



Stellungnahme

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.

Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

07. September 2026



In unserer nachfolgenden Stellungnahme konzentrieren wir uns auf die Regelungen des Regierungsentwurfs für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung, die von besonderer Bedeutung für die Hausärztinnen und Hausärzte sind. Ergänzungen, insbesondere in der Anhörung am 09. September 2026, behalten wir uns vor.

Allgemeines

Der Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung zeigt aus Sicht des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes Verbesserungen, da nunmehr noch stärker zum Ausdruck kommt, dass die Regelversorgung in den Praxen klaren Vorrang vor der notdienstlichen Akutversorgung erhält und der aufsuchende Dienst deutlicher nachrangig ist. Entsprechend der Forderung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes wurde der Entwurf dahingehend konkretisiert, dass nunmehr der „Akutfall“ definiert und deutlicher gegenüber der „notdienstlichen Akutversorgung“ abgegrenzt wird.

Nicht gelöst bleiben weiterhin die aus hausärztlicher Sicht zentralen Strukturfragen: Die ausdrücklich vorgesehene Priorisierung der vertragsärztlichen Regelversorgung sollte konsequent um eine ausdrückliche Berücksichtigung der hausärztlichen Primärversorgungs- und Koordinierungsfunktion ergänzt werden. Insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit bestehender hausärztlicher Anbindung ist eine Steuerung in die bereits behandelnde Hausarztpraxis regelmäßig einer Versorgung in neu geschaffenen Akutstrukturen vorzuziehen. Der Regierungsentwurf enthält hierzu keine echte hausärztliche Steuerungsfunktion.

Bestehende Versorgungsbeziehungen – insbesondere im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) – müssen bei der Akutsteuerung konsequent berücksichtigt werden. Hierzu sind die HZV-Teilnahme und die zuständige HZV-Praxis technisch erkennbar zu machen sowie interoperable Schnittstellen für einen medienbruchfreien Informationsaustausch und eine digitale Fallübergabe vorzusehen.

Zugleich muss die Patientensteuerung neutral, transparent und sektorenübergreifend ausgestaltet sein. Der vorgesehene flächendeckende jederzeit vorzuhaltende telemedizinische und aufsuchende Dienst sollte hingegen – zur Vermeidung überflüssiger Parallelstrukturen – bedarfs- und regionalbezogen ausgestaltet sein, bestehende hausärztliche Hausbesuchsstrukturen hingegen sollten gestärkt werden.



I. Kommentierung einzelner Regelungen

A. Artikel 1 SGB V – § 75 SGB V-neu

Beabsichtigte Neuregelung

§ 75 SGB V-neu konkretisiert den vertragsärztlichen Sicherstellungsauftrag für Akutfälle und grenzt die reguläre vertragsärztliche Versorgung während der Sprechstunden ausdrücklich von der subsidiär eingreifenden notdienstlichen Akutversorgung ab. Zugleich regelt die Vorschrift die hierfür vorzuhaltenden Versorgungs- und Steuerungsstrukturen – insbesondere Akutleitstelle, telemedizinische und aufsuchende Versorgung – und weist der regulären vertragsärztlichen und damit insbesondere auch der hausärztlichen Versorgung grundsätzlich eine vorrangige Rolle bei der Versorgung ambulant behandelbarer Akutfälle zu.

Bewertung

Die gegenüber dem Referentenentwurf vorgenommenen Änderungen in § 75 SGB V-neu sind in Teilen zu begrüßen. Insbesondere wird das Verhältnis zwischen der regulären vertragsärztlichen Versorgung und der notdienstlichen Akutversorgung nunmehr deutlicher im Gesetz selbst abgebildet. Auch die stärkere Konkretisierung der Voraussetzungen des aufsuchenden Dienstes sowie der Delegationsmöglichkeiten sind grundsätzlich positiv zu bewerten. Für ein funktionierendes Primärversorgungssystem und eine effektive Patientensteuerung wird folgender Nachbesserungsbedarf gesehen:

Notwendige Stärkung der hausärztlichen Steuerungsfunktion

Im Regierungsentwurf wird nunmehr klargestellt, dass Akutfälle prioritär in der regulären vertragsärztlichen Versorgung einschließlich Hausbesuchen zu versorgen sind und die Strukturen der notdienstlichen Akutversorgung subsidiär eingreifen sollen. Die hausärztliche Versorgung wird hierdurch als erste und niedrigschwelligste Versorgungsebene stärker positioniert.

Weiterhin fehlt es jedoch an einer ausdrücklichen gesetzlichen Verankerung der hausärztlichen Steuerungsfunktion innerhalb der Primärversorgung. Die bloße Priorisierung der „vertragsärztlichen Regelversorgung“ gewährleistet noch keine hausärztlich koordinierte Patientensteuerung. Gerade bei bereits hausärztlich angebundenen Patientinnen und Patienten und insbesondere bei HZV-Versicherten sollte die bestehende hausärztliche Versorgungsbeziehung bei der Steuerung durch die Akutleitstelle vorrangig berücksichtigt werden. Hausärztinnen und Hausärzte verfügen aufgrund ihrer kontinuierlichen Patientenbetreuung über eine besondere Kenntnis der Krankengeschichte, Medikation, Komorbiditäten und des sozialen Versorgungskontextes ihrer Patientinnen und Patienten. Sie sind deshalb in besonderer Weise geeignet, akute Beschwerden medizinisch einzuordnen und die weitere Versorgung zu koordinieren. Aus diesem Grund muss die in § 75 vorgesehene Patientensteuerung die hausärztliche Regelversorgung nicht lediglich als eine mögliche vertragsärztliche Versorgungsebene behandeln, sondern deren besondere Koordinierungsfunktion innerhalb der Primärversorgung ausdrücklich berücksichtigen.

Jederzeit verfügbarer telemedizinischer und aufsuchender Dienst

Die bisherige Stellungnahme hat die Schaffung eines flächendeckenden telemedizinischen und aufsuchenden Dienstes rund um die Uhr deutlich kritisiert. Insbesondere wurde darauf hingewiesen, dass chronisch kranke und immobile Patientinnen und Patienten regelmäßig bereits hausärztlich betreut werden und eine telemedizinische oder aufsuchende Versorgung deshalb möglichst durch die behandelnde Praxis organisiert werden sollte.



Dieser Kritikpunkt bleibt trotz der Verbesserungen grundsätzlich bestehen. Zwar wird der Einsatz des aufsuchenden Dienstes im neuen Entwurf stärker begrenzt (vgl. § 75 Abs. 1 b Nr. 3). Nicht überzeugend ist jedoch weiterhin, weshalb hierfür flächendeckend eine 24/7-Struktur vorgehalten werden muss. Aus diesem Grund sollte insbesondere der aufsuchende Dienst bedarfs- und regionalbezogen ausgestaltet werden. Gleichzeitig sollten die bestehenden hausärztlichen Hausbesuchsstrukturen gestärkt und angemessen finanziert werden.

Einschränkung der vorrangigen Vermittlung in Praxen durch Ersteinschätzung

Grundsätzlich positiv bleibt die Regelung, wonach die Akutleitstelle vorrangig in die Sprechstunden der Praxen zugelassener Ärztinnen, Ärzte und MVZ vermitteln soll (vgl. § 75 Absatz 1c Satz 4).

Der neue Zusatz, wonach dies nur gilt, „sofern diese als medizinisch gebotene Versorgungsebene in Betracht kommen“, darf jedoch nicht dazu führen, dass die reguläre ambulante Versorgung durch die vorgelagerte standardisierte Ersteinschätzung systematisch umgangen wird. Die Entscheidung darüber, welche Versorgungsebene medizinisch geboten ist, besitzt erhebliche Steuerungswirkung. Die Ausgestaltung und Evaluation des Ersteinschätzungsverfahrens muss deshalb sicherstellen, dass ambulant behandelbare Patientinnen und Patienten konsequent in die reguläre vertragsärztliche Versorgung zurückgeführt werden. Aus hausärztlicher Sicht sollte dabei insbesondere vermieden werden, dass ein digitales Ersteinschätzungsinstrument aus Sicherheitsgründen strukturell übertriagt und dadurch unnötige Vorstellungen in INZ oder Krankenhausnotaufnahmen generiert.

HZV-Kennzeichnungspflicht zur effizienten Patientensteuerung

Unverändert wird gefordert, die HZV-Teilnahme technisch erkennbar zu machen und eingeschriebene Versicherte bei der Akut- und Terminsteuerung, soweit medizinisch und organisatorisch sinnvoll, an ihre bereits bekannte HZV-Praxis zu vermitteln.

Der neue § 75 SGB V löst dieses Problem weiterhin nicht. Es ist systematisch widersprüchlich, einerseits die Steuerung der Patientinnen und Patienten verbessern zu wollen, andererseits aber bei der Akutleitstelle eine bereits bestehende verbindliche Versorgungsentscheidung des Patienten für eine konkrete HZV-Praxis nicht konsequent zu berücksichtigen. Die Akutleitstelle muss deshalb technisch in die Lage versetzt werden, die HZV-Teilnahme und die zuständige HZV-Praxis zu erkennen und Versicherte – soweit medizinisch und organisatorisch möglich – vorrangig dorthin zu vermitteln. Hierfür sind die erforderlichen Kennzeichnungen und interoperablen Schnittstellen gesetzlich sicherzustellen.

Unsere Forderung mit Blick auf eine HZV-Kennzeichnungspflicht und Interoperabilität gilt auch vor dem Hintergrund internationaler Evidenz zu einer funktionierenden digitalen Steuerung: Denn insbesondere fehlender Informationszugang und mangelnde Interoperabilität beeinträchtigen Koordination, Patientenerfahrung und Versorgungsqualität.¹ Zudem sollen Routine-Gesundheitsinformationssysteme interoperabel sein und Leistungserbringern die notwendigen Informationen bereitstellen.² Darüber hinaus sollten bereits in der Konzeption und Entwicklung von digitalen und KI-Anwendungen sowie weiteren neuen Technologien die zukünftigen Nutzergruppen strukturiert einbezogen werden, um neue Entwicklungen zielgerechter an ihre Bedarfe und Arbeitsabläufe anzupassen und eine hohe Gebrauchstauglichkeit (Usability) zu erreichen.³

¹ OECD (2026) Building People-Centred Digital Health Systems – Lessons from PaRIS Seiten 6-9.

² WHO (2025) Strategy for Optimizing National Routine Health Information Systems Seiten 7-15.

³ SVR zur Begutachtung im Gesundheitswesen, Gutachten 2024 Fachkräfte im Gesundheitswesen Empfehlung 447.
[Stellungnahme](#) Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.



Neutralität der Patientensteuerung

Auch die Forderung der bisherigen Stellungnahme nach einer unabhängigen und neutralen Patientensteuerung bleibt aktuell. Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband hatte insbesondere hinterfragt, ob das KV-System alleiniger Träger der Steuerung bleiben sollte und ob die 116 117 dauerhaft in der Hoheit nur eines Partners der gemeinsamen Selbstverwaltung liegen sollte.

Die erhebliche Bedeutung dieses Punktes nimmt durch den neuen Entwurf eher noch zu: Je stärker die Akutleitstelle darüber entscheidet, ob ein Patient in die hausärztliche Praxis, zu einem Facharzt, in ein INZ oder in eine andere Versorgungsstruktur vermittelt wird, desto wichtiger sind Neutralität, Transparenz und Evaluation der zugrunde liegenden Steuerungsmechanismen.

Erforderlich sind daher transparente Qualitätskriterien und eine unabhängige Evaluation der Steuerungsentscheidungen. Insbesondere muss gewährleistet sein, dass Kollektiv- und Selektivvertragsstrukturen diskriminierungsfrei berücksichtigt werden.

Eindeutige Ausnahmeregelung zu der Sozialversicherungspflicht von Poolärztinnen/-ärzten

Darüber hinaus fordern wir weiterhin im Zusammenhang mit § 75 Abs. 1b S. 13, 14 SGB V-neu die Ergänzung einer eindeutigen Ausnahmeregelung zu der Sozialversicherungspflicht von Poolärztinnen/-ärzten: Es sollte 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 werden.

B. Artikel 1 SGB V – § 87 SGB V-neu

Beabsichtigte Neuregelung

§ 87 Abs. 2a S. 21 SGB V-neu beinhaltet den Regelungsauftrag an den erweiterten Bewertungsausschuss, verschiedene EBM-Positionen u. a. für die Versorgung im Notdienst sowie für die Versorgung in Notfällen zu beschließen.

Bewertung

In Bezug auf § 87 Abs. 2a S. 21 SGB V-neu wird gefordert, dass der (ergänzte) Bewertungsausschuss neue und/oder angepasste Leistungs- und Gebührenpositionen im EBM für alle in Betracht kommenden Leistungen im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung beschließt, wie z. B.

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

Zudem müssen die im geltenden EBM bereits vorgesehenen Zuschläge zu Notfallpauschalen weiterentwickelt werden.



Vertragsärztinnen/Vertragsärzte werden aufgrund des erweiterten Sicherstellungsauftrages auch in einem erweiterten Leistungsumfang tätig, der angemessen vergütet werden muss, um die Attraktivität dieses besonderen Versorgungsbereiches (außerhalb der Praxen + regelhaft außerhalb der üblichen Arbeitszeiten) zu gewährleisten und ausreichend Personalressourcen zu generieren.

C. Artikel 1 – § 105 SGB V-neu

Beabsichtigte Neuregelung

In § 105 Abs. 1b SGB V-neu ist u. a. eine hälftige Finanzierung der Strukturen des Notdienstes durch die KVen vorgesehen.

Bewertung

Hälftige Finanzierung

Die geplante Regelung in § 105 Abs. 1b S.1 SGB V-neu zur hälftigen Finanzierung der Strukturen des Notdienstes durch die KVen wird weiterhin abgelehnt. Während die hälftige Finanzierung der Fördermittel für den bisherigen Strukturfonds im Rahmen des Sicherstellungsauftrages 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.

Vertragsärztinnen/Vertragsärzte finanzieren die Erweiterung ungerechtfertigterweise größtenteils mit (z. B. durch erhöhte Beitragszahlungen, einbehaltene Strukturpauschalen und Sicherstellungsumlagen der KVen). Laut Regierungsentwurf werden bundesweit jährlich rund 140 Millionen Euro von vornherein nicht zur Vergütung der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte zur Verfügung stehen bzw. werden diesen über die Verwaltungskostenumlage entzogen. Zudem werden die Notaufnahmen der Krankenhäuser sowie der Rettungsdienst zulasten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte der ambulanten Regelversorgung entlastet.

Umfassende, adäquate Vergütung

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 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 Regierungsentwurf 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. Soweit Mittel im sog. Grundbetrag Bereitschaftsdienst und Notfall nicht verbraucht werden, ist das mit hoher Wahrscheinlichkeit darauf zurückzuführen, dass eine Verlagerung von Leistungen aus dem Notdienst/Notfall in die Regelversorgung erfolgt ist. Eine solche Verlagerung muss zwingend zur Folge haben, dass die Finanzmittel in die Grundbeträge der Regelversorgung (u. a. der Hausärztinnen/Hausärzte) übertragen werden. Dies gilt umso mehr, da die verbleibenden Grundbeträge für jene Leistungen, die nicht von der Entbudgetierung betroffen sind, in vielen KV-Regionen ohnehin deutlich unterfinanziert sind.



Wer die hausärztliche Versorgung als tragende Säule eines künftigen Primärversorgungssystems stärken will, darf sie nicht durch weitere finanzielle Belastungen schwächen; dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der bereits durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz erfolgten Eingriffe in die ambulante Vergütung, insbesondere die sogenannten HZV-Versorgungsbremse sowie die teilweise Rücknahme der Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen.

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 beschließt (siehe unsere Ausführungen zu § 87 SGB V).

D. Artikel 1 SGB V – § 123 SGB V-neu

Beabsichtigte Neuregelung

§ 123 SGB V-neu zu den Integrierten Notfallzentren regelt u. a. die Zusammensetzung, Funktion des INZ, die Steuerung innerhalb eines INZ und Vermittlung bzw. Weiterleitung der Patientinnen/Patienten.

Bewertung

Die Neuregelungen zu den sektorenübergreifenden Integrierten Notfallzentren (INZ) nach § 123 SGB V-neu werden weiterhin grundsätzlich begrüßt, sollten aber teilweise konkretisiert werden.

Verhältnis der verschiedenen Trägerschaften

Im Gesetzeswortlaut sollte das Verhältnis der verschiedenen, sektorenübergreifenden Trägerschaften innerhalb des INZ noch weiter konkretisiert werden. Im Vergleich zu dem Referentenentwurf wurden die jeweiligen Pflichten und betroffenen Adressaten zwar im Gesetzeswortlaut weiter konkretisiert, dies ist aber immer noch nicht ausreichend. Das Verhältnis wird insbesondere in der Gesetzesbegründung nur sehr knapp dargestellt, indem lediglich auf den „kooperativen Charakter“ eines INZ hingewiesen und kurz erwähnt wird, dass die Notaufnahme und Ersteinschätzungsstelle grundsätzlich in der Trägerschaft des zugelassenen Krankenhauses bzw. die Notdienstpraxis in der Trägerschaft der jeweiligen KV verbleiben. Dies ist klärungsbedürftig, weil künftig ein großer Einsatzbereich des Krankenhauses (bzw. Teile des vom Krankenhaus geleiteten INZ) systematisch eher dem „vertragsärztlichen Leistungserbringer der ambulanten Regelversorgung“ zugeordnet werden wird. Denn prioritär soll die KV-Notdienstpraxis im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung zum Einsatz kommen. Insofern wäre auch zu prüfen, ob die Zuordnung des gemeinsamen Tresens in die Organisationhoheit des Krankenhauses strukturell der richtige Weg ist, oder ob dies nicht besser dem ambulanten Bereich (KV) zugeordnet werden sollte.

Steuerung in das INZ

Aus Sicht des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands ist die direkte Inanspruchnahme von INZ-Strukturen durch Patientinnen und Patienten klar abzulehnen. Regelhaft sollte dem Besuch eines INZ vielmehr eine telefonische oder digitale verpflichtende Ersteinschätzung vorausgehen, die Patientinnen und Patienten ausschließlich in den dafür erforderlichen Fällen in die INZ leitet (verbindliches Ticket-System). Nur so kann sichergestellt werden, dass INZ-Strukturen auch vonseiten der Patientinnen und Patienten rational in Anspruch genommen werden bzw. dass die Mehrzahl der Anfragen direkt in die reguläre ambulante Versorgung gesteuert werden kann.



Angeregt wird überdies eine Klarstellung, zumindest in der Gesetzesbegründung, wonach aus Gründen der Patientensicherheit nach einer bloßen Ersteinschätzung eine Verweisung aus den Räumlichkeiten des INZ heraus für Patientinnen und Patienten nur nach einer separat zu vergütenden tatsächlichen Untersuchung durch eine Ärztin/einen Arzt entweder in der Notdienstpraxis oder Notaufnahme möglich sein soll (Ausnahme: Weiterleitungsmöglichkeit in eine Kooperationspraxis). Diese Ausführungen widersprechen insb. § 75 Abs. 1b S. 7 SGB V-neu, wonach die Ersteinschätzung auch im Wege der Delegation durch nichtärztliches Personal erbracht werden kann, das nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung handelt. Gerade die Möglichkeit, offensichtliche Bagatellerkrankungen ohne Arztkontakt durch entsprechend qualifiziertes Personal direkt in die ambulante Versorgung zu vermitteln, ist Kernvoraussetzung für eine effiziente Notfall- und Akutversorgung in den INZ.

E. Artikel 1 SGB V – § 123a SGB V-neu

Beabsichtigte Neuregelung

§ 123a SGB V-neu zur Einrichtung von INZ beinhaltet insbesondere Regelungen zur Standortbestimmung, zur Organisation eines INZ und zum Regelungskatalog einer Kooperationsvereinbarung zwischen der jeweiligen KV und dem Krankenhausträger.

Bewertung

Die Neuregelungen zur Einrichtung von INZ sind grundsätzlich positiv zu bewerten, sollten aber teilweise noch konkretisiert oder nachgeschärft werden.

Regelungskatalog

In Bezug auf den nicht abschließenden Regelungskatalog in § 123a Abs. 2 SGB V-neu ist vor allem kritisch anzumerken, dass diese zentralen Fragen, wie z. B. Haftungsfragen, den Status oder die konkrete Einbindung der Notdienstpraxen und Kooperationspraxen noch gar nicht beinhaltet und diesbezüglich ggf. separate Anstellungs-, Kooperations- und/oder Mietverträge verhandelt und umgesetzt werden müssen.

Darüber hinaus ist die Neuregelung in § 123a Abs. 2 S. 6 SGB V-neu – wie bereits zu § 75 Abs. 1b SGB V-neu ausgeführt – entsprechend anzupassen, da nicht nachvollziehbar ist, warum Notdienstpraxen zukünftig auch teilweise zu den normalen Praxisöffnungszeiten standardmäßig zu öffnen sind.

Interoperable Schnittstelle

In Bezug auf § 123a Abs. 2 S. 8 SGB V-neu zur interoperablen Schnittstelle wird gefordert, dass eine HZV-Schnittstelle aufgenommen wird, um einen effektiven Informationsaustausch und eine reibungslose, digitale Fallübergabe an die HZV-Praxis zu gewährleisten.

Beteiligung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes

Des Weiteren ist in Bezug auf § 123a Abs. 4 S. 1 SGB V-neu zu der Rahmenvereinbarung zur Zusammenarbeit in INZ zu fordern, dass der Hausärztinnen- und Hausärzteverband – insbesondere wegen § 123a Abs. 4 S. 1 Nr. 6 SGB V-neu – beteiligt wird.



Da die Rahmenvereinbarung insbesondere auch die Übernahme der Aufgaben der Notdienstpraxis durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Abs. 1 S. 1 teilnehmenden zugelassenen Leistungserbringer in dem in § 123 Abs. 1 S. 5 genannten Fall vorsieht und davon ausgegangen wird, dass die Übernahme oder Folgeversorgung in der überwiegenden Zahl der Fälle in hausärztlichen Praxen – in vielen Fällen ggf. im Rahmen der HZV – erfolgen wird, halten wir es für notwendig, bei dieser Rahmenvereinbarung die Spitzenorganisation für die Verträge zur HZV (den Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V.) bei den Verhandlungen zu beteiligen.

F. Artikel 1 SGB V – § 123c SGB V-neu

Beabsichtigte Neuregelung

§ 123c SGB V-neu beinhaltet insbesondere Regelungen in Bezug auf eine Richtlinie des G-BA zur Ersteinschätzung an Krankenhausstandorten und zu Anforderungen an ambulante Leistungserbringer des INZ.

Bewertung

§ 123c SGB V-neu zur Richtlinie des G-BA zur Ersteinschätzung an Krankenhausstandorten und zu Anforderungen an ambulante Leistungserbringer des INZ ist grundsätzlich zu begrüßen, aber teilweise anpassungsbedürftig.

Verbindliche digitale Ersteinschätzung

Der G-BA soll ein verbindliches digitales Ersteinschätzungsinstrument definieren, das u. a. über die Versorgungsebene entscheidet (§ 123c Abs. 1 SGB V-neu). Damit wird ein zentrales Element der Versorgungssteuerung in ein digitales System ausgelagert – mit unmittelbaren Rechtsfolgen für Vergütung und Zuständigkeit. Ein solcher Eingriff ist angesichts der Heterogenität hausärztlicher Versorgungssituationen komplex. Zu fordern ist, dass der Hausärztinnen- und Hausärzteverband hierbei ins Einvernehmen – zumindest aber ins Benehmen – zu setzen ist, um hausärztliche Interessen und Expertise angemessen einbringen zu können sowie der hausärztlichen Steuerungsfunktion innerhalb der Primärversorgung auch an dieser Stelle ausreichend Rechnung zu tragen (vgl. § 123c Abs. 1 S. 8 SGB V-neu).

G. Artikel 1 SGB V – § 133a SGB V-neu

Beabsichtigte Neuregelung

§ 133a SGB V-neu zu dem Gesundheitsleitsystem regelt insbesondere das Zustandekommen und die Inhalte einer Kooperationsvereinbarung zwischen einem Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 Abs. 2 Nr. 1 SGB V-neu und der örtlich zuständigen KV als Träger der Akutleitstelle.

Bewertung

Die Neuregelung zu dem Gesundheitsleitsystem ist grundsätzlich zu begrüßen.



Auf Antrag

Gleichwohl ist zu kritisch zu hinterfragen, warum lediglich „auf Antrag“ eines Leistungserbringers des Notfallmanagements die zuständige KV zur Kooperation nach § 133a Abs. 1 S. 1 SGB V-neu verpflichtet ist. Sinnvoller wäre vielmehr eine einheitliche, verbindliche und flächendeckende Kooperation zwischen Leistungserbringer des Notfallmanagements und Akutleitstellen nach einheitlichen Standards, von denen ggf. aufgrund von regionalen Besonderheiten in Ausnahmefällen abgewichen werden kann.

Interoperable Schnittstelle

In Bezug auf § 133a Abs. 2 S. 7 SGB V-neu zur interoperablen Schnittstelle ist zu fordern, dass eine HZV-Schnittstelle aufgenommen wird, um einen schnellen, unmittelbaren, medienbruchfreien und effektiven Informationsaustausch, ggf. eine vertiefte Abfrage, reibungslose Fallübergabe oder Rücküberweisung an die HZV-Praxis zu gewährleisten.

H. Artikel 1 – § 133c Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung

Beabsichtigte Neuregelung

§ 133c SGB V-neu zur digitalen Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung beinhaltet u. a. Regelungen zur verpflichtenden digitalen Notfalldokumentation und zur verpflichtenden Nutzung eines Versorgungskapazitätennachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung sowie zur Vernetzung der auf digitalen Anwendungen basierenden Ersthelferalarmierungssysteme.

Bewertung

In Bezug auf § 133c Abs. 1 SGB V-neu zur digitalen Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung fordern wir weiterhin, eine HZV-Schnittstelle aufzunehmen, um einen effektiven Informationsaustausch und eine reibungslose, digitale Fallübergabe an die HZV-Praxis zu gewährleisten. Nur so kann das gesetzgeberische Ziel erreicht werden, dass alle Versorgungsstrukturen, die bei (vermeintlichen) Notfällen tätig werden, Daten technisch so austauschen können, dass sie in dem jeweiligen Empfängersystem sofort nutzbar sind.

Vor diesem Hintergrund sind die Ausführungen in der Gesetzesbegründung zu § 133c Abs. 1 auch nicht nachvollziehbar und zu streichen, dass die Vorschrift keine Anwendung auf die Versorgung von Patientinnen/Patienten außerhalb der Notdienststrukturen nach § 75 Abs. 1b S. 5, zum Beispiel durch zugelassene Hausärztinnen und Hausärzte, andere zugelassene Vertragsärztinnen und -ärzte oder in zugelassenen MVZ finden soll.

I. Artikel 5 – § 43 Änderung des Arzneimittelgesetzes i. V. m. Artikel 6 – Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung

Beabsichtigte Neuregelung

§ 43 Abs. 4 S. 1 und 2 AMG-neu sieht vor, dass Ärztinnen/Ärzte einer Notdienstpraxis Arzneimittel an Patienten der Notdienstpraxis für den akuten Bedarf in einer zur Überbrückung für längstens drei Tage benötigten Menge abgeben dürfen, soweit die Abgabe außerhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten von öffentlichen Apotheken erfolgt oder im unmittelbaren Anschluss an den Tag der Behandlung in der Notdienstpraxis ein Wochenende oder ein Feiertag folgt und die Anwendung des Arzneimittels keinen Aufschub erlaubt (vgl. auch § 3 Abs. 2 Medizinprodukte-Abgabeordnung).



Bewertung

Die vorgesehene Änderung zur Abgabemöglichkeit von Medikamenten in den Notdienstpraxen der geplanten INZ (§ 43 Abs. 4 S. 1 und 2 AMG-neu) wird grundsätzlich begrüßt, muss aber bezogen auf die Abgabemöglichkeit wichtiger Medikamente (bspw. festgelegt durch eine Expertengruppe der Selbstverwaltung) im Bereitschafts- und Hausbesuchsdienst erweitert werden. Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband sieht es kritisch, dass das Abgaberecht nur für Notdienstpraxen vorgesehen werden soll und der Bereitschafts- und Hausbesuchsdienst bisher unberücksichtigt bleiben. Es ist nicht nachvollziehbar, dass Ärztinnen und Ärzte, die z. B. ihre Patientinnen und Patienten zuhause behandeln, diese Möglichkeiten nicht erhalten sollen. Es ergibt keinen Sinn, dass Ärztinnen und Ärzte gerade kranken, häufig immobilen Patientinnen und Patienten mitten in der Nacht sagen müssen, dass sie weit entfernte Notdienstapotheken aufsuchen müssen, um ihr dringend benötigtes Medikament zu erhalten. Entsprechendes muss auch bei der Abgabe apothekenpflichtiger Medizinprodukte gelten.

J. Artikel 10 – § 19a Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärztinnen/-ärzte

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung des § 19a Abs. 1 Ärzte-ZV werden die zur Durchführung offener Sprechstunden verpflichteten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte auch weiterhin verpflichtet, bei deren zeitlicher Festlegung den Bedarf der Versicherten an einer Versorgung von Akutfällen zu berücksichtigen. Hierzu sollen die offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe und des jeweiligen Planungsbereiches möglichst gleichmäßig zeitlich verteilt werden.

Bewertung

Die vorgesehenen Neuregelungen in § 19a Abs. 1 Ärzte-ZV werden weiterhin abgelehnt. Die Verpflichtung zu einer möglichst gleichmäßigen zeitlichen Verteilung offener Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe und des Planungsbereiches greift erheblich in die Freiberuflichkeit und Organisationshoheit der betroffenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ein und kann insbesondere zu Vorgaben hinsichtlich Praxisöffnungszeiten und Dienstplanung führen. Unklar bleibt weiterhin, wie eine bedarfsgerechte Koordination und Umsetzung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen praktisch erfolgen sollen. Statt starrer bundeseinheitlicher Vorgaben zur zeitlichen Verteilung von Sprechstunden sollte die Versorgung von Akutfällen durch eine Stärkung bestehender vertragsärztlicher Strukturen und flexible, an den regionalen Versorgungsbedarf angepasste Lösungen sichergestellt werden.

Ihre Ansprechpartner

Bundesvorsitzende: markus.blumenthal-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