Bundesministerium
für Gesundheit

Prof. Dr. Karl Lauterbach
Bundesminister
Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUSANSCHRIFT Rochusstraße 1, 53123 Bonn
POSTANSCHRIFT 53107 Bonn

TEL [redacted]
FAX
E-MAIL

Chef des Bundeskanzleramtes

nachrichtlich:

Bundesministerinnen und Bundesminister

Chefin des Bundespräsidialamtes

Chef des Presse- und Informationsamtes
der Bundesregierung

Beauftragte der Bundesregierung
für Kultur und Medien

Präsident des Bundesrechnungshofes

Berlin, 30. September 2024

Kabinettsache
Datenblatt-Nr.: 20/15094

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung
hier: Entwurf einer Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates (BR-Drs. 379/24 – Beschluss)

Anlagen: - 4 -

Anliegenden Entwurf einer Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung mit Beschlussvorschlag sowie einen Sprechzettel für den Regierungssprecher übersende ich mit der Bitte, die Beschlussfassung der Bundesregierung im Rahmen der TOP-1-Liste in der Kabinettsitzung am 2. Oktober 2024 vorzusehen.

Der Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung setzt eine bereits seit vielen Jahren politisch eingeforderte und auch im Koalitionsvertrag vorgesehene Verbesserung der Akut- und Notfallversorgung um und wird insbesondere zu einer gezielteren Patientinnen- und Patientensteuerung führen. Mit den von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) nunmehr durchgängig vorzuhaltenden Angeboten im Notdienst (Telemedizin, aufsuchende Dienste, Beteiligung an Integrierten Notfallzentren – INZ) werden ergänzend zu den regulären vertragsärztlichen Versorgungsangeboten niedrigschwellige Anlaufstellen der vertragsärztlichen Erstversorgung in Not- oder Akutfällen rund um die Uhr etabliert. Die insbesondere durch Kooperationen zwischen Rettungsleitstellen und Akutleitstellen der KVen in Form von sog. Gesundheitsleitsystemen verbesserte Steuerung ermöglicht eine gezieltere und damit

Table.Briefings

kostenschonendere Nutzung von Notfalleinrichtungen. Aufgrund der – soweit möglich fallabschließenden – telemedizinischen Beratung oder Behandlung, vermittelt über die Rufnummer 116117 (sog. Akutleitstellen) der KVen, wird das Gesundheitssystem finanziell entlastet; kostenintensive Fehlinanspruchnahmen des Rettungsdienstes und damit häufig verbundene unnötige Krankenhausaufnahmen können vermieden werden.

Der Bundesrat hat am 27. September 2024 Anregungen und Änderungsvorschläge zum Gesetzentwurf der Bundesregierung beschlossen. Die Bewertung ergibt sich aus der beigefügten Stellungnahme der Bundesregierung.

Die Bundesregierung stimmt keinem Vorschlag des Bundesrates zu.

Die Prüfung vieler weiterer Vorschläge wird zugesagt. Dies betrifft:

- Änderungen des rund um die Uhr vorzuhaltenden aufsuchenden Notdienst der KVen,
- gesetzliche Kostentragungsregelung bei Kooperationen der KVen mit den Rettungsdiensten für den aufsuchenden Dienst,
- Bloße Anhörungs- anstelle von Benehmensrechten der Selbstverwaltung bei Länderentscheidungen im Rahmen der Standortfestlegung von INZ des erweiterten Landesausschusses,
- Verlängerung von Umsetzungsfristen,
- Streichung der Beteiligung der Rettungsdienste in gemeinsamen Landesgremien,
- Evaluierungsaufträge zur ambulanten Inanspruchnahme von Notaufnahmen ohne INZ,
- Kooperation von INZ mit Psychotherapeuten sowie Einbeziehung von Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in INZ,
- Lockerung der Verpflichtung zur Festlegung von Planungsregionen durch die erweiterten Landesausschüsse,
- Klarstellung dahingehend, dass auch mehrere INZ in einer Planungsregion vorhanden sein können,
- Umformulierung von „Rettungsleitstellen“ in „Integrierte Leitstellen“,
- die Vergütung von Teilnotdiensten von Apotheken sowie zur Herstellung von Arzneimitteln und Anwesenheitspflichten einer Apothekerin oder eines Apothekers in einer zweiten Offizin einer notdienstpraxisversorgenden Apotheke.

Weitere Stellungnahmen des Bundesrates werden zur Kenntnis genommen. Dies betrifft

- Ausführungen zur Reform des Rettungsdienstes,
- Ausführungen zum Gesetzentwurf im Allgemeinen,
- Anmerkung zum Arztvorbehalt hinsichtlich der Verweisungsmöglichkeiten aus INZ in die vertragsärztliche Versorgung nach Ersteinschätzung.

Table.Briefings

Die übrigen Anmerkungen und Änderungsvorschläge des Bundesrates werden aus fachlichen Gründen abgelehnt. Dies betrifft:

- Weitere Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags hinsichtlich telemedizinischer oder telefonischer Konsilien,
- Stimmrechte oder Einvernehmen der Länder im Rahmen des erweiterten Landesausschusses,
- weniger Stimmgewicht der Krankenkassen im Rahmen des erweiterten Landesausschusses,
- Streichung der finanziellen Beteiligung der KVen in § 105 Absatz 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
- Ergänzende klarstellende Regelungen zur Steuerungswirkung durch Akutleitstellen,
- Streichung der Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für eine Richtline hinsichtlich eines Ersteinschätzungsinstruments in INZ,
- Streichung der Terminbuchung in der Regelversorgung durch INZ,
- Streichungen der Regelungen zum Dispensierrecht von Ärztinnen und Ärzten der Notdienstpraxen, zum verpflichtenden Abschluss von Verträgen zur Versorgung von Notdienstpraxen durch Apotheken sowie deren behördlicher Genehmigungspflicht,
- Streichung der Verpflichtung von INZ hinsichtlich zumindest telemedizinischer und telefonischer Konsilien von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
- gesetzliche Änderungen zum Nachweis von G-BA Notfallstufen der Krankenhäuser im Rahmen der Standortfestlegungen von INZ.

Die Bundesministerien für Wirtschaft und Klimaschutz, des Innern und für Heimat, sowie der Justiz haben dem Entwurf zugestimmt. Die übrigen Bundesministerien wurden beteiligt und haben keine Einwände erhoben.

Die Beauftragten und Bevollmächtigten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, für Pflege, für Migration, Flüchtlinge und Integration, für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, für Sucht- und Drogenfragen sowie für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung wurden beteiligt und haben keine Einwände erhoben. Der Beauftragte für die Belange von Menschen mit Behinderungen wurde beteiligt.

Table.Briefings

Table.Briefings

Anlage 1

Beschlussvorschlag

Die Bundesregierung beschließt die von dem Bundesminister für Gesundheit vorgelegte Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates (BR-Drs. 379/24 - Beschluss) zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung.

Table.Briefings

Table.Briefings

Anlage 2

Sprechzettel für den Regierungssprecher

Das Bundeskabinett hat heute die Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates vom 27. September 2024 zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung beschlossen.

Im Koalitionsvertrag ist vorgesehen, das System der Notfallversorgung weiterzuentwickeln. Zentrales Ziel der beschlossenen Notfallreform ist eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Notfallversorgung in Deutschland, die sektorenübergreifend unter Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten organisiert wird. Dies soll insbesondere durch eine verbesserte Patientinnen- und Patientensteuerung umgesetzt werden. Mit den von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) nunmehr durchgängig vorzuhaltenden Angeboten im Notdienst (Telemedizin, aufsuchende Dienste, Beteiligung an Integrierten Notfallzentren) werden ergänzend zu den regulären vertragsärztlichen Versorgungsangeboten niedrigschwellige Anlaufstellen der vertragsärztlichen Erstversorgung in Not- oder Akutfällen rund um die Uhr etabliert. Die insbesondere durch Kooperationen zwischen Rettungsleitstellen und Akutleitstellen der KVen in Form von sog. Gesundheitsleitsystemen verbesserte Steuerung ermöglicht eine gezieltere und damit kostenschonendere Nutzung von Notfalleinrichtungen. Aufgrund der – soweit möglich fallabschließenden – telemedizinischen Beratung oder Behandlung, vermittelt über die Rufnummer 116117 (sog. Akutleitstellen) der KVen, wird das Gesundheitssystem finanziell entlastet; kostenintensive Fehlinanspruchnahmen des Rettungsdienstes und damit häufig verbundene unnötige Krankenhausaufnahmen können vermieden werden.

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme verschiedene Anregungen und Änderungsvorschläge zum Gesetzentwurf der Bundesregierung beschlossen. Die Bundesregierung sagt zu vielen Vorschlägen eine Prüfung zu. Andere Vorschläge lehnt sie ab oder nimmt sie lediglich zur Kenntnis, um die vorgenannten Ziele nicht zu gefährden.

Die Prüfung vieler Vorschläge wird zugesagt. Dies betrifft:

- Änderungen des rund um die Uhr vorzuhaltenden aufsuchenden Notdienst der KVen,
- gesetzliche Kostentragungsregelung bei Kooperationen der KVen mit den Rettungsdiensten für den aufsuchenden Dienst,
- Bloße Anhörungs- anstelle von Benehmensrechten der Selbstverwaltung bei Länderentscheidungen im Rahmen der Standortfestlegung von INZ des erweiterten Landesausschusses,

Table.Briefings

- Verlängerung von Umsetzungsfristen,
- Streichung der Beteiligung der Rettungsdienste in gemeinsamen Landesgremien,
- Evaluierungsaufträge zur ambulanten Inanspruchnahme von Notaufnahmen ohne INZ,
- Kooperation von INZ mit Psychotherapeuten sowie Einbeziehung von Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in INZ,
- Lockerung der Verpflichtung zur Festlegung von Planungsregionen durch die erweiterten Landesausschüsse,
- Klarstellung dahingehend, dass auch mehrere INZ in einer Planungsregion vorhanden sein können,
- Umformulierung von „Rettungsleitstellen“ in „Integrierte Leitstellen“,
- die Vergütung von Teilnotdiensten von Apotheken sowie zur Herstellung von Arzneimitteln und Anwesenheitspflichten einer Apothekerin oder eines Apothekers in einer zweiten Offizin einer notdienstpraxisversorgenden Apotheke.

Weitere Stellungnahmen des Bundesrates werden zur Kenntnis genommen. Dies betrifft

- Ausführungen zur Reform des Rettungsdienstes,
- Ausführungen zum Gesetzentwurf im Allgemeinen,
- Anmerkung zum Arztvorbehalt hinsichtlich der Verweisungsmöglichkeiten aus INZ in die vertragsärztliche Versorgung nach Ersteinschätzung.

Die übrigen Anmerkungen und Änderungsvorschläge des Bundesrates werden aus fachlichen Gründen abgelehnt. Dies betrifft:

- Weitere Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags hinsichtlich telemedizinischer oder telefonischer Konsilien,
- Stimmrechte oder Einvernehmen der Länder im Rahmen des erweiterten Landesausschusses,
- weniger Stimmgewicht der Krankenkassen im Rahmen des erweiterten Landesausschusses,
- Streichung der finanziellen Beteiligung der KVen in § 105 Absatz 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
- Ergänzende klarstellende Regelungen zur Steuerungswirkung durch Akutleitstellen,
- Streichung der Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für eine Richtline hinsichtlich eines Ersteinschätzungsinstruments in INZ,
- Streichung der Terminbuchung in der Regelversorgung durch INZ,
- Streichungen der Regelungen zum Dispensierrecht von Ärztinnen und Ärzten der Notdienstpraxen, zum verpflichtenden Abschluss von Verträgen zur Versorgung von Notdienstpraxen durch Apotheken sowie deren behördlicher Genehmigungspflicht,

Table.Briefings

- Streichung der Verpflichtung von INZ hinsichtlich zumindest telemedizinischer und telefonischer Konsilien von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
- gesetzliche Änderungen zum Nachweis von G-BA Notfallstufen der Krankenhäuser im Rahmen der Standortfestlegungen von INZ.

Table.Briefings

Table.Briefings

Gegenäußerung der Bundesregierung
zur Stellungnahme des Bundesrates
zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung
BR-Drucksache 379/24 – Beschluss

Die Bundesregierung äußert sich zur Stellungnahme des Bundesrates wie folgt:

Zu Nummer 1 Zum Gesetzentwurf allgemein

Die Bundesregierung nimmt die Ausführungen zur Kenntnis.

Zu Nummer 2 Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe b (§ 75 Absatz 1b Satz 2a – neu – und Satz 2b – neu – SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Der Notdienst ist grundsätzlich fachgebietsübergreifend organisiert und stellt die Versorgung mit den aus medizinischen Gründen jeweils kurzfristig erforderlichen Maßnahmen sicher. Es sollen keine gesonderten Strukturen für einen bestimmten Fachbereich der Versorgung eingeführt werden. Der Vorschlag würde zudem zu einem übermäßigen Einsatz von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten der im Vorschlag genannten Fachrichtungen im Notdienst führen, der zum einen nicht zu rechtfertigen wäre und zum anderen die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung außerhalb des Notdienstes erheblich gefährden würde. Zudem wird darauf hingewiesen, dass psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Fachpsychotherapeutinnen und -therapeuten – anders als Ärztinnen und Ärzte – berufsrechtlich nicht zur Teilnahme am Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst verpflichtet sind.

Zu Nummer 3 Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe b (§ 75 Absatz 1b Satz 5 Nummer 3 SGB V)

Die Bundesregierung wird prüfen, inwieweit Änderungen an der pauschalen Vorgabe eines 24 Stunden täglich verfügbaren aufsuchenden Dienstes möglich sind. Im Rahmen der Prüfung werden zum einen das Versorgungsbedürfnis der Bevölkerung und die Begrenztheit der personellen Kapazitäten der Vertragsärzteschaft berücksichtigt. Zum anderen wird die

Table.Briefings

Bedeutung des aufsuchenden Dienstes im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung für eine erfolgreiche Vernetzung von Akutleitstellen und Rettungsleitstellen und damit für eine effiziente und bedarfsgerechte Patientinnen- und Patientensteuerung in den Blick genommen. Durch ein aufsuchendes Angebot können auch immobile Patientinnen und Patienten mit akuten, aber nicht stationär behandlungsbedürftigen Krankheitsbildern ambulant vertragsärztlich versorgt und damit nicht erforderliche Transporte in ein INZ oder gar unnötige stationäre Aufnahmen vermieden werden.

Zu Nummer 4 Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe b (§ 75 Absatz 1b Satz 8a – neu – SGB V)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu Nummer 5 Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe a (§ 90 Absatz 4 Satz 5 – neu und Satz 6 – neu – u. Buchstabe b (§ 90 Absatz 4a Satz 4 und Satz 6 SGB V)

Zu Buchstabe a)
Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab, da Mitentscheidungs- oder Vetorechte der Länder als Mitverwaltung im Widerspruch zu der ihnen obliegenden Rechtsaufsicht stehen würden. Insbesondere die Entscheidung, an welchen Krankenhausstandorten Notdienstpraxen der KVen eingerichtet werden, berührt zwar die Aufgaben der Länder im Rahmen der Krankenhausplanung. Sie ist aber im Wesentlichen eine Entscheidung der Selbstverwaltungspartner. Der erweiterte Landesausschuss und die mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen Verfahrensregelungen sind daher gut geeignet, die entsprechenden Interessen hinreichend zu berücksichtigen. Die zuständigen obersten Landesbehörden wirken im Ausschuss beratend mit, können Anträge stellen und ihre versorgungs- und planungsrelevanten Erkenntnisse in die Beratungen einbringen. Sie legen im Fall einer Nichteinigung im Ausschuss die Standorte fest und haben darüber hinaus auch die Möglichkeit, im Rahmen ihrer Rechtsaufsicht die Entscheidungen des Ausschusses zu prüfen.

Zu Buchstabe b)
Zu Doppelbuchstabe aa)
Es wird Prüfung dahingehend zugesagt, ob bei Nichteinigung der Selbstverwaltungspartner auch eine bloße Gelegenheit zur Stellungnahme anstelle einer Benehmensregelung ausreichend ist.

Zu Doppelbuchstabe bb)

Table.Briefings

Der Vorschlag, das Stimmgewicht der Krankenkassen im Rahmen des erweiterten Landesausschusses zu reduzieren, wird indes abgelehnt, um ein Gleichgewicht zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern herzustellen.

Zu Nummer 6 Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe b (§ 90 Absatz 4a Satz 7a – neu – SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Auf die Begründung zu Nummer 5 Buchstabe a) wird verwiesen.

Zu Nummer 7 Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe b (§ 90 Absatz 4a Satz 8 und Satz 9 SGB V), Nummer 11 (§ 123a Absatz 1 Satz 1 und § 123b Absatz 1 Satz 2 SGB V)

Die Bundesregierung wird die Vorschläge prüfen. Bei der Bemessung der Fristen ist ein Gleichgewicht zwischen der Berücksichtigung des planerischen Aufwandes und dem Erfordernis einer möglichst zügigen Umsetzung zu finden. Dabei ist auch zu beachten, dass die Kooperationspartner in aller Regel auf bereits vorhandenen Strukturen aufsetzen können. Bei den Kooperationsvereinbarungen erscheint es zudem möglich, dass aufgrund von Synergien individuelle Regelungen nur im begrenzten Umfang ausgehandelt werden müssen. Dies können zum Beispiel Mustervereinbarungen sein, die als Grundlage für die Kooperationsvereinbarung herangezogen werden können.

Zu Nummer 8 Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe b (§ 90 Absatz 4a Satz 12 – neu – SGB V)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen. Insgesamt erscheint es durchaus zweckmäßig, im Rahmen der Evaluierungen auch einen Fokus auf Krankenhäuser zu legen, die keine INZ oder INZ für Kinder und Jugendliche haben und nur über eine Notaufnahme verfügen. Zu prüfen bleibt jedoch auch, ob und wie dafür erforderliche Daten derzeit überhaupt erhoben werden könnten.

Zu Nummer 9 Artikel 1 Nummer 7 (§ 90a Absatz 1 Satz 1 SGB V)

Die Bundesregierung prüft den Vorschlag. Die Zielsetzung des Gesetzesentwurfes ist es, die drei Versorgungsbereiche der Notfallversorgung – vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser sowie Rettungsdienste – besser zu vernetzen und aufeinander abzustimmen.

Table.Briefings

Zu Nummer 10 Artikel 1 Nummer 8 (§ 105 Absatz 1b Satz 1 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Für eine einseitige Finanzierung der Kosten für die Sicherstellung der Strukturen und des Betriebs des Notdienstes ausschließlich durch die Krankenkassen besteht kein Anlass. Der Notdienst ist nach § 75 Absatz 1b SGB V Teil des Sicherstellungsauftrages der KVen. Demnach ist er auch durch die KVen mitzufinanzieren, insbesondere auch im Hinblick darauf, dass den KVen weiterhin die Organisation obliegt und sie die Höhe der Kosten mitbestimmen sollen. Zudem bestehen keine Gründe, weshalb gerade im Notdienst eine Abkehr von der bisherigen, etablierten und bewährten geteilten Kostentragung vorgenommen werden sollte.

Zu Nummer 11 Artikel 1 Nummer 11 (§ 123 Absatz 1 Satz 6 Halbsatz 2 – neu –,
Absatz 6 Satz 1a – neu –,
Satz 1b – neu –,
Satz 1c – neu – und
§ 123a Absatz 1 Satz 5 Nummer 2 SGB V)

Zu Buchstabe a)

Zu Doppelbuchstabe aa)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag dahingehend prüfen, ob die INZ zusätzlich Kooperationen mit psychotherapeutischen Praxen bzw. Einrichtungen anstreben sollen, da dies eine sinnvolle Ergänzung der Aufgaben der INZ darstellen kann.

Zu Doppelbuchstabe bb)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag zur Ergänzung von § 123 Absatz 6 SGB V ab. Die Aufgabe der INZ ist die Sicherstellung der Versorgung von Akutfällen durch die zu deren Behandlung medizinisch kurzfristig erforderlichen Maßnahmen; sie wird auch ohne die vorgeschlagenen Konsile erfüllt. Im Übrigen wird auf die Stellungnahme zu Nummer 2 verwiesen.

Zu Buchstabe b)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag zur Änderung von § 123a Absatz 1 Satz 5 Nummer 2

Table.Briefings

SGB V prüfen. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass bei der Entscheidung für einen INZ-Standort das Vorhandensein von notfallmedizinisch relevanten Fachabteilungen zu berücksichtigen ist, wenn mehrere Krankenhausstandorte infrage kommen. Hierzu gehören auch Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie, sodass eine entsprechende Klarstellung sinnvoll erscheint.

Zu Nummer 12	Artikel 1 Nummer 11 (§ 123	Absatz 2	Satz 1 – neu – und Satz 4 – neu –,
		Absatz 3	Satz 1 – neu – und Satz 1 Nummer 1 und Nummer 4 SGB V)

Zu Buchstabe a)
Die Bundesregierung lehnt die Vorschläge ab. Das Ziel einer effektiven Steuerung der Hilfesuchenden schon vor Betreten einer Einrichtung der Notfallversorgung wird durch den Gesetzesentwurf bereits mit mehreren Maßnahmen verfolgt, sodass keine Ergänzung notwendig ist. Neben der Ertüchtigung der Akutleitstelle der KVen und ihrer Vernetzung mit den Rettungsleitstellen gehört zu diesen Maßnahmen insbesondere die Regelung in § 123 Absatz 2 Satz 7 SGB V, wonach Hilfesuchende, die nachweisen, dass sie das INZ aufgrund einer telefonischen Vermittlung durch die Akutleitstelle aufsuchen, bei gleicher Behandlungsdringlichkeit grundsätzlich vorrangig zu behandeln sind. Dies ist eine wirkungsvoller Anreiz für die Kontaktaufnahme zur Akutleitstelle.

Zu Buchstabe b)
Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Zur Wahrung des Selbstverwaltungsprinzips im Gesundheitswesen wird der Erlass einer Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bevorzugt. Die Länder haben hierbei ein Antrags- und Mitberatungsrecht, die Patientenvertretungen sind regelhaft beteiligt und weitere Beteiligungen sind gesetzlich vorgesehen. Eine Richtlinie kann gegenüber einer Rechtsverordnung schneller aktualisiert werden und damit gemäß dem Stand der medizinischen Erkenntnisse aktuell gehalten werden.

Zu Nummer 13 Artikel 1 Nummer 11 (§ 123 Absatz 2 Satz 6 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Da es sich bei der Notfallversorgung in einem INZ nur um eine Erstversorgung handelt, ist eine Weiterbehandlung der Patientinnen und Patienten in vielen Fällen angezeigt. Durch die Vermittlung eines Termins wird nicht nur die notwendige Weiterbehandlung in der ambulanten Versorgung sichergestellt, sondern auch die Wahrscheinlichkeit für ein erneutes Aufsuchen des INZ verringert. Für diese Terminvermittlung

Table.Briefings

ist das System der Terminservicestelle zu nutzen, das allen Versicherten telefonisch jederzeit möglich ist. Eine Patientenfehlsteuerung ist daher nicht zu befürchten, da das Aufsuchen eines INZ mit deutlich größerem Aufwand verbunden sein dürfte als das Anwählen einer Rufnummer.

Zu Nummer 14 Artikel 1 Nummer 11 (§ 123 Absatz 2 SGB V)

Die Bundesregierung nimmt den Hinweis zur Kenntnis. Die Regelungen im Gesetzentwurf sehen eine Weiterleitung von Patientinnen und Patienten auf der Grundlage einer Ersteinschätzung durch nicht-ärztliches Personal grundsätzlich nur innerhalb eines INZ und in eine eng angebundene Kooperationspraxis vor. Eine Verweisung von Hilfesuchenden aus diesem Bereich heraus in die ambulante vertragsärztliche Versorgung sollte grundsätzlich aus Gründen der Patientensicherheit nur unter ärztlicher Verantwortung erfolgen.

Zu Nummer 15 Artikel 1 Nummer 11 (§ 123 Absatz 5 Satz 2 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Zum Abschluss eines Kooperationsvertrages mit einer notdienstpraxisversorgenden Apotheke sind die Kooperationspartner der INZ nach § 123 Absatz 5 Satz 1 SGB V verpflichtet. Für den Zeitraum, in dem zur Versorgung von Patientinnen und Patienten der Notdienstpraxis noch kein Vertrag mit einem Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke besteht, soll die Versorgung in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis erfolgen können. Deshalb sollen zu den Öffnungszeiten der Notdienstpraxis dort tätige Ärztinnen und Ärzte Arzneimittel und Medizinprodukte für einen akuten Bedarf abgeben können, etwa zum sofortigen Einleiten einer Antibiotika- oder Schmerztherapie. Die Abgabe darf – wie im Rahmen eines Entlassmanagements auch – nur zu bestimmten Zeiten eingeschränkter Arzneimittelversorgung und nur übergangsweise für einen kurzen Zeitraum erfolgen.

Zu Nummer 16 Artikel 1 Nummer 11 (§ 123 Absatz 6 Satz 1 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Ziel des Gesetzentwurfs ist die stabile Vernetzung der Strukturen der Notfallversorgung untereinander und damit auch die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung für Kinder und Jugendliche. Es wäre aus Sicht der Bundesregierung nicht im Sinne der Hilfesuchenden, wenn in INZ kein fachärztliches Konsil durch Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte möglich wäre. Das telemedizinische Angebot

Table.Briefings

ersetzt diesen Konsildienst nicht, da dieser sich direkt an Hilfesuchende der Akutleitstelle wendet.

Zu Nummer 17 Artikel 1 Nummer 11 (§ 123a Absatz 1 Satz 2 SGB V)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag dahingehend prüfen, ob die Verpflichtung zur Festlegung von Planungsregionen durch den erweiterten Landesausschuss gelockert werden kann, um hier den Akteuren vor Ort einen größeren Spielraum bei der Wahl des Vorgehens bezüglich der Planung einzuräumen.

Zu Nummer 18 Artikel 1 Nummer 11 (§ 123a Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Der Wortlaut in § 123a Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 SGB V wurde bewusst gewählt. Voraussetzung der Standortzuteilung ist demnach, dass objektiv 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), die zuletzt am 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden sind, erfüllt sind. Im Übrigen ist bewusst offen gelassen, wie eine entsprechende Überzeugungsbildung durch den erweiterten Landesauschuss stattfindet. Sollte eine Prüfung der Voraussetzungen im Kontext einer aktuellen Budgetvereinbarung zwischen den Vertragsparteien nach § 11 Krankenhausentgeltgesetz auf der Grundlage der oben genannten Richtline erfolgt sein, kann diese gegenwärtig ausreichen. Für eine Prüfung können aber auch andere Unterlagen, zum Beispiel die Ergebnisse etwaiger Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes, herangezogen werden.

Zu Nummer 19 Artikel 1 Nummer 11 (§ 123a Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 SGB V)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen. Eine Klarstellung dahingehend, dass die Fahrzeitvorgabe in einer Planungsregion nicht durch ein einziges an einem Krankenhausstandort eingerichtetes INZ erfüllt werden muss, erscheint sinnvoll.

Zu Nummer 20 Artikel 1 Nummer 11 (§ 123a Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 SGB V)

Table.Briefings

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Hinsichtlich der Begründung wird auf die Stellungnahme zu Nummer 18 verwiesen.

Zu Nummer 21 Artikel 1 Nummer 11 (§ 123a Absatz 2 Satz 1, Absatz 3 Satz 1 und Satz 2 SGB V)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen. Allerdings wird darauf hingewiesen, dass eine Verlängerung der Fristen zu einer deutlichen Verzögerung der Umsetzung der Reform führen würde. Die weitaus meisten gegenwärtigen Notdienstpraxen befinden sich bereits an Krankenhäusern und können vermutlich in sehr vielen Fällen zu INZ weiterentwickelt werden. Auch dürften die abzuschließenden Kooperationsvereinbarungen im Wesentlichen identisch sein und mit Hilfe von Musterverträgen zügig abgeschlossen werden können.

Zu Nummer 22 Artikel 1 Nummer 11 (§ 123b Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Hinsichtlich der Begründung wird auf die Stellungnahme zu Nummer 18 verwiesen.

Zu Nummer 23 Artikel 1 Nummer 12 (§ 133a Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen. Die Änderung der Begrifflichkeit wird umgesetzt, wenn sichergestellt ist, dass damit alle Rettungsleitstellen umfasst sind.

Zu Nummer 24 Artikel 1 und 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Bundesregierung nimmt die Vorschläge zur Kenntnis. Zentrales Ziel des Gesetzentwurfs ist eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Notfallversorgung in Deutschland, die sektorenübergreifend unter Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten organisiert wird. Die drei Versorgungsbereiche der Notfallversorgung – vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser sowie Rettungsdienste – sind besser zu vernetzen und aufeinander abzustimmen.

Die Bundesregierung teilt die Auffassung, dass die Finanzierungssystematik des Rettungsdienstes im SGB V nicht mehr die Realität abbildet und die bisherigen Vorgaben in § 60 SGB V, nach

Table.Briefings

denen nur Fahrkosten in ein Krankenhaus refinanziert werden, nicht mehr ausreichend sind. Die Bundesregierung teilt daher das Ziel, zukünftig eine optimale und funktionierende präklinische und sektorenübergreifende Versorgung sicherzustellen.

Daher wäre es vorteilhaft, wenn in einem zweiten Schritt im parlamentarischen Verfahren notwendige Regelungen zur Erreichung dieses Ziels in den Gesetzentwurf aufgenommen würden.

Zu Nummer 25 Artikel 5 Nummer 1 (§ 12b Absatz 1 Satz 1 und Satz 4 – neu – Apothekengesetz)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Die Verpflichtung zum Abschluss eines Vertrages mit dem Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke besteht bereits auf Seiten der Betreiber von INZ. Sofern ein Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke einen solchen Vertrag schließt, ist er an die entsprechenden vertraglichen Inhalte gebunden. Eine Verpflichtung zum Abschluss eines solchen Vertrages sollte indes für die Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke nicht bestehen, sondern die Annahme eines entsprechenden Angebots sollte diesen nach eigenen wirtschaftlichen Überlegungen überlassen werden.

Die Notwendigkeit für eine gesonderte Erlaubnispflicht für den Betrieb einer zweiten Offizin sieht die Bundesregierung nicht. Eine solche zweite Offizin ist Teil der Betriebsräume der Apotheke und somit in die Apothekenbetriebserlaubnis einzubeziehen. Eine Inbetriebnahme ist der zuständigen Behörde gemäß § 4 Absatz 6 der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) vorher anzuzeigen.

Zu Nummer 26 Artikel 5 Nummer 1 (§12b Absatz 1 Satz 3a – neu – Apothekengesetz)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag dahingehend prüfen, ob Klarstellungsbedarf bezüglich des folgenden Sachverhalts besteht. Für Herstellungstätigkeiten müssen Apothekenbetriebsräume gemäß § 4 Absatz 1 ApBetrO u.a. nach Art und Einrichtung geeignet sein. Die Bundesregierung teilt daher die Einschätzung des Bundesrates, dass in einer zweiten Offizin einer notdienstpraxisversorgenden Apotheke, die nicht entsprechend ausgerüstet ist, keine Herstellungstätigkeiten durchgeführt werden sollten.

Allerdings sollte aus Sicht der Bundesregierung in einer zweiten Offizin die Möglichkeit einer Herstellung von Arzneimitteln im Rahmen des üblichen Apothekenbetriebs nicht von vornherein gesetzlich ausgeschlossen werden, soweit dort ein geeigneter Arbeitsplatz vorhanden ist.

Table.Briefings

Zu Nummer 27 Artikel 5 Nummer 1 (§ 12b Absatz 2 Satz 1 – neu – und Satz 2, einleitender Satzteil – neu – Apothekengesetz)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Eine Genehmigungspflicht der betreffenden Verträge ist aus Sicht der Bundesregierung nicht notwendig. Durch die Verpflichtung zur Vorlage des Vertrags nach § 12b Absatz 3 des Apothekengesetzes (ApoG) erhält die zuständige Behörde rechtzeitig Kenntnis über die Versorgungsabsicht. Soweit daraufhin Überwachungsmaßnahmen, z. B. eine Begehung neuer Räume, erforderlich sind, kann die Behörde diese gemäß ihrem allgemeinen Überwachungsauftrag nach § 64 des Arzneimittelgesetzes (AMG) durchführen. Von Verträgen gemäß § 12a ApoG sind die hier in Rede stehenden Verträge abzugrenzen; insbesondere erfolgt die Versorgungstätigkeit in diesem Fall ausschließlich in Räumen, die der Überwachung durch die zuständige Behörde unterliegen.

Zu Nummer 28 Artikel 5 Nummer 2 Buchstabe a – neu – (§ 20 Absatz 1 ApoG)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im Zusammenhang mit anderen Rechtsetzungsverfahren prüfen.

Zu Nummer 29 Artikel 6 Nummer 2 Buchstabe a_1 – neu – (§ 3 Absatz 3 ApBetrO)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu Nummer 30 Artikel 6 Nummer 4 (§ 23 Absatz 1 Satz 2, Absatz 2 und Absatz 3 Satz 1 ApBetrO)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Ein inhaltlicher Zusammenhang mit den gesetzlichen Änderungen zur Einführung notdienstpraxisversorgender Apotheken ist nicht erkennbar, weswegen eine Umsetzung dieses Vorschlags in der Apothekenbetriebsordnung aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht erfolgen kann.

Table.Briefings

Zu Nummer 31 Zum Gesetzentwurf allgemein

Die Bundesregierung sieht den geschilderten Bedarf und wird die Vorschläge zur Schaffung weiterer Grundlagen für die digitale Vernetzung der Leistungserbringer in der Notfallversorgung inklusive des Rettungsdienstes durch die Nutzung der Telematikinfrastruktur prüfen.

Table.Briefings

Table.Briefings

Dokumentenname	GÄ Notfallreform_ID.docx
Ersteller	BMG
Stand	30.09.2024 09:25

Bundesrat **Drucksache 379/24 (Beschluss)**

27.09.24

Stellungnahme
des Bundesrates

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Der Bundesrat hat in seiner 1047. Sitzung am 27. September 2024 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zum Gesetzentwurf allgemein

   a) Der Bundesrat begrüßt angesichts der hohen Belastungen der Rettungsdienste und Notaufnahmen das Ziel, die Notfallversorgung zu verbessern. Eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Rettungsdienst und ambulantem ärztlichem Bereitschaftsdienst und eine effizientere Steuerung und Vernetzung sind hierbei grundsätzlich sinnvolle Ansätze.

   b) Der Bundesrat sieht für das Gesetzesvorhaben, wie es sich aus dem Gesetzentwurf und den weiteren Äußerungen der Bundesregierung darstellt, keine Gesetzgebungskompetenz, soweit fachliche und qualitative Anforderungen für den Rettungsdienst normiert werden. Im weiteren Gesetzgebungsverfahren erfolgende Bezüge zum Rettungswesen, die über die begrüßenswerten Erwähnungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung hinausgehen, werden daher nur in engen Grenzen als zulässig angesehen.

   Begründung:

   Zu Buchstabe b:

   Der vorliegende Gesetzentwurf stellt, wie die Bundesregierung betont, den ersten Schritt einer umfassenden bundesrechtlichen Reform des Rettungsdienstes dar. Der zweite Schritt, der unter anderem die Aufnahme des Rettungsdienstes

Table.Briefings

Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln
Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.bundesanzeiger-verlag.de
ISSN 0720-2946

als eigenständigen Leistungsbereich in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch oder die Erarbeitung bundeseinheitlicher Mindeststandards im Rettungsdienst vorsieht, soll im Rahmen des parlamentarischen Verfahrens erfolgen. Insofern kann der nun vorliegende Gesetzentwurf nicht isoliert von den durch die Bundesregierung bereits angekündigten weiteren Maßnahmen im gleichen Gesetzgebungsverfahren bewertet werden.

Eine Reform der Notfallversorgung ist dabei angesichts der vielfältigen Probleme grundsätzlich zu begrüßen. Aus einer Gesamtschau der im Gesetzentwurf bereits enthaltenen und der weiteren erwarteten Änderungen lässt sich jedoch bereits schließen, dass für das geplante Gesetzesvorhaben eine Gesetzgebungskompetenz des Bundes nicht zweifelsfrei gegeben ist. Mit der Stellungnahme soll insoweit die Wahrung der Gesetzgebungskompetenzen der Länder angemahnt werden. Da die konkrete Ankündigung der weiteren Ausgestaltung des Gesetzgebungsverfahrens eine kompetenzrechtlich unzulässige Gestaltung konkret befürchten lässt, bedarf es bereits an dieser Stelle eines entsprechenden Votums des Bundesrates.

Die Gesetzgebungszuständigkeit legt das Grundgesetz nach den Artikeln 30 und 70 grundsätzlich in die Hand der Länder. Nur soweit das Grundgesetz dem Bund ausdrücklich Zuständigkeiten zuweist, ist dieser regelungsbefugt. Es können daher Zweifel daran bestehen, ob die im Gesetzentwurf angenommene bundesrechtliche Kompetenz zur Regelung der Sozialversicherung als Teil der konkurrierenden Gesetzgebung aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes das Gesamtvorhaben zu tragen vermag. Der vorliegende Gesetzentwurf betrifft – jedenfalls mit den bereits angekündigten und noch zu erwartenden Änderungen – auch den Bereich des Rettungswesens. Dieses ist aber als Teil der Daseinsvorsorge und der allgemeinen Gefahrenabwehr der Gesetzgebungskompetenz der Länder zuzuordnen.

Beim Landesgesetzgeber „liegen daher etwa Regelungen zu Trägerschaft, Aufgabenverteilung, Genehmigungspflichten und zur konkreten Durchführung der Aufgaben des Rettungsdienstes. Folglich obliegt den Ländern die Ausgestaltung eines funktionierenden Rettungsdienstes und die dahingehende Einschätzungs- und Prognoseprärogative hinsichtlich der Gefahrenlage sowie der daraus abzuleitenden notwendigen Organisation des Rettungsdienstes, insbesondere der benötigten Personal- und Rettungsmittelkapazitäten“.

Auch soweit konstatiert wird, der Rettungsdienst nehme aktuell vermehrt Aufgaben einer präklinischen Versorgung wahr, führt dies, mangels eines umfassenden Kompetenztitels für den Bereich der Gesundheitsfürsorge zugunsten des Bundes, nicht zu einer abweichenden Bewertung. Soweit teilweise von einer grundsätzlichen Kompetenz des Bundes für Regelungen zur rettungsdienstlichen notfallmedizinischen Versorgung als Teil der sozialversicherungsrechtlichen Regelungen aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 Alternative 2 des Grundgesetzes ausgegangen wird, wird zurecht darauf hingewiesen, dass sich Leistungs- und Finanzierungsvorgaben wie auch Qualitätsanforderungen in einem kompetenzrechtlichen Grenzbereich bewegen. Regeln kann der Bund über den vorgenannten Kompetenztitel wohl auch Modalitäten und Umfang der Leistungen, die vom Versichertenanspruch gegenüber den Krankenkassen erfasst sind. Jedoch findet die Bundeskompetenz ihre Grenzen dort, wo durch die

TabloBriefings

sozialversicherungsrechtlichen Regelungen faktische oder rechtliche Vorgaben für die Planung und Organisation des Rettungswesens in den Ländern konstituiert werden. Den Ländern ist danach ausreichend Raum für planerische und organisatorische Vorgaben in den jeweiligen Landesrettungsgesetzen zu belassen.

Angesichts der engen, durch das Grundgesetz gezogenen Grenzen für bundesrechtliche Regelungen, die über den Hebel des Sozialversicherungsrechts inhaltlichen Einfluss auf die der Länderkompetenz unterfallenden Bereiche nehmen, steht zu befürchten, dass das Gesetzgebungsvorhaben den verfassungsrechtlichen Rahmen überdehnt. Hierfür gibt es bereits jetzt hinreichende Anhaltspunkte.

Die von der Bundesregierung angekündigte Aufnahme des Rettungsdienstes als eigenständigen Leistungsbereich in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch könnte, so lassen es die bisherigen Ankündigungen erahnen, ohne verfassungsrechtliche Rechtfertigung in die Länderkompetenz für das Rettungswesen eingreifen. Die geplante bundeseinheitliche Abrechnung setzt eine bundeseinheitliche Setzung von Qualitäts- und Organisationsstandards voraus. Insbesondere letztere werden dabei auch dann zwingend notwendig sein, wenn sie nicht explizit im Gesetz genannt werden, die dortigen Anforderungen aber mit der bisherigen Organisationsstruktur nicht erfüllt werden können. Verfassungsrechtlich (noch) von der Bundeskompetenz aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes gedeckt wären möglicherweise allgemeine Rahmenanforderungen an die Gestaltung der Rettungsdienste. Diesbezügliche Leistungen im Grundsatz zu erfassen und insbesondere mit Blick auf die bei den Sozialversicherungen entstehenden Kosten zu normieren, dürfte in der grundsätzlichen Intention kompetenzrechtlich zulässig sein. Die konkret definierten Zielvorgaben für das Gesetzesvorhaben dürften jedoch nur dann zu erreichen sein, wenn durchaus detaillierte Vorgaben für die Organisation in den Ländern gemacht werden. Wird etwa die notfallmedizinische Versorgung aber eingehend bundesrechtlich geregelt, geht dies trotz eines möglichen Sachzusammenhangs zum Recht der Sozialversicherungen über den von Artikel 74 Absatz Nummer 12 des Grundgesetzes erfassten Regelungsgehalt hinaus.

Die Beantwortung der Frage, wie die Notfallversorgung – so ein erklärtes Ziel der Reform – klug aufgestellt und strukturiert werden kann, ist durch das Grundgesetz den Ländern zugewiesen. Dass diese Frage mit der vorliegenden Reform adressiert werden soll, verstärkt die Zweifel an der kompetenzrechtlichen Zulässigkeit des Gesetzesvorhabens.

Dem steht nicht entgegen, dass der Bund im Bereich der Sozialversicherungen auch die Sicherstellungsaufträge der gesetzlichen Krankenversicherungen regeln darf. Auch diese Kompetenz führt nicht dazu, dass Qualitätsstandards oder Organisationsvorgaben, die über weit gefasste, das rettungsdienstliche Landesfachrecht nicht oder nur marginal beeinträchtigende Regelungen hinausgehen, erfasst sind. Allein die Betroffenheit eines sachlich verwandten Gebiets gibt keine Kompetenz zum Erlass von in der Sache rettungsrechtlichen gesetzlichen Regelungen. Anderenfalls folgte aus der Kompetenz zur Bestimmung der Sicherstellungsaufträge mit beliebig hohen Qualitätsstandards eine faktisch kaum mehr begrenzbare Kompetenzerweiterung für sämtliche im Zusammenhang mit

Table.Briefings

Leistungserbringungen der gesetzlichen Krankenversicherungen stehenden Sachmaterien.

Der bisherige Gesetzentwurf enthält sich bisher weitgehend Regelungen, die die Rettungsdienste über geplante Entlastungen hinaus betreffen. Eine möglicherweise in Zukunft strukturelle Veränderung bietet die (einseitige) Kooperationspflicht in § 133a SGB V, die auch in der Berichtspflicht im SGB V in Bezug genommen ist. Ob sich aus der Eröffnung dieser Option in der Folge faktische Zwänge zur Reorganisation der Rettungsleitstellen ergeben, vermag an dieser Stelle nicht beurteilt zu werden.

2. Zu Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe b (§ 75 Absatz 1b Satz 2a – neu – und Satz 2b – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe b sind in § 75 Absatz 1b nach Satz 2 folgende Sätze einzufügen:

„Ein telemedizinisches oder telefonisches Konsil durch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Nervenheilkunde, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder ärztliche oder psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist hierbei im Bedarfsfall umgehend zu ermöglichen. Dabei sind auch Kooperationen zwischen einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen möglich.“

Begründung:

Die Strukturen der Notfallversorgung müssen auch auf die Bedarfe von psychisch erkrankten Menschen eingestellt sein, um Fehlsteuerungen zu vermeiden. Um hier eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, sollte die Regelung zum ärztlichen Notdienst ergänzt werden.

Der bisherige Verweis auf die stationäre (kinder- und jugend-) psychiatrische Versorgung, die die Aufnahmenotwendigkeit erstmals fachlich abzuklären hat, führt einerseits zu einer Überforderung der vollstationären Strukturen. Andererseits ist die persönliche Vorstellung in der Klinik für Menschen in psychischen Krisensituationen häufig stark belastend und sollte nur erfolgen, wenn eine Aufnahmenotwendigkeit auch wahrscheinlich ist. Die Normalisierung der Einschätzung/Behandlung psychischer Erkrankungen im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung trägt darüber hinaus zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen bei. Durch ein durch die Bereitschaftsärztin oder den Bereitschaftsarzt im Verdachtsfall anzuforderndes fachärztliches oder fachpsychotherapeutisches Konsil wird zugleich eine bedarfsgerechte Patientensteuerung gewährleistet und auch im Falle eines Konsils durch einen nichtärztlichen Psychotherapeuten die ärztliche Einschätzung beziehungsweise Behandlung eben durch den Bereitschaftsarzt sichergestellt. Auf diese Weise können auch

Table.Briefings

zugleich auftretende psychische und somatische Krisen beziehungsweise Akuterkrankungen adäquat versorgt werden. Diese Regelung führt zu einer eigenen Form der Beteiligung der psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Fachpsychotherapeuten an der ambulanten notdienstlichen Akutversorgung.

Um eine angemessene Auslastung und damit einen wirtschaftlichen Betrieb zu gewährleisten, können mehrere Kassenärztliche Vereinigungen ein gemeinsames telemedizinisches Angebot zu schaffen.

3. Zu Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe b (§ 75 Absatz 1b Satz 5 Nummer 3 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe b ist in § 75 Absatz 1b Satz 5 die Nummer 3 wie folgt zu fassen:

„3. einen außerhalb der Sprechstunden täglich verfügbaren aufsuchenden Dienst."

Begründung

Bereits jetzt besteht für die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärzte gemäß § 17 Absatz 6 BMV-Ä die grundsätzliche Aufgabe zur Durchführung des Hausbesuches. Ein fachärztlich tätiger Vertragsarzt ist zur Besuchshandlung berechtigt und verpflichtet, wenn er konsiliarisch hinzugezogen wird oder der Besuch wegen einer Erkrankung aus seinem Fachgebiet notwendig ist.

Schon heute sind viele Arztstellen nicht nur in Sachsen-Anhalt unbesetzt. Aufgrund der hierdurch bereits begrenzten ärztlichen Ressourcen ist die Ausweitung des aufsuchenden Notdienstes auf die Sprechstundenzeiten nicht ohne erhebliche Einschränkung des Sprechstundenangebots der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte realisierbar. Zudem würden kostenintensive Parallelstrukturen geschaffen und medizinisches Fachpersonal gebunden, welches ebenfalls nur noch eingeschränkt verfügbar ist, weshalb ein 24 Stunden täglicher aufsuchender Dienst abzulehnen ist.

4. Zu Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe b (§ 75 Absatz 1b Satz 8a – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe b ist in § 75 Absatz 1b nach Satz 8 folgender Satz einzufügen:

„Sofern Kooperationen nach Satz 8 geschlossen werden, tragen die Kassenärztlichen Vereinigungen mindestens den Anteil der Kosten für den in Satz 5 Nummer 3 genannten aufsuchenden Dienst."

Table.Briefings

Begründung:

§ 75 Absatz 1b Satz 8 SGB V sieht die Möglichkeit vor, zur Durchführung des aufsuchenden Dienstes Kooperationen mit dem Rettungsdienst zu schließen, soweit Landesrecht dies vorsieht. Dies ermöglicht beispielsweise Kooperationen für den Einsatz von Akutpflegern oder sogenannten Gemeindenotfallsanitätern. Der vorgeschlagene § 75 Absatz 1b Satz 8a SGB V dient der Klarstellung über die grundsätzliche Kostenverteilung für derartige Kooperationen. In den Rettungsdienstgesetzen der Länder können mangels Gesetzgebungskompetenz für die gesetzliche Krankenversicherung keine Regelungen über die Kostentragungspflicht der Kassenärztlichen Vereinigung getroffen werden. Diese muss mindestens den Anteil der Kosten für den aufsuchenden Dienst umfassen. Eine darüberhinausgehende Kostentragungspflicht kann sich etwa auf die Kosten für die Aus- und Fortbildung des eingesetzten Personals beziehen. Nähere Regelungen hierzu wären in den entsprechenden Kooperationsvereinbarungen zu treffen.

5. Zu Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe a (§ 90 Absatz 4 Satz 5 – neu und Satz 6 – neu – SGB V) und Buchstabe b (§ 90 Absatz 4a Satz 4 und Satz 6 SGB V)

In Artikel 1 ist Nummer 6 wie folgt zu ändern:

a) Buchstabe a ist wie folgt zu fassen:

‚a) Dem Absatz 4 werden folgende Sätze angefügt:

„In den erweiterten Landesausschüssen nach § 123 Absatz 6, § 123a Absatz 1 und Absatz 4 sowie § 123b Absatz 1 wirken die zuständigen obersten Landesbehörden mit Stimmrecht mit. Entscheidungen zu den Einrichtungen nach § 123, § 123a und § 123b können nicht gegen die Stimme der zuständigen obersten Landesbehörden getroffen werden.“ ‘

b) In Buchstabe b ist § 90 Absatz 4a wie folgt zu ändern:

aa) Satz 4 ist wie folgt zu fassen:

„Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch die für die zuständige oberste Landesbehörde nach Anhörung der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie der Landeskrankenhausgesellschaft berufen.“

Table.Briefings

bb) In Satz 6 sind die Wörter „ ; bei der Gewichtung der Stimmen zählen die Stimmen der Vertreter der Krankenkassen doppelt“ zu streichen.

Begründung:

Fragen rund um Standort, Ausstattung und räumliche Gegebenheiten der in Frage kommenden Krankenhäuser liegen im Zuständigkeitsbereich der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden. Sichergestellt werden muss daher, dass bei Entscheidungen zum Standort von INZ nach §§ 123a Absatz 1 und 123b Absatz 1 SGB V die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden maßgeblich eingebunden sind. Dies betrifft insbesondere § 90 Absatz 4a Satz 7 bis 11 SGB V bezüglich des Anhörungsrechts und der Letztentscheidung.

In § 90 Absatz 4a Satz 4 SGB V sollte das erforderliche Benehmen gestrichen werden. Angesichts dessen, dass zuvor eine Einigung zwischen den Beteiligten nicht möglich war, erscheint eine Anhörung der genannten Einrichtungen in diesem Verfahrensstadium als ausreichend und angemessen.

6. Zu Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe b (§ 90 Absatz 4a Satz 7a – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe b ist in § 90 Absatz 4a nach Satz 7 folgender Satz einzufügen:

„Bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 ist das Einvernehmen mit der zuständigen obersten Landesbehörde herzustellen.“

Begründung:

Die Änderung berücksichtigt, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde sicherstellen kann, dass die im Rahmen der Krankenhausplanung getroffenen Entscheidungen bezüglich der Notfallversorgung bei der Standortbestimmung von Integrierten Notfallzentren (INZ) angemessen berücksichtigt werden und eine Zersplitterung der Notfallversorgung vermieden wird. Denn durch die Einführung von INZ wird eine dritte Ebene der Planung von Notfallstrukturen – neben der Landeskrankenhausplanung und dem G-BA – etabliert. Die INZ haben erheblichen Einfluss auf Patientenströme, da sie Anlaufstelle für den Fall akuter Beschwerden sind und dadurch zu erhöhten Krankenhausaufnahmen führen können.

Table.Briefings

Die Einrichtung von INZ soll mit Fördermitteln aus der Krankenhausförderung erfolgen. Neben erheblichen Bedenken bezüglich des EU-Beihilferechts bei der Investitionsförderung von ambulanten Leistungen ist zu berücksichtigen, dass die Länder – ohne oben vorgeschlagene Änderung – gezwungen sein könnten Fördermittel zu vergeben, die nicht der krankenhausplanerischen Entscheidung entsprechen. Zudem könnte eine Spezialisierung (die durch das KHVVG angestrebt wird) verhindert werden.

Durch das Erfordernis eines „Einvernehmens“ mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde können die Länder eine Standortbestimmung verhindern, die der Krankenhausplanung zuwiderläuft. Gleichzeitig besteht nicht die Notwendigkeit, den Ländern ein allgemeines (Veto-)Stimmrecht im Landesausschuss einzurichten.

Wegen der bereits im Gesetzentwurf enthaltenen Regelung des § 90 Absatz 4a Satz 8 und 9 SGB V erfolgt die Standortbestimmung durch die Krankenhausplanungsbehörde, wenn eine Einigung im Landesausschuss nicht zustande kommt. Dies betrifft auch die Fälle, in denen die Krankenhausplanungsbehörde zuvor das Einvernehmen verweigert hat beziehungsweise eine einvernehmensfähige Einigung nicht zustande kommt.

7. Zu Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe b (§ 90 Absatz 4a Satz 8 und Satz 9 SGB V) und Nummer 11 (§ 123a Absatz 1 Satz 1 und § 123b Absatz 1 Satz 2 SGB V)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) In Nummer 6 Buchstabe b ist in § 90 Absatz 4a Satz 8 und Satz 9 jeweils das Wort „sechs“ durch das Wort „zwölf“ zu ersetzen.

b) Nummer 11 ist wie folgt zu ändern:

aa) In § 123a Absatz 1 Satz 1 ist das Wort „sechsten“ durch das Wort „zwölften“ zu ersetzen.

bb) In § 123b Absatz 1 Satz 2 ist das Wort „zwölften“ durch die Angabe „24.“ zu ersetzen.

Begründung:

Die Einrichtung der Integrierten Notfallzentren wird als wichtiger Beitrag zu einer besseren Steuerung der Patientinnen und Patienten in Akut- und Notfällen und einer damit einhergehenden Entlastung der Notfallstrukturen begrüßt. Allerdings ist die Errichtung der Integrierten Notfallzentren mit einem großen planerischen Aufwand in den Ländern verbunden. Die Auswahl der Standorte der Integrierten Notfallzentren durch den erweiterten Landesausschuss nach

Table.Briefings

nur sechs, beziehungsweise im Falle der Integrierten Notfallzentren für Kinder nach nur zwölf Monaten ist nicht realistisch. Angesichts der damit verbundenen großen Zahl an Einzelentscheidungen und mit Blick auf die sich aktuell im Wandel befindende Krankenhauslandschaft ist dieser Zeitraum zu verlängern. Die Fristen sollten verdoppelt werden.

Eine Verdopplung der Frist ist aus den oben genannten Gründen entsprechend für die durch die oberste Landesbehörde festzusetzende Nachfrist bei Nichteinigung sowie die Festsetzung der Standorte durch das Land im Wege der Ersatzvornahme vorzunehmen.

8. Zu Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe b (§ 90 Absatz 4a Satz 12 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe b ist in § 90 dem Absatz 4a folgender Satz anzufügen:

„Bei dieser Überprüfung und daraus resultierenden möglichen Anpassungen ist die tatsächliche Inanspruchnahme der Notaufnahmen der Krankenhäuser zu berücksichtigen, die über kein Integriertes Notfallzentrum oder Integriertes Notfallzentrum für Kinder verfügen."

Begründung:

Die vorgesehenen Evaluierungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder und des Bundes sowie die Berichte des G-BA sind ein sinnvolles Instrument, um die Effizienz der neuen Maßnahmen zur sinnvollen Patientensteuerung in der Notfallversorgung zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen, was ausdrücklich begrüßt wird. Dabei muss aber auch der Fokus auf Krankenhäuser gerichtet werden, die keine Integrierten Notfallzentren (INZs) oder Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZs) haben und nur über eine Notfallambulanz verfügen. Die Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass davon auszugehen ist, dass es trotz gewünschter Steuerung über die zentrale Erstanlaufstelle weiter Hilfesuchende geben wird, die direkt zur Notaufnahme aufsuchen und die telefonische Erstberatung über die zentrale Rufnummer umgehen.

Sie landen dann in Notaufnahmen, die für ihre Belange nicht der geeignete Ort sind. Patientinnen und Patienten können oft nicht einschätzen, wie akut und dringlich mögliche Beschwerden einzuordnen sind. Aus Angst, einen Fehler zu machen, wird daher eher der direkte Weg gesucht, auch in der möglichen Erwartung, dort schneller behandelt zu werden, als den ersten Weg über eine telefonische Hotline zu wählen. Dies kann dazu führen, dass dann diese Notaufnahmen weiter sehr stark überlastet sind und personelle Ressourcen unnötig gebunden werden, die an anderer Stelle für die wirklichen Notfälle dringend benötigt werden, fehlen. Dies würde die Intention des Gesetzentwurfs, eben durch eine gezielte Patientensteuerung für einen effizienten Personaleinsatz zu

TableBriefings

sorgen, gerade konterkarieren. Daher ist bei der Überprüfung auch die Situation der übrigen Krankenhäuser zu berücksichtigen um bei den INZs beziehungsweise KINZs Anpassungen vornehmen können.

9. Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 90a Absatz 1 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 ist Nummer 7 zu streichen.

Begründung:

Das gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben; hierzu gehören auch Empfehlungen zu einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung. Daher ist die Einbeziehung der Rettungsdienste grundsätzlich sinnvoll.

Einer ausdrücklichen gesetzlichen Klarstellung bedarf es aber nicht, da die Regelung in § 90a Absatz 1 Satz 1 SGB V die Einbeziehung weiterer Mitglieder bereits vorsieht.

Es handelt sich insgesamt um eine „kann"-Bestimmung, so dass den Ländern zudem ein Beurteilungsspielraum eingeräumt ist, ob das Landesgremium gebildet wird oder nicht.

Die Struktur kann in den Ländern durchaus unterschiedlich ausgestaltet sein.

Beispielsweise sind in Sachsen Träger des bodengebundenen Rettungsdienstes die Landkreise, Kreisfreien Städte und Rettungszweckverbände. Diese sind dort bereits als Gäste (über die Spitzenverbände) im Gemeinsamen Landesgremium ständig vertreten; die ärztliche Sicht wird durch die Landesärztekammer, die Sicherstellungsaspekte durch die KV und die Kranken- und Ersatzkassen vertreten, die im Gesetz bereits aufgenommen sind. Die Vertreter der Krankenhausseite sind ebenfalls bereits als Mitglieder benannt.

Als weiteres Beispiel wurde in Hamburg in § 2 Absatz 5 des Gesetzes über die Bildung einer sektorenübergreifenden Landeskonferenz zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung (HmbSLKV) geregelt, dass das Gremium zu seinen Beratungen und Arbeitsgruppen Sachverständige und Vertreterinnen und Vertreter anderer gesellschaftlicher Organisationen und Behörden ohne Stimmrecht hinzuziehen kann. In der Vergangenheit war der Rettungsdienst bei Themen, die die Notfallversorgung betreffen, einbezogen.

Außerdem werden die Interessen des Rettungsdienstes auch durch die Vertreterinnen und Vertreter der Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V. in der Landeskonferenz Versorgung ausreichend berücksichtigt.

Die Erweiterung auf Rettungsdienste wird deshalb nicht für erforderlich gehalten, die Einbeziehung kann länderspezifisch untergesetzlich und nach Bedarf erfolgen.

Table.Briefings

10. Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 105 Absatz 1b Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 8 ist § 105 Absatz 1b Satz 1 wie folgt zu fassen:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich unabhängig von den Mitteln nach Absatz 1a einen zusätzlichen jährlich von den Krankenkassen bereitzustellenden zweckgebundenen Kostenbetrag zur Sicherstellung der Strukturen und des Betriebes des Notdienstes inklusive einer Investitionskostenfinanzierung für die Errichtung von Einrichtungen nach §§ 123 bis 123b.“

Begründung:

Der Finanzierungsinhalt des NotfallG soll aus den Umfängen der neu zu bildenden Mittel aus § 105 Absatz 1b SGB V finanziert werden. Es fehlen jedoch konkrete Vorgaben, vor allem zur INZ-Kostenstruktur. Der konkrete Mehrbedarf und auch die Kostenverteilung zwischen den Leistungserbringern und Kostenträgern bleiben irritierend unbeleuchtet. Mit dem Auf- und Ausbau der bundeseinheitlichen Systematik der INZ ist es notwendig, dass die Partner der Ausgestaltung ein sicheres und konfliktfreies Umfeld der Verhandlungen erhalten. Deshalb muss die Kostenaufteilung der Notfallstrukturen insbesondere sektorenübergreifend klar und transparent mit ausreichend gesetzlicher Flankierung erfolgen. Dazu gehören vor allem eindeutige Regelungen zur Finanzierung des gemeinsamen Tresens. Hier müssen – über das Organisationsgremium hinaus – Klarstellungen zur Kostentragung von Personal, Räumlichkeiten, Ressourcen und digitalen/ technischen Lösungen ergänzt werden.

Auch fehlt es weiterhin an einem einheitlichen Rechtsrahmen für die Finanzierung und die Übernahme von Vorhalte- und Investitionskosten der ambulanten Notdienststrukturen. Die Rückmeldungen aus der KV zeigen, dass die aktuellen Systeme der Notfallversorgung personell nur schwer zu besetzen und defizitär sind, was eine überproportional hohe Verwaltungskostenumlage nach sich zieht. Die INZ sind als gemeinschaftliche Versorgungseinheit zu betrachten, so dass auskömmliche und auf den sektorenübergreifenden Ansatz angepasste Kostenstrukturen erforderlich sind.

Table.Briefings

11. Zu Artikel 1 Nummer 11 (§ 123 Absatz 1 Satz 6 Halbsatz 2 – neu –,
Absatz 6 Satz 1a – neu –,
Satz 1b – neu –,
Satz 1c – neu – und
§ 123a Absatz 1 Satz 5 Nummer 2 SGB V)

Artikel 1 Nummer 11 ist wie folgt zu ändern:

a) § 123 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Absatz 1 ist dem Satz 6 folgender Halbsatz anzufügen:

„ , dies umfasst auch psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten und Fachpsychotherapeuten“

bb) In Absatz 6 sind nach Satz 1 folgende Sätze einzufügen:

„Bei einem Hinweis auf Vorliegen einer psychischen Erkrankung haben Integrierte Notfallzentren psychotherapeutische, psychiatrische oder psychosomatische Behandlungskompetenz sicherzustellen. Dies kann gegebenenfalls auch durch telemedizinische Konsile nach § 367 oder telefonische Konsile von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, für Nervenheilkunde, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, für Kinder- und Jugendpsychiatrie- und Psychotherapie oder von psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Fachpsychotherapeuten erfolgen. Dabei sind auch Kooperationen zwischen einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen möglich.“

b) In § 123a Absatz 1 Satz 5 Nummer 2 sind nach dem Wort „vorhalten“ folgende Wörter einzufügen:

„ ; dabei sind auch Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Versorgungsverpflichtung zu berücksichtigen“

Begründung:

Die Strukturen der Notfallversorgung müssen auch auf die Bedarfe von psychisch erkrankten Menschen eingestellt sein, um Fehlsteuerungen zu vermeiden. Um hier eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, sind Ergänzungen zur Regelung der Integrierten Notfallzentren notwendig.

Table.Briefings

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa:

Die Ergänzung dient zur Klarstellung und Betonung, dass zur angemessenen Akutversorgung bei psychischen Erkrankungen auch die psychotherapeutischen Behandlungs- und Anwendungsformen, insbesondere die Sprechstunde und Akutbehandlung, gehören. Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung sind daher auch mit Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten Kooperationen zu vereinbaren, um im Bedarfsfall den schnellen und geordneten Zugang zu ermöglichen.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe bb:

Auch bei der Versorgung durch Integrierte Notfallzentren ist den Bedarfen von psychisch erkrankten Menschen Rechnung zu tragen. Durch die Möglichkeit des Konsils können Verbesserungen in der Versorgung erreicht werden und nicht notwendige stationäre Aufnahmen in einer entsprechenden Hauptfachabteilung oder einem entsprechenden Fachkrankenhaus vermieden werden.

Zu Buchstabe b:

Bei der Auswahl der Standorte für Integrierte Notfallzentren sollen, sofern mehrere Krankenhausstandorte infrage kommen, neben den somatischen notfallmedizinisch relevanten Fachabteilungen auch die pflichtversorgenden (kinder- und jugend-) psychiatrischen Fachabteilungen berücksichtigt werden, die die psychiatrische stationäre Notfallbehandlung erbringen und zum Teil an Allgemeinkrankenhäusern angesiedelt sind, um auch gegebenenfalls hier kurze Wege zu ermöglichen.

12. Zu Artikel 1 Nummer 11 (§ 123 Absatz 2 Satz 01 – neu – und Satz 4 – neu –, Absatz 3 Satz 01 – neu – und Satz 1 Nummer 1 und Nummer 4 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 11 ist § 123 wie folgt zu ändern:

a) Absatz 2 ist wie folgt zu ändern:

aa) Dem bisherigen Wortlaut ist folgender Satz voranzustellen:

„Die Akutleitstelle nach § 75 Absatz 1c ist grundsätzlich die erste Anlaufstellte für Hilfesuchende zur Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit und Zuordnung in die geeignete Versorgungsebene.“

bb) Der bisherige Satz 3 ist wie folgt zu fassen:

„Die Ersteinschätzung erfolgt auf der Grundlage eines standardisierten digitalen Ersteinschätzungsinstruments.“

Table.Briefings

b) Absatz 3 ist wie folgt zu ändern:

aa) Dem bisherigen Wortlaut ist folgender Satz voranzustellen:

„Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorgaben für das in Absatz 2 Satz 3 genannte standardisierte digitale Ersteinschätzungsinstrument zu bestimmen und den Zeitpunkt festzulegen, ab dem es von den zentralen Ersteinschätzungsstellen zu verwenden ist; die Rechtsverordnung soll bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in Kraft treten."

bb) In Satz 1 sind Nummer 1 und Nummer 4 zu streichen.

Folgeänderungen:

Artikel 1 Nummer 11 ist wie folgt zu ändern:

a) In § 123 Absatz 3 ist in Satz 3 die Angabe „Nummer 4" zu streichen.

b) In § 123a Absatz 2 Satz 4 Nummer 3 ist die Angabe „Nummer 4" zu streichen.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Eine effektive Steuerung von Hilfesuchenden sollte nicht erst am Ort der Behandlung beginnen, sondern vorrangig beim Erstkontakt mit der Akutleitstelle nach § 75 Absatz 1b SGB V durch diese übernommen werden. Hierzu ist es notwendig, dass die Hilfesuchenden unmittelbar einer Ersteinschätzung durch die Akutleitstelle zugeführt werden. Neben den erheblichen Vorteilen in der Steuerung der Hilfesuchenden führt dies auch zu herausragenden Synergieeffekten in den Abläufen der INZ. Wartezeiten können verkürzt werden, Behandlungsabläufe können individuell vorbereitet werden und der Bedarf an Erklärungen über den weiteren Verlauf einer Behandlung beziehungsweise den Behandlungsort werden nachhaltig verkürzt. Letztlich kann der Besuch des INZ jedoch ohne Kontakt zur Akutleitstelle nicht versagt bleiben, sodass die gleiche Ersteinschätzung vor Ort durchgeführt werden können muss.

Mit der notwendigen präklinischen Steuerung eng verknüpft ist die standardisierte, einheitliche Ersteinschätzung (Triage), unabhängig von Rufnummer oder Institution.

Table.Briefings

Zu Buchstabe b:

Es erscheint fraglich, ob eine G-BA-Richtlinie das geeignete Instrument darstellt. Besser sollten diese Anforderungen durch eine gemeinsame Rechtsverordnung geregelt werden. Dabei ist es aus fachlicher Sicht nicht entscheidend, welches Verfahren (SmED, Manchester, et cetera) genutzt wird.

Um frühzeitig Planungssicherheit zu haben und alle am Verfahren Beteiligten auf das Instrument vorzubereiten, ist es dringend erforderlich, dass die Vorgaben zur Ersteinschätzung frühestmöglich – bestenfalls zum Inkrafttreten des Gesetzes – und vor der flächendeckenden Einführung vorliegen.

An der Ersteinschätzung teilnehmende Personen müssen im Umgang mit dem Verfahren geschult und über eine ausreichende klinische Erfahrung verfügen, um – nach eigenem Ermessen – ohne eine weitere Rücksprache mit ärztlichem Personal eine sichere Einschätzung vornehmen zu können. Im Rahmen der guten kollegialen Zusammenarbeit ist davon auszugehen, dass eine Rücksprache bei subjektiver Unsicherheit niedrigschwellig zu jeder Zeit erfolgen kann und wird.

Aus der aktuellen Gesetzesbegründung wird zudem nicht klar, ob mit der Delegation nur auf die bisherigen Regelungen Bezug genommen wird, was nicht ausreichend wäre, oder ob hier eine weitere Flexibilisierung geplant ist.

13. Zu Artikel 1 Nummer 11 (§ 123 Absatz 2 Satz 6 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 11 ist § 123 Absatz 2 Satz 6 zu streichen.

Folgeänderung:

In Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe a ist Doppelbuchstabe gg zu streichen.

Begründung:

Die Verpflichtung der Integrierten Notfallzentren und der Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche, Patientinnen und Patienten im Anschluss an eine Akutbehandlung eine Terminbuchung über das System der Terminservicestellen anzubieten, ist nicht zielführend. Es ist eine Patientenfehlsteuerung zu befürchten, wenn Patientinnen und Patienten, bei denen kein oder ein nur sehr geringer Akutversorgungsbedarf besteht, die Notfallzentren nur zum Zwecke der Terminvermittlung aufsuchen. Dies konterkariert die angedachte Entlastung der Notfallstrukturen und ist zu streichen.

In der Folge ist auch die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, den Integrierten Notfallzentren die Terminbuchung über das System der Terminservicestellen zu ermöglichen, zu streichen.

Table.Briefings

14. Zu Artikel 1 Nummer 11 (§ 123 Absatz 2 SGB V)

Der Bundesrat weist darauf hin, dass die Verweisung aus dem Integrierten Notfallzentrum von Hilfesuchenden, die sich aufgrund eines von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegens in ein Integriertes Notfallzentrum begeben, nach einer Ersteinschätzung nicht ausschließlich nur durch eine Ärztin beziehungsweise einen Arzt in der Notdienstpraxis oder der Notaufnahme erfolgen sollte, sondern auch durch nicht-ärztliches Personal möglich sein muss.

Begründung:

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Vorgabe eines Arztvorbehalts bei einer Verweisung aus dem Integrierten Notfallzentrum, mit Ausnahme einer Verweisung in eine Kooperationspraxis, ist nicht erforderlich. Da es sich bei dem geplanten Ersteinschätzungsinstrument um ein zertifiziertes Medizinprodukt handeln wird, kann eine Verweisung grundsätzlich auch durch nicht-ärztliches Personal erfolgen. Zudem würde die Vorgabe unnötig ärztliche Ressourcen beanspruchen und damit der intendierten Entlastung der notärztlichen Strukturen entgegenstehen. Die Eröffnung der Möglichkeit, die Verweisung auch durch das entsprechend qualifizierte nicht-ärztliche Personal vornehmen zu können, ist daher zwingend erforderlich.

15. Zu Artikel 1 Nummer 11 (§ 123 Absatz 5 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 11 ist § 123 Absatz 5 Satz 2 zu streichen.

Folgeänderung:

Artikel 7 ist zu streichen.

Begründung:

In Deutschland ist ein funktionsfähiges und leistungsfähiges Apothekennotdienstsystem etabliert, das die Versorgung in dem Fall sicherstellt, dass es der Kassenärztlichen Vereinigung gemeinsam mit dem Träger des Krankenhauses nicht gelingen sollte, einen Versorgungsvertrag mit einer Apotheke abzuschließen. Durch das etablierte Notdienstsystem der Apotheken sind die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln und die Beratung zu Arzneimitteln gewährleistet, auch wenn zuvor eine Behandlung in einer Notdienstpraxis erfolgte.

Durch die Abgabe von Arzneimitteln in der Notdienstpraxis wird eine möglicherweise erforderliche Beratung zu den Arzneimitteln durch fachkompetentes pharmazeutisches Personal nicht ausreichend sichergestellt, da eine Abgabe

Table.Briefings

von Arzneimitteln durch fachkompetentes pharmazeutisches Personal mit den Regelungen im Notfallgesetz nicht sichergestellt wird.

Darüber hinaus ist die Schaffung von entsprechenden Lagervorräten und -räumlichkeiten (inklusive Kühlmöglichkeit für kühlpflichtige Arzneimittel) in der Notdienstpraxis für einen nicht näher definierten Übergangszeitraum nicht wirtschaftlich zu betreiben. Da grundsätzlich von einer Behandlung jedweder Erkrankung in den Notdienstpraxen ausgegangen werden muss, würde dies die Notwendigkeit ergeben, dass praktisch das gesamte Sortiment einer Apotheke mit mehreren tausend Arzneimitteln und unterschiedlichen Darreichungsformen in der Notdienstpraxis vorrätig zu halten ist – mithin quasi eine Apotheke ohne pharmazeutisches Personal betrieben wird. Dies bedeutet eine erhebliche Investition in das Warenlager und die notwendige technische Ausstattung (insbesondere Kühlgelegenheiten für Arzneimittel), was angesichts des etablierten und funktionierenden Notdienstsystems der öffentlichen Apotheken nicht wirtschaftlich ist. Ferner ist, da grundsätzlich eine Verpflichtung zum Abschluss von Versorgungsverträgen für den Betreiber des integrierten Notfallzentrums besteht, der Betrieb einer eigenen Arzneimittelabgabestelle mit einer hohen wirtschaftlichen Unsicherheit verbunden, da im Falle, dass sich eine Apotheke zum Abschluss eines Versorgungsvertrages bereiterklärt, die im Notdienstzentrum eigens aufgebaute Arzneimittelversorgung kurzfristig aufgelöst werden müsste.

Eine Abgabe von Betäubungsmitteln, wie sie insbesondere im Bereich der Notfallversorgung notwendig werden kann, ist unter den bestehenden betäubungsmittelrechtlichen Regelungen des § 3 BtMG nur für entsprechende Erlaubnisinhaber möglich. Durch Antragstellung und Genehmigung entsteht ein erheblicher zusätzlicher bürokratischer Aufwand, der in der Begründung zum Gesetz nicht berücksichtigt wurde.

16. Zu Artikel 1 Nummer 11 (§ 123 Absatz 6 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 11 ist in § 123 Absatz 6 Satz 1 das Wort „haben“ durch das Wort „sollen“ zu ersetzen und das Wort „zu“ ist zu streichen.

Begründung:

Die vorgesehene Verpflichtung der Integrierten Notfallzentren, dass diese telemedizinische und telefonische Konsile von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendmedizin zu gewährleisten haben, wenn an ihrem Standort kein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche vorhanden ist, ist verfehlt, da sich die INZ auf die Ersteinschätzung sowie auf die Versorgung der ein INZ aufsuchenden Patienten konzentrieren sollen. Statt einer grundsätzlichen Verpflichtung sollten die Integrierten Notfallzentren dazu angehalten werden, diese Konsilien zu gewährleisten.

Table.Briefings

Der Gesetzentwurf sieht darüber hinaus mit dem neu vorgesehenen sieben Tage die Woche und rund um die Uhr verfügbaren telemedizinischen Angebot der Kassenärztlichen Vereinigungen auch durch Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin bereits ein ausreichendes Angebot für die telemedizinische Unterstützung im Bereich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen vor.

17. Zu Artikel 1 Nummer 11 (§ 123a Absatz 1 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 11 ist § 123a Absatz 1 Satz 2 zu streichen.

Begründung:

Mit der vorgesehenen Regelung, dass der erweiterte Landesausschuss zur Bestimmung der Standorte der Integrierten Notfallzentren zunächst Planungsregionen festzulegen hat, wird eine zu detaillierte und bürokratische Vorgabe geschaffen. Die zwingende Festlegung von Planungsregionen ist für die Auswahl der INZ-Standorte zudem nicht erforderlich, die Umsetzung der Standortauswahl nach den im Gesetz vorgegebenen Kriterien sollte dem erweiterten Landesausschuss überlassen werden. Die Vorgabe ist daher zu streichen.

18. Zu Artikel 1 Nummer 11 (§ 123a Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 11 sind in § 123a Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 die Wörter „die Voraussetzungen der“ durch die Wörter „in die“ zu ersetzen und das Wort „erfüllt“ ist durch die Wörter „eingestuft ist“ zu ersetzen.

Begründung:

Der Wortlaut wird geschärft um Rechtssicherheit und Rechtsklarheit herzustellen. Es erfolgt eine Angleichung an die Begrifflichkeiten der Notfallstufen-Regelungen des G-BA und der Notfallstufenvergütungsvereinbarung. Damit wird klar, dass es auf die Vereinbarung der Notfallstufen im Rahmen der Budgetvereinbarungen und nicht etwa auf eine (positive) Prüfung des Medizinischen Dienstes (Qualitätskontrolle gemäß § 275a Absatz 2 Satz 3 Nummer 1 SGB V) ankommt. Dass zum Beispiel eine solche Kontrolle des Medizinischen Dienstes noch nicht erfolgt ist, darf dem betreffenden Krankenhaus nicht zum Nachteil gereichen.

Table.Briefings

19. Zu Artikel 1 Nummer 11 (§ 123a Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 11 sind in § 123a Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 nach dem Wort „Standorts“ die Wörter „oder der Standorte“ einzufügen.

Begründung:

Der Wortlaut wird geschärft, um Rechtssicherheit und Rechtsklarheit herzustellen. Ziel der Reglung ist eine flächendeckende Erreichbarkeit für 95 Prozent der Bevölkerung innerhalb von 30 Fahrzeitminuten zu erreichen. Je nach Größe der (vorher festgelegten) Planungsregion kann dazu mehr als ein Standort erforderlich sein, deshalb wird der Wortlaut um die Wendung „oder der Standorte“ ergänzt.

20. Zu Artikel 1 Nummer 11 (§ 123a Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 11 sind in § 123a Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 die Wörter „die Voraussetzungen einer höheren“ durch die Wörter „in eine höhere“ zu ersetzen und das Wort „erfüllen“ ist durch die Wörter „eingestuft sind“ zu ersetzen.

Begründung:

Der Gesetzeswortlaut wird geschärft um Rechtssicherheit und Rechtsklarheit herzustellen. Es erfolgt eine Angleichung an die Begrifflichkeiten der Notfallstufen-Regelungen des G-BA und der Notfallstufenvergütungsvereinbarung. Damit wird klar, dass es auf die Vereinbarung der Notfallstufen im Rahmen der Budgetvereinbarungen und nicht etwa auf eine (positive) Prüfung des Medizinischen Dienstes (Qualitätskontrolle gemäß § 275a Absatz 2 Satz 3 Nummer 1 SGB V) ankommt. Dass zum Beispiel eine solche Kontrolle des Medizinischen Dienstes noch nicht erfolgt ist, darf dem betreffenden Krankenhaus nicht zum Nachteil gereichen.

21. Zu Artikel 1 Nummer 11 (§ 123a Absatz 2 Satz 1, Absatz 3 Satz 1 und Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 11 ist § 123a wie folgt zu ändern:

a) In Absatz 2 Satz 1 ist das Wort „sechs“ durch das Wort „zwölf“ zu ersetzen.

Table.Briefings

b) Absatz 3 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Satz 1 ist das Wort „drei“ durch das Wort „sechs“ zu ersetzen.

bb) In Satz 2 sind die Wörter „eines Monats“ durch die Wörter „von zwei Monaten“ zu ersetzen.

Begründung:

Der im Gesetzentwurf vorgesehene Zeitraum von nur sechs Monaten, in dem die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenhausträgern, die als Standort für ein Integriertes Notfallzentrum durch den erweiterten Landesausschuss bestimmt worden sind, eine Kooperationsvereinbarung abzuschließen haben, ist deutlich zu kurz. Angesichts der großen Anzahl individuell zu vereinbarender Kooperationen und des damit verbundenen Aufwands, ist der Zeitraum auf mindestens zwölf Monate festzulegen.

Eine Verdopplung der Frist ist aus den oben genannten Gründen entsprechend auch für die bei Nichteinigung durch die Schiedsperson zu bestimmende Kooperationsvereinbarung festzulegen. Der obersten Landesbehörde sollte zudem eine ausreichende Frist zur Bestimmung der Schiedsperson eingeräumt werden, die Frist hierzu ist auf zwei Monate festzulegen.

22. Zu Artikel 1 Nummer 11 (§ 123b Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 11 sind in § 123b Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 die Wörter „die in § 25 der“ durch die Wörter „in das Modul 1 Notfallversorgung Kinder gemäß § 25 der“ zu ersetzen und die Wörter „genannten Kriterien erfüllt“ sind durch die Wörter „eingestuft ist“ zu ersetzen.

Begründung:

Der Gesetzeswortlaut wird geschärft, um Rechtssicherheit und Rechtsklarheit herzustellen. Es erfolgt eine Angleichung an die Begrifflichkeiten der Notfallstufen-Regelungen des G-BA und der Notfallstufenvergütungsvereinbarung. Damit wird klar, dass es auf die Vereinbarung der Notfallstufen im Rahmen der Budgetvereinbarungen und nicht etwa auf eine (positive) Prüfung des Medizinischen Dienstes (Qualitätskontrolle gemäß § 275a Absatz 2 Satz 3 Nummer 1 SGB V) ankommt. Dass zum Beispiel eine solche Kontrolle des Medizinischen Dienstes noch nicht erfolgt ist, darf dem betreffenden Krankenhaus nicht zum Nachteil gereichen.

Table.Briefings

23. Zu Artikel 1 Nummer 12 (§ 133a Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V)

In Artikel 1 ist in § 133a Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 jeweils das Wort „Rettungsleitstelle“ durch die Wörter „Integrierten Leitstelle“ zu ersetzen.

Begründung:

Im Zuge der Bündelung von Rettungsdienst- und Feuerwehraufgaben wurde beispielsweise in Bayern bereits im Jahr 2002 der Begriff der Integrierten Leitstelle eingeführt. Auch in anderen Ländern wird dies zwischenzeitlich entsprechend gehandhabt. Angesichts der Überlegungen zur Einführung einer neuen Kategorie von Akutleitstellen ist die einheitliche Verwendung bereits bestehender Rechtsbegriffe für ein gemeinsames Verständnis unabdingbar. Dies muss auch im Gesetzeswortlaut deutlich werden.

24. Zu Artikel 1 und 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

a) Der Bundesrat begrüßt das mit dem Gesetzentwurf verfolgte Ziel der Stärkung der Notfall- und Akutversorgung. Die Anpassungsvorschläge werden grundsätzlich als geeignet angesehen, um insbesondere eine Verbesserung in der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit zu erwirken.

b) Der Bundesrat stellt fest, dass die Finanzierungssystematik des Rettungsdienstes im SGB V nicht mehr die rettungsdienstliche Realität abbildet. Die bisherigen Vorgaben des § 60 SGB V, nach denen nur Fahrkosten in ein Krankenhaus refinanziert werden, sind nicht mehr ausreichend. Im weiteren Gesetzgebungsverfahren müssen insofern weitere Punkte ergänzt werden, um auch zukünftig eine optimal funktionierende präklinische und sektorenübergreifend ineinandergreifende Versorgung zu ermöglichen.

c) Der Bundesrat bittet darum, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die Refinanzierung der Fahrkosten des Rettungsdienstes durch die Krankenkassen im SGB V mindestens um folgende rettungsdienstliche Leistungen zu erweitern:

aa) Transporte des Rettungsdienstes auch in andere geeignete Diagnose- und Behandlungseinrichtungen (beispielsweise INZ, Praxen, MVZ et cetera).

Table.Briefings

bb) Rettungsdienstliche Versorgung am Einsatzort, ohne einen anschließenden Transport durch den Rettungsdienst, wenn dieser medizinisch nicht notwendig ist (inklusive Fehlfahrten und Fehleinsätze).

cc) Ersthelfer-Systeme (sogenannte Ersthelfer-Apps) zur Steigerung der Überlebenschancen insbesondere bei einem Herzkreislaufstilland.

dd) Telenotfallmedizinische Leistungen, wie einen Telenotarztdienst.

Begründung:

In den vergangenen Jahren hat sich der Rettungsdienst von der reinen Transportleistung ergänzend zu einer umfassenden und interdisziplinären notfallmedizinischen Versorgungsleistung entwickelt, die einen festen Platz als dritte Säule zwischen den Sektoren der ambulanten und klinischen Versorgung einnimmt. Zunehmend wird der Rettungsdienst jedoch über die reine notfallmedizinische Leistung hinaus als umfänglicher, auch sozialmedizinischer Leistungserbringer verstanden und vor allem für minderschwere Verletzungs- und Erkrankungsschwere in Anspruch genommen. Der zahlenmäßige Anteil an schwer verletzten oder erkrankten Patienten ist dabei nahezu gleichgeblieben. Die hierdurch stetig steigenden Einsatzzahlen bedingen eine erhöhte Vorhaltung an Rettungswachen, Rettungsmitteln und Rettungsfachpersonal. Wenn dieser Entwicklung in den kommenden Jahren nicht entgegengewirkt wird, droht neben den weiter stark steigenden Kosten unter anderem ein akuter Personalmangel, der die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen des Rettungsdienstes gefährden wird. Insofern muss der Rettungsdienst zunehmend differenzierter auf die Hilfeersuchen der Bevölkerung reagieren können. Beispielsweise durch den Transport in andere geeignete Einrichtungen, wie INZ, oder auch die Versorgung und Beratung am Einsatzort, ohne anschließenden Transport. Diese und weitere differenzierte Reaktionsmöglichkeiten können durch eine Anpassung der Finanzierungsregelungen rettungsdienstlicher Leistungen erreicht werden.

Insofern sind im weiteren Gesetzgebungsverfahren in Bezug auf die Refinanzierung rettungsdienstlicher Leistungen weitere Punkte zu ergänzen, um somit eine indikationsangemessene sowie wirtschaftliche Rettungsdienstversorgung zu ermöglichen, finanzielle Fehlanreize zu vermeiden und die Sicherstellung rettungsdienstlicher Leistungen auch in Zukunft gewährleisten zu können. Die mit dem Gesetzentwurf intendierten finanziellen Einsparungen sind nur dann erreichbar, wenn die Voraussetzungen zur Refinanzierung von Strukturveränderungen im Rettungsdienst komplementär zur Ausweitung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen in der Akut- und Notfallversorgung geschaffen werden. Nur durch eine flexiblere Refinanzierungsregelung können die Reform der Notfallversorgung und die Rettungsgesetze der Länder optimal ineinandergreifen.

TabelBriefings

25. Zu Artikel 5 Nummer 1 (§ 12b Absatz 1 Satz 1 und Satz 4 – neu – Apothekengesetz)

In Artikel 5 Nummer 1 ist § 12b Absatz 1 wie folgt zu ändern:

a) In Satz 1 ist das Wort „kann“ durch das Wort „hat“ zu ersetzen und nach dem Wort „bildet,“ das Wort „zu“ einzufügen.

b) Folgender Satz ist anzufügen:

„Die Erlaubnis zum Betrieb bis zu einer zweiten Offizin ist auf Antrag zu erteilen, wenn die vom Antragsteller betriebende Apotheke und die zweite Offizin innerhalb desselben Kreises oder derselben kreisfreien Stadt oder in einander benachbarten Kreisen oder kreisfreien Städten liegen.“

Begründung:

Der Abschluss des Versorgungsvertrages nach § 123 Absatz 5 SGB V ist für den Betreiber des Integrierten Notfallzentrums verpflichtend. Die nur eingeräumte Möglichkeit zum Abschluss von Versorgungsverträgen für Apotheken stellt nicht ausreichend sicher, dass die in § 12b ApoG eingeführten Regelungsinhalte tatsächlich auch von der versorgenden Apotheke im Rahmen eines abgeschlossenen Vertrages erfüllt werden und sicher ein Versorgungsvertrag zwischen einer öffentlichen Apotheke und dem Betreiber des integrierten Notfallzentrums abgeschlossen wird. Es ist daher notwendig, dass auch für Apotheken eine Verpflichtung zum Abschluss von entsprechenden Versorgungsverträgen eingeführt wird.

Durch die Ergänzung wird sichergestellt, dass jede Apotheke nur bis zu einer zweiten Offizin betrieben werden kann. Die Begrenzung ist zur Sicherstellung der Übereinstimmung der Regelung mit dem Fremdbesitzverbot erforderlich.

Die räumliche Nähe zwischen der zweiten Offizin und der Apotheke, in deren Apothekenbetriebserlaubnis die zweite Offizin aufgenommen wird, ist notwendig, um die Voraussetzungen für einen ordnungsgemäßen Apothekenbetrieb und die Wahrnehmung der Aufgaben der Apothekenleitung auch in Bezug auf die zweite Offizin sicherzustellen. Die Regelung entspricht den Vorgaben zur räumlichen Verortung von Filialapotheken.

26. Zu Artikel 5 Nummer 1 (§12b Absatz 1 Satz 3a – neu – Apothekengesetz)

In Artikel 5 Nummer 1 ist in § 12b dem Absatz 1 folgender Satz anzufügen:

„In den Räumlichkeiten der zweiten Offizin mit Lagerräumen dürfen keine Herstellungstätigkeiten durchgeführt werden.“

Table.Briefings

Begründung:

Da keine Definition des Begriffs Offizin erfolgt, ist eine Klarstellung notwendig, dass die Räumlichkeiten der zweiten Offizin mit Lagerräumen nicht zu Herstellungszwecken verwendet werden dürfen. Die Klarstellung ist notwendig, da dort sonst unter Anwendung der Ausnahmeregelung von § 13 Absatz 1 und Absatz 2a AMG eine Herstellung von Arzneimitteln ohne Herstellungserlaubnis erfolgen könnte.

27. Zu Artikel 5 Nummer 1 (§ 12b Absatz 2 Satz 1 – neu – und Satz 2, einleitender Satzteil – neu – Apothekengesetz)

In Artikel 5 Nummer 1 ist in § 12b Absatz 2 der einleitende Satzteil wie folgt zu fassen:

„Der Vertrag bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Genehmigung der zuständigen Behörde. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn“

Folgeänderung:

In § 12b ist Absatz 3 wie folgt zu fassen:

„Die Versorgung ist vor Aufnahme der Tätigkeit der zuständigen Behörde anzuzeigen.“

Begründung:

Durch die Einführung einer Genehmigungspflicht durch die zuständigen Behörden wird sichergestellt, dass die in § 12b ApoG aufgeführten Regelungsinhalte tatsächlich in den Verträgen enthalten sind. Die Art der Regelung entspricht den Vorschriften zur Genehmigung von Versorgungsverträgen von Bewohnern von Heimen im Sinne des § 1 des Heimgesetzes mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten. Die Tätigkeiten und die vertraglichen Regelungen im Zusammenhang mit der Versorgung von Heimen und von integrierten Notfallzentren sind grundsätzlich vergleichbar, weshalb auch – vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit der Genehmigung von Heimversorgungsverträgen – auch die Verträge zur Versorgung von integrierten Notfallzentren dem behördlichen Genehmigungsvorbehalt unterliegen sollten.

Table.Briefings

28. Zu Artikel 5 Nummer 2 Buchstabe a – neu – (§ 20 Absatz 1 ApoG)

Artikel 5 Nummer 2 ist wie folgt zu fassen:

‚2. § 20 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden nach dem Wort „durchgehend“ die Wörter „oder zeitweilig“ eingefügt und nach dem Wort „Zuschuss“ werden die Wörter „entsprechend des geleisteten Notdienstumfanges“ angefügt.

b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

< … weiter wie Vorlage … >‘

Begründung:

Zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung ist eine Vergütung für Teil-Notdienste einzuführen.

Derzeit erfolgt die Auszahlung eines pauschalen Zuschusses gemäß § 20 ApoG nur für Notdienste, die durchgehend in der Zeit von spätestens 20 Uhr bis mindestens 6 Uhr des Folgetages geleistet werden. Die Nichtberücksichtigung von Teildiensten in der Regel bis 22.00 Uhr führt dazu, dass die für die Regelung des Notdienstes zuständigen Behörden zum Teil ausschließlich Volldienste planen, um die Apotheken – vor dem Hintergrund der sehr angespannten wirtschaftlichen Lage der Apotheken – nicht mit unentgeltlich zu leistenden Teildiensten zu belasten, obwohl dies zumindest teilweise für die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung ausreichend wäre. Hierdurch werden die Apothekerinnen und Apotheker in unnötiger Art und Weise trotz der flächendeckend prekären Personalsituation mit Diensten belastet.

29. Zu Artikel 6 Nummer 2 Buchstabe a_1 – neu – (§ 3 Absatz 3 ApBetrO)

In Artikel 6 Nummer 2 ist nach Buchstabe a folgender Buchstabe a_1 einzufügen:

‚a_1) In Absatz 3 werden nach dem Wort „Apotheke“ die Wörter „sowie eine zweite Offizin“ eingefügt.‘

Begründung:

Die bestehende Regelung, nach der eine Apotheke nur geöffnet sein und betrieben werden darf, wenn eine Apothekerin beziehungsweise ein Apotheker oder eine nach § 2 Absatz 6 Satz 1 ApBetrO vertretungsberechtigte Person anwesend ist, stellt nicht sicher, dass eine derart qualifizierte Person in den Räumlichkeiten der zweiten Offizin anwesend ist. Die zweite Offizin ist formell gesehen ein Teil der Apotheke, deren Betriebsräume sich an unterschied-

TableBriefings

lichen Standorten befinden. Insofern wäre es unter der bestehenden Regelung denkbar, dass sich eine Apothekerin oder ein Apotheker in den sonstigen Betriebsräumen der Apotheke befindet, ohne auf die Geschehnisse in der zweiten Offizin Einfluss nehmen zu können. Da sich also die zweite Offizin getrennt von den weiteren Apothekenbetriebsräumen befindet, ist die Anwesenheit von qualifiziertem Personal in den Räumlichkeiten der zweiten Offizin gesondert zu regeln.

30. Zu Artikel 6 Nummer 4 (§ 23 Absatz 1 Satz 2, Absatz 2 und Absatz 3 Satz 1 ApBetrO)

In Artikel 6 ist Nummer 4 wie folgt zu fassen:

‚4. § 23 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird Satz 2 gestrichen.

b) In Absatz 2 werden die Wörter „für die Dauer der ortsüblichen Schließzeiten, der Mittwochnachmittage, Sonnabende oder der Betriebsferien und, sofern ein berechtigter Grund vorliegt, auch außerhalb dieser Zeiten“ und die Wörter „in dieser Zeit“ gestrichen.

c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „Während der Zeiten nach Absatz 1 Satz 2 genügt es zur“ durch das Wort „Zur“ ersetzt und nach dem Wort „Dienstbereitschaft“ werden die Wörter „genügt es“ eingefügt.‘

Begründung:

Die Anpassung der Regelung ermöglicht eine weitgehende Flexibilisierung der Dienstbereitschaft ohne starre Zeitvorgaben, die von den zuständigen Behörden auf die Bedürfnisse des Zuständigkeitsbereiches unter Berücksichtigung von Personalressourcen und Bedürfnissen der Versorgung vor Ort hin auszugestalten sind.

Dies ist insbesondere deswegen notwendig, um die Dienstbereitschaftszeiten der Apotheken bestmöglich auf die Öffnungszeiten der mit Notdienstzentren in vertraglicher Verbindung stehenden Apotheken, die die Versorgung zu den Öffnungszeiten der Notdienstpraxis wahrnehmen, bestmöglich aufeinander abzustimmen.

Table.Briefings

31. Zum Gesetzentwurf allgemein

a) Der Bundesrat bekräftigt den Optimierungsbedarf im Bereich der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung. Die Säulen der Notfallversorgung müssen im Sinne einer sektorenübergreifenden Patientensteuerung und eines optimierten Ressourceneinsatzes enger miteinander verzahnt werden.

b) Der Bundesrat ist der Auffassung, dass es dafür neben der notwendigen technischen und digitalen Vernetzung der beteiligten Akteure insbesondere auch die geeigneten rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen braucht, die für die jeweilige Region eine effiziente Notfallversorgung ermöglichen.

c) Der Bundesrat stellt fest, dass der Gesetzentwurf viele Strukturelemente berücksichtigt, die in einigen Ländern bereits erfolgreich etabliert und erprobt sind.

d) Der Bundesrat betont, dass der Gesetzentwurf einen sicheren Rechtsrahmen schaffen muss, um die in den Ländern bereits praktizierten Modelle einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung fortführen und weiterentwickeln zu können. Dafür braucht es ausreichende Handlungsspielräume, damit die für die jeweilige Region angemessene und geeignete sektorenübergreifende Notfallversorgung im Konsens aller Beteiligten aufgebaut oder fortentwickelt werden kann. „Digital vor ambulant vor stationär“ sollte der Leitgedanke dieser Versorgungsstrukturen lauten.

e) Der Bundesrat fordert die Bundesregierung zudem dazu auf, die Grundlagen dafür zu schaffen, die digitale Vernetzung und die notwendige Weitergabe von Patientendaten zu standardisieren. Es braucht bundesweit einheitliche Standards für:

- abgestimmte Ersteinschätzungssysteme
- offene digitale Schnittstellen
- gemeinsame Datendefinitionen und Datenformat
- medienbruchfreie und datenschutzkonforme Weiterleitungen von Patientendaten
- interdisziplinäre Versorgungsnachweise
- sektorenübergreifende Qualitätsmanagementsysteme.

Table.Briefings

f) Der Bundesrat appelliert an die Bundesregierung, die bestehenden organisatorischen, technischen und datenschutzrechtlichen Hürden zugunsten einer geeigneten Rahmenkonzeption für die Notfallversorgung abzubauen und gleichzeitig Raum für etablierte Modelle und regionale Besonderheiten in den Ländern zu lassen.

Begründung

Eine erfolgreiche und zeitgemäße Notfallreform muss alle drei Sektoren der Notfallversorgung – vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und Krankenhäuser beziehungsweise Notaufnahmen – in ihrer gegenseitigen Bedingtheit betrachten und durch einen bundeseinheitlichen Rechtsrahmen die Weichen für eine intelligente und effiziente Patientensteuerung stellen. Ziel muss dabei sein, die drei Sektoren der Notfallversorgung so miteinander zu verknüpfen und digital zu vernetzen, dass möglichst frühzeitig eine geeignete Ersteinschätzung und eine bedarfsgerechte Patientensteuerung ermöglicht wird.

In vielen Ländern werden bereits sektorenübergreifende Konzepte zum Beispiel zur zentralen Ersteinschätzung an gemeinsamen Tresen und zur digitalen Vernetzung der Rettungsleitstellen mit der 116 117 erfolgreich erprobt. Im weiteren Gesetzgebungsverfahren müssen rechtssichere Handlungsspielräume geschaffen werden, damit die für die jeweilige Region angemessene und geeignete sektorenübergreifende Notfallversorgung im Konsens aller Beteiligten weiter aufgebaut oder fortentwickelt werden kann. Nur wenn den unterschiedlichen regionalen Anforderungen angemessen Rechnung getragen werden kann, wird eine nachhaltige, bedarfsgerechte und zukunftsfähige Notfallversorgung gelingen.

Table.Briefings