

Stellungnahme des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Notfallgesetz – NotfallG) vom 03.06.2024

Das Zi unterstützt ausdrücklich die mit dem Gesetz verfolgten Ziele des Gesetzgebers und dabei insbesondere die Vorhaben,

- die Steuerung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene zu verbessern,
- die drei Versorgungsbereiche – vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste – besser zu vernetzen und aufeinander abzustimmen und
- auf diese Weise eine effektivere und wirtschaftlichere Notfall- und Akutversorgung der gesetzlich Versicherten zu erreichen und zukünftig aufrechterhalten zu können.

Die Reform der Notfallversorgung steht bereits seit einigen Jahren auf der gesundheitspolitischen Agenda. Um die drei Versorgungsbereiche besser zu vernetzen, setzt das NotfallG rechtstechnisch primär an einer Modifikation des Sicherstellungsauftrags der KVen an. Unter Berücksichtigung der bisher dazu stattgefundenen Fachdiskussion ist positiv hervorzuheben, dass der Referentenentwurf dabei an entscheidenden Stellen den zahlreichen zwischenzeitlich entstandenen Kooperationsprojekten zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenhäusern und Rettungsdiensten, die auf eine Entlastung der Notfallversorgung zielen, erkennbar Rechnung trägt. Der Gesetzentwurf enthält damit das Potenzial, die Steuerung von Patientinnen und Patienten in der Akut- und Notfallversorgung zu verbessern.

Aus Sicht des Zi sind allerdings einige Regelungsentwürfe auch kritisch zu bewerten. Diese Punkte können und sollten im Interesse der oben genannten Zielsetzungen noch modifiziert werden.

Dies betrifft folgende Regelungsbereiche:

1. Artikel 1, Nr. 2 b): § 75 Absatz 1b - Erweiterung des Sicherstellungsauftrages

Bewertung

Der fahrende Dienst aus dem organisierten Bereitschaftsdienst der KVen erhält hiermit Gesetzesrang. Zugleich wird der Leistungsrahmen ausgeweitet, indem der aufsuchende Dienst auch zu Praxisöffnungszeiten vorzuhalten ist. Ausweislich der Begründung ist damit zudem die Erwartung verbunden, dass dieser Dienst Versorgungsaufgaben übernimmt, mit denen die Rettungsdienste momentan überfordert sind, die mit Transportleistungen in ein Krankenhaus nicht oder nur wenig effektiv erfüllt werden und die weitgehend außerhalb der eigentlichen rettungsdienstlichen Notfallversorgung liegen. Dies haben zum Beispiel Modellversuche zur Vorortversorgung durch besonders weitergebildete Notfallsanitäter gezeigt, in denen eine hohe inhaltliche Überschneidung mit Behandlungsanlässen im ärztlichen Bereitschaftsdienst sowie die Delegierbarkeit eines großen Anteils der Einsätze im ärztlichen Bereitschaftsdienst belegt wurde (Seeger I. et al. (2020) <https://doi.org/10.1007/s10049-020-00715-6>; Seeger I. et al. (2022) <https://link.springer.com/article/10.1007/s00063-021-00863-8>; Overheu D. 2019 <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-0886-8017.pdf>; Overheu D. et al. 2022 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10224645/>). Zugleich wird anhand des Einsatzbildes dieser Studien deutlich, dass bei Einführung eines solchen Diensts im Vergleich zum bisherigen ärztlichen Bereitschaftsdienst eine Verbreiterung der Aufgaben zu erwarten ist, wenn der Rettungsdienst wirksam entlastet werden soll. Daher muss die Einführung eines solchen aufsuchenden Dienstes als eine Erweiterung des Sicherstellungsauftrags der KVen verstanden werden, die zusätzliche Ressourcen erfordert. Zwar obliegt die Disposition dieser Versorgungsangebote der gemäß Abs. 1c zu schaffenden Akutleitstelle. Die angestrebte Entlastung des Rettungsdienstes wird aber mit einem hohen zusätzlichen Personalbedarf bei den KVen einhergehen. Dieses Personal steht ausweislich des Jahresgutachtens 2024 des Sachverständigenrats Gesundheit derzeit und perspektivisch weder in den Praxen noch im Rettungsdienst oder in den Notaufnahmen zur Verfügung, so dass eine pauschale Sicherstellungsverpflichtung in Zeiten des Personalmangels weder realistisch umsetzbar noch bedarfsgerecht ist. Bei der weiteren Ausgestaltung ist unbedingt darauf zu achten, dass zusätzliche Belastungen der Praxen möglichst zu vermeiden sind, um die Regelversorgung in den nächsten Jahren nicht zu schwächen. Bereits jetzt besteht ein hohes Frustrationspotenzial, das über den altersbedingten Generationswechsel hinaus zusätzliche Verluste an ärztlicher Kapazität nach sich ziehen kann (Zi-Befragung der Praxen vom Dezember 2023: https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Medien/MI/Langfassung-Befragungsergebnisse_08-12-23.pdf). Soweit dieser Dienst primär einen ggf. delegierbaren ärztlichen Hausbesuch umfasst, bedarf es insbesondere während der Praxisöffnungszeiten zudem einer definitorischen Eingrenzung, um keine Doppelstruktur zur vertragsärztlichen Regelversorgung zu schaffen. Art und Umfang der Vorhaltung werden jedoch regional unterschiedlich ausfallen und – bleibt man in der Logik des Gesetzentwurfs - auch davon beeinflusst sein, ob und wie die jeweilige KV gemäß § 133a mit den zuständigen Rettungsleitstellen kooperieren kann. Wenn ein solcher Dienst überhaupt eingeführt wird, ist es daher sachgerecht, dass dieser, ebenso wie bei den geplanten Notfallpraxen in INZ gemäß § 123a Absatz 2 vorgesehen, dem Bedarf in der jeweiligen Region angepasst wird und der Fokus auf Aufrechterhaltung der Regelversorgung gewahrt bleibt. Um Doppelstrukturen zu vermeiden, sollte die Einführung räumlich auch auf die Regionen begrenzt werden, in denen eine Kooperation zwischen KV und Rettungsleitstellen gemäß § 133a Abs. 2 besteht. Zudem muss die dadurch bedingte zusätzliche Vorhaltung bzw. die damit zusätzlich

bereitgestellte Versorgung wie andere vergleichbare Leistungen der Notfallversorgung vollständig durch die Krankenkassen finanziert werden (siehe hierzu Ausführungen zu § 105a SGB V).

Auch das telemedizinische Versorgungsangebot der notdienstlichen Akutversorgung sollte zur Vermeidung personalintensiver Doppelstrukturen nicht als eigenständige zusätzliche Versorgungsstruktur verstanden werden. Dies gilt insbesondere für die Zeiten, in denen eine solche Leistung durch Vertragsärzte als Akutfall im Rahmen der Regelversorgung erbracht werden kann. Damit ist auch eine sinnvolle Terminpriorisierung bzw. Steuerung auf Grundlage der Erststeinschätzung durch die Akutleitstelle verbunden.

Fraglich ist, ob es neben den INZ gemäß § 123 Absatz 1 weiterer Kooperationsvereinbarungen zwischen Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen künftig noch bedarf. Im Interesse einer Fokussierung der Notfallversorgung auf INZ-Standorte sollte hier eine Präzisierung erfolgen, dass nur Kooperationsvereinbarungen gemäß § 123b Abs. 2 zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigen. Zudem sollte korrespondierend in § 76 Abs. 1 ergänzend der Notfallbegriff präzisiert werden, um die Behandlung im Notfall von der Behandlung im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung abzugrenzen. Ein Notfall wäre demnach nur dann gegeben, wenn nach Anwendung des digitalen Ersteinschätzungsverfahrens nach § 123 Abs. 3 ein unmittelbarer Behandlungsbedarf in der Notaufnahme besteht.

Änderungsvorschlag (Veränderungen zum Referentenentwurf in **rot**)

§ 75 SGB V

(1b) Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die vertragsärztliche Erstversorgung 24 Stunden täglich in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist; sie beschränkt sich auf die kurzfristig erforderlichen Maßnahmen (notdienstliche Akutversorgung). Die notdienstliche Akutversorgung umfasst auch die Feststellung und Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit sowie die Verordnung von Arzneimitteln. Nicht vom Sicherstellungsauftrag nach Satz 1 umfasst ist die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch

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

sicher (Notdienst). Zur wirtschaftlichen Erfüllung der Aufgaben nach Satz 4 Nummer 2 und Nummer 3 sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen untereinander sowie mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kooperieren. **Das telemedizinische Versorgungsangebot nach Satz 4 Nummer 2 wird außerhalb der Bereitschaftszeiten durch die Akutleitstelle nach Absatz 1c vermittelt. Die notdienstliche Akutversorgung nach Satz 4 Nummer 2 und Nummer 3 gilt räumlich nur in Regionen, die in den Zuständigkeitsbereich von Rettungsleitstellen fallen, mit denen eine Kooperation gemäß**

§ 133a besteht; sie ist in diesem Rahmen zudem bezüglich des zeitlichen Umfangs anzupassen, soweit aufgrund von empirischen Daten belegbar ist, dass eine Vorhaltung über 24 Stunden täglich aufgrund der tatsächlichen regionalen Inanspruchnahme unwirtschaftlich ist. Dies gilt insbesondere während der Praxisöffnungszeiten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Erfüllung der Aufgabe nach Satz 4 Nummer 3 qualifiziertes nichtärztliches Personal unter ärztlicher Anordnung und Verantwortung einsetzen. Wenn und soweit Landesrecht dies zulässt, können sie hierfür Kooperationen mit dem Rettungsdienst eingehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können Integrierte Notfallzentren nach § 123 durch kinder- und jugendmedizinische telemedizinische Konsilien nach § 367 oder telefonische Konsilien unterstützen. Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende zugelassene Krankenhäuser und Ärzte, die aufgrund einer Kooperationsvereinbarung **gemäß § 123b Abs. 2** mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogen sind, sind zur Leistungserbringung im Rahmen des Notdienstes berechtigt und nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Satz **10** gilt entsprechend für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte im Rahmen der notärztlichen Versorgung des Rettungsdienstes, soweit entsprechend Satz 3 durch Landesrecht bestimmt ist, dass auch diese Versorgung vom Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen umfasst ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch über die Organisation des Notdienstes treten, um die Versorgung der Versicherten zu verbessern.

In § 76 Abs. 1 wird ein neuer Satz 3 eingefügt:

(1) Die Versicherten können unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten, den medizinischen Versorgungszentren, den ermächtigten Ärzten, den ermächtigten oder nach § 116b an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Einrichtungen, den Zahnkliniken der Krankenkassen, den Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach § 140 Abs. 2 Satz 2, den nach § 72a Abs. 3 vertraglich zur ärztlichen Behandlung verpflichteten Ärzten und Zahnärzten, den zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäusern sowie den Einrichtungen nach § 75 Abs. 9 frei wählen. Andere Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. **Bei der Inanspruchnahme von Krankenhäusern ist ein Notfall gegeben, wenn nach den Vorgaben des § 123 Abs. 3 Satz 1 Nrn. 1-3 ein unmittelbarer Behandlungsbedarf in der Notaufnahme besteht.** Die Inanspruchnahme der Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach § 140 Abs. 1 und 2 Satz 1 richtet sich nach den hierüber abgeschlossenen Verträgen. Die Zahl der Eigeneinrichtungen darf auf Grund vertraglicher Vereinbarung vermehrt werden, wenn die Voraussetzungen des § 140 Abs. 2 Satz 1 erfüllt sind.

2. Artikel 2, Nr. 8: §105 Absatz 1b - Strukturfonds Notfall

Bewertung

Mit der Einführung der notdienstlichen Akutversorgung verpflichtet der Gesetzgeber die Kassenärztlichen Vereinigungen zu Aufgaben, die weit über den ursprünglichen Gedanken des ärztlichen Bereitschaftsdienstes hinausreichen. Während letzterer im Prinzip eine Verpflichtung des einzelnen Mitglieds darstellt, stellt sich die notdienstliche Akutversorgung als eine Aufgabe dar, die ohne organisatorische Leistung der KVen nicht ausführbar ist und wegen der ihr zugeordneten Entlastung der Strukturen der Notfallversorgung eine breitere Funktion der Daseinsvorsorge für die Versicherungsgemeinschaft erfüllt. Entsprechendes gilt für die im Gesetzentwurf formulierten höheren Anforderungen an die Erreichbarkeit der notdienstlichen Akutversorgung sowohl im Bereich der Akutleitstellen als auch der telemedizinischen Leistungen und des aufsuchenden Dienstes. Es ist vor diesem Hintergrund nicht nachvollziehbar, warum die gesetzlichen Krankenkassen lediglich 50 Prozent der Kosten für das verbesserte Angebot tragen sollen. Die von den Krankenkassen nicht finanzierten Aufwendungen müssten aus Beiträgen von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten an die Kassenärztlichen Vereinigungen gedeckt werden. So etwas gilt weder im Rettungsdienst noch für die Kliniken. Die Kosten sind daher vollständig von den Krankenkassen zu vergüten. Dies gilt umso mehr, als dass die in der Begründung beschriebenen Einsparungen auf Seiten der GKV, die das Zi für konservativ-realistisch hält, diese noch mehr in die Lage versetzt, die notwendigen Strukturen auch vollständig zu finanzieren.

Darüber hinaus ist der Verweis auf die Honorarverteilung der KVen unsachgemäß. Ihm liegt vermutlich das irrige Verständnis zu Grunde, die MGV setze sich aus vier Grundbeträgen zusammen (Bottom-Up). Das Gegenteil ist der Fall. Die Grundbeträge werden aus der vereinbarten MGV abgeleitet (Top-Down). Insgesamt können mit der MGV nur ca. 90% der erbrachten Leistungsmenge ausgezahlt werden, weswegen hier keine Querfinanzierung von Strukturen der notdienstlichen Akutversorgung erfolgen kann.

Dem Bild einer neuen Leistung entsprechend, sind die damit verbundenen Aufwendungen von den Krankenkassen vollständig zu finanzieren. Den Verhandlungspartnern wäre demnach der schiedsfähige Auftrag zu erteilen, den Anteil der Kosten zu ermitteln, der nicht über die leistungsbezogene Vergütung des EBM abgedeckt werden kann (z.B. Strukturkosten der Akutleitstelle, Vorhaltung von Personal, Zahlung von leistungsunabhängigen Stundenlöhnen bzw. Mindestumsätzen aufgrund geringer Auslastung, Kosten für Delegation des aufsuchenden Dienstes an den Rettungsdienst etc.), sodass dieser zu 100% von den Kostenträgern abgegolten werden kann. Da die an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser bereits im Rahmen der DRG-Vergütung pro Fall einen Zuschlag zur Finanzierung der Notaufnahmen erhalten, erscheint eine zusätzliche Finanzierung der Notaufnahmen im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung nicht angemessen. Zudem sollte die Förderung der Kooperationspraxen Bestandteil der Finanzierung über §105 (1b) werden, da sie während der Praxisöffnungszeiten integraler Bestandteil des INZ sind.

Änderungsvorschlag

§105

(1b) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam vereinbaren über die Mittel nach Absatz 1a hinaus einen zusätzlichen jährlich von ~~beiden Vertragsparteien in gleicher Höhe den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bereitzustellenden zweckgebundenen Betrag zur Finanzierung~~**förderung der Sicherstellung der Strukturen des notdienstlichen Akutversorgungs**~~Notdienstes~~. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen müssen in die Vertragsverhandlungen einbezogen werden, um eine finanzielle Beteiligung an den Strukturen des Notdienstes zu vereinbaren. Der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. bestimmt das Nähere zur Umsetzung der Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen. Der von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bereitzustellende Betrag vermindert sich um den durch die privaten Krankenversicherungsunternehmen nach Satz 2 bereitgestellten Betrag. **Die Mittel müssen für Der Betrag nach Satz 3 muss die Kosten für folgende Maßnahmen verwendet abdecken, soweit diese nicht oder nur anteilig über die Vergütung gemäß der regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 Satz 5 finanziert** werden:

1. ~~Förderung der~~ Strukturen nach §§ 75 Absatz 1b Satz 4 Nummer 2 und 3, 75 Absatz 1c und 133a,
2. ~~Förderung der~~ Betrieb der Ersteinschätzungsstelle, soweit diese nicht allein vom Krankenhaus verantwortet wird, und der Notdienstpraxen in integrierten Notfallstrukturen nach §§ 123 bis 123b sowie die Förderung der zugehörigen Kooperationspraxen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen legen hierzu ihren Vertragspartnern eine detaillierte Kalkulation und den Nachweis über das Vorliegen der Voraussetzungen insbesondere zur Vernetzung und Kooperation vor. ~~Die nach der regionalen Euro-Gebührenordnung oder nach Gesamtvertrag abrechenbaren Leistungen und Kosten sowie die von der Kassenärztlichen Vereinigung nicht verbrauchten Mittel des Honorarvolumens nach § 87b Absatz 1 Satz 3 sind mindernd zu berücksichtigen~~. Der vereinbarte Betrag und das Fortbestehen der Voraussetzungen nach Satz 1 sind jährlich von den Vertragsparteien zu überprüfen. Paragraf 89 gilt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat erstmals bis zum [...] [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] und anschließend jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit über die Anzahl und den jeweiligen Stand der Vereinbarungen einschließlich der vereinbarten Beträge zu berichten.

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass bereits jetzt bestehende Personalengpässe im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und der Kostenaufwand für die Krankenkassen deutlich reduziert werden könnten, wenn der Gesetzgeber die Tätigkeit im Ärztlichen Bereitschaftsdienst in **§ 23c SGB IV** explizit der notärztlichen Tätigkeit gleichstellt. Neben der unmittelbaren Personalverfügbarkeit würde damit auch ein vermeidbarer, hoher organisatorischer Aufwand im Bereitschaftsdienst verringert.

3. Artikel 2, Nr. 11: § 123 Absatz 1 bis 3 – Integrierte Notfallzentren

Bewertung:

Insgesamt trägt die Regelung der bereits erfolgten Einrichtung von Notdienstpraxen und den vielerorts bereits entstandenen Kooperationsprojekten zur Lenkung von Patienten mit akuten Behandlungsanliegen in die angemessene Versorgungsebene Rechnung. Zur Entlastung der Notfallversorgung sollen Patienten, die einer Behandlung in der Notaufnahme nicht bedürfen, in Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung behandelt werden. Zugleich wird der Grundsatz der sektorenübergreifenden Kooperation an den INZ-/KINZ-Standorten gestärkt und es wird vermieden, Doppelstrukturen zur Regelversorgung aufzubauen. Im Sinne dieser Ziele sehen wir folgenden Ergänzungsbedarf:

- Die Möglichkeit der Einbindung von Notdienst- und Kooperationspraxen wird auf die rund 700 INZ-Standorte begrenzt, die sich laut Entwurf anhand der Kriterien für die Standortwahl ergeben sollen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, die notdienstliche Akutversorgung möglichst an diesen Standorten zu konzentrieren und erfordert, dass an den rechnerisch derzeit verbleibenden rund 500 Krankenhausstandorten ohne INZ/KINZ keine Möglichkeit der Abrechnung von Leistungen der notdienstlichen Akutversorgung besteht (vgl. hierzu Ausführungen zu § 76 Abs. 1 SGB V unter 1.).
- Im Zuge der Gestaltung des Zugangs zu den INZ ist zu berücksichtigen, dass bereits heute eine sehr große Zahl von Akutfällen während der Praxisöffnungszeiten in der vertragsärztlichen Regelversorgung behandelt wird, ohne dass diese bisher besonders vermittelt oder als solche in Abrechnungsdaten gekennzeichnet sind. Die Gesamtzahl wird vom Zi auf rund 200 Millionen pro Jahr geschätzt. Aus diesem Fallzahlpotenzial können sich Verlagerungen an INZ-Standorte ergeben, wenn diese in den Augen der Versicherten einen einfacheren oder schnelleren Zugang zu medizinischer Versorgung versprechen. Auf die Gefahr eines solchen Sogeffekts, der zu Überlastungen dieser Zugänge führen kann, wird in der internationalen Literatur hingewiesen (https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Gutachten/2024-05-31_Notfall-_und_primaer-medizinische_Versorgung_Evidenzbericht_final.pdf). Daher sollte die Entwicklung der Inanspruchnahme der INZ insbesondere während der Praxisöffnungszeiten laufend beobachtet werden und bei Anzeichen einer durch dieses neue Angebot induzierten Fallzahlsteigerung schnell reagiert werden.
- Um eine Überlastung der INZ zu vermeiden, ist es wichtig, dass Versicherte den Anreiz haben, sich möglichst bereits vor Inanspruchnahme eines INZ telefonisch oder digital an die Akutleitstelle zu wenden. Positiv ist in diesem Zusammenhang zu würdigen, dass Hilfesuchende, die durch die Akutleitstelle an das INZ vermittelt worden sind, dort bei gleicher medizinischer Behandlungsdringlichkeit nach Satz 1 vorrangig zu behandeln sind. Es ist jedoch fraglich, ob ein entsprechender Anreiz hinreichend transparent ist und ausreichende Steuerungswirkung entfalten kann. Aktuelle Befragungen des Zi gemeinsam mit Krankenhäusern in Berliner Notaufnahmen belegen, dass die Mehrheit der Hilfesuchenden (67%) die Rufnummer 116117 zwar kennt, für eine Terminvermittlung aber nicht genutzt hat (Veröffentlichung in Ausarbeitung). Daher sollten INZ verpflichtet werden, auf diese gesetzliche Anforderung auf deren Webseiten und vor Ort hinzuweisen. Zusätzlich sollten alle Krankenhäuser verpflichtet werden, diese Information auf ihren Webseiten und, soweit kein INZ vorhanden ist, an ihrem

Eingang darzustellen. Zudem ist die Bekanntheit der Akutleitstelle zu erhöhen, indem die Krankenkassen verpflichtet werden, den Hinweis auf die Akutleitstelle auf jede Versichertenkarte aufzubringen und die Versicherten laufend auf die Akutleitstelle hinzuweisen. Zudem sollten Krankenhäuser ohne INZ-Standort verpflichtet werden, auf der eigenen Webseite zu erklären, dass sie nicht an der notdienstlichen Akutversorgung teilnehmen und dort auf die 116117 zu verweisen.

- Ebenfalls im Sinne der vorstehenden Vermeidung einer Überlastung der INZ auch durch Verlagerung einer Inanspruchnahme aus der Regelversorgung oder der übrigen notdienstlichen Akutversorgung an INZ-Standorte (Sogeeffekt) sollte die Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in INZ nicht zulässig sein, zumal diese im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung ggf. auch telemedizinisch erhältlich sein soll.
- Die in Absatz 3 genannte Frist für eine Beschlussfassung des G-BA ist angesichts der vorgesehenen Anhörungsrechte nicht zu halten.

Änderungsvorschlag:

Siehe Änderungsvorschlag zu § 76 Abs. 1 SGB V unter 1.

Ergänzung des Änderungsvorschlags zu § 75 SGB V Absatz 1b:

Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die vertragsärztliche Erstversorgung 24 Stunden täglich in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist; sie beschränkt sich auf die kurzfristig erforderlichen Maßnahmen (notdienstliche Akutversorgung). Die notdienstliche Akutversorgung umfasst auch die Feststellung und Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit sowie die Verordnung von Arzneimitteln. **Die Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in Einrichtungen nach § 123 ist nicht zulässig.** Nicht vom Sicherstellungsauftrag nach Satz 1 umfasst ist die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt.

In § 123 Abs. 3 sollte bereits jetzt verankert werden, dass kurzfristig auf gemäß Abs. 7 beobachtete Anstiege der Inanspruchnahme in INZ reagiert werden kann, um einem Sogeeffekt an INZ-Standorte entgegenzuwirken. Dies könnte etwa darin bestehen, dass in diesem Falle auch Vorgaben zur Begrenzung des Zugangs für Hilfesuchende zu beschließen sind, die sich mit weniger dringlichen Behandlungsanliegen selbständig an ein INZ wenden.

4. Artikel 2, Nr. 12: Einrichtung von INZ

Bewertung:

Es ist positiv zu bewerten, dass die im Gesetzesentwurf für INZ geplanten Öffnungszeiten im Vergleich zum Vorschlag der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung bedarfsgerechter gestaltet sind. Ebenfalls zu begrüßen ist die vorgesehene Regelung in §123a Abs. 4, wonach die bereits nach § 75 Absatz 1b Satz 3 in oder an Krankenhäusern eingerichteten Notdienstpraxen in Integrierte Notfallzentren zu überführen sind.

Es sollte allerdings durch die Formulierung des Gesetzes sichergestellt sein, dass im Rahmen der Beratungen des Gremiums nach § 90 Abs. 4a die bestehenden Kooperationen Vorrang haben und die Zahl der heutigen Standorte nicht wesentlich erweitert wird.

Es fehlt eine Regelung zur digitalen Anbindung der Notaufnahmen an die Akutleitstelle.

Änderungsvorschlag:

Folgeänderung zur Änderung in § 90 Abs. 4a zur Klarstellung, dass auch bei der zusätzlichen Bestimmung von Standorten insgesamt eine Obergrenze für die Anzahl der INZ-Standorte einzuhalten ist.

§ 123a

Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

(1) Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a bestimmt bis zum [...] [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser, an denen Integrierte Notfallzentren eingerichtet werden. Er legt hierzu zunächst geeignete Planungsregionen zur flächendeckenden Versorgung mit Integrierten Notfallzentren fest. Ein Krankenhausstandort kann als Standort für ein Integriertes Notfallzentrum bestimmt werden, wenn

1. die Voraussetzung der Notfallstufe Basisnotfallversorgung gemäß der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 in der Fassung vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), geändert am 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2), erfüllt sind und
2. keine berechtigten Interessen des Krankenhauses entgegenstehen.

Bei der Standortfestlegung sollen insbesondere folgende Kriterien berücksichtigt werden:

1. die Erreichbarkeit innerhalb von 30 Fahrzeitminuten für mindestens 95 Prozent der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion,
2. die Zahl der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion,
3. die Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Personennahverkehr und
4. die Möglichkeiten der Kooperation mit Vertragsärzten oder medizinischen Versorgungszentren in der Nähe des Krankenhauses.

Wenn in einer Planungsregion mehrere Krankenhausstandorte für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums gleich geeignet sind, sollen Krankenhausstandorte bevorzugt werden,

1. die eine höhere Notfallstufe gemäß der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 in der in Satz 3 Nummer 1 genannten Fassung erfüllen oder eine nach anderen objektiven Kriterien, insbesondere Fallzahlen, leistungsfähigere Notaufnahme aufweisen,
2. die notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen vorhalten und
3. in denen Notdienstpraxen **bereits bestehen oder** unmittelbar in der Notaufnahme eingerichtet werden können.

Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann abweichend von den Sätzen 3 bis 5 einen Krankenhausstandort bestimmen, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist. **Um auf die notwendige Fokussierung der notdienstlichen Akutversorgung hinzuwirken, hat der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a neben Kriterien nach Satz 2 und 3 darauf zu achten, dass die Zahl der Standorte im Vergleich zu den am (Tag des Inkrafttretens) bestehenden Notdienstpraxen in einem KV-Bereich um nicht mehr als 10 v.H. überschritten wird.**

Die Bestimmung eines Krankenhausstandorts durch den erweiterten Landesausschuss nach Absatz 1 Satz 1 erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit eröffnet. Widerspruch und Klage haben keine aufschiebende Wirkung.

Eine Regelung zur digitalen Anbindung sollte ergänzt werden. Diese könnte, mit Ausnahme der telefonischen Übergabe, ebenso wie für Kooperationen gemäß § 133a ausgestaltet werden, also eine **strukturierte Datenübergabe per TI-Messenger gemäß § 311 Abs. 6 auf Basis einer von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Verfügung gestellten technischen und inhaltlichen Schnittstelle zur Fallübergabe.**

5. Artikel 2, Nr. 13: §133a Gesundheitsleitsystem

Bewertung:

Der Gesetzentwurf setzt auf eine verbesserte telefonische und digitale Erreichbarkeit der Leitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (Rufnummer 116117, www.116117.de) und auf eine engere Kooperation mit den Leitstellen des Rettungsdienstes (Rufnummer 112). Allerdings enthält der Gesetzentwurf keine Regelungen, mit denen Rettungsdienstbereiche veranlasst werden, aktiv in eine solche Kooperation einzutreten. Um hierfür einen Anreiz zu schaffen, sollten Erstattungsregeln der Fahrkosten entsprechend gestaltet werden. Zudem sollte der Bundesgesetzgeber alle ihm kompetenzrechtlich zustehenden Möglichkeiten nutzen, damit auch von Kassenärztlichen Vereinigungen die Initiative zur Vernetzung ausgehen kann, um so eine Verweigerung zur einheitlichen Vernetzung im Rahmen des Gesundheitsleitsystems von Seiten der Rettungsleitstellen zu vermeiden.

Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass die Vernetzung zwischen Akutleitstellen und Rettungsleitstellen auf Basis der Telematikinfrastruktur erfolgen soll. In diesem Sinne sollte auch ausdrücklich klargestellt werden, dass die Vernetzung als bundesweites, d. h. bundeslandübergreifendes Netzwerk zu gestalten ist. Dies ist insbesondere für eine reibungslose digitale Fallweitergabe an den Grenzen der Bundesländer erforderlich. Zudem dient es dem übergreifenden Informationsaustausch im Rahmen eines bundesweiten Erfahrungsaustauschs im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, der neben der konkreten digitalen Fallweitergabe anzustreben ist. Zusätzlich sollte die Regelung dahingehend konkretisiert werden, dass bei der Vernetzung im Rahmen der Telematikinfrastruktur konkret die Struktur des TI-Messengers zu nutzen ist. Mit dem „TI-Messenger: Pro“ wurde ein Vernetzungsstand für den Echtzeitdatenaustausch etabliert, der gemäß der Roadmap der Gematik ausdrücklich auch den Rettungsdienst adressieren soll. Durch die Konkretisierung können unwirtschaftliche und schwer zu administrierende Mehrfachanbindungen ausgeschlossen werden.

Änderungsvorschlag:

Zu 1.

§ 60 SGB V

(1) Die Krankenkasse übernimmt nach den Absätzen 2 und 3 die Kosten für Fahrten einschließlich der Transporte nach § 133 (Fahrkosten), wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Welches Fahrzeug benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall. **Kann eine Rettungsfahrt durch eine Behandlung vor Ort vermieden werden, übernimmt die Krankenkasse dafür ebenfalls die Kosten; Voraussetzung ist die Anordnung durch eine Leitstelle nach § 133a Abs. 2.** Die Krankenkasse übernimmt Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung unter Abzug des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages sowie in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 festgelegt hat. Die Übernahme von Fahrkosten nach Satz 3 und nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 für Fahrten zur ambulanten Behandlung erfolgt nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse. Für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung gilt die Genehmigung nach Satz 4 als erteilt, wenn eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

1. ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“,
2. eine Einstufung gemäß § 15 des Elften Buches in den Pflegegrad 3, 4 oder 5, bei Einstufung in den Pflegegrad 3 zusätzlich eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität oder
3. bis zum 31. Dezember 2016 eine Einstufung in die Pflegestufe 2 gemäß § 15 des Elften Buches in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung und seit dem 1. Januar 2017 mindestens eine Einstufung in den Pflegegrad 3 **oder**
- 4. wenn die Fahrt durch eine Leitstelle nach § 133a Abs. 2 angeordnet wird.**

§ 133 SGB V

(1) Soweit die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte nicht durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt werden, schließen die Krankenkassen oder ihre Landesverbände Verträge über die Vergütung dieser Leistungen unter Beachtung des § 71 Abs. 1 bis 3 mit dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zu Stande und sieht das Landesrecht für diesen Fall eine Festlegung der Vergütungen vor, ist auch bei dieser Festlegung § 71 Abs. 1 bis 3 zu beachten. Sie haben dabei die Sicherstellung der flächendeckenden rettungsdienstlichen Versorgung und die Empfehlungen der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. Die Preisvereinbarungen haben sich an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten.

(2) Werden die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt, können die Krankenkassen ihre Leistungspflicht zur Übernahme der Kosten auf Festbeträge an die Versicherten in Höhe vergleichbarer wirtschaftlich erbrachter Leistungen beschränken, wenn

1.

vor der Entgeltfestsetzung den Krankenkassen oder ihren Verbänden keine Gelegenheit zur Erörterung gegeben wurde,

2.

bei der Entgeltbemessung Investitionskosten und Kosten der Reservevorhaltung berücksichtigt worden sind, die durch eine über die Sicherstellung der Leistungen des Rettungsdienstes hinausgehende öffentliche Aufgabe der Einrichtungen bedingt sind oder

3.

die Leistungserbringung gemessen an den rechtlich vorgegebenen Sicherstellungsverpflichtungen unwirtschaftlich ist. **Unwirtschaftlichkeit ist grundsätzlich immer vorauszusetzen, wenn eine Kooperation nach § 133a Abs. 2 nicht besteht und berechtigt zu einem pauschalen Abschlag von bis zu 10 v.H.**

(3) Absatz 1 gilt auch für Leistungen des Rettungsdienstes und andere Krankentransporte im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes.

(4) § 127 Absatz 9 gilt entsprechend.

Zur 2:

Änderungsvorschlag im Text des NotfallG, § 133a

(2) Auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle ist die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zur Kooperation nach Absatz 1 Satz 1 verpflichtet. Voraussetzung für die Kooperation ist, dass die Rettungsleitstelle über eine digitale standardisierte Notrufabfrage verfügt. Die Verfahren der Notrufabfrage der Rettungsleitstelle und das bundesweit einheitliche standardisierte Ersteinschätzungsverfahren der Kassenärztlichen Vereinigungen sind als Abfragesysteme im Gesundheitsleitsystem so aufeinander abzustimmen, dass es zu übereinstimmenden Bewertungen des Gesundheitszustandes kommt. In einer Kooperationsvereinbarung sind die Einzelheiten der Zusammenarbeit festzulegen. Es ist insbesondere die Abstimmung der Abfragesysteme und der für das jeweilige Abfrageergebnis aufgrund der infrage kommenden Versorgungsstrukturen zuständige Kooperationspartner zu vereinbaren. Die Einhaltung der Standards der Abfragesysteme im Gesundheitsleitsystem muss überprüfbar sein und einer kontinuierlichen Kontrolle unterliegen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wirken darauf hin, dass die Vereinbarungen zur Abstimmung der Abfragesysteme mit den Rettungsleitstellen möglichst einheitlich sind. Es ist eine Verpflichtung zur Übernahme und unverzüglichen Bearbeitung von Fällen vorzusehen, die aufgrund des Ergebnisses des jeweiligen Abfragesystems und der erfolgten Festlegungen der Zuständigkeiten an die jeweils andere Leitstelle übergeben werden. Die beiden Kooperationspartner müssen technisch so miteinander vernetzt sein, dass eine unmittelbare telefonische Weiterleitung und Bearbeitung des Hilfeersuchens erfolgen kann. Die jeweils aufgenommenen Daten müssen medienbruchfrei an den anderen Kooperationspartner übertragen werden. Für die Vernetzung ist, sobald die hierfür erforderlichen Dienste und Komponenten flächendeckend zur Verfügung stehen, die Telematikinfrastruktur, **insbesondere die strukturierte Datenübergabe per TI-Messenger gemäß § 311 Abs. 6** zu nutzen. **Die Vernetzung ist als bundesweites Netzwerk zu gestalten, über das alle angeschlossenen Einrichtungen wechselseitig Fälle und Informationen austauschen können.** Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt eine technische und inhaltliche Schnittstelle zur Fallübergabe zur Verfügung.