



Stellungnahme

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der
Notfallversorgung

25. Juni 2024



Die Kommentierung ist in ihren Ausführungen und Vorschlägen bewusst knappgehalten und fokussiert sich auf jene Sachverhalte mit besonderer Bedeutung für die Hausärztinnen und Hausärzte. Wir behalten uns vor, zusätzliche Aspekte im Laufe des weiteren Verfahrens einzubringen oder zu kommentieren.

I. Allgemeines

Die mit dem Referentenentwurf verfolgten zentralen Ziele, insbesondere die drei Versorgungsbereiche – vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahme der Krankenhäuser und Rettungsdienst – besser zu vernetzen und aufeinander abzustimmen sowie für alle Hilfesuchenden eine bundesweit einheitliche und gleichwertige Notfallversorgung sicherzustellen, werden seitens des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes begrüßt.

Hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung – insbesondere im Hinblick auf eine verbindliche Steuerung der Hilfesuchenden durch ein klares Rangverhältnis der unterschiedlichen Versorgungsebenen, die Erweiterung des Sicherstellungsauftrags der KVen (und gleichzeitig der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte), eine medizinisch notwendige Erstversorgung von Patientinnen und Patienten mit akutem Behandlungsbedarf durchgängig mit einer telemedizinischen und aufsuchenden Versorgung bereitzustellen, die damit entstehenden Doppelstrukturen trotz Ressourcenknappheit, die Entstehung möglicher Fehlanreize bei der Inanspruchnahme der Akut- und Notfallstrukturen, die Mehrausgaben/Kosten der KVen (und gleichzeitig der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte durch erhöhte Beitragszahlungen), die unklaren Vergütungsregelungen sowie bei einzelnen anderen Punkten – wird Änderungsbedarf gesehen, zu dem wir nachfolgend im Einzelnen Stellung nehmen.

Zudem ist auch allgemein kritisch anzumerken und voranzustellen, dass mit der parallellaufenden Krankenhausreform und der weiterhin unklaren Einbindung der Rettungsdienste im Rahmen der „notdienstlichen Akutversorgung“ zahlreiche Rechtsunsicherheiten verbunden sind.

II. Kommentierung einzelner Regelungen

A. § 75 Abs. 1b SGB V-neu

Die Neuregelungen § 75 Abs. 1b und c SGB V-neu zur Erweiterung des Sicherstellungsauftrags der KVen (und mittelbar der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte) bezogen auf die notdienstliche Akutversorgung werden grundsätzlich begrüßt, aber teilweise Nachbesserungsbedarf gesehen.

Nach § 75 Abs. 1b SGB V-neu umfasst der Sicherstellungsauftrag nach Abs. 1 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 S. 1 umfasst ist die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nicht anderes bestimmt. Nach § 75 Abs. 1b S. 4 SGB V-neu stellen die KVen die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch



1. die Beteiligung an Integrierten Notfallzentren (INZ) nach § 123 und INZ für Kinder und Jugendliche nach § 123b SGB V,
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).

Kritisch anzumerken ist bei der Neuregelung in § 75 Abs. 1b S. 1 SGB V-neu zur Erweiterung des Sicherstellungsauftrags der KVen (und mittelbar der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte), dass diese Regelung - bei immer knapper werden personellen und finanziellen Ressourcen - an der aktuellen Versorgungsrealität vorbeigeht und praktisch nicht umsetzbar ist. Überflüssige Doppelstrukturen - trotz Ressourcenknappheit bei ärztlichem und nichtärztlichem Personal - werden nicht nur durch eine parallele Bereitstellung digitaler und aufsuchender Versorgungsangebote geschaffen, sondern vor allem durch eine durchgängige Bereitstellung unterschiedlicher Leistungserbringer mehrerer Versorgungsebenen (wie z. B. durch Vertragsärztinnen/Vertragsärzte, KV-Notdienstpraxen, sektorenübergreifende INZ). Es ist nicht nachvollziehbar, warum Notdienstpraxen zukünftig nach § 123a Abs. 2 S. 5 SGB V-neu zu den normalen Praxisöffnungszeiten standardmäßig zu betreiben sind, was entsprechend angepasst werden sollte. Danach ist zukünftig die Notdienstpraxis grundsätzlich an Wochenenden und Feiertagen mindestens von 9 Uhr bis 21 Uhr, mittwochs und freitags mindestens von 14 Uhr bis 21 Uhr und montags, dienstags und donnerstags mindestens von 18 Uhr bis 21 Uhr zu öffnen.

Zudem sollte bei der Neuregelung nach § 75 Abs. 1b S. 1 SGB V-neu – zumindest in der Gesetzesbegründung – konkretisiert werden, was genau unter dem Begriff „notdienstliche Akutversorgung“ zu verstehen ist, welcher Leistungsumfang darunter subsumiert werden kann, welcher Leistungsbestandteil durch nichtärztliches Personal erfolgen kann und wie sich der Begriff zu dem Begriff „Notdienst“ nach § 75 Abs. 1b S. 4 SGB V-neu verhält. Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten sind klare Definitionen mit Blick auf die korrekte Leistungserbringung und Abrechnung unerlässlich.

Ferner sollten bedarfsorientiert regionale Besonderheiten berücksichtigt und entsprechend regionale Öffnungszeiten in Erwägung gezogen werden, statt eine durchgehende Verpflichtung der KVen (und Vertragsärztinnen/Vertragsärzte) insbesondere für einen aufsuchenden Dienst 24/7 nach § 75 Abs. 1b S. 4 Nr. 3 SGB V-neu einzuführen.

In Bezug auf die Delegationsmöglichkeiten in § 75 Abs. 1b S. 6 SGB V-neu bitten um Überprüfung, warum hier nur auf S. 4 Nr. 3 (den aufsuchenden Dienst) verwiesen wird und nicht z. B. auf S. 4 Nr. 2 (die digitale Versorgung). Hier sehen wir Nachbesserungsbedarf.

Darüber hinaus sollte eine Klarstellung im Zusammenhang mit § 75 Abs. 1b S. 9, 10 SGB V-neu erfolgen, dass in Anlehnung an die Ausnahmeregelung des § 23c Abs. 2 SGB IV für die nebenberufliche Tätigkeit von Nichtvertragsärztinnen und -ärzten, die freiwillig im Rahmen des Notdienstes der KVen außerhalb des Rettungsdienstes tätig werden, ebenfalls eine entsprechende Ausnahme von der Sozialversicherungspflicht vorgesehen wird.



B. § 75 Abs. 1c SGB V-neu

Die Neuregelung in § 75 Abs. 1c SGB V-neu zur Ersteinschätzung durch Akutleitstellen der KVen wird grundsätzlich begrüßt, sollte aber auch in Verbindung mit § 75 Abs. 1b SGB V-neu klare Abläufe und verbindliche Rangverhältnisse regeln, um eine effiziente Steuerung der Hilfesuchenden zu den zuständigen Leistungserbringern der unterschiedlichen Versorgungsebenen im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung zu gewährleisten.

Nach § 75 Abs. 1c SGB V-neu betreibt jede KV zur Terminvermittlung in Akutfällen und zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 75 Abs. 1b SGB V-neu eine Akutleitstelle, die 24 Stunden täglich und spätestens innerhalb von drei Minuten in 75 Prozent der Anrufe und zehn Minuten in 95 Prozent der Anrufe unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer nach Abs. 1a S. 2 und 24 Stunden täglich über digitale Angebote erreichbar ist; die Erreichbarkeitsvorgaben sind spätestens sechs Monate nach Verkündung des Gesetzes zu erfüllen. Die Akutleitstelle hat Versicherten in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens nach Abs. 7 S. 1 Nr. 6 eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene, in geeigneten Fällen auch in Form einer telefonischen oder videounterstützten ärztlichen Konsultation, zu vermitteln.

Als zentraler Kritikpunkt ist in § 75 Abs. 1b und c SGB V-neu negativ zu bewerten, dass sich kein klarer Ablauf und kein klares Rangverhältnis aus dem Gesetzeswortlaut ergibt, was entsprechend angepasst werden sollte. Lediglich aus der Gesetzesbegründung ergibt sich ansatzweise, verstreut und lückenhaft folgendes „Rangverhältnis“ (vgl. S. 32, 34 des Referentenentwurfs):

1. Die Akutleitstellen der KVen vermitteln auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens bei sofortiger Behandlungsbedürftigkeit und in geeigneten Fällen primär unmittelbar in die vertragsärztliche ambulante Regelversorgung, vgl. S. 34 des Referentenentwurfs (also an Vertragsärztinnen/Vertragsärzte und KV-Notdienstpraxen). Konkretisiert werden sollte auch, dass zu Sprechstundenzeiten vorrangig Termine bei Vertragsärztinnen/Vertragsärzten zu vermitteln sind und KV-Notdienstpraxen grundsätzlich nur zu Sprechstundfreien Zeiten aufzusuchen sind.
2. Wenn keine rechtzeitige oder zumutbare ambulante Behandlung in der Regelversorgung vermittelt werden kann, stellt die KV die notdienstliche Akutversorgung insbesondere nach § 75 Abs. 1b S. 4 SGB V-neu sicher (also durch INZ, digitale und aufsuchende Versorgungsangebote). Diesbezüglich sollte geklärt werden, welche Versorgungsform vorgeht. Das Rangverhältnis „innerhalb des INZ“ sollte auch noch konkretisiert werden. Dies lässt sich nur ansatzweise aus der Gesetzesbegründung entnehmen (vgl. S. 24). Danach soll prioritär die Versorgung durch die KV-Notdienstpraxen, subsidiär durch Kooperationspraxen und nachrangig durch Notaufnahmen der Krankenhäuser erfolgen.
3. Bei einem lebensbedrohlichen Notfall erfolgt die Weiterleitung an die jeweilige Rettungsleitstelle.
4. Ergibt die Ersteinschätzung keine sofortige Behandlungsbedürftigkeit, erfolgt eine Information nach Abs. 1a durch die Terminservicestelle der KV über Sprechstunden der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte.

In diesem Zusammenhang sollte auch kargestellt werden, was für die Fälle gilt, in denen ein Hilfesuchender direkt ein Krankenhaus ohne INZ ohne vorherige Einschaltung der Akutleitstelle aufsucht.



Kritisch sehen wir ferner, dass der Zeitplan in § 75 Abs. 1c S. 1 HS. 2 SGB V-neu für die Umsetzung der Erreichbarkeitsvorgaben - innerhalb von sechs Monaten ab Verkündung des Gesetzes - für alle Beteiligten realitätsfern ist und entsprechend angepasst werden sollte. Innerhalb dieser Frist können kaum die erforderlichen Voraussetzungen auf Seiten der KVen, Vertragsärztinnen / Vertragsärzte und Notdienstpraxen erfüllt werden. Mit Blick auf die INZ müssen zudem komplexe Kooperationsverträge zwischen Krankenhäusern und KVen schon kurze Zeit später – also innerhalb von sechs Monaten nach Standortfestlegung nach § 123a Abs. 2 S. 1 SGB V-neu – geschlossen, Notdienstpraxen und Kooperationspraxen eingebunden werden.

Ferner sollte der Verweis in § 75 Abs. 1c S. 1 SGB V-neu auf § 75 Abs. 1a S. 2 SGB V-neu, der nicht die Vermittlung notdienstlicher Akutversorgung nach Abs. 1b, sondern die Vermittlung vertragsärztlicher Versorgung generell betrifft, nachgebessert werden.

Losgelöst davon ist schließlich bei der Neuregelung in § 75 Abs. 1c S. 4 SGB V-neu klärungsbedürftig, warum lediglich „auf Antrag“ eines Trägers einer Rettungsleitstelle die zuständige KV zur Kooperation nach § 133a Abs. 1 S. 1 verpflichtet ist. Sinnvoller wäre vielmehr eine einheitliche, verbindliche und flächendeckende Kooperation zwischen Rettungsleitstellen und Akutleitstellen nach einheitlichen Standards, von denen ggf. aufgrund von regionalen Besonderheiten in Ausnahmefällen abgewichen werden kann.

C. § 105 Abs. 1b SGB V-neu

Die Neuregelungen in § 105 Abs. 1b SGB V-neu zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes sind grundsätzlich zu begrüßen, müssen aber auch unter Berücksichtigung der Regelung in § 87b Abs. 1 S. 3 SGB V zur Vergütung der Leistungen „im Notfall und Im Notdienst“ gewährleisten, dass insbesondere die Vertragsärztinnen/Vertragsärzte eine umfassende und adäquate Vergütung für ihre Leistungen im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung erhalten.

In § 105 Abs. 1b S. 1 SGB V-neu sollte direkt im Gesetzeswortlaut eindeutig die Verpflichtung aufgenommen werden, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich über die Mittel nach Abs. 1a hinaus einen zusätzlichen jährlich bereitzustellenden zweckgebundenen Betrag zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes vereinbaren „müssen“. Dies ergibt sich bisher teilweise lediglich aus der Gesetzesbegründung (vgl. S. 36). Die bisher geplante Regelung, wonach die Mittel für die Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes hälftig von den KVen zu finanzieren ist, wird abgelehnt. Während die hälftige Finanzierung der Fördermittel für den bisherigen Strukturfond im Rahmen des Sicherstellungsauftrags nachvollziehbar ist, handelt es sich bei den neu zu schaffenden Strukturen des Notdienstes um neue zusätzliche Strukturen für den Zugang zur Akutversorgung, deren Finanzierung selbstverständlich vollständig aus Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen zu erfolgen hat.

Zudem ist es zwingend erforderlich, dass die privaten Krankenversicherungsunternehmen nach § 105 Abs. 1b S. 2 und S. 4 SGB V-neu bei der Förderung und Finanzierung einbezogen werden. Denn die medizinischen Notfälle ergeben sich unabhängig vom Versicherungsstatus.

Die Regelung in § 105 Abs. 1b S. 5 SGB V-neu ist nach Maßgabe der vorstehenden Ausführungen zur Kostentragung (Finanzierung durch die Krankenkassen) folgerichtig, soweit die Fördermittel für folgende Maßnahmen verwendet werden müssen:

1. Förderung der Strukturen nach §§ 75 Abs. 1b S. 4 Nr. 2 und 3, 75 Abs. 1c und 133a SG neu,
2. Förderung der INZ nach §§ 123 bis 123b SGB V-neu.



Unter Berücksichtigung des § 105 Abs. 1b S. 7 SGB V-neu muss gewährleistet werden, dass eine umfassende und adäquate Vergütung der Leistungen im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung unmittelbar sichergestellt wird. Nach § 105 Abs. 1b S. 7 SGB V-neu sind die nach der regionalen Euro-Gebührenordnung oder nach Gesamtvertrag abrechenbaren Leistungen und Kosten sowie die von der KV nicht verbrauchten Mittel des Honorarvolumens nach § 87b Abs. 1 S. 3 SGB V mindernd zu berücksichtigen. Nach der bereits heute schon bestehenden Regelung in § 87b Abs. 1 S. 3 HS. 1 SGB V erfolgt die Vergütung der Leistungen „im Notfall und im Notdienst“ aus einem vor der Trennung für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Honorarvolumen mit der Maßgabe, dass für diese Leistungen im Verteilungsmaßstab „keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars“ angewandt werden dürfen.

Eine im aktuellen Referentenentwurf vorgesehene Minderung nach § 105 Abs. 1b S. 7 SGB V-neu ist nicht sachgerecht, da diese Mittel nicht für die Finanzierung der Strukturen im Notdienst bestimmt sind, sondern für die Vergütung der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte.

Zudem ist in diesem Zusammenhang zwingend erforderlich, dass der (ergänzte) Bewertungsausschuss neue und/oder angepasste Leistungs- und Gebührenpositionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für alle in Betracht kommenden Leistungen im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung, wie z. B.

- zur Vergütung der strukturierten ambulanten Ersteinschätzung
- zur telemedizinischen ärztlichen Beratung,
- zur aufsuchenden Versorgung,
- zur ärztlichen Einbeziehung in Fällen, in denen das nichtärztliche medizinische Personal zu einer abschließenden Ersteinschätzung nicht in der Lage ist, sowie
- zur Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung

beschließt. Vertragsärztinnen/Vertragsärzte leisten aufgrund des erweiterten Sicherstellungsauftrags auch einen erweiterten Leistungsumfang, der angemessen vergütet werden muss, zumal sie die Erweiterung größtenteils mitfinanzieren (z. B. durch erhöhte Beitragszahlungen, einbehaltene Strukturpauschalen und Sicherstellungsumlagen der KVen). Laut Referentenentwurf werden bundesweit jährlich rund 150 Millionen Euro von vornherein nicht zur Vergütung der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte zur Verfügung stehen bzw. werden diesen über die Verwaltungskostenumlage entzogen. Zudem werden die Notaufnahme der Krankenhäuser sowie der Rettungsdienst zulasten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte der ambulanten Regelversorgung entlastet.

Ferner dürfen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nicht die Leittragenden dafür sein, dass die im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung verursachten Kosten (vgl. Schätzwert in Höhe von 195 Millionen Euro) teilweise schwer einer fallbezogenen Vergütung über den EBM zugänglich sind, da die Identität der Hilfesuchenden, insbesondere der Krankenkasse, nicht eindeutig geklärt werden kann oder auch Dritte, oft Angehörige, die Akutleitstellen kontaktieren (vgl. S. 26 des Referentenentwurfs).

D. § 123 SGB V-neu

Die Neuregelungen zu den sektorenübergreifenden Integrierten Notfallzentren (INZ) nach § 123 SGB V-neu sind grundsätzlich zu begrüßen, lassen aber zentrale Fragen offen und sind entsprechend zu konkretisieren.

Nach § 123 Abs. 1 SGB V-neu bestehen INZ aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der KV (Notdienstpraxis) in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des Krankenhauses und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle. Die fachliche Leitung und



Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle obliegt dem Krankenhaus, wenn in der Kooperationsvereinbarung nach § 123a Abs. 2 nichts Abweichendes geregelt ist. Die KVen stellen die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch Kooperation und organisatorischer Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern im Rahmen von INZ sicher und binden die Notaufnahme des jeweiligen Krankenhauses unmittelbar in den Notdienst gemäß § 75 Abs. 1b S. 9 SGB V-neu ein. Zugelassene Krankenhäuser, von denen ein Standort nach § 123a Abs. 1 S. 1 SGB V-neu als Standort eines INZ bestimmt worden ist, sind zur Kooperation mit der KV verpflichtet.

Kritisch anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass das Verhältnis der verschiedenen, sektorenübergreifenden Trägerschaften innerhalb des INZ nur sehr knapp und oberflächlich in der Gesetzesbegründung dargestellt wird (vgl. S. 38). Dies sollte im Gesetzeswortlaut oder zumindest in der Gesetzesbegründung konkretisiert werden. In der Begründung wird lediglich auf den „kooperativen Charakter“ eines INZ hingewiesen und kurz erwähnt, dass die Notaufnahme und Ersteinschätzungsstelle grundsätzlich in der Trägerschaft des zugelassenen Krankenhauses bzw. die Notdienstpraxis in der Trägerschaft der jeweiligen KV verbleiben. Dies ist insbesondere überraschend und klärungsbedürftig, angesichts der Tatsache, dass ein großer Einsatzbereich des Krankenhauses (bzw. Teile des vom Krankenhaus geleiteten INZ) systematisch eher dem „vertragsärztlichen Leistungserbringer der ambulanten Regelversorgung“ zugeordnet werden kann. Denn prioritär soll die KV-Notdienstpraxis im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung zum Einsatz kommen.

Klärungsbedürftig ist dabei auch, ob bei dem INZ neue Organisations-, Niederlassungs- oder Kooperationsmöglichkeiten entstehen sollen oder auf bereits anerkannte Möglichkeiten zurückgegriffen werden soll.

Zudem sollte klargestellt werden, wie die KV-Notdienstpraxen (bzw. darin tätige Ärztinnen/Ärzte) konkret in den INZ eingebunden sind (insbesondere bezüglich des Status, der Niederlassungsform, Anstellung und Zulassung). Aus § 123a Abs. 4 SGB V-neu ergibt sich lediglich, dass nach § 75 Abs. 1b S. 3 SGB V in der Fassung vom [Tag vor Inkrafttreten des Notfallgesetzes] in oder an Krankenhäuser bereits eingerichtete/bestehende Notdienstpraxen zukünftig in INZ zu überführen sind. Dies kann laut Gesetzesbegründung nur erfolgen, wenn das jeweilige Krankenhaus zum Standort eines solchen bestimmt wurde.

Die Neuregelung in § 123 Abs. 1 S. 6 SGB V-neu ist grundsätzlich positiv zu bewerten, soweit die KVen für die Versorgung von Akutfällen während der Sprechstundenzeiten außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis geeignete, im Umkreis des Krankenhausstandortes gelegene Vertragsärzte und medizinische Versorgungszentren (Kooperationspraxen) mit in die Kooperation einbinden sollen. Eine Kooperationspraxis muss so mit dem INZ vernetzt sein, dass eine zeitnahe, rückverfolgbare und digitale Fallübergabe in eine Datenformat nach S. 5 sichergestellt ist.

Diesbezüglich sollte allerdings klargestellt werden, wie die konkrete Einbindung/Vernetzung der Kooperationspraxen im INZ (z. B. bezüglich Status, Anstellung, Zulassung und Kooperation) praktisch umgesetzt werden soll. Im Hinblick auf ihre Niederlassungsform werden im Gesetz lediglich „Vertragsärzte und MVZ“ genannt. Klargestellt werden sollte auch, ob diese Aufzählung abschließend ist.

Zudem sollte direkt im Gesetz klargestellt werden (und nicht nur in der Gesetzesbegründung beiläufig erwähnt werden), dass die Versorgung in Kooperationspraxen dabei nicht nur auf die „notdienstliche Erstversorgung“ beschränkt ist (vgl. S. 38).



Losgelöst davon sieht die Neuregelung in § 123 Abs. 2 SGB V-neu vor, dass die zentrale Ersteinschätzungsstelle „innerhalb des jeweiligen INZ“ (unter fachlicher Leitung und Verantwortung des Krankenhauses) für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig ein INZ aufsuchen, eine Entscheidung über die Behandlungsdringlichkeit und die geeignete Versorgungsebene unter Berücksichtigung einer möglichen Kooperation nach Abs. 1 S. 6 trifft, was bezüglich der alleinigen Steuerung durch das Krankenhaus kritisch zu hinterfragen ist. Die Ersteinschätzung kann im Wege der Delegation erbracht werden. Kritisch anzumerken ist bei dieser „Steuerung“ durch das Krankenhaus (bzw. durch die vom Krankenhaus geleitete zentrale Ersteinschätzungsstelle), dass das Krankenhaus dann einen enormen Einfluss auf die personellen und finanziellen Ressourcen der Notdienstpraxen und der KV ausüben kann.

Es muss sichergestellt werden, dass keine existenziell bedrohten Krankenhäuser zulasten der KVen (und mittelbar der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte) künstlich aufrechterhalten werden. Dies muss insbesondere mit den Kooperationsverträgen zur Durchführung der Ersteinschätzung nach § 123 Abs. 2 bis zu dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in seiner Richtlinie nach § 123 Abs. 3 S. 1 Nr. 4 festgelegten Zeitpunkt (vgl. § 123a Abs. 2 S. 3 Nr. 3 SGB V-neu) sichergestellt werden. Erst dann bestehen bundeseinheitliche, neutrale und verbindliche Vorgaben für ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument.

Darüber hinaus ist auch die zeitliche Planung aufgrund der Komplexität der parallel und teilweise ineinandergreifenden Verfahren und Verhandlungen kritisch zu bewerten. Dies gilt vor allem für die Frist in § 123 Abs. 3 SGB V-neu, wonach der G-BA erst sechs Monate nach Verkündung des Notfallgesetzes in einer Richtlinie Bestimmungen – z. B. Vorgaben an ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument, Vorgaben zur Form und zum Inhalt des Nachweises der Verwendung des Ersteinschätzungsinstruments, den diesbezüglichen Verwendungszeitpunkt und Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen in INZ - zu treffen hat (vgl. § 123 Abs. 3 S. 1 Nrn. 1., 3., 4., 5. SGB V-neu). Ebenfalls innerhalb von sechs Monaten nach Verkündung des Notfallgesetzes muss der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Abs. 4a SGB V-neu auch die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser, an denen INZ eingerichtet werden, nach § 123a Abs. 1 S. 1 SGB V-neu bestimmen. Die Kooperationsverträge zum INZ müssen schon kurze Zeit später (also innerhalb von sechs Monaten nach Standortfestlegung) abgeschlossen sein (vgl. § 123a Abs. 2 S. 1 SGB V-neu). Diesbezüglich sind gegebenenfalls aufwändige Nachverhandlungen und Vertragsanpassungen entsprechend den Richtlinien des G-BA zu befürchten, da die Fristen teilweise zu kurz bemessen sind und so eng beieinander liegen, dass Vertragsverhandlungen schon parallel erfolgen müssen.

Unklar bleibt bezogen auf § 123 Abs. 3 S. 1 Nr. 5 SGB V-neu auch, warum der G-BA nur Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der „Notdienstpraxen“ und nicht der INZ in Gänze beschließen soll.

Ferner sollten die Regelungen in § 123 Abs. 4 SGB V-neu zur Vergütung nachgeschärft und eine zeitlich unmittelbare, vollumfängliche und angemessene Vergütung für notdienstliche Akutleistungen – u. a. des INZ (bzw. der beteiligten Leistungserbringer) – gewährleistet werden. Nach § 123 Abs. 4 SGB V-neu soll der Bewertungsausschuss (erst) sechs Monate nach Verkündung des Notfallgesetzes (bzw. mit Wirkung zum übernächsten auf das Inkrafttreten folgenden Quartals) in der Zusammensetzung nach § 87 Abs. 5a SGB V im EBM für ärztliche Leistungen die notwendigen Anpassungen für die Vergütung (lediglich) in Bezug auf die „Ersteinschätzung“ nach § 123 Abs. 2 S. 1 als unabhängig von der Weiterbehandlung zu vergütende Einzelleistung beschließen. Dies muss entsprechend nachgeschärft werden (vgl. hierzu auch unsere Ausführungen unter C. zu § 105 Abs. 1b SGB V-neu).



Dagegen ist der Ansatz in § 123 Abs. 5 SGB V-neu grundsätzlich zu begrüßen, wonach die zuständige KV zusammen mit dem Krankenhausträger, mit dessen Notaufnahme die Notdienstpraxis ein INZ bildet, zur Sicherstellung der Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis nach Abs. 1 S. 1 mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten einen Versorgungsvertrag nach § 12b Apothekengesetz-neu mit einer Apotheke zu schließen haben. Erläuterungsbedürftig ist allerdings - zumindest in der Gesetzesbegründung -, warum im Gegensatz zu den KVen und Krankenhäusern die Apotheken nicht verpflichtet sind, einen Versorgungsvertrag zu schließen.

Solange kein Versorgungsvertrag nach § 12b Apothekengesetz-neu besteht, ist in der Notdienstpraxis die Versorgung der Patientinnen und Patienten durch Abgabe von Arzneimitteln gem. § 43 Abs. 3b Arzneimittelgesetz-neu für den akuten Bedarf sicherzustellen, was grundsätzlich zu unterstützen, aber wegen des damit verbunden Mehraufwandes für die Praxen auch entsprechend vergütet werden sollte. Der Begriff „akuter Bedarf“, administrative sowie abrechnungstechnische Fragen sollten – zumindest in der Gesetzesbegründung – konkretisiert werden. Eine etwaige, damit verbundene Infizierung der Honorareinnahmen der Praxen mit der Gewerbesteuer ist zu vermeiden.

E. § 123a SGB V-neu

Die Neuregelungen in § 123a SGB V-neu zur Einrichtung von INZ sind grundsätzlich positiv zu bewerten, sollten aber teilweise noch konkretisiert oder nachgeschärft werden.

Nach § 123a Abs. 1 SGB V-neu bestimmt der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Abs. 4a SGB V-neu innerhalb von sechs Monaten nach Verkündung des Gesetzes die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser, an denen INZ eingerichtet werden, was zeitlich – wie bereits ausgeführt – sehr knapp bemessen ist (siehe unsere Ausführungen unter D.). Er legt hierzu nach § 123a Abs. 1 S. 2 SGB V-neu zunächst geeignete Planungsregionen zur flächendeckenden Versorgung mit INZ fest.

In Bezug auf die nicht abschließenden Kriterien für die Standortfestlegung erscheint insbesondere § 123a Abs. 1 S. 5 Nr. 3 SGB V-neu widersprüchlich und klarstellungsbedürftig, wonach Krankenhausstandorte bevorzugt werden sollen, in denen „Notdienstpraxen unmittelbar in der Notaufnahme eingerichtet werden können“. Die Notaufnahme eines Krankenhauses und die KV-Notdienstpraxis sollen doch bezüglich ihrer Trägerschaft getrennt voneinander behandelt werden. Gemeint ist vermutlich, dass Notdienstpraxen unmittelbar „in der räumlichen Nähe“ einer Notaufnahme eingerichtet werden sollen, um insbesondere ein effizienteres Arbeiten und verwaltungstechnische Synergien zu ermöglichen.

Zudem sollte als wichtiges Auswahlkriterium für einen INZ-Standort ergänzt werden, dass eine bereits bestehende Notdienstpraxis der KV an einem Krankenhaus vorrangig berücksichtigt wird, um Fehlinvestitionen zu vermeiden.

Wie bereits ausgeführt, ist die sechs Monatsfrist seit Standortfestlegung für den verpflichtenden Abschluss einer Kooperationsvereinbarung zwischen KV und Krankenhausträger zur Organisation des INZ nach § 123a Abs. 2 S. 1 SGB V-neu kaum realisierbar. Angesichts des sehr komplexen Regelungsinhaltes sollte diese Frist verlängert werden. Nach § 123a Abs. 2 S. 4 SGB V-neu ist in



der Kooperationsvereinbarung nach S. 1 insbesondere das Nähere wie folgt zu vereinbaren

1. zu dem gemeinsamen Organisationsgremium nach S. 2,
2. zur Vernetzung und interoperablen, digitalen Fallübergabe innerhalb des INZ sowie zwischen dem INZ und einer Kooperationspraxis nach § 123 Abs. 1 S. 6,
3. zur Durchführung der Ersteinschätzung nach § 123 Abs. 2 bis zu dem vom G-BA in seiner Richtlinie nach § 123 Abs. 3 S. 1 Nr. 4 festgelegten Zeitpunkt,
4. zur Organisation und zur personellen Besetzung der Ersteinschätzungsstelle einschließlich der Qualifikationen, erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals,
5. zur Anmietung oder eigenen Gestellung von Räumlichkeiten, Einrichtung und Verbrauchsmaterial der Notdienstpraxis,
6. zur Ausgestaltung der Ausschreibung des gemäß § 123 Abs. 5 abzuschließenden Versorgungsvertrags nach § 12b Apothekengesetz-neu einschließlich der Möglichkeit der Anmietung oder Gestellung von Räumlichkeiten durch oder für Apotheken,
7. zur Nutzung der technischen und diagnostischen Einrichtungen des Krankenhauses durch die Notdienstpraxis einschließlich Nutzungsentgelten,
8. zu den Voraussetzungen für die Weiterleitung von Hilfesuchenden in die Kooperationspraxis,
9. zu Regelungen für den Fall wiederholter und schwerwiegender Verstöße gegen die Kooperationsvereinbarung oder für den Fall, dass die Kooperationspraxis zu den Zeiten nach S. 4 oder 5 nicht geöffnet hat.

Vor diesem Hintergrund ist vor allem kritisch anzumerken, dass dieser - nicht abschließende - Regelungskatalog zentrale Fragen, wie z. B. Haftungsfragen, den Status oder die konkrete Einbindung der Notdienstpraxen und Kooperationspraxen noch gar nicht beinhaltet und diesbezüglich gegebenenfalls separate Anstellungs-, Kooperations- und/oder Mietverträge verhandelt und umgesetzt werden müssen.

Zudem ist bei all diesen zeit-, personal- und finanzintensiven Regelungsinhalten kritisch zu hinterfragen, dass sich aufgrund der parallellaufenden Krankenhausreform erst einige Zeit nach deren Inkrafttreten zeigen wird, welche Krankenhäuser überhaupt weiterhin bestehen.

Des Weiteren ist bei § 123a Abs. 1 S. 7 SGB V-neu negativ zu bewerten, dass Widerspruch und Klage gegen den Bescheid des erweiterten Landesausschuss zur Bestimmung eines INZ-Standorts keine aufschiebende Wirkung haben sollen und die Pflichten von Seiten der KVen auch zu erfüllen sind (also Errichtung einer Notdienstpraxis, Abschluss eines Kooperationsvertrags), wenn ein Krankenhaus gegen den Bestimmungsbescheid klagt. Die Verpflichtung sollte erst dann gegeben sein, wenn der Bescheid bestandskräftig geworden ist.

Darüber hinaus ist die Neuregelung in § 123a Abs. 2 S. 5 SGB V-neu – wie bereits unter A. ausgeführt – entsprechend anzupassen, da nicht nachvollziehbar ist, warum Notdienstpraxen zukünftig zu den normalen Praxisöffnungszeiten standardmäßig zu öffnen sind.

F. § 19a Ärzte-ZV-neu

Die Neuregelungen in § 19a Ärzte-ZV-neu, wonach die offenen Sprechstunden innerhalb einer Arztgruppe in einem Planungsbereich die Bedürfnisse einer ausreichenden Versorgung in Akutfällen berücksichtigen sollen, sind abzulehnen. Danach sollen im Bundesmantelvertrag



entsprechende Regelung zur Umsetzung einer möglichst gleichmäßigen zeitlichen Verteilung der Sprechstunden getroffen werden.

Mit diesen Neuregelungen sind erhebliche Eingriffe in die Freiberuflichkeit und Organisationshoheit der Ärztinnen/Ärzte verbunden (z. B. veränderte Arbeitszeiten, neue Dienstpläne).

Unklar bleibt auch, wie und mit welchen Mitteln eine diesbezügliche Koordination durch die KV erfolgen soll. Unbeschadet der Ablehnung der beabsichtigten Neuregelungen in § 19a Ärzte-ZV – neu, ist der Vollständigkeit halber darauf hinzuweisen, dass sich auch nicht die Notwendigkeit derartiger Regelungen nachvollziehen ließe, wenn gleichzeitig eine 24/7 telemedizinische und aufsuchende notdienstlichen Akutversorgung ohnehin bereitgestellt werden soll.

Ihre Ansprechpartner

Bundesvorsitzende: markus.beier@haev.de, nicola.buhlinger-goepfarth@haev.de

☎ 030 88 71 43 73-30

Hauptgeschäftsführer und Justiziar: joachim.schuetz@haev.de

☎ 02203 97 788-03

Geschäftsführer: sebastian.john@haev.de

☎ 030 88 71 43 73-34

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.

Edmund-Rumpler-Straße 2 · 51149 Köln

🌐 www.haev.de