



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

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM REFERENTENENTWURF DES
BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT VOM 12. NOVEMBER
2025

INHALT

ZUR KOMMENTIERUNG	4
ZUSAMMENFASSUNG	4
ARTIKEL 1 – ÄNDERUNGEN DES SGB V	5
NR. 1 UND 2 – § 27 UND 30 (MEDIZINISCHE NOTFALLRETTUNG)	5
NR. 3 – § 60 (KRANKENTRANSPORTE, KRANKENTRANSPORTFLÜGE UND KRANKENFAHRten)	5
NR. 5 – § 73B ABS. 4 S. 7 (VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG ZU SPRECHSTUNDENFREIEN ZEITEN)	6
NR. 6 – § 75 (AKUTLEITSTELLE, ERREICHBARKEITSANFORDERUNGEN, VERMITTLUNGSREIHENFOLGE)	6
NR. 10 – § 90 (STANDORTBESTIMMUNG INZ)	8
NR. 13 – § 105 ABS. 1B (FINANZIERUNG NOTDIENSTLICHER STRUKTUREN)	8
NR. 15 – § 116B (NEUVERORTUNG ERWEITETER LANDESAUSSCHUSS)	9
NR. 16 – § 120 (VERGÜTUNG NOTDIENST, AUFHEBUNG ERLASS ERSTEINSCHÄTZUNGSRICHTLINIE)	9
NR. 17 – § 123 (INTEGRIerte NOTFALLZENTREN)	10
NR. 17 – § 123A (EINRICHTUNG VON INTEGRIERten NOTFALLZENTREN)	11
NR. 17 – § 123C (ERSTEINSCHÄTZUNG, RICHTLINIE DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSes)	13
NR. 18 – § 133 (VERSORGUNG MIT LEISTUNGEN DER MEDIZINISCHEN NOTFALLRETTUNG UND VERTRÄGE FÜR KRANKENTRANSPORTE UND KRANKENFAHRten)	14
NR. 18 – § 133A (GESUNDHEITSLEITSYSTEM)	14
NR. 18 – § 133B (RAHMENEMPFEHLUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN NOTFALLRETTUNG)	15

NR. 18 – § 133C (DIGITALE KOOPERATION IM RAHMEN DER NOTFALL- UND AKUTVERSORGUNG)	16
NR. 18 – § 133D (DATENÜBERMITTLUNG ZUR QUALITÄTSSICHERUNG IN DER MEDIZINISCHEN NOTFALLRETTUNG)	16
NR. 18 – § 133F (FÖRDERUNG DER DIGITALISIERUNG DER MEDIZINISCHEN NOTFALLRETTUNG)	17
ARTIKEL 2 (WEITERE ÄNDERUNGEN DES SGB V) – § 75 ABS. 1E	17
ARTIKEL 6 (ÄNDERUNG DER APOTHEKENBETRIEBSORDNUNG) – NR. 3 § 4 ABS. 5	17
ARTIKEL 10 (ÄNDERUNG DER ZULASSUNGSVERORDNUNG FÜR VERTRAGSÄRZTE) – § 19A	18
ERGÄNZENDE GESETZGEBUNGSVORSCHLÄGE	19
SICHERHEIT FÜR DEN ÄRZTLICHEN BEREITSCHAFTSDIENST	19
ARZNEIMITTELVERSORGUNG IN DER NOTDIENSTLICHEN AKUTVERSORGUNG	19

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 Bundesministeriums für Gesundheit im Referentenentwurf des Notfallgesetzes (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. Dabei hebt sich der Gesetzentwurf positiv dadurch hervor, dass nunmehr eine konsequente Nutzung der Telematikinfrastruktur und ihrer Komponenten im Rahmen der Notfallversorgung und bei den sie tragenden Strukturen und Beteiligten vorgesehen ist. Diese sinnvollen Vorgaben können maßgeblich dazu beitragen, die Kommunikation strukturiert und effizient anzulegen und die Notfallversorgung auf für die Beteiligten gut nutzbare Informationsgrundlagen zu stellen.

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. 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 Aufnahmerate aus Notaufnahmen in Deutschland hatte schon der Sachverständigenrat 2018 darauf hingewiesen, dass diese Steuerungsentscheidung nach Möglichkeit durch ambulant tätige Ärzte zu treffen sei. Hinzukommt die bundesweit undifferenzierte, ausnahmslose Ausdehnung des Sicherstellungsauftrags der KVen auf das Angebot eines 24/7-telefonischen oder 24/7-videounterstützten Versorgungsangebots und eines 24/7 Fahrdienstes. Drei parallele Strukturen, die finanzielle und personelle Ressourcen benötigen und durch den Referentenentwurf nicht abgesichert sind.

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 – ÄNDERUNGEN DES SGB V

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

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

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

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

Beabsichtigte Neuregelung

Versicherte haben in dem durch Absatz 2 bestimmten Umfang Anspruch auf Übernahme der Kosten für Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Welches Transportmittel genutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall.

Bewertung

Die Regelungen des § 60 SGB V werden neu strukturiert, ohne die leistungsrechtlichen Ansprüche der Versicherten zu verändern. Die Regelungen orientieren sich jetzt im Wesentlichen an der geltenden Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Die bisher umfassten Rettungsfahrten sind künftig in § 30 (neu) geregelt und bedürfen keiner ärztlichen Verordnung mehr. Gleichermaßen gilt für Fahrten zur Versorgung in einem Integrierten Notfallzentrum (INZ) aufgrund von Entscheidungen, die mittels digitaler standardisierter Abfrage getroffen wurden.

Die klare Trennung der Regelungen für die Krankenbeförderung (einschließlich Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten) einerseits und die medizinische Notfallrettung gemäß § 30 (neu) andererseits wird ausdrücklich begrüßt. Damit entfällt künftig der ärztliche Verordnungsvorbehalt. Ebenso wird die Möglichkeit geschaffen, Krankenfahrten oder -transporte auf Grundlage einer standardisierten digitalen Abfrage zu disponieren, ohne dass hierfür eine ärztliche Verordnung erforderlich ist. Beide Änderungen tragen zur Reduzierung unnötiger Bürokratie bei. In der Vergangenheit war es beispielsweise erforderlich, nach einer durchgeföhrten Rettungsfahrt zusätzlich eine ärztliche Verordnung auszustellen, nur um den Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse geltend machen zu können.

NR. 5 – § 73B ABS. 4 S. 7 (VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG ZU SPRECHSTUNDENFREIEN ZEITEN)

Beabsichtigte Neuregelung

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

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

Bewertung

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

NR. 6 – § 75 (AKUTLEITSTELLE, ERREICHBARKEITSANFORDERUNGEN, VERMITTLUNGSREIHENFOLGE)

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

Vorbemerkung

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

Zu Absatz 1a

Die Trennung der Funktionen der Terminservicestelle und der Akutleitstelle wird grundsätzlich begrüßt. Hinsichtlich der bundesmantelvertraglichen Vereinbarung der Erreichbarkeiten der Terminservicestelle wird angeregt (Satz 11, Nr. 6), dies in das Ermessen der Gesamtvertragspartner zu stellen. Diese sind auch für die Vereinbarung von Fördermitteln für die Infrastruktur der TSS zuständig.

Zu Absatz 1b

Die bundesweit undifferenzierte, ausnahmslose Ausdehnung des Sicherstellungsauftrags der KVen auf das Angebot eines 24/7 Fahrdienstes und eines telefonischen oder videounterstützten Versorgungsangebots entspricht nicht den in vielen Fällen unterschiedlichen, regional abweichenden Erfordernissen. Entsprechende Vorgaben sind, sofern erforderlich, auf Landesebene zu vereinbaren und nicht bundesweit

vorzugeben. Es entspricht weder einer wirtschaftlichen noch einer personalressourcenschonenden Vorgehensweise, wenn durch solche Vorgaben ein Strukturaufbau zu finanzieren ist, der von vielen Beteiligten vor Ort als nicht bedarfsgerecht beschrieben wird.

Relevant ist diesem Zusammenhang auch der Vorrang für die Regelversorgung zu den Praxisöffnungszeiten. Zwar wird in der Begründung auf den Vorrang der Versorgung innerhalb der vertragsärztlichen Sprechstunden hingewiesen, dies aber nicht im Gesetz festgelegt. Diese Parallelstrukturen zur Regelversorgung zudem noch in Teilen mit Fördermitteln aus den Verwaltungskosten der Vertragsärzte zu finanzieren ist unverhältnismäßig. Die Inanspruchnahme der ressourcenaufwändigen Versorgung außerhalb der Sprechzeiten muss vom Grundsatz geleitet sein, dass Versicherte zur Mitwirkung verpflichtet sind und der Inanspruchnahme von notdienstlichen Leistungen entsprechende Schritte, wie eine standardisierte Ersteinschätzung, regelhaft voran gehen sollen.

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

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

Zu Absatz 1c

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

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

Um einen performanten Termingeservice in der ambulanten Versorgung betreiben zu können, ist eine tiefe Integration der Terminvermittlung mit den Diensten und Anwendungen der Telematikinfrastruktur sowie den Praxisverwaltungs- und Terminsystemen notwendig. Die technische und inhaltliche Spezifikation der Schnittstelle des Termingeservice ist verfügbar und veröffentlicht. Für eine erfolgreiche Umsetzung ist die verpflichtende Umsetzung und Nutzung der Schnittstelle per Rechtsverordnung seitens des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) entsprechend zu veranlassen. Hieran hängt zuletzt auch jegliche weiteren Überlegungen der Bundesregierung zur Umsetzung für eine Patientenkoordination und -steuerung.

Zu Absatz 1d

Die Berechtigung zur Gesprächsaufzeichnung und Speicherung personenbezogener Daten im Rahmen der Tätigkeit der Akutleitstelle werden begrüßt. Versicherte wählen immer häufiger den digitalen Zugang zur 116117. Auch hier fallen Daten an, deren Aufzeichnung, Verarbeitung und Weitergabe im Interesse einer nahtlosen intersektoralen Versorgung ist. Angeregt wird deshalb, in der Textierung das Wort „Anrufende“

durch „Hilfesuchende“ zu ersetzen. Dies ermöglicht eine entsprechende Datenverarbeitung unabhängig vom gewählten Zugangsmedium.

Die organisatorische Trennung bei gleichzeitig digitaler Verknüpfung und engem Austausch der beiden Rufnummern 116117 und 112 wird ausdrücklich begrüßt. Dies berücksichtigt die den Patientinnen und Patienten bekannten Angebote und die hierfür etablierten Strukturen. Der Hinweis zur Übergabe der Standortbestimmung, nämlich dass die 116117 keine Notrufnummer im Sinne des Telekommunikationsgesetzes sei und deshalb dieses Datum nicht übergeben werden könne, wird in dieser Form nicht geteilt. Die Weitergabe des Standorts ist gerade bei der Vermittlung von Patienten aufgrund der medizinischen Notwendigkeit an die 112 wichtig, damit dem Patienten schnell geholfen werden kann.

NR. 10 – § 90 (STANDORTBESTIMMUNG INZ)

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

Die KBV begrüßt die vorgesehene Regelung zur Festlegung der INZ-Standorte durch die erweiterten Landesausschüsse (eLA) als paritätisch besetztes Gremium mit allen an der Akut- und Notfallversorgung beteiligten Akteuren. Allerdings haben die Landesausschüsse in ihrer in § 90 Abs. 4a vorgesehenen Besetzung bis zu 30 Mitglieder und sind aufgrund ihrer Größe in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt. Daher werden derzeit die Entscheidungen im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach § 116b häufig in Arbeitsausschüssen mit reduzierter Anzahl an Mitgliedern plus Vorsitzenden vollzogen (§ 116b Abs. 3 Satz 7).

Die KBV schlägt vor, in § 90 Abs. 4a neu i. V. m. § 123 neu die Arbeiten des eLA zu Entscheidungen zu den INZ auch in Arbeitsausschüssen mit einer kleineren Zahl von Mitgliedern zu ermöglichen.

NR. 13 – § 105 ABS. 1B (FINANZIERUNG NOTDIENSTLICHER STRUKTUREN)

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

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

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

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

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

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

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

NR. 15 – § 116B (NEUVERORTUNG ERWEITETER LANDESAUSSCHUSS)

Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuverortung des erweiterten Landesausschusses in § 90 SGB V.

Bewertung

Siehe Kommentar zu § 90 – die gleiche Regelung wie in § 116b Abs. 3 Satz 1 neu (Besetzung des eLA mit einer kleineren Zahl von Mitgliedern) wird auch für die Aufgaben des eLA im Zusammenhang mit der INZ-Standortfestlegung nach § 123 vorgeschlagen.

NR. 16 – § 120 (VERGÜTUNG NOTDIENST, AUFHEBUNG ERLASS ERSTEINSCHÄTZUNGSRICHTLINIE)

Beabsichtigte Neuregelung

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

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

Damit verliert die bereits beschlossene, aber wegen Beanstandung nicht in Kraft getretene Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ihre Rechtsgrundlage und ist hinfällig. Ein der neuen gesetzlichen Lage angepasster Auftrag zum Erlass einer Richtlinie mit Vorgaben für ein standardisiertes digitalisiertes ErsteinschätzungsInstrument zur Steuerung der Hilfesuchenden im Rahmen der Strukturen des Integrierten Notfallzentrums wird in § 123c Absatz 2 aufgenommen (siehe nachfolgende Nr. 17).

Bewertung

Zur Streichung § 120 Abs. 3b SGB V:

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

NR. 17 – § 123 (INTEGRIERTE NOTFALLZENTREN)

Beabsichtigte Neuregelung

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

- › Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion
- › Notaufnahme, Notdienstpraxis, Ersteinschätzungsstelle - optional Kooperationspraxis / statt Notdienstpraxis MVZ oder Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Nähe
- › Ersteinschätzung und Steuerung innerhalb des INZ, gegenseitige Datenübermittlung
- › Versorgungsvertrag mit Apotheken
- › Telemedizinische Anbindung an Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie
- › Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung von INZ

Bewertung

Zu Absatz 1

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

Auch ist eine Verpflichtung für INZ-Krankenhäuser, das Terminbuchungssystem der KVen zur Vermittlung von Hilfesuchenden, die einer INZ-Versorgung nicht bedürfen, zu nutzen, nicht vorgesehen. Zur Entlastung der Notaufnahmen und zur Vermittlung einer notwendigen Anschlussversorgung durch Praxen ist diese

Anbindung essenziell und sollte gesetzlich (z. B. in § 123c neu SGB V oder als Teil der Rahmenvereinbarung nach Absatz 4) vorgegeben werden.

Zu Absatz 2

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

Im Ergebnis führen diese Regelungen, und hier insbesondere die Verordnung von Arzneimitteln und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, zu einem erhöhten Zustrom in INZ und konterkarieren die ursprünglich angestrebte Entlastung der Notaufnahmen. Der erweiterte Aufgabenumfang der INZ ist zudem nicht erforderlich, da gleichzeitig die vertragsärztliche Versorgung in Praxen für Akutfälle auch kurzfristig zur Verfügung steht und zusätzlich Vertragsärzte telemedizinisch 24/7 erreichbar werden sollen.

Die Regelung missachtet den Vorrang der vertragsärztlichen Regelversorgung und widerspricht dem europäischen Trend zur Entlastung der Notaufnahmen durch die Einrichtung von Vorstufen des Zugangs. Zwar ist die Priorisierung von Versicherten, die sich zuvor einer Ersteinschätzung durch die 116117 unterzogen haben, angelegt, allerdings sind die Verbindlichkeiten dieser Regelung sowohl für Patienten als auch für INZ nicht vorhanden. Gleichzeitig werden die Aufgaben und Vorhaltungen der 116 117-Akutleitstelle im Bereich der Telemedizin und des aufsuchenden Dienstes massiv erhöht.

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

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 Aufnahmerate 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.

Zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung im Notdienst siehe Kommentierung zu Art. 6, Nr. 3 (§ 4 Apothekenbetriebsordnung)

NR. 17 – § 123A (EINRICHTUNG VON INTEGRIERTEN NOTFALLZENTREN)

Beabsichtigte Neuregelung

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

- › Möglichkeit von Kooperationsvereinbarung, gesetzliche Vorgabe von Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxis, Schiedsregelungen bei Nichtzustandekommen
- › Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit in INZ durch KBV, DKG und GKV-SV

Bewertung

Zu Absatz 1

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

Die KBV benötigt für die INZ-Standortplanung regionale Verhandlungsspielräume für die Vertragspartner vor Ort (u. a. Landeskrankengesellschaft und KVen) zur Ausgestaltung der Standorte. Daher unterstützt die KBV die in Abs. 1 Satz 3 formulierte Intention, bei Bedarf INZ-Planungsregionen auch über Landesgrenzen hinweg festzulegen.

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

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

Begrüßt wird die Möglichkeit für die KVen, die Sicherstellung der Notdienstpraxen auch an zugelassene Praxen und MVZ nach § 95 Abs.1 Satz 1 vergeben zu können. Lokale Beispiele zeigen, dass der Betrieb einer Notdienstpraxis durch selbstständige Vertragsärzte und durch Einrichtungen möglich ist.

Zu Absatz 2

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

Entsprechend ist in § 123 a, Abs. 2, Nr.6 zu ergänzen: „Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen und der Leistungserbringer nach § 123 Abs.1 Satz in Integrierten Notfallzentren sowie der Kooperationspraxen“.

Die Erstellung einer Spezifikation, die sektorübergreifende Fallübergaben ermöglicht, ist sinnvoll und notwendig. Für die Erstellung muss jedoch ein angemessener Zeitraum von mindestens 9 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes vorgesehen werden. Darüber hinaus sollte die Spezifikationserstellung nicht von der niedergelassenen Ärzteschaft finanziert werden müssen. Statt der vorgesehenen Einvernehmensherstellung ist die Herstellung des Benehmens hinreichend, da es nur die technische Interoperabilität und nicht auf die medizinischen Inhalte der Schnittstelle ankommt.

Zu Absatz 4

Gemäß § 123a Abs. 4 sollen KBV, DKG und GKV-SV in einer bundesweiten Rahmenvereinbarung zur Zusammenarbeit in INZ-Vorgaben u. a. zu Regelungen für den Fall wiederholter und schwerwiegender Verstöße gegen die Kooperationsvereinbarung oder für den Fall, dass eine Notdienstpraxis, zu den vereinbarten Zeiten nicht geöffnet ist, treffen (Nr. 4). Warum nur der Fall der nichtgeöffnete Notdienstpraxis, aber nicht der Fall der unbesetzten zentralen Ersteinschätzungsstelle genannt ist, erschließt sich nicht. Daraus entstünde ein Ungleichgewicht mit einem einseitigen Verdacht auf Missachtung der Kooperationsvereinbarung durch die KV. Vorgeschlagen wird die Regelungen allgemein für den Fall wiederholter und schwerwiegender Verstöße gegen die Kooperationsvereinbarung zu vereinbaren, die ausschließliche Nennung der geschlossenen Notdienstpraxis zu streichen oder hilfsweise schwerwiegende Verstöße des Krankenhauses zu ergänzen.

Außerdem soll die Rahmenvereinbarung Vorgaben zur Ausgestaltung der Übernahme der Aufgaben der Notdienstpraxis durch ein krankenhauseigenes hausärztliches MVZ oder eine hausärztliche Vertragsarztpraxis nach § 123 Abs. 1 Satz 6 enthalten (Nr. 5). Die Regelungen in § 123 Abs. 1 Satz 6 stellen aber auf zugelassene Leistungserbringer nach § 95 Abs. 1 Satz 1 ab – hier ist weder eine Einschränkung auf hausärztliche Praxen noch auf Trägerstrukturen („krankenhauseigenes“ MVZ) angelegt. Die KBV schlägt vor, die Einschränkung in § 123 a Abs. 4 Nr. 5 zu streichen und die fachliche Ausrichtung den Vorgaben des G-BA nach § 123c Ab. 2 zu überlassen.

NR. 17 – § 123C (ERSTEINSCHÄTZUNG, RICHTLINIE DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES)

Beabsichtigte Neuregelung

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

- › Vergütung ambulanter Behandlung für Krankenhäuser ohne INZ nur noch nach Ersteinschätzung, die die Unzumutbarkeit einer Verweisung an INZ festgestellt hat
- › Richtlinie des G-BA zu Vorgaben für standardisierte digitale Ersteinschätzung
- › Richtlinie regelt auch Mindestausstattungsanforderungen für Notdienstpraxen
- › Berichtspflicht G-BA zu Auswirkungen der Ersteinschätzung
- › EBM für Ersteinschätzung

Bewertung

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

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

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

NR. 18 – § 133 (VERSORGUNG MIT LEISTUNGEN DER MEDIZINISCHEN NOTFALLRETTUNG UND VERTRÄGE FÜR KRANKENTRANSPORTE UND KRANKENFAHRTEN)

Beabsichtigte Neuregelung

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

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

Bewertung

Siehe Kommentierung zu § 30 SGB V.

NR. 18 – § 133A (GESUNDHEITSLEITSYSTEM)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 133a befasst sich mit der Einrichtung eines Gesundheitsleitsystems. Inhaltlich geht es u. a. um die Kooperationsvereinbarung zwischen der Akutleitstelle 116117 und der Rettungsdienstleitstelle 112 auf Antrag der Rettungsleitstelle, um die verbindliche Absprache, wer welche Fälle übernimmt und um die Abstimmung der Abfragesysteme. Dafür bedarf es eine medienbruchfreie Übergabe von Fällen und Daten. Die KBV wird diese Schnittstelle zur Verfügung stellen.

Bewertung

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

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

Neben der Schaffung der technischen Voraussetzungen, die Vereinbarung von Übernahmefristen und eines gemeinsamen Qualitätsmanagements und dem Aufbau einer Auswertungsbasis für die Evaluation der Kooperation soll die Akutleitstelle auch Angebote der kommunalen Daseinsvorsorge disponieren. Für die Finanzierung der damit verbundenen Aufwände erhalten Rettungsleitstellen auf Antrag Gelder aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes. Die Finanzierung der nicht unerheblichen Aufwände der KVEn sind hälftig (unter Einberechnung nicht verwendeter Honoraraufwände auch in höherem Umfang) aus den Verwaltungskosten der Vertragsärzte zu finanzieren. Diese Gelder entsprechen Anteilen der Vergütung der Leistungen, die für die Versorgung gesetzlich Krankenversicherter an diesen erbracht wurden.

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

Die Erstellung einer Spezifikation, die sektorübergreifende Fallübergaben ermöglicht, ist sinnvoll und notwendig. Für die Erstellung muss jedoch ein angemessener Zeitraum von mindestens 9 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes vorgesehen werden. Darüber hinaus sollte die Spezifikationserstellung nicht von der niedergelassenen Ärzteschaft finanziert werden müssen. Statt der vorgesehenen Einvernehmensherstellung ist die Herstellung des Benehmens hinreichend, da es nur die technische Interoperabilität und nicht auf die medizinischen Inhalte der Schnittstelle ankommt.

NR. 18 – § 133B (RAHMENEMPFEHLUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN NOTFALLRETTUNG)

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

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

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

Medizinische Notfallrettung kann, im Gegensatz zum Standard der letzten Jahrzehnte, nicht mehr losgelöst von der die Notfallrettung umgebenden Struktur der ambulanten und stationären Versorgung gedacht werden. Nicht nur für eine erfolgreiche digitale Vernetzung, auch im Hinblick auf Fallübergaben sowohl in den ambulanten als auch den stationären Sektor oder aber auch die Etablierung eigener ambulanter Angebote (§ 133b, Abs. 2, Nr. 4 „spezialisierte Formen der ambulanten Notfallversorgung,

weitere ambulante Versorgungsformen“) ist deshalb der Einbezug entsprechenden Sachverständes in die Erarbeitung der Rahmenempfehlungen notwendig. Dies sollte durch eine entsprechende Ergänzung des Teilnehmerkreises des Gremiums nach § 113b SGB V durch Einbezug des KV-Systems in die Erstellung der Rahmenempfehlungen oder hilfsweise durch eine Einvernehmensregelung erfolgen.

NR. 18 – § 133C (DIGITALE KOOPERATION IM RAHMEN DER NOTFALL- UND AKUTVERSORGUNG)

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

Die digitale Vernetzung aller an der Notfall- und Akutversorgung beteiligten Akteure ist eine der wesentlichen Voraussetzungen für eine ressourcenschonende und gleichzeitig effiziente Bereitstellung aufwändiger Notfallstrukturen. Da aufgrund der Freiwilligkeit der ePA, wie der Gesetzentwurf anerkennt, nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Informationsprozesse auf die ePA bauen können, werden für den Notfall valide Informationsgrundlagen i.S. einer „Notfall-Fallakte“ erforderlich. Zur Schaffung der notwendigen Eindeutigkeit der Regelung wird vorgeschlagen, einen expliziten Regelungsbestandteil vorzusehen, nach dem die im Rahmen der dafür notwendigen Spezifikation spezifizierten Daten von den Prozessbeteiligten erhoben und verarbeitet werden dürfen.

Hierzu gehört die Einbindung der Akutleitstellen genauso wie die Integration eines Versorgungskapazitätennachweises zur gezielteren Nutzung begrenzter stationärer Kapazitäten. Begrüßt wird die Nutzung der elektronischen Patientenakte zur Informationsübermittlung zwischen den versorgenden Einheiten in Echtzeit. Unbenommen dieser Möglichkeit ist die Verarbeitbarkeit und zeitlich begrenzte Speicherung dieser Daten, wie sie auch im Rahmen der Erhebung der Akutleitstelle anfallen und relevant für weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte in den jeweilig zuständigen oder betroffenen Versorgungsbereichen (ambulant, stationär, Rettungsdienst, weitere) sind, essenziell.

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

NR. 18 – § 133D (DATENÜBERMITTLUNG ZUR QUALITÄTSSICHERUNG IN DER MEDIZINISCHEN NOTFALLRETTUNG)

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

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

NR. 18 – § 133F (FÖRDERUNG DER DIGITALISIERUNG DER MEDIZINISCHEN NOTFALLRETTUNG)

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

Es erschließt sich hingegen nicht, warum diese Förderung aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes ausschließlich für die Belange des Rettungsdienstes Anwendung findet. Wie zuvor am Beispiel der Vermittlung von Leistungen der (kommunalen) Daseinsvorsorge durch die Akutleitstellen der KVen gezeigt, kommen auch auf KVen gesellschaftlich gewünschte Tätigkeiten zu, deren Etablierung nicht im engeren Sinne mit der Krankenversorgung im Rahmen des SGB V verbunden ist. Hierzu gehören beispielsweise die Vermittlung in Angebote kommunaler Krisendienste oder Unterbringungsmöglichkeiten für Obdachlose (§ 113a Abs.4 Satz 2). Die Erreichbarkeit dieser - zweifelsohne wichtigen - Versorgungsangebote über die Akutleistelle zu verbessern, ist richtig, die Finanzierung dieser Vermittlung aus den Geldern der Sozialversicherung hingegen nicht. Es ist weder zu vermitteln, dass hierfür die Gesetzliche Krankenversicherung und noch weniger, dass Vertragsärzte für diese Aufwände aus den KV-Verwaltungskosten aufkommen. Folgerichtig ist deshalb die Finanzierung dieser Aufwände der Akutleitstellen aus dem Sondervermögen.

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

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

Die Berichtspflichten der KBV werden insbesondere auf die Erreichbarkeit und die Vermittlungsleistung der Akutleitstellen erweitert. Die KVen nutzen unterschiedliche Softwaresysteme für ihre Telefonanlagen sowie zur Disposition ihrer Versorgungsangebote. Hier sind umfangreiche Vorarbeiten zur Etablierung von Datendefinitionen, -strukturen und -erfassungswegen sowie von Auswertungstools notwendig. Dies erfordert nicht nur einen angemessenen zeitlichen Vorlauf, sondern auch personellen Mehraufwand und finanzielle Investitionen. Die Frist sollte deshalb auch mit Blick auf die Aussagekraft der Daten um ein weiteres Jahr verschoben werden.

ARTIKEL 6 (ÄNDERUNG DER APOTHEKENBETRIEBSORDNUNG) – NR. 3 § 4 ABS. 5

Beabsichtigte Neuregelung

Eine notdienstpraxisversorgende Apotheke kann abweichend von Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 zusätzlich Betriebsräume einer zweiten Offizin mit Lagerräumen an dem Standort, an dem die betreffende Notdienstpraxis betrieben wird, umfassen. Die Absätze 2a, 2d und 6 gelten entsprechend.

Bewertung

Die KBV begrüßt grundsätzlich die Verbesserung der Arzneimittelversorgung im Notdienst, hält jedoch im Hinblick auf die sofortige und umfassende Arzneimittelversorgung weitergehende Maßnahmen für erforderlich. Insbesondere sollte die Arzneimittelversorgung nicht auf die Integrierten Notfallzentren beschränkt sein, sondern an jedem Ort, an dem eine notdienstliche Akutversorgung erfolgt (wie in den Praxen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes) sowie auch im aufsuchenden Dienst ermöglicht werden. Dies könnte im Rahmen von Modellvorhaben erprobt werden, welche die Abgabe von Arzneimitteln nach Verordnung unter telepharmazeutischer Beratung der Apotheke am Ort der notdienstlichen Akutversorgung durch automatisierte Abgabestationen ermöglichen. Ebenso könnten in Modellvorhaben Arzneimittel nach Verordnung unter telepharmazeutischer Beratung der Apotheke im aufsuchenden Dienst abgegeben werden. Weiterhin könnten sich Modellvorhaben auch auf ein Dispensierrecht des aufsuchenden Dienstes erstrecken.

Wir schlagen daher die Einführung von Rechtsgrundlagen für die entsprechenden Modellvorhaben und Versorgungswege sowie entsprechende Änderungen des Arzneimittelgesetzes, der Arzneimittelverschreibungsverordnung, des Apothekengesetzes sowie der Apothekenbetriebsordnung vor. Soweit eine Änderung der vorgenannten Gesetze und Verordnungen nicht zielführend erscheint, wäre auch eine Generalklausel im Zusammenhang mit den Regelungen zu den Modellvorhaben im SGB V denkbar, wonach bei diesen Modellvorhaben von den Regelungen des Arzneimittelgesetzes, der Arzneimittelverschreibungsverordnung, des Apothekengesetzes und der Apothekenbetriebsordnung abgewichen werden kann.

Weiterführende Vorschläge sind am Ende der Stellungnahme zu finden.

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

Beabsichtigte Neuregelung

In § 19a wird eine Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte vorgenommen, die eine gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe vorsieht.

Bewertung

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

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

Zudem verursacht der Koordinationsaufwand der Regelung eine substanzelle und ständige Bürokratiebelastung für die Vertragsärzte und die KVen.

ERGÄNZENDE GESETZGEBUNGSVORSCHLÄGE

SICHERHEIT FÜR DEN ÄRZTLICHEN BEREITSCHAFTSDIENST

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

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

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

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

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

ARZNEIMITTELVERSORGUNG IN DER NOTDIENSTLICHEN AKUTVERSORGUNG

Beabsichtigte Neuregelung

Die Arzneimittelversorgung im Notdienst soll durch eine Kooperation zwischen den Integrierten Notfallzentren und Apotheken verbessert werden. Hierbei soll die Versorgung durch die Apotheke erfolgen, wenn sich diese in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis befindet; soweit dies nicht der Fall ist, kann die Arzneimittelversorgung durch eine zweite Offizin der Apotheke mit Lagerraum im Integrierten Notfallzentrum erfolgen.

Bewertung

Die KBV begrüßt grundsätzlich die Verbesserung der Arzneimittelversorgung im Notdienst, hält jedoch im Hinblick auf die sofortige und umfassende Arzneimittelversorgung weitergehende Maßnahmen für erforderlich. Insbesondere sollte die Arzneimittelversorgung nicht auf die Integrierten Notfallzentren beschränkt sein, sondern an jedem Ort, an dem eine notdienstliche Akutversorgung erfolgt (wie in den Praxen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes) sowie auch im aufsuchenden Dienst ermöglicht werden. Dies könnte im Rahmen von Modellvorhaben erprobt werden, welche die Abgabe von Arzneimitteln nach Verordnung unter telepharmazeutischer Beratung der Apotheke am Ort der notdienstlichen Akutversorgung durch automatisierte Abgabestationen ermöglichen. Ebenso könnten in Modellvorhaben Arzneimittel nach Verordnung unter telepharmazeutischer Beratung der Apotheke im aufsuchenden

Dienst abgegeben werden. Weiterhin könnten sich Modellvorhaben auch auf ein Dispensierrecht des aufsuchenden Dienstes erstrecken.

Wir schlagen daher die Einführung von Rechtsgrundlagen für die entsprechenden Modellvorhaben und Versorgungswege sowie entsprechende Änderungen des Arzneimittelgesetzes, der Arzneimittelverschreibungsverordnung, des Apothekengesetzes sowie der Apothekenbetriebsordnung vor. Soweit eine Änderung der vorgenannten Gesetze und Verordnungen nicht zielführend erscheint, wäre auch eine Generalklausel im Zusammenhang mit den Regelungen zu den Modellvorhaben im SGB V denkbar, wonach bei diesen Modellvorhaben von den Regelungen des Arzneimittelgesetzes, der Arzneimittelverschreibungsverordnung, des Apothekengesetzes und der Apothekenbetriebsordnung abgewichen werden kann.

ÄNDERUNGSVORSCHLÄGE DER KBV IM SGB V

1. Nach § 64e SGB V werden die folgenden § 64f und § 64g SGB V eingefügt:

- a. § 64f SGB V

„(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landeskrankenhausegesellschaft sowie die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgeblichen Organisation der Apotheker auf Landesebene können gemeinsam mit Krankenkassen oder deren Verbänden zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung Modellvorhaben zur Versorgung von Versicherten mit Arzneimitteln im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Abs. 1b S. 2 über die Abgabe von Arzneimitteln durch automatisierte Abgabestationen der Apotheken nach § 17 Abs. 1b ApBetrO im Wege telepharmazeutischer Beratung an den Behandlungsorten der notdienstlichen Akutversorgung für die Fälle vereinbaren, in denen die Verordnung eines Arzneimittels nach § 75 Abs. 1b S. 3 erfolgt oder die sofortige Einleitung einer Arzneimitteltherapie mit einem nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel angezeigt ist.

(2) In der Vereinbarung nach Absatz 1 sind insbesondere

1. die Standorte, an denen das Modellvorhaben durchgeführt wird (z.B. Region/Ort),
 2. die Bestimmung der Arzneimittel und die Packungsgrößen, die im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung durch die automatisierten Abgabestationen der Apotheken nach § 17 Abs. 1b ApBetrO im Wege telepharmazeutischer Beratung (Telefon/Videoübertragung) abgegeben werden dürfen,
 3. die Lagerung der Arzneimittel zur Befüllung der automatisierten Abgabestationen an den Orten, an denen eine notdienstliche Akutversorgung erfolgt,
 4. die Beratung der Versicherten über die freie Wahl der Versorgungswege,
 5. die Beratung der Versicherten und der in der notdienstlichen Akutversorgung tätigen Ärzte zu den an der automatisierten Abgabestationen der Apotheken nach § 17 Abs. 1b ApBetrO abgegebenen Arzneimitteln,
 6. die Art des Telekommunikationsmittels, das bei der telepharmazeutischen Beratung nach Bestellung des Arzneimittels durch den Versicherten zur Anwendung kommt,
 7. bei verordneten Arzneimitteln die Art der Prüfung der Dokumentationspflichten nach § 17 Abs. 5, 6 ApBetrO,
 8. den technischen Zugang des Versicherten zum Erhalt des Arzneimittels an der automatisierten Abgabestation nach § 17 Abs. 1b ApBetrO

zu regeln.

(3) Die Vertragspartner nach Absatz 1 veranlassen eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben nach Absatz 1 nach dem allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standard.

(4) Die §§ 31 Abs. 3 und 129 Abs. 1 finden in den Modellvorhaben nach Absatz 1 keine Anwendung.

(5) Die Teilnahme am Modellvorhaben ist freiwillig. Die Träger der Einrichtungen der notdienstlichen Akutversorgung erklären ihren Beitritt schriftlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung.“

b. b. § 64g SGB V

„(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgeblichen Organisation der Apotheker auf Landesebene können gemeinsam mit Krankenkassen oder deren Verbänden zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung Modellvorhaben über die Bereitstellung von Arzneimitteln an den aufsuchenden Dienst im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Abs. 1b S. 5 Nr. 3 SGB V zur Abgabe an den Versicherten für die Fälle vereinbaren, in denen die Verordnung eines Arzneimittels nach § 75 Abs. 1b S. 3 erfolgt oder die sofortige Einleitung einer Arzneimitteltherapie mit einem nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel angezeigt ist.

(2) In der Vereinbarung nach Absatz 1 sind insbesondere

1. die Bestimmung der Arzneimittel und Packungsgrößen, die von der Apotheke an den aufsuchenden Dienst im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Abs. 1b S. 5 Nr. 3 SGB V bereitgestellt werden,
2. die Beratung der im aufsuchenden Dienst im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Abs. 1b S. 5 Nr. 3 SGB V tätigen Personen über die bereitgestellten Arzneimittel, die auch im Wege der Telekommunikation erfolgen kann,
3. die Beratung der Versicherten durch die Apotheke, die auch im Wege der Telekommunikation erfolgen kann,
4. die Art des Telekommunikationsmittels, das bei der Beratung nach den Nummern 2 und 3 zur Anwendung kommt,
5. die Lagerung der bereitgestellten Arzneimittel beim aufsuchenden Dienst im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Abs. 1b S. 5 Nr. 3 SGB V.
6. bei verordneten Arzneimitteln die Art der Prüfung der Dokumentationspflichten nach § 17 Abs. 5, 6 ApBetrO,

zu regeln.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können mit den Krankenkassen oder deren Verbänden zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung Modellvorhaben über ein die unmittelbare Abgabe von Arzneimitteln im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung nach §§ 75 Abs. 1b S. 5 Nr. 3 SGB V vereinbaren, soweit die sofortige Einleitung einer Arzneimitteltherapie mit einem verschreibungspflichtigen oder nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel angezeigt ist.

(4) In der Vereinbarung nach Absatz 2 sind insbesondere

1. die Bestimmung der Arzneimittel und Packungsgrößen, die vom aufsuchenden Dienst im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Abs. 1b S. 5 Nr. 3 an den Versicherten abgegeben werden,
2. die Vergütung der am Modellvorhaben teilnehmenden Leistungserbringer,
3. die Beratung des Versicherten über das Arzneimittel durch den aufsuchenden Dienst,
4. die Lagerung der Arzneimittel beim aufsuchenden Dienst

zu regeln.

(5) § 64 f Abs. 3 und 4 gelten entsprechend.

(6) Die Teilnahme am Modellvorhaben ist freiwillig. Die Träger der Einrichtungen der notdienstlichen Akutversorgung erklären ihren Beitritt schriftlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung.“

2. Nach § 132m wird der folgende § 132n eingefügt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich die Verordnung der im Rahmen von Modellvorhaben nach § 64g Abs. 3 abgegebenen Arzneimittel. In der Vereinbarung sind insbesondere die bei den Modellvorhaben nach § 64g Abs. 3 verordnungsfähigen Arzneimittel, der Kreis der Personen, an die nach der Vereinbarung nach Satz 1 verordneten Arzneimittel abgegeben werden darf, sowie die abwickelnde Stelle zu regeln; die Verordnung kann entweder für alle in einem definierten Zeitraum durch den aufsuchenden Dienst nach § 75 Abs. 1b S. 5 Nr. 3 abgegebenen Arzneimittel oder versichertenzbezogen erfolgen. Die Apotheken rechnen die verordneten Arzneimittel mit den Krankenkassen ab.“

ÄNDERUNGSVORSCHLÄGE DER KBV IM ARZNEIMITTELGESETZ

1. Nach § 43 Abs. 1 wird der folgende Absatz 1a eingefügt:

„Absatz 1 Satz 1 gilt nicht, wenn Arzneimittel im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Abs. 1b S. 2 SGB V nach telepharmazeutischer Beratung durch automatisierte Abgabestationen der Apotheken, die sich an den Orten der Durchführung der notdienstlichen Akutversorgung befinden, oder im Rahmen des aufsuchenden Dienstes nach § 75 Abs. 1b S. 5 Nr. 3 SGB V direkt an den Patienten abgegeben werden.“

2. Nach § 43 Abs. 2 S. 1 wird der folgende Satz 2 angefügt:

„Absatz 1 Satz 1 gilt nicht, wenn Arzneimittel im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Abs. 1b S. 2 SGB V nach telepharmazeutischer Beratung durch automatisierte Abgabestationen der Apotheken, die sich an den Orten der Durchführung der notdienstlichen Akutversorgung befinden, oder im Rahmen des aufsuchenden Dienstes nach § 75 Abs. 1b S. 5 Nr. 3 SGB V direkt an den Patienten abgegeben werden.“

3. § 43 Abs. 3 S. 1 wird der folgende Satz angefügt:

„Absatz 1a gilt.“

4. An § 48 Abs. 1 S. 3 werden die folgenden Worte angefügt:

„sowie bei der Abgabe von Arzneimitteln im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Abs. 1b S. 2 SGB V durch den aufsuchenden Dienst nach § 75 Abs. 1b S. 5 Nr. 3 SGB V.“

ÄNDERUNGSVORSCHLÄGE DER KBV IN DER ARZNEIMITTELVERSCHREIBUNGSVERORDNUNG

An § 5 Satz 2 wird der folgende Satz angefügt:

„Weiter sind Arzneimittel von der Verschreibungspflicht ausgenommen, wenn sie im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Abs. 1b S. 2 SGB V durch den aufsuchenden Dienst nach § 75 Abs. 1b S. 5 Nr. 3 SGB V direkt an den Patienten abgegeben werden.“

ÄNDERUNGSVORSCHLÄGE DER KBV IM APOTHEKENGESETZ

1. Nach § 12a ApoG werden die folgenden § 12b bis § 12d eingefügt:

a. § 12b ApoG

„Die Träger einer Einrichtung, in der notdienstliche Akutversorgung durchgeführt wird, können mit Apotheken Verträge über die Arzneimittelversorgung im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Abs. 1b SGB V durch eine Abgabe des Arzneimittels durch automatisierte Abgabestationen der Apotheken nach § 17b ApBetrO im Wege telepharmazeutischer Beratung an den Behandlungsorten der notdienstlichen Akutversorgung vereinbaren. In diesen Verträgen sind insbesondere zu regeln, dass

1. eine ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten der notdienstlichen Akutversorgung mit Arzneimitteln sichergestellt wird,
2. die Versicherten und die in der notdienstlichen Akutversorgung tätigen Ärzte durch die Apotheke zu den an der automatisierten Abgabestationen der Apotheken nach § 17 Abs. 1b ApBetrO abgegebenen Arzneimitteln informiert und beraten werden,
3. eine ordnungsgemäße Lagerung von Arzneimitteln gewährleistet ist und der Zugang zu diesen Räumen dem Personal der Apotheke vorbehalten bleibt und
4. die freie Apothekenwahl der Patienten nicht eingeschränkt wird.“

b. § 12cApoG

„Apotheken können mit Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge über die Bereitstellung von Arzneimitteln an den aufsuchenden Dienst im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Abs. 1b S. 5 Nr. 3 SGB V zur Abgabe an den Patienten schließen. In den Verträgen ist insbesondere zu regeln

1. die Bestimmung der Arzneimittel und Packungsgrößen, die von der Apotheke an den aufsuchenden Dienst im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Abs. 1b S. 5 Nr. 3 SGB V bereitgestellt werden,
2. die Beratung der im aufsuchenden Dienst im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Abs. 1b S. 5 Nr. 3 SGB V tätigen Personen über die bereitgestellten Arzneimittel, die auch im Wege der Telekommunikation erfolgen kann,
3. die Beratung der Patienten durch die Apotheke, die auch im Wege der Telekommunikation erfolgen kann,
4. die Art des Telekommunikationsmittels, das bei der Beratung nach den Nummern 2 und 3 zur Anwendung kommt,
5. die Lagerung der bereitgestellten Arzneimittel beim aufsuchenden Dienst im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Abs. 1b S. 5 Nr. 3 SGB V,
6. bei verordneten Arzneimitteln die Art der Prüfung der Dokumentationspflichten nach § 17 Abs. 5, 6 ApBetrO.“

c. § 12d ApoG

„Apotheken können mit Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge über die Zustellung von Arzneimitteln, die im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Abs. 1b SGB V verordnet wurden, durch Boten schließen. In den Verträgen ist insbesondere zu regeln

1. die Art der Beratung des Kunden nach § 17 Abs. 2 S. 7 ApBetrO,
2. bei verordneten Arzneimitteln die Art der Prüfung der Dokumentationspflichten nach § 17 Abs. 5, 6 ApBetrO,
3. der Zeitraum, innerhalb dessen die Belieferung erfolgt.“

ÄNDERUNGSVORSCHLÄGE DER KBV IN DER APOTHEKENBETRIEBSORDNUNG

1. § 4 Abs. 4 S. 1 Nr. 1 ApBetrO erhält die folgende Fassung:

„Lagerräume, die ausschließlich der Arzneimittelversorgung von Krankenhäusern, zur Versorgung von Bewohnern von zu versorgenden Einrichtungen im Sinne des § 12a des Apothekengesetzes oder an der Befüllung von automatisierten Abgabestationen an Orten, an denen notdienstliche Akutversorgung nach § 75 Abs. 1b SGB V durchgeführt wird, dienen.“

2. § 4 Abs. 4 S. 2 ApBetrO erhält die folgende Fassung

„Diese Räume müssen jedoch in angemessener Nähe zu den übrigen Betriebsräumen liegen; ausgenommen hiervon sind Lagerräume, die ausschließlich der Arzneimittelversorgung in der notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Abs. 1b SGB V dienen und sich am Ort der Durchführung der notdienstlichen Akutbehandlung befinden.“

3. Nach § 4 Abs. 4 S. 3 wird der folgende Satz 4 angefügt:

„Wenn Apotheken im Ort der Durchführung von notdienstlicher Akutbehandlung nach § 75 Abs. 1b SGB V eine automatisierte Abgabestation nach § 17 Abs. 1b unterhalten, sind Lagerräume an diesem Ort oder in dessen unmittelbarer Nähe zulässig.“

4. Nach § 17 Abs. 1a S. 2 ApBetrO wird der folgende Satz 3 angefügt:

„Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, wenn Arzneimittel im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Abs. 1b SGB V durch automatisierte Abgabestationen der Apotheken nach Abs. 1b im Wege telepharmazeutischer Beratung an den Behandlungsorten der notdienstlichen Akutversorgung oder durch den aufsuchenden Dienst nach § 75 Abs. 1b S. 5 Nr. 3 SGB V unmittelbar an den Kunden abgegeben werden.“

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.