



# ENTWURF EINES GESETZES ZUR REFORM DER NOTFALLVERSORGUNG

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM REFERENTENENTWURF  
DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT VOM  
16. DEZEMBER 2019

6. FEBRUAR 2020

# INHALT

---

## **ALLGEMEINE ANMERKUNGEN**

---

**3**

## **REGELUNGSINHALTE IM EINZELNEN: ARTIKEL 1: ÄNDERUNG DES FÜNFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH 4**

NUMMER 1: DRITTES KAPITEL, ACHTER ABSCHNITT; §§ 11, 60, 60A	4
NUMMER 2: § 73B ABS. 4 S. 7	5
NUMMER 3: § 75	5
NUMMER 4: § 90	7
NUMMER 5: § 123	7
NUMMER 6: § 133b	11

## ALLGEMEINE ANMERKUNGEN

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung sollen die unterschiedlichen Angebote der Akut- und Notfallversorgung in Deutschland verbunden werden. Versicherte werden durch die gemeinsamen Notfalleitsysteme (Rufnummer 116117 und 112) und die integrierten Notfallzentren zu Beginn einer Notfallbehandlung in die richtige Versorgungsebene gesteuert. Hierdurch wird auch der hohen Inanspruchnahme von Notfallambulanzen in Krankenhäuser bei Erkrankungen, die keiner Krankenhausversorgung bedürfen, entgegengewirkt.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) unterstützt dieses Ziel und begrüßt den Referentenentwurf. Dies gilt insbesondere für die Betonung der starken Rolle des KV-Systems bei der notdienstlichen Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland. So bleibt vor allem der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) für die ambulante notdienstliche Versorgung erhalten und eine neue Struktur - mit damit notwendigerweise verbundenen Schnittstellenproblematiken - wird vermieden.

Auch wenn einzelne Regelungen aus Sicht der KBV noch einer Überarbeitung bedürfen, geht der Referentenentwurf für eine Überarbeitung der Notfallversorgung in die richtige Richtung.

Klärungsbedarf besteht vor allem noch im Hinblick auf eine vollständige Finanzierung der Leistungsangebote im Rahmen der notdienstlichen Versorgung und der Beibehaltung von regionalen Spielräumen. Wenn die Notfallreform gelingen soll, müssen für die Akteure vor Ort ausreichende Kompetenzen und Gestaltungsspielräume verbleiben.

### ZUR KOMMENTIERUNG

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. So keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die KBV begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist die männliche Form gewählt. Hiermit ist selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint.

# REGELUNGSINHALTE IM EINZELNEN:

## ARTIKEL 1: ÄNDERUNG DES FÜNFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH

### NUMMER 1: DRITTES KAPITEL, ACHTER ABSCHNITT; §§ 11, 60, 60A

Durch die Neuregelungen in den §§ 11, 60 und 60a sollen Leistungen der medizinischen Notfallrettung, die durch die Träger der Rettungsdienste nach den Landesrettungsdienstgesetzen erbracht werden, jeweils eigenständige Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden. Hierdurch werden die Kosten für die medizinische Notfallrettung im Rahmen des Rettungsdienstes nicht mehr von der Inanspruchnahme anderer Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abhängig gemacht, sodass es sich dabei nicht mehr um eine akzessorische Nebenleistung zu anderen Leistungen der Krankenkassen, sondern um einen eigenständigen Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung handelt.

Bestandteil der Leistungen des Rettungsdienstes ist die medizinische Versorgung am Notfallort sowie die Rettungsfahrt. Beide Leistungen können aber zukünftig getrennt voneinander erbracht werden.

Über die Leistungen der medizinischen Notfallrettung können insbesondere auch die gemeinsamen Notfallleitsysteme bestehend aus den Rufnummern 116117 und 112 disponieren. Insofern steht gemäß § 60 Abs. 2 S. 4 die Entscheidung eines gemeinsamen Notfallleitsystems (GNL) auf Basis des Ersteinschätzungsverfahrens nach § 133b Abs. 3 S. 5 für Leistungen der medizinischen Notfallrettung einer ärztlichen Verordnung gleich.

Die Entscheidung, welche Einrichtung angefahren wird, soll zukünftig in Abhängigkeit von der medizinischen Erforderlichkeit erst am Notfallort getroffen werden. § 60 Abs. 3 gibt vor, welche Einrichtungen situationsabhängig anzufahren sind: Solange noch unklar ist, ob eine stationäre Aufnahme erfolgen muss, soll das nächstgelegene integrierte Notfallzentrum (INZ) angefahren werden. Im Übrigen soll nach medizinischer Erforderlichkeit ein geeignetes Krankenhaus angefahren werden. Hierbei sollen nach Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) entweder Spezialkliniken angefahren werden oder Krankenhäuser, die die Anforderungen für eine Teilnahme an der Basisnotfallversorgung, der erweiterten Notfallversorgung, der umfassenden Notfallversorgung oder die Anforderungen für das Modul Notfallversorgung für Kinder erfüllen. Außerdem sollen die zur Weiterbehandlung erforderlichen Informationen unmittelbar an das anzufahrende INZ oder Krankenhaus digital übermittelt werden.

In § 60a werden die bisherigen Regelungen zu Krankenfahrten und Krankentransporten neu gefasst. Dabei sind die bisher lediglich in der Krankentransport-Richtlinie des G-BA definierten Begriffe der Krankenfahrten und Krankentransporte übernommen worden. Darüber hinaus wird klargestellt, dass im Rahmen der Disposition von Fahrten zur notdienstlichen Versorgung auch Krankenfahrten und Krankentransporte erstattet werden und einer ärztlichen Verordnung gleichgestellt sind.

### **Bewertung**

Es sollte aus Sicht der KBV deutlicher herausgestellt werden, dass nach einer abschließenden Versorgung am Unfallort nicht zwingend eine Rettungsfahrt in ein INZ oder Krankenhaus erfolgen muss. Sollte am Notfallort beispielsweise bereits die Erforderlichkeit einer stationären Versorgung ausgeschlossen werden können, ist es auch nicht sachgerecht, während der Praxisöffnungszeiten zur weiteren Versorgung ein INZ anzufahren. Das INZ dient vornehmlich der Steuerung der Versicherten in die richtige Versorgungsebene und zur notdienstlichen Versorgung außerhalb der Praxisöffnungszeiten, sollte aber nicht parallel zu den Vertragsarztpraxen ambulante Versorgungsangebote anbieten. Soweit nach Ersteinschätzung oder erster Behandlung am Einsatzort lediglich ein ambulanter Versorgungsbedarf besteht, kann der Versicherte auch unmittelbar in eine für die kurzfristige Annahme von Patienten ausgewiesene Vertragsarztpraxis gebracht oder auf die regulären ambulanten Versorgungsangebote hingewiesen werden.

In diesem Zusammenhang ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass die Vergütung der Notärzte am Unfallort entsprechend der EBM-Systematik erfolgen sollte.

Zudem wird angeregt, die Begrifflichkeit „Notfall“ und „medizinische Notfallrettung“ anzupassen. Der Begriff „Notfall“ wird bereits in § 76 Abs. 1 S. 2 verwendet. Hiernach können Krankenhäuser in Notfällen - die allerdings keinen lebensbedrohlichen Zustand voraussetzen - ohne eine Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Verwendung desselben Begriffs für unterschiedliche Sachverhalte wird in der Praxis zu rechtlichen Unsicherheiten führen. Daher wird vorgeschlagen, den Begriff „Notfall“ durch „Rettungsfall“ sowie den Begriff „medizinische Notfallrettung“ durch „medizinisches Rettungswesen“ zu ersetzen. In diesem Fall könnte trennscharf zwischen dem Rettungsfall gemäß § 60 Abs. 1, der einen lebensbedrohlichen Zustand voraussetzt, und dem Notfall nach § 76 Abs. 1 S. 2, dem lediglich ein akuter Behandlungsanlass zu Grunde liegen kann, unterschieden werden.

Die geschaffene Möglichkeit zur Disposition von Krankenfahrten und Krankentransporten zur notdienstlichen Versorgung und der Gleichsetzung mit der ärztlichen Verordnung wird von der KBV ausdrücklich begrüßt, da hiermit ein in der Versorgung relevantes Problem aufgegriffen wird. Sofern bisher ein Krankentransport oder eine Krankenfahrt im Zuge einer notdienstlichen Versorgung erforderlich war (beispielsweise zur medizinischen Abklärung nach Sturz aus dem Bett im Pflegeheim) und dies bereits im Zuge der telefonischen Ersteinschätzung zweifelsfrei festgestellt werden konnte, musste zunächst eine vertragsärztliche Verordnung ausgestellt werden und diese vor Fahrtantritt dem Transporteur übergeben werden. Dies war insbesondere in ländlichen Bereichen nicht umsetzbar, sodass in diesen Fällen oftmals ein Rettungswagen gerufen wurde, obwohl dies medizinisch nicht erforderlich war.

#### Änderungsvorschlag

1. In der Überschrift von § 60 werden die Wörter „medizinische Notfallrettung“ durch die Wörter „medizinisches Rettungswesen“ ersetzt.
2. In § 60 Abs. 1 S. 2 wird das Wort „Notfall“ durch das Wort „Rettungsfall“ ersetzt.
3. In § 60 Abs. 2 S. 1 werden die Wörter „die medizinische Notfallrettung“ durch die Wörter „das medizinische Rettungswesen“ ersetzt.
4. In § 60 Abs. 3 wird nach S. 1 folgender Satz eingefügt:  
„Wenn die Erforderlichkeit einer stationären Versorgung bereits am Notfallort ausgeschlossen werden kann, kann der Versicherte während der Sprechstundenzeiten in eine für die kurzfristige Annahme von Patienten ausgewiesene Vertragsarztpraxis gefahren oder auf das ambulante Versorgungsangebot verwiesen werden.“

#### NUMMER 2: § 73B ABS. 4 S. 7

In § 73b Abs. 4 S. 7 werden die Begriffe „vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten“ durch die neue Begrifflichkeit „notdienstliche Versorgung nach § 75 Abs. 1b“ ersetzt.

#### Bewertung

Die KBV weist an dieser Stelle darauf hin, dass die Aufwendungen der KVen und der KBV für die notdienstliche Versorgung auch von den an Selektivverträgen teilnehmenden Ärzten mitfinanziert werden müssen. Hierzu ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich.

#### NUMMER 3: § 75

Nach § 75 Abs. 1b besteht der Sicherstellungsauftrag des KV-System weiterhin rund-um-die Uhr (24/7).

Hierbei wird die alte Begrifflichkeit „Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten“ allerdings aufgegeben. Zukünftig wird die notdienstliche Versorgung als die „vertragsärztliche Versorgung 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist“ definiert. Die notdienstliche Versorgung soll von den KVen durch den Betrieb von INZ sowie durch einen telemedizinischen und einen aufsuchenden Bereitschaftsdienst sichergestellt

werden. Hierfür haben nach § 75 Abs. 1b S. 4 die Kassenärztlichen Vereinigungen mit Unterstützung der KBV alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen.

### **Bewertung**

Die KBV begrüßt ausdrücklich, dass der Sicherstellungsauftrag für die ambulante notdienstliche Versorgung und damit auch außerhalb der Sprechstundenzeiten beim KV-System verbleibt. Eine Aufspaltung des Sicherstellungsauftrages für die ambulante Versorgung hätte zu großen Problemen geführt und unnötige und ineffiziente Doppelstrukturen geschaffen. Zudem würde ohne Sicherstellungsauftrag für das KV-System keine Möglichkeit bestehen, an der Versorgung zu den Sprechstundenfreien Zeiten mitzuwirken und beispielsweise Ärzte für den Notdienst zu verpflichten.

Nach Auffassung der KBV wird aber in den Formulierungen nicht ausreichend deutlich, dass neben der notdienstlichen Versorgung zu den Sprechstundenzeiten primär Vertragsarztpraxen in den Fällen aufgesucht werden, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. In diesem Sinne ist klarzustellen, dass Vertragsarztpraxen weiterhin für eine sofortige Behandlung zur Verfügung stehen. Zudem muss die KV über die Rufnummer 116117 Versicherte während der Sprechstundenzeiten auch in Vertragsarztpraxen vermitteln können, wenn eine sofortige Behandlung erforderlich ist. Weiterhin ist klarzustellen, dass der aufsuchende Bereitschaftsdienst nur zu den Sprechstundenfreien Zeiten verpflichtend vorzuhalten ist. Es wäre nicht sachgerecht, tagsüber Vertragsärzte in größer Anzahl zur notdienstlichen Versorgung zu verpflichten. Zu diesen Zeiten müssen die Vertragsärzte selber den Betrieb in ihren Praxen sicherstellen und können nicht parallel in einem INZ Patienten behandeln. Ebenso sollte klargestellt werden, dass der telemedizinische Bereitschaftsdienst nicht den Einsatz von Ärzten voraussetzt.

Weiterhin muss es der KV möglich bleiben, auch fachspezifische Leistungen des Bereitschaftsdienstes anzubieten. Das INZ wird beispielsweise kein augenärztliches Fachangebot erbringen. Für solche Leistungen bestehen aber in einigen KV-Bezirken notdienstliche Versorgungsangebote, die auch nach der Reform fortgeführt werden sollten. Auch Portal- oder Notdienstpraxen stellen während des übergangsweise erfolgenden Weiterbetriebs nach § 123 Abs. 2 Versorgungsangebote im Rahmen der notdienstlichen Versorgung dar.

Zudem ist nach Auffassung der KBV die Finanzierung der Aufwendungen der KVen im Bereich der notdienstlichen Versorgung noch nicht vollständig gesichert. Die Formulierung „Zur Sicherstellung der notdienstlichen Versorgung haben die KVen und die KBV alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen“ könnte so interpretiert werden, dass die notdienstliche Versorgung auch durch die Haushalte der KVen und damit über die Verwaltungskostenbeiträge der Vertragsärzte finanziert werden sollen. Die Haushalte der KVen dienen aber nur der Finanzierung der Verwaltungstätigkeiten und können nicht für medizinische Leistungsangebote für Versicherte – wie etwa die Durchführung eines Ersteinschätzungsverfahrens – verwandt werden.

Daher wird vorgeschlagen, die in § 105 Abs. 1b enthaltene Möglichkeit, über die Mittel des Strukturfonds hinaus einen zusätzlichen Betrag zweckgebunden zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen der notdienstlichen Versorgung bereitzustellen, verpflichtend für die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen vorzugeben.

## Änderungsvorschlag

1. In § 75 Abs. 1b wird S. 3 wie folgt gefasst und weitere Sätze angefügt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die notdienstliche Versorgung durch den Betrieb von integrierten Notfallzentren nach § 123 sowie einen telemedizinischen und außerhalb der Praxisöffnungszeiten durch einen aufsuchenden Bereitschaftsdienst sicher. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können fachspezifische Bereitschaftsdienste anbieten. Zur notdienstlichen Versorgung gehören ebenfalls auf Basis von § 75 Abs. 1b a.F. aufgebaute Versorgungsstrukturen des Bereitschaftsdienstes. Leistungserbringer nach § 95 Abs. 1 stehen während der jeweiligen Sprechstundenzeiten ebenfalls für eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen zur Verfügung.“

2. In § 105 Abs. 1b wird das Wort „können“ durch das Wort „müssen“ und die Wörter „des Notdienstes“ durch die Wörter „der notdienstlichen Versorgung“ ersetzt.

## NUMMER 4: § 90

Der erweiterte Landesausschuss (bisher in § 116b Abs. 3 geregelt) hat die Standorte für die INZ nach § 123 festzulegen. Das Mitberatungsrecht des Landes im erweiterten Landesausschuss bleibt erhalten. Im Zusammenhang mit der Festlegung der Standorte von INZ erhält die zuständige Landesbehörde zudem ein Antragsrecht, um ihre versorgungs- und planungsrelevanten Erkenntnisse in die Beratungen einbringen zu können. Soweit eine Entscheidung des erweiterten Landesausschusses nicht fristgemäß zustande kommt, wird die Landesbehörde verpflichtet, die Festlegung der Standorte für INZ innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf einer von ihr zu setzenden Nachfrist selbst vorzunehmen.

## Bewertung

Die KBV stimmt dem Vorhaben zu, dem Erweiterten Landesausschuss die Zuständigkeiten für die Standortfestlegungen für die INZ zu übertragen. Im Erweiterten Landesausschuss sind die Interessen der Krankenhäuser, der Vertragsärzte und der Kostenträger vertreten. Die im Diskussionsentwurf enthaltene ausschließliche Zuständigkeit der Länder hätte dazu geführt, dass die Entscheidungen ohne das Sachwissen und die Erfahrungen der betroffenen Akteure gefasst worden wären. Durch die Einbeziehung derjenigen Institutionen, die die Entscheidungen auch umsetzen müssen, kann eine sachgerechte Standortbestimmung von INZ gewährleistet werden. Eine Erforderlichkeit, den Landesbehörden auch ein Antragsrecht zu übertragen, wird allerdings von Seiten der KBV nicht gesehen.

## NUMMER 5: § 123

Zentraler Aspekt der Notfallreform ist die Einführung von INZ. Diese sollen als zentrale, jederzeit zugängliche Einrichtungen der medizinischen Notfallversorgung an dafür geeigneten Krankenhausstandorten derart eingerichtet werden, dass sie von den Patienten als erste Anlaufstelle im Notfall wahrgenommen werden. INZ sollen eine qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs leisten und die aus medizinischer Sicht unmittelbar erforderliche notdienstliche Versorgung erbringen oder eine stationäre Versorgung veranlassen. Damit sind die INZ nach dem Konzept des BMG neben dem telefonischen Gemeinsamen Notfallleitsystem (116117 und 112) das zentrale Element zur Steuerung der Patienten in die richtige Versorgungsebene.

INZ sollen von den KVen und den Krankenhäusern gemeinsam unter fachlicher Leitung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (§ 123 Abs. 2 S. 4) betrieben werden. Die weitere wirtschaftliche und organisatorische Ausgestaltung des INZ, einschließlich der Überführung bereits aufgebauter Strukturen (insb. Portalpraxen), soll in den Kooperationsverträgen zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhaus geregelt werden.

Dem G-BA kommt die Aufgabe zu, in Richtlinien bundesweit einheitliche Planungsvorgaben und Qualitätsanforderungen für INZ zu bestimmen. Unter Beachtung dieser Planungsvorgaben sollen die erweiterten Landesausschüsse gemäß § 90 Abs. 4a die Krankenhäuser bestimmen, an denen INZ einzurichten sind. Sofern ein Krankenhaus nicht als INZ-Standort festgelegt wurde, bestimmt der Erweiterte Landesausschuss gemäß § 90 Abs. 4a, wie lange bereits bestehende Portalpraxen weiter betrieben werden können.

Die Vergütung der Leistungen im INZ wird außerhalb der Gesamtvergütung über eine vom Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossene kostendeckende Grundpauschale und nach Schweregrad differenzierte Pauschalen erfolgen. Zudem sollen auch die spezifischen Investitionsbedingungen finanziert werden. Die KVen dienen als Abrechnungsstellen für die INZ. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist um die Leistungen des INZ zu bereinigen, soweit sie bisher Teil der Gesamtvergütung sind.

### **Bewertung zu § 123 Abs. 1 und 2**

Die KBV begrüßt, dass die fachliche Leitung des INZ der jeweiligen KV obliegt, sieht aber in der Begrifflichkeit Anlass zu Missverständnissen. Der Begriff sollte zur Verdeutlichung in „organisatorische Leitung der ambulanten Notfallversorgung des INZ“ geändert werden. Unbedingt sind die INZ aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung so zu strukturieren, dass der Einsatz von selbständigen Vertragsärzten - wie in den bisherigen Notdienstpraxen - auch im INZ möglich ist. Nur wenn das INZ so ausgestaltet ist, dass auch Vertragsärzte dort selbstständig tätig werden können (und damit auch Vertragspartner des Behandlungsvertrages mit dem Patienten werden), kann die KV auch Vertragsärzte zum Notdienst in ein INZ verpflichten. Es ist insofern rechtlich ausgeschlossen, Vertragsärzte zu einer Anstellung in einer GmbH oder GbR zu verpflichten. Bei der Verpflichtung zum Notdienst von Vertragsärzten kann der Rechtsstatus des Vertragsarztes als selbständiger Arzt nicht verändert werden.

Die derzeitige Struktur der INZ im Referentenentwurf schließt allerdings eine selbstständige Tätigkeit aus. Das INZ ist nach dem Referentenentwurf eine eigenständige Rechtspersönlichkeit (Gesellschafter: KV und Krankenhaus). Nicht die einzelnen Ärzte im INZ rechnen ihre Leistungen ab, sondern das INZ. Dies spricht dafür, dass die Ärzte im INZ stets abhängig beschäftigt und damit auch sozialversicherungspflichtig sind (vgl. § 7 Abs. 1 SGB IV). Zudem lässt das „gemeinsame“ Betreiben der INZ durch KV und Krankenhaus eine Struktur mit selbständigen Ärzten nicht zu, da in diesem Fall die im INZ tätigen Ärzte als angestellte Ärzte eingesetzt und in die Personalhierarchie der INZ-Gesellschaft eingeordnet werden würden.

Daher sollten die Regelungen so ausgestaltet werden, dass in einem INZ ausreichend Raum für eine selbstständige Tätigkeit von Vertragsärzten oder Ärzten, die mit dem INZ kooperieren, bleibt und damit die in den Notdienstpraxen bewährten Organisationsstrukturen beibehalten werden können. Dies bedeutet auch, dass die Leitung der KV so verstanden werden muss, dass damit die grundlegenden organisatorischen Entscheidungen gemeint sind, und nicht etwa die KV die Verantwortung für die fachliche Entscheidung für jede konkrete Heilbehandlungsmaßnahme trägt. Dies obliegt den in den INZ tätigen Ärzten vor Ort. Zudem muss die KV das INZ alleine betreiben, da anderenfalls auch insofern die vorbeschriebenen Schwierigkeiten entstünden. Weiterhin müssen die Vertragsärzte die Möglichkeit erhalten, ihre Leistungen selbstständig abzurechnen. Nur so kann erreicht werden, dass die Kriterien für eine abhängige Beschäftigung gemäß § 7 Abs. 1 SGB IV in einem INZ nicht zwingend vorliegen.

Zudem wird vorgeschlagen, analog zu den Notärzten im Rettungsdienst gemäß § 23c Abs. 2 SGB IV auch die Ärzte im INZ von der Beitragspflicht in der Sozialversicherung auszunehmen.

Die KBV stimmt der Vorgabe zu, dass bei dem Aufbau eines INZ eine bereits etablierte Portal- bzw. Notdienstpraxis in die neuen Strukturen überführt wird. Problematisch erscheint aber, dass der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Abs. 4a über die Fortführung von Portalpraxen entscheiden soll. Da die KVen über die erforderliche fachliche Expertise für die Versorgung in Portalpraxen verfügen und auch den Sicherstellungsauftrag für die notdienstliche Versorgung innehaben, sollten diese auch entscheiden können, ob die notdienstliche Versorgung weiterhin den Betrieb einer Portalpraxis erfordert.



#### Änderungsvorschlag

1. In § 123 Abs. 2 wird in S. 1 hinter den Wörtern „errichtet und“ die Wörter „alleine von der Kassenärztlichen Vereinigung“ eingefügt.
2. § 123 Abs. 2 S. 4 wird durch folgende Sätze ersetzt:  
„Die organisatorische Leitung des integrierten Notfallzentrums obliegt der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Die Kassenärztliche Vereinigung kann Vertragsärzte zum Notdienst in einem INZ verpflichten. Im INZ können Vertragsärzte und Ärzte, die auf Grund einer Kooperation mit dem INZ in die notdienstliche Versorgung einbezogen sind, auch selbstständig tätig werden und in diesem Fall ihre Leistungen als eigene Leistungen abrechnen.“
3. In § 123 Abs. 2 S. 13 werden die Wörter „dem erweiterten Landesausschuss nach § 90 Abs. 4a“ durch die Wörter „der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung“ ersetzt.

#### Bewertung zu § 123 Abs. 3:

Grundsätzlich befürwortet die KBV, dem G-BA die Aufgabe zu übertragen, zu wesentlichen Fragen für die Errichtung und den Betrieb von INZ Vorgaben zu beschließen. Hierbei muss aber sichergestellt bleiben, dass ausreichende regionale Spielräume verbleiben, um Versorgungsangebote vor Ort realisieren zu können.

Dies könnte etwa durch gestufte Vorgaben erreicht werden. Hohe Qualitätsvorgaben und Anforderungen an die INZ dürfen nicht dazu führen, dass die Bildung und die personelle Besetzung von INZ in den Regionen nicht gelingt. Ebenso dürfen die detaillierten Planungsvorgaben nicht dazu führen, dass eine für die Versorgung wichtige und stark frequentierte Portalpraxis nicht mehr fortgeführt wird. Daher müssen die KVen und die Krankenhäuser beim Betrieb eines INZ von den Planungsvorgaben des G-BA abweichen können, wenn dies zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten notdienstlichen Versorgung erforderlich ist.

Zudem sollte die Richtlinie des G-BA zum Ersteinschätzungsverfahren mit den bereits existierenden Ersteinschätzungsverfahren im ambulanten Bereich kompatibel sein. Es ist nicht zweckmäßig, wenn das INZ den medizinischen Versorgungsbedarf mit vollständig anderen Parametern misst als das von den KVen am Telefon eingesetzte System. Zudem wird in Kürze von der KBV auch ein digitales Ersteinschätzungsverfahren für die Versicherten zur unmittelbaren Anwendung zur Verfügung gestellt. Dieses Ersteinschätzungsverfahren sollte nicht regelhaft zu anderen Ergebnissen als das in dem INZ eingesetzte Ersteinschätzungsverfahren gelangen. Im Ergebnis ist es daher aus Sicht der KBV erforderlich, dass der G-BA bei seiner Richtlinie das ambulante Ersteinschätzungsverfahren auf Basis der Richtlinie der KBV gemäß § 75 Abs. 7 Nr. 6 berücksichtigt.

#### Änderungsvorschlag

1. In § 123 Abs. 3 wird nach S. 1 folgender Satz eingefügt:  
„Von den einheitlichen Planungsvorgaben kann die Kassenärztliche Vereinigung beim Betrieb eines integrierten Notfallzentrums aus Gründen der Sicherstellung einer bedarfsgerechten notdienstlichen Versorgung abweichen.“
2. In § 123 Abs. 3 wird am Ende folgender Satz angefügt:  
„Bei der Richtlinie nach Satz 3 Nr. 2 ist die Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 75 Abs. 7 Nr. 6 für ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren zu berücksichtigen.“

#### **Bewertung zu § 123 Abs. 4:**

Die KBV begrüßt, dass die Leistungen der INZ außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden sollen.

Die im Referentenentwurf beabsichtigte Bereinigung der INZ-Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) ist allerdings aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nicht sachgerecht. Das INZ wird nicht zu einem Stichtag alle notdienstlichen Leistungen ersetzen. Vielmehr werden – wie auch das BMG annimmt – notdienstliche Leistungen sowohl durch den Bereitschaftsdienst als auch durch INZ erbracht werden. Auch Portalpraxen werden längere Zeit parallel zu den INZ Leistungen der notdienstlichen Versorgung anbieten. Daher wäre es nach Auffassung der KBV zweckmäßig, sämtliche notdienstliche Leistungen (Leistungen in Portalpraxen, im aufsuchenden, telemedizinischen und fachspezifischen Bereitschaftsdienst) sowie die Leistungen im Notfall nach § 76 Abs. 1 S. 2 außerhalb der MGV zu finanzieren und die MGV um die bisher für diese Leistungen gezahlten Finanzmittel zu bereinigen.

Dies würde bedeuten, dass zukünftig Notdienst und Notfall extrabudgetär vergütet werden. Da alle Leistungen im Zusammenhang mit der Notfallversorgung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert werden würden, bedürfte es auch keiner Regelung mehr, dass der Notfall und Notdienst innerhalb der MGV unbudgetiert zu vergüten sind.

Weiterhin sollte der Begriff Grundpauschale durch den Begriff Vorhaltepauschale ersetzt werden, um rechtliche Unklarheiten zu vermeiden. Der Begriff der Grundpauschale bezeichnet derzeit gemäß § 87 Abs. 2c Satz 2 die regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen. Bei der hier vorliegenden Konstellation handelt es sich hingegen um eine vom INZ, unabhängig von der Anzahl der Versicherten, zur Finanzierung der Vorhaltekosten abzurechnenden Pauschale.

#### Änderungsvorschlag

1. § 87a Abs. 3 wird wie folgt geändert:

a) In S. 5 wird folgende Nr. 7 angefügt:

„Leistungen im Notfall gemäß § 76 Abs. 1 S. 2 und in der notdienstlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 1b Satz 3 bis 5.“

b) Nach S. 8 wird folgender S. 9 eingefügt:

„Die Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in einem KV-Bezirk für die in S. 5 Nummer 7 genannten Leistungsbereiche erfolgt in Höhe des für die Leistungen des Notfalles und Notdienstes im jeweiligen Vorjahresquartal vor Inkrafttreten des Gesetzes innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung angeforderten Leistungsbedarfs unter Berücksichtigung der Auszahlungsquote dieser Leistungen.“

2. In § 87b Abs. 1 wird S. 3 gestrichen.

3. In § 123 Abs. 4 S. 2 und S. 3 wird jeweils das Wort „Grundpauschale“ durch das Wort „Vorhaltepauschale“ ersetzt.

4. In § 123 Abs. 4 wird der letzte Satz gestrichen.

## NUMMER 6: § 133B

§ 133b regelt die Voraussetzungen für die neu aufzubauenden gemeinsamen Notfallleitsysteme (GNL). Das GNL besteht in der Zusammenarbeit der KVen mit der Rufnummer 116117 und den Trägern der Rettungsleitstellen mit der Rufnummer 112. Besteht aus Sicht des Versicherten oder Dritten Lebensgefahr oder die Gefahr schwerer gesundheitlicher Schäden, ist die Rufnummer 112 zu wählen. In allen anderen Fällen ist die Rufnummer 116117 zu wählen, die die notdienstliche Versorgung disponiert.

Vorgesehen ist eine umfassende Kooperation zwischen den KVen mit der Rufnummer 116117 und den Trägern der Rettungsleitstellen der Rufnummer 112. Bestandteil dieser Kooperation ist insbesondere eine digitale Verbindung und der Einsatz eines identischen Ersteinschätzungsverfahrens. Auf Basis dieses Ersteinschätzungsverfahrens sollen die Versicherten dann in die richtige Versorgungsstruktur vermittelt werden. Die Ausgestaltung des Ersteinschätzungsverfahrens ist zwischen der KV und den Trägern der Rettungsleitstellen zu vereinbaren. Zudem sollen zukünftig die medizinischen Notfalldaten zur Weiterversorgung sowie verfügbare Ressourcen und Versorgungskapazitäten der an der Notfallversorgung Beteiligten digital erfasst und in Echtzeit übertragen werden.

Finanzielle Mittel für den Betrieb des GNL sollen allerdings nur die Rettungsleitstellen erhalten. Nur diese bekommen gemäß § 113b Abs. 5 eine Pauschale je Hilfeersuchen. Zudem erhalten diese gemäß § 113b Abs. 6 eine einmalige Anschubfinanzierung für die Anschaffungskosten von Softwarelösungen.

### Bewertung

Die Disponierung der notdienstlichen Versorgung durch die Kassenärztliche Vereinigung unter der Rufnummer 116117 wird befürwortet. Klarstellend sollte hier aufgenommen werden, dass während der Sprechstundenzeiten eine Vermittlung von Patienten in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist, auch an Leistungserbringer gemäß § 95 Abs. 1 erfolgen kann.

Grundsätzlich wird die Kooperation von KVen und Rettungsleitstellen begrüßt. Allerdings müssen auch die Leistungen der KVen im Rahmen der Rufnummer 116117 ausreichend finanziert werden. Es ist nicht nachvollziehbar, wieso die Rettungsleitstellen für jedes Hilfeersuchen eine Pauschale erhalten sollen und die KVen keine Vergütung für die Durchführung eines Ersteinschätzungsverfahrens und die Vermittlung der Versicherten in die richtige Versorgungsebene erhalten sollen. Die Pauschalen für jedes Hilfeersuchen sind damit auch für die Leistungen einer KV zu zahlen. Zudem haben die KVen auch die Höhe der Pauschale mit zu verhandeln.

Außerdem stellt es sich als problematisch dar, dass die Ausgestaltung des Ersteinschätzungsverfahrens frei zwischen Rettungsleitstellen und KVen vereinbart werden kann. Dies kann dazu führen, dass auf Basis der derzeit existierenden ca. 250 Rettungsleitstellen in Deutschland ebenso viele unterschiedliche Ausprägungen der Einschätzung von Notfällen und Abgrenzungen zur notdienstlichen Versorgung im Rahmen der Ersteinschätzung zum Einsatz kommen. Die Regelung steht so mit der Vorgabe in § 75 Abs. 7 Nummer 6 in einem Konflikt. Gemäß § 75 Abs. 7 Nummer 6 hat die KBV eine Richtlinie für ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren aufzustellen, auf dessen Grundlage die Vermittlung in Akutfällen erfolgt. Der Gesetzgeber spricht sich also explizit für ein bundesweit einheitliches Ersteinschätzungsverfahren aus. Zudem sind die KVen an die Richtlinie der KBV gebunden und können kein von dieser Richtlinie abweichendes Ersteinschätzungsverfahren mit den Trägern der Rettungsleitstellen vereinbaren. Daher ist aus Sicht der KBV festzulegen, dass das Ersteinschätzungsverfahren auf Basis der Richtlinie der KBV gemäß § 75 Abs. 7 Nummer 6 zu vereinbaren ist.

Die Plattform für eine digitale Kommunikation zwischen den beteiligten Akteuren im Rahmen der Notfallversorgung wird von der KBV befürwortet. Allerdings müssen in diese Kommunikationsplattform auch die KVen und nicht nur die GNL einbezogen werden. Soweit sich die Rettungsleitstellen nämlich nicht zu einer Kooperation mit der KV entscheiden, muss diese trotzdem Akutfälle vermitteln und hierbei Daten an eine Vertragsarztpraxis oder ein Krankenhaus übermitteln können. Aus diesem Grund sollte die KV in die Regelung des § 133b Abs. 4 S. 1 einbezogen werden. Zudem sollte aus Gründen des Datenschutzes in § 285 klargestellt werden, dass die KVen bei der Durchführung des Ersteinschätzungsverfahrens und der

Vermittlung des Versicherten in die richtige Versorgungsstruktur die Daten des Versicherten verarbeiten darf.

Wesentlich ist eine bundesweite Datenbank für den Datentransfer im Rahmen der digitalen Vernetzung und darüber hinaus zur Echtzeitübertragung der Versorgungskapazitäten von Rettungsmitteln, aufsuchendem Bereitschaftsdienst, INZ und Krankenhäusern, die nach dem G-BA-Beschluss gemäß § 136c Abs. 4 an der Notfallversorgung teilnehmen.

Zuletzt sollten beim Anruf der 116117 auch die Ortungskoordinaten des Anrufes übermittelt werden, ebenso wie beim Anruf der 112. Diese Daten sind auch bei der Überstellung von einem zum anderen Dienst erforderlich.

#### Änderungsvorschlag

1. In § 133b Abs. 2 werden in S. 5 hinter den Wörtern „notdienstliche Versorgung“ die Wörter „und während der Sprechstundenzeiten Leistungserbringer nach § 95 Abs. 1“ angefügt.
2. § 133b Abs. 3 S. 5 wird nach den Worten „zu disponierende Versorgung“ wie folgt ergänzt:  
„auf der Basis der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 75 Abs. 7 Nr. 6 SGB V.“
3. In § 133b Abs. 4 S. 1 sind nach dem Wort „arbeiten“ die Wörter „Kassenärztliche Vereinigung,“ einzufügen.
4. In § 133b Abs. 5 S. 1 werden nach dem Wort „mit“ die Wörter „der Kassenärztlichen Vereinigung und“ eingefügt.
5. In § 285 ist in Abs. 2 an S. 1 folgender Satz anzufügen:  
„Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen zur Erfüllung der Aufgaben nach § 75 Abs. 1a Nr. 3 und § 133b Abs. 3 und 4 S. 2 die personenbezogenen Daten der Versicherten verarbeiten und die Ergebnisse der Ersteinschätzung sowie bereits vorhandene Befunde an die Einrichtung übermitteln, die die weitere medizinische Versorgung des Patienten übernimmt.“
6. In § 75 Abs. 7 wird als letzter Satz angefügt:  
„Für die bundesweit einheitliche Telefonnummer nach Abs. 1a S. 2 gelten die Vorgaben des § 108 Abs. 1 S. 3 und 6 Telekommunikationsgesetz entsprechend.“

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation  
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin  
politik@kbv.de, www.kbv.de

---

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 170.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 70 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.