

STELLUNGNAHME  
BKK DACHVERBAND E.V.

---

vom 25.06.2024

---

**zum Referentenentwurf eines Gesetzes  
zur Reform der Notfallversorgung  
(Notfallgesetz – NotfallG)**

# Inhalt

I. VORBEMERKUNG .....	3
II. DETAILKOMMENTIERUNG .....	4
<b>Artikel 1: Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch</b> .....	<b>4</b>
Allgemeines .....	4
Zu Punkt 2 a) zu § 75 Abs. 1a .....	5
Zu Punkt 2 b) § 75 Abs. 1 b SGB V: .....	6
Zu Punkt 2 c) zu § 75 Absätze 1c bis 1f SGB V neu: .....	6
Zu Punkt Nr. 8) zu § 105 Abs. 1 b SGB V .....	7
Zu Punkt 11) zu § 123 Abs. 4 SGB V .....	7
<b>Artikel 8: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte</b> .....	<b>8</b>
<b>Zur Arzneimittelversorgung im Notfall</b> .....	<b>8</b>
III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF .....	10

## I. VORBEMERKUNG

Die Reform der Notfallversorgung ist ein zentrales Anliegen zur Verbesserung unseres Gesundheitssystems, das eine grundlegende Neuausrichtung der bestehenden Strukturen erfordert. Der vorliegende Entwurf sollte allerdings bedenken, dass weitere, aktuelle Reformvorhaben – wie etwa die Krankenhausreform und das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – stärker mit der Reform der Notfallversorgung zu verknüpfen sind, um Synergien zu schaffen und Doppelstrukturen zu vermeiden.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass der Entwurf eine Vernetzung bereits etablierter Strukturen vorsieht, was die Effizienz und Qualität der Notfallversorgung erhöhen kann.

Eine besonders sensible Komponente ist die Abstimmung der Reform der Notfallversorgung mit der Notfallrettung und den jeweiligen Landesgesetzgebungen. Eine gute Abstimmung ist essentiell; nur so kann sichergestellt werden, dass die Reform ganzheitlich und nachhaltig wirkt, ohne neue bürokratische Hürden zu schaffen. Die geplante Einrichtung von Integrierten Notfallzentren, die aus Notaufnahmen, Notdienstpraxen und zentralen Ersteinschätzungsstellen bestehen, bietet hierbei eine Lösung, um die Behandlung von Notfallpatienten effektiv zu koordinieren.

Ferner gibt es noch weitere kritische Punkte im Entwurf, insbesondere die Schaffung zusätzlicher Strukturen wie Terminservicestellen und Akutleitstellen, die mit einem erheblichen finanziellen Aufwand verbunden sind. Diese Doppelstrukturen könnten nicht nur Ressourcen binden, sondern auch die Effizienz der Versorgung gefährden, wenn sie nicht sinnvoll in die bestehenden Abläufe integriert werden.

Die Einführung einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer für Terminservicestellen und die Betriebserfordernisse der Akutleitstellen sind Schritte in die richtige Richtung, doch muss sichergestellt werden, dass sie effektiv und zugänglich sind, wie im Gesetzentwurf vorgeschlagen.

Es ist unabdingbar, dass die Umsetzung der Reform in enger Abstimmung und Zusammenarbeit mit allen Akteuren des Gesundheitswesens erfolgt, um eine reibungslose Integration und eine verbesserte Versorgungsqualität zu gewährleisten. Die digitale Vernetzung der Rettungsleitstellen und Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 133a Gesundheitsleitssystem stellt dabei einen Fortschritt dar, um eine effiziente Ersteinschätzung und Versorgung zu gewährleisten.

## II. DETAILKOMMENTIERUNG

### Artikel 1: Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch

#### Allgemeines

Zur Verbesserung des Gesundheitssystems wird die Einführung einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer mit digitalem Angebot für Terminservicestellen vorgeschlagen, um eine einheitliche telefonische Erreichbarkeit zu gewährleisten. Zusätzlich sollen alle Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) rund um die Uhr Akutleitstellen betreiben, die in 75 Prozent der Anrufe innerhalb von drei Minuten und in 95 Prozent der Anrufe innerhalb von zehn Minuten erreichbar sind.

Die KVen sollen die Buchung von Behandlungsterminen bei Vertragsärzten ermöglichen, wenn Anfragen von Integrierten Notfallzentren oder Notfallzentren für Kinder und Jugendliche eingehen. Der Sicherstellungsauftrag umfasst auch die vertragsärztliche Erstversorgung rund um die Uhr, wenn eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist, einschließlich der notdienstlichen Akutversorgung. Dies schließt die Feststellung und Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit (AU) sowie die Verordnung von Arzneimitteln ein.

Der Rettungsdienst ist von diesen Regelungen nicht betroffen. Es wird jedoch vorgeschlagen, den Einsatz von nichtärztlichem Personal unter ärztlicher Anordnung und Verantwortung zu ermöglichen, sowie Kooperationen mit dem Rettungsdienst zu unterstützen. Integrierte Notfallzentren können zusätzlich durch kinder- und jugendmedizinische Konsilien oder telefonische Konsilien unterstützt werden.

Zur weiteren Verbesserung der Notfallversorgung wird die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren vorgeschlagen, die aus einer Notaufnahme im Krankenhaus, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle bestehen. Die fachliche Leitung dieser Zentren obliegt dem Krankenhaus. Die KVen sollen die notdienstliche Akutversorgung in Kooperation mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen und Vertragsärzte sowie Medizinische Versorgungszentren (MVZ) einbinden. Patientinnen und Patienten, die eigenständig in die Notfallzentren kommen, wenden sich zunächst an die Ersteinschätzungsstelle; bei Bedarf erfolgt die Terminbuchung über die Terminservicestelle.

Die Richtlinien für diese Maßnahmen werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt, einschließlich Vorgaben für standardisierte digitale Ersteinschätzungsinstrumente.

Die Notdienstpraxen müssen die Versorgung mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sicherstellen, entweder durch einen Versorgungsvertrag mit einer Apotheke gemäß § 12b Apothekengesetz oder durch die eigenständige Abgabe von Arzneimitteln für den akuten Bedarf.

Die Standorte der Notfallzentren werden vom erweiterten Landesausschuss bestimmt, wobei Planungsregionen definiert werden. Voraussetzung ist eine vorhandene Basisnotfallversorgung gemäß den Vorgaben des G-BA und die Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten für mindestens 95 Prozent der zu versorgenden Bevölkerung. Außerdem muss die Möglichkeit der Kooperation mit nahegelegenen Vertragsärztinnen und -ärzten oder MVZ bestehen.

In Anbetracht der neuen gesetzlichen Regelungen gemäß § 133a Gesundheitsleitsystem zur digitalen Vernetzung der Träger der Rettungsleitstellen und Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) wird eine verbindliche Kooperation eingeführt, die darauf abzielt, eine effiziente und standardisierte medizinische Versorgung durch ein Gesundheitsleitsystem sicherzustellen. Diese Zusammenarbeit soll eine verbesserte Ersteinschätzung und Vermittlung von Hilfesuchenden Personen an die entsprechenden Versorgungsebenen gewährleisten. Wesentliche Aspekte wie die Abstimmung der Notrufabfrageverfahren und die technische Vernetzung der Leitstellen sind zentral für die funktionierende Umsetzung dieses Systems. Das gemeinsame Qualitätsmanagement soll zudem eine kontinuierliche Evaluation und Optimierung der Prozessabläufe sichern. Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben erfordert eine enge Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure im Gesundheitswesen, um einen reibungslosen und effektiven Betrieb zu gewährleisten.

### **Zu Punkt 2 a) zu § 75 Abs. 1a**

Im Zuge der Neuordnung der notdienstlichen Versorgung im Rahmen des konkretisierten Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen werden auch der Zugang zu sowie die Aufgaben der Terminservicestellen konkretisiert.

Zur Entlastung der Kassenärztlichen Vereinigungen wird geregelt, dass die Terminservicestellen künftig nur noch an Werktagen unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 116117 erreichbar sein müssen.

Unklar bleibt, wie nach Vernetzung der 116117 mit der 112 und der organisatorischen Trennung von Terminservicestelle, Akutleitstelle und Rettungsdienst eine u.U. zeitkritische Versorgung in Akutfällen sichergestellt werden kann.

### **Zu Punkt 2 b) § 75 Abs. 1 b SGB V:**

Der bisherige Sicherstellungsauftrag, der die vertragsärztliche Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten in Form eines Notdienstes umfasste, wird konkretisiert und vom Umfang auf eine vertragsärztliche Erstversorgung beschränkt. Zu dieser als nun neu notdienstlichen Akutversorgung ausgewiesenen Versorgung wird klargestellt, dass auch die Feststellung und Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit sowie die Verordnung von Arzneimitteln umfasst ist. Dies wird eindeutig begrüßt.

Neu ist ebenfalls, dass im Rahmen des aufsuchenden Dienstes qualifiziertes nichtärztliches Personal unter ärztlicher Anordnung und Verantwortung eingesetzt werden kann. Fraglich bleibt hierbei jedoch, wie künftig im Rahmen des aufsuchenden Notdienstes die Feststellung und Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit und die Verordnung von Arzneimitteln sichergestellt werden kann.

Der Gesetzgeber führt weiter aus, dass die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes nicht umfasst ist. In wie weit hier eine trennscharfe Differenzierung auf Basis des noch zu etablierenden Ersteinschätzungsinstrumentes erfolgen kann und sich die Akutfälle im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, die sich künftig an die Akutleitstelle zu richten haben von den übrigen Terminanfragen an die Terminservicestelle unterscheiden, bleibt unklar. Eine Terminvermittlung in die fachärztliche Versorgung bedarf im Akutfall keiner Überweisung, anders als für Anfragen, die sich direkt an die Terminservicestelle richten. Für Terminvermittlungen insbesondere in die fachärztliche Versorgung wird künftig eine Doppelstruktur etabliert, die zusätzliche Finanzbedarfe auslöst.

### **Zu Punkt 2 c) zu § 75 Absätze 1c bis 1f SGB V neu:**

Zur Terminvermittlung in Akutfällen und zur Organisation des Notdienstes haben die Kassenärztlichen Vereinigungen eine Akutleitstelle einzurichten.

Basis der Vermittlungstätigkeit der Akutleitstelle ist die Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung über ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren.

Daneben operieren die neu zu schaffenden Integrierten Notfallzentren [§ 123 SGB V neu] unter fachlicher Leitung und Verantwortung der Krankenhäuser hiervon getrennt in einer zentralen Ersteinschätzungsstelle. Basis der Arbeit der Ersteinschätzungsstelle ist eine neu beauftragte Richtlinie des G-BA über Vorgaben an ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument [vgl. § 123 Abs. 3 SGB V neu].

Der Aufbau Integrierter Notfallzentren wird unterstützt und ist eine Kernforderung des Positionspapiers des BKK DV zur Notfallreform.

### **Zu Punkt Nr. 8) zu § 105 Abs. 1 b SGB V**

Zur Förderung zur Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes werden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen nun verpflichtet, zusätzlich zu den Mitteln des Strukturfonds zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung weitere finanzielle Mittel bereitzustellen. Bereits jetzt können und werden mit den gemäß § 105 Abs. 1a zur Verfügung zu stellenden Mittel Strukturen des Notdienstes und insbesondere der Betrieb der Terminservicestellen finanziert. § 105 Abs. 1b SGB V sieht vor, dass darüber hinaus weitere freiwillige Mittel zur Förderung des Notdienstes verwandt werden können. Eine Verpflichtung zusätzliche Finanzmittel für die Strukturen des Notdienstes durch die Neuformulierung von § 105 Abs. 1b SGB V bereitzustellen wird abgelehnt. Der Sicherstellungsauftrag umfasste auch vor der durch den Gesetzgeber nun initiierten Reform des Notdienstes die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten einschließlich eines aufsuchenden Dienstes sowie den Betrieb von Terminservicestellen mit einer 24/7 Erreichbarkeit.

### **Zu Punkt 11) zu § 123 Abs. 4 SGB V**

Der erweiterte Bewertungsausschuss hat auf der Basis der Ersteinschätzungsrichtlinie des G-BA eine Einzelleistungsvergütung für die Ersteinschätzung zu beschließen. Ziel sei es, den personellen und technischen Aufwand durch eine Ersteinschätzung als Einzelleistung unabhängig von der Weiterbehandlung zu vergüten.

Die vorgeschlagene Regelung wird, ebenso wie die vorgesehene Evaluation, als sachgerecht erachtet und daher begrüßt.

Die Vergütung der INZ sollte stringent nach der ambulanten Logik vollzogen werden. Für gleiche Leistungen sollte es unabhängig vom Versorgungsort (ambulante Praxis oder INZ) die gleiche Vergütung geben. Eine zusätzliche finanzielle Förderung der INZ ist bereits jetzt auf Basis der regionalen Strukturförderung zur Stabilisierung des Sicherstellungsauftrages möglich.

## Artikel 8: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Die Zielsetzung eine bessere Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der zu offenen Sprechstunden verpflichteten Arztgruppe zu erreichen wird eindeutig begrüßt.

### Zur Arzneimittelversorgung im Notfall<sup>1</sup>

Die Verbesserung der Arzneimittelversorgung von Versicherten in Notfällen wird ausdrücklich begrüßt und ist längst überfällig. Versicherte sollen unmittelbar nach einer Notfallbehandlung ihre Arzneimittel erhalten. Anderenfalls könnten Versorgungslücken insbesondere im ländlichen Raum außerhalb der üblichen Öffnungszeiten einer Apotheke entstehen.

Der Gesetzgeber sieht im § 75 Abs. 1b SGB V letzter Satz vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch über die Organisation des Notdienstes treten sollen, um die Versorgung der Versicherten zu verbessern.

Die Regelung ist zu begrüßen und greift eine langjährige Forderung des BKK Dachverbands auf. Eine nachhaltige und verbindliche Koordination der Notdienste der Ärzte und Apotheken gewährleistet eine unmittelbare Arzneimittelversorgung in Notfällen und damit eine umfassende, stringente Notfallversorgung im Allgemeinen. Zu bevorzugen wäre jedoch eine bundesweit einheitliche Koordination, um eine gleichmäßige, regionale Verteilung zu erreichen. Insbesondere sollten die Apotheken für Notdienste eingeplant werden, die in der Nähe eines Integrierten Notfallzentrums liegen. So kann mit den vorhandenen Apotheken-Strukturen die Arzneimittelversorgung nach einer Behandlung in einem Integrierten Notfallzentrum bereits weitestgehend gesichert werden.

Der Gesetzgeber sieht allerdings vor, dass Integrierte Notfallzentren für die unmittelbare Arzneimittelversorgung nach einem Notfall einen Versorgungsvertrag mit Apotheken schließen müssen. Solange kein Versorgungsvertrag besteht, kann die Versorgung der Patientinnen und Patienten durch Abgabe von Arzneimitteln für den akuten Bedarf sichergestellt werden. Der akute Bedarf ist dabei sehr eng definiert. Dieses soll laut Gesetzentwurf nur dann zulässig sein, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt.

---

<sup>1</sup> Artikel 1: Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch dazu Punkt 2b) zu § 75 Abs. 1b SGB V letzter Satz; Punkt 11) zu § 123 Abs. 5 SGB V; Punkt 12) zu § 123a Abs. 2, Punkt 6.  
Artikel 5: Änderung des Apothekengesetzes dazu Punkt 1) zu § 12b.  
Artikel 7: Änderung des Arzneimittelgesetzes

Mit einer Abgabe von Arzneimitteln aus dem Notfallzentrum heraus wird ein allerdings ein weiterer Arzneimittel-Vertriebsweg eröffnet (neben dem Krankenhaus, den Krankenhausapotheken und den öffentlichen Apotheken). Dieses ist vor dem Hintergrund der Wirtschaftlichkeit abzulehnen.

Besser wäre es, das Ziel der unmittelbaren Arzneimittelversorgung niederschwelliger zu erreichen. Vorgesehen ist im RefE zwingend ein Versorgungsvertrag mit einer Apotheke vor Ort, die ggf. eine extra Offizin auf dem Gelände des INZ errichten könnte. Dies ist kosten- und personalintensiv. Wir schlagen vor, an erster Stelle die notdiensthabenden Apotheken mit den Integrierten Notfallzentren zu koordinieren. Zusätzlich sind Krankenhausapotheken enger in die Versorgung einzubinden. Wird ein INZ an einem Krankenhaus betrieben, das auch eine Krankenhausapotheke hat, sollte diese die erforderlichen Arzneimittel an Patienten direkt abgeben dürfen, um somit eine kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten. Dabei reicht jedoch eine (optionale) Mitgabe einzelner Tabletten zur Überbrückung an Wochenenden oder Feiertagen für eine kontinuierliche Versorgung nicht aus. Patientinnen und Patienten müssten bereits kurz nach Ihrem Notfall erneut einen Arzt/eine Ärztin aufsuchen, um ihre Arzneimittel zu erhalten. Besser wäre es daher, wenn die Krankenhausapotheken die kleinste definierte Normgröße gemäß Packungsgrößenverordnung abgeben dürften. Das gilt ergänzend auch für Patientinnen und Patienten mit Entlassverordnungen. Nach jetziger Rechtslage dürfen die Krankenhausapotheken diese Arzneimittelrezepte nicht beliefern.

Separate Versorgungsverträge nach § 12b Apothekengesetz würden dann nur noch erforderlich, um eventuelle Versorgungslücken bei der unmittelbaren Arzneimitteltherapie zu schließen. Vorgesehen ist momentan ein Vertragsschluss zwischen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und dem Krankenhausträger. Um den Vertragsschluss zu Lasten Dritter zu verhindern, sind die gesetzlichen Krankenkassen zwingend einzubinden. Mit den Landesverbände der Krankenkassen ist mindestens das Einvernehmen herzustellen, wenn nicht sogar in die Vertragsverhandlung einzubinden.

### III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF

Der hier präsentierte Entwurf zur Notfallversorgung stellt einen Schritt zur Verbesserung der Notfallversorgung dar. Allerdings bleibt ein wesentlicher Aspekt unberücksichtigt: der Rettungsdienst. Eine effektive Notfallversorgung kann nur dann gewährleistet werden, wenn auch der Rettungsdienst umfassend reformiert wird. Derzeit zeigen sich erste Ansätze einer Veränderung im Entwurf, doch diese reichen bei Weitem nicht aus. Der Rettungsdienst bildet das Rückgrat der Notfallversorgung, und ohne eine grundlegende und durchdachte Reform in diesem Bereich droht das gesamte System ineffektiv zu bleiben. Eine echte Verbesserung erfordert daher gezielte Maßnahmen, um die Struktur, Finanzierung und Arbeitsbedingungen im Rettungsdienst nachhaltig zu optimieren. Nur so kann sichergestellt werden, dass die wirklich zukunftsfähig ist und den hohen Anforderungen gerecht wird.