



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

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM GESETZENTWURF DER  
BUNDESREGIERUNG VOM 2. OKTOBER 2024 UND ZUM  
ÄNDERUNGSANTRAG VOM 1. NOVEMBER 2024

4. NOVEMBER 2024

# INHALT

---

---

<b>ZUR KOMMENTIERUNG</b>	<b>3</b>
<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>3</b>
<b>ARTIKEL 1</b>	<b>4</b>
<b>NR. 2B – § 75 ABS. 1B SGB V I.V.M. ART. 1 NR. 2C - § 75 ABS. 1C, 1D (NOTDIENSTLICHE AKUTVERSORGUNG, 24/7)</b>	<b>4</b>
<b>NR. 8 – § 105 ABS. 1B SGB V (FÖRDERUNG DER SICHERSTELLUNG)</b>	<b>6</b>
<b>NR. 11 SGB V – § 123 SGB V I.V.M ART. 1 NR. 6B SGB V – § 90 ABS. 4A SGB V (INZ NOTDIENSTL. AKUTVERSORGUNG)</b>	<b>8</b>
<b>NR. 11 SGB V – § 123 SGB V (DIGITALANFORDERUNGEN)</b>	<b>11</b>
<b>NR. 11 SGB V– §§ 123A, 123B SGB V (ERW. LANDESAUSSCHUSS)</b>	<b>12</b>
<b>NR. 12 SGB V – § 133A SGB V (DIGITALE VERNETZUNG RETTUNGSLEITSTELLEN UND AKUTLEITSTELLEN)</b>	<b>14</b>
<b>ARTIKEL 7 – § 43 (ARZNEIMITTELGESETZ)</b>	<b>16</b>
<b>ARTIKEL 9 – NR. 1-3 – § 19A ABS. 1 (ZULASSUNGSORDNUNG FÜR VERTRAGSÄRZTE)</b>	<b>16</b>
<b>ÄNDERUNGSANTRAG NR. 1 VOM 1. NOVEMBER 2024, BT-DRS. 20(14)231.1</b>	<b>17</b>

## ZUR KOMMENTIERUNG

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

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

---

## ZUSAMMENFASSUNG

Die KBV begrüßt die Intention des Gesetzgebers im Regierungsentwurf zum Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (NotfallG), die Notfall- und Akutversorgung, insbesondere im Bereich der Patientensteuerung, der Vernetzung der Akteure und der Finanzierung von Strukturen, zu reformieren.

Die Auftrennung der 116117 in eine Akutleitstelle und eine Terminservicestelle mit unterschiedlichen Erreichbarkeiten ist eine sinnvolle Weiterentwicklung der in den letzten Jahren gewachsenen Leitstellenstruktur der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Ebenso hervorzuheben sind erweiterte Datenschutzregelungen für die Tätigkeit der Leitstellen. Die Dringlichkeit des digitalen Austausches aller der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen wird deutlich herausgestellt.

Die vielfach von Verbänden berichtete Überlastungssituation mit Auswirkungen auf die Patientensicherheit erfordert Maßnahmen, die es erlauben, aufwändige Notfallstrukturen für diejenigen Patientinnen und Patienten verfügbar zu machen, die eine solche Versorgung benötigen. Allerdings wird der vorgelegte Entwurf kaum dazu beitragen, das formulierte Ziel, insbesondere der Entlastung der Notaufnahmen, zu erreichen. Mit der institutionalisierten Öffnung von Notaufnahmen an Integrierten Notfallzentren (INZ) während der Sprechzeiten sowie der Erweiterung des Leistungsspektrums wird der Zustrom in Notaufnahmen gefördert und ein unklares Rangverhältnis zwischen der etablierten Versorgung von Akutfällen durch vertragsärztliche Praxen und der neuen notdienstlichen Akutversorgung geschaffen. Entgegen dem europäischen Trend, den Zugang in Krankenhausnotaufnahmen durch vorgelagerte Instanzen wie der „hotline-first-Strategie“ zu begrenzen (s. hierzu die Kommentierung unter Nr. 1), trägt die Öffnung zur weiteren Frequentierung von Notaufnahmen bei und kompromittiert das bisherige Erfordernis einer Versorgung in der vertragsärztlichen Regelversorgung. Damit entsteht ein Parallelsystem der Behandlung losgelöst von der Regelversorgung und es werden Abgrenzungsprobleme zu dieser geschaffen.

Problematisch ist zudem die vorgesehene Patientensteuerung in die INZ, die in dieser Struktur grundsätzlich den Krankenhäusern überlassen wird. Nicht zuletzt durch die im internationalen Vergleich unüblich hohe Aufnahmequote aus Notaufnahmen in Deutschland hatte schon der Sachverständigenrat 2018 darauf hingewiesen, dass diese Steuerungsentscheidung nach Möglichkeit durch ambulant tätige Ärzte zu treffen sei. Eine regelhaft vorgeschaltete telefonische Ersteinschätzung oder eine Weiterleitung in Vertragsarztpraxen jenseits von Kooperationspraxen sind im Regierungsentwurf nicht vorgesehen.

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

---

# ARTIKEL 1

## NR. 2B – § 75 ABS. 1B SGB V I.V.M. ART. 1 NR. 2C - § 75 ABS. 1C, 1D (NOTDIENSTLICHE AKUTVERSORGUNG, 24/7)

### Beabsichtigte Neuregelung

Der Sicherstellungsauftrag der KVen wird um die notdienstliche Akutversorgung (eine vertragsärztliche Erstversorgung 24 Stunden täglich) erweitert – nicht lediglich konkretisiert –, die insbesondere durch die Beteiligung der KVen an INZ nach § 123 SGB V bzw. § 123b SGB V, ein 24/7 verfügbares telefonisches und videounterstütztes ärztliches Versorgungsangebot und einen 24/7 verfügbaren aufsuchenden Dienst geleistet wird. Im Bereich des aufsuchenden Dienstes kann auch nichtärztliches Personal unter ärztlicher Anordnung oder der Rettungsdienst im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung eingebunden werden.

### Bewertung

Die Abgrenzung der notdienstlichen Akutversorgung auf die kurzfristig erforderlichen Maßnahmen wird als Konzept zwischen lebensrettender Notfallversorgung und fallabschließender vertragsärztlicher Regelversorgung grundsätzlich begrüßt. Die begriffliche Neufassung der notdienstlichen Akutversorgung sollte eine eindeutige Differenzierung des Leistungsanspruchs im Unterschied sowohl zur Regel- als auch zur Notfallversorgung erlauben. Unklar bleibt jedoch, welche Anforderungen erfüllt sein müssen, damit ein Versicherter ein notdienstlicher Akutfall ist. Ungeklärt ist insbesondere das Verhältnis zwischen der notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Abs. 1b SGB V – die im Regierungsentwurf in zwei Klammerzusätzen uneinheitlich sowohl mit diesem Begriff als auch mit dem Begriff „Notdienst“ bezeichnet wird – und § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V, wonach andere Ärzte als Vertragsärzte nur in Notfällen in Anspruch genommen werden können. Dieser Unterschied – sollte es ihn geben – ist deshalb relevant, weil zur notdienstlichen Akutfallversorgung lediglich Krankenhäuser mit INZ-Standort berechtigt sind, während nach unserem Verständnis des Regierungsentwurfs andere zugelassene Krankenhäuser weiterhin unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V ambulante Notfälle versorgen dürfen, ohne die für einen INZ-Standort geltenden Anforderungen erfüllen zu müssen.

§ 72 Abs. 1 SGB V bestimmt, dass Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Krankenkassen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammenwirken. Konkretisierend hierzu regelt § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V in der geltenden Fassung, dass die KBV und die KVen die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 SGB V bezeichneten Umfang sicherzustellen haben. Der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 SGB V umfasst nach § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V in der aktuellen Fassung auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst). Innerhalb der Sprechstundenzeiten erfüllen die KVen ihren Sicherstellungsauftrag durch die vertragsärztlichen Praxen. Mit dem NotfallG erfolgt eine Ausweitung des Notdienstes. Denn dieser beschränkt sich künftig nicht mehr auf die sprechstundenfreien Zeiten, sondern umfasst die vertragsärztliche Erstversorgung 24 Stunden täglich in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Völlig unklar ist, wer diese notdienstliche Akutversorgung leisten soll. Soll die Versorgung von Akutfällen wie bisher im überwiegenden Teil durch vertragsärztliche Praxen erfolgen oder sollen zukünftig auch während der Praxisöffnungszeiten die Ärzte im Notdienst die Versorgung von Akutfällen übernehmen? Die deutliche Erweiterung des Notdienstes stellt zudem eine Abkehr von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urt. v. 02.07.2014 – B 6 KA 30/13 R – Rn. 10, juris) dar. Danach wird durch den Notdienst und die korrespondierenden Notfallambulanzen an den Krankenhäusern die ärztliche Versorgung nur außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten vertragsärztlicher Praxen sichergestellt.

Dieser Vorrang der vertragsärztlichen Leistungserbringer bei der Behandlung von Akutfällen während der Praxisöffnungszeiten – mit deren Tätigkeit die KVen zu diesen Zeiten ihren Sicherstellungsauftrag erfüllen – darf durch das NotfallG nicht beseitigt werden. Es sollte daher im Gesetz klar zum Ausdruck gebracht werden, dass die Versorgung von Akutfällen durch Vertragsärzte und MVZ während der regulären

Sprechstundenzeiten Vorrang gegenüber der Versorgung in einem INZ hat. Dieser Grundsatz sollte durch konkrete Vorgaben – etwa die Vorschaltung einer verpflichtenden telefonischen Ersteinschätzung zur Bestimmung der Behandlungsdringlichkeit und der sachgerechten Versorgungsebene vor dem Aufsuchen eines INZ und die Möglichkeit zur Weiterleitung von Hilfesuchenden vom INZ in jede Vertragsarztpraxis mit Behandlungskapazitäten, auch wenn es sich nicht um Kooperationspraxen im engeren Sinne handelt – flankiert werden (s. hierzu unter Nr. 11, Digitalanforderungen).

Diese grundsätzlichen Anmerkungen vorangestellt, können mit der Bereitstellung eines vertragsärztlichen 24/7 Telefon- und Videoangebots nach Erfahrung einiger KVen zwar nicht erforderliche Arzt-Patientenkontakte in Präsenz in Notdienstpraxen/Notaufnahmen oder durch den fahrenden Dienst vermieden werden. Die mit dem im Regierungsentwurf enthaltenen 24/7-Angebot verbundenen Mehraufwände bei der KV sind jedoch erheblich. Die vorgegebenen Erreichbarkeiten zu jeder Zeit sind mit enormen personellen Aufwänden insbesondere in Zeiten mit höherem oder hohem Anrufaufkommen (Feiertage, Samstage, frühe Nachtstunden) verbunden. Dies ist in einem durch Fachkräftemangel gekennzeichneten Arbeitsmarkt nur mit erheblichem Zeitverzug und vor allem nur mit hohem finanziellem Einsatz zu leisten (zur unzureichenden Finanzierungslösung des Angebots führen wir zu Art. 1, Nr. 8 aus).

Dass die Akutfallvermittlung durch die Akutleitstelle vorrangig in die Sprechstunden der Praxen zugelassener Ärzte und zugelassener MVZ erfolgen soll, ist begrüßenswert und bringt den Vorrang der Regelversorgung zum Ausdruck. Auch die Möglichkeit zur Vermittlung geeigneter Fälle in eine telefonische oder videounterstützte ärztliche Konsultation wird begrüßt.

Die KBV hält die Ausweitung des KV-Sicherstellungsauftrags mit einem jederzeit verfügbaren aufsuchenden Dienst nach Abs. 1b Satz 4 Nr. 3 weder für versorgungsnotwendig noch für wirtschaftlich oder personell umsetzbar. Eine jederzeitige, flächendeckende Verfügbarkeit der notdienstlichen Akutversorgung durch einen fahrenden Dienst ist insbesondere während der Sprechstundenzeiten nicht bedarfsgerecht und führt ebenfalls zum Aufbau vermeidbarer Doppelstrukturen, die sowohl Finanzierungs- als auch Personalprobleme weiter verschärfen und den Vorrang der vertragsärztlichen Versorgung nicht beachtet. Regionale Besonderheiten wie in Großstädten können schon heute zu einem solchen Angebot führen, während es in Flächenländern weder sinnvoll ist noch wirtschaftlich erbracht werden kann. Aus diesem Grund ist hier dringend regionalen Besonderheiten Rechnung zu tragen und entsprechende regionale Öffnungsklauseln vorzusehen, statt eine durchgehende Verpflichtung der KVen für einen aufsuchenden Dienst 24/7 zu schaffen.

Zur Unterstützung der INZ im Bereich Kinder- und Jugendmedizin sind telemedizinische Konsilien nach § 367 SGB V vorgesehen. Solche Konsiliaranfragen sind gemäß der Telekonsilien-Vereinbarung mit einer Frist zur Beantwortung zu versehen, die üblicherweise mehrere Tage umfasst. Regelmäßig werden Telekonsilien von konsiliarisch tätigen Ärzten und Psychotherapeuten asynchron zu Tagesrandzeiten beantwortet, an denen deren Kapazitäten nicht anderweitig in der Versorgung gebunden sind. Die Eignung von Telekonsilien zur unmittelbaren Kommunikation im 24/7 Notfallszenario im Bereich Kinder- und Jugendmedizin ist deshalb als sehr fraglich einzuschätzen.

Wichtig für den qualitätsgesicherten Betrieb der 116117 und damit zu begrüßen, ist die datenschutzrechtliche Klarstellung der Verarbeitung und Speicherung personenbezogener Daten von Anrufenden inkl. Sprachaufzeichnungen.

#### **ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV**

Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit sollte im Gesetz definiert werden, was ein Akutfall ist und wodurch er sich von einem Notfall unterscheidet. Es ist außerdem hervorzuheben, dass die Behandlung von ambulanten Akutfällen in der Regelversorgung während der regulären Praxisöffnungszeiten der notdienstlichen Akutversorgung vorgeht.

Änderungsvorschlag zur Bereitstellung eines Telefon- und Videoangebots sowie eines Fahrdienstes durch die KVen in § 75 Abs. 1b Nr. 3 SGB V:

*„Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch (...)*

*2. ein telefonisches und videounterstütztes ärztliches Versorgungsangebot, sofern und soweit eine Akutfallvermittlung nach Absatz 1c Satz 2 nicht gewährleistet ist und*

*3. einen aufsuchenden Dienst nach regionalen Erfordernissen sicher (Notdienst).“*

## NR. 8 – § 105 ABS. 1B SGB V (FÖRDERUNG DER SICHERSTELLUNG)

### Beabsichtigte Neuregelung

Die Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes soll über eine jährlich zu treffende, schiedsfähige Vereinbarung zwischen KVen und Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen über einen zweckgebundenen Betrag paritätisch finanziert werden, wobei sich die PKV am Kassenanteil beteiligt. Die KVen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren einen zusätzlichen zweckgebundenen Betrag zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes. Die Mittel sind jährlich von beiden Vertragsparteien in gleicher Höhe bereitzustellen und in der Höhe für die gesetzliche Krankenversicherung begrenzt.

### Bewertung

Die vorgesehene Erweiterung („Konkretisierung“) des Versorgungsangebots bewirkt weitreichende personelle und finanzielle Aufwendungen der KVen. Unbenommen der finanziellen Betrachtung ist die Beschaffung des erforderlichen Personals eine vielerorts kaum zu überwindende Hürde. Die in der Kostenfolgenabschätzung genannte Summe von 150 Millionen Euro (S. 27 des Entwurfs) entspricht nach Verifikation einer konservativen Schätzung. In den Ausführungen zu den Mehrausgaben des fahrenden Dienstes (S. 26 des Entwurfs) wird betont, dass sich die Kosten des fahrenden Dienstes verdreifachen können.

Die entstehenden Kosten können dabei nur unvollständig durch Leistungskosten der Patientenversorgung kompensiert werden. Keine Notdienstpraxis und kein fahrender Dienst lässt sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt wirtschaftlich betreiben und wird durch die Verwaltungskostenumlage der berufstätigen Kolleginnen und Kollegen quersubventioniert. Ist schon diese Querfinanzierung nicht sachgerecht, so trifft dies erst recht auf die neu hinzukommenden Aufgaben (u. a. 24/7 Akutleitstelle mit gesteigerten Erreichbarkeiten, 24/7 Fahrdienst, Verlegung von Notdienstpraxen an neue Standorte, Kooperation mit Rettungsleitstellen) zu. Die Kostentragungspflicht der KVen für diese weiteren Aufgaben ist nicht sachgerecht. Es handelt sich auch nicht um eine „Förderung“ der vertragsärztlichen Sicherstellung, sondern um die Finanzierung von laufenden Vorhaltekosten für eine aufwändige, erweiterte Notdienststruktur.

Die Sicherstellung erforderlicher, aber nicht wirtschaftlich zu erbringender Leistungen der Daseinsvorsorge verursacht Vorhaltekosten. Diese durch die Vertragsärzte z. B. durch „Strukturpauschalen“ (S. 27 des Entwurfs) oder „Sicherstellungsumlagen“ (gleiche Seite oben) selbst zu finanzieren ist unsachgemäß. Unabhängig davon, wie die KV den auf sie entfallenden hälftigen Finanzierungsanteil aufbringt, werden nach den Angaben im Entwurf bundesweit jährlich rund 150 Millionen Euro von vornherein nicht zur Vergütung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zur Verfügung stehen bzw. werden diesen über die Verwaltungskostenumlage entzogen. Somit müssen sie ein zusätzliches Angebot der KVen mitfinanzieren, das während der Praxisöffnungszeiten in Konkurrenz zum eigenen Versorgungsangebot der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte steht. Das ist nicht

nachvollziehbar und rechtlich bedenklich. Verglichen mit der Brandbekämpfung käme dies einer Gehaltsabgabe von Feuerwehrleuten für die Finanzierung neuer Brandbekämpfungsmöglichkeiten gleich. Für die Finanzierung der zusätzlichen Aufgaben der KVen sollten daher vollständig Mittel der Krankenkassen oder Steuermittel herangezogen werden.

Zudem ist die verpflichtende Nutzung von nicht verbrauchten Mitteln des Honorarvolumens nach § 87b Abs. 1 Satz 3 SGB V (sog. Grundbetrag Bereitschaftsdienst und Notfall) für den Notdienst nicht sachgerecht. Diese Mittel sind nicht für die Finanzierung der Strukturen im Notdienst vorgesehen, sondern für die Honorare der Vertragsärzte. Soweit die Mittel im Grundbetrag Bereitschaftsdienst und Notfall nicht ausgeschöpft werden, liegt das daran, dass eine Verlagerung von Leistungen aus dem Notdienst/Notfall in die Regelversorgung stattgefunden hat. Diese Verlagerung ist gewünscht und Folge der Reformen des Notdienstes/Notfalls in den letzten Jahren. Eine solche Verlagerung von Leistungen in den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich muss zwingend zur Folge haben, dass die Finanzmittel in die Grundbeträge der Haus- und Fachärzte überführt werden. Genau diesen Mechanismus sehen die KBV-Vorgaben in Teil B vor.

Aus Sicht der KBV darf in dieses Honorarverteilungssystem nicht durch das Notfallgesetz eingegriffen werden.

Weiterhin ist darauf aufmerksam zu machen, dass die KVen nur zur Finanzierung/Förderung derjenigen Strukturen in einem INZ nach § 123 SGB V verpflichtet werden können, die auch in ihrem Verantwortungsbereich liegen. Die Formulierung „Förderung der integrierten Notfallstrukturen nach § 123 bis 123b“ ist insofern missverständlich. Ein INZ besteht gemäß § 123 SGB V neben einer Notdienstpraxis auch aus einer Notaufnahme eines Krankenhauses und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle unter – soweit nichts anderes bestimmt ist – Verantwortung des Krankenhauses. Es ist nicht zulässig, dass die Finanzmittel für den Aufbau und den Unterhalt von Krankenhausstrukturen über den Sicherstellungsfonds der KV aufgebracht werden.

#### ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

§ 105 Abs. 1b, erster Satz:

*„Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren über die Mittel nach Absatz 1a hinaus einen zusätzlichen jährlich von beiden Vertragsparteien in gleicher Höhe von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bereitzustellenden zweckgebundenen Betrag zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes“*

§ 105 Abs. 1b, Satz 5:

*„1. Förderung Sicherstellung der Strukturen nach §§ 75 Absatz 1b Satz 4 Nummer 2 und 3, 75 Absatz 1c und 133a,*

*2. Förderung Sicherstellung der von der Kassenärztlichen Vereinigungen verantworteten Einrichtungen und Stellen innerhalb der integrierten Notfallstrukturen nach §§ 123 bis 123b.“*

§ 105 Abs. 1b Satz 7:

*„Die nach der regionalen Euro-Gebührenordnung oder nach Gesamtvertrag abrechenbaren Leistungen und Kosten sind mindernd zu berücksichtigen“.*

# NR. 11 SGB V – § 123 SGB V I.V.M ART. 1 NR. 6B SGB V – § 90 ABS. 4A SGB V (INZ NOTDIENSTL. AKUTVERSORGUNG)

## Beabsichtigte Neuregelung

INZ bestehend aus Notaufnahme eines Krankenhauses, Notdienstpraxis der KV und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle, sollen künftig die Anlaufpunkte für eine notdienstliche Akutversorgung sein. Die fachliche Leitung und Verantwortung der zentralen Ersteinschätzungsstelle liegt beim Krankenhaus. Für die Akutversorgung während der Sprechstundenzeiten (außerhalb der Öffnung der Notdienstpraxis) sollen die KVen Kooperationspraxen im unmittelbaren Umkreis um den INZ-Standort einbinden. Die zentrale Ersteinschätzungsstelle ermittelt bei Ankunft der Hilfesuchenden die Behandlungsdringlichkeit und die geeignete Versorgungsebene innerhalb des INZ auf Grundlage eines standardisierten digitalen Ersteinschätzungsinstrumentes. Hilfesuchende, die das INZ nach telefonischer Vermittlung durch die Akutleitstelle aufsuchen, sind bei gleicher medizinischer Behandlungsdringlichkeit vorrangig zu behandeln. Der G-BA regelt die Vorgaben an ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument und die Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen in INZ binnen sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes. Für die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung haben die KVen und der Träger des Krankenhauses als Betreiber des INZ einen Versorgungsvertrag mit einer Apotheke zu schließen.

Es soll Aufgabe des Erweiterten Landesausschusses werden, innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes die INZ-Standorte, unter vorrangiger Berücksichtigung der Bundeswehrkrankenhäuser, im Land festzulegen. Wenn die Festlegung nicht fristgerecht zustande kommt und eine maximal sechswöchige Nachfrist ebenfalls ergebnislos abläuft, setzt die für die Sozialversicherung zuständige Landesbehörde die Standorte innerhalb von weiteren sechs Wochen fest.

## Bewertung

Die vorgesehenen Regelungen öffnen Krankenhäuser, die einen INZ-Standort haben, 24/7 für die vertragsärztliche Akutversorgung. Bisher ist der ambulante Versorgungsauftrag der Krankenhäuser auf die Versorgung ambulanter Notfälle beschränkt, ohne dass dies während der Sprechzeiten ein regulär vorgesehener Versorgungsort ist. Während der Sprechstundenzeiten können INZ-Notaufnahmen nach diesen Regelungen vollständig an der ambulanten Akutversorgung teilnehmen – einschließlich der Verordnung von Arzneimitteln und der Ausstellung von AU-Bescheinigungen. Das lässt sich aus Sicht der KBV weder mit dem erklärten Ziel der Entlastung der Notaufnahmen noch mit einer Bedarfsnotwendigkeit erklären, da gleichzeitig die vertragsärztliche Versorgung in Praxen für Akutfälle auch kurzfristig zur Verfügung steht.

Die Regelung missachtet den Vorrang der vertragsärztlichen Regelversorgung (s. dazu bereits oben unter Nr. 2b) und widerspricht dem europäischen Trend zur Entlastung der Notaufnahmen durch die Einrichtung von Vorstufen des Zugangs.

In vielen Ländern gilt die „hotline-first“-Strategie, wonach nach telefonischer Ersteinschätzung Versicherte in die geeignete Versorgungsebene geleitet werden. Mit der Organisation von Terminslots können beispielsweise in Dänemark telefonisch gezielt Termine für Anrufende in Notfallzentren eingebucht werden. Eine solche Steuerung sieht der Gesetzesentwurf nicht vor, sondern ermöglicht vielmehr die Ausweitung des ambulanten Leistungsangebots der Krankenhäuser durch die Befugnis des INZ, Arzneimittelverordnungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auch während der Sprechzeiten auszustellen. Dieser Schritt trägt zur Fragmentierung des Versorgungsangebots bei und wird zu einem erwartbaren Zustrom in INZ-Notaufnahmen während der Sprechzeiten führen. Damit wird genau das Gegenteil der beabsichtigten Entlastung der Notaufnahmen bewirkt – mit Auswirkungen auf die Versorgung von Notfällen, die dringlich behandelt werden müssen. Die desolate Personalsituation in Notaufnahmen wurde vielfältig bemängelt. Die Förderung des Zustroms in Notaufnahmen kann deshalb nicht Ziel dieser Gesetzgebung sein.

Sofern an der Ausstellung von Rezepten und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen festgehalten werden soll, ist daran zu erinnern, dass hierfür sowohl ein Anschluss an die Telematikinfrastruktur (TI), ein elektronischer Heilberufeausweis, als auch eine lebenslange Arztnummer (LANR) der Verordnenden erforderlich werden. Der derzeitige Zweck zur Verwendung der LANR in Krankenhäusern müsste über das Entlassmanagement hinaus um die akutmedizinische Versorgung ergänzt werden.

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

Die vom G-BA zu treffenden Vorgaben an ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument bleiben angesichts der nur innerhalb des INZ möglichen Weiterleitung hinter den Möglichkeiten einer sinnvollen Patientensteuerung zurück. Weshalb nur Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen, nicht aber der INZ in Gänze durch den G-BA getroffen werden sollen, erschließt sich nicht. Die erwähnte Personalsituation als auch die Heterogenität der Organisation von Notaufnahmen machen bundeseinheitliche Vorgaben für das INZ insgesamt, und nicht nur für die Notdienstpraxis, erforderlich. Gleiches gilt für die Besetzung des Tresens für die Ersteinschätzung. Nur mit bundesweit einheitlich definierten Anforderungen für alle Bereiche der INZ lässt sich auch ein vergleichbares Konzept der INZ bundesweit umsetzen. Die vormals in § 120 Abs. 3b vom G-BA zu treffenden Regelungen u. a. zur Qualifikation des Personals sollten erhalten bleiben.

Im Übrigen sollte sich die Pflicht zur Ersteinschätzung auch auf alle anderen Krankenhäuser beziehen, die auf Grundlage von § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V ambulante Notfälle behandeln. Es ist kein Grund dafür ersichtlich, weshalb für diese Krankenhäuser kein Ersteinschätzungsprozess vorgegeben werden sollte, der dann wiederum zu einer Steuerung in die sachgerechte Versorgungsebene auch außerhalb des Krankenhauses führen können muss. Der § 120 Abs. 3b SGB V in der aktuell geltenden Fassung sieht sachlogisch in diesem Sinne die Verpflichtung sämtlicher Krankenhäuser zur Ersteinschätzung unter Anwendung der (beanstandeten) Vorgaben des G-BA vor.

Die Vorgaben an die Ersteinschätzungsstelle des INZ könnten den Eindruck erwecken, dass jeder Hilfesuchende, der sein Anliegen subjektiv als dringend erachtet, nach durchgeführter Ersteinschätzung im INZ behandelt werden muss. Diesen Schluss könnte man auch aus den Ausführungen auf S. 39 der Begründung des Regierungsentwurfs ziehen, die sich lediglich auf Hilfesuchende beziehen, die sich selbst nicht für dringlich behandlungsbedürftig halten. Diese Bemerkungen greifen zu kurz. Ob ein Hilfesuchender tatsächlich als Not- oder Akutfall von einem Krankenhaus ambulant versorgt werden darf, bestimmt sich allein nach objektiv-medizinischen Kriterien. Deshalb hat das INZ nach unserem Verständnis nur dann eine ambulante Behandlungsbefugnis, wenn der Hilfesuchende von der Ersteinschätzungsstelle des INZ als Akutfall eingestuft wurde. Daran fehlt es auch bei solchen Personen, die ihr Anliegen zwar für dringlich halten (und deshalb ersteingeschätzt werden), bei denen die Ersteinschätzungsstelle des INZ aber keinen Akutfall festgestellt hat. Hierauf sollte ausdrücklich hingewiesen werden, um Missverständnisse zu vermeiden. Für diese Hilfesuchende stünde „demgegenüber allein die vertragsärztliche Regelversorgung offen; sie können zum Beispiel auf die Rufnummer 116117 verwiesen werden“, wie auf S. 39 der Begründung des Regierungsentwurfs zu lesen ist.

Die Fristsetzung für die Regelungen durch den G-BA sind angesichts der inhaltlichen Komplexität, der erweiterten Beteiligungspflichten und der administrativen Abläufe (u. a. Stellungnahmeverfahren) nicht umsetzbar und entsprechend zu verlängern.

Die Festlegung der INZ-Standorte sollte durch die regionalen Selbstverwaltungspartner erfolgen, die die dafür erforderliche Sachkenntnis haben und zu einem ausgleichenden Ergebnis kommen. Dies ist aufwendig und innerhalb der in § 123a SGB V vorgesehenen Frist nicht zu leisten. Gleiches gilt für die in § 90 Abs. 4a SGB V enthaltene Nachfrist, die zu kurz ist.

Die KBV begrüßt die Intention des Gesetzgebers, Verbesserungen in der Versorgung mit Arzneimitteln für Patientinnen und Patienten im Rahmen der Versorgung in INZ herbeizuführen. Im vorliegenden Regierungsentwurf bleiben jedoch zentrale Fragestellungen offen. Die KBV bezweifelt deshalb, dass die geplanten Regelungen in der Praxis zu einer Verbesserung der Versorgung mit Arzneimitteln führen werden. Der zwischen KV, Krankenhausträger und Apotheke zu schließende Versorgungsvertrag wirft – unberücksichtigt des hohen bürokratischen und administrativen Aufwandes für die KVen – zahlreiche Fragen auf. Im Gegensatz zu KVen und Krankenhausträgern haben Apotheken keine Verpflichtung, einen Versorgungsvertrag zu schließen. Die Teilnahmebereitschaft der Apotheken ist insbesondere abhängig von örtlichen und personellen Gegebenheiten, welche wiederum in hohem Maß abhängig von der zur Verfügung stehenden Finanzierung sind. So ist es schwer vorstellbar, dass der „pauschale Zuschuss“ (vermutlich Finanzierung über Notdienstpauschale bzw. Notdienstfond) ausreicht, um einen ausreichenden Anreiz zu setzen, neue Räume anzumieten und qualifiziertes Personal für Dienste zu späten Abend- und Nachtstunden (Stichwort: Fachkräftemangel) einzustellen.

#### ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

§ 123 SGB V Abs. 1 Satz 2:

*„Die fachliche Leitung und Verantwortung für die Ersteinschätzungsstelle unterliegt während der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung, außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis dem Krankenhaus, wenn in der Kooperationsvereinbarung nach § 123a Abs. 2 nichts Abweichendes geregelt ist.“*

§ 123 SGB V Abs. 3 Satz 1:

*„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündigung folgenden Kalendermonats] in einer Richtlinie (...)“*

§ 123 SGB V Abs. 3 Satz 1 Nr. 5:

*„Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen in Integrierten Notfallzentren“*

Um den Vorrang der vertragsärztlichen Akutversorgung zu sichern, sollte eine Verpflichtung der Versicherten zur telefonischen Ersteinschätzung normiert werden, bevor diese ein INZ aufsuchen und eine Weiterleitung von Hilfesuchenden aus der INZ zu jedem vertragsärztlichen Leistungserbringer – nicht nur zu Kooperationspraxen im Sinne von § 123 Abs. 1 Satz 6 SGB V – ermöglicht werden.

Die Verpflichtung der INZ zur Ersteinschätzung nach § 123 Abs. 2 SGB V sollte auf sämtliche Krankenhäuser erweitert werden, die auf Grundlage von § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V Notfälle behandeln. Dabei sollte die sachgerechte Versorgungsebene bei Krankenhäusern ohne INZ-Standort die Notaufnahme des Krankenhauses und vertragsärztliche Leistungserbringer im Sinne von § 95 Abs. 1 SGB V einschließlich KV-Notdienstpraxen einschließen.

Zumindest sollte in der Gesetzesbegründung explizit darauf hingewiesen werden, dass eine subjektiv dringende Behandlungsbedürftigkeit nicht zur Behandlungsberechtigung des INZ führt, wenn als Ergebnis der Ersteinschätzung weder ein Notfall noch ein Akutfall vorliegt.

§ 90 Abs. 4a SGB V sollte dahingehend geändert werden, die Nachfrist im Falle der nicht fristgemäßen Einigung (für die sechs Monate allerdings nicht ausreichen) von maximal sechs auf

zwölf Wochen zu verlängern, damit die Festlegung der Standorte möglichst auf Selbstverwaltungsebene erfolgen kann.

## NR. 11 SGB V – § 123 SGB V (DIGITALANFORDERUNGEN)

### Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen in § 123 Abs. 1 und 2 SGB V sehen vor, dass eine digitale Fallübergabe innerhalb des INZ in einem interoperablen Datenformat unter Beachtung der geltenden verbindlichen Festlegungen nach § 385 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V erfolgen soll. Auch für die mit dem INZ vernetzten Kooperationspraxen (Vertragsärzte und MVZ) muss eine zeitlich nahtlose, rückverfolgbare und digitale Fallübergabe in dem interoperablen Datenformat sichergestellt werden. Die KBV wird in § 123a Abs. 2 Satz 9 damit beauftragt, eine Spezifikation einer interoperablen Schnittstelle zu der in Satz 4 Nummer 2 genannten digitalen Fallübergabe im Einvernehmen mit dem Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen zu erstellen.

### Bewertung

Eine digitale Fallübergabe kann im Sinne der notwendigen Behandlungskontinuität im zeitkritischen Kontext der Akutversorgung dazu beitragen, bei den Beteiligten die Aufwände für die Verfügbarmachung und Weitergabe von für die Behandlung relevanten Informationen zu erhöhen. Es bietet sich an, für die im Rahmen einer digitalen Fallübergabe im Rahmen einer Notfallbehandlung gemäß § 123 SGB V entstehenden Informationssammlungen eine eindeutige Bezeichnung wie eine „Notfallakte“ zu wählen. Dies würde die Abgrenzung zu anderen Informationsformaten erleichtern. Es ist zu begrüßen, dass der Regierungsentwurf nun eine einheitliche Spezifikation einer interoperablen Schnittstelle zur digitalen Fallübergabe durch die KBV unter der vorgesehenen Beachtung der verbindlichen Festlegungen nach § 385 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V vorsieht.

Um jedoch die digitale Fallübergabe in circa 700 INZ zwischen den dort jeweils Beteiligten aus dem ambulanten und stationären Sektor zu ermöglichen und den Abschluss der entsprechenden Kooperationsvereinbarung gemäß § 123a Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB V (Nr. 12) zu erleichtern, bedarf es nach Einschätzung der KBV weiterer gesetzlicher Vorgaben:

Notwendig sind verbindliche Vorgaben für die Entwicklung und Integration von Inhalten und Formaten in die informationstechnischen Systeme, die von den Kooperationspartnern genutzt werden. Hierzu benötigen die Anbieter der informationstechnischen Systeme Regionen übergreifende, konkrete und verbindliche Vorgaben. Andernfalls besteht ein erhebliches Risiko, dass mit hohem Zeit- und Ressourcenaufwand eine Vielzahl regionaler Einzellösungen entwickelt wird, die zudem Regionen übergreifende informationstechnisch gestützte Kooperationen erschweren.

Weiterhin erscheint erforderlich, durch gesetzliche Regelungen zu gewährleisten, dass digitale Fallübergaben die TI nutzen, so wie dies auch für die Gesundheitsleitsysteme nach § 133a Abs. 2 SGB V (Nr. 13) vorgesehen ist. Die Entwicklung und Verbreitung der vorgesehenen Formate zu digitalen Fallübergaben sollten deshalb an die Mechanismen zur Festlegung und Einhaltung von Vorgaben für Anwendungen für die TI wie der elektronischen Patientenakte und von ihnen unterstützten Anwendungen gekoppelt werden, die von den in der Versorgung im Einsatz befindlichen informationstechnischen Systeme umzusetzen sind.

Zudem muss gewährleistet werden, dass digitale Fallübergaben innerhalb der INZ sowie mit den jeweils beteiligten Kooperationspraxen durch geeignete Betriebsstrukturen ermöglicht werden, die bundesweit von allen circa 700 INZ genutzt werden sollten. Diese Betriebsstrukturen müssen zudem technologisch

so angelegt werden, dass sie überregional angelegte Strukturen und ggf. auch digitale Fallübergaben unterstützen können.

Daher ist es erforderlich, dass die für die Entwicklung und den Betrieb notwendigen Strukturen funktional belastbar konzipiert und überregional realisiert werden. Es bietet sich deshalb an, die Digitalagentur mit der Entwicklung und dem Betrieb der dafür notwendigen Dienste und Strukturen zu beauftragen. Hierbei sollte vom Gesetzgeber klargestellt werden, dass eine digitale Fallübergabe keineswegs ausschließlich auf dem Wege einer nachrichtenbasierten Kommunikation, sondern erforderlichenfalls auch in Form einer fallbasierten Datenablage mit entsprechenden Zugriffsrechten für die an der Behandlung sequenziell Beteiligten konzipiert werden kann.

Um diese Ziele zu erreichen, werden zwei Anpassungsvorschläge unterbreitet:

#### ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

1. Um zu gewährleisten, dass bundesweit einheitliche Inhalte und Formate der digitalen Fallübergabe in die informationstechnischen Systeme im Notfallzentrum und in der Kooperationspraxis integriert werden, sollte der Einsatz informationstechnischer Systeme an eine von der Digitalagentur für Gesundheit vorzunehmende Konformitätsbescheinigung dieser Systeme gekoppelt werden (Entsprechende Anpassung von § 123 Abs. 1 SGB V i. d. F. des NotfallG).
2. Um zu gewährleisten, dass digitale Fallübergaben bundesweit einheitlich und mit den Diensten und Anwendungen der Telematikinfrastruktur auch praktisch möglich werden, sollte die Digitalagentur mit der Entwicklung der für den Betrieb der dafür notwendigen Dienste und Strukturen beauftragt werden. (Entsprechende Erweiterung von § 311 SGB V).

## NR. 11 SGB V– §§ 123A, 123B SGB V (ERW. LANDESAUSSCHUSS)

### Beabsichtigte Neuregelung

Die erweiterten Landesausschüsse nach § 90 Abs. 4a SGB V sollen sechs Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes unter vorrangiger Berücksichtigung der Bundeswehrkrankenhäuser die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser, an denen INZ eingerichtet werden, bestimmen. Hierzu sollen geeignete Planungsregionen festgelegt werden, sowie insbesondere Erreichbarkeitskriterien, die Anzahl zu versorgende Menschen und die Kooperationsmöglichkeiten berücksichtigt werden. Kommt eine Festlegung ganz oder teilweise nicht zu Stande, erfolgt die Festlegung durch die für die Sozialversicherung zuständige Landesbehörde.

Zur Organisation der INZ schließen Krankenhausträger und KV je INZ-Standort eine Kooperationsvereinbarung und richten zur operativen Umsetzung der Zusammenarbeit ein gemeinsames Organisationsgremium ein. In der Vereinbarung soll dann Näheres zur Vernetzung und Fallübergabe, Durchführung der Ersteinschätzung, Qualifikation und Fortbildung des Personals, Räumlichkeiten, Arzneimittelversorgung, Nutzung von technischen und diagnostischen Einrichtungen, zur Weiterleitung und zu Konsequenzen bei Nichteinhaltung der Vereinbarung binnen sechs Monaten geregelt werden.

Die Öffnungszeiten der Notdienstpraxen werden gesetzlich geregelt und beziehen sich auf sprechstundenfreie Zeiten mit höherem Akutpatientenaufkommen.

### Bewertung

Die KBV sieht den Gleichlauf im Gesetzgebungsverfahren zwischen der Krankenhaus- und der Notfallreform kritisch. Der erweiterte Landesausschuss muss innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Notfallreformgesetzes die Standorte für INZ bestimmen, mit denen die KVen innerhalb

weiterer sechs Monate Kooperationsverträge abschließen und – sofern noch nicht vorhanden – Notdienstpraxen einrichten und diese – entsprechend der ebenfalls innerhalb von sechs Monaten zu erlassenden Vorgaben des G-BA nach § 123 Abs. 3 Nr. 5 SGB V – sachlich und personell ausstatten.

Zugleich muss an jedem INZ-Standort ein Organisationsgremium gebildet werden, in dem die KV vertreten ist. Bei all diesen zeit-, personal- und finanzintensiven Maßnahmen wird ausgeblendet, dass sich erst einige Zeit nach Inkrafttreten der Krankenhausreform – nach den Vorstellungen der Bundesregierung zum Jahresbeginn 2026 – zeigen wird, welche Krankenhäuser es nicht mehr geben und welche zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen umstrukturiert werden. Bei Letzteren ist es nicht vorgesehen, dass sie die Anforderungen der G-BA-Richtlinie an die Basisnotfallversorgung nicht mehr erfüllen und deshalb als INZ-Standort nicht in Betracht kommen, sofern der erweiterte Landesausschuss nicht von seiner im Entwurf vorgesehenen Abweichungsbefugnis Gebrauch macht. Es ist nicht sachgerecht, dass sich die erweiterten Landesausschüsse und die KVen mit der Einrichtung von INZ befassen müssen, solange die Auswirkungen der Krankenhausreform auf die derzeit zugelassenen Krankenhäuser und deren Status nicht absehbar sind. Die Bestimmung und Einrichtung von INZ-Standorten sollte zeitlich deutlich nach hinten verschoben werden, damit der erweiterte Landesausschuss, die Krankenhäuser und die KVen Planungssicherheit haben und hohe Fehlinvestitionen verhindert werden.

Diese grundsätzlichen Bedenken an der zeitlichen Reihenfolge der Krankenhaus- und der Notfallreform vorangestellt, bestehen gegen die in § 123a SGB V enthaltenen Bestimmungen folgende Einwände:

- › Nach § 123a Abs. 1 SGB V erfolgt die Bestimmung eines Krankenhausstandorts durch den erweiterten Landesausschuss durch Bescheid, gegen den der Rechtsweg vor den Sozialgerichten eröffnet ist. Widerspruch und Klage haben nach dem Entwurf keine aufschiebende Wirkung. Dies bedeutet, dass die zuvor genannten Pflichten der KVen auch dann zu erfüllen sind, wenn ein Krankenhaus gegen den Bestimmungsbescheid klagt. Dies ist nicht sachgerecht. Die Verpflichtung zur Einrichtung einer Notdienstpraxis und zum Abschluss eines Kooperationsvertrages kann es erst dann geben, wenn der Bestimmungsbescheid bestandskräftig geworden ist.
- › In der Begründung des Regierungsentwurfs ist von bundesweit etwa 700 INZ-Standorten die Rede. Im Gesetzestext ist jedoch keine Verhältniszahl dafür festgelegt worden, für wie viele Einwohner ein INZ geschaffen werden soll. Diese Angabe ist zwingend erforderlich, damit die erweiterten Landesausschüsse eine gesetzliche Vorgabe für die Bestimmung der Standorte haben. Eine Verhältniszahl könnte mindestens 50 Akutbehandlungsfälle in 24 Stunden im Jahresmittel sein. Ferner sollte sich die Anzahl der bestehenden KV-Notdienstpraxen um nicht mehr als 10% erhöhen.
- › Es fehlt ein wichtiges Auswahlkriterium für einen INZ-Standort, nämlich das einer bereits bestehenden Notdienstpraxis der KV an einem Krankenhaus. Wenngleich nicht jeder Krankenhausstandort, an dem es derzeit eine Notdienstpraxis gibt, vom erweiterten Landesausschuss als INZ bestimmt werden und erhalten bleiben muss, sollten vorrangig solche Krankenhäuser als INZ-Standorte ausgewählt werden, um die Notwendigkeit zur Einrichtung neuer Notdienstpraxen und hohe Fehlinvestitionen für bereits geschaffene Notdienstpraxen zu vermeiden.
- › Darüber hinaus ist die Frist von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Bestimmung der INZ-Standorte durch den erweiterten Landesausschuss zu knapp. Dieser muss innerhalb dieses Zeitraums nicht nur sämtliche Standortbestimmungen vornehmen, sondern zunächst geeignete Planungsregionen festlegen. Das ist innerhalb dieses engen Zeitrahmens nicht zu schaffen und eine Ersatzvornahme durch das Land keine geeignete Alternative zur Bestimmung geeigneter INZ-Standorte.

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Die INZ-Standorte sollten vom erweiterten Landesausschuss erst in einem ausreichend zeitlichen Abstand zum Inkrafttreten der Krankenhausreform bestimmt werden, um Konsolidierungen und Umstrukturierungen in der Krankenhauslandschaft berücksichtigen zu können.

Die KBV regt dringend an, eine Verhältniszahl für die Einwohnerzahl je INZ-Standort in das Gesetz aufzunehmen und die Verpflichtung der KVen zur Einrichtung einer Notdienstpraxis, zum Abschluss eines Kooperationsvertrages und zur Beschickung des Organisationsgremiums an einen bestandskräftigen Bestimmungsbescheid des Krankenhauses als INZ-Standort zu knüpfen. Als Orientierung kann die Behandlung von mindestens 50 Akutpatienten in 24 Stunden dienen.

Die für den erweiterten Landesausschuss maßgeblichen Kriterien zur Bestimmung eines INZ-Standorts sollten um das Vorhandensein einer KV-Notdienstpraxis ergänzt und die Sechsmonatsfrist für den erweiterten Landesausschuss zur Bestimmung der INZ-Standorte verlängert werden.

## NR. 12 SGB V – § 133A SGB V (DIGITALE VERNETZUNG RETTUNGSLEITSTELLEN UND AKUTLEITSTELLEN)

### Beabsichtigte Neuregelung

Die Rettungsleitstellen und Akutleitstellen sollen im Rahmen einer digitalen Vernetzung als Gesundheitsleitsystem verbindlich zusammenarbeiten und so ein sog. Leitsystem zur Vermittlung von Patientinnen und Patienten in die für sie erforderliche Versorgung gewährleisten. Das digitale standardisierte Notrufabfragesystem der Rettungsleitstelle (zwingend für Kooperation erforderlich) ist mit dem standardisierten Ersteinschätzungsverfahren der KV abzustimmen. In einer Kooperationsvereinbarung werden die Abfragesysteme und die Versorgungsstrukturen, in die eine Disposition erfolgen kann, geregelt. Darüber hinaus soll ein gemeinsames Qualitätsmanagement zwischen den Kooperationspartnern vereinbart werden. Zwischen den Leitstellen muss eine unmittelbare telefonische Weiterleitung möglich sein, ebenso wie die Übergabe einer digitalen Fallakte – sobald verfügbar über Dienste und Komponenten der Telematikinfrastruktur. Umfassende regelmäßige Berichtspflichten werden etabliert.

### Bewertung

Die vertiefte und über einen Modellcharakter hinausgehende, nahtlose Vernetzung der Rettungsleitstellen mit der 116117 – Akutleitstelle wird ausdrücklich begrüßt. Sie fördert die Steuerung der Patientinnen und Patienten in die bestgeeignete Versorgungsebene und fördert die Entlastung des Rettungsdienstes und der Notaufnahmen. Im Gesetzesentwurf wird zutreffend ausgeführt, dass die technische Vernetzung eine grundsätzliche Voraussetzung hierfür ist. Die KBV hat in Zusammenarbeit mit den für Rettungsleitstellen wesentlichen Verbänden, dem Deutschen Feuerwehrverband und dem Fachverband Leitstellen, eine entsprechende Schnittstelle zum Zwecke des Datenaustausches mit Rettungsleitstellen programmieren lassen. Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung führt diese fort und hat eine datensichere Übermittlung mithilfe eines TI-kompatiblen Messengerdienstes entwickelt.

Aufgrund der fehlenden Zuständigkeit des Bundesgesetzgebers für die Belange von Rettungsleitstellen ist der Entwurf in seiner Grundanlage geeignet, die Zusammenarbeit zu verbessern. Der verbindliche Einbezug von Rettungsleitstellen ist dabei aber genauso wenig möglich wie eine planmäßige Mittelzuwendung für die Aufwendungen der Rettungsleitstellen. Beides lässt nicht erwarten, dass die örtlich zustande kommenden Kooperationen über einen Modellcharakter hinauskommen werden. Es

bleibt zu hoffen, dass diese zumindest als best-practice Beispiele für eine später zu regelnde, generalisierte Zusammenarbeit dienen können. Dies wird neben der digitalen Verbindung auch die Kompatibilität der verwendeten standardisierten Ersteinschätzungssysteme betreffen. Der wissenschaftliche Aufwand der Entwicklung solcher Systeme für den Rettungsdienst und die Evaluation der Kompatibilität der Einschätzungsergebnisse mit denen der ambulanten Versorgung (SMED) ist äußerst voraussetzungsvoll und zeitintensiv, was sich als grundlegendes Umsetzungshindernis erweisen könnte.

Darüber hinaus muss gewährleistet werden, dass die Betriebsstrukturen der Gesundheitsleitsysteme mit der Telematikinfrastruktur und den digitalen Fallübergaben in den INZ sowie den jeweils beteiligten Kooperationspraxen durch geeignete Betriebsstrukturen kompatibel sind. Diese Betriebsstrukturen müssen dabei technologisch so angelegt werden, dass sie überregional angelegte Strukturen unterstützen können. Um dies zu gewährleisten, sollte die Digitalagentur mit der Entwicklung und dem Betrieb der dafür notwendigen Dienste und Strukturen beauftragt werden, um die Nutzung dieser Strukturen für die digitalen Fallübergaben innerhalb der Gesundheitsleitsysteme verbindlich vorzugeben.

Kompetenzrechtlich nicht anders zu lösen, in seinen Auswirkungen allerdings bedenklich, ist die Antragshoheit zur Errichtung der formalisierten Zusammenarbeit ausschließlich durch die Rettungsleitstelle. Angesichts der Vielzahl der Systeme sind übereinstimmende Bewertungen der Ersteinschätzungssysteme nicht in einem schnellen Verfahren, sondern individuell lokal aufeinander abzustimmen. Während die 17 KVen zwar einheitlich das gleiche System (SmED) einsetzen, arbeiten ihre über 230 potenziellen Kooperationspartner mit unterschiedlichen, in der Regel nicht standardisierten, Ersteinschätzungssystemen. Auch werden sehr konkrete Anforderungen an die Kooperationsvereinbarungen gestellt, wobei die KVen auf die Einheitlichkeit hinwirken sollen. Ein verbindlicher Rahmen hierfür wird durch den Regierungsentwurf nicht geschaffen und führt zwangsläufig zu deutlich höheren Umsetzungsaufwänden. Die Aufwände der KVen zum Abschluss der Kooperationsvereinbarungen werden weit über den geschätzten 218.000 Euro liegen.

Bei der Vereinbarung eines gemeinsamen Qualitätsmanagements besteht die gleiche Problematik der Vielzahl von Qualitätsmanagementverfahren und Prozessanforderungen. Über 200 Qualitätsmanagementsysteme müssen mit hohem Ressourcenaufwand gleichzeitig erarbeitet, dokumentiert, implementiert und kontrolliert werden. Die in der Gesetzesbegründung veranschlagten 10.000 Euro jährlicher Erfüllungsaufwand der KVen deckt diesen Aufwand nicht annähernd ab.

#### **ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV**

So sehr der Grundansatz der Förderung einer strukturierten Zusammenarbeit von Akut- und Rettungsleitstelle zu begrüßen ist, fehlt gleichermaßen eine tragfähige Finanzierungslösung für alle an der Kooperation Beteiligten.

Die mit der Kooperation einhergehenden Aufwände sind erheblich und lassen sich nicht aus den KV-Verwaltungskosten aus der Vergütung einzelner vertragsärztlicher Leistungen refinanzieren. Diese Aufwände sind Vorhaltekosten, für die eine geeignete Refinanzierung – wie zu Artikel 1, Nr. 8 vorgeschlagen – geschaffen werden muss, wenn Kooperationen wirklich auf den Weg gebracht werden sollen.

## ARTIKEL 7 – § 43 (ARZNEIMITTELGESETZ)

### Beabsichtigte Neuregelung

Das Arzneimittelgesetz soll in § 43 um einen Absatz 4 ergänzt werden, wonach Ärzte einer Notdienstpraxis nach § 123 Abs. 5 SGB V, solange kein Vertrag nach § 12b Apothekengesetz mit einer notdienstpraxis-versorgenden Apotheke besteht, im Rahmen der Notfallversorgung Arzneimittel für den akuten Bedarf an Patienten der Notdienstpraxis in einer zur Überbrückung benötigten Menge abgeben dürfen, soweit im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt.

### Bewertung

Die Regelung, dass – sofern noch kein Vertrag mit einer Apotheke besteht – Medikamente für den akuten Bedarf an Patientinnen und Patienten der Notdienstpraxis in einer zur Überbrückung benötigten Menge abgeben werden dürfen, soweit im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt, ist an die bestehenden Regeln zum Entlassmanagement für das Krankenhaus nach einem stationären Aufenthalt angelehnt. Allerdings herrschen in einer vertragsärztlichen (Notdienst-) Praxis keine vergleichbaren Voraussetzungen, so dass diesbezüglich eine Reihe an Umsetzungsproblemen zu erwarten sind, die dazu führen, dass Patientinnen und Patienten in der Realität im Übergangszeitraum möglicherweise nur unzureichend mit Arzneimitteln versorgt werden.

Im vorliegenden Regierungsentwurf werden relevante administrative und abrechnungstechnische Fragen nicht thematisiert. Unter anderem sind dies folgende:

- › Wo entnehmen die Notdienstpraxen die Arzneimittel?
- › Dürfen die Notdienstpraxen auseinzeln?
- › Dürfen die Arzneimittel über den Sprechstundenbedarf bezogen werden?
- › Wie und mit wem werden die abgegebenen Arzneimittel abgerechnet?
- › Sind Rabattverträge zu berücksichtigen?
- › Ist durch Patientinnen und Patienten eine Zuzahlung zu leisten?
- › Wer ist für den Einzug der Zuzahlung und die Weitergabe an die GKV verantwortlich?

Zu den beispielhaft genannten Fragestellungen sind zwingend weiterführende gesetzliche Regelungen zu treffen.

## ARTIKEL 9 – NR. 1-3 – § 19A ABS. 1 (ZULASSUNGSORDNUNG FÜR VERTRAGSÄRZTE)

### Beabsichtigte Neuregelung

Die offenen Sprechstunden innerhalb einer Arztgruppe in einem Planungsbereich sollen die Bedürfnisse einer ausreichenden Versorgung in Akutfällen berücksichtigen. Im Bundesmantelvertrag sollen entsprechende Regelungen zur Umsetzung einer möglichst gleichmäßigen zeitlichen Verteilung der Sprechstunden getroffen werden.

### Bewertung

Der wiederholte Eingriff in die Freiberuflichkeit des Arztes über noch weiterführende Vorgaben für die offene Sprechstunde lehnt die KBV ab. Vorgaben hierzu stellen einen gravierenden Eingriff in die Organisationshoheit der Praxis dar, die je nach Spezialisierung, Lage und Patienten Klientel eine umfassende Flexibilität bei der Ausgestaltung der offenen Sprechstunde (die ohnehin schon der Versorgung von Akutpatienten ohne Termin dient) behalten muss. Zudem verursacht der Koordinationsaufwand der Regelung eine substanzielle und ständige Bürokratiebelastung für die Vertragsärzte und die KVen.

Streichung der Regelungen in Artikel 8

## **ÄNDERUNGSANTRAG NR. 1 VOM 1. NOVEMBER 2024, BT-DRS. 20(14)231.1**

### **Vorbemerkung**

Die KBV begrüßt grundsätzlich die Aufnahme der medizinischen Notfallrettung in das SGV V. Historisch als reine Transportleistung in Krankenhäuser entstanden, kommt der Notfallrettung zwischenzeitlich eine eigenständige Bedeutung zu. Diese Entwicklung spiegelt sich bislang nicht im SGB V angemessen wider und behindert die nahtlose Kooperation von ambulanter Akutversorgung und medizinischer Notfallrettung.

Die medizinische Notfallrettung sollte mit klar definierten Schnittstellen und idealerweise in enger Abstimmung mit der ambulanten Akutversorgung Patientinnen und Patienten so zur Verfügung stehen, dass Dringlichkeit, Versorgungsort und ggf. Transportmittel aufgrund nachvollziehbarer, wissenschaftlich begründeter Kriterien ermittelt werden. Akutversorgung und medizinische Notfallrettung bilden ein Versorgungskontinuum mit zahlreichen Übergängen sowohl auf Individual- als auch Systemebene. Im Sinne einer Reform aus einem Guss sind deshalb Maßnahmen zur Koordination und Kooperation beider Bereiche zu befürworten.

### **Hinweise im Einzelnen:**

#### **§ 30 Abs. 1 SGB V (Medizinische Notfallrettung)**

Die KBV begrüßt die Aufnahme einer Legaldefinition des Begriffs des rettungsdienstlichen Notfalls. Um Unklarheiten zu vermeiden, sollte im Gesetz zweifelsfrei zum Ausdruck kommen, dass bei der medizinischen ex ante-Beurteilung des Vorliegens eines Notfalls ein objektiver Maßstab anzulegen ist und es nicht auf die subjektive Einschätzung derjenigen Person ankommt, die den Hilfebedürftigen als Notfall im Sinne des § 30 Abs. 1 SGB V eingeschätzt hat. Das muss auch für den in der Begründung des Änderungsantrags genannten Fall gelten, dass die Notwendigkeit einer rettungsdienstlichen präklinischen Notfallversorgung medizinisch nicht ausgeschlossen werden kann. Anderenfalls würde der Notfallbegriff aufgeweicht und die Notfallversorgung des Rettungsdienstes unangemessen ausgedehnt. Jenseits der persönlichen Einschätzung einzelner Beteiligter dienen auch in der Notfallsituation standardisierte Ersteinschätzungssysteme der Objektivierung des Versorgungsanlasses. Den Empfehlungen des Qualitätsausschusses nach § 133c Abs. 2 Nr. 7 SGB V kommt damit eine besondere Bedeutung zu.

#### **§ 30 Abs. 4 SGB V (Medizinische Notfallrettung)**

So sehr bei regionaler Geeignetheit die Erweiterung des notfallmedizinischen Angebots um weitere spezifische Versorgungsformen (z. B. Gemeindenotfallsanitäter) zu begrüßen ist, kommt der Prävention von Akut- und Notfällen durch Stärkung der Regelversorgung eine weitergehende Bedeutung zu. Die Fragmentierung der Versorgung durch teilweise redundante Versorgungsangebote verschärft nicht nur den Fachkräftemangel, sondern erhöht gleichzeitig auch die Intransparenz des Systems. Die Verbindung bestehender Angebote, wie z. B. der palliativmedizinischen Versorgung oder Krisendiensten, mit den Leitsystemen hingegen ist zu begrüßen.

## **§ 60 Abs. 2, Nr.5 SGB V (Krankentransporte und Krankenfahrten)**

Die geschaffene Möglichkeit zur Disposition von Krankenfahrten und Krankentransporten über das Gesundheitsleitsystem und der Gleichsetzung mit der ärztlichen Verordnung wird von der KBV ausdrücklich begrüßt, da hiermit ein in der Versorgung relevantes Problem aufgegriffen wird.

Sofern bisher ein Krankentransport oder eine Krankenfahrt im Zuge einer notdienstlichen Versorgung erforderlich war (beispielsweise zur medizinischen Abklärung nach Sturz aus dem Bett im Pflegeheim) und dies bereits im Zuge der telefonischen Ersteinschätzung zweifelsfrei festgestellt werden konnte, musste zunächst eine vertragsärztliche Verordnung ausgestellt werden und diese vor Fahrtantritt dem Transporteur übergeben werden. Dies war insbesondere in ländlichen Bereichen nicht umsetzbar, so dass in diesen Fällen oftmals ein Rettungswagen gerufen wurde, obwohl dies medizinisch nicht erforderlich war.

Die Disposition von Fahrten über das Gesundheitsleitsystem zum Aufsuchen von Integrierten Notfallzentren darf allerdings nicht die Erwartung vieler Anrufer bestärken, dass der Transport zur behandelnden Einrichtung als selbstverständliches Angebot der Disposition zu verstehen ist. Diese Leistung muss besonderen Ausnahmesituationen vorbehalten bleiben. Grundsätze für die Disposition einer Transportleistung durch das Gesundheitsleitsystem nach § 60 Abs. 2 Nr. 5 SGB V sollten gesetzlich präzisiert werden oder in den entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses konkretisiert werden.

## **§ 133b SGV V, Qualitätsausschuss Notfallrettung i. V. m. 133c SGV V**

Wie beschrieben sind vertragsärztliche Akutversorgung und Notfallrettung, je nach medizinischer Versorgungssituation, nicht nur im Einzelfall, sondern auch systemisch z. B. über Gesundheitsleitsysteme eng miteinander verbunden und müssen noch besser miteinander vernetzt werden. Die Empfehlungen des Ausschusses nach § 133b Abs. 2 Nr. 7 (Einsatzleitsysteme), Nr. 8 (Patientensteuerung) und Nr. 9 (Anbindung an spezialisierte Formen der ambulanten Notfallversorgung) zeigen exemplarisch den engen Zusammenhang beider Bereiche. In vielen Modellprojekten der KVen werden versorgungsverbessernde, innovative Ansätze der Zusammenarbeit erprobt. Diese Zusammenarbeit geht weit über die Definition einzelner Schnittstellen, wie z. B. in § 133b Abs. 6 SGB V vorgesehen, hinaus. Es ist deshalb zu prüfen, inwieweit diesem zweifelsohne wichtigen Aspekt der nahtlosen Verbindung beider Bereiche auch in der Zusammensetzung des Qualitätsausschusses Notfallrettung Rechnung getragen werden kann. Neben der Aufnahme eines Vertreters/einer Vertreterin der vertragsärztlichen Versorgung, z. B. auch als Gastrecht, sind auch andere Formen der Beteiligung wie der Einbezug bei unmittelbarer Betroffenheit denkbar. Nicht zuletzt können Regelungen einer Stellungnahmeberechtigung für eine angemessene Beteiligung sorgen.

### **Ihre Ansprechpartner:**

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

---

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 187.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 70 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.