgesehene, weiter bestehende Finanzierung aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, um zusätzliche Belastungen der GKV zu vermeiden. Anzumerken ist, dass Stimmengewicht zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern nicht austariert ist. Es</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>braucht eine Stimmenparität, um einen sachgerechten Interessensausgleich zu ermöglichen.</p> <p>Es werden folgende Änderungen vorgeschlagen:  Es wird in § 87 Abs. 2a Satz 21 folgender Halbsatz ergänzt:  „abweichend von § 87 Absatz 5a Satz 1 und 2 gilt das Stimmengewicht der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen doppelt.“</p> <p>Es werden die Sätze 22 und 23 hinzugefügt:  „Wird eine Mehrheit von sechs Stimmen unter Berücksichtigung des doppelten Stimmengewichts der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nicht erreicht, gilt § 87 Absatz 5a Satz 6 und 7 entsprechend. Der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Abs. 5a legt geeignete Kriterien für die Art, Dauer oder Komplexität nach Satz 21 fest.“</p> <p>Es wird in § 295 Abs. 3 SGB V folgender Satz ergänzt:  In den Abrechnungen der Leistungen nach § 87 Abs. 2a Satz 21 Nr. 3 wird die Art, Schwere oder Komplexität, die die besondere Betreuung und Überwachung erfordern, dokumentiert.</p>
9	§ 87a	Folgeänderung zu § 75 SGB V	<p>Es handelt sich um eine Folgeänderung.  Kein Änderungsbedarf.</p>
10	§ 90	Standortbestimmung für INZ durch erweiterten Landesausschuss	<p>Die Normierung des erweiterten Landesausschusses unter § 90 Abs. 4a SGB V wird begrüßt. Die erweiterten Landesausschüsse sind grundsätzlich ein geeignetes Gremium, um die Aufgaben nach § 123, § 123a und § 123b SGB V wahrzunehmen. Allerdings sollten die Kriterien für die Standortfestlegung und für die Festlegung geeigneter Planungsregionen durch den G-BA bundesweit einheitlich festgelegt werden. Damit ist gewährleistet, dass eine Festlegung durch die unmittelbar handelnden Akteure (Krankenkassen, Krankenhäusern</p>

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			und KVen) gemeinsam erfolgt und damit die Akzeptanz der gefundenen Entscheidungen sichergestellt ist. Kein Änderungsbedarf.
11	§ 90a	Ergänzung Vertreter des Rettungsdienstes in gemeinsamen Landesgremien nach § 90a	Die Regelung ist sachgerecht. Der Rettungsdienst ist einer der wichtigsten Akteure in der Notfallversorgung und sollte daher in das Landesgremium mit eingebunden werden. Kein Änderungsbedarf.
12	§ 92	Klarstellung, dass Richtlinie des G-BA nicht den Notfalltransport umfasst	Folgeänderung aufgrund der §§ 30 und 60. Die Ausgestaltung des Rettungsdienstes und damit des Notfalltransports bleibt Ländersache. Dies ergibt sich aus der föderalen Aufgabenteilung.
13	§ 105	Finanzierung der notdienstlichen Strukturen der KVen durch gemeinsam von KV und Krankenkassen zusätzlich zur Verfügung gestellten Betrag, Beitrag der PKV i. H. v. 7 %	Es ist zunächst festzustellen, dass der Gesetzgeber weiterhin zusätzliche Mittel für Strukturen und damit in Verbindung stehenden Leistungen vorsieht, für die die Gesamtvergütung unter anderem mit befreiender Wirkung gezahlt wird. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind zur Sicherstellung der Versorgung per se verpflichtet. Es ist daher nicht unmittelbar nachvollziehbar, warum zusätzlich Mittel etwa für aufsuchende Dienste und deren Strukturen ausweislich der Gesetzesbegründung vorzusehen sind. Gleichzeitig ist es jedoch versorgungspolitisch richtig, entsprechende Strukturen aufzubauen. Es sind daher bestehende Mittel unter anderem nach § 105 Abs. 1a und 1b SGB V zu verwenden und auf bestehende Strukturen aufzusetzen. Eine Doppelfinanzierung muss verhindert werden.  Entgegen den Erläuterungen aus der Gesetzesbegründung bestehen bereits Vereinbarungen auf Grundlage von § 105 Abs. 1b SGB V mit den Kassenärztlichen Vereinigungen. Damit sind für die Krankenkassen Aufwendungen in Höhe eines deutlichen Millionenbetrages verbunden. Die angedachte implizite Verpflichtung zur Vereinbarung ist daher als Kann-Regelung zu verändern, um den notwendigen Verhandlungsspielraum auf Landesebene zu gewährleisten. Die vorgesehene Schiedsamsregelung ist zu streichen.



Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Eine Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen ist unabdingbar, weil nur so das Prinzip der Wirtschaftlichkeit gewahrt wird und es dem Umstand der Verpflichtung der Sicherstellung entsprechend Rechnung trägt. Diese wird daher dezidiert begrüßt. Richtig ist auch, dass bereits nach der regionalen Euro-Gebührenordnung abgerechnete Leistungen und Kosten im Zusammenhang mit dem Notdienst, nicht ausgeschöpfte Mittel des Honorarvolumens für die Vergütung der Leistungen nach § 87b Absatz 1 Satz 3 SGB V und sonstige vereinnahmte Entgelte mindernd berücksichtigt werden. Wichtig ist jedoch, dass eine Belastung der Kostenträger über Gebühr verhindert wird. Die Ausgaben für die Krankenversicherungen sind daher in Analogie zu § 105 Abs. 1a SGB V auf maximal 0,2 Prozent der nach § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu beschränken. Darüberhinausgehende Mittel sind ausschließlich durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu finanzieren.</p> <p>Positiv hervorzuheben ist die vorgesehene Konkretisierung der Beteiligung der privaten Krankenversicherung in Höhe von sieben Prozent. Diese entspricht der üblichen Praxis. Die Verpflichtung zur Veröffentlichung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist richtig, um die notwendige Transparenz herzustellen.</p> <p>Es werden folgende Änderungen vorgeschlagen:</p> <p>Der Satz 1 wird wie folgt gefasst: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich auf Grundlage der in Satz 6 genannten Kalkulation einen jährlich von den Kassenärztlichen Vereinigungen zum einen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zum anderen in jeweils gleicher Höhe über die nach Absatz 1a bereitzustellenden Mittel hinaus bereitzustellenden Betrag zur Finanzierung der in Satz 5 genannten Förderungen vereinbaren.“</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Der Satz 9 wird gestrichen.</p> <p>Es werden folgende Sätze 10 (neu) und 11 (neu) hinzugefügt:          „Die Mittel sind insgesamt auf höchstens 0,2 Prozent der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen begrenzt. Darüberhinausgehende Aufwendungen sind vollständig durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu tragen.“</p>
14	§ 115e	Folgeänderung zu §§ 30, 60 SGB V	Es handelt sich um eine Folgeänderung. Kein Änderungsbedarf
15	§ 116b	Folgeänderung zu § 90 SGB V	<i>Es handelt sich um eine Folgeänderung. Kein Änderungsbedarf</i>
16	§ 120	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klarstellung zur Vergütung in den Notdienst einbezogener Ärzte aus Gesamtvergütung</li> <li>Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie (Folgeänderung zu § 123c)</li> </ul>	<p><b>Nr. 16 a)</b> redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des § 75 Absatz 1b.</p> <p><b>Nr. 16 b)</b> Der bisherige Auftrag an den G-BA zur Erstellung einer Richtlinie, die Vorgaben zur Durchführung einer Ersteinschätzung von Patienten macht, wird an dieser Stelle aufgehoben und im § 123 c neu formuliert. Die Regelung ist sachgerecht.</p> <p>Der AOK Bundesverband spricht sich jedoch für die inhaltliche Beibehaltung der Regelung nach § 120 Abs. 3b SGB V aus (vgl. Kommentierung § 123c Abs. 2 SGB V)</p> <p><b>Änderungsvorschläge</b>          Zu Nr. 16a: kein Änderungsbedarf          Zu Nr. 16 b: kein Änderungsbedarf</p>
17	§ 123	<p>Integrierte Notfallzentren (INZ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion</li> <li>Notaufnahme, Notdienstpraxis, Ersteinschätzungsstelle - optional Kooperationspraxis / statt</li> </ul>	<p><b>Vorbemerkung:</b> Der AOK-Bundesverband vertritt hinsichtlich der Reform der Notfallversorgung und der Ausgestaltung der INZ eine grundsätzlich andere Positionierung. Diese ist der Stellungnahme als Anlage angefügt. Nachfolgend werden die Regelungen unabhängig von diesen Positionen bewertet.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<p>Notdienstpraxis MVZ oder Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Nähe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ersteinschätzung und Steuerung innerhalb des INZ, gegenseitige Datenübermittlung</li> <li>• Versorgungsvertrag mit Apotheken</li> <li>• Telemedizinische Anbindung an Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie</li> <li>• Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung von INZ</li> </ul>	<p><b>Abs. 1:</b> Die hier dargestellte Lösung muss erst noch den Nachweis erbringen, dass sie die Anzahl der stationären Aufnahmen signifikant senkt (OECD-Durchschnitt als Orientierung), da die Verantwortung für die Ersteinschätzung bei den Krankenhäusern liegt. Soweit dieses Ziel nicht erreicht wird, muss eine Nachsteuerung erfolgen. Zu prüfen wäre dann, ob INZ als eigenständige Versorgungsstruktur dazu geeignet sind, bestehende Sektor-Interessen nachhaltig im Sinne einer Effizienzsteigerung zu modifizieren (siehe Anlage „AOK-Positionierung zur Reform der Notfallversorgung“).</p> <p>Die Festlegungen, dass sowohl das als INZ-Standort benannte Krankenhaus als auch die zuständige KV zur Einrichtung eines INZ verpflichtet sind und dass die fachliche Leitung und Verantwortung für die Ersteinschätzungsstelle grundsätzlich bei den Krankenhäusern liegt, ist sachgerecht. Jedoch ist die Weisungsfreiheit des Fachpersonals der zentralen Ersteinschätzungsstelle sicherzustellen. Gleiches gilt für die möglichen Kooperationen der INZ-Vertragspartner mit Vertragsarztpraxen und MVZ in der näheren Umgebung. Die Versorgung in den Kooperationspraxen darf jedoch nicht zu Mehrausgaben für die GKV führen, daher sind monetäre Anreize für diese Kooperationen abzulehnen. Die Regelung, dass die KVen von der Einrichtung einer Notdienstpraxis absehen können, sofern eine Vertragsarztpraxis oder ein MVZ, die sich in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des Krankenhauses befinden, diese Versorgung während der gesetzlich vorgesehenen Öffnungszeiten übernehmen können, wird begrüßt, weil damit der Aufbau von Doppelstrukturen vermieden wird und knappe Personal-Ressourcen effizient eingesetzt werden.</p> <p>Die Vorgabe, eine digitale Fallübergabe zwischen allen am INZ Beteiligten zu implementieren, wird begrüßt. Sie ist notwendig, um die Prozesse im INZ effizient zu gestalten. Die Vorgabe dürfte in der Praxis aber zumindest in der Anfangsphase auf Umsetzungsschwierigkeiten stoßen, da die Spezifikation für die Schnittstelle nach § 123a Abs. 2 von der KBV erst noch entwickelt und vom BMG in einer Rechtsverordnung beschlossen werden muss. Danach müssen die Krankenhaus- und Praxisinformationssysteme durch die Hersteller auch</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>noch angepasst werden. Um zeitliche Verzögerungen zu vermeiden, sollte für die Entwicklung der Spezifikation eine Frist im Gesetz verankert werden.</p> <p>Die geplante Weiterleitung der Hilfesuchenden innerhalb der regulären Sprechstundenzeiten und außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxen in Kooperationspraxen ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Regelung greift jedoch zu kurz. Die Weiterleitung von Hilfesuchenden mit ambulantem Versorgungsbedarf muss in jede Vertragsarztpraxis möglich sein, die über freie Termine verfügt. Eine Terminvermittlung sollte in den INZ über die Terminservicestellen erfolgen. Nur so ist eine effektive Entlastung der Notaufnahmen der Krankenhäuser zu erreichen.</p> <p><b>Abs. 2:</b> Die Ersteinschätzung der Hilfesuchenden mittels eines standardisierten Ersteinschätzungsinstruments wird grundsätzlich begrüßt. Die Delegationsmöglichkeit an nichtärztliches Personal ist richtig, jedoch sollten in der G-BA Richtlinie bundesweite Regelungen zur Qualifizierung des medizinischen Personals festgelegt werden.</p> <p>Die vorliegenden Regelungen sind jedoch insgesamt wenig zielführend. Eine wirksame Entlastung der Notaufnahmen ist nicht zu erwarten, denn eine Weiterleitung von Hilfesuchenden soll nur innerhalb des INZ einschließlich der Kooperationspraxen erfolgen können. Alle Hilfesuchenden, die eine Ersteinschätzung erhalten haben, müssen unabhängig von ihrer Behandlungsdringlichkeit durch einen Arzt des INZ oder einer Kooperationspraxis untersucht werden und können erst danach an die reguläre vertragsärztliche Versorgung verwiesen werden. Hilfesuchende ohne unmittelbaren Behandlungsbedarf werden somit weiter in den Strukturen der notdienstlichen Akutversorgung behandelt.</p> <p>Sofern es keine Kooperationspraxis am INZ gibt und / oder die Notdienstpraxis zum Zeitpunkt der Ersteinschätzung geschlossen hat, kann der Hilfesuchende zudem nur in der Notaufnahme versorgt werden, auch wenn die Ersteinschätzung eigentlich einen ambulanten Versorgungsbedarf ermittelt hat. Um die Notaufnahmen der Krankenhäuser effektiv zu entlasten, muss daher die Weiterleitung von Hilfesuchenden, bei denen die Ersteinschätzung keinen</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>dringlichen Behandlungsbedarf ergeben hat, in die vertragsärztliche Regelversorgung möglich sein.</p> <p>Darüber hinaus ist bisher nur in der Gesetzesbegründung vorgesehen, dass Hilfesuchende, die kein dringendes gesundheitliches Problem schildern, sondern beispielsweise nur eine Routineuntersuchung wünschen, keine Ersteinschätzung erhalten und abgewiesen werden können. Diese Klarstellung ist zwingend im Gesetzestext aufzunehmen.</p> <p>Mit der Etablierung von INZ-Standorten mit 24-stündiger Öffnungszeit werden sich viele Hilfesuchende, die bisher zu den Praxisöffnungszeiten in der vertragsärztlichen Regelversorgung versorgt wurden, direkt an die INZs wenden. Dieser Sogeffekt durch die Umgehungsmöglichkeit der vertragsärztlichen Versorgung kann zu einer noch stärkeren Überlastung der notdienstlichen Strukturen in den Krankenhäusern führen und ist unbedingt durch die dargestellten Zugangs- und Steuerungsinstrumente bei der Ersteinschätzung zu verhindern.</p> <p>Dass INZ den Patientinnen und Patienten bei Bedarf die Vermittlung eines Termins in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung anbieten sollen, ist im Sinne der Vermeidung von Versorgungsbrüchen zu begrüßen. Allerdings sollte direkt im Gesetzestext verankert werden, dass diese Terminvermittlung bei Bedarf auch über die Terminservicestellen erfolgen kann.</p> <p>Die Bevorzugung von Patientinnen und Patienten, die über die Vermittlung der Akutleitstelle in ein INZ kommen, würde einen wichtigen Anreiz setzen, sich bei akuten gesundheitlichen Problemen zunächst immer an die Akutleitstelle zu wenden. Dies ist wünschenswert, weil die Steuerung der Patientinnen und Patienten in die richtige Versorgungsebene am besten bereits bei der Akut- oder Rettungsleitstelle beginnt, um die INZ und damit die Notaufnahme der Krankenhäuser zu entlasten. Voraussetzung ist jedoch, dass die Hilfesuchenden die Telefonnummer 116 117 und die damit verknüpften</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Angebote auch kennen. Das ist bisher nicht ausreichend der Fall. Es werden daher entsprechende Aufklärungskampagnen durch die KVen benötigt.</p> <p><b>Abs. 3:</b> Die Regelung ist grundsätzlich sachgerecht und Voraussetzung der geplanten Regelung in Artikel 5. Sollten jedoch keine Versorgungsverträge zustande kommen, wäre auch eine Arzneimittelabgabe über einen am INZ stationierten Abgabeautomaten unter Zuhilfenahme telepharmazeutischer Beratungsangebote sinnvoll. Denn was in der vertragsärztlichen Praxis bereits möglich ist, sollte gleichermaßen auch für Apotheken gelten: Die Chancen der Telepharmazie könnten damit ressourcenschonend zur Sicherung einer hohen Versorgungsqualität genutzt werden und zur Entlastung beitragen.</p> <p><b>Abs. 4:</b> Die Regelung, bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie psychisch Erkrankten in INZ bei Bedarf telemedizinische oder telefonische Konsile durchführen zu sollen, wird begrüßt. Die Bestimmung, dass der erweiterte Landesausschuss auf Landesebene die Konzeption und Koordinierung der telemedizinischen Unterstützung empfehlen kann, ist richtig, greift aber zu kurz. Zur Vermeidung von Individuallösungen einzelner INZ sollte der erweiterte Landesausschuss die Vorgaben zwingend landesweit vorgeben. Auf Landesebene gibt es sehr unterschiedliche Strukturen und Versorgungsangebote im Kinder- und Jugendbereich sowie bei der psychiatrischen Versorgung. Die konzeptionelle Ausgestaltung und die telemedizinische Anbindung können so die landesspezifischen Besonderheiten berücksichtigen.</p> <p><b>Abs. 5:</b> Die Regelung ist grundsätzlich nachvollziehbar. Kritisch anzumerken ist, dass bei der bisherigen Berichtspflicht keine Information an die Kostenträger erfolgt. Das ist gerade im Hinblick auf sachgerechte Entscheidungen zu den Einrichtungen der INZ zwingend anzupassen. Die von den KVen und der KBV erstellten Berichte sind auch den Landesverbänden der Krankenkassen / Ersatzkassen bzw. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung zu stellen.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p><b>Änderungsvorschläge</b></p> <p><b>zu Abs. 1:</b> Nach Satz 3 wird folgender Satz ergänzt:          „In der Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 ist festzulegen, dass Mitarbeitende in der zentralen Ersteinschätzungsstelle fachlich weisungsfrei vom Krankenhausträger hinsichtlich der Wahl der geeigneten Versorgungsebene sind.“</p> <p>Nach Satz 8 wird folgender Satz eingefügt:          „Die Nationale Agentur für Digitale Medizin (Gematik), das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) und der Bundesbeauftragte für den Datenschutz legen drei Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes ein datenschutzkonformes Konzept für die Umsetzung der digitalen Fallübergabe vor.“</p> <p><b>zu Abs. 2:</b> Satz 1 wird wie folgt gefasst:          Für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, trifft die zentrale Ersteinschätzungsstelle eine Entscheidung über die Behandlungsdringlichkeit und die geeignete Versorgungsebene innerhalb des jeweiligen Integrierten Notfallzentrums <b>oder außerhalb des Integrierten Notfallzentrums in der vertragsärztlichen Regelversorgung bei Fällen mit einem ärztlichen Behandlungsbedarf, jedoch ohne sofortige Behandlungsnotwendigkeit. Für Hilfesuchende, die kein von ihnen als dringend erachtetes gesundheitliches Anliegen schildern, steht allein die vertragsärztliche Regelversorgung offen.</b></p> <p>Satz 6 wird wie folgt gefasst:          „Wenn <b>sich nach einer standardisierten Ersteinschätzung im Integrierten Notfallzentrum ein Behandlungsbedarf in der vertragsärztlichen</b></p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p><b>Versorgung ergibt oder</b> nach einer notdienstlichen Akutversorgung im Integrierten Notfallzentrum eine ambulante Weiterbehandlung erforderlich ist, bietet dieses den Patienten die Vermittlung eines Behandlungstermin bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer an.“</p> <p>Der Absatz 2 wird um folgenden Satz ergänzt:</p> <p><b>„Die Kassenärztlichen Vereinigungen informieren die Versicherten durch geeignete Kampagnen in der Öffentlichkeit, in den Medien und in den Vertragsarztpraxen regelmäßig und wiederholt über die Angebote der Akutleitstelle und der Terminservicestellen sowie über die integrierten Notfallzentren.“</b></p> <p>zu Abs. 3: Kein Änderungsbedarf.</p> <p>zu Abs. 4: Kein Änderungsbedarf.</p> <p>Zu Abs. 5: Es wird nach Satz 2 folgender Satz 3 (neu) hinzugefügt:</p> <p><b>„Die Berichte werden auch den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen bzw. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung gestellt.“</b></p>
	§ 123a	<p>Einrichtung von INZ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Standortbestimmung nach gesetzlichen Kriterien</li> <li>• Kooperationsvereinbarung, gesetzliche Vorgabe von Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxis, Schiedsregelungen bei Nichtzustandekommen</li> </ul>	<p><b>Abs. 1:</b> Die Bestimmung der Standorte durch den erweiterten Landesausschuss ist sachgerecht. Die regional vorhandenen notdienstlichen Strukturen, beispielsweise das Vorhandensein von KV-Notdienstpraxen, sollten bei der Auswahlentscheidung mitberücksichtigt werden. Die Bevorzugung von Krankenhäusern mit einer höheren Notfallstufe und einer besseren Ausstattung bei der Standortauswahl wird im Hinblick auf die Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten begrüßt. In diesem Zusammenhang ist die Klarstellung, dass die Psychiatrie zu den notfallmedizinisch relevanten Fachabteilungen gehört, sachgerecht. Grundsätzlich sollten die Kriterien für die Standortfestlegung und für die Festlegung geeigneter Planungsregionen</p>



Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit in INZ durch KBV, DKG und GKV-SV</li> </ul>	<p>jedoch durch den G-BA bundesweit einheitlich festgelegt werden und dabei Handlungsspielräume für regionale Gestaltungsmöglichkeiten lassen. Die Anzahl der INZ-Standorte muss sich zudem am tatsächlichen Bevölkerungsbedarf orientieren. Hierzu sind weitergehende Bestimmungen notwendig. Die Regelung, dass bei der Standortbestimmung auf die Erfüllung der Kriterien verzichtet werden kann, wenn anderweitig die flächendeckende Versorgung nicht gesichert werden kann, wird begrüßt.</p> <p><b>Abs. 2:</b> Der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen und die Durchführung eines gemeinsamen Qualitätsmanagements werden grundsätzlich begrüßt. Um allerdings eine einheitliche Ausgestaltung der INZ zu gewährleisten, sollten durch den G-BA entsprechende allgemeine Kriterien festgelegt werden, die bundesweit gelten. Der gemeinsame Betrieb der INZ durch KV und Krankenhausträger ist sachgerecht und im Sinne der sektorenübergreifenden Versorgung notwendig. Die festgelegten Mindestöffnungszeiten für die Notdienstpraxen berücksichtigen nicht das regional unterschiedliche Patientenaufkommen. Besser wäre es, wenn der G-BA bundesweit einheitliche Kriterien für die Öffnungszeiten unter Berücksichtigung des tatsächlichen Patientenaufkommens festlegen würde.</p> <p>Die Regelung in Absatz 2 Satz 4 Nr. 4 ist sachgerecht und Voraussetzung für einen Betrieb der notdienstversorgenden Apotheken gemäß Artikel 5.</p> <p>Die Spezifizierung der interoperablen Schnittstelle zur Digitalen Fallübergabe durch die KBV wird grundsätzlich begrüßt. Jedoch sollte ein Konzept hierzu von der Nationalen Agentur für Digitale Medizin, dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und des Bundesbeauftragten für den Datenschutz erstellt werden.</p> <p><b>Abs. 3:</b> Die Regelungen zum Schiedsverfahren sind sachgerecht.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p><b>Abs. 4:</b> Die Regelungen zur Bestimmung einer Rahmenvereinbarung durch die Selbstverwaltung sind sachgerecht, sollten aber besser in einer Richtlinie durch den G-BA bundeseinheitlich festgelegt werden.</p> <p><b>Änderungsvorschläge</b></p> <p><b>zu Abs. 1:</b> 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 Absatz 6 Satz 2, § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 trifft sowie Vorgaben zur Zusammenarbeit in Integrierten Notfallzentren.“</p> <p>In § 101 wird folgender Absatz 7 ergänzt:</p> <p>„Die Allgemeinen Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3b umfassen insbesondere die folgenden Kriterien:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. eine Planungsregion z. B. eine Planung auf Kreis- bzw. Bezirksebene in Großstädten,</li> <li>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,</li> <li>3. Vorgaben zur Ermittlung von bedarfsgerechten Mindestöffnungszeiten in Abhängigkeit vom Patientenaufkommen,</li> <li>4. eine Erreichbarkeit für 95 v. H. der Bevölkerung innerhalb von 30 PKW-Fahrzeitminuten,</li> <li>5. die Berücksichtigung der Notfallstufe der Krankenhäuser; Voraussetzung ist mindestens die Erfüllung der Anforderungen der Basisnotfallstufe gemäß Abschnitt III der Notfallstufenregelung des G-BA.</li> </ol>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Für die Auswahl der Standorte bei mehreren geeigneten Krankenhäusern erfolgt die Auswahl nach der folgenden Reihenfolge:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vorrangigkeit von höheren Notfallstufen der Krankenhäuser,</li> <li>2. Vorrangigkeit von höheren stationären Fallzahlen der Krankenhäuser,</li> <li>3. bestehende KV-Notdienstpraxen.</li> </ol> <p>„Die Zusammenarbeit in Integrierten Notfallzentren nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3b umfasst insbesondere folgende Vorgaben:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grundsätze der Organisation,</li> <li>2. Vernetzung und interoperable, digitale Fallübergabe innerhalb und außerhalb des Integrierten Notfallzentrums sowie zwischen dem Integrierten Notfallzentrum und einer Kooperationspraxis und der regulären vertragsärztlichen Versorgung,</li> <li>3. Voraussetzungen für die Weiterleitung von Hilfesuchenden in eine Kooperationspraxis,</li> <li>4. Regelungen für den Fall wiederholter und schwerwiegender Verstöße gegen die Kooperationsvereinbarung oder für den Fall, dass eine Notdienstpraxis zu den in Absatz 2 Satz 5 und 6 genannten Zeiten nicht geöffnet ist und</li> <li>5. Ausgestaltung der Übernahme der Aufgaben der Notdienstpraxis durch ein krankenhauseigenes hausärztliches medizinischen Versorgungszentrum oder eine hausärztliche Vertragsarztpraxis nach § 123 Absatz 1 Satz 6.</li> </ol> <p><b>Zu Abs. 2:</b> Satz 1 wird wie folgt geändert: Die Wörter „die Rahmenvereinbarungen nach Absatz 4“ werden ersetzt durch die Wörter : „die Vorgaben zur Zusammenarbeit in Integrierten Notfallzentren nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3b“.</p> <p>Satz 5 sollte wie folgt geändert werden:</p> <p>„Die Notdienstpraxis ist mindestens an Wochenenden und Feiertagen von 9 bis 21 Uhr, <del>Mittwoch und Freitag von 14 bis 21 Uhr und Montag, Dienstag und</del></p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Donnerstag von 18 bis 21 Uhr zu öffnen und Montag bis Freitag von 18 bis 21 Uhr zu öffnen.“</p> <p><b>zu Abs. 3:</b> Kein Änderungsbedarf.</p> <p><b>Zu Abs. 4:</b> wird gestrichen</p> <p>Sofern die bestehende Regelung beibehalten wird, wird § 89a wie folgt geändert: siehe ergänzender Regelungsbedarf am Ende des Dokuments.</p>
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	<p><b>Abs. 1:</b> Die Regelung ist sachgerecht. Die Festlegung der Standorte sollte sich am tatsächlichen regionalen Bevölkerungsbedarf orientieren.</p> <p><b>Abs. 2:</b> siehe Ausführung zum § 123 Abs. 1 bis 3 und 5 sowie § 123a Abs. 2 bis 4 sowie § 123c.</p> <p>Kein Änderungsbedarf.</p>
	§ 123c	<p>Ersteinschätzung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergütung ambulanter Behandlung für Krankenhäuser ohne INZ nur noch nach Ersteinschätzung, die die Unzumutbarkeit einer Verweisung an INZ festgestellt hat</li> <li>• Richtlinie des G-BA zu Vorgaben für standardisierte digitale Ersteinschätzung</li> <li>• Richtlinie regelt auch Mindestausstattungsanforderungen für Notdienstpraxen</li> <li>• Berichtspflicht G-BA zu Auswirkungen der Ersteinschätzung</li> <li>• EBM für Ersteinschätzung</li> </ul>	<p><b>Abs. 1:</b> Die beabsichtigte regelhafte Einbindung von Krankenhäusern ohne INZ in die ambulante Notfallversorgung wird kritisch gesehen. INZs sollen laut Gesetzesbegründung als zentrale Anlaufstelle der Notfallversorgung anhand einheitlicher Kriterien an geeigneten Krankenhausstandorten durch die Erweiterten Landessauschüsse geplant werden. Damit sollen die INZs eine flächendeckende und bedarfsgerechte Notfallversorgung im Krankenhausbereich sicherstellen. Könnten Krankenhäuser ohne INZ zusätzlich regelhaft weiter versorgen, würde eine nicht bedarfsgerechte Parallelstruktur aufgebaut. Es muss deshalb sichergestellt werden, dass die Versorgung von Hilfesuchenden in Krankenhäusern ohne INZ nach der Ersteinschätzung die Ausnahme bleibt. Die Vorgaben des G-BA müssen entsprechend eng gefasst werden.</p> <p><b>Abs. 2:</b> Es wird begrüßt, dass der G-BA bundesweit einheitlich geltende Vorgaben für das standardisierte Ersteinschätzungsverfahren in INZs festlegt.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Nur so können eine effektive Steuerung der Hilfesuchenden und eine Entlastung der Notaufnahmen der Krankenhäuser gelingen. Dazu ist es jedoch notwendig, dass das Ersteinschätzungsinstrument auch dazu dient, die Hilfesuchenden insbesondere in die reguläre vertragsärztliche Versorgung außerhalb des INZ weiterleiten zu können (vgl. auch Ausführungen zu § 123 Abs. 2). Das Ersteinschätzungsverfahren muss mit der Festlegung einer sachgerechten Versorgungsebene abschließen und darf dabei nicht auf die INZ-Strukturen beschränkt bleiben. Der AOK-Bundesverband spricht sich daher für die inhaltliche Beibehaltung der Regelung nach § 120 Abs. 3b SGB V aus.</p> <p>In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass alle Abfragesysteme zur Ersteinschätzung zu den gleichen Ergebnissen bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Bestimmung der richtigen Versorgungsebene kommen sollten. Daher sollten die Anforderungen des G-BA an das standardisierte Ersteinschätzungsinstrument möglichst für alle Abfragesystem gelten.</p> <p>Begrüßt wird, dass der G-BA Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen, der Leistungserbringer nach § 123 Abs.1 Satz 6 in INZ und der Kooperationspraxen sowie Vorgaben zum Nachweis der Einhaltung und zur Kontrolle festlegt. Dadurch wird sichergestellt, dass bundesweit eine einheitliche Mindeststrukturqualität in der ambulanten Notfallversorgung in den INZ eingehalten wird. Darüber hinaus muss die Vergütung der Behandlung in den Notdienstpraxen, den Leistungserbringern nach § 123 Abs.1 Satz 6 in INZ sowie den Kooperationspraxen an die Einhaltung der Mindestanforderungen geknüpft werden.</p> <p>Die Berücksichtigung der Regelungen der Notfallstufen-Richtlinie und das Stellungnahmeverfahren für die wissenschaftlichen Fachgesellschaften sind sachgerecht. Die Auswirkungsanalyse inklusive Prüfung der Erforderlichkeit einer Anpassung der Regelungen mit Bericht an das BMG wird begrüßt. Sofern</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>das Ziel, bundesweit eine einheitliche und gleichwertige Notfallversorgung sicherzustellen, nicht erreicht wird, muss zeitnah eine Nachsteuerung erfolgen.</p> <p><b>Abs. 3:</b> Die Regelung ist sachgerecht. Es sollte in diesem Zusammenhang eine Klarstellung ergänzt werden, dass die Vergütungshöhe sich an vergleichbaren Leistungen zu orientieren hat. Hintergrund ist das ungleiche Stimmgewicht zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern im erweiterten ergänzten Bewertungsausschuss.</p> <p><b>Änderungsvorschläge</b></p> <p><b>Zu Abs. 2:</b> Absatz 2 wird wie folgt geändert: Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in einer Richtlinie die Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten, standardisierten und digitalen Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs für Hilfesuchende. <del>die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig einen Krankenhausstandort aufsuchen.</del> Für Krankenhausstandorte, die Teil eines Integrierten Notfallzentrums sind, erfolgt auf Basis der Ersteinschätzung eine Entscheidung über die geeignete Versorgungsebene <del>innerhalb des Integrierten Notfallzentrums</del> unter Berücksichtigung einer in § 123 Absatz 1 Satz 7 genannten Kooperation. Für Krankenhausstandorte, die nicht Teil eines Integrierten Notfallzentrums sind, erfolgt auf Basis der Ersteinschätzung eine Entscheidung über die Weiterleitung an ein Integriertes Notfallzentrum oder die Behandlung am Krankenhausstandort.</p> <p>Dabei ist auch das Nähere vorzugeben:</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Festlegung eines standardisierten, manipulationsresistenten Ersteinschätzungsinstruments,</li> <li>2. zur Qualifikation des medizinischen Personals, das die Ersteinschätzung vornimmt,</li> <li>3. zur Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Feststellung des Nichtvorliegens eines sofortigen Behandlungsbedarfs,</li> <li>4. zur Weiterleitung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und medizinische Versorgungszentren,</li> <li>5. zur Weiterleitung nach Satz 3 an ein Integriertes Notfallzentrum oder zur Behandlung am Krankenhausstandort</li> <li>6. zur Form und zum Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung,</li> <li>7. zum Zeitpunkt, ab dem die Ersteinschätzung zu verwenden ist.</li> </ol> <p>Satz 5 wird um folgende neue Nummer 1 ergänzt:</p> <p>„1. Mindestanforderungen an die personelle Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstellen von Integrierten Notfallzentren nach § 123 Absatz 1 Satz 1 einschließlich der notwendigen Qualifikationen, erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals.“</p> <p>Nach Satz 7 wird folgender Satz eingefügt:</p> <p>„Die Vergütung der Behandlung in den Notdienstpraxen setzt voraus, dass die Einhaltung der G-BA Mindestanforderungen nach Satz 5 Nr. 1 gemäß Satz 5 Nr. 2 nachgewiesen wurde.“</p> <p><b>zu Abs. 3:</b> Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 neu hinzugefügt:</p> <p>„Die Höhe der Vergütung hat sich an vergleichbaren Leistungen zu orientieren.“</p>
18	§ 133	Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung	Dass die Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung sowie für Krankenfahrten und -transporte zukünftig ausschließlich über Verträge geregelt werden sollen, ist nachdrücklich zu begrüßen. Es fehlt aber noch an einer

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nur nach Landesrecht vorgesehene oder beauftragte Leistungserbringer</li> <li>• Vergütungsverträge für Leistungen nach SGB V erforderlich</li> <li>• Transparenzpflicht bezüglich Kalkulationen</li> <li>• Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 SGB V</li> <li>• Schiedseinrichtung bei Nichtzustandekommen</li> <li>• Entsprechende Geltung für Krankentransporte</li> <li>• Übergangsregelung</li> </ul>	<p>stringenten Übergangsregelung für die Bundesländer, die bisher Gebührenrecht anwenden. Bis das Vertragsprinzip auch dort umgesetzt ist, muss die bisher im § 133 geregelte Möglichkeit, Festbeträge festzusetzen, erhalten bleiben.</p> <p>Die Transparenzpflicht hinsichtlich der Kalkulationsgrundlagen ist zu begrüßen. Angesichts der Schnittstellen zur Daseinsvorsorge und Katastrophenschutz sollten die Ausführungen, dass über den Leistungsanspruch nach § 30 hinausgehende öffentliche Aufgaben nicht von der GKV zu refinanzieren sind, weiter präzisiert werden. Insbesondere die Übernahme von Investitionskosten für Rettungsleitstellen und Rettungswachen fällt nicht in den Aufgabenbereich der GKV.</p> <p>Die Implementierung einer Schiedsregelung ist grundsätzlich zu begrüßen. Diese ist aber auf den nach öffentlichem Recht organisierten Rettungsdienst bzw. Krankentransport zu begrenzen. Die nach Personenbeförderungsrecht insbesondere im Taxi / Mietwagen-Bereich geschlossenen Verträge bedürfen der Zustimmung der kommunalen Aufsichtsbehörde und sind damit nicht schiedsfähig.</p> <p>Um auch bei Vertragspreisen insbesondere im Taxi / Mietwagenbereich Wettbewerbsimpulse zu erhalten, sollte die aktuelle Formulierung beibehalten werden, dass die vereinbarten Preise Höchstpreise sind.</p> <p>Von der in Abs. 5 vorgesehenen Vorgabe, auch im Taxi-und Mietwagenbereich auf Landesebene gemeinsame und einheitliche Verträge zu schließen, sollte Abstand genommen werden. Taxitarife werden in vielen Bundesländern kommunal festgelegt, auf dieser Grundlage werden die Verträge für Taxi/Mietwagen sowie Behindertentransport geschlossen. Landesweit kassenartenübergreifend auszuhandelnde Verträge können die örtlichen Besonderheiten nicht abbilden und würden durch die notwendige Vergrößerung zudem voraussichtlich deutlich teurer.</p>



Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 133a	<p>Gesundheitsleitsystem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooperationsvereinbarung zwischen Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116 117 auf Antrag der Rettungsleitstelle</li> <li>• Verbindliche Absprache, wer welche Fälle übernimmt und Abstimmung der Abfragesysteme</li> <li>• Medienbruchfreie Übergabe von Fällen und Daten</li> <li>• Schnittstelle durch KBV zur Verfügung zu stellen</li> <li>• Gemeinsames Qualitätsmanagement der Kooperationspartner</li> <li>• Vermittlung von Krankentransporten und medizinischen komplementären Diensten sowie sonstigen komplementären Diensten für vulnerable Gruppe oder krisenhafte Situationen</li> <li>• Bericht KBV zu Entwicklung der Gesundheitsleitsysteme</li> </ul>	<p>Die Einrichtung von Gesundheitsleitsystemen wird begrüßt. Die damit intendierte bessere Vernetzung zwischen Rettungsleitstellen und den KV-Akutleitstellen mit medienbruchfreier Datenübergabe ist essenziell.</p> <p>Besser wäre es aber, noch mutiger voranzugehen und die Einrichtung von Gesundheitsleitstellen nicht von einem regional zu stellendem Antrag abhängig zu machen, sondern stringent vorzugeben. Ohne klares Zielbild besteht die Gefahr, dass die derzeitige kleinteilige Leitstellenstruktur fortgeschrieben wird. Damit vervielfältigen sich die Kosten der Umstellung, ohne dass bundesweite Standards erfüllt würden. KV-Akutleitstellen und Rettungsleitstellen sollten besser mit bundeseinheitlichen Vorgaben zur digitalen Vernetzung und Qualitätsstandards zur Kooperation verpflichtet werden, um eine wirksame Steuerung und nachhaltige Entlastung der Strukturen zu bewirken.</p>
	§ 133b	<p>Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gremium bei GKV-SV, paritätisches Stimmgewicht zwischen GKV-SV und Ländervertretern, nicht stimmberechtigte Vertreter von Spitzenverbänden der Leistungserbringer und</li> </ul>	<p>Das Ziel, mit einem die Interessenpluralität der Stakeholder abbildenden Gremium überregionale Standards und Qualitätsparameter zur medizinischen Notfallrettung zu entwickeln, ist zu begrüßen. Es bestehen aber angesichts der bei den bisherigen Anläufen für eine Notfallreform offenkundig gewordenen Interessenlagen insbesondere auf der Länder- und kommunalen Ebene große Bedenken, ob die vorgesehene Ausgestaltung und Verortung des Gremiums sowie der Empfehlungscharakter der Arbeitsergebnisse wirklich geeignet sind, dieses Ziel zu erreichen und diese Standards auch in die überregionale Anwendung zu bringen.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<p>Fachverbänden und Fachgesellschaften sowie BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachliche Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung; bei Nichtzustandekommen Ersatzvornahme BMG</li> <li>• Empfehlungen zur Übermittlung der Daten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung, Rechtsverordnung durch BMG</li> <li>• Spezifikationen für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation unter Beteiligung von KBV, DKG und KIG, Rechtsverordnung durch BMG</li> </ul>	<p>Die Finanzierung des Gremiums wird in Referentenentwurf nicht adressiert. Offenbar ist eine ausschließliche Finanzierung durch die GKV vorgesehen. Der Nutzen der Standardisierungsarbeit käme im besonderen Maße auch den Bundesländern zu Gute. Diese sind daher an den Kosten zu beteiligen, eine einseitige Kostenbelastung der Beitragszahlenden wird abgelehnt.</p> <p>Darüber hinaus ist zu hinterfragen, wie es gelingen kann, dass die Ersteinschätzungsergebnisse im Rahmen der Notfallrettungsstellen in vergleichbaren Fällen zu den gleichen Ergebnissen kommen wie in einem INZ oder bei den Akutleitstellen. Wenn weiterhin unterschiedliche Systeme bei der INZ bzw. der 112 oder 116 117 im Einsatz vorgesehen sind, müsste durch kontinuierliche Qualitätssicherung dafür Sorge getragen werden, dass ein vom Patienten geschilderter Befund bei allen 3 Eingangskanälen zu der gleichen Reaktion führt. Sofern ein Patient z.B. aufgrund eines dynamischen Erkrankungsverlaufs bei der 116 117 und der 112 anruft, ist sicherzustellen, dass der Verlauf und die bisherige Anamnese übergreifend zugänglich gespeichert sind.</p>
	§ 133c	<p>Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verpflichtende digitale Notfalldokumentation für alle Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung</li> <li>• Verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätenachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung</li> </ul>	<p>Die Verpflichtung zur digitalen Kooperation ist sachgerecht und wird begrüßt.</p>

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme</li> </ul>	
	§ 133d	Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form durch Datenstelle beim GKV-SV	Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.
	§ 133e	Verpflichtender Anschluss an TI für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung und Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten, Finanzierungsvereinbarung von GKV-SV, PKV-Verband sowie maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene	Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.
	§ 133f	Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung <ul style="list-style-type: none"> <li>Finanzierung von Investitionen in digitale Infrastruktur von 2027 bis 2031 aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes</li> <li>Abwicklung durch GKV-SV, Richtlinie im Benehmen mit den Ländern zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen</li> <li>Bezeichnete Investitionen können ausschließlich über diesen Weg gefördert werden</li> </ul>	Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 133g	Koordinierende Leitstelle: Möglichkeit für Landesbehörden, einer einzelnen Leitstelle überregionale Aufgaben zuzuweisen	Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.
19	§ 140f	Antragsrecht Patientenvertretung	Die Regelung ist sachgerecht. Kein Änderungsbedarf.
20	§ 291b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	Da es sich um eine Folgeänderung für eine abgelaufene Frist handelt, folgender Änderungsvorschlag: § 291b Absatz 5 S.3 wird gestrichen, da die Ausnahmeregelung bereits zum 31.12.2021 endete.
21	§ 294a	Mitteilungspflicht zu vorrangigen Schadensersatzansprüchen auch für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung	Die Erweiterung der Mitteilungspflicht auch auf den neu geschaffenen Leistungserbringerkreis der medizinischen Notfallrettung wird begrüßt.
22	§ 302	Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Datenübermittlungspflicht	Die differenzierte Vorgabe, welche Daten von den Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung bzw. den übrigen Leistungserbringern nach § 60 in der Abrechnung anzugeben sind, ist zu begrüßen. Die Richtlinie nach § 302 ist geeignet diese Einzelheiten zu regeln. Die Änderung wird begrüßt.
23	§ 354	Fernzugriff auf ePA durch Leitstellen	Die gesetzliche Änderung ist grundsätzlich zu begrüßen. Gesetzliche Fristen für die gematik haben sich in der Vergangenheit als kontraproduktiv erwiesen. Die Festlegung sollte über die Roadmap der gematik innerhalb der Gremien der gematik regelt werden. Änderungsvorschlag: Streichung der Frist 31.12.2027.
24	§ 370a	Redaktionelle Folgeänderung	Die Änderung ist sachgerecht.
25	§ 377	Das Wort „Notfallambulanzen“ wird durch das Wort „Notaufnahmen“ ersetzt, um im SGB V eine einheitliche Terminologie zu verwenden.	Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Diese ist sachgerecht. Kein Änderungsbedarf.
26	§ 394	Errichtung eines bundesweiten, öffentlich zugänglichen Katasters automatisierter externer Defibrillatoren (AED), die für die Benutzung durch Laien vorgesehen sind	Die Errichtung eines AED-Katasters wird begrüßt.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<b>Art. 2: Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b>
	§ 75	Modifizierte Berichtspflichten der KBV aufgrund der Einführung der Akutleitstellen	Die Regelung ist sachgerecht. Der jährliche Bericht sollte veröffentlicht werden.  Änderungsvorschlag: Im § 75 Abs. 1e wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:  <b><i>Die Ergebnisse nach Satz 2 werden durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung jährlich barrierefrei in einem Bericht veröffentlicht</i></b>
			<b>Art. 3: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</b>
	§ 12b	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. Diese ist sachgerecht. Kein Änderungsbedarf.
			<b>Art. 4: Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung</b>
	§ 3	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. Diese ist sachgerecht. Kein Änderungsbedarf.
			<b>Art. 5: Änderung des Apothekengesetzes</b>
1	§ 12b	Versorgungsvertrag zur Versorgung von Notdienstpraxen in INZ mit Arzneimitteln zwischen Apothekeninhaber, KV und beteiligtem Krankenhaus	Der Vorschlag, akut erkrankte Patientinnen und Patienten in unmittelbarer Nähe der Notdienstpraxen mit Arzneimitteln zu versorgen, ist grundsätzlich zu begrüßen. Die strukturelle Flexibilisierung der Notfallversorgung mit einer Verbesserung der Arzneimittelversorgung an integrierten Notfallzentren (INZ) entspricht einer wichtigen Forderung der AOK-Gemeinschaft. Die geplante Integration von Apotheken-Notdiensten in eine zentrale ambulante Notfallversorgung bzw. ein Notfallzentrum mit Flexibilisierung der räumlichen und organisatorischen Anforderungen ist ein positiver Schritt hin zu einer sicheren, hochwertigen und patientenorientierten Versorgung.  Vor dem Hintergrund der bereits bestehenden Versorgungsstrukturen in Form von krankenhausversorgenden Apotheken und Krankenhausapotheken wäre zunächst jedoch zu prüfen, inwieweit diese Einrichtungen auch die Versorgung der Notdienstpraxen übernehmen könnten. Darüber hinaus wären einzelne Komponenten der Regelung zu konkretisieren: Im Referentenentwurf fehlt eine

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Definition der Begrifflichkeit „unmittelbare Nähe“ einer Apotheke zum INZ. Dies sollte konkret definiert werden. Hintergrund sind Rechtsstreitigkeiten darüber, wie die „unmittelbare Nähe“ klar definiert werden kann. So sollte eine fußläufige Erreichbarkeit sichergestellt sein, um unnötige Wege der Patientinnen und Patienten, insbesondere nach einer medizinischen Behandlung, zu verhindern. Im Sinne einer wirtschaftlichen und ressourcenschonenden Umsetzung sollte ergänzend eine über den Betrieb der INZ-Notdienstpraxen hinausgehende Versorgung von Patientinnen und Patienten bei gleichzeitiger Reduktion der Notdienste von Vor-Ort-Apotheken im näheren Umkreis der INZ geschaffen werden. Für eine adäquate Versorgung der Patientinnen und Patienten soll das Spektrum der im INZ am häufigsten verordneten Arzneimittel, Medizinprodukte sowie zusätzlich auch Verbandmittel vorrätig gehalten werden. Die konkreten Produkte sollen die Vertragspartner im Rahmen der Versorgungsverträge in Form eines Wirkstoffkataloges festlegen. Dabei sollen die Wirkstoffkataloge möglichst die Selektivvertragsbreite der gesetzlichen Krankenkassen abdecken, um die in der Regelversorgung geltenden Vorgaben (bspw. Bedienung von Rabattverträgen) auch in den notdienstpraxenversorgenden Apotheken zu ermöglichen. Durch Gewährleistung kurzer Überarbeitungsfristen der zu definierenden Wirkstoffkataloge zwischen den Vertragspartnern sollten Anpassungen an aktuelle Bedarfe sowie die Möglichkeit zur ergänzenden Bevorratung saisonaler Bedarfe ermöglicht werden. Eine im Versorgungsvertrag festzulegende Evaluation zu den ökonomischen Auswirkungen der gesetzlichen Regelungen sollte Rückschlüsse zum Versorgungsbedarf des jeweiligen INZ und somit eine regelhafte Anpassung bei Notwendigkeit ermöglichen.</p> <p>Neben Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sollte zudem auch die ordnungsgemäße Versorgung mit Verbandmitteln in den notdienstpraxenversorgenden Apotheken sichergestellt werden.</p> <p>Sollten keine Versorgungsverträge zustande kommen, wäre auch eine Arzneimittelabgabe über einen am INZ stationierten Abgabeautomaten unter Zuhilfenahme telepharmazeutischer Beratungsangebote sinnvoll. Denn was in</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>der vertragsärztlichen Praxis bereits möglich ist, sollte gleichermaßen auch für Apotheken gelten: Die Chancen der Telepharmazie könnten damit ressourcenschonend zur Sicherung einer hohen Versorgungsqualität genutzt werden und zur Entlastung beitragen.</p> <p>Zudem wäre eine Erweiterung der Hotline 116 117 des kassenärztlichen Notdienstes für die Vermittlung von Notdienstapotheken sinnvoll, um Patientinnen und Patienten schnell und unkompliziert bei der Suche nach einer dienstbereiten Apotheke zu unterstützen.</p> <p><b>Änderungsvorschläge:</b></p> <p>§ 12b Absatz 1 wird wie folgt ergänzt: „Die Versorgung kann durch die öffentliche Apotheke, die in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis liegen und fußläufig zu erreichen sein muss, ...“</p> <p>§ 12b Absatz 2 (1) wird wie folgt ergänzt: „eine ordnungsgemäße Versorgung der Patienten der Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sowie Verbandmitteln sichergestellt wird.“</p> <p>§ 12b Absatz 2 (2) wird wie folgt ergänzt: „Patienten und die Angestellten der Notdienstpraxis zu Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sowie Verbandmitteln informiert und beraten werden.“</p> <p>§ 12b Absatz 6 (neu): „Die Vertragspartner verständigen sich in einem Katalog auf die in der notdienstpraxisversorgenden Apotheke vorrätig zu haltenden Arzneimittel, apothekenpflichtigen Medizinprodukte sowie Verbandmittel. Die Auswahl der Produkte soll sich am herkömmlichen Spektrum bzw. den Schwerpunkten von Behandlungsfällen des INZ und dem daraus resultierenden Bedarf an Arzneimitteln, apothekenpflichtigen Medizinprodukten sowie Verbandmitteln orientieren. Durch die Festlegung kurzer Überarbeitungsfristen können zeitnahe Anpassungen an aktuelle und</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			saisonale Bedarfe zwischen den Vertragspartnern in den Katalogen vorgenommen werden. Regelmäßige Evaluationen zu den ökonomischen Auswirkungen der gesetzlichen Regelungen dienen als Grundlage für Anpassungen an den Versorgungsbedarf des INZ“.
2	§ 20	Pauschaler Zuschuss für Apotheken mit Versorgungsvertrag	Die konkrete Finanzierung von notdienstpraxenversorgenden Apotheken bleibt im Referentenentwurf unklar. Um Doppelfinanzierungen zu vermeiden und eine effiziente Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sowie Verbandmitteln sicherzustellen, sind auch konkrete Anforderungen zur Finanzierung in den Versorgungsverträgen zu regeln. Eine Finanzierung aus der Nacht-/Notdienstvergütung bzw. dem Fonds, sollte sich statt pauschaler Beträge jedoch an den tatsächlich erbrachten Notdienstzeiten bemessen.
3	§ 25	Ordnungswidrigkeit	Die Regelung ist sachgerecht und bedarf keiner Änderung.
			<b>Art. 6 Änderung der Apothekenbetriebsordnung</b>
1 2 3 4	§ 1a § 3 § 4 § 23	Notdienstpraxenversorgende Apotheken Vorgaben zum Personal auch für notdienstpraxenversorgende Apotheken Erlaubnis zweiter Offizin mit Lagerräumen am INZ-Standort Dienstbereitschaft notdienstpraxenversorgender Apotheken	Die Regelungen sind Folgeänderungen zur Einführung von Versorgungsverträgen nach § 12b des Apothekengesetzes und daher grundsätzlich sachgerecht für eine Inbetriebnahme einer notdienstpraxenversorgenden Apotheke bzw. für den Betrieb einer zweiten Offizin mit Lagerräumen auf dem Gelände eines INZ. Aufgrund eines in der Regel begrenzten Behandlungsspektrums eines INZ sollten die Versorgungsverträge, die kurzfristig auch an aktuelle und saisonale Bedarfe angepasst werden können, die sehr häufig benötigten und somit vorrätig zu haltenden Arzneimittel, Medizinprodukte und Verbandmittel in einem Katalog definieren, um Patientinnen und Patienten im Anschluss einer Behandlung adäquat versorgen zu können.
			<b>Art. 7: Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung</b>
1	§ 12	Folgeänderung zu § 394 SGB V und § 17a Medizinprodukte-Betreiberverordnung	Mit dem avisierten Ziel der Einführung eines sogenannten „AED-Katasters“ ist die Streichung des Satzes 4 im § 12 Absatz 2 der MPBetreibV sachlogisch und folgerichtig.



Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
2	§ 17a	Meldeverpflichtung für Betreiber von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) an das AED-Kataster	Mit dem avisierten Ziel der Einführung eines sogenannten „AED-Katasters“ ist diese Ergänzung der MPBetreibV folgerichtig und sachlogisch.
			<b>Art. 8: Änderung des Betäubungsmittelgesetzes</b>
1	§ 4	Ausnahme von der Erlaubnispflicht für die Ausfuhr und Einfuhr von Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf in angemessenen Mengen	Die Regelung erscheint grundsätzlich sachgerecht.
2	§ 11	Erweiterung der Verordnungsermächtigung auf Regelungen über das Mitführen von Betäubungsmitteln auf Fahrzeugen des Rettungsdienstes im grenzüberschreitenden Verkehr	Die Regelung erscheint grundsätzlich sachgerecht.
			<b>Art. 9: Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung</b>
1	§ 13	Ausnahme für Durchfuhr einer angemessenen Menge an Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf auf dem Fahrzeug eines ausländischen Rettungsdienstes	Die Regelung erscheint grundsätzlich sachgerecht.
2	§ 15	Ausnahme von Ein- und Ausfuhrgenehmigung für Zubereitungen der in den Anlagen II und III des BtMG aufgeführten Stoffe auf einem Fahrzeug des Rettungsdienstes in angemessener Menge als Rettungsdienstbedarf	Die Regelung erscheint grundsätzlich sachgerecht.
			<b>Art. 10: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte</b>
	§ 19a	Gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe	Eine gleichmäßige Verteilung der offenen Sprechstunden ist eine relevante Voraussetzung, um die ambulante Akutversorgung zu verbessern. Insofern sollte die Regelung noch verbindlicher formuliert werden. Konkret sollte

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			ergänzt werden, dass die Koordination Bestandteil des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen ist. Außerdem ist in diesem Zusammenhang erneut darauf hinzuweisen, dass die in der Gesetzesbegründung vorgesehen Weiterleitung aus dem INZ in die ambulante Versorgung (und hier insbesondere in die offenen Sprechstunden) zwingend in das Gesetz mit aufzunehmen ist. Damit die Kapazitäten der offenen Sprechstunden ausreichen, sollte in den Zeitfenstern keine klassische Terminpraxis erfolgen.
			<b>Art. 11: Inkrafttreten</b>
<b>Weitergehende Änderungsbedarfe:</b>			
	§ 89a	Sektorenübergreifendes Schiedsgremium, Verordnungsermächtigungen	<p>Um im sektorenübergreifendem Schiedsgremium eine ausreichende Berücksichtigung der Interessen der Kostenträger zu gewährleisten, wird die Anzahl der Vertreter der Krankenkassen im dreiseitigen Schiedsgremium auf vier erhöht. Damit ist Stimmenparität zwischen Kostenträgern und Vertretern der Leistungserbringer gewährleistet.</p> <p>Das sektorenübergreifende Schiedsgremium besteht aus acht Mitgliedern: je zwei Vertreter der Ärzte, der Krankenhäuser, der Krankenkassen sowie zwei Unparteiische. Entscheidungen kommen mit einer Mehrheit von zwei Dritteln zustande (also mindestens sechs Stimmen). Die Krankenkassenseite ist damit in dem Gremium mit lediglich zwei Vertretern nicht angemessen repräsentiert. Dies gilt insbesondere auf Landesebene, auf der Verträge durch alle Landesverbände bzw. Vertreter der Ersatzkassen gemeinsam abgeschlossen werden.</p> <p>Auch macht das deutliche Stimmenübergewicht der Leistungserbringer austarierte Entscheidungsfindungen unmöglich. So sind den Gremien auf Bundes- und Landesebene zahlreiche Entscheidungen übertragen, die unmittelbar vergütungsrelevant sind. Hier verfolgen die Ärzte und Krankenhäuser in der Regel gleichgerichtete Interessen, insbesondere dann, wenn die Bedingungen der Leistungserbringung zunehmend harmonisiert werden (sollen). Auch die erforderliche Zweidrittel-Mehrheit beseitigt diese</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Unwucht nicht. Darüber hinaus können die Unparteiischen nicht gegen einen geschlossenen Leistungserbringerblock entscheiden, selbst wenn die Krankenkassenseite ihren Vorschlag mitträgt.</p> <p>Nachteilig an der Zweidrittelmehrheit ist ferner, dass die Hürden für eine Einigung im Schiedsgremium insgesamt sehr hoch sind. Dabei ist der auf die Kassenseite wirkende Einigungsdruck wesentlich höher als der aufseiten der Leistungserbringer.</p> <p>Insgesamt gesehen wird die Regelung den tatsächlichen Blockaden in der Entwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung nicht gerecht, sondern schafft neue Hürden. Diese Blockadehaltungen sind zu vermeiden.</p> <p>Sachgerechter wäre es daher, die Stimmenanteile der Kassenseite bei dreiseitigen Verhandlungen auf vier zu erhöhen (auf dann insgesamt zehn Stimmen) und weiterhin die Mehrheit von sechs Stimmen gelten zu lassen. Auch wenn es sich um ein sektorenübergreifendes dreiseitiges Gremium handelt, so ist es doch sachgerecht, auf der Entscheidungsebene eine Stimmenparität zwischen den Leistungserbringern insgesamt gesehen und den Krankenkassen herzustellen. Die Entscheidungssituation ist hier in vielen Fällen vergleichbar mit den Entscheidungen im Gemeinsamen Bundesausschuss, wo diese Parität auch aus guten Gründen besteht.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b></p> <p>Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt gefasst:</p> <p>„Die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach den Absätzen 1 und 2 bestehen aus je zwei Vertretern der Ärzte und der zugelassenen Krankenhäuser und vier Vertretern der Krankenkassen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied.“</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 75	Inhalt und Umfang des Sicherstellungsauftrages	<p>Der Sicherstellungsauftrag des KV-Systems ist nicht konkret definiert. Minimalkonsens sollte jedoch sein, dass das gesamte GKV-Leistungsspektrum im notwendigen Umfang zur Verfügung gestellt werden muss.</p> <p>Hier zeigen sich jedoch zunehmend Lücken und Schieflagen. Das betrifft zum einen die Aufteilung von konservativen und operativen Leistungen, aber auch konkrete Leistungen, die im Übermaß und solche, die nicht mehr oder in manchen Planungsbereichen nur als Privatleistung angeboten werden. Ursachen sind vor allem fehl laufende Vergütungsanreize in Kombination mit inhaltlich nicht definierten Versorgungsaufträgen und einer ausbleibenden inhaltlichen Prüfung.</p> <p>Zur Lösung des Problems soll der Sicherstellungsauftrag konkretisiert werden. Es ist klarzustellen, dass das gesamte GKV-Leistungsspektrum innerhalb eines zumutbaren Weges und einer angemessenen Frist angeboten werden muss. Dies umfasst auch eine angemessene Verteilung von konservativem zu operativem Leistungsangebot. Die Partner der Bundesmantelverträge sollen entsprechende Korridore festlegen, wobei Spezialisierungen aus Qualitäts- oder Wirtschaftlichkeitsaspekten möglich sein sollen. Bezugsgröße sollte der Planungsbereich der jeweiligen Arztgruppe sein.</p> <p>Damit die Aufsicht ihrem Prüfauftrag nachkommen kann, sollen die KVen verpflichtet werden, für entsprechende Transparenz zu sorgen. Es geht dabei nicht nur darum, dass z. B. Abrechnungsgenehmigungen erteilt wurden, sondern diese auch tatsächlich genutzt werden. Die KV-Arzt suche ist regelmäßig zu aktualisieren.</p> <p>Sofern Versicherte oder Krankenkassen Hinweise auf die Nichteinhaltung des Sicherstellungsauftrages geben, hat die Kassenärztliche Vereinigung unverzüglich eine Prüfung vorzunehmen. Die Kassenärztliche Vereinigung ist berechtigt und verpflichtet, Maßnahmen zu ergreifen, sofern Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte der sich aus der Zulassung ergebenen Leistungsverpflichtung nicht nachkommen und dadurch die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags gefährdet ist. Das Nähere regeln die Kassenärztlichen</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Vereinigungen gemäß § 81 Abs. 1 Nr. 10 SGB V in Verbindung mit § 81 Abs. 5 SGB V in ihren Satzungen. § 95 Abs. 6 bleibt unberührt.</p> <p>Perspektivisch müssen die einzelnen Versorgungsaufträge stärker inhaltlich definiert werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b></p> <p>Nach Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:</p> <p>„Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen der zuständigen Aufsichtsbehörde jeweils zum 30. Juni eines Jahres Transparenz über das Versorgungsangebot sowie eine Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen übermitteln.“</p> <p>Absatz 1a Satz 1 wird wie folgt formuliert und danach neue Sätze 2 bis 5:</p> <p>„Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Rahmen des Sicherstellungsauftrags nach Absatz 1 zu gewährleisten, dass sämtliche in § 73 Abs. 2 genannten Leistungen innerhalb einer angemessenen Frist und eines zumutbaren Weges von den Versicherten in Anspruch genommen werden können. Das umfasst auch eine angemessene Verteilung der Leistungsangebote innerhalb einer Arztgruppe. Bezugsgröße für die Verteilung stellen die jeweiligen Planungsbereiche dar. Die Partner der Bundesmantelverträge legen die zu erreichenden Verteilungen einmalig zum 31.06.2025 fest und passen diese falls erforderlich an. Die Festlegungen sind in regelmäßigen Abständen, spätestens alle fünf Jahre, zu evaluieren.</p> <p>Der mit dem Notfallgesetz eingeführte Satz 2 wird zu Satz 6 und das Wort „hierzu“ durch die Wörter „Über die Zurverfügungstellung der vertragsärztlichen Versorgung nach Satz 1“ ersetzt.</p>

# Positionierung des AOK-Bundesverbandes zur Reform der Notfallversorgung

## 1. Ziele einer Reform der Notfallversorgung

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

Ziele einer Reform der Notfallversorgung sind daher:

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

## 2. Kernforderungen für eine Reform der Notfallversorgung

### Bündelung der Notfallversorgung in Integrierten Notfallzentren (INZ)

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

Die INZ werden sowohl durch niedergelassene als auch durch im Krankenhaus tätige Ärztinnen und Ärzte betrieben; sie haben den gemeinsamen Versorgungsauftrag. Das INZ ist eine eigenständige und fachlich unabhängige Versorgungseinheit. Es verfügt über eigenes ärztliches und nichtärztliches Personal, eine geeignete apparative

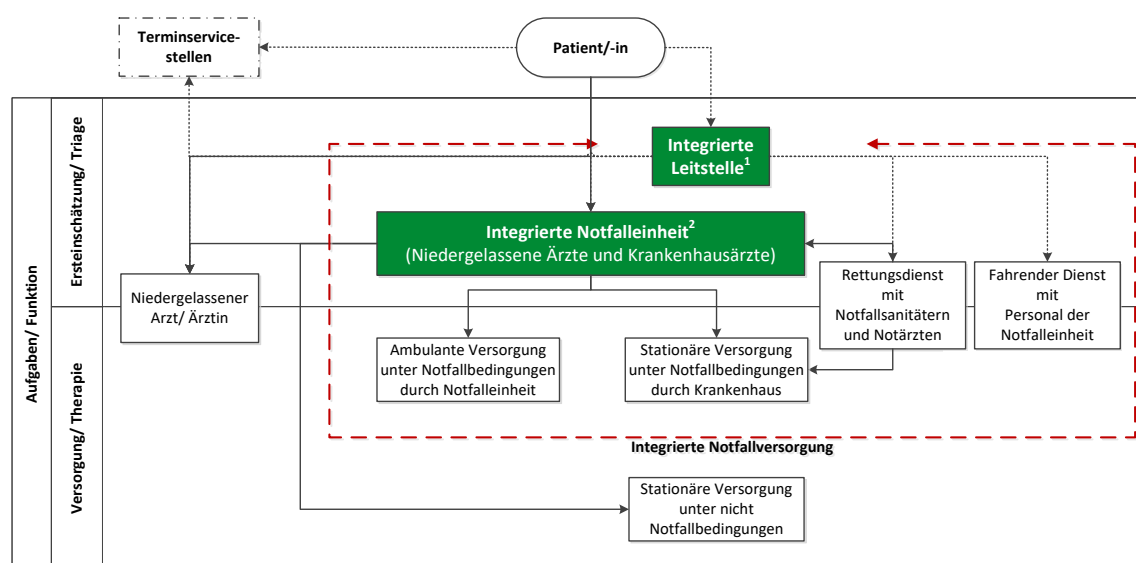
Ausstattung und bei Bedarf über aus dem Krankenhaus zugeordnete Betten. Zum Leistungskatalog gehören insbesondere die medizinische Erstbegutachtung, die Stabilisierung der Patientinnen und Patienten und ggf. die Vorbereitung der stationären Aufnahme sowie die Versorgung ambulanter Notfälle. Über zugeordnete Betten können Patientinnen und Patienten auch nachbeobachtet werden, ohne dass eine stationäre Aufnahme erforderlich ist. Um diagnostische Leistungen zu gewährleisten, werden die INZ und Krankenhäuser sowie vertragsärztlich tätigen Leistungserbringer (z.B. radiologische Praxen) gesetzlich verpflichtet, Kooperationsverträge zu schließen.

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

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

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

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



- 1 Notfallalgorithmus mit Zugriff auf Ressourcen der Krankenhäuser und teilnehmenden Vertragsärzten
- 2 Ersteinschätzung/Triage durch Generalisten mit notfallmedizinischer Zusatzqualifikation

.....> telefonischer Zugang  
 —> physischer Zugang

Abbildung 1: Modell der integrierten Notfallversorgung

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

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

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

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

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

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

## **Finanzierung und Vergütung**

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



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

### **Reform des Rettungsdienstes und Einrichtung Integrierter Leitstellen (ILS)**

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

Ein zentrales Element der zukünftigen Notfallversorgung ist die bedarfsgerechte Steuerung der Patientinnen und Patienten durch ILS. Diese sind über unterschiedliche telefonische Zugänge (116117 und 112) erreichbar, verfügen jedoch über ein einheitliches technisches System mit einem gemeinsamen standardisierten Ersteinschätzungsverfahren. Darüber werden die Patientinnen und Patienten sektorenübergreifend in die richtige Versorgungsebene gesteuert. Zu den Leistungen der ILS gehören die telefonische Beratung, die Steuerung in die medizinisch geeignete Versorgungsebene sowie die Disposition geeigneter Rettungsmittel. Die Errichtung wirtschaftlicher und bedarfsnotwendiger Größen der Leitstellen ist erforderlich, um eine zielkonforme Auslastung zu gewährleisten.

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

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

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

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

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

Die Qualitätssicherung im Rettungsdienst ist gegenwärtig lückenhaft und regional unterschiedlich ausgestaltet. Die Nutzung von Routinedaten ist kaum vertreten. Nach Angaben der Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg wurde festgestellt, dass über ein Viertel der polytraumatisierten Patientinnen und Patienten nicht primär in ein dafür geeignetes Zentrum transportiert wurde (SQRBW (2017)). Zwischen den Ergebnissen der einzelnen Rettungsdienstbereiche zeigen sich zudem große Unterschiede.

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

### **Qualität der Versorgung durch Aufklärung der Versicherten verbessern**

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

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

## **Arzneimittelversorgung**

Die Arzneimittelversorgung soll über einen in eine zentrale ambulante Notfallversorgung integrierten Apotheken-Notdienst erfolgen, wobei die räumlichen und organisatorischen Anforderungen an eine Notdienst-Apotheke flexibilisiert werden sollten. Wenn kein zentrales Angebot möglich ist, kann die Abstimmung von Notdienstplänen im Hinblick auf die räumliche Nähe zwischen Apotheke und Arzt die Versorgung verbessern. Ebenso kann die Erweiterung der derzeitigen bundesweiten Notfallnummer 116117 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst auch auf die Vermittlung von Notdienstapotheken bei fehlenden zentralen Angeboten sinnvoll sein.

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