Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

A. Problem und Ziel

Eine gut funktionierende und wirtschaftliche Notfall- und Akutversorgung ist essenzieller Bestandteil einer leistungsfähigen Gesundheitsversorgung. Für Menschen in einer akuten medizinischen Notlage ist es entscheidend, jederzeit unmittelbar Hilfe zu erhalten und hierbei auf eine qualitativ hochwertige Versorgung vertrauen zu können. Dies gilt gleichermaßen für den ambulanten wie den stationären Sektor. Deutschland verfügt grundsätzlich über ein umfassend ausgebautes System der Akut- und Notfallversorgung einschließlich eines gut etablierten Rettungswesens.

Die drei Versorgungsbereiche – vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste – sind jedoch besser zu vernetzen und aufeinander abzustimmen.

Es gibt Defizite bei der effizienten Steuerung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene, so dass Hilfesuchende zunächst selbst über den für sie richtigen Versorgungsbereich entscheiden. Erschwerend kommt hinzu, dass derzeit die Steuerung von Hilfesuchenden grundsätzlich durch zwei unterschiedliche telefonische Anlaufstellen erfolgt – einerseits über die Rufnummer 116117 der Kassenärztlichen Vereinigungen, andererseits durch die Notrufnummer 112, unter der Anrufe bei den Rettungsleitstellen entgegengenommen werden.

Dies führt oftmals zu einer Fehlsteuerung, die eine Überlastung von Akteuren insbesondere der Notaufnahmen und des Rettungsdienstes zur Folge haben kann. Diese werden häufig auch in Fällen in Anspruch genommen, die vertragsärztlich hätten versorgt werden können. Gründe für Fehlsteuerungen können insbesondere die fehlerhafte Einschätzung der Betroffenen sein, aber auch das Fehlen einer stabilen Vernetzung der Strukturen untereinander, die eine geregelte und verlässliche Übernahme von Hilfesuchenden durch andere Akteure erlaubt.

In den letzten Jahren wurde der Notdienst bereits an verschiedenen Punkten weiterentwickelt. So gibt es durch die Ansiedlung von Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern bereits erste Verbesserungen der Koordinierung von ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen. Da allerdings bisher keine gesetzliche Verpflichtung hierzu besteht, haben sich die Strukturen der Notdienstversorgung regional sehr unterschiedlich entwickelt. Auch durch die Etablierung von Terminservicestellen unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 116117 erhalten Hilfesuchende Unterstützung in Akutfällen. Darüber hinaus gibt es bereits heute einzelne Initiativen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Rettungsleitstellen, mit denen eine bessere Kooperation erreicht werden soll.

An diese Entwicklungen muss nun angeknüpft werden. Ziel ist es, für alle Hilfesuchenden eine bundesweit einheitliche und gleichwertige Notfallversorgung sicherzustellen.

Der Koalitionsvertrag für die 20. Legislaturperiode zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP sieht daher die Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für die Notfallversorgung vor.

B. Lösung

Vor diesem Hintergrund werden gesetzliche Maßnahmen ergriffen, um die Vernetzung der Versorgungsbereiche, die Steuerung der Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene sowie die wirtschaftliche Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Die bisherigen Aufgaben der Terminservicestelle im Bereich der Akutfallvermittlung nimmt zukünftig die sogenannte Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigung wahr. Deren Vernetzung mit den Rettungsleitstellen soll eine bessere Steuerung von Hilfesuchenden ermöglichen. Dabei soll die digitale Fallübergabe mit medienbruchfreier Übermittlung bereits erhobener Daten wechselseitig möglich sein. Im Ergebnis werden durch diese bedarfsgerechte Steuerung sowohl Notaufnahmen als auch Rettungsdienste entlastet. Im Übrigen werden Hilfesuchende weiterhin über die Notrufnummer 112 direkt mit einer Rettungsleitstelle verbunden.

Darüber hinaus wird die notdienstliche Akutversorgung der Kassenärztlichen Vereinigungen durch Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages ausgebaut. Zur Sicherstellung einer medizinisch notwendigen Erstversorgung von Patientinnen und Patienten mit akutem Behandlungsbedarf werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, durchgängig eine telemedizinische und eine aufsuchende Versorgung bereitzustellen. Durch die stärkere Nutzung der Möglichkeiten der Telemedizin kann die Versorgung von Patientinnen und Patienten verbessert und gleichzeitig eine Entlastung von Ärztinnen und Ärzten erreicht werden. Eine aufsuchende und telemedizinische Versorgung trägt der demografischen Entwicklung und dem Wohl immobiler Patientinnen und Patienten Rechnung. Auch Bürgerinnen und Bürger werden durch den Ausbau des telemedizinischen ärztlichen Versorgungsangebotes entlastet, da weniger Fahrten zu KV-Notdienstpraxen oder Notaufnahmen erforderlich sind. Auf der Basis von Modellprojekten wird die Anzahl der durch eine Beratungsärztin oder einen Beratungsarzt fallabschließende Auskünfte und somit nicht mehr notwendige Besuche einer Notdienststruktur auf 1,21 Millionen Fälle im Jahr geschätzt.
Berücksichtigt man für diese Fälle die Wege- und Wartezeiten, führt dies zu einer Einsparung von über 2,6 Millionen Stunden und 3,75 Millionen Euro im Jahr für hilfesuchende Bürgerinnen und Bürger.

Integrierte Notfallzentren werden als sektorenübergreifende Notfallversorgungsstrukturen etabliert. In diesen arbeiten zugelassene Krankenhäuser und die Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich so zusammen, dass immer eine bedarfsgerechte ambulante medizinische Erstversorgung bereitsteht. Die Integrierten Notfallzentren bestehen aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung im oder am Krankenhausstandort und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die jeweiligen Krankenhäuser werden verpflichtet, sich an Integrierten Notfallzentren zu beteiligen. Zusätzlich sollen zu Sprechstundenzeiten vertragsärztliche Leistungserbringer als „Kooperationspraxen“ an Integrierte Notfallzentren angebunden werden können.

Die Standorte für Integrierte Notfallzentren werden von den Selbstverwaltungspartnern nach bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben im erweiterten Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch innerhalb von sechs Monaten ab Inkrafttreten dieses Gesetzes festgelegt. Im Fall nicht fristgemäßer Einigung entscheidet das jeweilige Land über die Standortfestlegung. Integrierte Notfallzentren werden flächendeckend etabliert. Für Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche können geeignete Standorte ausgewählt werden, an denen ein besonderer Bedarf an einer integrierten Notfallversorgungseinrichtung für Kinder und Jugendliche besteht. Wo die Einrichtung von speziellen Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nicht möglich ist, wird eine telemedizinische Unterstützung von Integrierten Notfallzentren durch Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin gewährleistet.

Zudem soll die Versorgung von Patientinnen und Patienten von Notdienstpraxen mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten durch die Einführung von Versorgungsverträgen mit öffentlichen Apotheken verbessert werden.

C. Alternativen

Die Ziele können nur durch eine Gesetzesänderung erreicht werden. Andere Alternativen sind weder zielführend noch effektiv. Die Reform ist mit Blick auf die Überlastung von Notaufnahmen und Rettungsdiensten mit steigenden Fallzahlen, die mangelnde Vernetzung der Sektoren im Bereich der Notfallversorgung und angesichts des zunehmenden Mangels an Fachkräften dringend notwendig. Alternative Regelungen, wie etwa die Schaffung eines eigenen Notfallversorgungssektors, sind nicht in gleichem Maße geeignet. Hiermit würden zusätzliche Barrieren zwischen den Sektoren aufgebaut und eine effiziente Fallbearbeitung weiter erschwert. Es bestehen daher keine Alternativen zu den vorgesehenen Regelungen, welche die Ziele des Gesetzes in gleichem Maße erreichen würden.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Kommunen

Dem Bund entstehen durch das Gesetz keine Mehrausgaben. Für die Haushalte der Länder und Kommunen können allenfalls geringfügige Kosten entstehen.

Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Vereinbarungen nach § 105 Absatz 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung jährlich geschätzte maximale Mehrausgaben in Höhe von etwa 140 Millionen Euro. Davon entfallen rund 98 Millionen Euro auf den Ausbau des aufsuchenden Dienstes sowie rund 42 Millionen Euro für den Mehrbedarf bei den Akutleitstellen.

Diesen zusätzlichen Ausgaben stehen jedoch erhebliche finanzielle Entlastungen für die gesetzliche Krankenversicherung gegenüber, die sich durch eine verbesserte Steuerung und damit einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme der notdienstlichen Akutversorgung und des Rettungsdienstes ergeben.

Durch die Vernetzung der Akut- und Rettungsleitstellen wird die Abgabe von Fällen der Rettungsleitstellen an die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht. Hierdurch entsteht bei vorsichtiger Schätzung ein Einsparpotenzial von ungefähr 843 Millionen Euro pro Jahr, welches in wenigen Jahren erreicht wird.

Weitere Einsparpotenziale durch die zu erwartende Reduzierung von stationären Krankenhausaufnahmen nach Einsätzen des Rettungsdienstes und Inanspruchnahme der Notaufnahmen werden angenommen und auf 240 Millionen Euro geschätzt.

Insgesamt kann durch die Notfallreform langfristig mit jährlichen Minderausgaben von knapp einer Milliarde Euro gerechnet werden.

Finanzwirkung der Notfallreform für die gesetzliche Krankenversicherung in Millionen Euro		2025	2026	2027	2028
Mehrausgaben					
Ausbau des aufsuchenden Dienstes	98	98	98	98	98
Mehrbedarf Akutleitstelle	42	42	42	42	42
Einsparungen		30%	60%	90%	100%

Durch Abgabe vom Rettungsdienst an die Kassenärztlichen Vereinigungen	843	253	506	759	843
Durch Vermeidung von Folgekosten nach Transport	240	72	144	216	240
Saldo		**185**	**510**	**835**	**943**

Private Krankenversicherungsunternehmen

In gleicher Weise entsteht den privaten Krankenversicherungsunternehmen durch die Vereinbarungen nach § 105 Absatz 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein jährlicher Mehraufwand von 10 Millionen Euro, dem langfristig jährliche Minderausgaben von rund 100 Millionen Euro entgegen stehen.

E. Erfüllungsaufwand

Mit den Neuregelungen der Notfallreform wird eine verbesserte Kooperation der drei Leistungsbereiche des Notdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Notaufnahmen der Krankenhäuser und des Rettungsdienstes angestrebt.

Erfüllungsaufwand entsteht durch die Verhandlungen von Kooperationsvereinbarungen für die Bildung von Gesundheitsleitsystemen und Integrierten Notfallzentren sowie die Bildung von Organisationsgremien in den Integrierten Notfallzentren. Daneben wird durch die Erweiterung der Aufgaben von Gremien Erfüllungsaufwand entstehen.

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Durch die Neuregelungen entsteht kein neuer Erfüllungsaufwand für die Bürgerinnen und Bürger.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Bei den Krankenhäusern führen die Verhandlungen der Kooperationsvereinbarungen für die Integrierten Notfallzentren zu einem geschätzten einmaligen Erfüllungsaufwand von etwa 500 000 Euro. Der laufende jährliche Erfüllungsaufwand für die Organisationsgremien an den Integrierten Notfallzentren nach § 123a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beträgt rund 1 Million Euro. Der laufende Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft kann im Sinne der „One-in-one-out“-Regel der Bundesregierung kompensiert werden durch Entlastungen aus dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz.

Weitere einmalige Kosten entstehen den Krankenhausträgern durch die Ausschreibung von Verträgen nach § 12b Apothekengesetz zur Arzneimittelversorgung der Notdienstpraxen. Es wird geschätzt, dass der Anteil der Kosten einer erstmaligen Ausschreibung von Verträgen nach § 12b Apothekengesetz für die Krankenhausträger bei circa 500 000 Euro liegt.

Bei den Landeskrankenhausgesellschaften entsteht im Zusammenhang mit der Erweiterung der Landesausschüsse nach § 90 Absatz 4a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 200 000 Euro.

Dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. entsteht im Zusammenhang mit der Vereinbarung zur finanziellen Beteiligung an der Förderung des Notdienstes durch die privaten Krankenversicherungsunternehmen nach § 105 Absatz 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 10 000 Euro.

Beim Deutschen Apothekerverband e. V. entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand durch die Erweiterung der Meldewege durch die Änderung in § 20 Absatz 4 des

Apothekengesetzes, der auf rund 500 000 Euro geschätzt wird. Dieser wird aus den Einnahmen des Fonds beglichen (§ 18 Absatz 2 des Apothekengesetzes).

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Keine.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Länder und Kommunen kann ein einmaliger Aufwand von 210 000 Euro für den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen der Gesundheitsleitsysteme und ein jährlicher Aufwand von 33 000 Euro für die zusätzliche Arbeit der Vertretungen des Rettungsdienstes im erweiterten Landesgremium nach § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entstehen.

Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 853 000 Euro für den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen für die Integrierten Notfallzentren sowie die Gesundheitsleitsysteme. Der laufende jährliche Erfüllungsaufwand für die Organisationsgremien an den Integrierten Notfallzentren nach § 123a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beträgt rund 1,27 Millionen Euro. Für die zusätzlichen Aufgaben im erweiterten Landesauschuss nach § 90 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch fällt für die Kassenärztlichen Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen ein einmaliger Erfüllungsaufwand von jeweils 229 000 Euro an.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht durch die Vorlage von Kalkulationen zur Verwendung der Mittel nach § 105 Absatz 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 71 168 Euro. Darüber hinaus entsteht den Landesverbänden der Krankenkassen für die Vereinbarung zur finanziellen Beteiligung an der Förderung des Notdienstes mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. nach § 105 Absatz 1b ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 10 000 Euro.

Durch neue Berichtspflichten entsteht bei den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von 29 000 Euro.

Weitere Kosten entstehen den Kassenärztlichen Vereinigungen durch die Ausschreibung von Verträgen nach § 12b Apothekengesetz zur Arzneimittelversorgung der Notdienstpraxen. Es wird geschätzt, dass der Anteil der Kosten einer erstmaligen Ausschreibung von Verträgen nach § 12b Apothekengesetz für die Kassenärztlichen Vereinigungen bei 577 000 Euro liegt.

Dem ergänzten Bewertungsausschuss (gebildet durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft) entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 13 500 Euro für die Beratung und Beschlussfassung nach § 123 Absatz 4 Satz 1 zu einer Vergütung für die Einzelleistung der Ersteinschätzung.

Durch die Pflicht zur Evaluation der Auswirkungen dieses Beschlusses unter anderem hinsichtlich der Entwicklung der Leistungen der Notaufnahmen und Notdienst- und der Kooperationspraxen entsteht dem ergänzten Bewertungsausschuss zudem ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 17 000 Euro.

Für die Beratung und Beschlussfassung nach § 123 Absatz 4 Satz 3 zu den notwendigen Kennzeichnungen zur Identifikation von Notaufnahmen, Notdienst- und Kooperationspraxen entstehen dem Bewertungsausschuss (gebildet durch den Spitzenverband Bund der

Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung) ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 7 500 Euro und dem ergänzten Bewertungsausschuss ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 10 000 Euro.

F. Weitere Kosten

Keine.

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Mai 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 173) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

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

2. § 75 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

      aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

      „Hierzu informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) und richten Terminservicestellen ein, die jeweils von Montag bis Samstag unter einer bundesweit einheitlichen Rufnummer und 24 Stunden täglich durch digitale Angebote erreichbar sein müssen; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden.“

      bb) Satz 3 wird wie folgt geändert:

         aaa) Der Nummer 2 wird das Wort „und“ angefügt.

         bbb) In Nummer 3 wird das Wort „und“ am Ende durch einen Punkt ersetzt.

         ccc) Nummer 4 wird aufgehoben.

      cc) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

      „Für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Facharzt muss eine Überweisung vorliegen; vorbehaltlich der Regelungen nach Satz 11 Nummer 2 gilt dies nicht

      1. im Fall von Behandlungsterminen bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt und

2. in Fällen, in denen bei einer zuvor erfolgten Inanspruchnahme eines Integrierten Notfallzentrums oder eines Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche die Notwendigkeit einer weiteren Behandlung festgestellt wurde."

dd) Satz 11 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 5 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

bbb) Folgende Nummer 6 wird angefügt:

„6. zur Gewährleistung der einheitlichen telefonischen Erreichbarkeit der Terminservicestellen."

ee) In Satz 17 werden nach dem Wort „Vereinigungen", die Wörter „haben die in Satz 16 genannte Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement und für ein elektronisch gestütztes Dispositionsmanagement bei der Terminvermittlung zu nutzen und" eingefügt.

ff) Die Sätze 18 und 19 werden aufgehoben.

gg) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben Integrierten Notfallzentren und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche die Vermittlung von Behandlungsterminen bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern in den in Satz 4 Nummer 2 genannten Fällen zu ermöglichen."

b) Absatz 1b wird durch die folgenden Absätze 1b bis 1f ersetzt:

„(1b) Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die 24 Stunden täglich verfügbare vertragsärztliche Versorgung in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Wird diese Versorgung im Notdienst erbracht (notdienstliche Akutversorgung), umfasst der Sicherstellungsauftrag nur die Versorgung im Umfang der jeweils kurzfristig erforderlichen Maßnahmen. Im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung kann auch die Feststellung und Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit sowie die Verordnung von Arzneimitteln erfolgen. Nicht vom Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst ist die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch folgende Maßnahmen (Notdienst) sicher:

1. die Beteiligung an Integrierten Notfallzentren und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche,

2. ein telefonisches und videounterstütztes, 24 Stunden täglich verfügbares ärztliches Versorgungsangebot, auch durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, und

3. einen 24 Stunden täglich verfügbaren aufsuchenden Dienst.

Zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen Durchführung der in Satz 5 Nummer 2 und 3 genannten Maßnahmen sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen untereinander sowie mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kooperieren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Durchführung der in Satz 5 Nummer 3

genannten Maßnahme qualifiziertes nichtärztliches Personal, das nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung handelt, einsetzen. Sie können zur Durchführung der in Satz 5 Nummer 3 genannten Maßnahme Kooperationen mit dem Rettungsdienst eingehen, soweit Landesrecht dies zulässt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können Integrierte Notfallzentren auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin durch telemedizinische oder telefonische Konsilien unterstützen. Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende zugelassene Krankenhäuser und Ärzte, die aufgrund einer Kooperationsvereinbarung 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 durch Landesrecht bestimmt ist, dass auch diese Versorgung vom Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen umfasst ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Landesapothekerkammern Informationen über die Organisation des Notdienstes austauschen, um die Versorgung der Versicherten zu verbessern.

(1c) Zur Vermittlung von Behandlungsterminen in Akutfällen und zur Wahrnehmung ihrer in Absatz 1b genannten Aufgaben betreibt jede Kassenärztliche Vereinigung eine Akutleitstelle, die 24 Stunden täglich unter der in Absatz 1a Satz 2 genannten bundesweit einheitlichen Rufnummer und über digitale Angebote erreichbar ist. Ab dem … [einsetzen: Datum des ersten Tages des neunten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] muss die Akutleitstelle unter der in Absatz 1a Satz 2 genannten bundesweit einheitlichen Rufnummer innerhalb von drei Minuten für 75 Prozent der Anrufenden und innerhalb von zehn Minuten für 95 Prozent der Anrufenden erreichbar sein. Die Akutleitstelle hat Versicherten in Akutfällen auf der Grundlage des in Absatz 7 Satz 1 Nummer 6 genannten bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung auf der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln; in geeigneten Fällen auch in Form einer telefonischen oder videounterstützten ärztlichen Konsultation. Die Vermittlung soll vorrangig in die Sprechstunden der Praxen zugelassener Ärzte und zugelassener medizinischer Versorgungszentren erfolgen. Für die Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem Facharzt bedarf es im Akutfall keiner Überweisung.

(1d) Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind befugt, personenbezogene Daten der Anrufenden zur Erfüllung ihrer in den Absätzen 1a, 1b und 1e genannten Aufgaben zu verarbeiten. Sie sind befugt, personenbezogene Daten der Anrufenden einschließlich Sprachaufzeichnungen zur Erfüllung ihrer in Absatz 1c genannten Aufgaben zu verarbeiten und für die Dauer von zehn Jahren zu speichern.

(1e) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung evaluiert die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Arztterminen, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme und auf die Vermittlungsquote. Über die Ergebnisse hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. Juni 2025 zu berichten.

(1f) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen stellen den vertragszahnärztlichen Notdienst außerhalb der Sprechstundenzeiten sicher und informieren die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragszahnärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit). Die Absätze 1a bis 1e sind auf die vertragszahnärztliche Versorgung nicht anzuwenden."

c) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 4 wird das Wort „Telefonnummer“ durch das Wort „Rufnummer“ ersetzt.

bb) In Nummer 5 und 6 werden die Wörter „Absatz 1a Satz 3 Nummer 3“ jeweils durch die Wörter „Absatz 1c Satz 3“ ersetzt.

3. § 76 Absatz 1a wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „die Terminservicestelle Versicherte in den Fällen des § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 in eine Notfallambulanz“ durch die Wörter „die Akutleitstelle Versicherte in den in § 75 Absatz 1c Satz 3 genannten Fällen in eine Notaufnahme“ ersetzt.

b) In Satz 2 werden nach den Wörtern „Die Inanspruchnahme umfasst“ die Wörter „in den in Satz 1 erster Halbsatz genannten Fällen“ eingefügt.

4. In § 87 Absatz 2b Satz 3 Nummer 1 und Absatz 2c Satz 3 Nummer 1 werden die Wörter „§ 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4“ jeweils durch die Wörter „§ 75 Absatz 1c Satz 3“ ersetzt und wird das Wort „Terminservicestelle“ jeweils durch das Wort „Akutleitstelle“ ersetzt.

5. In § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 3 werden die Wörter „§ 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 und 4“ durch die Wörter „§ 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 oder durch die Akutleitstelle nach § 75 Absatz 1c Satz 3“ ersetzt.

6. § 90 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „nach § 116b Absatz 3“ gestrichen.

b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen wird für die Wahrnehmung der Aufgaben nach § 116b Absatz 2, § 123 Absatz 6 Satz 2, § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 um Vertreter der Krankenhäuser in der gleichen Zahl erweitert, wie sie nach Absatz 2 Satz 1 und 4 jeweils für die Vertreter der Ärzte vorgesehen ist (erweiterter Landesausschuss). Die Vertreter der Krankenhäuser werden von der Landeskrankenhausgesellschaft bestellt. Über den Vorsitzenden des erweiterten Landesausschusses und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausgesellschaft einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch die zuständige oberste Landesbehörde im Benehmen mit den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie der Landeskrankenhausgesellschaft berufen. Die dem erweiterten Landesausschuss durch die Wahrnehmung der Aufgaben nach § 116b Absatz 2, § 123 Absatz 6 Satz 2, § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 entstehenden Kosten werden zur Hälfte von den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie zu je einem Viertel von den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankenhausgesellschaft getragen. Der erweiterte Landesausschuss beschließt mit einfacher Mehrheit; bei der Gewichtung der Stimmen zählen die Stimmen der Vertreter der Krankenkassen doppelt. Bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 sind Vertreter des Rettungsdienstes anzuhören; diese Vertreter des Rettungsdienstes sind von der zuständigen obersten Landesbehörde zu benennen. Kommt eine Festlegung nach § 123a Absatz 1 oder § 123b Absatz 1 ganz oder teilweise nicht fristgemäß zustande, setzt die zuständige oberste Landesbehörde unverzüglich eine Frist zum Nachholen der Festlegung, die sechs Wochen nicht

überschreiten darf. Kommt die Festlegung ganz oder teilweise auch innerhalb dieser Frist nicht zustande, erfolgt die Festlegung durch die zuständige oberste Landesbehörde innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der zuletzt genannten Frist. Der erweiterte Landesausschuss stellt der zuständigen obersten Landesbehörde die hierfür erforderlichen Informationen, Unterlagen und Stellungnahmen unverzüglich zur Verfügung. Der erweiterte Landesausschuss hat die Festlegungen nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 in regelmäßigen Abständen zu überprüfen."

7. In § 90a Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „und der Landeskrankenhausgesellschaft" durch ein Komma und die Wörter „der Landeskrankenhausgesellschaft und der Rettungsdienste" ersetzt.

8. § 105 Absatz 1b wird wie folgt gefasst:

„(1b) Die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren auf Grundlage der in Satz 6 genannten Kalkulation einen jährlich von den Kassenärztlichen Vereinigungen zum einen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zum anderen in jeweils gleicher Höhe über die nach Absatz 1a bereitzustellenden Mittel hinaus bereitzustellenden Betrag zur Finanzierung der in Satz 5 genannten Förderungen. Über die Höhe des in Satz 1 genannten Betrags ist mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. Einvernehmen herzustellen. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an dem von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Satz 1 bereitzustellenden Betrag. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. mit Wirkung für die privaten Krankenversicherungsunternehmen vereinbaren das Nähere zur Bereitstellung des Betrages der in Satz 3 genannten Beteiligung. Der in Satz 1 genannte Betrag ist für folgende Zwecke zu verwenden:

1. Förderung der in § 75 Absatz 1b Satz 5 Nummer 2 und 3, § 75 Absatz 1c und § 133a genannten Maßnahmen,

2. Förderung der Integrierten Notfallzentren und der Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen legen spätestens vier Wochen vor Beginn der Verhandlungen über die in Satz 1 genannte Vereinbarung zur Gewährleistung der zweckgerechten Verwendung des in Satz 1 genannten Betrags den anderen in Satz 1 genannten Vertragsparteien sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. eine detaillierte Kalkulation der Kosten vor, die bei der Umsetzung der in Satz 5 genannten Zwecke entstehen. Im Zusammenhang mit dem Notdienst nach der regionalen Euro-Gebührenordnung oder nach einem Gesamtvertrag abrechenbare Leistungen und Kosten, von der Kassenärztlichen Vereinigung nicht verbrauchte Mittel des Honorarvolumens nach § 87b Absatz 1 Satz 3 sowie sonstige vereinnahmte Entgelte sind von den in Satz 1 genannten Vertragsparteien bei der Vereinbarung des in Satz 1 genannten Betrags in voller Höhe mindernd zu berücksichtigen. Die Höhe des jeweils zuletzt nach Satz 1 vereinbarten Betrags ist jährlich von den in Satz 1 genannten Vertragsparteien zu überprüfen und entsprechend der Entwicklung der in Satz 6 genannten Kosten anzupassen; Satz 2 gilt entsprechend. § 89 Absatz 3 ist auf die in Satz 1 genannte Vereinbarung entsprechend anzuwenden, sofern ein entsprechender Antrag beim zuständigen Schiedsamt gestellt wird. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht jährlich, erstmals bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], barrierefrei im Internet einen Bericht über die Anzahl und den jeweiligen Inhalt der in Satz 1 genannten Vereinbarungen, einschließlich der Höhe der jeweils vereinbarten Beträge."

9. § 116b wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „nach Maßgabe des Absatzes 3 Satz 1 erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1“ durch die Wörter „erweiterten Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a“ ersetzt.

   b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

   „(3) Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann für die Beschlussfassung über Entscheidungen im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach Absatz 2 in seiner Geschäftsordnung abweichend von § 90 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 4a Satz 1 die Besetzung mit einer kleineren Zahl von Mitgliedern festlegen; die Anhörungsrechte nach § 90 Absatz 4a Satz 7 und die Mitberatungsrechte nach § 140f Absatz 3 bleiben unberührt. Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a ist befugt, geeignete Dritte ganz oder teilweise mit der Durchführung von Aufgaben nach Absatz 2 zu beauftragen und kann hierfür nähere Vorgaben beschließen.“

10. § 120 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 75 Absatz 1b Satz 2“ durch die Wörter „§ 75 Absatz 1b Satz 10“ ersetzt.

   b) Absatz 3b wird aufgehoben.

11. § 123 wird durch die folgenden §§ 123 bis 123b ersetzt:

„§ 123

Integrierte Notfallzentren

(1) Integrierte Notfallzentren bestehen aus der Notaufnahme eines zugelassenen Krankenhauses, einer Praxis der Kassenärztlichen Vereinigung zur notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Absatz 1b (Notdienstpraxis) in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des betreffenden Krankenhausstandortes und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle, die auf der Grundlage einer in § 123a Absatz 2 genannten Kooperationsvereinbarung zusammenarbeiten. Wird ein Standort eines zugelassenen Krankenhauses nach § 123a Absatz 1 Satz 1 als Standort eines Integrierten Notfallzentrums festgelegt, sind dieses Krankenhaus und die zuständige Kassenärztlichen Vereinigung zur Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums verpflichtet. Hierfür ist eine Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 abzuschließen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen binden die Notaufnahme des jeweiligen Krankenhauses unmittelbar in den Notdienst gemäß § 75 Absatz 1b Satz 10 ein. Die fachliche Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle und ihre fachliche Leitung obliegen dem Krankenhaus, wenn in der nach Satz 3 abzuschließenden Kooperationsvereinbarung nichts Abweichendes geregelt ist. Außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis sollen die Vertragspartner des Integrierten Notfallzentrums geeignete, im Umkreis des jeweiligen Krankenhausstandortes gelegene Vertragsärzte und medizinische Versorgungszentren (Kooperationspraxen) in die Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 einbeziehen. Die jeweilige Kooperationspraxis muss organisatorisch und technisch so mit dem Integrierten Notfallzentrum vernetzt sein, dass eine zeitlich nahtlose, rückverfolgbare und digitale Fallübergabe zwischen dem Integrierten Notfallzentrum und der Kooperationspraxis möglich ist.

(2) Für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, trifft die zentrale Ersteinschätzungsstelle eine Entscheidung über die Behandlungsdringlichkeit und über die geeignete Versorgungsebene innerhalb des Integrierten Notfallzentrums unter Berücksichtigung einer in Absatz 1 Satz 6 genannten Kooperation. Diese Ersteinschätzung kann als eine in § 28 Absatz 1 Satz 2 genannte Hilfeleistung erbracht werden. Ab dem nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 bestimmten Zeitpunkt erfolgt die Ersteinschätzung nach Satz 1 auf der Grundlage eines standardisierten digitalen Ersteinschätzungsinstruments. Innerhalb des Integrierten Notfallzentrums erfolgt eine digitale Fallübergabe in einem interoperablen Datenformat. Die Kooperationspartner des Integrierten Notfallzentrums einschließlich der Kooperationspraxen sind befugt, die für eine bedarfsgerechte Steuerung der Hilfesuchenden erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten und sich wechselseitig zu übermitteln. Wenn nach einer notdienstlichen Akutversorgung im Integrierten Notfallzentrum eine ambulante Weiterbehandlung erforderlich ist, bietet dieses den Patienten die Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer an. Hilfesuchende, die nachweisen, dass sie das Integrierte Notfallzentrum aufgrund einer telefonischen Vermittlung durch die Akutleitstelle aufsuchen, sind dort bei gleicher Behandlungsdringlichkeit grundsätzlich vorrangig zu behandeln. Das Nähere zum Nachweis der Vermittlung durch die Akutleitstelle ist im Bundesmantelvertrag zu vereinbaren.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in einer Richtlinie

1. Vorgaben für das in Absatz 2 Satz 3 genannte standardisierte digitale Ersteinschätzungsinstrument,

2. Vorgaben zum Nachweis der Einhaltung der nach Nummer 1 geregelten Vorgaben durch das in Absatz 2 Satz 3 genannte digitale Ersteinschätzungsinstrument,

3. Vorgaben zur Form und zum Inhalt des in Satz 3 genannten Nachweises,

4. den Zeitpunkt, ab dem das in Absatz 2 Satz 3 genannte standardisierte digitale Ersteinschätzungsinstrument von den zentralen Ersteinschätzungsstellen zu verwenden ist,

5. Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen in Integrierten Notfallzentren,

6. Vorgaben zum Nachweis und zur Kontrolle der Einhaltung der nach Nummer 5 geregelten Mindestanforderungen und

7. das Nähere zur Erfüllung der in Satz 6 genannten Prüfungs- und Berichtspflichten, einschließlich der Übermittlung der hierzu erforderlichen Informationen von den an der Notfallversorgung beteiligten Stellen an den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Die „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), der zuletzt am 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist, sind beim Erlass der Richtlinie nach Satz 1 zu berücksichtigen. Die in Absatz 4 Satz 1 genannte Vergütung der Ersteinschätzung setzt ab dem nach Satz 1 Nummer 4 bestimmten Zeitpunkt voraus, dass bei der Abrechnung ein Nachweis der Verwendung des in Absatz 2 Satz 3 genannten standardisierten digitalen Ersteinschätzungsinstruments durch die jeweilige zentrale Ersteinschätzungsstelle erbracht wird. § 92 Absatz 7e gilt für die

Richtlinie nach Satz 1 entsprechend. Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie nach Satz 1 ist den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Auswirkungen der Richtlinie nach Satz 1 auf die Entwicklung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen und der Notdienstpraxen sowie auf die Patientenversorgung und die Erforderlichkeit einer Anpassung der Richtlinie bis zum 31. Dezember 2026 zu prüfen und dem Bundesministerium für Gesundheit über das Ergebnis dieser Prüfung zu berichten.

(4) Mit Wirkung zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des übernächsten auf den Tag des Inkrafttretens nach Artikel 9 Absatz 1 folgenden Kalenderquartals] beschließt der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen die für die Vergütung der Ersteinschätzung nach Absatz 2 Satz 1 als unabhängig von der Weiterbehandlung zu vergütende Einzelleistung notwendigen Anpassungen. Er hat die Auswirkungen des in Satz 1 genannten Beschlusses auf die Entwicklung der Leistungen der Notaufnahmen, der Notdienst- und der Kooperationspraxen, auf die Versorgung und auf die Vergütung zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2027 zu berichten. Der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 3 und der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a beschließen die hierfür notwendigen Fallkennzeichnungen zur Identifikation von Notaufnahmen, Notdienstpraxen und Kooperationspraxen.

(5) Zur Sicherstellung der Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten hat die zuständige Kassenärztliche Vereinigung gemeinsam mit dem Träger des Krankenhauses, mit dessen Notaufnahme die Notdienstpraxis ein Integriertes Notfallzentrum bildet, einen in § 12b Absatz 1 Satz 1 des Apothekengesetzes genannten Vertrag mit dem Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke zu schließen. Solange kein in § 12b Absatz 1 Satz 1 des Apothekengesetzes genannter Vertrag besteht, ist in der Notdienstpraxis die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln durch Abgabe von Arzneimitteln für den akuten Bedarf gemäß § 43 Absatz 4 des Arzneimittelgesetzes sicherzustellen.

(6) Integrierte Notfallzentren haben bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen eine Unterstützung durch telemedizinische oder telefonische Konsilien von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin zu gewährleisten, wenn an ihrem Standort kein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche vorhanden ist. Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann Empfehlungen für die landesweite Konzeption und Koordinierung der in Satz 1 genannten Unterstützung aussprechen. Integrierte Notfallzentren haben in dem in Satz 1 genannten Fall die erforderliche technische Ausstattung für eine telemedizinische Anbindung vorzuhalten und die Vorgaben der Vereinbarung nach § 367 Absatz 1 einzuhalten.

(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen berichten den für die Sozialversicherung und den für die Krankenhausplanung zuständigen obersten Landesbehörden jährlich, erstmals zum …[einsetzen: Datum des letzten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], über die Versorgung in den Integrierten Notfallzentren im Hinblick auf Abweichungen von den in § 123a Absatz 2 Satz 5 genannten Öffnungszeiten der Notdienstpraxis, auf die Anzahl der einbezogenen Kooperationspraxen und der eingerichteten Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche, auf die Anteile der Inanspruchnahme des Integrierten Notfallzentrums mit und ohne vorherigen Kontakt zur Akutleitstelle und auf die Zahl der abgeschlossenen in § 12b Absatz 1 Satz 1 des Apothekengesetzes genannten Verträge. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals

zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des siebenundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], über die in Satz 1 genannten Sachverhalte.

§ 123a

Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

(1) Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a legt erstmals bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser fest, an denen Integrierte Notfallzentren eingerichtet werden, unter vorrangiger Berücksichtigung der Bundeswehrkrankenhäuser. Zur flächendeckenden Versorgung durch Integrierte Notfallzentren legt er zunächst geeignete Planungsregionen fest. Ein Krankenhausstandort kann als Standort für die Einrichtung eines Integriertes Notfallzentrums festgelegt werden, wenn

1. dieser Krankenhausstandort die Voraussetzungen der Notfallstufe Basisnotfallversorgung gemäß der „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), der zuletzt am 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist, erfüllt und

2. keine berechtigten Interessen des Krankenhauses entgegenstehen, die das Interesse an einer flächendeckenden Versorgung mit Integrierten Notfallzentren überwiegen.

Bei der in Satz 1 genannten Festlegung sollen insbesondere folgende Kriterien berücksichtigt werden:

1. die Erreichbarkeit des Standorts mit einem Kraftfahrzeug innerhalb einer Fahrzeit von 30 Minuten für mindestens 95 Prozent der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion,

2. die Zahl der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion,

3. die Erreichbarkeit des Standorts mit dem öffentlichen Personennahverkehr,

4. das Bestehen einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des Krankenhausstandortes und

5. die Möglichkeiten einer Kooperation mit Vertragsärzten oder medizinischen Versorgungszentren im Umkreis des Standorts.

Wenn in einer Planungsregion mehrere Krankenhausstandorte für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums gleich geeignet sind, sollen vorrangig Krankenhausstandorte als Standort für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums festgelegt werden,

1. die die Voraussetzungen einer höheren Notfallstufe gemäß den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ in der Fassung vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), der zuletzt am 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist, erfüllen oder eine nach anderen Kriterien, insbesondere Fallzahlen, leistungsfähigere Notaufnahme aufweisen,

2. die notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen vorhalten und

3. in denen Notdienstpraxen unmittelbar in der Notaufnahme eingerichtet werden können.

Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann eine in Satz 1 genannte Festlegung abweichend von den Sätzen 3 bis 5 treffen, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist. Die in Satz 1 genannte Festlegung erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben. Widerspruch und Klage gegen den in Satz 7 genannten Bescheid haben keine aufschiebende Wirkung.

(2) Zur Organisation des Integrierten Notfallzentrums schließen die Kassenärztliche Vereinigung und der Krankenhausträger innerhalb von sechs Monaten, nachdem der betreffende Krankenhausstandort als Standort eines Integrierten Notfallzentrums festgelegt worden ist, eine Kooperationsvereinbarung. Sie richten ein gemeinsames Organisationsgremium zur operativen Umsetzung ihrer Zusammenarbeit und eines gemeinsamen Qualitätsmanagements ein. Die in Satz 1 genannten Vertragsparteien sind befugt, die für das gemeinsame Qualitätsmanagement erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten. In der in Satz 1 genannten Kooperationsvereinbarung ist insbesondere das Nähere zu vereinbaren

1. zu dem in Satz 2 genannten gemeinsamen Organisationsgremium,

2. zur Vernetzung und interoperablen, digitalen Fallübergabe innerhalb des Integrierten Notfallzentrums sowie zwischen dem Integrierten Notfallzentrum und einer Kooperationspraxis,

3. zur Durchführung der Ersteinschätzung bis zu dem nach § 123 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 bestimmten Zeitpunkt,

4. zur Organisation und zur personellen Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle einschließlich der notwendigen Qualifikationen, erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals,

5. zur Anmietung oder Bereitstellung von Räumlichkeiten, Einrichtung und Verbrauchsmaterial der Notdienstpraxis,

6. zur Ausgestaltung der Ausschreibung des gemäß § 123 Absatz 5 Satz 1 abzuschließenden, in § 12b Absatz 1 Satz 1 des Apothekengesetzes genannten Vertrags einschließlich der Möglichkeit der Anmietung oder Bereitstellung von Räumlichkeiten durch oder für Apotheken,

7. zur Nutzung der technischen und diagnostischen Einrichtungen des Krankenhauses durch die Notdienstpraxis einschließlich der hierfür zu entrichtenden Entgelte,

8. zu den Voraussetzungen für die Weiterleitung von Hilfesuchenden in eine Kooperationspraxis,

9. zu Regelungen für den Fall wiederholter und schwerwiegender Verstöße gegen die Kooperationsvereinbarung oder für den Fall, dass eine Kooperationspraxis zu den in den Sätzen 5 und 6 genannten Zeiten nicht geöffnet ist.

Die Notdienstpraxis ist mindestens an Wochenenden und Feiertagen von 9 bis 21 Uhr, Mittwoch und Freitag von 14 bis 21 Uhr und Montag, Dienstag und Donnerstag von 18 bis 21 Uhr zu öffnen. Kürzere Öffnungszeiten können in der in Satz 1 genannten Kooperationsvereinbarung festgelegt werden, soweit die Kassenärztliche Vereinigung

gegenüber dem Krankenhaus nachweist, dass der Betrieb der Notdienstpraxis zu den in Satz 5 genannten Öffnungszeiten aufgrund der tatsächlichen Inanspruchnahme der Notdienstpraxis nicht bedarfsgerecht wäre. Besteht zur Sicherstellung der Versorgung von Patientinnen und Patienten der Notdienstpraxis ein in § 12b Absatz 1 Satz 1 des Apothekengesetzes genannter Vertrag, sind Änderungen der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis im Einvernehmen mit dem Inhaber der Apotheke, mit dem der in § 12b Absatz 1 Satz 1 des Apothekengesetzes genannte Vertrag besteht, vorzunehmen. Die in § 115 Absatz 1 und Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 genannten Verträge können Regelungen zu den in Satz 4 genannten Inhalten enthalten; diese sind für die Vertragsparteien der in Satz 1 genannten Kooperationsvereinbarung unmittelbar verbindlich. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt eine Spezifikation einer interoperablen Schnittstelle zu der in Satz 4 Nummer 2 genannten digitalen Fallübergabe im Einvernehmen mit dem Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen. Die verbindliche Festlegung der Spezifikationen nach Satz 9 für das Gesundheitswesen erfolgt gemäß § 385 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 durch das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Rechtsverordnung nach § 385 Absatz 1 Satz 1.

(3) Kommt eine in Absatz 2 Satz 1 genannte Kooperationsvereinbarung nicht rechtzeitig zustande, wird ihr Inhalt durch eine von den jeweiligen in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten ab deren Bestimmung festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf die Bestimmung einer Schiedsperson, wird diese innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen von der zuständigen obersten Landesbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die jeweiligen in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien zu gleichen Teilen. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen eine der beiden Vertragsparteien und nicht gegen die Schiedsperson.

§ 123b

Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche

(1) Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann Standorte zugelassener Krankenhäuser festlegen, an denen Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche eingerichtet werden. Er hat erstmals bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] über die in Satz 1 genannte Festlegung zu entscheiden. Ein Krankenhausstandort kann als Standort für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche festgelegt werden, wenn

1. dieser Krankenhausstandort die in § 25 der „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), die zuletzt am 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden sind, genannten Kriterien erfüllt und

2. keine berechtigten Interessen des Krankenhauses oder der Kassenärztlichen Vereinigung entgegenstehen, die das Interesse an einer flächendeckenden Versorgung mit Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche überwiegen.

(2) § 123 Absatz 1 bis 5 und 7 sowie § 123a Absatz 1 Satz 7 bis 9 sowie Absatz 2 und 3 gelten für Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche entsprechend.“

12. Nach § 133 wird folgender § 133a eingefügt:

„§ 133a

Gesundheitsleitsystem

(1) Auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle ist die örtlich zuständige Kassenärztliche Vereinigung als Träger der Akutleitstelle verpflichtet, mit diesem eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems zu schließen, wenn die Rettungsleitstelle über eine digitale standardisierte Notrufabfrage verfügt. In einem Gesundheitsleitsystem arbeiten die Leitstellen durch die Einrichtung und den Betrieb einer digitalen Vernetzung nach Maßgabe der Absätze 2 und 3 zusammen. Die in Satz 1 genannten Vertragsparteien können weitere Formen der Zusammenarbeit einschließlich einer gemeinsamen Trägerschaft der Leitstellen vereinbaren. Die weiteren Aufgaben der Leitstellen der in Satz 1 genannten Vertragsparteien bleiben unberührt.

(2) In der in Absatz 1 Satz 1 genannten Kooperationsvereinbarung ist das Nähere über die Zusammenarbeit zu vereinbaren. Dabei ist insbesondere zu vereinbaren,

1. wie die Verfahren der Notrufabfrage der Rettungsleitstelle und das in § 75 Absatz 7 Satz 1 Nummer 6 genannte bundesweit einheitliche, standardisierte Ersteinschätzungsverfahren der Kassenärztlichen Vereinigungen (Abfragesysteme) so aufeinander abgestimmt werden, dass es zu übereinstimmenden Bewertungen des Gesundheitszustandes eines Hilfesuchenden kommt,

2. die für die möglichen Ergebnisse der Abfragesysteme jeweils aufgrund der infrage kommenden Versorgungsstrukturen für ein Hilfeersuchen zuständige Leitstelle einer in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartei und

3. eine Verpflichtung der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien zur unmittelbaren Übernahme und unverzüglichen Bearbeitung von Fällen, die aufgrund eines Ergebnisses des jeweiligen Abfragesystems und der in Nummer 2 genannten Zuständigkeit von der Leitstelle der jeweils anderen in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartei übergeben werden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen wirken darauf hin, dass die in Satz 2 Nummer 1 genannten Vereinbarungen für alle Gesundheitsleitsysteme einheitlich ausgestaltet werden. Die im Rahmen eines Hilfeersuchens durch die Leitstelle einer Vertragspartei aufgenommenen Daten sind ohne Medienbruch an die Leitstelle der jeweils anderen Vertragspartei zu übertragen. Für die Einrichtung und den Betrieb der in Absatz 1 Satz 2 genannten Vernetzung ist, sobald die hierfür erforderlichen Dienste und Komponenten flächendeckend zur Verfügung stehen, die Telematikinfrastruktur zu nutzen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt eine technische und inhaltliche Schnittstelle zur digitalen Fallübergabe zwischen den Leitstellen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien zur Verfügung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt die Spezifikation nach Satz 6 im Einvernehmen mit dem Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen. Die in Satz 7 genannte Spezifikation für das Gesundheitswesen ist durch die Rechtsverordnung nach § 385 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 385 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 verbindlich festzulegen.

(3) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien vereinbaren in der in Absatz 1 Satz 1 genannten Kooperationsvereinbarung ein gemeinsames Qualitätsmanagement für die ständige Evaluation der Abstimmung der Abfragesysteme nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 sowie der Zuordnung von Hilfeersuchen zur jeweils zuständigen Leitstelle nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 2. Für dieses Qualitätsmanagement haben die jeweiligen Leitstellen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien die einzelnen Prozessabläufe der Abfragen durch ihr jeweiliges Abfragesystem nachverfolgbar zu dokumentieren, mit den entsprechenden Daten der aufsuchenden Leistungserbringer, an die die Hilfesuchenden jeweils vermittelt wurden,

zusammenzuführen und auszuwerten. Die in Satz 2 genannten aufsuchenden Leistungserbringer übermitteln der Leitstelle, die die jeweiligen Hilfesuchenden an diese Leistungserbringer vermittelt hat, die für die in Satz 2 genannte Zusammenführung und Auswertung erforderlichen personenbezogenen Daten. Die Leitstellen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien sind befugt, die zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach den Sätzen 1 bis 3 erforderlichen personenbezogene Daten zu verarbeiten und sie untereinander auszutauschen. Dies gilt auch für aufgrund einer Einwilligung oder auf der Grundlage von landesrechtlichen Befugnisnormen aufgezeichnete Anrufe, soweit dies von der betreffenden Einwilligung oder dem Zweck der betreffenden landesrechtlichen Befugnisnorm umfasst ist.

(4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet zum 1. … [einsetzen: Angabe des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eines jeden Kalenderjahres, erstmals zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] dem Bundesministerium für Gesundheit über die Anzahl, den jeweiligen Stand und die wesentlichen Inhalte der in Absatz 1 Satz 1 genannten Kooperationsvereinbarungen sowie die Ergebnisse der Auswertungen des in Absatz 3 Satz 1 genannten gemeinsamen Qualitätsmanagements. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts und zu den dafür erforderlichen Auswertungen bestimmen."

13. In § 140f Absatz 2 Satz 5 wird die Angabe „§ 116b Abs. 4" durch die Wörter „§ 116b Absatz 4, § 123 Absatz 3" ersetzt.

14. In § 291b Absatz 5 Satz 3 werden die Wörter „§ 75 Absatz 1b Satz 3" durch die Wörter „§ 75 Absatz 1b Satz 10" ersetzt.

15. In § 377 Absatz 5 wird das Wort „Notfallambulanzen" durch das Wort „Notaufnahmen" ersetzt.

Artikel 2

Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 75 Absatz 1e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 1 geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„(1e) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung evaluiert die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen und der Akutleitstellen insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Arztterminen, auf die Weiterleitung in offene Sprechstunden, auf die Vermittlungsquote von telefonischen oder videounterstützten ärztlichen Beratungen oder von Leistungen des aufsuchenden Dienstes, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme, insbesondere die Gesamtanzahl der Anrufe, die Anzahl der angenommenen Anrufe, die durchschnittliche Wartezeit bis zur Annahme eines Anrufs und die Anzahl der abgebrochenen Anrufe und auf die Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum 30. Juni 2026, über die Ergebnisse der in Satz 1 genannten Evaluation. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2025 ein Konzept für die in Satz 1 genannte Evaluation vorzulegen."

Artikel 3

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

In § 12a Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 8a des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) geändert worden ist, werden die Wörter „integrierter Notfallstrukturen“ durch die Wörter „Integrierter Notfallzentren nach § 123 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Integrierter Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 4

Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

In § 11 Absatz 1 Nummer 5 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung vom 17. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2350), die zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) geändert worden ist, werden die Wörter „integrierter Notfallstrukturen“ durch die Wörter „Integrierter Notfallzentren nach § 123 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Integrierter Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 5

Änderung des Apothekengesetzes

Das Apothekengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 12a wird folgender § 12b eingefügt:

„§ 12b

(1) Der Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke kann zur Versorgung von Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten einen Vertrag mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und dem Träger des Krankenhauses, mit dessen Notaufnahme die Notdienstpraxis ein Integriertes Notfallzentrum bildet, schließen. Die Versorgung kann durch die öffentliche Apotheke erfolgen, wenn diese in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis liegt. Liegt die öffentliche Apotheke nicht in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis, kann die Versorgung durch den Betrieb einer zweiten Offizin dieser Apotheke mit Lagerräumen an dem Standort, an dem die Notdienstpraxis betrieben wird, erfolgen, wenn die Räume der zweiten Offizin in angemessener Nähe zu dieser Apotheke liegen.

(2) In einem in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertrag ist insbesondere zu vereinbaren, dass

1. eine ordnungsgemäße Versorgung der Patienten der Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sichergestellt wird,

2. die Patienten und die Angestellten der Notdienstpraxis zu Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten informiert und beraten werden,

3. die Apotheke oder die zweite Offizin der Apotheke während der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis geöffnet ist,

4. eine ordnungsgemäße Lagerung von Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten auch gewährleistet ist, soweit diese in Räumen an dem Standort, an dem die Notdienstpraxis betrieben wird, erfolgt, und der Zugang zu diesen Räumen dem Personal der Apotheke vorbehalten bleibt und

5. die freie Apothekenwahl der Patienten nicht eingeschränkt wird.

(3) Ein in Absatz 1 Satz 1 genannter Vertrag ist der zuständigen Behörde mindestens drei Wochen vor Aufnahme der Versorgung vorzulegen."

2. Dem § 20 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Apotheken, deren Inhaber einen in § 12b Absatz 1 Satz 1 genannten Vertrag abgeschlossen haben, erhalten unabhängig von pauschalen Zuschüssen nach Absatz 1 einen pauschalen Zuschuss für jede Kalenderwoche, in der sie während der Öffnungszeiten der jeweils betreffenden Notdienstpraxis geöffnet waren. Die in Satz 1 genannten Apotheken haben dem Deutschen Apothekerverband e. V. im Wege einer Selbsterklärung für jedes Kalenderquartal mitzuteilen, dass ein in § 12b Absatz 1 Satz 1 genannter Vertrag besteht, und in wie vielen Kalenderwochen des jeweiligen Kalenderquartals sie während der Öffnungszeiten der jeweils betreffenden Notdienstpraxis geöffnet waren. Der Deutsche Apothekerverband e.V. legt die Form und Näheres zum Inhalt der in Satz 2 genannten Erklärung fest und veröffentlicht diese Festlegungen auf seiner Webseite. Die in Satz 2 genannte Erklärung hat jeweils innerhalb von vier Wochen nach dem Ende des jeweiligen Kalenderquartals zu erfolgen. Absatz 3 und § 19 Absatz 7 gelten entsprechend."

3. In § 25 Absatz 1 wird nach Nummer 2a folgende Nummer 2b eingefügt:

„2b. entgegen § 12b Absatz 3 einen Vertrag nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt,".

Artikel 6

Änderung der Apothekenbetriebsordnung

Die Apothekenbetriebsordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. September 1995 (BGBl. I S. 1195), die zuletzt durch Artikel 8z4 des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 1a wird folgender Absatz 19 angefügt:

„(19) Notdienstpraxisversorgende Apotheken sind öffentliche Apotheken, die einen in § 12b Absatz 1 Satz 1 des Apothekengesetzes genannten Vertrag zur Versorgung von Patienten einer Notdienstpraxis abgeschlossen haben."

2. § 3 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „von Einrichtungen im Sinne von § 12a des Apothekengesetzes“ durch die Wörter „von in den §§ 12a und 12b des Apothekengesetzes genannten Einrichtungen“ ersetzt.

   b) In Absatz 6 Satz 2 werden die Wörter „im Sinne des § 12a des Apothekengesetzes“ durch die Wörter „aufgrund eines in § 12a Absatz 1 Satz 1 des Apothekengesetzes genannten Vertrags sowie von Patienten einer zu versorgenden Notdienstpraxis aufgrund eines in § 12b Absatz 1 Satz 1 des Apothekengesetzes genannten Vertrags“ ersetzt.

3. § 4 Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

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

4. Dem § 23 Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

   „Abweichend von Satz 2 sind notdienstpraxisversorgende Apotheken während der Öffnungszeiten der jeweils betreffenden Notdienstpraxis zur Dienstbereitschaft verpflichtet. Erfolgt die Versorgung der Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis durch eine zweite Offizin einer notdienstpraxisversorgenden Apotheke, so ist abweichend von Satz 2 und 3 die zweite Offizin während der Öffnungszeiten dieser Notdienstpraxis zur Dienstbereitschaft verpflichtet.“

Artikel 7

Änderung des Arzneimittelgesetzes

Dem § 43 des Arzneimittelgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 27. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 109) geändert worden ist, wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Abweichend von den Absätzen 1 bis 3 dürfen Ärzte einer Notdienstpraxis im Sinne des § 123 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in dem in § 123 Absatz 5 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Fall Arzneimittel für den akuten Bedarf an Patienten der Notdienstpraxis in einer zur Überbrückung für längstens drei Tage benötigten Menge abgeben, soweit im unmittelbaren Anschluss an den Tag der Behandlung in der Notdienstpraxis ein Wochenende oder ein Feiertag folgt.“

Artikel 8

Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung

§ 2 der Medizinprodukte-Abgabeverordnung vom 25. Juli 2014 (BGBl. I S. 1227), die zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 17. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 190) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Der Wortlaut wird Absatz 1.

2. Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Abweichend von Absatz 1 dürfen Ärzte einer Notdienstpraxis im Sinne des § 123 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in dem in § 123 Absatz 5 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Fall apothekenpflichtige Medizinprodukte für den akuten Bedarf an Patienten der Notdienstpraxis in einer zur Überbrückung für längstens drei Tage benötigten Menge abgeben, soweit im unmittelbaren Anschluss an den Tag der Behandlung in der Notdienstpraxis ein Wochenende oder ein Feiertag folgt.“

Artikel 9

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

§ 19a Absatz 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

   „Bei der Festlegung der offenen Sprechstunden haben die in Satz 3 genannten Ärzte das Bedürfnis der Versicherten nach einer vertragsärztlichen Versorgung in Akutfällen durch eine möglichst gleichmäßige zeitliche Verteilung dieser Sprechstunden innerhalb ihrer jeweiligen Arztgruppe im jeweiligen Planungsbereich zu berücksichtigen.“

2. In dem neuen Satz 7 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.

3. Folgender Satz wird angefügt:

   „Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 werden bundeseinheitliche Regelungen zur Verteilung der in Satz 3 genannten Sprechstunden innerhalb der verpflichteten Arztgruppen im jeweiligen Planungsbereich getroffen, durch die eine möglichst gleichmäßige zeitliche Verteilung dieser Sprechstunden gewährleistet wird.“

Artikel 10

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Artikel 2 tritt am 1. Juli 2025 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Eine gut funktionierende und wirtschaftliche Notfall- und Akutversorgung ist essenzieller Bestandteil einer leistungsfähigen Gesundheitsversorgung. Für Menschen in einer akuten medizinischen Notlage ist es entscheidend, jederzeit unmittelbar Hilfe zu erhalten und hierbei auf eine qualitativ hochwertige Versorgung vertrauen zu können. Dies gilt gleichermaßen für den ambulanten wie auch für den stationären Sektor. Deutschland verfügt grundsätzlich über ein umfassend ausgebautes System der Akut- und Notfallversorgung einschließlich eines gut etablierten Rettungswesens. Die drei Versorgungsbereiche – vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste – sind jedoch besser zu vernetzen und aufeinander abzustimmen. Derzeit kommt es oftmals zu einer Fehlsteuerung, die zu einer Überlastung von Akteuren insbesondere der Notaufnahmen und des Rettungsdienstes führt. Diese werden auch in Fällen in Anspruch genommen, die in der ambulanten Versorgung abschließend hätten versorgt werden können. Gründe für Fehlsteuerungen können die fehlerhafte Einschätzung der Betroffenen sein, aber auch das Fehlen einer stabilen Vernetzung der Strukturen untereinander, die eine geregelte und verlässliche Übernahme von Hilfesuchenden durch andere Akteure erlaubt. Der Koalitionsvertrag für die 20. Legislaturperiode zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP sieht daher die Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für die Notfallversorgung vor.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Es werden gesetzliche Maßnahmen ergriffen, um die Steuerung der Hilfesuchenden zu verbessern. Ziel ist es, durch eine Vernetzung die Notaufnahmen und den Rettungsdienst zu entlasten und Patientinnen und Patienten, die ambulant behandelt werden können, jederzeit in eine geeignete Versorgungsstruktur zu steuern.

Vernetzung der Rufnummer 116117 und der Notrufnummer 112; Stärkung der Akutleitstelle

Die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Rettungsleitstellen sollen sich flächendeckend unter Nutzung der Telematikinfrastruktur und ihrer Komponenten und Dienste digital vernetzen und die Übergabe von Hilfesuchenden einschließlich der bereits erhobenen personenbezogenen Daten wechselseitig ermöglichen. Die standardisierten Abfragesysteme müssen im Rahmen der Kooperation so aufeinander abgestimmt sein, dass eine klare und rechtssichere Überleitung von Hilfesuchenden möglich ist. Im Rahmen der Gesetzgebungskompetenz des Bundes werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, mit Rettungsleitstellen zu kooperieren, deren Träger eine solche Kooperation anstreben.

Um den mit der Vernetzung mit den Rettungsleitstellen zukünftig einhergehenden Anforderungen und dem erhöhten Gesprächsaufkommen gerecht zu werden, wird die bundesweit einheitliche Rufnummer 116117 der Kassenärztlichen Vereinigungen in Terminservicestellen und Akutleitstellen aufgeteilt und die damit einhergehende effizientere Steuerung der Hilfesuchenden finanziell weiter gestärkt. Es werden genaue Vorgaben zur Erreichbarkeit für die Akutleitstelle festgelegt und es wird das Angebot von telemedizinischen Leistungen verpflichtend ausgebaut. Zur Förderung des Ausbaus dieser Strukturen stellen die Gesetzliche Krankenversicherung und die Kassenärztlichen Vereinigungen zusätzliche Mittel

paritätisch durch eine pauschale Vorhaltefinanzierung bereit. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen müssen entsprechend ihrer Stellung im Krankenversicherungsmarkt an der Vereinbarung der Förderung der Strukturen des Notdienstes und der Bereitstellung des Förderbetrages beteiligt werden. Dabei werden die verfassungsrechtlichen Vorgaben an die Zulassung derartiger Sonderabgaben gewahrt.

Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen

Der neue Begriff der notdienstlichen Akutversorgung umfasst die vertragsärztliche Versorgung in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die notdienstliche Versorgung ist durchgängig, das bedeutet 24 Stunden täglich, sicherzustellen. Sie ist jedoch ausdrücklich auf eine Erstversorgung der Versicherten begrenzt.

Zur Sicherstellung einer medizinisch notwendigen Erstversorgung von Patientinnen und Patienten mit akutem ambulanten Behandlungsbedarf werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche sowohl eine telemedizinische als auch eine aufsuchende notdienstliche Versorgung bereitzustellen. Insbesondere das Angebot einer durchgehend verfügbaren – auch kinder- und jugendmedizinischen – Telemedizin kann andere Notfallstrukturen entlasten und Versorgungslücken schließen. Ergänzend werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, sich nunmehr an flächendeckend einzurichtenden Integrierten Notfallzentren zu beteiligen.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen wird ermöglicht, den aufsuchenden Dienst durch die Einbindung von qualifiziertem nichtärztlichem Personal oder durch Kooperationen mit dem Rettungsdienst zu entlasten und für das telemedizinische Angebot Kooperationen untereinander und mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einzugehen.

Die Konkretisierung des Sicherstellungauftrages trägt zum einem zu einer bundesweit einheitlichen Qualität der notdienstlichen Akutversorgung bei. Zum anderen ermöglicht sie den Ländern, diese Versorgung im Rahmen der Rechtsaufsicht stärker einzufordern.

Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

Integrierte Notfallzentren werden flächendeckend etabliert. Zudem können an geeigneten Standorten Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche aufgebaut werden. Sie bestehen aus der Notaufnahme eines zugelassenen Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle und stellen rund um die Uhr eine bedarfsgerechte medizinische Erstversorgung zur Verfügung.

Zugelassene Krankenhäuser und die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen schließen als Kooperationspartner des Integrierten Notfallzentrums Vereinbarungen mit gesetzlich vorgegebenen Inhalten. Die Notaufnahme, die Notdienstpraxis und die Ersteinschätzungsstelle sind digital zu vernetzen, um eine medienbruchfreie Weitergabe von personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten zu ermöglichen.

Wesentliches Element des Integrierten Notfallzentrums ist die zentrale Ersteinschätzungsstelle, die Hilfesuchende der richtigen Struktur innerhalb des Integrierten Notfallzentrums zuweist. Perspektivisch soll dies über eine standardisierte, qualifizierte und digitale Ersteinschätzung geschehen, sobald eine solche als validiertes und patientensicheres Instrument zur Verfügung steht. Die Verantwortung für die Einrichtung der zentralen Ersteinschätzungsstelle obliegt grundsätzlich dem Krankenhaus; abweichende Vereinbarungen sind möglich. Für den Betrieb der zentralen Ersteinschätzungsstelle wird eine gesonderte fallbezogene Vergütung vorgesehen.

Gesetzliche Mindestöffnungszeiten für die Notdienstpraxis gewährleisten eine bundesweit einheitlichere notdienstliche Versorgung: Die Notdienstpraxis ist 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. Verkürzungen der Öffnungszeiten sind im Rahmen der Kooperationsvereinbarung möglich, wenn empirisch nachgewiesen wird, dass eine Öffnung auf Grund geringer Inanspruchnahme unwirtschaftlich ist. Die Kooperationsvereinbarung soll auch Regelungen für den Fall enthalten, dass die Notdienstpraxis die vorgegebenen Öffnungszeiten nicht einhält.

Die ambulante Akutversorgung soll für die Zeiten, in denen die Notdienstpraxis innerhalb der Sprechstundenzeiten der vertragsärztlichen Praxen nicht geöffnet hat, durch eng an das Integrierte Notfallzentrum angebundene Kooperationspraxen abgedeckt werden. Zu Zeiten, in denen weder die Notdienstpraxis noch die Kooperationspraxis geöffnet haben, übernimmt die Notaufnahme des Krankenhauses die gesamte ambulante notdienstliche Versorgung.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird beauftragt, in einer Richtlinie allgemeine Anforderungen an die sachliche oder personelle Ausstattung der Notdienstpraxen vorzugeben. So wird eine bundesweit einheitliche Qualität der Notdienstpraxen erreicht. Darüber hinaus erhält der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag, Vorgaben für ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument, das Entscheidungen über die Behandlungsdringlichkeit und die richtige Versorgungsebene des Integrierten Notfallzentrums generieren kann, zu beschließen.

Die Standorte für Integrierte Notfallzentren werden von den Selbstverwaltungspartnern nach bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben im erweiterten Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch innerhalb von sechs Monaten ab Inkrafttreten dieses Gesetzes festgelegt. Im Falle nicht fristgemäßer Einigung entscheidet das jeweilige Land über die Standortfestlegung.

An Standorten, an denen die Einrichtung von speziellen Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche etwa aus Kapazitätsgründen nicht möglich ist, wird eine telemedizinische Unterstützung von Integrierten Notfallzentren durch Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin gewährleistet.

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten von Notdienstpraxen mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten soll durch die Einführung von Versorgungsverträgen mit öffentlichen Apotheken verbessert werden. Diese Apotheken sollen grundsätzlich in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis liegen.

Der Entwurf verzichtet auf detaillierte Regelungen zur Barrierefreiheit, um nicht dem Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen vorzugreifen, der derzeit erarbeitet wird. Gleichzeitig verpflichtet § 2a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch die Akteure des Gesundheitswesens bereits jetzt dazu, bei Anwendung und Auslegung der mit diesem Entwurf implementierten Regelungen den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen.

III. Alternativen

Keine. Die Ziele können nur durch eine Gesetzesänderung erreicht werden. Andere Alternativen sind weder zielführend noch effektiv. Die Reform ist mit Blick auf die Überlastung von Notaufnahmen und Rettungsdiensten mit steigenden Fallzahlen, die mangelnde Vernetzung der Sektoren im Bereich der Notfallversorgung und angesichts des zunehmenden Mangels an Fachkräften dringend notwendig. Alternative Regelungen, wie etwa die Schaffung eines eigenen Notfallversorgungssektors, sind nicht in gleichem Maße geeignet. Hiermit würden zusätzliche Barrieren zwischen den Sektoren aufgebaut und eine effiziente Fallbearbeitung weiter erschwert. Es besteht daher keine Alternative zu den vorgesehenen Regelungen, welche die Ziele des Gesetzes in gleichem Maße erreichen würden.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes. Danach hat der Bund die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Beteiligung der privaten Krankenversicherung an der Förderung der Strukturen des Notdienstes folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 11 in Verbindung mit Artikel 72 Absatz 2 des Grundgesetzes. Die Regelungen sind erforderlich, weil sich medizinische Notfälle unabhängig vom Versichertenstatus ergeben und hierfür übergreifende Strukturen zur Versorgung aller Versicherten geschaffen werden müssen. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Änderungen im Apothekengesetz, in der Apothekenbetriebsordnung sowie im Arzneimittelgesetz folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 des Grundgesetzes (Recht des Apothekenwesens und Recht der Arzneien). Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die besondere Berücksichtigung der Bundeswehrkrankenhäuser folgt aus Artikel 73 Absatz 1 Nummer 1 des Grundgesetzes und der verfassungsrechtlichen Grundentscheidung für eine wirksame militärische Verteidigung der Bundesrepublik Deutschland und damit für die Sicherung der staatlichen Existenz durch Streitkräfte, die organisatorisch so zu gestalten und personell so auszubilden und auszustatten sind, dass sie ihren militärischen Aufgaben im In- und Ausland gewachsen sind.

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Das Gesetz ist mit dem Recht der Europäischen Union und den völkerrechtlichen Verträgen, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat, vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

Die Notfallversorgung wird durch den Ausbau und die Stärkung ambulanter Notdienststrukturen, die verbindliche Vernetzung der Notrufnummer 112 und der Rufnummer 116117 sowie den flächendeckenden Aufbau von Integrierten Notfallzentren stabiler aufgestellt und insbesondere die Notaufnahmen der Krankenhäuser und der Rettungsdienst werden durch eine effizientere und bedarfsgerechte Patientensteuerung entlastet.

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Prozesse der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in der Notfallversorgung sollen bundesweit einheitlich geregelt und vereinfacht werden. Dies wird über die Vernetzung der Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigung und der Rettungsleitstellen mit verlässlichen Überleitungsmöglichkeiten von Hilfesuchenden und die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren, die eine verbindliche Zusammenarbeit von Notaufnahmen der Krankenhäuser und Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen beinhalten, umgesetzt.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Gesetzentwurf steht im Einklang mit den Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich Gesundheit, Lebensqualität, sozialem Zusammenhalt und sozialer Verantwortung im Sinne der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie, die der Umsetzung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen dient.

Mit den Regelungen des Gesetzentwurfes werden die Strukturen der Notfallversorgung weiterentwickelt und mit Unterstützung digitaler Instrumente zweckmäßig gestaltet. Dadurch ergeben sich Entlastungen der bisher bestehenden Strukturen, beziehungsweise werden die vorhandenen Ressourcen effektiver genutzt. Damit wird mit den Neuregelungen dieses Gesetzentwurfes vor allem das Nachhaltigkeitsziel Nummer 3 der Deutschen

Nachhaltigkeitsstrategie („Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“) wirksam unterstützt. Der effektivere Einsatz vorhandener Finanzmittel stärkt das Gesundheitssystem. Durch eine gezieltere Nutzung der Notfalleinrichtungen wird deren Verfügbarkeit für die Patientinnen und Patienten verbessert und die Belastung des Personals reduziert. Vor diesem Hintergrund werden durch den Gesetzentwurf auch die Nachhaltigkeitsziele Nummer 9 („Eine widerstandsfähige Infrastruktur aufbauen, breitenwirksame und nachhaltige Industrialisierung fördern und Innovationen unterstützen“) und Nummer 5 („Sozialen Zusammenhalt in einer offenen Gesellschaft wahren und verbessern“) der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie maßgeblich unterstützt.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Mit den Neuregelungen der Notfallreform wird eine verbesserte Kooperation der drei Leistungsbereiche des Notdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Notaufnahmen der Krankenhäuser und des Rettungsdienstes erreicht.

Bund, Länder und Kommunen

Dem Bund entstehen durch die Reform keine Mehrausgaben. Die Haushalte der Länder und Kommunen werden durch die Kooperationsvereinbarungen zu den Gesundheitsleitsystemen, die durch eine Vernetzung der Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Rettungsleitstellen der Länder und Kommunen gebildet werden, allenfalls geringfügig belastet. Investitionskosten für die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren entstehen den Ländern höchstens in geringfügigem Umfang, da in der Regel auf bereits vorhandene Strukturen in den Krankenhäusern aufgesetzt werden kann. Darüber hinaus stehen Mittel des Krankenhausstrukturfonds zur Verfügung, wodurch der Anteil des vom Land zu tragenden Betrages zusätzlich um die Hälfte reduziert würde.

Gesetzliche Krankenversicherung

Mehrausgaben

Ausbau des aufsuchenden Dienstes

Der verpflichtende Ausbau des aufsuchenden Dienstes nach § 75 Absatz 1b Satz 5 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf einen 24-Stunden-Betrieb führt zu maximalen geschätzten Mehrausgaben für die gesetzlichen Krankenkassen von rund 98 Millionen Euro. Laut dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland entstehen den Kassenärztlichen Vereinigungen bereits heute durch die ihnen obliegende Finanzierung und Organisation des fahrenden Dienstes (zum Beispiel durch Kooperation mit externen Dienstleistern) für den ärztlichen Bereitschaftsdienst insgesamt jährliche Kosten von 70 Millionen Euro; bei Ausweitung des fahrenden Dienstes auf 24 Stunden können sich diese Kosten verdreifachen. Davon übernehmen die gesetzliche Krankenversicherung und die privaten Krankenversicherungsunternehmen maximal die Hälfte der Kosten in Höhe von 105 Millionen Euro. Abzüglich des Beitrages der privaten Krankenversicherungsunternehmen entfallen auf die gesetzliche Krankenversicherung rund 98 Millionen Euro.

Mehrbedarf Akutleitstelle

Die prognostizierten Mehrausgaben für die Erweiterung der Aufgaben der Akutleitstelle können mangels konkreter Daten nur geschätzt werden. Legt man die verfügbaren Zahlen und Hochrechnungen zugrunde, werden insgesamt Mehrausgaben von 90 Millionen Euro angenommen. Auf der Basis einer konkreten Schätzung des Personalbedarfs ergibt sich eine Summe von 71,5 Millionen Euro. Diese Summe enthält Mehrbedarfe an ärztlichem Personal (Beratungsärzte rund um die Uhr), eine zusätzliche Führungskraft sowie eine Erhöhung des Personals an den Telefonen der Rufnummer 116117 um 30 Prozent. Unter der Annahme,

dass 80 Prozent der Gesamtkosten Personalkosten sind, ergibt sich ein Gesamtbedarf von rund 90 Millionen Euro.

Durch die Vereinbarungen nach § 105 Absatz 1b Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden die durch den Gesetzentwurf verursachten Investitionen sowie die zusätzlichen laufenden Kosten für die Errichtung und der Betrieb der Akutleitstellen, das telemedizinische ärztliche Beratungsangebot, die Vorhaltekosten für den aufsuchenden Fahrdienst sowie die Vernetzung mit den Rettungsleitstellen gefördert und zu höchstens 50 Prozent von der gesetzlichen Krankenversicherung und den privaten Krankenversicherungsunternehmen getragen. Diese Kosten sind der fallbezogenen Vergütung über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab in der Regel nicht zugänglich, da die Identität der Hilfesuchenden, insbesondere die Krankenkasse, nicht eindeutig geklärt werden kann oder auch Dritte, oft Angehörige, die Akutleitstelle kontaktieren. Da die über § 105 Absatz 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch finanzierten Maßnahmen oder Leistungen allen Hilfesuchenden unabhängig vom Versicherungsstatus zu Gute kommen, werden die privaten Krankenversicherungsunternehmen an der Förderung beteiligt. Eine Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen reduziert den Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung zu tragen hat, um sieben Prozent.

Diese geschätzten maximalen Mehrkosten für die gesetzliche Krankenversicherung könnten auch geringer ausfallen, soweit bereits nach derzeitiger Rechtslage beispielsweise der Betrieb der Terminservicestellen nach § 105 Absatz 1a Satz 3 Nummer 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der fahrende Bereitschaftsdienst nach § 105 Absatz 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über zusätzliche Mittel finanziert wird, die von der gesetzlichen Krankenversicherung den Kassenärztlichen Vereinigungen bereitgestellt werden. Aufgrund unterschiedlicher Fördermodelle in den Kassenärztlichen Vereinigungen sind diese jedoch nicht bundesweit quantifizierbar, aber in jeder Kassenärztlichen Vereinigung bei den Mehrkosten mindernd zu berücksichtigen. Zudem können die Kassenärztlichen Vereinigungen aufgrund bisheriger Rechtslage von den Bereitschaftsdiensten eine Strukturpauschale als Entgelt beziehungsweise als Kostenbeteiligung für die von ihr bereitgestellten Strukturen im ärztlichen Bereitschaftsdienst (Förderung für diensthabende Ärzte, Fahrservice, Leitstellenvermittlung et cetera) in Form eines prozentualen Anteils der erwirtschafteten EBM-Honorare der diensttuenden Ärztinnen und Ärzten einbehalten. Darüber hinaus können die Kassenärztlichen Vereinigungen Sicherstellungsumlagen von allen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erheben. Auch diese Sicherstellungs- und Strukturumlagen sind landesspezifisch unterschiedlich und deshalb bundesweit nicht zu quantifizieren, aber mindernd einzukalkulieren.

Entlastungen

Diesen zusätzlichen Ausgaben stehen jedoch erhebliche finanzielle Entlastungen für die gesetzliche Krankenversicherung aufgrund der Vernetzung der Akut- und Rettungsleitstellen gegenüber, die sich durch eine verbesserte Steuerung von Versicherten und damit gezieltere Nutzung der Notfalleinrichtungen ergeben. Die Vernetzung der Akut- und Rettungsleitstellen führt zu einer deutlich steigenden Abgabe von Fällen der Rettungsleitstellen, die zu einem Rettungseinsatz geführt hätten, an die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Entlastungen leiten sich wie folgt her. Gegenwärtig werden in den meisten deutschen Rettungsleitstellen fast keine Anrufe an die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen abgegeben. Angenommen wird eine Abgabequote von 1 000 Fällen pro eine Million Einwohner pro Jahr.

In gut ausgebauten Systemen wird eine Steigerung dieser Quote auf bis zu 20 000 Fälle pro eine Million Einwohner pro Jahr prognostiziert. Geht man vorsichtig geschätzt von einer Steigerung um 14 500 Fälle aus, entspricht dieses bei 99 000 Einsätzen pro eine Million Einwohner pro Jahr einem möglichen Anteil von bis zu 14,5 Prozent potenziellen Abgaben an die Kassenärztliche Vereinigung.

In einer Hochrechnung ergibt sich eine Zahl von bundesweit rund 1,2 Millionen Fälle pro Jahr (14,5 Prozent von 8,23 Millionen Fällen pro Jahr insgesamt in Deutschland), die von den Rettungsleitstellen an die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen abgegeben werden könnten.

Im Ergebnis kann bei Gesamtausgaben von 5 813 Millionen Euro pro Jahr (Fahrkosten 2023, nur Notfallrettung) im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und einer Reduktion der Einsätze von 14,5 Prozent von Minderausgaben im Bereich der Fahrkosten von 843 Millionen Euro ausgegangen werden, die durch die Vernetzung von Akut- und Rettungsleitstellen und die damit verbundene Abgabe von Fällen von Rettungsleitstellen an die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen entstehen.

Durch den Verzicht auf den Transport des Rettungsdienstes ergeben sich weitere geschätzte Minderausgaben in Höhe von 240 Millionen Euro aufgrund vermiedener stationärer Behandlungen im Krankenhaus.

Da nach § 133a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Vernetzung auf Wunsch der Rettungsleitstellen erfolgt, ist nicht davon auszugehen, dass das oben genannte Einsparungspotential sofort in voller Höhe von rund einer Milliarde Euro realisiert werden kann. Es wird daher angenommen, dass im ersten Jahr etwa 30 Prozent der Rettungsleitstellen die Kooperation mit den Kassenärztlichen Vereinigungen eingehen. Weiterhin wird angenommen, dass sich der Anteil der kooperierenden Rettungsleitstellen im zweiten und im dritten Jahr jeweils um weitere 30 Prozent erhöht und somit ab dem vierten Jahr mit dauerhaften jährlichen Einsparungen der vollen Höhe gerechnet werden kann.

Weiteres Einsparpotential ergibt sich durch die telefonischen und telemedizinischen Beratungen durch Ärztinnen und Ärzte in den Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese können in gut ausgebauten Systemen, wie beispielsweise dem der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, bis zu 70 Prozent der Hilfeersuchen fallabschließend beraten, sodass für diese keine weitere Vorstellung in Notdienststrukturen erforderlich wird. Dadurch können sowohl die Zahl der Hausbesuche als auch der Selbstvorstellungen in den Notaufnahmen gesenkt werden.

Insgesamt kann durch diese Maßnahmen, die mit den Regelungen zur Notfallreform vorgesehen werden, langfristig mit jährlichen Einsparungen von 943 Millionen Euro gerechnet werden.

Finanzwirkung der Notfallreform für die Gesetzliche Krankenversicherung in Millionen Euro		2025	2026	2027	2028
Mehrausgaben					
Ausbau des aufsuchenden Dienstes	98	98	98	98	98
Mehrbedarf Akutleitstelle	42	42	42	42	42
Einsparungen		30%	60%	90%	100%
Durch Abgabe vom Rettungsdienst an die Kassenärztlichen Vereinigungen	843	253	506	759	843
Durch Vermeidung von Folgekosten nach Transport	240	72	144	216	240
Saldo		**185**	**510**	**835**	**943**

Private Krankenversicherungsunternehmen

Den privaten Krankenversicherungsunternehmen entsteht durch eine finanzielle Beteiligung an der Förderung des Notdienstes nach § 105 Absatz 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein jährlicher Mehraufwand in Höhe von rund 10 Millionen Euro. Diesen zusätzlichen Ausgaben stehen jedoch erhebliche finanzielle Entlastungen für die private Krankenversicherung gegenüber, die sich durch eine verbesserte Steuerung und damit einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme der notdienstlichen Akutversorgung und des

Rettungsdienstes ergeben. Durch die Vernetzung der Akut- und Rettungsleitstellen wird die Abgabe von Fällen der Rettungsleitstellen an die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht. Hierdurch entsteht bei vorsichtiger Schätzung ein Einsparpotenzial für die privaten Krankenversicherungsunternehmen von ungefähr 80 Millionen Euro pro Jahr, welches in wenigen Jahren erreicht wird. Weitere Einsparpotenziale durch die zu erwartende Reduzierung von stationären Krankenhausaufnahmen nach Einsätzen des Rettungsdienstes und Inanspruchnahme der Notaufnahmen werden angenommen und auf circa 20 Millionen Euro geschätzt. Insgesamt kann für die privaten Krankenversicherungsunternehmen durch die Notfallreform langfristig mit jährlichen Minderausgaben von rund 100 Millionen Euro gerechnet werden.

4. Erfüllungsaufwand

4.1 Erfüllungsaufwand der Bürgerinnen und Bürger

Durch die Neuregelungen entsteht kein neuer Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger. Bürgerinnen und Bürgern werden vielmehr durch die Neustrukturierung der medizinischen Notfallversorgung bei der Suche nach Hilfe in medizinischen Akut- und Notfällen entlastet.

4.2 Erfüllungsaufwand der Wirtschaft

4.2.1 Erfüllungsaufwand für Krankenhäuser

Den Krankenhäusern entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand durch die Kooperationsvereinbarungen nach § 123 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Bildung der Integrierten Notfallzentren mit den Kassenärztlichen Vereinigungen. In diesen Fällen werden 700 Kooperationsvereinbarungen mit sehr ähnlichen Inhalten geschlossen; von großen Synergieeffekten bei den jeweiligen Verhandlungspartnern ist somit auszugehen. Es wird angenommen, dass je Fall ein Personentag von Personal mit hoher Qualifikation (Stundensatz 59,10 Euro * 8 Stunden = 472,80 Euro) und ein Personentag von Personal mit mittlerer Qualifikation (Stundensatz 30,00 Euro * 8 Stunden = 240,00 Euro). Im Ergebnis ergibt sich ein Erfüllungsaufwand von rund 500 000,00 Euro (700 * 712,80 € = 498 960,00 €).

Daneben wird den Krankenhäusern durch den Unterhalt der Organisationsgremien an den Integrierten Notfallzentren ein laufender Erfüllungsaufwand in Höhe von rund einer Million Euro entstehen. Dieser setzt sich zusammen aus zwei Personentagen von Personal mit hoher Qualifikation (Stundensatz 59,10 Euro * 8 Stunden * 2 = 945,60 Euro) und zwei Personentagen von Personal mit mittlerer Qualifikation (Stundensatz 30,00 Euro * 8 Stunden * 2 = 480,00 Euro), da davon ausgegangen wird, dass jeweils ein halber Personentag pro Quartal erforderlich sein wird. Es ergeben sich somit bei 700 Gremien (Fällen) 700 * 1 425,60 Euro = 997 920,00 Euro.

Den Krankenhäusern entstehen im Rahmen der Ausschreibung der Verträge nach § 12b Apothekengesetz einmalige Kosten. Es wird damit gerechnet, dass für jedes Integrierte Notfallzentrum ein Vertrag abgeschlossen wird und somit circa 700 Versorgungsverträge abgeschlossen werden. Für die Krankenhäuser wird für jeden Vertrag je ein Personentag von Personal mit hoher (Tagessatz 472,80 Euro) und mittlerer (Tagessatz 240,00 Euro) Qualifikation angenommen. Daraus ergeben sich Gesamtkosten von 498 960 Euro (700 * 1 * (472,80 + 240,00) Euro).

Der laufende Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft kann im Sinne der „One-in-one-out“-Regel der Bundesregierung kompensiert werden durch Entlastungen aus dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz.

4.2.2 Erfüllungsaufwand für die Landeskrankenhausgesellschaften

Bei den Landeskrankenhausgesellschaften entsteht im Zusammenhang mit der Erweiterung der Aufgaben der Landesausschüsse nach § 90 Absatz 4a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 205 000 Euro. Dabei wird angenommen, dass in 16 Landesausschüssen je 9 Vertreterinnen oder Vertreter mit hohem Qualifikationsniveau (Tagessatz von 472,80 Euro) jeweils 3 Tage erforderlich sind (16 * 9 * 3 * 472,80 Euro = 204 249,60 Euro).

4.2.3 Erfüllungsaufwand für die privaten Krankenversicherungsunternehmen

Den privaten Krankenversicherungsunternehmen entsteht im Zusammenhang mit der Vereinbarung zur finanziellen Beteiligung an der Förderung des Notdienstes durch die privaten Krankenversicherungsunternehmen nach § 105 Absatz 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 10 000 Euro.

4.2.4 Erfüllungsaufwand für den Deutschen Apothekerverband e. V.

Beim Deutschen Apothekerverband e. V. entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand durch die Erweiterung der Meldewege durch die Änderung in § 20 Absatz 4 des Apothekengesetzes, der auf rund 500 000 Euro geschätzt wird. Dieser wird aus den Einnahmen des Fonds beglichen (§ 18 Absatz 2 des Apothekengesetzes).

4.3 Erfüllungsaufwand für die Verwaltung

4.3.1 Erfüllungsaufwand für Länder und Kommunen

Für die Länder und Kommunen kann ein einmaliger Aufwand von 210 000 Euro für den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen der Gesundheitsleitsysteme geschätzt werden. Der Berechnung liegen die Annahmen zugrunde, dass in 240 Leitstellen je ein Personentag des höheren Dienstes (Stundensatz 65,20 Euro; Tagessatz 521,60 Euro) und des gehobenen Dienstes (Stundensatz 44,60 Euro; Tagessatz 356,80 Euro) erforderlich sind. Es ergibt sich daher ein Betrag von 240 * 1 * (521,60 + 356,80) Euro = 210 816,00 Euro. Weiterhin ergibt sich ein jährlicher Aufwand von 334 000 Euro für die zusätzliche Arbeit der Vertretungen des Rettungsdienstes im erweiterten Landesgremium nach § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Dabei wird angenommen, dass in 16 Ausschüssen eine Person des höheren Dienstes für 2 Sitzungen pro Jahr mit 4 Personentagen (Vor- und Nachbereitung) beschäftigt ist; (16 * 4 * 521,60 Euro = 33 382,40 Euro).

4.3.2 Erfüllungsaufwand der Kassenärztlichen Vereinigungen

Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand durch den Abschluss der Kooperationsvereinbarungen mit den Krankenhäusern über die Integrierten Notfallzentren in Höhe von etwa 635 000 Euro. In diesen Fällen werden 700 Kooperationsvereinbarungen mit sehr ähnlichen Inhalten geschlossen; von großen Synergieeffekten bei den jeweiligen Verhandlungspartnern ist somit auszugehen. Es wird angenommen, dass je Fall ein Personentag des höheren Dienstes (Stundensatz 66,20 Euro * 8 Stunden = 529,60 Euro) und ein Personentag des gehobenen Dienstes (Stundensatz 47,20 Euro * 8 Stunden = 377,60 Euro). Im Ergebnis ergibt sich ein Erfüllungsaufwand von rund 635 000 Euro (700 * 907,20 € = 635 040,00 €).

Daneben wird den Kassenärztlichen Vereinigungen durch den Unterhalt der Organisationsgremien an den Integrierten Notfallzentren laufender Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 1,27 Millionen Euro entstehen. Dieser setzt sich zusammen aus zwei Personentagen des höheren Dienstes (Stundensatz 66,20 Euro * 8 Stunden * 2 = 1059,20 Euro) und zwei Personentagen des gehobenen Dienstes (Stundensatz 47,20 Euro * 8 Stunden * 2 = 755,20 Euro), da davon ausgegangen wird, dass jeweils ein halber Personentag pro Quartal erforderlich sein wird. Es ergeben sich somit bei 700 Gremien (Fällen) 700 * 1 814,40 Euro = 1 270 080,00 Euro.

Des Weiteren kann den Kassenärztlichen Vereinigungen ein einmaliger Aufwand von 218 000 Euro für den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen der Gesundheitsleitsysteme entstehen. Der Berechnung liegen die Annahmen zugrunde, dass in 240 Fällen je ein Personentag des höheren Dienstes (Stundensatz 66,20 Euro; Tagessatz 529,60 Euro) und des gehobenen Dienstes (Stundensatz 47,20 Euro; Tagessatz 377,60 Euro) erforderlich sind. Es ergibt sich daher ein Betrag von 240 * 1 * (529,60 + 377,60) Euro = 217 728,00 Euro.

Weiterhin ergibt sich ein einmaliger Aufwand von 229 000 Euro für die zusätzliche Arbeit der erweiterten Landesausschüsse nach § 90 Absatz 4a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Dabei wird angenommen, dass in 16 Ausschüssen neun Personen des höheren Dienstes für 3 Personentage beschäftigt sind; (16 * 9 * 3 * 529,60 Euro = 228 787,20 Euro).

Bei der Errichtung der Integrierten Notfallzentren ist davon auszugehen, dass dies größtenteils in den bestehenden Strukturen (Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern) der Krankenhäuser geschieht. Bereits jetzt sind die meisten Notdienstpraxen an oder in Krankenhäusern angesiedelt, eine Standortverlegung wird daher nur in Einzelfällen erforderlich sein.

Bei den Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche muss davon ausgegangen werden, dass diese fast ausschließlich an Krankenhäusern entstehen, die auch über ein Integriertes Notfallzentrum verfügen. Ein zusätzlicher Aufwand für die Errichtung besteht somit nur marginal.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht durch die Vorlage von Kalkulationen zur Verwendung der Mittel nach § 105 Absatz 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 71 168 Euro.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen entstehen im Rahmen der Ausschreibung der Verträge nach § 12b Apothekengesetz Kosten. Es wird damit gerechnet, dass für jedes Integrierte Notfallzentrum ein Vertrag abgeschlossen wird und somit circa 700 Versorgungsverträge abgeschlossen werden. Da es 17 Kassenärztliche Vereinigungen in Deutschland gibt, ist von großen Synergieeffekten bei den Ausschreibungen auszugehen. Für die Kassenärztlichen Vereinigungen wird für jeden Vertrag je ein Personentag von Personal mit hoher (Tagessatz 529,60 Euro) und mittlerer (Tagessatz 294,40 Euro) Qualifikation angenommen. Daraus ergeben sich Gesamtkosten von 576 800 Euro (700 * 1 * (529,60 + 294,40) Euro).

4.3.3 Erfüllungsaufwand der Landesverbände der gesetzlichen Krankenversicherung

Für die Landesverbände der gesetzlichen Krankenversicherung entsteht ein einmaliger Aufwand von 230 000 Euro für die zusätzliche Arbeit der erweiterten Landesausschüsse nach § 90 Absatz 4a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Dabei wird angenommen, dass in 16 Ausschüssen neun Personen des höheren Dienstes für 3 Personentage beschäftigt sind; (16 * 9 * 3 * 529,60 Euro = 228 787,20 Euro).

4.3.4. Erfüllungsaufwand für den Bewertungsausschuss

Dem ergänzten Bewertungsausschuss (gebildet durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft) entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 13 500 Euro für die Beratung und Beschlussfassung nach § 123 Absatz 4 Satz 1 zu einer Vergütung für die Einzelleistung der Ersteinschätzung.

Durch die Pflicht zur Evaluation der Auswirkungen dieses Beschlusses unter anderem hinsichtlich der Entwicklung der Leistungen der Notaufnahmen und Notdienst- und der Kooperationspraxen entsteht dem ergänzten Bewertungsausschuss zudem ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 17 000 Euro.

Für die Beratung und Beschlussfassung nach § 123 Absatz 4 Satz 3 zu den notwendigen Kennzeichnungen zur Identifikation von Notaufnahmen, Notdienst- und Kooperationspraxen entstehen dem Bewertungsausschuss (gebildet durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung) ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 7 500 Euro und dem ergänzten Bewertungsausschuss ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 10 000 Euro.

E.1 Erfüllungsaufwand für die Bürger Maßnahme/Adressat	Rechtsgrundlage	Einmaliger EA	EA laufend / Jahr
Keine		0	0
Gesamtsumme E.1		0	0
E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft Maßnahme/Adressat	Rechtsgrundlage	Einmaliger EA	EA laufend / Jahr
Krankenhäuser			
Vereinbarung der Kooperationsvereinbarungen zu den INZ	§ 123a Absatz 2 SGB V	498.960	
Unterhalt des Organisationsgremiums am INZ	§ 123a Absatz 2 SGB V		997.920
Ausschreibung von Versorgungsverträgen Apotheke	§ 12b ApoG	498.960	
Landeskrankenhausgesellschaften			
Erweiterung der Aufgaben der Landesausschüsse nach § 90 Absatz 4a SGB V	§ 90 Absatz 4a SGB V	204.250	
Private Krankenversicherungsunternehmen			
Vereinbarung des PKV-Verbandes mit Landesverbänden der Krankenkassen nach § 105 Absatz 1b SGB V	§ 105 Absatz 1b SGB V	10.000	
Deutscher Apothekerverband e.V.			
Erweiterung der Meldewege	§ 20 Absatz 4 ApoG	500.000	
Gesamtsumme E.2		**1.712.170**	**997.920**
E.3 Erfüllungsaufwand für die Verwaltung **Maßnahme/Adressat**	**Rechtsgrundlage**	**Einmaliger EA**	**EA laufend / Jahr**
Länder und Kommunen			
Vereinbarung der Kooperationsvereinbarungen zu den Gesundheitsleitsystemen	§ 133a Absatz 2 SGB V	210.816	
Aufnahme in das gemeinsame Landesgremium	§ 90a Absatz 1 SGB V		33.382
Zwischensumme Länder und Kommunen		**210.816**	**33.382**
Kassenärztliche Vereinigungen			
Vereinbarung der Kooperationsvereinbarungen zu den INZ	§ 123a Absatz 2 SGB V	635.040	
Unterhalt des Organisationsgremiums am INZ	§ 123a Absatz 2 SGB V		1.270.080
Vereinbarung der Kooperationsvereinbarungen zu den Gesundheitsleitsystemen	§ 133a Absatz 2 SGB V	217.728	
Zusätzliche Aufgaben der erweiterten Landesausschüsse	§ 90 Absatz 4a SGB V	228.787	

Vorlage von Kalkulationen zur Verwendung der Mittel nach § 105 Absatz 1b SGB V	§ 105 Absatz 1b SGB V		71.168
Ausschreibung von Versorgungsverträgen Apotheke	§ 12b ApoG	576.800	
Zwischensumme Kassenärztliche Vereinigungen		**1.658.355**	**1.341.248**
Landesverbände der gesetzlichen Krankenversicherung			
Zusätzliche Aufgaben der erweiterten Landesausschüsse	§ 90 Absatz 4a SGB V	228.787	
Vereinbarung der Landesverbände der Krankenkassen mit PKV-Verband nach § 105 Absatz 1b SGB V	§ 105 Absatz 1b SGB V	10.000	
Zwischensumme Landesverbände der gesetzlichen Krankenversicherung		**238.787**	**0**
Bürokratiekosten aus Informationspflichten Maßnahme/Adressat	Rechtsgrundlage	Einmaliger EA	EA laufend / Jahr
Kassenärztliche Bundesvereinigung und KVen			
Evaluation der Tätigkeit der Terminservicestellen	Artikel 2; § 75 Absatz 1e SGB V		9.533
Bericht zum Stand der Vereinbarungen	§ 105 Absatz 1b SGB V		9.533
Bericht über die Anzahl und den jeweiligen Stand der Vereinbarungen zu Gesundheitsleitstellen	§ 133a Absatz 3 SGB V		9.533
Zwischensumme Bürokratiekosten aus Informationspflichten		0	28.599
Gesamtsumme E.3		**2.107.958**	**1.403.229**
Gesamtsumme Erfüllungsaufwand		**3.243.328**	**2.401.149**

5. Weitere Kosten

Keine.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Nachteilige Auswirkungen für Verbraucherinnen und Verbraucher oder nachteilige gleichstellungspolitische oder demografische Auswirkungen sind nicht zu erwarten. Gleichwertige Lebensverhältnisse werden durch die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie eine flächendeckende Einführung von Gesundheitsleitsystemen und Integrierten Notfallzentren gefördert.

VII. Befristung; Evaluierung

Eine Befristung erfolgt nicht. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung evaluiert die Tätigkeit der Akutleitstellen nach § 75c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit über die Anzahl und den Stand der Kooperationsvereinbarungen der eingerichteten Gesundheitsleitsysteme. Die Kassenärztlichen Vereinigungen evaluieren die Versorgung in den Integrierten Notfallzentren. Die Ergebnisse werden über die Kassenärztliche Bundesvereinigung dem Bundesministerium für Gesundheit berichtet.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 73b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Die Einbindung von Notaufnahmen im Rahmen Integrierter Notfallzentren in den Notdienst wird nunmehr in § 123 Absatz 1 Satz 4 geregelt.

Zu Nummer 2 (§ 75)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich insgesamt um Folgeänderungen zu der Einführung der neuen Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen nach Absatz 1c, eine Akutleitstelle zu betreiben.

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Neufassung wird eine redaktionelle Anpassung vorgenommen, da auf das Datum zur Einführung der Terminservicestelle verzichtet werden kann und die Terminservicestellen bereits seit dem Jahr 2020 aktiv sind. Aufgrund der organisatorischen Trennung der Aufgaben der Terminservicestellen und der Akutleitstellen ist eine tägliche Erreichbarkeit der Terminservicestellen an 24 Stunden künftig nicht mehr erforderlich. Daher wird zur Entlastung der Kassenärztlichen Vereinigungen geregelt, dass die Terminservicestellen an Werktagen unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 116117 erreichbar sein müssen. Bei Anrufen zu der Rufnummer 116117 handelt es sich nicht um eine Notrufverbindung im Sinne des § 164 Absatz 1 Satz 1 des Telekommunikationsgesetzes. Die Kassenärztlichen Vereinigungen bieten zudem überwiegend auch digitale Angebote an. Damit jedoch alle Versicherten unabhängig vom Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zu den gleichen Bedingungen die Möglichkeit haben, Termine zu buchen, wird eine Konkretisierung hinsichtlich der digitalen Angebote vorgenommen.

Da nunmehr eine Verpflichtung der Akutleitstellen zur Kooperation mit den Rettungsleitstellen in § 133a Absatz 1 Satz 1 vorgesehen ist, entfällt die Regelung der Kooperationsmöglichkeit der Terminservicestellen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Akutleitstellen.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Bisher hatten die Terminservicestellen die Aufgabe, Versicherten in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene, in geeigneten Fällen auch in Form einer telefonischen ärztlichen Konsultation, zu vermitteln. Diese Aufgabe wird nunmehr der neuen Akutleitstelle nach Absatz 1c übertragen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Regelung, wann für die Vermittlung eines Termins bei einer Fachärztin oder bei einem Facharzt durch die Terminservicestelle ausnahmsweise auf eine Überweisung verzichtet werden kann, wird sprachlich angepasst. Künftig entfällt das Überweisungserfordernis nach einer Behandlung in einem Integrierten Notfallzentrum. Inhaltlich bleibt es die Aufgabe der Terminservicestelle, Versicherten ohne Überweisungserfordernis Termine zu vermitteln,

sollte sich nach Inanspruchnahme eines Integrierten Notfallzentrums ein weiterer Behandlungsbedarf ergeben haben. Dies ist eine Folgeanpassung zur flächendeckenden Einführung von Integrierten Notfallzentren.

Da nunmehr die Akutleitstellen die Ersteinschätzung durchführen, wird der Entfall des Überweisungserfordernisses in Absatz 1c überführt.

Zu Doppelbuchstabe dd

Um die Erreichbarkeit der Terminservicestellen patientenfreundlich in allen Bundesländern einheitlich und auf einem hohen Niveau zu gewährleisten, werden die Vertragsparteien des Bundesmantelvertrags - Ärzte verpflichtet, entsprechende Regelungen dort festzulegen.

Zu Doppelbuchstabe ee

Nach Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nutzen insgesamt 15 von 17 Kassenärztlichen Vereinigungen den elektronischen Terminservice nach Satz 16 zur digitalen Terminbuchung über die Terminservicestelle. Damit bundesweit einheitlich agiert wird und folglich allen Versicherten die gleichen barrierefreien Möglichkeiten zur Terminbuchung (digital und telefonisch) über die Terminservicestelle zur Verfügung stehen, werden nun alle Kassenärztlichen Vereinigungen zur Nutzung des elektronischen Terminservice der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verpflichtet. Eigene digitale Angebote der Kassenärztlichen Vereinigungen können weiterhin zusätzlich angeboten werden. Darüber hinaus wird damit gewährleistet, dass Regelungen die an den elektronischen Terminservice anknüpfen (zum Beispiel § 370a) bundesweit einheitlich greifen können und eine Stärkung der Barrierefreiheit bei der bundesweiten Terminbuchung ermöglicht wird.

Zu Doppelbuchstabe ff

Die Regelungen der bisherigen Sätze 18 und 19 werden in den neuen Absatz 1e wortgleich überführt.

Zu Doppelbuchstabe gg

Es wird geregelt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen Integrierten Notfallzentren im Bedarfsfall eine Terminbuchung bei Vertragsärzten ermöglichen müssen. Ziel ist es, die notwendige Weiterversorgung sicherzustellen und eine erneute Inanspruchnahme der Notdienststrukturen zu vermeiden.

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 1b

Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst mit der Konkretisierung des Absatz 1b eine jederzeit verfügbare Versorgung in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Diese Versorgung ist durchgängig sicherzustellen, das bedeutet 24 Stunden täglich an sieben Tagen der Woche. Sie kann und soll wie bisher innerhalb der vertragsärztlichen Sprechstunden erbracht werden. In diesem Fall ist die Behandlung nicht auf bestimmte Maßnahmen begrenzt und kann über das zur Erstversorgung Notwendige hinausgehen. Sofern die Versorgung jedoch im Rahmen des Notdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen nach Satz 5 erbracht wird, wird sie künftig als notdienstliche Akutversorgung legaldefiniert. In diesem Fall ist die Behandlung ausdrücklich auf eine Erstversorgung der Versicherten, also auf die kurzfristig erforderliche Behandlung sowie alle medizinisch gebotenen Maßnahmen der Diagnostik zur Klärung der Dringlichkeit und zum Ausschluss eines dringenden weitergehenden Versorgungsbedarfes und der überbrückenden Therapie von akuten Beschwerden, begrenzt. Sie kann auch die Feststellung einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit sowie die Verordnung von kurzfristig benötigten

Arzneimitteln umfassen. Darüber hinausgehende Maßnahmen dürfen im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung nicht durchgeführt und abgerechnet werden.

Entsprechend der bisherigen Rechtslage wird die notdienstliche Akutversorgung als vertragsärztliche Leistung erbracht.

In Satz 5 wird konkretisiert, welche Strukturen die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen des Notdienstes im Besonderen gewährleisten müssen. Sie haben die notdienstliche Akutversorgung künftig insbesondere durch die Beteiligung an Integrierten Notfallzentren sowie durch ein telemedizinisches und ein aufsuchendes Versorgungsangebot sicherzustellen. Mit diesen Angeboten werden neben den zugelassenen und ermächtigten Leistungserbringern zusätzliche zentrale Anlaufstellen der vertragsärztlichen Versorgung in Not- oder Akutfällen geschaffen. Damit bleibt aber unberührt, dass in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist, die Behandlung prioritär durch verfügbare zugelassene und ermächtigte Leistungserbringer in der Regelversorgung umfassend erfolgt. Nur bei Inanspruchnahme der aufgrund von Satz 5 geschaffenen Strukturen des Notdienstes ist die Behandlung auf eine Erstversorgung beschränkt. Durch die Formulierung „insbesondere“ in Satz 5 wird klargestellt, dass es neben diesen nicht abschließend aufgezählten Versorgungsangeboten weiterhin den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt, einen hinreichenden fachärztlichen Notdienst, zum Beispiel durch Augenärztinnen und -ärzte, zu gewährleisten. Soweit eine entsprechende Versorgung durch die in Satz 5 aufgezählten Angebote nicht sichergestellt werden kann, sind (fachärztliche) Notdienststrukturen – insbesondere zu den sprechstundenfreien Zeiten – zu schaffen oder aufrecht zu erhalten.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, sich an flächendeckend einzurichtenden Integrierten Notfallzentren nach den Maßgaben der §§ 123 ff. zu beteiligen, also entsprechend Kooperationsverträge abzuschließen und die jeweilige Notaufnahme des zugelassenen Krankenhauses unmittelbar in den ambulanten Notdienst gemäß § 123 Absatz 1 Satz 4 einzubinden (Nummer 1). Wie bereits heute gilt dann das jeweilige zugelassene Krankenhaus als zur vertragsärztlichen Versorgung gehörig und unterliegt diesbezüglich nicht den Einschränkungen des § 76 Absatz 1 Satz 2; es kann selbständig eine notdienstliche ambulante Erstversorgung erbringen und diese auch vertragsärztlich abrechnen; dies ergibt sich aus Absatz 1b Satz 10.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben darüber hinaus sicherzustellen, dass Ärztinnen und Ärzte jederzeit für eine telefonische und videounterstützte Versorgung erreichbar sind. Dabei kann es sich um Ärztinnen und Ärzte der Akutleitstelle (Beratungsärztinnen und -ärzte) oder anderer Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung handeln (Nummer 2). Die Versorgung erfolgt durch einen über die Akutleitstelle vermittelten telefonischen oder videounterstützten Kontakt. Sie kann als Videosprechstunde nach § 365 erbracht und nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab abgerechnet werden. Zur Finanzierung des Ausbaus der technischen und personellen Ausstattung und einer rund um die Uhr zu gewährleistenden telefonischen und videounterstützten ärztlichen Beratungsleistung müssen die entsprechenden Selbstverwaltungspartner gegebenenfalls zusätzliche Mittel gemäß der nunmehr schiedsfähigen Verpflichtung nach § 105 Absatz 1b zur Verfügung stellen. Zur weiteren Entlastung der Kassenärztlichen Vereinigungen und zur Erreichung von Synergieeffekten sollen diese untereinander und mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kooperieren, da entsprechende Leistungen auch dezentral erbracht werden können. Die Akutleitstelle kann Integrierten Notfallzentren nach § 123 durch die Angebote telefonischer Konsilien oder telemedizinischer Konsilien nach § 367 bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen unterstützen. Diese zusätzlichen Angebote führen insgesamt zu einer erheblichen Entlastung sonstiger Notfallstrukturen.

Speziell mit Blick auf die demographische Bevölkerungsentwicklung ist neben dem telefonischen beziehungsweise videounterstützten Versorgungsangebot ein aufsuchender Dienst, der täglich 24 Stunden angeboten werden muss, notwendig für eine

bedarfsgerechte notdienstliche Versorgung (Nummer 3). Insbesondere soll diese Versorgung auch auf die besonderen Belange von Pflegebedürftigen eingehen und Versorgungslücken insbesondere für immobile Patientinnen und Patienten schließen. Unter anderem können dadurch (etwa durch Klärung der Transportnotwendigkeit oder Behandlung vor Ort) Fahrten in die Notaufnahmen der Krankenhäuser und nicht bedarfsgerechte Einsätze der Rettungsdienste reduziert werden. Die Organisation der notdienstlichen Versorgung obliegt der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Zur personellen und wirtschaftlichen Entlastung wird den Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht, hierzu Kooperationen mit dem Rettungsdienst einzugehen und diese Leistung auch durch nichtärztliches Personal zu erbringen, welches aufgrund seiner beruflichen Qualifikation die notwendigen Fähigkeiten, Kenntnisse und Erfahrungen erworben hat, um im Rahmen ärztlicher Delegation nach § 28 Absatz 1 tätig zu werden.

Satz 10 und 11 entsprechen Absatz 1b Satz 5 und 6 des geltenden Rechts.

Satz 12 entspricht Absatz 1b Satz 7 des geltenden Rechts. Damit wird an der Vorgabe festgehalten, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch treten sollen. Auch im Rahmen der Organisation der notdienstlichen Versorgung muss es das Ziel sein, die Versorgung von Versicherten mit Arzneimitteln nach Möglichkeit zu erleichtern.

Zu Absatz 1c

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben nunmehr unter derselben bundesweiten Rufnummer nach Absatz 1a Satz 2 zusätzlich zu den Terminservicestellen sogenannte Akutleitstellen nach Absatz 1c einzurichten. Diese dienen als zentrale erste Anlaufstelle für Personen, die von einer sofortigen ambulanten Behandlungsnotwendigkeit ausgehen. Die Akutleitstellen sind nach § 133a Absatz 2 Satz 1 verpflichtet, Kooperationen nach § 133a mit den Rettungsleitstellen unter der Notrufnummer 112 einzugehen, um bedarfsgerecht in die angemessene Versorgungsstruktur zu steuern.

Es handelt sich bei Anrufen zu den Akutleitstellen nicht um Notrufverbindungen im Sinne des § 164 Absatz 1 Satz 1 des Telekommunikationsgesetzes (TKG). Es ist auch nicht geplant, dass die Akutleitstellen eine Filterfunktion für die Notrufnummer 112 wahrnehmen. Beide Nummern bleiben weiter bestehen.

Als entscheidende Voraussetzung, dass eine Vernetzung mit den Rettungsleitstellen gelingen kann, werden konkrete Erreichbarkeitsvorgaben für die Akutleitstelle in den Sicherstellungsauftrag aufgenommen. Hier werden die Empfehlungen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung aufgegriffen und wird gesetzlich festgelegt, dass bei der Akutleitstelle die Wartezeit auf eine Ersteinschätzung maximal drei Minuten in 75 Prozent aller Anrufe und maximal zehn Minuten in 95 Prozent aller Anrufe betragen darf. Letztgenanntes verhindert, dass Anrufende sich lediglich aufgrund zu langer Wartezeiten („Warteschleife“) an den Notruf 112 wenden. Es obliegt der Rechtsaufsicht der Länder, diese Vorgaben zu kontrollieren. Zusätzlich sind die Akutleitstellen 24 Stunden täglich über digitale Angebote erreichbar. Zur Anpassung an die Neuregelung der Erreichbarkeit ist ein Übergangszeitraum von sechs Monaten notwendig. Diese Übergangsfrist soll es den Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglichen, das für die vorgeschriebenen Erreichbarkeitszeiten gegebenenfalls erforderliche zusätzliche Personal bereitzustellen.

Die Akutleitstellen vermitteln auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens bei sofortiger Behandlungsbedürftigkeit und in geeigneten Fällen primär in die vertragsärztliche Regelversorgung (Akuttermin bei einer in zumutbarer Nähe gelegenen Praxis, Termin zur Videosprechstunde bei einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt, Vermittlung in offene Sprechstunden, Hausbesuche). Eine Überweisung oder ein Vermittlungscode sind in diesen Fällen nicht notwendig.

Wenn durch die Akutleitstelle keine rechtzeitige oder zumutbare ambulante Behandlung in der Regelversorgung vermittelt werden kann, stehen die nach Absatz 1b Satz 5 vorgesehenen Angebote der notdienstlichen Akutversorgung zur Verfügung. Hier wird die bereits bestehende Verpflichtung, in geeigneten Fällen eine telefonische ärztliche Konsultation anzubieten, erweitert auf videounterstützte Verfahren. In den Ausnahmefällen, in denen ein lebensbedrohlicher Notfall vorliegt und der Anrufende eigentlich die Notrufnummer 112 hätte wählen müssen, leitet die Akutleitstelle den Anrufenden unmittelbar an die Rettungsleitstelle weiter. In diesen Fällen findet keine Übermittlung der Standortangaben statt, da es sich bei der weitergeleiteten Verbindung nicht um eine Notrufverbindung im Sinne des § 164 Absatz 1 Satz 1 TKG handelt.

Ergibt die Ersteinschätzung keine sofortige Behandlungsbedürftigkeit beziehungsweise einen Akutfall, so gilt bei einem sonstigen Behandlungsbedarf nach wie vor Absatz 1a.

Zu Absatz 1d

Der neue Absatz 1d stellt klar, dass sowohl die Terminservicestellen als auch die Akutleitstellen personenbezogene Daten der Anrufenden zur Erfüllung ihrer Aufgaben verarbeiten dürfen. Die Akutleitstellen dürfen auch Sprachaufzeichnungen fertigen. Da es in der Akutleitstelle nicht nur um reine Terminvermittlung, sondern auch um die Weiterleitung von Notfällen an die Rettungsleitstellen, die Vermittlung von Akutfällen und die medizinische Beratung durch Beratungsärztinnen und -ärzte geht, sind die aufgenommenen personenbezogenen Daten für die Dauer von zehn Jahren zu speichern. Diese Daten können beispielsweise zur Klärung von Haftungsfällen, zur Qualitätssicherung für das gemeinsame Qualitätsmanagement nach § 133a Absatz 3 oder zum besseren Umgang mit und zur Identifikation von häufig Anrufenden dienen.

Zu Absatz 1e

Absatz 1e entspricht Absatz 1a Satz 23 und 24 des geltenden Rechts.

Zu Absatz 1f

Die vertragszahnärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (zahnärztlicher Notdienst) bleibt von der Neufassung der notdienstlichen Akutversorgung in den Absätzen 1a bis 1e unberührt. Eine Änderung des bislang bestehenden Sicherstellungsauftrags der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen für den zahnärztlichen Notdienst und der damit verbundenen Pflichten erfolgt nicht. Es wird lediglich klargestellt, dass die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Versicherten dennoch bundesweit einheitlich im Internet über die Sprechstundenzeiten sowie barrierefreie Zugangsmöglichkeiten zu informieren haben.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Verweisanpassung als Folgeänderung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Anpassung ist eine Folgeänderung und dient einheitliche Verwendung des Begriffs „Rufnummer“ in § 75.

Zu Nummer 3 (§ 76)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neuregelung der Akutleitstelle in § 75 Absatz 1c. Zudem soll die Inanspruchnahme einer Notaufnahme für auf die Erstversorgung folgende

weitere Behandlungen nur noch im Fall der Vermittlungen der Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 7 in eine Notaufnahme möglich sein.

Zu Nummer 4 (§ 87)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Regelung der Akutleitstelle in § 75 Absatz 1c.

Zu Nummer 5 (87a)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung der Akutleitstelle in § 75 Absatz 1c.

Zu Nummer 6 (§ 90)

Zu Buchstabe a

Die zuständigen obersten Landesbehörden wirken auch für die neuen Aufgaben nach den §§ 123 Absatz 6 Satz 2, 123a Absatz 1 und 123b Absatz 1 im erweiterten Landesausschuss beratend mit. Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung und das Recht zur Antragstellung, damit die zuständige oberste Landesbehörde ihre versorgungs- und planungsrelevanten Erkenntnisse bestmöglich in die Beratungen einbringen kann.

Zu Buchstabe b

Der neue Absatz 4a regelt den erweiterten Landesausschuss und das Verfahren bezüglich seiner Aufgaben.

Der erweiterte Landesausschuss nach dem bisherigen § 116b Absatz 3 erhält mit der Standortfestlegung von Integrierten Notfallzentren und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 neue Aufgaben und wird systematisch neu verortet. Es kommt auch die Aufgabe nach § 123 Absatz 6 Satz 2, die Konzeption und Koordinierung der telemedizinischen Unterstützung von Integrierten Notfallzentren, an deren Strandort kein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche vorhanden ist, hinzu.

Der Landesausschuss nach Absatz 1 wird als erweiterter Landesausschuss um Vertreter der Krankenhäuser in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und die Vertreter der Ärzte vorgesehen ist. Die dem erweiterten Landesausschuss durch die Wahrnehmung seiner neuen Aufgaben entstehenden Kosten werden zur Hälfte von den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie zu je einem Viertel von den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankenhausgesellschaft getragen. Im Zusammenhang mit den Aufgaben nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 sind Vertreter der Leistungserbringer im Rettungsdienst anzuhören. Diese werden von der zuständigen oberste Landesbehörde benannt. Kommt die Festlegung nach § 123a Absatz 1 oder § 123b Absatz 1 ganz oder teilweise nicht fristgemäß zustande, setzt die zuständige oberste Landesbehörde unverzüglich eine angemessene Nachfrist, die sechs Wochen nicht überschreiten darf. Ist auch die Nachfrist ergebnislos verstrichen, erfolgt die Festlegung durch die zuständige oberste Landesbehörde innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der Nachfrist. Der erweiterte Landesausschuss stellt die hierfür erforderlichen Informationen, Unterlagen und Stellungnahmen unverzüglich zur Verfügung. Der Ablauf der Frist zur Ersatzvornahme wird bis zum Eingang der angeforderten Informationen, Stellungnahmen und Unterlagen unterbrochen. Die Festlegung der Standorte nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 sind regelmäßig zu überprüfen. Bei Veränderungen der tatsächlichen Gegebenheiten, etwa in dem Fall, dass ein Krankenhausstandort Kriterien nach § 123a Absatz 1 Satz 3 bis 5 nicht mehr erfüllt, die für seine Bestimmung wesentlich waren, kann eine neue Standortfestlegung beschlossen werden.

Zu Nummer 7 (§ 90a)

Vertreter des Rettungsdienstes werden explizit als mögliche Mitglieder in die Regelung der gemeinsamen Landesgremien nach § 90a aufgenommen. Dies geschieht, um die Expertise der Rettungsdienste insbesondere bei Empfehlungen zur sektorenübergreifenden Notfallversorgung mit einzubinden und die Mitspracherechte für sie als wichtige Akteure der Notfallversorgung zu erweitern. Aufgrund der unterschiedlichen landesrechtlichen organisatorischen Ausgestaltung des Rettungsdienstes obliegt es den Ländern, die konkreten Mitglieder in Abstimmung mit der landesrechtlichen Verantwortung für Rettungsleitstellen und Leistungserbringung im Rettungsdienst zu benennen.

Zu Nummer 8 (§ 105)

Grundsätzlich sind Förderungen von Eigeneinrichtungen nach Absatz 1c – wozu auch die Eigeneinrichtungen des Notdienstes zählen – bereits über Absatz 1a Satz 3 Nummer 4 über den Strukturfonds möglich. Nach Absatz 1b können zudem bereits jetzt zusätzliche Mittel zweckgebunden zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes bereitgestellt werden. Von dieser Möglichkeit ist aber nur in geringem Umfang Gebrauch gemacht worden. Vor dem Hintergrund des Ausbaus und der Vernetzung der Leitstellen, der Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages und der Einrichtung sektorenübergreifender Behandlungsstrukturen müssen daher künftig die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich zusätzliche Mittel zweckgebunden zur Sicherstellung der neuen und auszubauenden Strukturen des Notdienstes vereinbaren. Die Finanzierung der Förderung wird dadurch begrenzt, dass der Betrag in gleicher Höhe von den beiden Vertragsparteien bereitzustellen ist.

Die privaten Krankenversicherungsunternehmen müssen in Anlehnung an ihren um Beihilfeanteile bereinigten Anteil am Krankenversicherungsmarkt eine finanzielle Beteiligung in Höhe von 7 Prozent an der unter ihrer Beteiligung bestimmten Förderung der Strukturen des Notdienstes leisten. Dabei werden die verfassungsrechtlichen Vorgaben an die Zulassung derartiger Sonderabgaben (besonderer, über das Finanzierungsanliegen hinausgehender Sachzweck der Finanzierung, spezifische Sachnähe der Herangezogenen und eine gruppennützige Verwendung der Abgaben) gewahrt. Medizinische Notfälle ergeben sich unabhängig vom Versicherungsstatus. Es ist notwendig, übergreifende Strukturen zur Versorgung aller Versicherten zu schaffen, die der allgemeinen Krankenversicherungspflicht unterliegen. Zwar dienen die Regelungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch und damit Maßnahmen in Absatz 1b Satz 5 zunächst der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung von gesetzlich Versicherten und sind insofern nicht unmittelbar den Versicherten der privaten Krankenversicherungsunternehmen gewidmet. Dennoch ist es Realität, dass Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen, die ihren Versicherten gegenüber gesetzlich zum Aufwendungsersatz für medizinisch notwendige Heilbehandlungen verpflichtet sind, aber weder regelmäßig noch flächendeckend eigenen Notfallversorgungsstrukturen vorhalten, auf die Sicherstellungsstrukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen zurückgreifen. Auch zukünftig sollten die mit diesem Gesetz verbesserten Strukturen der Notfallversorgung wie beispielsweise die Akutleitstelle für diesen Personenkreis weiterhin nutzbar sein. Für die privaten Krankenversicherungsunternehmen können sich darüber hinaus mit den verbesserten Notfallversorgungsstrukturen Einsparpotentiale ergeben.

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren das Nähere zur Bereitstellung des Finanzierungsanteils der privaten Krankenversicherungsunternehmen. Die vorzugsweise an den Versichertenzahlen zu orientierende interne Umlage des Beitrags der privaten Krankenversicherungsunternehmen bleibt deren interner Disposition überlassen. Der Betrag, den die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam zur Verfügung stellen müssen, wird um den Betrag gemindert, den die privaten Krankenversicherungsunternehmen bereitstellen.

Förderfähig sind dabei zunächst die Strukturen nach §§ 75 Absatz 1b Satz 5 Nummer 2 und 3, 75 Absatz 1c und 133a; hierzu zählen insbesondere die Errichtung und der Betrieb der Akutleitstellen, inklusive der Vorhaltung des Personals zur Ersteinschätzung und von Beratungsärztinnen und -ärzten, der aufsuchende Dienst und Maßnahmen zur digitalen Vernetzung der Akutleitstelle mit den Rettungsleitstellen. Darüber hinaus sind die integrierten Notfallstrukturen nach §§ 123 bis 123b förderfähig; hierzu zählen insbesondere die Errichtung und Vorhaltung von Notdienstpraxen und Maßnahmen zur digitalen Vernetzung.

Kooperationspraxen nach § 123 Absatz 1 Satz 6 können durch Mittel aus dem Strukturfonds nach Absatz 1a gefördert werden.

Zur Bestimmung des Betrags zur Finanzierung der Förderung müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen den Vertragsparteien eine hinreichend detaillierte Kalkulation für ihren Bedarf vorlegen. Die Positionen sind auch dahingehend zu begründen, warum über die Mittel nach Absatz 1a hinaus ein Finanzierungsbedarf besteht. Um eine Doppelfinanzierung im Zusammenhang mit dem Notdienst zu vermeiden, soll der Betrag zur Finanzierung der Förderung um die bereits nach der regionalen Euro-Gebührenordnung oder einem Gesamtvertrag abgerechneten Leistungen und Kosten, nicht ausgeschöpfte Mittel des Honorarvolumens für die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst nach § 87b Absatz 1 Satz 3 sowie sonstige Entgelte gemindert werden. Aufgrund dieser Kalkulation finden die Vertragsverhandlungen statt. Erfolgt keine Einigung, so entscheidet das zuständige Schiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung nach § 89, sobald dort ein entsprechender Antrag gestellt wird. Der Betrag zu Finanzierung der Förderung ist jährlich anhand des Bedarfs und der Kalkulationen zu evaluieren und demgemäß anzupassen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat jährlich einen Bericht über die Anzahl und den jeweiligen Inhalt der Vereinbarungen einschließlich der Höhe der vereinbarten Beträge bezogen auf die einzelnen Förderzwecke zu veröffentlichen.

Zu Nummer 9 (116b)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Neuverortung des erweiterten Landesausschusses in § 90 Absatz 4a.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Neuverortung des erweiterten Landesausschusses in § 90 Absatz 4a.

Zu Nummer 10 (§ 120)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

Der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss zum Erlass einer Richtlinie, die Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 an ein Krankenhaus wenden, beinhaltet, wird aufgehoben. Damit verliert die bereits beschlossene, aber wegen Beanstandung nicht in Kraft getretene

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ihre Rechtsgrundlage und ist hinfällig. Ein der neuen gesetzlichen Lage angepasster Auftrag zum Erlass einer Richtlinie mit Vorgaben für ein standardisiertes digitalisiertes Ersteinschätzungsinstrument zur Steuerung der Hilfesuchenden im Rahmen der Strukturen des Integrierten Notfallzentrums wird in § 123 Absatz 3 aufgenommen.

Zu Nummer 11 (§§ 123, 123a, 123b)

Zu § 123

§ 123 regelt die bundesweit flächendeckende Einrichtung von Integrierten Notfallzentren.

Zu Absatz 1

Absatz 1 beschreibt die Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion von Integrierten Notfallzentren. Diese bestehen aus der Notaufnahme eines zugelassenen Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des Krankenhausstandortes und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle. In unmittelbarer räumlicher Nähe bedeutet, dass Notaufnahme und Notdienstpraxis in kurzer fußläufiger Entfernung zueinander liegen. Die fachliche Leitung und die Verantwortung für die Ersteinschätzungsstelle obliegt grundsätzlich dem Krankenhaus. Dieses ist auch außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vor Ort vertreten. In der Kooperationsvereinbarung, die die Kassenärztliche Vereinigung und das Krankenhaus nach § 123a Absatz 2 schließen, kann jedoch etwas Abweichendes vereinbart werden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden durch die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags verpflichtet, die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch Kooperation und organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern in Integrierten Notfallzentren sicherzustellen und die Notaufnahme des Krankenhauses unmittelbar in den Notdienst einzubeziehen. Wie bereits heute gilt dann das jeweilige zugelassene Krankenhaus als zur vertragsärztlichen Versorgung gehörig und unterliegt diesbezüglich nicht den Einschränkungen des § 76 Absatz 1 Satz 2; es kann selbständig eine notdienstliche ambulante Erstversorgung erbringen und diese auch vertragsärztlich abrechnen. Dies ergibt sich aus § 75 Absatz 1b Satz 10. Reziprok werden zugelassene Krankenhäuser, an deren Standort ein Integriertes Notfallzentrum eingerichtet werden soll, zur Kooperation im Rahmen des Integrierten Notfallzentrums verpflichtet. Hiermit wird an die bereits jetzt aufgrund von § 75 Absatz 1b Satz 3 des geltenden Rechts bestehende Rechtslage angeknüpft, aber diese für zugelassene Krankenhäuser, deren Standort als Standort für ein Integriertes Notfallzentrum festgelegt wurde, und für die Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich. Gleichzeitig wird der kooperative Charakter eines Integrierten Notfallzentrums betont, dass Notaufnahme und Ersteinschätzungsstelle grundsätzlich in Trägerschaft des zugelassenen Krankenhauses beziehungsweise die Notdienstpraxis in Trägerschaft der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung verbleiben. Eine gemeinsame Trägerschaft zwischen Krankenhaus und Kassenärztlicher Vereinigung ist gesetzlich nicht vorgeschrieben.

Nach Satz 6 sollen zusätzlich zu der Notaufnahme und der Notdienstpraxis auch geeignete, im Umkreis des Krankenhausstandortes gelegene Kooperationspraxen in die Kooperationsvereinbarung des Integrierten Notfallzentrums eingebunden werden. Dies können selbständige Vertragsarztpraxen und Medizinische Versorgungszentren sein, die während der regulären vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten, zu denen die Notdienstpraxis im Integrierten Notfallzentrum nicht geöffnet hat, die Versorgung von Akutfällen übernehmen. Die Kooperationspraxis muss derart mit dem Integrierten Notfallzentrum vernetzt sein, dass eine zeitlich nahtlose, rückverfolgbare und digitale Fallübergabe in dem für das Integrierte Notfallzentrum geltenden interoperablen Format sichergestellt ist. Dies ist erforderlich, um eine ärztlich verantwortbare Weiterleitung und eine sichere und unmittelbare Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, die von der Ersteinschätzungsstelle

des Integrierten Notfallzentrum in eine Kooperationspraxis überwiesen werden. Die Versorgung in den Kooperationspraxen ist dabei nicht auf die notdienstliche Erstversorgung beschränkt, da es sich bei diesen nicht um eine Struktur des Notdienstes nach § 75 Absatz 1b Satz 5 handelt.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Steuerung innerhalb des Integrierten Notfallzentrums. Die zentrale Ersteinschätzungsstelle trifft für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, eine Entscheidung dazu, welche Dringlichkeit die Behandlung hat. Für die Zeiten, in denen die Notdienstpraxis oder eine Kooperationspraxis geöffnet hat, entscheidet sie außerdem, in welcher Versorgungsebene des Integrierten Versorgungszentrums, also Notaufnahme oder Notdienstpraxis beziehungsweise bei einer bestehenden Kooperation in den entsprechenden Zeiten eine Kooperationspraxis, die Patientin oder der Patient am besten versorgt werden kann. Hilfesuchende, die aufgrund einer ärztlichen Verordnung von Krankenhausbehandlung ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen oder durch den Rettungsdienst eingeliefert werden, fallen nicht unter diese Regelung. Für Hilfesuchende, welche bereits kein von ihnen als dringend erachtetes gesundheitliches Anliegen schildern, beispielsweise eine Routineuntersuchung wünschen, steht demgegenüber allein die vertragsärztliche Regelversorgung offen; sie können zum Beispiel auf die Rufnummer 116117 verwiesen werden. Eine Ersteinschätzung findet nicht statt. Aus Gründen der Patientensicherheit ist nach einer bloßen Ersteinschätzung eine Verweisung aus den Räumlichkeiten des Integrierten Notfallzentrums heraus für Patientinnen und Patienten nur nach einer separat zu vergütenden tatsächlichen Untersuchung durch eine Ärztin beziehungsweise einen Arzt entweder in der Notdienstpraxis oder der Notaufnahme möglich. Etwas anderes gilt nur unter der Voraussetzung, dass die Patientin oder der Patient von der Ersteinschätzungsstelle in eine Kooperationspraxis nach Absatz 1 Satz 6 mit der entsprechenden engen Vernetzung weitergeleiten werden kann. Durch die enge Verknüpfung der Kooperationspraxis mit dem Integrierten Notfallzentrum ist gewährleistet, dass die vermittelten Patientinnen und Patienten dort ebenso zeitnah und verlässlich versorgt werden wie in einer Notdienstpraxis. Die Ersteinschätzung kann im Wege der Delegation durch nichtärztliches Personal erbracht werden. Ab dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 bestimmten Zeitpunkt erfolgt die Ersteinschätzung auf der Grundlage eines digitalen standardisierten Instruments. Das Ergebnis des Ersteinschätzungsinstruments dient der Ersteinschätzungsstelle als maßgebliche Entscheidungsgrundlage.

Innerhalb des Integrierten Notfallzentrums werden bei der Fallübergabe zwischen den Kooperationspartnern alle verfügbaren und für die weitere Behandlung erforderlichen Daten in einem standardisieren Datenformat wechselseitig digital übermittelt. Für die Steuerung der Patientinnen und Patienten im Integrierten Notfallzentren sind die Kooperationspartner einschließlich der Kooperationspraxis befugt, die hierfür notwendigen personenbezogenen Daten zur verarbeiten und auszutauschen. Eine entsprechende Rechtsgrundlage wird vorgesehen.

Sollte nach erfolgter notdienstlicher Akutversorgung im Integrierten Notfallzentrum die medizinische Erforderlichkeit einer Weiterbehandlung bestehen, wird den Patientinnen und Patienten die Vermittlung eines Termins in der ambulanten Regelversorgung, einschließlich einer telefonischen oder videounterstützten Versorgung, über das System der Terminservicestelle angeboten.

Die Bewertung der Behandlungsdringlichkeit im Rahmen des Ersteinschätzung nach Satz 1 erfolgt in mehreren Dringlichkeitsstufen. Die Steuerung von Hilfesuchenden über die Akutleitstelle beziehungsweise die Kooperation mit den Rettungsleitstellen nach § 133a ist entscheidend für eine zielgerichtete und bedarfsgerechte Akut- und Notfallversorgung. Um einen Anreiz für eine Kontaktaufnahme mit der Akutleitstelle zu schaffen, wird vorgesehen, dass Hilfesuchende, die das Integrierte Notfallzentrum auf der Grundlage einer

telefonischen Vermittlung durch die Akutleitstelle aufsuchen, dort bei gleicher medizinischer Behandlungsdringlichkeit innerhalb derselben Dringlichkeitsstufe grundsätzlich vorrangig behandelt werden. Das Nähere zum Nachweis der Vermittlungen der Akutleistellte regelt der Bundesmantelvertrag-Ärzte. Neben der medizinischen Behandlungsdringlichkeit können weitere Faktoren zur Vermeidung sozialer Härten wie zum Beispiel Aufgaben der Kinderbetreuung oder Pflege in die Entscheidung über die Behandlungsreihenfolge mit einbezogen werden.

Zu Absatz 3

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in einer Richtlinie innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes Vorgaben für ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument sowie die sächliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxis fest.

Die Richtlinie soll Vorgaben an ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument enthalten, das für Hilfesuchende einerseits die Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs feststellen und andererseits eine Entscheidung, ob sie in der Notaufnahme oder in der Notdienstpraxis beziehungsweise einer geöffneten Kooperationspraxis nach Absatz 1 Satz 6 zu versorgen sind, generieren kann. Das System zur Ersteinschätzung muss validiert und patientensicher sein. Die besonderen Bedürfnisse von Kindern, Menschen mit Behinderung und psychisch Erkrankten sind zu berücksichtigen. Die Vorgaben sind mit den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ (Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung) abzustimmen. Die neu zu entwickelnden Vorgaben sind mit den bereits derzeit nach diesen Regelungen in den Notaufnahmen zur Anwendung kommenden Systemen zur Behandlungspriorisierung, wie zum Beispiel dem Manchester Triage System (MTS), in Einklang zu bringen. Diese Systeme sollen ein Bestandteil des neuen Ersteinschätzungsinstruments sein.

Die Richtlinie soll zudem Vorgaben zum Nachweis der Einhaltung der Vorgaben an ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument umfassen. Es soll bestimmt werden, wie und durch welche Stellen die Konformität mit den Anforderungen nach Satz 1 Nummer 1 festgestellt wird.

Ebenfalls festzulegen sind Vorgaben zur Form und zum Inhalt des Nachweises der Verwendung des Ersteinschätzungsinstruments für die Abrechnung der Einzelleistung nach Absatz 4 Satz 1 und ein Zeitpunkt, ab dem nach Absatz 2 Satz 3 die Ersteinschätzungsstellen die Ersteinschätzung mit einem entsprechenden, den Anforderungen nach Nummer 1 genügenden Ersteinschätzungsinstrument durchführen müssen. Der Zeitpunkt hängt davon ab, ob zumindest ein Instrument, welches die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Satz 1 Nummer 1 erfüllt, tatsächlich auf dem Markt zur Verfügung steht und ein Nachweis der Konformität nach Satz 1 Nummer 2 erbracht wurde. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat diese Vorgabe regelmäßig zu prüfen und gegebenenfalls den festgelegten Zeitpunkt anzupassen. Ab diesem Zeitpunkt ist der Nachweis der Verwendung des Ersteinschätzungssystems Voraussetzung für die Vergütung der Ersteinschätzung nach Absatz 4 Satz 1. Diese Regelung soll eine bundeseinheitliche Nutzung und gleichmäßige Einführung der beschriebenen Ersteinschätzungssysteme sicherstellen.

Die Anforderungen an das Personal der Ersteinschätzungsstelle legen allein die Kooperationspartner des jeweiligen Integrierten Notfallzentrums in der Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 Satz 4 Nummer 4 fest, um flexible Lösungen vor Ort zu ermöglichen. Anforderungen an das Personal zur Verwendung des Ersteinschätzungsinstruments sind also ausdrücklich nicht von dem Richtlinienauftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss umfasst.

Der bisherige Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 120 Absatz 3b wird so an die neuen gesetzlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen angepasst und inhaltlich

auf die Steuerung zwischen Notaufnahme und Notdienstpraxis unter Berücksichtigung einer möglichen Kooperationspraxis beschränkt. Dennoch können wesentliche Vorarbeiten des Gemeinsamen Bundesausschusses hinsichtlich der Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung (Beschluss über eine Erstfassung vom 6. Juli 2023) mit in die Richtline einfließen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Richtlinie außerdem Mindestanforderungen an die sächliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen in Integrierten Notfallzentren. Die Mindestanforderungen sollen sich an der üblichen personellen und sachlichen Ausstattung einer Hausarztpraxis orientieren und sollen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Festlegungen zur einheitlichen Ausstattung der Notdienstpraxen sind erforderlich für die Bewertung, welche Art und Schwere von medizinischen Hilfeersuchen dort behandelt werden können. Zur Sicherstellung der Einhaltung der Mindestanforderungen nach Satz 1 Nummer 5 hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Richtlinie gemäß Satz 1 Nummer 6 auch ein aufwandsarmes Nachweis- und Kontrollverfahren zu bestimmen.

Die Länder erhalten ein Antrags- und Mitberatungsrecht entsprechend § 92 Absatz 7e. Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie ist den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann auch die Expertise der jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des Gemeinsamen Bundesausschusses einfließen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Auswirkungen der Richtlinie nach Satz 1 hinsichtlich der Entwicklung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen und der Notdienstpraxen, der Auswirkungen auf die Patientenversorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung seiner Regelungen bis zum 31. Dezember 2026 zu prüfen und dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens zu diesem Zeitpunkt hierzu zu berichten. Das Nähere zur Umsetzung dieses Evaluations- und Berichtsauftrags, insbesondere auch zur Übermittlung der hierzu erforderlichen Informationen an den G-BA durch die jeweiligen Stellen, regelt der G-BA nach Satz 1 Nummer 7 in seiner Richtlinie.

Zu Absatz 4

Der ergänzte Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a beschließt innerhalb einer gesetzlich vorgegebenen Frist die notwendigen Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen. Ziel ist es, den personellen und technischen Aufwand durch eine Ersteinschätzung nach Absatz 2 Satz 1 angemessen abzubilden und als Einzelleistung unabhängig von der Weiterbehandlung zu vergüten. Er hat außerdem die Entwicklung der Leistungen in Integrierten Notfallzentren zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2027 zu berichten. Zur Umsetzung des Evaluationsauftrages ist eine Kennzeichnung der Leistungen nach dem Erbringungsort erforderlich. Daher müssen die entsprechenden Abrechnungsdaten mit einer Kennzeichnung versehen werden. Der Bewertungsausschuss und der erweiterte Bewertungsausschuss werden daher beauftragt, die notwendigen Fallkennzeichnungen zu beschließen. Zur Umsetzung des Evaluationsauftrags ist eine Kennzeichnung der Leistungen nach Erbringungsort (Notaufnahme, Notdienstpraxis, Kooperationspraxis) erforderlich. Da die eindeutige Zuordnung mit derzeitigen Abrechnungsdaten nicht möglich ist, werden der Bewertungsausschuss (für Kooperationspraxen) und der ergänzte Bewertungsausschuss (für Notaufnahmen und Notdienstpraxen) ergänzend mit einer Vorgabe zur Kennzeichnung der Fälle nach Erbringungsort beauftragt.

Zu Absatz 5

Um die Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sicherzustellen, hat die zuständige

Kassenärztliche Vereinigung zusammen mit dem jeweiligen Krankenhausträger einen Versorgungsvertrag nach § 12b des Apothekengesetzes mit einer öffentlichen Apotheke zu schließen.

Solange noch kein Vertrag nach § 12b des Apothekengesetzes besteht, ist die Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine streng am akuten Bedarf orientierte Abgabe von Arzneimitteln gemäß § 43 Absatz 4 des Arzneimittelgesetzes in Notdienstpraxen sicherzustellen, beispielweise für den Fall, dass eine Antibiotikatherapie oder eine Schmerztherapie sofort begonnen werden muss. Damit wird für den Zeitraum vor Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 12b des Apothekengesetzes eine Versorgung von Patientinnen und Patienten der Notdienstpraxis in einem engen Rahmen sichergestellt.

Die Abgabe von verkehrs- und verschreibungsfähigen Betäubungsmittel nach Anlage III zum Betäubungsmittelgesetz ist grundsätzlich nur im Rahmen des Betriebs einer Apotheke und gegen Vorlage der ärztlichen Verschreibung vorgesehen. Entsprechend hat die Versorgung mit im Rahmen einer Konsultation einer Notdienstpraxis verschriebenen Betäubungsmitteln über eine nach § 12b des Apothekengesetzes versorgende Apotheke zu erfolgen. Solange ein solcher Versorgungsvertrag noch nicht besteht, kann die Versorgung mit verschriebenen Betäubungsmitteln unter den Voraussetzungen des § 13 Absatz 1a des Betäubungsmittelgesetzes erfolgen.

Zu Absatz 6

Absatz 6 regelt die telemedizinische Anbindung von Integrierten Notfallzentren an Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin. Integrierte Notfallzentren haben dafür zu sorgen, dass sie durch telemedizinische und telefonische Konsilien von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendmedizin unterstützt werden, wenn an ihrem Standort kein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche vorhanden ist. Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann Empfehlungen für eine landesweite Konzeption und Koordinierung dieser telemedizinischen Unterstützung aussprechen. Dies kann durch Nutzung des telemedizinischen kinder- und jugendärztlichen Notdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung, durch Kooperationen mit Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche oder mit anderen Leistungserbringern mit kinder- und jugendmedizinischem Schwerpunkt erfolgen, etwa durch eine digitale Vernetzung zu einem virtuellen Integrierten Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche. Die zu unterstützenden Integrierten Notfallzentren haben die erforderliche technische Ausstattung für eine telemedizinische Anbindung vorzuhalten. Die Vorgaben der Vereinbarung nach § 367 Absatz 1 sind dabei einzuhalten.

Zu Absatz 7

Absatz 7 regelt die Berichtspflichten zur Versorgung in den Integrierten Notfallzentren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen berichten den zuständigen obersten Landesbehörden jährlich über die Versorgung in den Integrierten Notfallzentren in Hinblick auf Abweichungen von den gesetzlichen Öffnungszeiten der Notdienstpraxis, auf die Anzahl der eingerichteten Kooperationspraxen und der eingerichteten Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche, auf die Anteile der Inanspruchnahme des Integrierten Notfallzentrums mit und ohne vorherigen Kontakt zur Akutleitstelle und auf die Zahl der abgeschlossenen Verträge nach § 12b des Apothekengesetzes. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich.

Zu § 123a

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Bestimmung der Standorte für Integrierte Notfallzentren. Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a legt die Standorte von Integrierten Notfallzentren erstmals innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes fest. Die

Planung soll eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte flächendeckende Versorgung mit gleichmäßigem Zugang der Bevölkerung zu Integrierten Notfallzentren als zentrale Anlaufstelle der Notfallversorgung an dafür geeigneten Standorten sicherstellen. Die Standortfestlegung unterliegt einer regelmäßigen Überprüfung; bei veränderten Tatsachen, wie etwa dem Wegfall von Voraussetzungen für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums, kann eine neue Standortfestlegung erforderlich sein. Der erweiterte Landesausschuss bestimmt hierzu zunächst Planungsregionen zur flächendeckenden Versorgung mit Integrierten Notfallzentren. Damit nur solche Krankenhausstandorte festgelegt werden können, die über die erforderliche personelle und sachliche Ausstattung für die Erbringung einer stationären Notfallversorgung verfügen, soll ein Krankenhausstandort mindestens die Anforderungen der Notfallstufe 1 Basisnotfallversorgung nach den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses erfüllen. Ein weiteres Kriterium ist, dass kein überwiegendes berechtigtes Interesse des Krankenhauses entgegensteht. Dabei ist das Interesse an einer flächendecken Versorgung durch Integrierte Notfallzentren gegen das berechtigte Interesse des Krankenhauses abzuwägen. Als berechtigte Interessen in Betracht kommen beispielsweise geplante Schließungen des Krankenhausstandortes oder anstehende Strukturveränderungen in der Notfallversorgung, sodass der Standort die weiteren Standortkriterien nicht mehr erfüllen könnte. Dies gilt auch, wenn das Krankenhaus nachweist, dass es die mit der Bestimmung als Standort eines Integrierten Notfallzentrums verbundenen neuen Aufgaben personell oder finanziell nicht erfüllen kann.

Die Bundeswehrkrankenhäuser sind vom erweiterten Landesausschuss bei der Festlegung der Standorte der Integrierten Notfallzentren nach Satz 1 vorrangig zu berücksichtigen. Diese gesetzliche Festlegung trägt der besonderen Bedeutung der Bundeswehrkrankenhäuser Rechnung. Bundeswehrkrankenhäuser sind medizinische, stationäre Behandlungseinrichtungen der Bundeswehr mit dem besonderen Auftrag, die jederzeitige Abstellung von ärztlichem und nichtärztlichem medizinischen Fachpersonal für Einsätze der Bundeswehr – einschließlich der Landes- und Bündnis-verteidigung – sicherzustellen. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, ist es erforderlich, dass die Bundeswehrkrankenhäuser und die bei ihnen tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte ein möglichst breites Leistungsspektrum zur Vorbereitung auf den Einsatzfall der Bundeswehr erbringen. Dies schließt insbesondere die Einschätzung und Versorgung von Not- und Akutfällen ein. Indem der erweiterte Landesausschuss bei der Standortfestlegung die Bundeswehrkrankenhäuser vorrangig zu berücksichtigen hat, wird sein Ermessen dahingehend beschränkt. Dies steht im Einklang mit der verfassungsrechtlichen Grundentscheidung für eine wirksame militärische Verteidigung der Bundesrepublik Deutschland und damit für die Sicherung der staatlichen Existenz durch Streitkräfte, die organisatorisch so zu gestalten und personell so auszubilden und auszustatten sind, dass sie ihren militärischen Aufgaben im In- und Ausland gewachsen sind, Artikel 73 Nummer 1 des Grundgesetzes.

Der erweiterte Landesausschuss soll bei seiner Planung die gesetzlich festgelegten Kriterien berücksichtigen. Dabei ist insbesondere die Erreichbarkeit von Integrierten Notfallzentren zu berücksichtigen. Diese ist geprägt durch die Entfernung zu einem Standort und die benötigte Zeit zur Überbrückung dieser Entfernung. Gesetzlich sind daher Erreichbarkeitsvorgaben festgelegt wie zum Beispiel eine Fahrzeit von 30 Minuten mit einem Kraftfahrzeug sowie die Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr. Auch die allgemeine verkehrstechnische Anbindung, zum Beispiel die Parkplatzsituation, kann berücksichtigt werden. Neben der Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug wird auch der Zielerreichungsgrad angegeben, der angibt, für wie viel Prozent der Einwohnerinnen und Einwohner im räumlichen Einzugsgebiet eines Integrierten Notfallzentrums eine längere Anfahrt als die generell vorgegebenen Fahrzeiten mit einem Kraftfahrzeug zumutbar ist. Auch die Zahl der zu versorgenden Menschen in der Planungsregion ist zu berücksichtigen. Dies kann dazu führen, dass eine gegenüber der Vorgabe nach Nummer 1 höhere Dichte an Integrierten Notfallzentren nötig ist. Zudem ist mit in die Berücksichtigung einzubeziehen, ob bereits geeignete Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigung in unmittelbarer räumlicher Nähe zur

Notaufnahme eines Krankenhausstandortes vorhanden sind, um bereits etablierte Versorgungsangebote möglichst zu erhalten und insoweit auch Ressourcen zu schonen. Bei der Auswahl der Standorte ist auch zu berücksichtigen, ob grundsätzlich die Möglichkeit besteht, das Integrierte Notfallzentrum mit einer Kooperationspraxis zu vernetzen.

Wenn nach diesen Kriterien in einer Planungsregion mehrere Krankenhausstandorte infrage kämen, sind solche als Standort für ein Integriertes Notfallzentrum zu bevorzugen,

1. die die höhere Notfallstufe nach den Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung oder die nach anderen messbaren Parametern, insbesondere Fallzahlen, leistungsfähigere Notaufnahme aufweisen,

2. die notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen vorhalten; dies sind insbesondere Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie, Allgemeine Innere Medizin und Neurologie,

3. in denen Notdienstpraxen unmittelbar in der Notaufnahme eingerichtet werden können, da eine solche räumliche Nähe mehr Effizienz und verwaltungstechnische Synergien sowie Vorteile für die Patientensicherheit ermöglicht.

Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann in Hinblick auf die Sicherstellung der Versorgung von den Sätzen 3 bis 5 abweichende Standortentscheidungen treffen, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist, etwa, wenn nach den dort genannten Kriterien in einer Planungsregion aufgrund von regionalen Besonderheiten kein Krankenhaus in Betracht kommt. Dies ermöglicht in solchen Planungsregionen eine möglichst flexible Festlegung, damit im Ergebnis auch in strukturschwachen und ländlichen Gebieten eine Notfallversorgung sichergestellt werden kann. Die Festlegung eines Standortes für ein Integriertes Notfallzentrum erfolgt durch Verwaltungsakt gegenüber dem betroffenen zugelassenen Krankenhaus. Gegen diese Entscheidung steht der Rechtsweg vor den Sozialgerichten offen. Widerspruch und Klage haben hierbei keine aufschiebende Wirkung.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Kooperationsvereinbarung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhausträger. Für die Organisation des Integrierten Notfallzentrums ist diese innerhalb von sechs Monaten, nachdem der Krankenhausstandort als Standort eines Integrierten Notfallzentrums festgelegt worden ist, zu schließen.

Ein gemeinsames Organisationsgremium zur operativen Umsetzung der Zusammenarbeit und zur Realisierung eines gemeinsamen Qualitätsmanagements ist verbindlich einzurichten. Das gemeinsame Organisationsgremium im Integrierten Notfallzentrum kann beispielsweise das Nähere zur Umsetzung der Zusammenarbeit (regelmäßige Besprechungen) und die einzelnen Prozessabläufe festlegen sowie die Einhaltung der Kooperationsvereinbarung überwachen. Insbesondere soll das Gremium unter Berücksichtigung der Kooperationsvereinbarung Prozessabläufe für die Ersteinschätzung bestimmen. Das gemeinsame (sektorenübergreifende) Qualitätsmanagement umfasst dabei alle erforderlichen Maßnahmen zur Planung, Umsetzung, Sicherung, Überprüfung und Verbesserung von Prozessen sowie ihrer Leistungsbedingungen im Integrierten Notfallzentrum. Hierzu kann auch ein Beschwerdemanagement oder eine Patientenbefragung gehören. So kann das gemeinsame Qualitätsmanagement beispielsweise Symptome oder Diagnosen ersteingeschätzter Patientinnen und Patienten vergleichen, sodass die Ersteinschätzungsstelle eine Rückkopplung zur Qualität der Ersteinschätzung erhält. Damit können die Kooperationspartner sicherstellen, dass fehlerhafte Weiterleitungen in eine ungeeignete Versorgungsebene im Sinne der Patientensicherheit vermieden werden. Die für das gemeinsame Qualitätsmanagement erforderlichen Daten dürfen von den Kooperationspartnern zu diesem Zweck verarbeitet werden. Die Verpflichtungen zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung nach den §§ 135a ff. bleiben unberührt.

In der Kooperationsvereinbarung ist insbesondere das Nähere zu den folgenden Punkten zu regeln:

1. Es sind Vorgaben zu dem gemeinsamen Organisationsgremium festzulegen. Die Kooperationspartner können insbesondere eine gemeinsame Geschäftsordnung vereinbaren.

2. Regelungen zur Umsetzung der Vernetzung und interoperablen, digitalen Fallübergabe innerhalb des Integrierten Notfallzentrums sowie zwischen dem Integrierten Notfallzentrum und einer Kooperationspraxis nach § 123 Absatz 1 Satz 6 sind vorzusehen.

3. Die Kooperationsvereinbarung muss Regelungen zur Durchführung der Ersteinschätzung vor dem in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 123 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 festgelegten Zeitpunkt enthalten. Ab diesem Zeitpunkt muss die Ersteinschätzung durch ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument erfolgen. In dem Zeitraum davor kann die Ersteinschätzung anderweitig erfolgen. In der Kooperationsvereinbarung ist zu bestimmen, wie eine Entscheidung zu treffen ist, in welche Versorgungsebene die Hilfesuchenden gesteuert werden und welche Dringlichkeit ihr Anliegen hat.

4. Vereinbarungen zur Organisation sowie zur personellen Besetzung der Ersteinschätzungsstelle einschließlich der erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals sind zu schließen. Die personelle Besetzung der Ersteinschätzungsstelle wird von den Kooperationspartnern festgelegt. Sie bestimmen eine ausreichende Qualifikation des Personals und regeln, welche Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen erforderlich sind.

5. Auch die Anmietung oder Bereitstellung von Räumlichkeiten, Einrichtung und Verbrauchsmaterial der Notdienstpraxis sind zu regeln. Dies umfasst insbesondere die Vereinbarung der Höhe der Miete, der Nutzungsentgelte oder der Entgelte.

6. Die Ausgestaltung der Ausschreibung des Versorgungsvertrages nach § 12b des Apothekengesetzes haben die Kooperationsvertragspartner in den Kooperationsvertrag miteinzubeziehen. Da eine notdienstpraxisversorgende Apotheke nach § 12b des Apothekengesetzes auch an dem Standort, an dem die Notdienstpraxis betrieben wird, eine zweite Offizin mit Lagerräumen betreiben kann, sind in die Kooperationsvereinbarung auch die Möglichkeit der Anmietung oder Bereitstellung von Räumlichkeiten einzubeziehen.

7. Ebenso ist die Nutzung der technischen und diagnostischen Einrichtungen des Krankenhauses durch die Notdienstpraxis im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung, einschließlich der entsprechenden Nutzungsentgelte, Gegenstand der Kooperationsvereinbarung.

8. Die Organisation und die Verantwortlichkeiten in Hinblick auf die Weiterleitung von Hilfesuchenden in eine Kooperationspraxis sind zu regeln. Hier sind klare Verantwortungen für die Weiterleitung in Kooperationspraxen festzulegen.

9. Es sind Regelungen zu vereinbaren für den Fall, dass einer der beiden Kooperationspartner wiederholt und schwerwiegend gegen Inhalt der Kooperationsvereinbarung verstößt, und für den Fall, dass die Kassenärztliche Vereinigung die Notdienstpraxis nicht zu den gesetzlich vorgeschriebenen Öffnungszeiten nach Satz 5 oder zu den vereinbarten Zeiten nach Satz 6 betreibt. Dies können etwa Ausgleichszahlungen, Vertragsstrafen oder andere Sanktionen sein.

In der Kooperationsvereinbarung ist sicherzustellen, dass bei der Finanzierung durch die Länder das EU-Beihilfenrecht berücksichtigt wird.

Für die Notdienstpraxis werden Mindestöffnungszeiten vorgegeben. Diese umfassen mindestens die Zeiträume an Wochenenden und an Feiertagen von 9 bis 21 Uhr, Mittwoch und Freitag von 14 bis 21 Uhr und Montag, Dienstag und Donnerstag von 18 bis 21 Uhr. Kürzere Öffnungszeiten können in der Kooperationsvereinbarung festgelegt werden, soweit belegbar ist, dass die vorgegebenen Öffnungszeiten aufgrund der tatsächlichen Inanspruchnahme vor Ort nicht bedarfsgerecht sind. Wenn ein Vertrag nach § 12b des Apothekengesetzes besteht, müssen Veränderungen der Öffnungszeiten im Einvernehmen mit der apothekeninhabenden Person festgelegt werden, da die Öffnungszeiten der Notdienstpraxis einen direkten Einfluss auf den Betrieb der notdienstpraxisversorgenden Apotheke haben.

Vertragliche Regelungen zu den vorgesehenen Inhalten der Kooperationsvereinbarung können auch bereits als Rahmenvertrag in dreiseitigen Verträgen nach § 115 Absatz 1 und Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 landesweit vorgegeben werden. Dies führt zu einer weiteren Vereinheitlichung in dem jeweiligen Land.

Zur Sicherstellung eines effektiven Informationsaustausches zwischen den eingesetzten informationstechnischen Systemen innerhalb des Integrierten Notfallzentrums sowie zwischen dem Integrierten Notfallzentrum und einer Kooperationspraxis nach § 123 Absatz 1 Satz 6 muss die Schnittstelle für die digitale Fallübergabe nach Satz 4 Nummer 2 interoperabel ausgestaltet sein. Zu diesem Zweck soll die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen die technische Spezifikation der Schnittstelle zur Einbindung der digitalen Fallübergabe erstellen. Hierdurch soll eine einheitliche technische Umsetzung der Schnittstelle ermöglicht werden; dies stellt technisch den reibungslosen Austausch der Inhalte der digitalen Fallübergabe sicher.

Die rechtsverbindliche Festlegung der so erstellten Spezifikation findet im Rahmen des IOP-Regelprozesses gemäß § 385 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 durch das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Rechtsverordnung nach § 385 Absatz 1 Satz 1 statt. Dies stellt sicher, dass die Spezifikation widerspruchsfrei zu weiteren Spezifikationen für IT-Systeme im Gesundheitswesen erstellt wird und erleichtert insgesamt auch die sektorübergreifende Kommunikation von Informationen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt den Konfliktlösungsmechanismus für den Fall, dass eine Kooperationsvereinbarung nicht rechtzeitig zustande kommt. In diesem Fall wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, wird diese innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen von der zuständigen obersten Landesbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsperson.

Zu § 123b

§ 123b regelt Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Standortbestimmung für Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche. Der erweiterte Landesausschuss kann nach § 90 Absatz 4a die Krankenhausstandorte bestimmen, an denen diese eingerichtet werden.

Voraussetzung ist, dass es sich um Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin oder Krankenhäuser mit einer pädiatrischen Abteilung handelt, welche die Voraussetzungen des Moduls Notfallversorgung Kinder gemäß den Regelungen zur Notfallversorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses erfüllen, und, dass keine berechtigten Interessen des Krankenhauses oder der Kassenärztlichen Vereinigung entgegenstehen, die das Interesse an einer flächendeckenden Versorgung mit Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche überwiegen. Seitens der Kassenärztlichen Vereinigung kann ein berechtigtes Interesse insbesondere darin bestehen, dass die regional unterschiedlich verteilten und teilweise begrenzten Kapazitäten von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder und Jugendmedizin für einen Betrieb eines Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche zusätzlich zu der ambulanten Versorgung in den Arztpraxen nicht ausreichend vorhanden sein können. Die zusätzliche Beanspruchung der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte durch den Einsatz in Notfallzentren für Kinder und Jugendliche muss für die regional verfügbare Fachärzteschaft zumutbar sein und darf deren Leistungsfähigkeit nicht überschreiten. Die Versorgung in den Vertragsarztpraxen muss gewahrt bleiben. Diese Kriterien sind bei der Entscheidung, ob ein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche eingerichtet wird oder eine telemedizinische Anbindung nach § 123 Absatz 6 ausreicht, zu beachten.

Es wird eine gesetzliche Frist für die erstmalige Entscheidung festgelegt.

Zu Absatz 2

Die übrigen Regelungen für die Integrierten Notfallzentren nach § 123 Absatz 1 bis 5 und 7 sowie § 123a Absatz 1 Satz 7 bis 9 sowie Absatz 2 und 3 gelten entsprechend. Dies umfasst alle Regelungen außer jenen zur telemedizinischen Unterstützung von Integrierten Notfallzentren durch Kinderärztinnen und Kinderärzte und zur Standortbestimmung, die für Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche in Absatz 1 gesondert normiert ist.

Zu Nummer 12 (§ 133a)

§ 133a regelt die Errichtung des Gesundheitsleitsystems durch die Vernetzung der Rettungsleitstellen unter der Notrufnummer 112 mit den Akutleitstellen unter der Rufnummer 116117.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Bildung von Gesundheitsleitsystemen durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen. Auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle ist die zuständige Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, mit diesem ein Gesundheitsleitsystem zu bilden. Aus kompetenzrechtlichen Gründen kann der Bundesgesetzgeber nur die Kassenärztlichen Vereinigungen zu einer Kooperation verpflichten. Um eine flächendeckende Einführung sicherzustellen, können die Länder in ihren Rettungsdienstgesetzen entsprechende landesweite Vorgaben machen. Aber auch einzelne Leitstellen können eine Kooperation im Rahmen eines Gesundheitsleitsystems eingehen. Voraussetzung für eine Kooperation ist allerdings, dass die Rettungsleitstelle über eine digitale standardisierte Notrufabfrage verfügt, da sonst eine abgestimmte und patientensichere Weiterleitung von Hilfesuchenden innerhalb des Gesundheitsleitsystems nicht möglich ist.

In einem Gesundheitsleitsystem arbeiten die Träger der Rettungsleitstellen mit der Notrufnummer 112 und die Kassenärztlichen Vereinigungen als Träger der Akutleitstelle zusammen. Das Gesundheitsleitsystem beschränkt sich auf die organisatorische und technische, insbesondere digitale Kooperation. Darüber hinaus können weitere Formen der Zusammenarbeit bis hin zur gemeinsamen Trägerschaft im Einvernehmen der Kooperationspartner in der Kooperationsvereinbarung geregelt werden.

Das Gesundheitsleitsystem übernimmt nicht die weiteren Aufgaben der Kooperationspartner, insbesondere nicht die über die Sicherstellung der Leistungen des

Rettungsdienstes hinausgehenden öffentlichen Aufgaben der Leitstellen mit der Notrufnummer 112. Bei Anrufen zu der Rufnummer 116117 handelt es sich nicht um eine Notrufverbindung im Sinne des § 164 Absatz 1 Satz 1 des Telekommunikationsgesetzes.

Zu Absatz 2

In einer Kooperationsvereinbarung sind die Einzelheiten der Zusammenarbeit festzulegen. Wesentliche Grundlage einer solchen Zusammenarbeit ist insbesondere ein gemeinsames und verbindliches Verständnis zur Einschätzung der Dringlichkeit und des Versorgungsbedarfs. In einer Kooperationsvereinbarung ist daher insbesondere die Abstimmung der von den Kooperationspartnern verwendeten Abfragesysteme zu regeln. Dabei sind die unterschiedlichen Abfragesysteme angemessen zu berücksichtigen und so aufeinander abzustimmen, dass es zu übereinstimmenden Bewertungen des Gesundheitszustandes kommt, damit im Ergebnis eine widerspruchsfreie und rechtssichere Überleitung von Hilfesuchenden gewährleistet ist. Das jeweils verwendete Abfragesystem muss dazu geeignet sein, sowohl lebensbedrohliche Zustände in weniger als einer Minute zu erkennen als auch Behandlungsanlässe mit geringer oder fehlender Dringlichkeit zu identifizieren. Die Einhaltung der Standards der Notrufabfrage müssen überprüfbar sein und einer kontinuierlichen Kontrolle unterliegen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen nutzen das System nach § 75 Absatz 1c Satz 3. Sie wirken darauf hin, dass die Abstimmungen der Abfragesysteme mit den Rettungsleitstellen möglichst einheitlich sind. Dabei sind die Anforderungen des Beschäftigtendatenschutzes zu beachten.

Darüber hinaus ist in der Kooperationsvereinbarung insbesondere der Umgang mit den Abfrageergebnissen zu vereinbaren, also die Entscheidung, welches Versorgungsangebot für ein bestimmtes Abfrageergebnis bedarfsgerecht und welche Rufnummer für die Disponierung dieses Versorgungsangebots zuständig ist. Die Reaktion auf das konkrete Hilfeersuchen erfolgt auf regionaler Ebene unter Berücksichtigung des dort vorhandenen Versorgungsangebotes. Hierzu und zur Zuständigkeit der Rufnummern für die Disponierung der jeweiligen Versorgung sind präzise Festlegungen in der Kooperationsvereinbarung zu treffen.

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. Eine Rücküberweisung ist grundsätzlich nur aufgrund eines veränderten Patientenzustandes oder weiterer medizinischer Erkenntnisse aufgrund einer vertieften Abfrage möglich.

Die Kooperationspartner sind technisch so zu vernetzen, dass eine unmittelbare telefonische Weiterleitung und eine medienbruchfreie Bearbeitung und Übertragung der zum jeweiligen Hilfeersuchen aufgenommenen Daten möglich sind. Um die technische Umsetzung einer sicheren Vernetzung und Kommunikation zu erleichtern und den Aufwand zu reduzieren, soll möglichst auf Dienste der Telematikinfrastruktur zurückgegriffen werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt eine Schnittstelle zur digitalen Fallübergabe zur Verfügung, die auch die notwendigen Datensätze und -formate umfasst. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt die technische Spezifikation der für eine digitale Fallübergabe notwendigen Anforderungen für die eingesetzten informationstechnischen Systeme im Einvernehmen mit dem Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen. Die verbindliche Festlegung der Spezifikationen für das Gesundheitswesen erfolgt gemäß § 385 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 durch das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Rechtsverordnung nach § 385 Absatz 1 Satz 1.

Zu Absatz 3

Gemäß Absatz 3 vereinbaren die Kooperationspartner in der Kooperationsvereinbarung ein gemeinsames Qualitätsmanagement, insbesondere dafür notwendige Strukturen (wie zum Beispiel ein Review-Gremium), für die ständige Evaluation der Abfragesysteme und der

Überprüfung der Zuordnungen von Hilfesuchenden zur jeweiligen Versorgungsebene. Im Rahmen des Qualitätsmanagements sind auch geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der jeweiligen Abfragesysteme und der gemeinsamen Patientensteuerung zu treffen. Hierfür sind die einzelnen Prozessabläufe der Abfrage, insbesondere die Abfrage selbst, in den Leitstellen nachverfolgbar zu dokumentieren. Die entsprechenden Daten müssen im Sinne einer Feedbackschleife mit den Daten des jeweiligen disponierten Leistungserbringers, wie beispielsweise des Hausbesuchsdienstes, zusammengeführt und ausgewertet werden. So können beispielsweise Symptome oder Diagnosen verglichen werden und die Leitstelle erhält eine Rückkopplung zur Qualität der Abfrage. Damit soll sichergestellt werden, dass fehlerhafte Weiterleitungen in eine ungeeignete Versorgungsebene im Sinne der Patientensicherheit vermieden werden. Hierfür können auch entsprechende Fehlermeldesysteme etabliert werden, an die alle Beteiligten der Akut- und Notfallversorgung Vorfälle melden, bei denen der Verdacht einer Ersteinschätzungs- beziehungsweise Dispositionsfehlers besteht. Es wird klargestellt, dass der jeweils aufsuchende Leistungserbringer nur derjenigen Leitstelle die erforderlichen personenbezogenen Daten zurückmeldet, von der er disponiert wurde. Diese Leitstelle wertet die Daten dann aus und analysiert sie gemeinsam mit dem Kooperationspartner. Die Kooperationspartner sind befugt, personenbezogene Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Rahmen des gemeinsamen Qualitätsmanagements zu verarbeiten und sie wechselseitig auszutauschen. Dies umfasst auch die Aufzeichnungen der eingehenden Anrufe, die aufgrund von Einwilligungen oder auf der Grundlage von landesrechtlichen Befugnisnormen erhoben wurden, soweit die jeweilige Ermächtigungsgrundlage dies umfasst. Soweit personenbezogene Daten von Beschäftigten der Kooperationspartner verarbeitet werden, sind die Anforderungen des Beschäftigtendatenschutzes zu beachten.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt Berichtspflichten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Zusammenarbeit in Gesundheitsleitsystemen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich über die Anzahl, den jeweiligen Stand und die wesentlichen Inhalte der Vereinbarungen zu den Gesundheitsleitsystemen einschließlich der Auswertung des gemeinsamen Qualitätsmanagements. Die Berichte sollen perspektivisch dazu beitrage, unter Einbindung der maßgeblichen Akteure bundeseinheitliche Standards zu entwickeln.

Zu Nummer 13 (§ 140f)

Mit der Ergänzung wird geregelt, dass die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss auch bei Beschlüssen zu Richtlinien nach § 123 Absatz 3 ein Antragsrecht hat.

Zu Nummer 14 (§ 291b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Die Einbindung von Notaufnahmen in den Notdienst durch Kooperationsvereinbarungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung wird nunmehr in § 75 Absatz 1b Satz 10 geregelt.

Zu Nummer 15 (§ 377)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Angleichung der Terminologie im Fünften Buch Sozialgesetzbuch. Notfallambulanzen werden künftig einheitlich als Notaufnahmen bezeichnet.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Der neugefasste § 75 Absatz 1e sieht neben den bereits bestehenden und durch Artikel 1 in § 75 Absatz 1e überführten Evaluations- und Berichtspflichten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung weitere Pflichten vor, die mit der Einführung der Akutleitstelle einhergehen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung legt dem Bundesministerium für Gesundheit ein entsprechendes Evaluationskonzept vor.

Artikel 2 tritt am 1. Juli 2025 in Kraft. Dadurch wird bewirkt, dass die bestehende Evaluations- und Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bezüglich der Terminservicestelle bis zum 30. Juni 2025 weiter besteht. Die erweiterte Pflicht zur Evaluation und Bewertung auch der neu geregelten Akutleitstelle nach dem neugefassten § 75 Absatz 1e soll damit erst ein Jahr später, zum 30. Juni 2026, bestehen. Aufgrund der Notwendigkeit, die neuen gesetzlichen Regelungen zur Akutleitstelle erst in der Praxis umzusetzen, würde ein früherer Bericht hierzu kein belastbares Ergebnis bringen.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Definition der Integrierten Notfallzentren nach § 123 und der Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b.

Zu Artikel 4 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Definition der Integrierten Notfallzentren nach § 123 und der Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendlichen nach § 123b.

Zu Artikel 5 (Änderung des Apothekengesetzes)

Zu Nummer 1

Zur Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten wird die Möglichkeit zur Schließung eines entsprechenden Versorgungsvertrages durch eine öffentliche Apotheke mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und dem Träger des Krankenhauses, mit dessen Notaufnahme die Notdienstpraxis ein Integriertes Notfallzentrum bildet, neu eingeführt.

Die notdienstpraxisversorgende Apotheke soll in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis liegen. Wenn die Apotheke nicht in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis liegt, kann die notdienstpraxisversorgende Apotheke eine zweite Offizin mit Lagerräumen an dem Standort, an dem die Notdienstpraxis liegt, betreiben. Diese zweite Offizin muss in angemessener Entfernung zur Betriebsstätte der Apotheke liegen, damit die apothekenleitende Person ihren Verantwortlichkeiten nachkommen kann. Dadurch soll eine notdienstpraxisnahe Versorgung von Patientinnen und Patienten der Notdienstpraxis ermöglicht werden.

Um eine qualitativ hochwertige Versorgung von Patientinnen und Patienten der Notdienstpraxis zu gewährleisten, sind Vorgaben für den Versorgungsvertrag notwendig. So sind insbesondere Festlegungen zur Sicherstellung der Versorgung, zur Beratung und zu den Öffnungszeiten der Apotheke zu treffen und einzuhalten. Wenn Räume an dem Standort, an dem die Notdienstpraxis betrieben wird, von der Apotheke genutzt werden, ist die Eignung der Räume zur Lagerung von Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sicherzustellen. Zudem sind Zutrittsbeschränkungen vorzusehen.

Die freie Apothekenwahl der Patientinnen und Patienten darf durch den Versorgungsvertrag nicht eingeschränkt werden. Es ist ihrer freien Entscheidung überlassen, ob sie die notdienstpraxisversorgende Apotheke oder beispielsweise eine an ihrem Wohnort gelegene Apotheke zur Einlösung von Verschreibungen aufsuchen.

Damit die zuständige Behörde Kenntnis über die Versorgung einer Notdienstpraxis durch eine öffentliche Apotheke sowie gegebenenfalls den Betrieb einer zweiten Offizin mit Lagerräumen neben den bisherigen Betriebsräumen erhält, ist ihr der Versorgungsvertrag rechtzeitig, mindestens drei Wochen vor Aufnahme der Versorgung vorzulegen.

Zu Nummer 2

Notdienstpraxisversorgende Apotheken stellen durch die Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis ebenfalls den Notdienst von Apotheken sicher, weshalb sie einen pauschalen Zuschuss erhalten sollen. Die Versorgung erfolgt allerdings zu den vorgegebenen Öffnungszeiten der Notdienstpraxis und insbesondere nicht über Nacht durch vollständig erbrachte Notdienste gemäß Absatz 1. Deshalb wird pro Kalenderwoche für die Versorgung während der Öffnungszeiten der entsprechenden Notdienstpraxis in dieser Kalenderwoche ein pauschaler Zuschuss vorgesehen. Die entsprechenden Daten, die der Deutsche Apothekerverband zur Berechnung der Notdienstpauschalen benötigt, sind von der Apotheke an diesen im Wege einer Selbsterklärung mitzuteilen. Der Deutsche Apothekerverband kann Form und Inhalt der Erklärung vorgeben. Dadurch kann auch eine Implementierung technischer Prüfprozesse erfolgen, so dass beispielsweise eine Erklärung über mehr Kalenderwochen, als das entsprechende Quartal enthält, nicht möglich ist. Damit die Berechnung der Notdienstpauschale fristgerecht erfolgen kann, soll die Übermittlung der Daten durch die Apotheken jeweils innerhalb von vier Wochen nach Quartalsende erfolgen.

Zu Nummer 3

Es wird eine entsprechende Ordnungswidrigkeit eingeführt, um sicherzustellen, dass die zuständigen Behörden rechtzeitig, korrekt und vollständig Kenntnis über die Versorgung einer Notdienstpraxis durch eine öffentliche Apotheke sowie gegebenenfalls den Betrieb einer zweiten Offizin mit Lagerräumen neben den bisherigen Betriebsräumen erhalten.

Zu Artikel 6 (Änderung der Apothekenbetriebsordnung)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung von Versorgungsverträgen nach § 12b des Apothekengesetzes.

Der Begriff der notdienstpraxisversorgenden Apotheken wird eingeführt.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung von Versorgungsverträgen nach § 12b des Apothekengesetzes.

Um einen ordnungsgemäßen Betrieb der Apotheke sicherzustellen, sollen Vorgaben zur Anzahl des Personals und zum Personaleinsatz auch für notdienstpraxisversorgende Apotheken gelten.

Zu Nummer 3

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung von Versorgungsverträgen nach § 12b des Apothekengesetzes.

Um die Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis in der unmittelbaren Nähe der Notdienstpraxis zu ermöglichen, wird die Vorgabe zur Raumeinheit der Betriebsräume aufgehoben und der Betrieb einer zweiten Offizin mit Lagerräumen an dem Standort, an dem die Notdienstpraxis betrieben wird, erlaubt. Es wird zudem klargestellt, dass insbesondere Vorgaben zur Barrierefreiheit, zur Vertraulichkeit der Beratung, zur Lagerung sowie zu Meldeverpflichtungen einzuhalten sind.

Zu Nummer 4

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung von Versorgungsverträgen nach § 12b des Apothekengesetzes.

Um die Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis zeitnah sicherzustellen, wird die Dienstbereitschaft von notdienstpraxisversorgenden Apotheken oder der zweiten Offizin der Apotheken, wenn die Versorgung durch diese erfolgt, festgelegt. Wenn die Apotheke eine zweite Offizin an dem Standort betreibt, gilt die Dienstbereitschaft während der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis für die zweite Offizin.

Zu Artikel 7 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung in § 123 Absatz 5 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Solange noch kein Vertrag nach § 12b des Apothekengesetzes geschlossen wurde, sollen die Ärztinnen und Ärzte einer Notdienstpraxis im Rahmen der Notfallversorgung Arzneimittel für den akuten Bedarf an Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis abgegeben können, beispielweise, wenn eine Antibiotikatherapie oder eine Schmerztherapie sofort begonnen werden muss. Die mögliche Abgabe ist beschränkt auf eine zur Überbrückung benötigte Menge für längstens drei Tage, soweit im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. Damit wird für den Zeitraum vor Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 12b des Apothekengesetzes eine Versorgung entsprechend eines Entlassmanagements nach § 14 Absatz 7 des Apothekengesetzes sichergestellt. Die Notdienstpraxen beziehen die Arzneimittel über den regulären Apothekenvertriebsweg in der Regel als Sprechstundenbedarf.

Zu Artikel 8 (Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung in § 123 Absatz 5 Satz 2 des Fünftens Buches Sozialgesetzbuch.

Solange noch kein Vertrag nach § 12b des Apothekengesetzes geschlossen wurde, sollen die Ärztinnen und Ärzte einer Notdienstpraxis im Rahmen der Notfallversorgung Medizinprodukte für den akuten Bedarf an Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis abgegeben können, beispielsweise wenn Medizinprodukte, die verschreibungspflichtige Arzneimittel enthalten, für die akute Versorgung notwendig sind. Die mögliche Abgabe ist beschränkt auf eine zur Überbrückung benötigte Menge für längstens drei Tage, soweit im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. Damit wird für den Zeitraum vor Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 12b des Apothekengesetzes eine Versorgung entsprechend eines Entlassmanagements nach § 14 Absatz 7 des Apothekengesetzes sichergestellt.

Zu Artikel 9 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Zu Nummer 1

Gemäß Satz 2 in Verbindung mit § 17 des Bundesmantelvertrags-Ärzte sind bestimmte Facharztgruppen verpflichtet, wöchentlich mindestens fünf offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anzubieten und an die jeweilige zur Sicherstellung der Versorgung zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu melden. Diese Regelung wird durch einen neuen Satz 3 konkretisiert, um im Sinne der Reform der Notfallversorgung eine bessere Verteilung der offenen Sprechstunden zu erreichen. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte müssen bei der Festsetzung ihrer offenen Sprechstunden nunmehr explizit auch die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten nach einer ausreichenden Versorgung bei akuter Behandlungsbedürftigkeit berücksichtigen. Ziel muss dabei sein, dass die Patientinnen und Patienten möglichst an jedem Wochentag während der Sprechstundenzeiten die Möglichkeit haben, bei akutem Behandlungsbedarf auch ohne vorherige Terminvereinbarung eine

vertragsärztliche Versorgung (in den zur offenen Sprechstunde verpflichteten Arztgruppen) in Anspruch nehmen zu können. Die gleichmäßige Verteilung der offenen Sprechstunden über die Woche ist nicht durch jeden einzelnen Vertragsarzt, sondern innerhalb der jeweiligen Arztgruppe nach § 17 Absatz 1c Bundesmantelvertrag-Ärzte sicherzustellen. Hierzu bedarf es – abhängig von der bisherigen Planung der betroffenen Arztpraxen – unter Umständen einer durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihres Sicherstellungauftrages koordinierten Abstimmung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte einer Arztgruppe in einem Planungsbereich über die Terminierung der jeweiligen offenen Sprechstunden. Dadurch werden die Möglichkeiten der Akutleitstellen verbessert, Versicherte im Akutfall an offene Sprechstunden zu vermitteln und diese haben somit seltener Anlass, eine Notaufnahme oder eine Notdienststruktur in Anspruch zu nehmen. Auch die Möglichkeiten der Integrierten Notfallzentren, Versicherte nach der Ersteinschätzung in die vertragsärztliche Regelversorgung weiterzuleiten, werden so verbessert.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 1.

Zu Nummer 3

Gemäß Satz 8 werden die Bundesmantelvertragspartner nunmehr verpflichtet, bundeseinheitliche Regelungen zur zeitlichen Verteilung der offenen Sprechstunden nach Satz 3 zu treffen. Zudem sollen, anknüpfend an den neuen Satz 4, durch die Regelungen im Bundesmantelvertrag-Ärzte bundeseinheitliche Vorgaben zur Umsetzung einer möglichst gleichmäßigen zeitlichen Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der Arztgruppen in den Planungsbereichen getroffen werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass insbesondere während der Schließzeiten der Integrierten Notfallzentren möglichst umfassend offene Sprechstunden angeboten werden sollen.

Zu Artikel 10 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Das Gesetz tritt vorbehaltlich Absatz 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Zu Absatz 2

Artikel 2 tritt am 1. Juli 2025 in Kraft. Dadurch wird bewirkt, dass die bestehende Evaluations- und Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bezüglich der Terminservicestelle bis zum 30. Juni 2025 weiter besteht. Die erweiterte Pflicht zur Evaluation und Bewertung auch der neu geregelten Akutleitstelle nach dem neugefassten § 75 Absatz 1e soll damit erst ein Jahr später, zum 30. Juni 2026, bestehen. Aufgrund der Notwendigkeit, die neuen gesetzlichen Regelungen zur Akutleitstelle erst in der Praxis umzusetzen, würde ein früherer Bericht hierzu kein belastbares Ergebnis bringen.