

## **Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Verbändebeteiligung des BMG am 26. Juni 2024**

**Zum Referentenentwurf eines Gesetzes „zur Reform der  
Notfallversorgung“ (NotfallGesetz – NotfallG)**

**Stand: 13.10.24**

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

**AOK-Bundesverband  
Die Gesundheitskasse.**

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>I. Zusammenfassung .....</b>	<b>4</b>
<b>II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs.....</b>	<b>9</b>
<b>Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch .....</b>	<b>9</b>
Nr. 2 § 75 „Inhalt und Umfang der Sicherstellung“ .....	9
<b>Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch .....</b>	<b>16</b>
Nr. 6 § 90 „Landesausschüsse“ .....	16
<b>Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch .....</b>	<b>17</b>
Nr. 7 § 90a SGB V „Gemeinsames Landesgremium“ .....	17
<b>Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch .....</b>	<b>18</b>
Nr. 8 § 105 SGB V „Förderung der vertragsärztlichen Versorgung“ .....	18
<b>Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch .....</b>	<b>21</b>
Nr. 10 § 120 SGB V „Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen“ .....	21
<b>Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch .....</b>	<b>22</b>
Nr. 11 § 123 SGB V „Integrierte Notfallzentren“ .....	22
<b>Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch .....</b>	<b>30</b>
Nr. 12 § 123a SGB V „Einrichtung von Integrierten Notfallzentren“ .....	30
<b>Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch .....</b>	<b>35</b>
Nr. 12 § 123b SGB V „Integrierte Notfallzentren für Kinder- und Jugendliche“ .....	35
<b>Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch .....</b>	<b>37</b>
Nr. 13 § 133a „Gesundheitsleitsysteme“ .....	37
<b>Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch .....</b>	<b>39</b>
Nr. 15 § 377 SGB V „Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten“ .....	39
<b>Artikel 2 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch .....</b>	<b>40</b>
§75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung.....	40
<b>Artikel 3 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes .....</b>	<b>41</b>

§ 12a KHG „Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019“ .....	41
<b>Artikel 4 Änderungen der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung .....</b>	<b>42</b>
§ 11 KHSFV „Förderungsfähige Vorhaben“ .....	42
<b>Artikel 5 Änderung des Apothekengesetzes.....</b>	<b>43</b>
<b>Artikel 6 Änderung der Apothekenbetriebsordnung.....</b>	<b>46</b>
<b>Artikel 7 Änderung des Arzneimittelgesetzes.....</b>	<b>47</b>
<b>Artikel 8 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte .....</b>	<b>49</b>
<b>Artikel 9 Inkrafttreten, Außerkrafttreten .....</b>	<b>50</b>

## I. Zusammenfassung

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

- die heftig umstrittene Krankenhausreform muss kommen und die Ambulantisierung auch strukturell nachvollziehen.
- die vertragsärztliche Versorgung muss fit gemacht werden für die Aufgabewahrnehmung in der Akutversorgung. Die Überfrachtung des ambulanten Versorgungssystems mit Neuaufgaben zur Herzgesundheit steht dazu in direkter Konkurrenz.
- Im Rettungsdienst wird die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nur dann spürbar entlastet, wenn die verringerte Beanspruchung auch zu strukturellen Veränderungen bei Rettungsdiensten führen. Hierauf hat die GKV jedoch keinen Einfluss.

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

Allzu oft suchen heute Patientinnen und Patienten mangels Alternative Notaufnahmen an 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) die notdienstliche Akutversorgung umfasst, ist daher folgerichtig, um klare Verantwortlichkeiten und Verpflichtungen zu garantieren. Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte müssen ihrer Verpflichtung für eine Akutversorgung der gesetzlich Versicherten stärker als bisher nachkommen, um das System langfristig zu

stabilisieren. Besonders zu begrüßen ist die Klarstellung, dass im Rahmen der Akutversorgung nur die für den Akutfall angemessenen Maßnahmen erbracht werden dürfen, dazu gehört auch die Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU).

In den weiteren aktuellen Reformvorhaben (GVSG und GHG) finden sich zahlreiche Vorschläge zu neuer Ausrichtung der ambulanten Versorgung, insbesondere der Hausärztlichen Versorgung. **Die im Rahmen der Akut- und Notfallversorgung adressierten Verpflichtungen stehen in Konkurrenz z. B. zur gleichzeitig vorgesehenen Ausweitung der Disease Management Programme und der Früherkennungsuntersuchungen.** In Konkurrenz deshalb, weil die knappen ärztlichen Ressourcen nur einmal eingesetzt werden können. Auch die Entbudgetierung trägt hierzu bei. Andererseits sind im GVSG die Maßnahmen zur strukturellen Weiterentwicklung der Primärversorgung nicht mehr enthalten, denn die umfassenden Aufgaben, die sinnvollerweise auch im Rahmen einer gestärkten ambulanten Versorgung erbracht werden sollten, erfordern auch stabile und resiliente Strukturen, die interprofessionelle Tätigkeit und auch eine bessere zeitliche Erreichbarkeit der Praxen ermöglichen. **Die Notfallreform ist aber nur dann erfolgreich, wenn die notdienstliche Akutversorgung ambulant auch wirklich gestemmt werden kann. Hier sollte der Gesetzgeber die Prioritäten setzen. In diesem Rahmen müssen auch die Versorgungsaufträge der Vertragsärzte geschärft werden und Verbindlichkeit für die Teilnahme an der Akutversorgung geschaffen werden.**

#### Integrierte Notfallzentren in Krankenhäusern als zentraler Baustein

Es ist zu begrüßen, integrierte Notfallzentren (INZ) bestehend aus einer Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und einer Ersteinschätzungsstelle einzurichten. Von Hilfesuchenden kann in einer akuten Notsituation nicht erwartet werden, dass die Behandlungsdringlichkeit immer richtig eingeschätzt wird und die unterschiedlichen Versorgungswege bekannt sind. Es braucht daher eine zentrale Anlaufstelle, die neutral und medizinisch sachgerecht über den weiteren Versorgungsweg entscheidet. Daher sind Elemente wie die zentralen KV-Akuteleitstellen und einheitliche Ersteinschätzungsverfahren unabdingbar, um die Patientinnen und Patienten in das richtige Versorgungsangebot zu steuern. Die Qualität des Ersteinschätzungsverfahrens entscheidet auch über den Erfolg der Notfallreform. Daher darf diese Richtlinie nicht an Sektoreninteressen scheitern.

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

Die konkreten Probleme vor Ort und damit verbundene Lösungen können auch nur dort bewertet und entschieden werden. Es ist daher folgerichtig, die Entscheidung über die INZ über 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.

#### Mangelnde Einbindung des Rettungsdienstes

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

#### Finanzierbarkeit ernst nehmen!

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

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

### Einsparungen beim Rettungsdienst völlig unrealistisch

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

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

Dem im Gesetzentwurf genannten vermeintlichen Einsparungspotenzial stehen neue Verpflichtungen der gesetzlichen Krankenkassen gegenüber, die sich an den neuen Strukturen beteiligen sollen. Dass sich die GKV daran bisher kaum, etwa über § 105 Abs. 1b SGB V, beteiligt, ist schlicht eine unzutreffende Behauptung. Umso wichtiger ist es, dass diese Mittel mit den neuen Kostenverpflichtungen verrechnet werden und die GKV nicht weiter über Gebühr belastet wird. Zudem ist die Beteiligung der privaten Krankenversicherung (PKV) wie üblich mit sieben Prozent festzuschreiben, um eine angemessene Beteiligung der PKV sicherzustellen.

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

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



## II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs

### Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

#### Nr. 2 § 75 „Inhalt und Umfang der Sicherstellung“

##### A Beabsichtigte Neuregelung

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

**Abs. 1b:** Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) wird in einem neuen Absatz 1b dahingehend konkretisiert, dass sie eine vertragsärztliche notdienstliche (Erst)Versorgung 24/7 sicherzustellen haben. Diese umfasst auch die Feststellung einer Krankschreibung (AU) sowie die Verordnung von kurzfristig benötigten Arzneimitteln.

Sicherzustellen ist die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch eine verpflichtende Beteiligung an INZ nach §§ 123 und 123b SGB V sowie durch ein telemedizinisches und ein aufsuchendes Versorgungsangebot. Zur personellen und wirtschaftlichen Entlastung wird den KVen ermöglicht, im Rahmen des aufsuchenden Angebots Kooperationen mit dem Rettungsdienst einzugehen und auch nichtärztliches Personal im Rahmen der ärztlichen Delegation gemäß § 28 Abs. 1 SGB V zu beteiligen.

**Abs. 1c:** Die KVen haben unter der Rufnummer 116 117 zusätzlich zur TSS eine Akutleitstelle einzurichten. Diese besteht aus Beratungsärztinnen und -ärzten mit konkreten Erreichbarkeitsvorgaben als zentrale erste Anlaufstelle für Hilfesuchende mit sofortiger ambulanter Behandlungsnotwendigkeit in Kooperation mit der Rufnummer 112. Grundlage der Vermittlung der ärztlichen Versorgung stellt ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren dar.

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

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

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

## **B Stellungnahme**

**Abs. 1a:** Es ist nicht nachvollziehbar, warum in Fällen, bei denen unter Anwendung des standardisierten Ersteinschätzungsinstrumentes nach §123 Abs. 3 SGB V ein ärztlicher Behandlungsbedarf, nicht jedoch eine sofortige Behandlungsnotwendigkeit festgestellt wurde, eine Terminvermittlung über die TSS nicht mehr möglich ist. Dadurch kann u. a. das Potenzial von bei der TSS gemeldeten freien Terminen nicht genutzt werden.

**Abs. 1b:** Der AOK-Bundesverband begrüßt die Bestrebungen, durch eine Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags die ambulante notdienstliche Akutversorgung zu verbessern. Ein wichtiger Schritt ist die geplante Verpflichtung der KVen, durchgängig auch eine telemedizinische Versorgung bereitzustellen. Damit werden die Versorgungsstrukturen stärker am tatsächlichen Bedarf ausgerichtet.

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

Handlungsdruck ist, zeigt allein die Ausgabenentwicklung für den Einsatz von Rettungsfahrzeugen. Diese stiegen von 1,7 Milliarden Euro im Jahr 2022 auf 4,1 Milliarden Euro im Jahr 2023.

Positiv zu bewerten ist, dass für den aufsuchenden Dienst auch nichtärztliche Professionen mit eingebunden werden können. Dies zeigt, dass der Gesetzgeber deren bereits vielfach international bewiesenes Potenzial sieht. Im internationalen Vergleich hinkt Deutschland in Bezug auf den Einsatz nichtärztlicher Professionen in der ambulanten Versorgung weit hinterher. National gibt es bereits gute Beispiele, die sogenannten Nichtärztlichen Praxisassistenten (NäPas) führen beispielsweise bereits seit Jahren erfolgreich im Rahmen ärztlicher Delegation Hausbesuche durch. Qualifizierte Pflegefachpersonen können in Modellprojekten sogar selbstständig Heilkunde ausüben und stehen mit der geplanten Erweiterung der Heilkundekompetenz bereits in den Startlöchern für die Regelversorgung. Insofern kann deren Einsatz für den aufsuchenden Dienst nur der Anfang sein. Um die Fälle möglichst abschließend behandeln zu können und ärztliche Kompetenz nur punktuell einzusetzen, muss vorab telefonisch eine möglichst genaue Erfassung der Situation erfolgen. Der Einsatz des standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens stellt hier eine gute Grundlage dar. Zur Konkretisierung des Einsatzes des nicht-ärztlichen Personals ist es sinnvoll, Regelungen im Bundesmantelvertrag-Ärzte zu treffen.

Weitere Regelungen, wie die Krankschreibung (AU) und die Verordnung von kurzfristig benötigten Arzneimitteln durch Notaufnahme, Notdienstpraxis eines INZ bzw. Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ) oder des aufsuchenden Notdienstes werden ausdrücklich begrüßt, da dadurch unnötige Kontakte mit der hausärztlichen Praxis vermieden werden können. Dies wird zu weiteren Entlastungen im System der KVen führen.

Auch dass die notdienstliche Akutversorgung als Teil des Sicherstellungsauftrages konkretisiert wird, wird ausdrücklich begrüßt. Die Meldung von freien Terminen in ausreichendem Umfang an die TSS ist dabei zentral. Zur Wahrung der Versorgungskontinuität ist es aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sinnvoll, dass nach Möglichkeit eine bereits bekannte Praxis aufgesucht wird. Sowie, dass bei der Vermittlung in ein telemedizinisches Angebot möglichst auf eine räumliche Nähe zu achten ist, sodass im Anschluss oder bei Bedarf auch eine Behandlung in der Praxis möglich ist.

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

Auch der Einsatz von Telemedizin ist richtig. Dabei sollte das bestehende digitale Angebot weiter ausgebaut und bundesweit vereinheitlicht werden. Hilfesuchende können bereits jetzt über die 116117-App Arzt- oder Therapeuten-Termine suchen, sofern ein Code vom Arzt vergeben wurde. Über den „Patienten Navi Online“ auf der Website 116117.de können Patienten aus aktuell 10 Bundesländern schon jetzt mittels SMED ihre Beschwerden einschätzen und die Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs ermitteln lassen; ggf. erhält der Patient eine PIN und wird direkt an die Leitstelle weitergeleitet, die darüber Zugriff auf das Ergebnis der Selbsteinschätzung hat und die weitere Versorgung veranlasst.

Grundsätzlich wurde mit der TSS ein sinnvolles Element zur Versorgungssteuerung inkl. dem Zugang zur Versorgung geschaffen. Der Erfolg steht und fällt mit der Ausgestaltung. Hier gibt es große Unterschiede. Wie das Aufkommen zahlreicher alternativer, privatwirtschaftlicher Angebote zeigt, gehen die bisherigen Angebote und deren Qualität oft an der Nachfrage der Patientinnen und Patienten vorbei. Insofern werden die konkreten Festlegungen und Erweiterungen für die Akutleitstelle ausdrücklich begrüßt.

Bei dem Ausbau des Angebotes von Beratungsärztinnen und Beratungsärzten ist es u. a. wichtig, dass die Versorgungskontinuität nicht gefährdet und Doppeluntersuchungen vermieden werden. Daher ist eine solide Abklärung, inwiefern ein Fall (video)-telefonisch abschließend beraten werden kann, wichtig. Sofern hier Zweifel bestehen, sollte dringend an eine Praxis in räumlicher Nähe vermittelt werden - ggf. ebenso zunächst in ein Videoangebot. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die regelhafte Überprüfung und Evaluation der Tätigkeit der TSS gemäß § 75 1e SGBV.

Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Krankenkassen nicht bei der Ausgestaltung der TSS bzw. Akutleitstelle und deren Angebote mit einbezogen werden, gleichwohl

sie über den engen Kontakt mit ihren Versicherten die Probleme und Wünsche einbringen können. Insofern sollten die Krankenkassen zukünftig inhaltlich beteiligt sein, bisher fehlt es derartiger Regelungen.

**Abs. 1d:** Die Regelung ist sachgerecht.

**Abs. 1e:** Die Regelung ist sachgerecht. Siehe weitere Kommentierung zu Artikel 2.

**Abs. 1f:** Die Regelung wird begrüßt.

## C Änderungsvorschlag

Abs. 1a

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

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

Abs. 1b

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

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch

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

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

Abs. 1c

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

Zur Terminvermittlung in Akutfällen und zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1b betreibt jede Kassenärztliche Vereinigung eine Akutleitstelle, die 24 Stunden täglich und spätestens innerhalb von drei Minuten in 75 Prozent der Anrufe und zehn Minuten in 95 Prozent der Anrufe unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer nach Absatz 1a Satz 2 und 24 Stunden täglich über digitale Angebote erreichbar ist; die Erreichbarkeitsvorgaben sind spätestens zum ...[einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu erfüllen. Die Akutleitstelle hat Versicherten in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens nach Absatz 7 Satz 1 Nummer 6 eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene, in geeigneten Fällen auch in Form einer telefonischen oder videounterstützten ärztlichen Konsultation, zu vermitteln. Für die Terminvermittlung in die fachärztliche Versorgung bedarf es im Akutfall keiner Überweisung. Auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle ist die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zur Kooperation nach § 133a Absatz 1 Satz 1 verpflichtet. **Bei der Ausgestaltung der Akutleitstellen sind die Krankenkassen zu beteiligen. Die Einzelheiten regeln die Partner der Bundesmantelverträge.**

Abs. 1d:

Keine Änderung.

Abs. 1e:

Siehe Kommentierung zu Artikel 2.

Abs. 1f

Keine Änderung.

## Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

### Nr. 6 § 90 „Landesausschüsse“

#### A Beabsichtigte Neuregelung

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

#### B Stellungnahme

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

#### C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.



## **Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 7 § 90a SGB V „Gemeinsames Landesgremium“**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

#### **B Stellungnahme**

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

#### **C Änderungsvorschlag**

Kein Änderungsbedarf.

## **Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 8 § 105 SGB V „Förderung der vertragsärztlichen Versorgung“**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

Die neu hinzukommenden Mittel sind zweckgebunden und sollen die zusätzlichen Notdienststrukturen finanzieren. Die KVen sind verpflichtet, den Vertragspartnern entsprechende Kalkulationen und Nachweise vorzulegen. Mindernd berücksichtigt werden sollen die bereits nach der regionalen Euro-Gebührenordnung abgerechneten Leistungen und Kosten sowie nicht ausgeschöpfte Mittel des Honorarvolumens für die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst nach § 87b Absatz 1 Satz 3 SGB V.

#### **B Stellungnahme**

Es ist zunächst festzustellen, dass mit den Maßnahmen die vertragsärztliche Versorgung um akut zu versorgende Leistungen entlastet wird, für die die Gesamtvergütung unter anderem mit befreiender Wirkung gezahlt wird. Die KVen sind zur Sicherstellung der Versorgung per se verpflichtet. Es sind daher bestehende Mittel unter anderem nach § 105 Abs. 1b SGB V zu verwenden und auf bestehende Strukturen aufzusetzen. Eine Doppelfinanzierung muss verhindert werden. Entgegen den Erläuterungen aus der Gesetzesbegründung findet sich in einem Gros der Länder etwaige Vereinbarungen zu § 105 Abs. 1b SGB V. Damit sind Aufwendungen für die Krankenkassen in Höhe eines deutlichen Millionenbetrages verbunden.

Eine Beteiligung der KVen ist unabdingbar, weil nur so das Prinzip der Wirtschaftlichkeit gewahrt wird und es dem Umstand der Verpflichtung der Sicherstellung entsprechend Rechnung trägt. Diese wird daher dezidiert begrüßt.

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

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

Kritisch anzumerken ist die bisherige Regelung zu Beteiligung der PKV. Zwar wird in der Gesetzesbegründung von einer angemessenen Beteiligung der PKV gesprochen, der eigentliche Normtext sieht aber nur eine Beteiligung der PKV an der Vertragsverhandlung vor, der dann eine Vereinbarung folgt. Richtiger ist es, eine Festschreibung von 7 Prozent an der Beteiligung der Kostenträger vorzugeben, wie es der üblichen Praxis entspricht.

### **C     Änderungsvorschlag**

In Satz 2 werden nach dem Wort „Beteiligung“ die Wörter „in Höhe von sieben Prozent“ ergänzt.

In Satz 5 wird folgender Halbsatz nach einem Semikolon hinzugefügt:

**„dies gilt auch für die bisherigen Mittel nach Abs. 1b.“**

Es werden folgende Sätze 9 und 10 hinzugefügt:

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

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



## **Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 10 § 120 SGB V „Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen“**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

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

#### **B Stellungnahme**

a) Die Regelung ist sachgerecht.

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

#### **C Änderungsvorschlag**

Kein Änderungsbedarf.

## Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

### Nr. 11 § 123 SGB V „Integrierte Notfallzentren“

#### A Beabsichtigte Neuregelung

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

Die KVen stellen die notdienstliche Akutversorgung durch Kooperationen mit den Krankenhäusern im Rahmen der INZ und Einbindung der zentralen Notaufnahmen (ZNA) sicher. Krankenhäuser, die als INZ-Standort bestimmt wurden, sind zur Kooperation mit der KV verpflichtet. Innerhalb des INZ erfolgt eine digitale Fallübergabe in einem interoperablen Datenformat, das die verbindlichen Vorgaben nach § 385 Abs. 2 beachtet. Die KVen sollen mit Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) im Umkreis des Krankenhausstandortes Kooperationen eingehen, um die Versorgung von Akutfällen während der regulären vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten, außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxen, sicherzustellen. Auch mit den Kooperationspraxen muss die digitale Fallübergabe gewährleistet sein. Kooperationspraxen sind bei der Versorgung der Hilfesuchenden nicht auf die notdienstliche Erstversorgung beschränkt.

**Abs. 2:** Hilfesuchende, die selbständig ein INZ aufsuchen, werden von der Ersteinschätzungsstelle hinsichtlich der Behandlungsdringlichkeit und der geeigneten Versorgungsebene innerhalb des INZ, einschließlich der Kooperationspraxis, eingeschätzt. Die Durchführung der Ersteinschätzung kann an nichtärztliches Personal delegiert werden. Soweit der G-BA das digitale standardisierte Einschätzungsinstrument nach Abs. 3 zur Verwendung bestimmt hat, darf nur noch dieses Instrument verwendet werden. INZ können Patientinnen und Patienten nach der notdienstlichen Akutversorgung einen Termin für die ambulante Weiterbehandlung über das System der Terminservicestelle anbieten. Hilfesuchende, die über die Vermittlung der Akutleitstelle ein IZN aufsuchen, sind bei gleicher medizinischer Behandlungsdringlichkeit grundsätzlich vorrangig zu behandeln.

**Abs. 3:** Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes in einer Richtlinie Vorgaben für ein standardisiertes

digitales Ersteinschätzungsinstrument fest, das sowohl die Behandlungsdringlichkeit als auch die richtige Versorgungsebene (Notaufnahme, Notdienstpraxis oder Kooperationspraxis) ermittelt. Außerdem regelt er, wie die Einhaltung der Vorgaben nachgewiesen werden soll, wie die Ersteinschätzungsstellen die Verwendung des Ersteinschätzungsinstruments nachweisen und ab wann das Instrument zu verwenden ist. Darüber hinaus legt der G-BA die Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen in den INZ fest, die sich an der üblichen Ausstattung einer Hausarztpraxis orientieren soll. Zudem sollen Vorgaben zum Nachweis und zur Kontrolle dieser Mindestanforderungen festgelegt werden.

Die Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung nach § 136c Absatz 4 hat der G-BA in der Richtlinie zu berücksichtigen. Die Vergütung der Ersteinschätzung ist ab dem Zeitpunkt, an dem das standardisierte Ersteinschätzungsinstrument gilt, an den Nachweis seiner Verwendung geknüpft. Wissenschaftliche Fachgesellschaften können Stellung zur Richtlinie nehmen; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

Der G-BA prüft bis zum 31.12.2026 die Auswirkung der Richtlinie in Bezug auf die Inanspruchnahme der Notaufnahmen und der Notdienstpraxen, der Auswirkungen auf die Patientenversorgung sowie die Erforderlichkeit zur Anpassung der Regelungen und berichtet dem BMG darüber. Das Nähere zur Umsetzung dieses Auftrages inklusive der Übermittlung der notwendigen Daten an den G-BA wird in der Richtlinie festgelegt.

**Abs. 4:** Der ergänzte Bewertungsausschuss Ärzte wird verpflichtet, bis zum übernächsten Quartal nach Inkrafttreten im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) die Vergütung der Ersteinschätzung nach Absatz 2 Satz 1 als separat abzurechnende Einzelleistung festzulegen. Es besteht eine Evaluationsverpflichtung bezüglich der Entwicklung der Leistung, dem Abrechnungsort und der Auswirkungen auf Versorgung und Vergütung. Dieser Bericht ist dem Bundesgesundheitsministerium vorzulegen.

**Abs. 5:** Um eine Arzneimittelversorgung von Patientinnen und Patienten in Notdienstpraxen sicherzustellen, sind entsprechende Versorgungsverträge zwischen den zuständigen KVen und den Apotheken nach § 12b Apothekengesetz zu schließen. Im vertragslosen Zustand wird die Versorgung nach § 43 Absatz 3b Arzneimittelgesetz (streng am Bedarf orientierte ärztliche Abgabe von Arzneimitteln) sichergestellt.

**Abs. 6:** INZ gewährleisten die Behandlung von Kindern und Jugendlichen durch telemedizinische oder telefonische Konsile, wenn am Standort kein INZ für Kinder und Jugendliche (KINZ) vorhanden ist. Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a bestimmt die Konzeption und Koordinierung dieser telemedizinischen Konsile.

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

## **B Stellungnahme**

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

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

Die Festlegung, dass die fachliche Leitung und Verantwortung für die Ersteinschätzungsstelle bei den Krankenhäusern liegt und dass diese eine Kooperationspflicht mit der KV haben, wenn sie als INZ-Standort bestimmt wurden, ist sachgerecht.

Gleiches gilt für die geplanten Kooperationen der KVen mit Vertragsarztpraxen und MVZ. Die Versorgung in den Kooperationspraxen darf jedoch nicht zu Mehrausgaben für die GKV führen, daher sind monetäre Anreize für diese Kooperationen abzulehnen.

Die Vorgabe, eine digitale Fallübergabe in einem interoperablen Datenformat zwischen allen am INZ Beteiligten zu implementieren, wird begrüßt. Sie ist notwendig,



um die Prozesse im INZ effizient zu gestalten. Die Vorgabe dürfte in der Praxis aber zumindest in der Anfangsphase auf Umsetzungsschwierigkeiten stoßen, da die Krankenhaus- und Praxisinformationssysteme durch die Hersteller erst angepasst werden müssen. Außerdem muss es bundesweit einheitliche Vorgaben zum Inhalt und zur Umsetzung geben.

Die geplante Weiterleitung der Hilfesuchenden innerhalb der regulären Sprechstundenzeiten und außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxen in Kooperationspraxen ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Regelung greift jedoch zu kurz. Die Weiterleitung von Hilfesuchenden mit ambulantem Versorgungsbedarf muss in jeder Vertragsarztpraxis möglich sein, die über freie Termine verfügt. Eine Terminvermittlung sollte in den INZ über die Terminservicestellen erfolgen. Nur so ist eine effektive Entlastung der Notaufnahmen der Krankenhäuser zu erreichen.

**Abs. 2:** Die Ersteinschätzung der Hilfesuchenden mittels eines bundesweit einheitlichen Ersteinschätzungsinstruments, das sowohl die Behandlungsdringlichkeit als auch die richtige Versorgungsebene ermittelt, wird begrüßt. Auch die Delegationsmöglichkeit an nichtärztliches Personal ist richtig, um das ärztliche Personal zu entlasten.

Die Weiterleitung in die richtige Versorgungsebene soll allerdings nur innerhalb des INZ einschließlich der Kooperationspraxen erfolgen. Es ist vorgesehen, dass Hilfesuchende nach erfolgter Ersteinschätzung nur nach einer separat zu vergütenden tatsächlichen Untersuchung durch eine Ärztin/einen Arzt innerhalb des INZ in die reguläre vertragsärztliche Regelversorgung verwiesen werden dürfen. Sofern es keine Kooperationspraxis am INZ gibt und/oder die Notdienstpraxis zum Zeitpunkt der Ersteinschätzung geschlossen hat, kann der Hilfesuchende damit nur in der Notaufnahme versorgt werden, auch wenn die Ersteinschätzung eigentlich einen ambulanten Versorgungsbedarf ermittelt hat. Um die Notaufnahmen der Krankenhäuser effektiv zu entlasten, muss daher die Weiterleitung von Hilfesuchenden, bei denen die Ersteinschätzung keinen dringlichen Behandlungsbedarf ergeben hat, in die vertragsärztliche Regelversorgung möglich sein.

Ebenfalls im Gesetzestext ergänzt werden sollte die bisher nur in der Gesetzesbegründung dargestellte Regelung, dass Hilfesuchende, die kein dringendes gesundheitliches Problem schildern, sondern beispielsweise nur eine Routineuntersuchung

wünschen, keine Ersteinschätzung erhalten und direkt an die vertragsärztliche Regelversorgung bzw. die Rufnummer 116 117 verwiesen werden dürfen.

Dass INZ den Patientinnen und Patienten einen Termin in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung über das System der Terminservicestellen anbieten können, ist im Sinne der Vermeidung von Versorgungsbrüchen zu begrüßen.

Die Bevorzugung von Patientinnen und Patienten, die über die Vermittlung der Akutleitstelle in ein INZ kommen, würde einen wichtigen Anreiz für Hilfesuchende setzen, sich bei akuten gesundheitlichen Problemen zunächst immer an die Akutleitstelle zu wenden. Dies ist wünschenswert, weil die Steuerung der Patientinnen und Patienten in die richtige Versorgungsebene am besten bereits bei der Akut- oder Rettungsleitstelle beginnt, um die INZ und damit die Notaufnahme der Krankenhäuser zu entlasten. Voraussetzung ist jedoch, dass die Hilfesuchenden die Telefonnummer 116 117 und die damit verknüpften Angebote auch kennen. Das ist bisher nicht ausreichend der Fall. Es werden daher entsprechende Aufklärungskampagnen durch die KVen benötigt.

**Abs. 3:** Es wird begrüßt, dass der G-BA bundesweit einheitlich geltende Vorgaben für ein Ersteinschätzungsverfahren festlegt und dass das Instrument nicht nur die Behandlungsdringlichkeit, sondern auch die richtige Versorgungsebene ermittelt. Nur so können eine effektive Steuerung der Hilfesuchenden und eine Entlastung der Notaufnahmen der Krankenhäuser gelingen.

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

Die Regelung, dass die Vergütung der Ersteinschätzung an den Nachweis der Verwendung des standardisierten Ersteinschätzungsinstruments geknüpft ist und dass der G-BA die Vorgaben zu Form und Inhalt des Nachweises festlegt, wird begrüßt.

Begrüßt wird auch, dass der G-BA Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen in den INZ und Vorgaben zum Nachweis der Einhaltung und zur Kontrolle festlegt. Dadurch wird sichergestellt, dass bundesweit eine einheitliche Mindeststrukturqualität in den Notdienstpraxen eingehalten wird. Darüber hinaus muss die Vergütung der Behandlung in den Notdienstpraxen an die

Einhaltung der Mindestanforderungen geknüpft sein. Diese Vorgaben sind aber richtiger Weise an anderer Stelle verortet.

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

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

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

**Abs. 5:** Die Regelung ist sachgerecht und Voraussetzung für die geplanten Regelungen in Artikel 5.

**Abs. 6:** Die Regelung, die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in INZ bei Bedarf durch telemedizinische oder telefonische Konsile vorzunehmen, wird begrüßt. Die Bestimmung der Konzeption und Koordinierung der telemedizinischen Unterstützung obliegt dem erweiterten Landesausschuss auf Landesebene und ist sachgerecht. Auf Landesebene gibt es sehr unterschiedliche Strukturen und Versorgungsangebote im Kinder- und Jugendbereich. Die konzeptionelle Ausgestaltung und die telemedizinische Anbindung können so die landesspezifischen Besonderheiten berücksichtigen.

**Abs. 7:** Die Regelung ist grundsätzlich nachvollziehbar. Kritisch anzumerken ist, dass bei der bisherigen Berichtspflicht keine Information an die Kostenträger erfolgt. Das ist gerade im Hinblick auf sachgerechte Entscheidungen zu den Einrichtungen der INZ zwingend anzupassen. Die von den KVen und der KBV erstellten Berichte sind auch

den Landesverbänden der Krankenkassen / Ersatzkassen bzw. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung zu stellen.

## C Änderungsvorschlag

### Absatz 1

Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

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

### Absatz 2

Satz 1 wird wie folgt gefasst:

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

Der Absatz wird um folgenden Satz ergänzt:

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

### Absatz 3

Satz 1 Nummer 1 wird wie folgt geändert:

„1. Vorgaben an ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument, das für Hilfesuchende einerseits die Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs feststellt und andererseits die Bestimmung der sachgerechten Versorgungsebene innerhalb der Kooperation nach Absatz 1 **und außerhalb der Kooperation in der vertragsärztlichen Regelversorgung** als Grundlage für die Ersteinschätzungsstelle ermöglicht.“

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

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

Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

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

**Abs. 4:**

Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 neu hinzugefügt:

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

**Abs. 5:**

Kein Änderungsbedarf.

**Abs. 6:**

Kein Änderungsbedarf.

**Abs. 7:**

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

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

## Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

### Nr. 12 § 123a SGB V „Einrichtung von Integrierten Notfallzentren“

#### A Beabsichtigte Neuregelung

**Abs. 1:** Der um Mitglieder der Krankenhäuser erweiterte Landesausschuss nach § 90 Abs. 4a SGB V bestimmt innerhalb von sechs Monaten nach Verkündung des Gesetzes die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser, an denen INZ eingerichtet werden sollen. Dazu soll es geeignete Planungsregionen zur flächendeckenden Versorgung mit INZ festlegen. Voraussetzungen für die Eignung eines Krankenhauses als INZ-Standort sind das Vorliegen mindestens der Notfallstufe der Basisversorgung nach § 136c Abs. 4 SGB V und das keine berechtigten Interessen des Krankenhauses entgegenstehen. Weitere Kriterien für die Standortfestlegung sind die Erreichbarkeit innerhalb von 30 Fahrzeugminuten für mindestens 95 Prozent der Menschen in der Planungsregion, die Zahl der zu versorgenden Menschen in der Planungsregion, die Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Personennahverkehr und die vorhandenen Möglichkeiten der Kooperation mit Vertragsärzten und MVZ in der Nähe des Krankenhauses. Sofern mehrere Krankenhäuser in einer Planungsregion diese Kriterien erfüllen, sollen Krankenhäuser bevorzugt werden, die eine höhere Notfallstufe oder eine leistungsfähigere Notaufnahme (nach Fallzahl o. ä.) aufweisen, über mehr notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen verfügen oder in denen Notdienstpraxen unmittelbar in der Notaufnahme eingerichtet werden können.

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

**Abs. 2:** Für die Organisation des INZ schließen die KVen und der Krankenhausträger innerhalb von sechs Monaten nach Festlegung des Standortes eine Kooperationsvereinbarung und richten ein Organisationsgremium ein für die Regelungen der Zusammenarbeit und für ein gemeinsames Qualitätsmanagement. Für das Qualitätsmanagement dürfen personenbezogene Daten verarbeitet werden. Die Kooperationsvereinbarung sollte insbesondere Regelungen zum Organisationsgremium, zur Vernetzung und digitalen Fallübergabe, zur Durchführung der Ersteinschätzung, zur Organisation der Ersteinschätzungsstelle, zum Betrieb der Notdienstpraxis, zur Ausgestaltung der Ausschreibung für Versorgungsvertrag nach § 12b Apothekengesetz, zur

Nutzung der technischen und diagnostischen Einrichtungen des Krankenhauses, zu den Voraussetzungen für die Weiterleitung von Hilfesuchenden in die Kooperationspraxen und zu Regelungen für den Fall von wiederholten und schwerwiegenden Verstößen gegen die Kooperationsvereinbarung und für den Fall, dass die „Kooperationspraxis“ (gemeint ist eigentlich die Notdienstpraxis) sich nicht an die gesetzlichen Mindestöffnungszeiten oder an die vertraglich festgelegten Öffnungszeiten hält.

Die Notdienstpraxis hat mindestens an Wochenenden und Feiertagen von 9 bis 21 Uhr, Mittwoch und Freitag von 14 bis 21 Uhr und Montag, Dienstag und Donnerstag von 18 bis 21 Uhr zu öffnen. Soweit empirisch nachgewiesen werden kann, dass der Betrieb der Notdienstpraxis aufgrund geringer Inanspruchnahme nicht wirtschaftlich betrieben werden kann, können in der Kooperationsvereinbarung auch kürzere Öffnungszeiten vereinbart werden. Es ist möglich, entsprechende Regelungen auch als Rahmenvertrag in dreiseitigen Verträgen nach §115 Abs. 2 Satz 1 Nummer 3 landesweit vorzugeben.

Zu 6.: In die Ausgestaltung der Kooperationsverträge nach § 12b Apothekengesetz sind die Kooperationsvertragspartner miteinzubeziehen. Zur Sicherstellung des Betriebs einer notdienstversorgenden Apotheke auf dem Gelände der Notdienstpraxen („zweite Offizin“) ist zudem die Anmietung oder Gestellung von Räumlichkeiten in den Kooperationsvertrag einzubeziehen.

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

**Abs. 4:** Bereits bestehende Notdienstpraxen sind in die INZ zu überführen.

## **B Stellungnahme**

**Abs. 1:** Die Bestimmung der Standorte durch den erweiterten Landesausschuss ist sachgerecht. Allerdings sollten die Kriterien für die Standortfestlegung und für die Festlegung geeigneter Planungsregionen durch den G-BA bundesweit einheitlich

festgelegt werden und dabei Handlungsspielräume für regionale Gestaltungsmöglichkeiten lassen. Die Anzahl der INZ-Standorte muss sich am tatsächlichen Bevölkerungsbedarf orientieren. Hierzu sind weitergehende Bestimmungen notwendig. Die Regelung, dass bei der Standortbestimmung auf die Erfüllung der Kriterien verzichtet werden kann, wenn anderweitig die flächendeckende Versorgung nicht gesichert werden kann, wird begrüßt.

**Abs. 2:** Der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen wird grundsätzlich begrüßt. Um allerdings eine einheitliche Ausgestaltung der INZ zu gewährleisten, sollten durch den G-BA entsprechende allgemeine Kriterien festgelegt werden.

Der gemeinsame Betrieb der INZ durch KV und Krankenhausträger ist sachgerecht und im Sinne der sektorenübergreifenden Versorgung notwendig. Die festgelegten Mindestöffnungszeiten für die Notdienstpraxen sind ebenfalls sachgerecht, da sie außerhalb der regulären vertragsärztlichen Sprechzeiten liegen und damit die Vorkhaltung von Doppelstrukturen vermieden wird. Darüber hinaus sollten sich die Öffnungszeiten grundsätzlich am Bevölkerungsbedarf orientieren.

Die Regelung in Absatz 2 Satz 4 Nr. 6 ist sachgerecht und Voraussetzung für einen Betrieb der notdienstversorgenden Apotheken gemäß Artikel 5.

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

**Abs. 3:** Die Regelungen zum Schiedsverfahren sind sachgerecht.

**Abs. 4:** Die Überführung bereits bestehender Notdienstpraxen in die INZ ist sachgerecht. Es fehlt eine Regelung, wie mit Notdienstpraxen an Krankenhäusern umzugehen ist, die nicht als INZ-Standort bestimmt wurden.

## C Änderungsvorschlag

### **Absatz 1**

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



In § 101 wird folgender Absatz 7 ergänzt:

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

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

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

- Vorrangigkeit von höheren Notfallstufen der Krankenhäuser
- Sicherstellungshäuser
- Vorrangigkeit von höheren stationären Fallzahlen der Krankenhäuser
- bestehende KV-Notdienstpraxen.

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

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

## **Absatz 2**

Der Absatz wird wie folgt gefasst:

„Zur Organisation des Integrierten Notfallzentrums schließen die Kassenärztliche Vereinigung und der Krankenhausträger innerhalb von sechs Monaten, nachdem der Krankenhausstandort als Standort eines Integrierten Notfallzentrums nach Absatz

1 Satz 1 bestimmt worden ist, eine Kooperationsvereinbarung. In der Kooperationsvereinbarung nach Satz 1 ist insbesondere das Nähere zu vereinbaren

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

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

Sofern der ursprüngliche Regelungsvorschlag beibehalten wird:

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

Absatz 3

Kein Änderungsbedarf.

Absatz 4

Kein Änderungsbedarf.

## Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

### Nr. 12 § 123b SGB V „Integrierte Notfallzentren für Kinder- und Jugendliche“

#### A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

#### B Stellungnahme

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

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

#### C Änderungsvorschlag

##### Absatz 1

Satz 1 wird folgendermaßen geändert:

„(1) Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann Standorte zugelassener Krankenhäuser bestimmen, an denen Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche eingerichtet werden. Bis zum [...] [einsetzen: Datum des ersten Tages des

**sechsten** auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] hat er erstmals über die Einrichtung von Standorten nach Satz 1 zu entscheiden.“

Absatz 2

Kein Änderungsbedarf.

## Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

### Nr. 13 § 133a „Gesundheitsleitsysteme“

#### A Beabsichtigte Neuregelung

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

#### B Stellungnahme

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

Um tatsächlich zu gewährleisten, dass allen Hilfesuchenden das jeweils notwendige Angebot unterbreitet werden kann, sind weitere gesetzliche Schritte notwendig, die eine umfassende Reform des Rettungsdienstes zum Inhalt haben. Neben einer Kooperationsverpflichtung der Rettungsleitstellen untereinander und mit den KVen müssen

dort auch bundeseinheitliche Vorgaben zur digitale Vernetzung und Qualität festgelegt werden. Einheitliche Vorgaben und Strukturen können den Bürokratieaufwand erheblich senken.

### **C Änderungsvorschlag**

Die Kooperation von Rettungsleitstelle und KV-Akuteitstelle zur Etablierung eines Gesundheitsleitsystems sollte verbindlich vorgegeben werden.

## **Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

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

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

#### **B Stellungnahme**

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

#### **C Änderungsvorschlag**

Kein Änderungsbedarf.

## Artikel 2 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

### §75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung

#### A Beabsichtigte Neuregelung

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

#### B Stellungnahme

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

#### C Änderungsvorschlag

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

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



## **Artikel 3 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

### **§ 12a KHG „Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019“**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

#### **B Stellungnahme**

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

#### **C Änderungsvorschlag**

Kein Änderungsbedarf.

## **Artikel 4 Änderungen der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung**

### **§ 11 KHSFV „Förderungsfähige Vorhaben“**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

#### **B Stellungnahme**

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

#### **C Änderungsvorschlag**

Kein Änderungsbedarf.

## Artikel 5 Änderung des Apothekengesetzes

### A Beabsichtigte Neuregelung

Um eine qualitativ hochwertige Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sicherzustellen, erhalten Apotheken die Möglichkeit, Versorgungsverträge mit Notdienstpraxen zu schließen. Die notdienstpraxenversorgenden Apotheken sollen sich dabei in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis oder in Form einer zweiten Offizin mit Lagerräumen auf dem Gelände der Notdienstpraxis befinden und mit Zutrittsbeschränkungen versehen sein. Die Versorgungsverträge regeln dabei u. a. die Anforderungen an die Räumlichkeiten, die Öffnungszeiten und die Sicherstellung von Beratungen. Die notdienstpraxenversorgenden Apotheken, die nur während der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis die Arzneimittelversorgung sicherstellen sollen, erhalten einen pauschalen Zuschuss pro Woche, unabhängig davon, ob es sich um Vollnotdienste handelt oder der Notdienst erbracht wird.

### B Stellungnahme

Der Vorschlag zur Arzneimittelversorgung von akut erkrankten Patientinnen und Patienten in unmittelbarer Nähe der Notdienstpraxen 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. So ist die geplante Integration von Apotheken-Notdiensten in eine zentrale ambulante Notfallversorgung/Notfallzentrum mit Flexibilisierung von räumlichen und organisatorischen Anforderungen ein positiver Schritt hin zu einer den sicheren und hochwertigen, aber auch patientenorientierten Versorgung.

Vor dem Hintergrund bereits bestehender Versorgungsstrukturen in Form von Krankenhausversorgenden Apotheken und Krankenhausapotheken wäre zunächst jedoch zu prüfen, inwieweit die Versorgung der Notdienstpraxen auch von diesen Einrichtungen übernommen werden könnte. Darüber hinaus wären einzelne Komponenten der Regelung zu konkretisieren: Es fehlt im Referentenentwurf eine Definition der Begrifflichkeit „unmittelbare Nähe“ einer Apotheke zum INZ, dies sollte konkret definiert werden. Hintergrund sind Rechtsstreitigkeiten dahingehend, wie die „unmittelbare

Nähe“ klar definiert werden kann. So sollte eine fußläufige Erreichbarkeit sichergestellt sein, um unnötige Wege der Patientinnen und Patienten, insbesondere nach einer medizinischen Behandlung, zu verhindern. Ergänzend sollte im Sinne einer wirtschaftlichen und ressourcenschonenden Umsetzung die Implementierung einer 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. Auf die konkreten Produkte sollen sich die Vertragspartner in Form eines Wirkstoffkataloges im Rahmen der Versorgungsverträge verständigen. Dabei sollen die Wirkstoffkataloge möglichst auch 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. Unklar bleibt im Referentenentwurf jedoch die Frage der Finanzierung von notdienstpraxenversorgenden Apotheken. Um Doppelfinanzierungen zu vermeiden und Patientinnen und Patienten effizient mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sowie Verbandmitteln zu versorgen, sind auch konkrete Anforderungen zur Finanzierung in den Versorgungsverträgen zu regeln. Eine Finanzierung aus der Nacht-/Notdienstvergütung/-fond, die sich jedoch an den tatsächlich erbrachten Notdienstzeiten bemessen muss, wäre sachgerecht und könnte bei nachweislich unzureichender Finanzierung des Notdienstes in der Fläche durch einen Teil des bestehenden Packungshonorars gegenfinanziert werden.

Neben Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sollte zudem auch die ordnungsgemäße Versorgung mit Verbandmitteln in den notdienstpraxenversorgenden Apotheken sichergestellt werden.

Sollten Versorgungsverträge nicht 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. 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.

## **C Änderungsvorschlag**

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

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

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

§ 12b Absatz 6 (neu): „Die Vertragspartner verständigen sich in einem Katalog auf die in der 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 saisonale Bedarfe zwischen den Vertragspartnern in den Katalogen vorgenommen werden. Regelmäßige Evaluationen zu den ökonomischen Auswirkungen der gesetzlichen Regelungen dienen als Grundlage für Anpassungen an den Versorgungsbedarf des INZ“.

## **Artikel 6 Änderung der Apothekenbetriebsordnung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

Die Regelungen sind sachgerecht und für eine Inbetriebnahme einer notdienstpraxenversorgenden Apotheke bzw. den Betrieb einer zweiten Offizin mit Lagerräumen auf dem Gelände erforderlich. 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.

### **C Änderungsvorschlag**

Kein Änderungsbedarf.

## **Artikel 7 Änderung des Arzneimittelgesetzes**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

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

### **C Änderungsvorschlag**

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

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



## Artikel 8 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

§ 19a Abs. 1 Ärzte-VZ

### A Beabsichtigte Neuregelung

Für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die gemäß § 17 BMV-Ä verpflichtet sind, mindestens fünf offene Sprechstunden anzubieten, sind im BMV-Ä bundeseinheitliche Vorgaben zur Umsetzung einer möglichst gleichmäßigen zeitlichen Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der Arztgruppen in den Planungsbereichen und in Abhängigkeit der Schließzeiten der Integrierten Notfallzentren zu treffen.

### B Stellungnahme

Die Regelung wird sehr begrüßt. Es ist eine sehr sinnvolle Maßnahme, die Zeiten, zu denen die wöchentlich fünf offenen Sprechstunden angeboten werden, aufeinander abzustimmen, sodass während der Sprechstundenzeiten mindestens ein Hilfsangebot (je Fachgruppe) aufgesucht werden kann. Es ist sinnvoll, diese Vorgabe ebenso in § 75 Abs. 1a SGB V mit aufzunehmen und dient damit als Konkretisierung und Verbindlichkeit des Sicherstellungsauftrages.

### C Änderungsvorschlag

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

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

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

## **Artikel 9 Inkrafttreten, Außerkrafttreten**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

Die Regelung ist sachgerecht.

### **C Änderungsvorschlag**

Kein Änderungsbedarf.