Stellungnahme

des

Spitzenverbandes Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)

4. Dezember 2025

betreffend den

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

- *Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung* -

vom 12. November 2025

Kontakt:

Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)

Anschrift: Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin
Telefon: +49 30 – 40 00 96 31, Fax: +49 30 40 00 96 32
E-Mail: info@spifa.de
Registergericht: Amtsgericht Charlottenburg, Registernummer: VR 29131 B

Vorstand:
Dr. med. Dirk Heinrich, Dr. med. Helmut Weinhart, Prof. Dr. med. Hermann Helmberger, Dr. med. Petra Bubel, Dr. med. Norbert Smetak, Jan Henniger, Markus Haist (kooptiert)

Hauptgeschäftsführer:
Dr. iur. André Byrla

SpiFa
Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V.

Ordentliche Mitglieder des SpiFa

ALM Akkreditierte Labore in der Medizin e.V.

BAO Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V.

BUNDESVERBAND DER BELEGÄRZTE UND BELEGKRANKENHÄUSER

BDI Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten

BDNC

BDNR Berufsverband Deutscher Neuroradiologen e.V.

BERUFSVERBAND DEUTSCHER NUKLEARMEDIZINER e.V. BDN

Bundesverband der Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin e.V.

bdpm Berufsverband Deutschland für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie

BNC

bng Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V.

BDR

BNK Bundesverband Niedergelassener Kardiologen

BNGO

BNHO Berufsverband der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie in Deutschland e.V.

BRZ BUNDESVERBAND REPRODUKTIONSMEDIZINISCHER ZENTREN DEUTSCHLANDS E.V.

SpiFa
Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V.

BVA Berufsverband der Augenärztinnen und Augenärzte Deutschlands e. V.

BVD

BvDU Berufsverband der Deutschen Urologie e.V.

BVF Berufsverband der Frauenärzte

BVOU

DBVPP

MKG MUND KIEFER GESICHT CHIRURGIE

DN VERBAND DEUTSCHE NIERENZENTREN E.V.

BVAD Berufsverband der AngiologInnen Deutschlands

BVDH

BVND BUNDESVERBAND NIEDERGELASSENER DIABETOLOGEN E. V.

HNO

BVPRM Berufsverband der Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin

DFV Deutscher Facharztverband e.V.

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PLASTISCHE, REKONSTRUKTIVE UND ÄSTHETISCHE CHIRURGIE

Niedergelassene Radioonkologen

Assoziierte Mitglieder des SpiFa

INHALT

I. Vorbemerkungen 5

II. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen 10

Artikel 1 – Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) 10

Nummer 6 Buchstabe b (§ 75 Absätze 1b bis 1f) 10

Nummer 13 (§ 105 Absatz 1b – neu) 12

Nummer 17 (§§ 123 bis 123c – neu) 13

Artikel 10 (Änderung § 19a Ärzte-ZV) 15

Weitergehender Regelungsbedarf 17

§ 136c Absatz 4 SGB V 17

I. Vorbemerkungen

Vor dem Hintergrund der im Bereich der durch drei Versorgungsbereiche bzw. Sektoren (vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste) gekennzeichneten Notfall- und Akutversorgung seit Jahren bestehenden Überlastung von Akteuren insbesondere der Notaufnahmen und des Rettungsdienstes resultierend aus einer Fehlsteuerung und Fehlinanspruchnahme beabsichtigt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit dem vorliegenden Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung verschiedene gesetzliche Maßnahmen einzuleiten, um die Vernetzung der Versorgungsbereiche, die Steuerung der Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene sowie die Wirtschaftlichkeit der Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten zu verbessern.

So soll die bisherigen Aufgaben der Terminservicestelle im Bereich der Akutfallvermittlung zukünftig die sogenannte Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigung wahrnehmen. 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 sollen durch diese bedarfsgerechte Steuerung sowohl Notaufnahmen als auch Rettungsdienste entlastet werden.

Darüber hinaus soll die notdienstliche Akutversorgung der Kassenärztlichen Vereinigungen durch Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages ausgebaut werden. 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 nach Vorstellung des BMG die Versorgung von Patientinnen und Patienten verbessert und gleichzeitig eine Entlastung von Ärztinnen und Ärzten erreicht werden. Eine aufsuchende und telemedizinische Versorgung soll der demografischen Entwicklung und dem Wohl immobiler Patientinnen und Patienten Rechnung tragen.

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

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und ausgewählte Krankenhäuser sollen verpflichtet werden, 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 sollen von den Selbstverwaltungspartnern nach bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben im erweiterten Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch innerhalb von sechs Monaten ab Inkrafttreten des Gesetzes festgelegt werden. Im Falle nicht fristgemäßer Einigung soll das jeweilige Land über die Standortfestlegung entscheiden. Integrierte Notfallzentren werden flächendeckend etabliert. Für Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche sollen geeignete Standorte

ausgewählt werden können, 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, soll eine telemedizinische Unterstützung von Integrierten Notfallzentren durch Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin gewährleistet werden.

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.

Die Verankerung der medizinischen Notfallrettung als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist vorgesehen und somit das medizinische Notfallmanagement, die medizinische Versorgung vor Ort und die fachlich-medizinische Betreuung während des Transports ausdrücklich als Teil der Krankenbehandlung anerkannt. Dadurch soll nicht länger allein der Transportauftrag als akzessorische Nebenleistung der Krankenkassen finanziert werden.

Ein weiterer wichtiger Baustein des Referentenentwurfes ist die Digitalisierung und die digitale Vernetzung der nunmehr geschaffenen Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung mit den anderen Akteuren der Notfall- und Akutversorgung unter Nutzung der Telematikinfrastruktur und die Etablierung von Prozessen, die die Entwicklung eines bundesweiten Verständnisses für die Leistungserbringung der medizinischen Notfallrettung unter Einbeziehung aller Akteure und der Länder ermöglichen.

SpiFa:

Wir begrüßen ausdrücklich, dass das BMG mit dem vorliegenden Referentenentwurf die Notfall- und Akutversorgung in Deutschland grundlegend zu reformieren beabsichtigt. Aus Sicht des SpiFa ist eine Reform der Notfallversorgung dringend erforderlich um eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Not- und Akutversorgung in Deutschland sicherzustellen.

Das IGES Institut ist auf Grundlage der Krankenhausdaten des Jahres 2013 in seiner Analyse aus dem Jahr 2016 zu dem Ergebnis gekommen, dass ≈ 3,45 Millionen Krankenhausfälle durch eine effektive und rechtzeitige ambulante Versorgung vermeidbar seien. Darunter waren ≈ 1,77 Millionen Krankenhausfälle mit dem Aufnahmeanlass Notfall, denen in der Regel keine Einweisung zugrunde lag (IGES, Gutachten „Ambulantes Potenzial in der stationären Notfallversorgung“ – Teil II, S. 8, 16). Aus diesen vermeidbaren Krankenhausfällen mit dem Aufnahmeanlass Notfall ergaben sich Ausgaben in Höhe von ≈ 4,79 Milliarden EUR im Jahr 2013 (aaO, S. 61).

Bereits der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR-Wirtschaft) hatte in seinem Jahresgutachten 2017/2018 empfohlen, durch eine „effektivere Steuerung der Patienten [… zu verhindern], dass Patienten die Notfallambulanzen der Krankenhäuser ohne akuten Notfall aufsuchen, diese von der Versorgung von schwerwiegenden akuten Notfällen abhalten und so teure Krankenhauskapazitäten binden.“ (SVR-Wirtschaft, JG 2017/2018, Ziffer 56).

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR-Gesundheit) hatte in seinem Jahresgutachten 2018 Empfehlungen zur

grundsätzlichen Reform der Notfallversorgung abgegeben, mit der „eine bürgernähere, bedarfsgerechtere, qualitativ bessere und zugleich auch kosteneffektivere und transparentere Notfallversorgung [ermöglicht werden soll]“ (SVR-Gesundheit, JG 2018, Ziffer 1022).

Die im vorliegenden Referentenwurf des BMG enthaltenen Maßnahmen zielen ganz grundsätzlich in die richtige Richtung. Auch aus Sicht des SpiFa müssen beteiligte Versorgungsbereiche auf vielen Ebenen insgesamt wesentlich besser miteinander verzahnt und vernetzt werden, um flächendeckend eine bedarfsgerechte Akut- und Notfallversorgung sicherzustellen.

Wir begrüßen daher ausdrücklich die Schaffung von mit den Rettungsleitstellen kooperierenden und vernetzen Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ) aus Ersteinschätzungsstelle, Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Notaufnahmen der Krankenhäuser, die Etablierung eines bundeseinheitlichen, qualifizierten, standardisierten digitalgestützten Ersteinschätzungsverfahrens und die Verankerung der medizinischen Notfallrettung als Sachleistung in der GKV, zur Vermeidung nicht notwendiger Rettungsdienstfahrten zum Krankenhaus und stationärer Krankenhausaufnahmen.

Wir begrüßen ausdrücklich, dass das BMG die notdienstliche Akutversorgung insgesamt bedarfsgerecht auszugestalten beabsichtigt und die gebotene Trennung zur Regelversorgung gewährleistet.

Wir begrüßen, dass die Öffnungszeiten der Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen im oder am Krankenhausstandort auf solche Zeiten beschränkt wurden, in denen vielfach reguläre Arztpraxen sowie mit dem INZ kooperierende Bereitschaftspraxen nicht geöffnet haben.

Wir begrüßen, dass das BMG bei seiner Initiative darauf geachtet hat, dass regional etablierte fachärztliche Not- und Bereitschaftsdienste in den Kassenärztlichen Vereinigungen weiter gewährleistet sind, beispielsweise durch die Augenärztinnen und Augenärzte.

Wir begrüßen ausdrücklich die Intention des vorliegenden Referentenentwurfes, den aufsuchenden Dienst der Kassenärztlichen Vereinigung bedarfsgerecht auszugestalten und auf Fälle zu beschränken, in denen die Versorgung nicht anders sichergestellt werden kann. Aus unserer Sicht sollte der aufsuchende Dienst zeitlich auf Werktage ab 18:00 Uhr, Samstage, Sonntage sowie gesetzliche Feiertage beschränkt werden und die vertragsärztlichen Hausbesuche - auch finanziell - gestärkt und der Delegationsrahmen in Kombination mit einem vertragsärztlich, telemedizinischen Hintergrunddienst erweitert werden.

Aus Sicht des SpiFa kommt einem standardisierten, Leitlinien-orientierten, bundeseinheitlichen, digitalen Ersteinschätzungsverfahren eine enorme Bedeutung als Instrument zur Patientensteuerung über die Notfallversorgung hinaus zu. Wir begreifen ein solches Ersteinschätzungsverfahren als lernendes System, das stetiger unabhängiger Evaluation und Verbesserung bedarf, um die Zielgenauigkeit im Sinne der einzelnen Patientinnen und Patienten aber auch mit Blick auf die Effizienz des Gesundheitssystems immer weiter zu erhöhen und mit dem medizinischen Fortschritt zu wachsen. In jedem Fall sollte ein solches System Zugriff auf die elektronische Patientenakte nehmen dürfen, um nach einer flächendeckenden Etablierung

der ePA im Kreis der Versicherten die Ergebnisqualität des Ersteinschätzungsverfahrens weiter zu erhöhen.

Wir halten es für erforderlich, dass der Gesetzgeber wirksame Maßnahmen ergreift, um die Zahl der INZ auf ein bedarfsgerechtes Maß zur flächendeckenden Abdeckung im Sinne der Erreichbarkeit zu beschränken und die INZ zuvorderst an Krankenhausstandorten zu errichten, in denen eine Notfallversorgung oberhalb der Basisstufe realisiert werden kann. Auch in Großstädten mit 500.000 Einwohnern und mehr dürfte die Zahl der INZ deutlich einstellig sein. Mit Blick auf die Fläche sollte die Erreichbarkeit mit einem Kraftfahrzeug für den überwiegenden Teil der Bevölkerung 30 Fahrminuten nicht überschreiten. Ein Wildwuchs von INZ in der Fläche sollte jedoch vermieden werden. Gegebenenfalls sollte eine Falluntergrenze festgelegt werden, ab dem ein INZ überhaupt an einem Krankenhausstandort errichtet werden darf.

Darüber hinaus empfehlen wir weiterhin die fachärztliche Leitung des INZ vom Träger des Krankenhausstandortes weisungsunabhängig auszugestalten, um nicht bedarfsgerechte stationäre Aufnahmen zu verhindern und alle stationären Leistungen ohne ärztliche Verordnung und ohne oder gegen die Empfehlung des Ersteinschätzungsverfahren von den limitierenden Abrechnungsprüfquoten auszunehmen.

Wir sehen darüber hinaus die generelle Stärkung der vertragsärztlichen Akutversorgung als erforderlich an und empfehlen nachdrücklich, die fachärztlichen Leistungen der Akutversorgung gegebenenfalls unter der Voraussetzung des vorherigen Einsatzes der standardisierten Ersteinschätzung extrabudgetär zu vergüten.

Kritisch sehen wir, dass die im vorliegenden Referentenentwurf enthaltenen Regelungen zu den INZ nicht verhindern, dass Krankenhäuser ohne INZ weiterhin regelhaft Notfälle behandeln, sodass neben den INZ dauerhaft parallele Versorgungswege bestehen bleiben. Versicherte können damit weiterhin unmittelbar Krankenhausnotaufnahmen aufsuchen, wodurch die beabsichtigte zentrale Ersteinschätzung und Steuerung über INZ unterlaufen wird. Die beabsichtigte Notfallreform schafft dadurch kein einheitliches, sondern ein nebeneinander bestehendes System unterschiedlicher Zugangswege mit uneinheitlicher Qualität und Steuerungswirkung. Diese Parallelität birgt das Risiko fortgesetzter Fehlsteuerung und Überlastungen der Notaufnahmen ohne INZ-Struktur. Insgesamt wird das Ziel einer klaren, patientenorientierten Lotsenstruktur so nicht erreicht. Aus Sicht des SpiFa braucht es deshalb eine einheitliche, verbindliche Ersteinschätzung bevor ein Krankenhaus ohne INZ in Anspruch genommen werden darf. Krankenhäuser ohne INZ sollten nur noch definierte Schweregrade oder spezielle regionale Aufgaben übernehmen dürfen. Die Inanspruchnahme eines Ersteinschätzungsverfahrens sollte für die Versicherten verpflichtend als primärer Zugangspfad gesetzlich verankert werden. Ausnahmen sollten restriktiv auf echte Notfälle beschränkt sein. Finanzielle Fehlanreize für parallele Strukturen müssen aus unserer Sicht effektiv beseitigt werden, damit die Versorgung konsistent über die vorgesehen Versorgungspfade erfolgt.

Der vorliegende Referentenentwurf sieht keine eigenständige oder spezifische Einbindung der gesetzlichen Unfallversicherung in die Ersteinschätzung vor. Die Zuordnung erfolgt ausschließlich über die medizinische Dringlichkeit durch Akutleitstellen oder die Ersteinschätzungseinheiten der INZ; eine Differenzierung nach dem Versicherungsträger findet nicht statt. Erst nach der Ersteinschätzung wird im Fall eines Arbeits- oder Wegeunfalls die Weiterleitung in das D-Arzt-System vorgenommen. Spezifische Vorgaben zur Beteiligung der DGUV oder

zur besonderen Lotsenfunktion in unfallversicherungsrechtlichen Fällen enthält der Entwurf somit nicht. Wir empfehlen, klarstellende Regelungen hierzu aufzunehmen.

Wir empfehlen abschließend nachdrücklich, dass die Vorhalte- und Betriebskosten der Kassenärztlichen Vereinigungen für die Akutleitstellen und das telefonische und videounterstützte ärztliche Versorgungsangebot, der aufsuchende Dienst sowie ihre Beteiligung an den INZ vollständig und allein durch die Krankenkassen finanziert werden. Beteiligungsrechte der Länder in den Gremien sollten daran geknüpft sein, dass diese die finanziellen Aufwendungen der Krankenhäuser vollumfänglich tragen, ansonsten von den unparteiischen Mitgliedern des Gemeinsamen Bundesausschusses wahrgenommen werden.

Der SpiFa fordert darüber hinaus, weitere planwirtschaftliche und im höchsten Maße bürokratische Eingriffe in die ärztliche Freiberuflichkeit zu unterlassen, wie die mit dem vorliegenden Referentenentwurf in der Ärzte-ZV beabsichtigte Regelung zur zeitlichen Festlegung von offenen Sprechstunden jeder einzelnen Arztpraxis.

II. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen

Artikel 1 – Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nummer 6 Buchstabe b (§ 75 Absätze 1b bis 1f)

Die beabsichtigte Regelung des § 75 Absatz 1b konkretisiert den Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 1 und stellt klar, dass dieser auch die 24 Stunden täglich verfügbare vertragsärztliche Versorgung in Fällen umfasst, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Regelung stellt klar, dass wenn die Versorgung im Notdienst erbracht wird (notdienstliche Akutversorgung) der Sicherstellungsauftrag nur die Versorgung im Umfang der jeweils unaufschiebbar erforderlichen Maßnahmen umfasst. Im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung kann auch die Feststellung und Erstbescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit sowie die Verordnung von Arzneimitteln erfolgen. Die Regelung stellt darüber hinaus klar, dass vom Sicherstellungsauftrag nicht die notärztliche Versorgung im Rahmen der medizinischen Notfallrettung umfasst ist, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. § 75 Absatz 1 b regelt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die notdienstliche Akutversorgung insbesondere (aber nicht abschließend und allein) durch folgende Maßnahmen (Notdienst) sicherstellen: 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 für Fälle, in denen die Versorgung in der notdienstlichen Akutversorgung nicht anderweitig erbracht werden kann. Zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen Durchführung sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen untereinander sowie mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kooperieren dürfen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Durchführung des aufsuchenden Dienstes qualifiziertes nichtärztliches Personal, das nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung handelt, einsetzen und Kooperationen mit dem Träger des Rettungsdienstes sowie mit den Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung eingehen dürfen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können Integrierte Notfallzentren auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin durch telemedizinische oder telefonische Konsilien unterstützen. § 75 Absatz 1b regelt darüber hinaus, dass nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende zugelassene Krankenhäuser und Ärzte, die aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogen sind, zur Leistungserbringung im Rahmen des Notdienstes berechtigt sind und zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die gilt entsprechend für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte im Rahmen der notärztlichen Versorgung der medizinischen Notfallrettung, 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.

§ 75 Absatz 1c regelt die Verpflichtung für jede Kassenärztliche Vereinigung zur Einrichtung und zum Betrieb einer sogenannten Akutleitstelle zur Vermittlung von Behandlungsterminen in Akutfällen und zur Wahrnehmung ihrer in § 75 Absatz 1b genannten Aufgaben, die 24 Stunden täglich unter der 116117 und über digitale Angebote erreichbar sein muss. Die Vermittlung

hat auf Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens in die medizinisch gebotene Versorgungsebene zu erfolgen. Sie soll vorrangig in die Sprechstunden der Praxen zugelassener Ärzte und zugelassener medizinischer Versorgungszentren erfolgen. In geeigneten Fällen kann eine telefonische oder videounterstützte ärztliche Konsultation vermittelt werden. Für die Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem Facharzt bedarf es im Akutfall keiner Überweisung. Die Versorgung durch den aufsuchenden Dienst ist nur in den Fällen zu vermitteln, in denen weder das Aufsuchen der Praxis eines zugelassenen Arztes oder eines Integrierten Notfallzentrums zumutbar noch eine telefonische oder videounterstützte Konsultation möglich oder ausreichend ist.

§ 75 Absatz 1d regelt die Befugnisse für die Datenverarbeitung und Absatz 1e die Evaluation der Tätigkeit der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung sowie den Umfang der Evaluation mit Berichtspflicht gegenüber dem BMG zum 30. Juni 2027.

SpiFa:

Die erfolgte Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages in § 75 Absatz 1b begrüßen wir, insbesondere die Klarstellung, dass die notdienstliche Akutversorgung sich vom Umfang auf die jeweils unaufschiebbar erforderlichen Maßnahmen beschränkt und so eine Abgrenzung zur vertragsärztlichen Regelversorgung erfolgt.

Wir begrüßen, dass durch die Formulierung „insbesondere“ klargestellt ist, dass neben den nicht abschließend aufgezählten Versorgungsangeboten es den Kassenärztlichen Vereinigungen weiterhin möglich ist, regional etablierte Notdienstangebote aufrechtzuerhalten, wie den fachärztlichen Notdienst durch Augenärztinnen und Augenärzte. Der Gesetzgeber unterstützt damit den Erhalt des fast flächendeckend bestehenden, eignen und gut funktionierenden ambulanten augenärztlichen Notdienstes, der in der Regel von der ärztlichen Selbstverwaltung organisiert wird.

Wir begrüßen, dass der Gesetzgeber das Angebot des aufsuchenden Dienstes auf Fälle der notdienstlichen Akutversorgung beschränkt, in denen die Versorgung nicht anderweitig erbracht werden kann. Dies ist ein wesentlicher Beitrag zur bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Ausgestaltung des aufsuchenden Dienstes. Aus unserer Sicht sollte der aufsuchende Dienst zeitlich auf Werktage ab 18:00 Uhr, Samstage, Sonntage sowie gesetzliche Feiertage beschränkt werden und die vertragsärztlichen Hausbesuche - auch finanziell - gestärkt und der Delegationsrahmen in Kombination mit einem vertragsärztlich, telemedizinischen Hintergrunddienst erweitert werden.

Wir begrüßen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen qualifiziertes, nichtärztliches Personal in ärztlicher Delegation zur Sicherstellung der notdienstlichen Aufgaben einsetzen dürfen.

Wir begrüßen die beabsichtigte Regelung des § 75 Absatz 1c zur Einrichtung der Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigung, die auch auf Grundlage des bundeseinheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung auf der gebotenen medizinischen Versorgungsebene vermitteln sollen. Wie begrüßen die Klarstellung, dass die Vermittlung vorrangig in die Sprechstunden der vertragsärztlichen Praxen erfolgen soll und die Vermittlung im Akutfall zur fachärztlichen Versorgung keiner Überweisung bedarf. Wir empfehlen zu regeln, dass mehrere Kassenärztliche Vereinigungen auch gemeinsam eine

Akutleitstelle betreiben dürfen, um gerade bei kleineren Kassenärztlichen Vereinigungen organisationelle Synergien zu ermöglichen.

Wir begrüßen, dass die Tätigkeit der Terminservicestellen nach wie vor evaluiert werden soll. Wir empfehlen, die Tätigkeit der Akutleitstellen ebenfalls zu evaluieren einschließlich der Zielgenauigkeit der Vermittlung in die gebotene medizinische Versorgungsebene.

Nummer 13 (§ 105 Absatz 1b – neu)

Nach der beabsichtigten Neufassung des § 105 Absatz 1b SGBV soll vor dem Hintergrund des Ausbaus und der Vernetzung der Leitstellen, der Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages und der Einrichtung sektorenübergreifender Behandlungsstrukturen 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 müssen. Die Förderung wird dadurch begrenzt, dass der Betrag in gleicher Höhe von den beiden Vertragsparteien – also der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung einerseits und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen andererseits – bereitzustellen ist.

Zur Bestimmung der Förderhöhe sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen den anderen Vertragsparteien eine hinreichend detaillierte Kalkulation für ihren jährlichen Bedarf vorlegen müssen. Um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden, soll der Förderungsbetrag um die bereits nach der regionalen Euro-Gebührenordnung abgerechneten Leistungen und Kosten sowie nicht ausgeschöpfte Mittel des Honorarvolumens für die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst nach § 87b Absatz 1 Satz 3 sowie sonstige vereinnahmte Entgelte gemindert werden.

SpiFa:

Der SpiFa sieht die beabsichtigte Regelung zur strukturellen Finanzierung der Notfallversorgung kritisch.

Der SpiFa weist darauf hin, dass die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlich bei den Krankenkassen Versicherten den Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzlich übertragen ist. Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung ist jedoch nicht, diesen Sicherstellungsauftrag selbst durch die Gesamtheit ihrer vertragsärztlichen Mitglieder im Wege von durch diese Mitglieder zu leistenden allgemeinen Verwaltungskostensätzen zu finanzieren.

Die Finanzierung der medizinischen Versorgung der gesetzlich Versicherten einschließlich der hierfür erforderlichen Infrastruktur ist Aufgabe der Kostenträger der gesetzlichen Krankenversicherung, vulgo der Krankenkassen.

Der SpiFa fordert daher die vollumfängliche kostendeckende Finanzierung der an die gesetzlichen Versicherten gerichteten Angebote der Kassenärztlichen Vereinigung zur Sicherstellung der Regel- sowie der Akut- und Notfallversorgung allein durch die Krankenkassen.

Nummer 17 (§§ 123 bis 123c – neu)

§ 123 regelt detailliert die Struktur und Tätigkeit der einzurichtenden Integrierten Notfallzentren (INZ) bestehend aus zentraler Ersteinschätzungsstelle, Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung und einer Krankenhausnotaufnahme.

§ 123a regelt, wie die Einrichtung der INZ an auszuwählenden Krankenhausstandorten erfolgen soll. Es werden zur Bestimmung der Standorte der INZ Kriterien benannt, an welchen Krankenhausstandorten INZ eingerichtet werden und darüber hinaus Kriterien festgelegt, an welchen Krankenhausstandorten vorrangig INZ eingerichtet werden sollen. Der erweitere Landesausschuss erhält die Befugnis, von den festgelegten Kriterien abweichende Festlegungen zu treffen, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist. Es wird darüber hinaus geregelt, dass die Notdienstpraxen der INZ mindestens an Wochenenden und Feiertagen von 9 bis 21 Uhr, an den Werktagen Mittwoch und Freitag von 14 bis 21 Uhr geöffnet haben müssen.

§ 123b regelt die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche.

§ 123c Absatz 1 regelt, dass für den Fall, dass Hilfesuchende selbständig eine Notaufnahme eines Krankenhausstandortes ohne Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, die dort erbrachte ambulante Behandlung nicht in allen Fällen von den Krankenkassen vergütet wird. Nach § 76 Absatz 1 Satz 2 sind ambulante Leistungen von nicht in die vertragsärztliche Versorgung einbezogenen Krankenhäusern bereits nach geltendem Recht nur dann abrechenbar, wenn es sich um einen Notfall handelt, also wenn nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung des Patienten notwendig ist und ein Vertragsarzt nicht in der notwendigen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann. Diese Feststellung sei in der Praxis oft schwierig und führe zu Rechtsunsicherheiten und uneinheitlicher Handhabung. Mit der vorliegenden Änderung soll die Abrechenbarkeit einer ambulanten Behandlung an einem Krankenhausstandort ohne Integriertes Notfallzentrum an die Voraussetzung geknüpft werden, dass mit Hilfe eines standardisierten digitalen Ersteinschätzungsverfahrens festgestellt wurde, dass eine Verweisung an das nächstgelegene Integrierte Notfallzentrum im Einzelfall nicht zumutbar ist. Dadurch wird auch den Krankenhäusern, die kein Integriertes Notfallzentrum betreiben, die standardisierte, digitale Ersteinschätzung aufgegeben, welche Versorgungsebene für die Hilfesuchenden bedarfsgerecht ist und soll Rechtssicherheit geschaffen werden. Die Regelung soll ab dem Zeitpunkt gelten, in dem der Gemeinsame Bundesausschuss die Durchführung einer Ersteinschätzung für verbindlich erklärt hat. Die Ersteinschätzung soll im Wege der Delegation durch nichtärztliches Personal erbracht werden können und unabhängig von ihrem Ergebnis vergütet.

§ 123c Absatz 2 regelt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in einer Richtlinie innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes Vorgaben für ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument festlegen soll. Für Krankenhausstandorte ohne Integriertes Notfallzentrum soll die Richtlinie zudem Vorgaben zu einer Ersteinschätzung enthalten, die neben der Aussage zur Behandlungsdringlichkeit auch eine Entscheidung über die Weiterleitung an ein Integriertes Notfallzentrum oder die Behandlung am Krankenhausstandort treffen kann.

SpiFa:

Wir begrüßen die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ) bestehend aus zentraler Ersteinschätzungsstelle, Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung und einer Krankenhausnotaufnahme. Wir begrüßen außerordentlich, dass von der Einrichtung einer Notdienstpraxis abgesehen werden kann, soweit die notdienstliche Akutversorgung während der Öffnungszeiten des INZ durch unmittelbar in der Nähe des Krankenhausstandortes belegene Kooperationspraxen geleistet wird.

Kritisch sehen wir nach wie vor, dass die fachliche Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle des jeweiligen INZ dem Krankenhaus obliegen soll, weil dadurch die unabhängige und neutrale Ersteinschätzung gefährdet wäre und eine klinikorientierte statt einer intersektorell bedarfsgerechten Steuerung zu befürchten ist. Interessenkonflikte, Qualitätsunterschiede und organisatorische Überlastung in den Kliniken könnten die Versorgung beeinträchtigen. Wir empfehlen daher unter Verweis auf das Jahresgutachten 2018 des Sachverständigenrats Gesundheit und Pflege, Rn. 1000 die Leitung der zentralen Ersteinschätzungsstellen jeweils auf vom Krankenhaus weisungsunabhängige ärztliche Leitungspersonen zu übertragen.

Die Regelung zur Errichtung des INZ nach § 123a sehen wir kritisch. Die vorgesehene Regelung des § 123a auch in Kombination mit der vorgesehenen Regelung des § 90 Absatz 4a begrenzen die Zahl der einzurichtenden INZ nicht wirksam, weil die Regelungen weitgehend auf unbestimmte Rechtsbegriffe („bedarfsgerecht“, „flächendeckend“) und erhebliche Ermessensspielräume der erweiterten Landesausschüsse setzen. Konkrete quantifizierbare Kriterien oder verbindliche Schwellenwerte fehlen, sodass trotz intendierter Steuerung eine übermäßige Ausweitung der INZ-Standorte nicht rechtssicher verhindert werden kann. Die Planung wird von Gremien der Selbstverwaltung getragen, ohne dass ein verbindliches, restriktives und rechtssicheres Planungsgerüst besteht. Eine belastbare Begrenzung der Zahl der INZ ließe sich durch gesetzlich festgelegte oder auf Grund eines Gesetzes, beispielsweise durch Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, festzulegende, objektive Planungsparameter erreichen, etwa Einwohner-/Entfernungs-Relationen, maximale Fahrzeitradien oder Mindestfallzahlen, die verbindlich pro Planungsregion gelten. Ergänzend könnte der Gesetzgeber eine bundesrechtliche Obergrenze oder Spannbreite („Planungskorridore“) je Region vorgeben, innerhalb derer die Landesausschüsse entscheiden dürfen. Schließlich sollte der Gesetzgeber klarstellen, dass Abweichungen nur bei nachvollziehbar begründetem, dokumentierten Zusatzbedarf zulässig sind. Entscheidungen sollten von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen beklagt werden dürfen.

Die im Referentenentwurf enthaltenen Regelungen zu den INZ verhindern nicht wirksam, dass Krankenhäuser ohne INZ weiterhin regelhaft Notfälle behandeln und sogar stationär aufnehmen, sodass neben den INZ dauerhaft parallele Versorgungswege bestehen bleiben. Versicherte können weiterhin unmittelbar Krankenhausnotaufnahmen aufsuchen, wodurch die beabsichtigte zentrale Ersteinschätzung und Steuerung über INZ unterlaufen wird. Die beabsichtigte Notfallreform schafft dadurch kein einheitliches, sondern ein nebeneinander bestehendes System unterschiedlicher Zugangswege mit uneinheitlicher Qualität und Steuerungswirkung. Diese Parallelität birgt das Risiko fortgesetzter Fehlsteuerung und Überlastungen der Notaufnahmen ohne INZ-Struktur sowie unnötige Krankenhausaufnahmen. Insgesamt wird das Ziel einer klaren, patientenorientierten Lotsenstruktur so nicht erreicht. Aus Sicht des SpiFa braucht es deshalb eine einheitliche, verbindliche Ersteinschätzung bevor ein Krankenhaus

ohne INZ in Anspruch genommen werden darf. Krankenhäuser ohne INZ sollten nur noch definierte Schweregrade oder spezielle regionale Aufgaben übernehmen dürfen. Die Inanspruchnahme eines Ersteinschätzungsverfahrens sollte für die Versicherten verpflichtend als primärer Zugangspfad gesetzlich verankert werden. Ausnahmen sollten restriktiv auf echte Notfälle beschränkt sein. Finanzielle Fehlanreize für parallele Strukturen inklusive einer stationären Aufnahme müssen effektiv beseitigt werden, damit die Versorgung konsistent über die vorgesehen Versorgungspfade erfolgt.

Artikel 10 (Änderung § 19a Ärzte-ZV)

Mit den beabsichtigten Änderungen des § 19a Ärzte-ZV wird geregelt, dass bei der Festsetzung der offenen Sprechstunden das Bedürfnis einer ausreichenden vertragsärztlichen Versorgung in Akutfällen innerhalb ihrer Arztgruppe im jeweiligen Planungsbereich zu berücksichtigen ist und die Vertragsparteien des Bundesmantelvertrages bundeseinheitliche Regelungen zur Umsetzung einer möglichst gleichmäßigen zeitlichen Verteilung der Sprechstunden innerhalb der verpflichteten Arztgruppen im jeweiligen Planungsbereich zu treffen haben.

Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte müssen danach bei der Festsetzung ihrer offenen Sprechstunden explizit auch die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten nach einer ausreichenden Versorgung bei akuter Behandlungsbedürftigkeit berücksichtigen. Ziel der Regelung soll 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 soll innerhalb der jeweiligen in § 17c BMV definierten Arztgruppe sicherzustellen sein. Hierzu soll 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 bedürfen. Dadurch sollen die Möglichkeiten der Akutleitstellen verbessert werden, Versicherte im Akutfall an offene Sprechstunden zu vermitteln. Somit sollen die Patientinnen und Patienten seltener Anlass haben, eine Notaufnahme oder eine Notdienststruktur in Anspruch zu nehmen. Auch die Möglichkeiten der Integrierten Notfallzentren, Versicherte nach der Ersteinschätzung in die vertragsärztliche Regelversorgung weiterzuleiten, sollen so verbessert werden.

Durch die Regelungen im Bundesmantelvertrag-Ärzte sollen bundeseinheitliche Vorgaben zur Umsetzung einer möglichst gleichmäßigen zeitlichen Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der Arztgruppen in den Planungsbereichen getroffen werden. Dabei soll zu berücksichtigen sein, dass insbesondere während der Schließzeiten der Integrierten Notfallzentren möglichst umfassend offene Sprechstunden angeboten werden sollen.

SpiFa:

Der SpiFa sieht die beabsichtigen Änderungen des § 19a Ärzte-ZV äußerst kritisch und lehnt diese entschieden ab.

Die beabsichtigte Regelung, die im Ergebnis dazu führt, dass den einzelnen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten in der jeweiligen Arztgruppe in einem Planungsbereich Vorgaben gemacht werden, wann sie zeitlich offene Sprechstunden anzubieten haben, stellt einen unverhältnismäßigen Eingriff in die ärztliche Freiberuflichkeit dar und ist darüber hinaus in der praktischen Umsetzung im höchsten Maße mit bürokratischem Aufwand verbunden.

Der SpiFa weist darauf hin, dass bereits heute eine grundsätzliche Verpflichtung für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zur Behandlung von Akutfällen besteht und zwar ungeachtet des Zeitraums offener Sprechstunden. Eine Behandlung in Akutfällen dürfen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nur in begründeten Fällen ablehnen. Die Ablehnung von Patientinnen und Patienten erfolgt in der Regel aus Gründen der Kapazität des einzelnen vertragsärztlichen Leistungserbringers. Sprich: Wenn die einzelne Praxis so voll ist, dass durch die Behandlung weiterer Patientinnen und Patienten die Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dem vertragsärztlichen Sorgfaltsmaßstab in angemessener Zeit überhaupt nicht mehr gewährleistet werden kann.

Der SpiFa erinnert daran, dass der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 (in Kraft seit dem 1. Januar 1993) die Niederlassungsfreiheit in der vertragsärztlichen Versorgung abgeschafft und die Budgetierung vertragsärztlicher Leistungen eingeführt hat mit der Intention, die Leistungsmengen in der vertragsärztlichen Versorgung zu begrenzen. Der Gesetzgeber hat damit die ärztliche Ressource in der Versorgung gesetzlich Versicherter intendiert verknappt.

Der SpiFa stellt zudem fest, dass in der 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz vom 7. November 2022 die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 6. Mai 2019 getroffenen Maßnahmen zur teilweisen Entbudgetierung fachärztlicher Leistungen zurückgenommen wurden. Nicht zurückgenommen wurde die mit dem TSVG eingeführte Erhöhung der Mindestsprechstundenzeiten, die in Folge dessen heute unfinanziert ist. Der Gesetzgeber sollte die Erhöhung der Mindestsprechstundenzeiten dann konsequenterweise auch zurücknehmen.

Angesichts der ganz erheblichen Zahl sogenannter ambulant-sensitiver Krankenhausfälle (ASK-Fälle), also von Krankenhausfällen, die durch eine ambulante vertragsärztliche Versorgung vermeidbar wären, und zu ganz erheblichen Ausgaben von mittlerweile mindestens einem höheren einstelligen Milliardenbetrag jährlich im Bereich der stationären Versorgung führen, sollte der Gesetzgeber nach Auffassung des SpiFa seine bisher getroffenen Allokationsentscheidung ernstlich überdenken.

Aus unserer Sicht können erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven in der GKV gehoben werden, soweit der Gesetzgeber bereit ist, die vertragsärztliche Versorgung entsprechend des tatsächlich bestehenden medizinischen Behandlungsbedarfes zu finanzieren.

Der SpiFa mahnt daher nachdrücklich an, statt weitere höchst bürokratische Maßnahmen zu initiieren, wie dies mit der hier in Rede stehenden Änderungen der Ärzte-ZV beabsichtigt wird, die vertragsärztlichen Leistungen auch der fachärztlichen Versorgung im Mindesten bezogen auf die Notfall- und Akutversorgung von gesetzlich Versicherten künftig uneingeschränkt

extrabudgetär zu vergüten, wie es auch der Sachverständigenrat Gesundheit in seinem Jahresgutachten 2018 empfohlen hat.

Weitergehender Regelungsbedarf

§ 136c Absatz 4 SGB V

Der SpiFa empfiehlt dem Gesetzgeber, im Rahmen der Reform der Notfallversorgung klarzustellen, dass Belegärzte und belegärztlich geführte Abteilungen nicht aufgrund ihres Status pauschal von der stationären Notfallversorgung ausgeschlossen werden dürfen. Die gesetzlichen Grundlagen sollten präzisiert werden, sodass für die Teilnahme ausschließlich die Erfüllung der fachlichen, strukturellen und organisatorischen Anforderungen der jeweiligen Notfallstufe maßgeblich ist.

Eine statusbezogene Benachteiligung belegärztlicher Strukturen ist weder medizinisch noch versorgungsökonomisch gerechtfertigt.

Belegärztinnen und Belegärzte sind nicht nur fachärztlich zur Notfallversorgung qualifiziert, sie versorgen vor allem heute die Notfälle, die sich primär in ihren Praxen vorstellen und im Bedarfsfall umgehend in die Belegabteilung eingewiesen werden. Belegärzte sind nach BMV-Ä dazu verpflichtet, ihren Wohnort so zu wählen, dass sie die Klinik, in der sie belegärztlich tätig sind, innerhalb von 30 Minuten erreichen können. Zahlreiche Belegabteilungen verfügen über hohe Spezialisierung, etablierte Notfallpfade und eine vertraglich gesicherte 30-Minuten-Verfügbarkeit, die den Anforderungen der Notfallstufen entspricht.

Durch ihre Einbeziehung können unnötige Notfallabschläge vermieden, Versorgungskapazitäten erweitert und Notaufnahmen anderer Krankenhäuser spürbar entlastet werden.

Der Gesetzgeber sollte daher den Gemeinsamen Bundesausschuss dazu verpflichten, Belegärzte sowie belegärztliche Strukturen im Rahmen der Notfallstufen differenziert zu berücksichtigen – insbesondere durch:

- die Anerkennung vertraglich gebundener Fachärzte als zulässige Personalkategorie,
- die Möglichkeit, belegärztliche Abteilungen bei Erfüllung aller Strukturvorgaben vollständig zuzulassen,
- die Entwicklung spezifischer Module für hochspezialisierte belegärztliche Versorgungsbereiche.

Eine solche Regelung schafft Rechtssicherheit, erhöht die Versorgungskapazität und stärkt die Patientenversorgung im gesamten stationären Notfallsystem.

Der Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) setzt sich zusammen aus:

Ordentliche Mitglieder: Akkreditierte Labore in der Medizin e.V (ALM), Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V. (BAO), Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser e.V. (BdB), Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI), Berufsverband Deutsche Neurochirurgie e.V. (BDNC), Berufsverband Deutscher Neuroradiologen e.V. (BDNR), Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V. (BDN), Bundesverband der Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin e.V. (BdP), Bundesverband für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM), Berufsverband der Deutschen Radiologie e.V. (BDR), Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V. (BNC), Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK), Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (BNG), Berufsverband Niedergelassener und ambulant tätiger Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO), Berufsverband der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie in Deutschland e.V. (BNHO), Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ), Berufsverband der Augenärztinnen und Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA), Berufsverband der AngiologInnen Deutschlands e.V. (BVAD), Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD), Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. (BVDH), Berufsverband der Deutschen Urologie e.V. (BvDU), Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND), Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO), Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU), Berufsverband für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V. (BVPRM), Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP), Deutscher Facharztverband e.V. (DFV), Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG), Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e.V. (DGPRÄC), Verband Deutsche Nierenzentren e.V. (DN), Verband der in Deutschland niedergelassenen Radioonkologen e.V. (VDRO).

Assoziierte Mitglieder: Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie e.V. (DGH), MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI), Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS Verband), Virchowbund – Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V. (VIR).