

Stellungnahme

des Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) vom 31. Oktober 2024

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung
(Notfallgesetz – NotfallG) vom 17. Juli 2024

Kontakt:

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

Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin

Telefon: +49 30 – 40 00 96 31, Fax: +49 30 40 00 96 32

E-Mail: info@spifa.de

Registergericht: Amtsgericht Charlottenburg, Registernummer: VR 29131 B

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

Ehrenpräsident: Dr. med. Andreas Köhler

Hauptgeschäftsführer: Dr. iur. André Byrle

Ordentliche Mitglieder des SpiFa

Akkreditierte Labore in der Medizin e.V.
(ALM)



Bundesverband Ambulantes Operieren
e.V. (BAO)



Berufsverband Deutscher Anästhesis-
tinnen und Anästhesisten e.V. (BDA)



Bundesverband der Belegärzte und Be-
legkrankenhäuser e.V. (BdB)



Berufsverband Deutscher Internistin-
nen und Internisten e.V. (BDI)



Berufsverband Deutscher Neurochirur-
gie e.V. (BDNC)



Berufsverband Deutscher Neuroradio-
logen e.V. (BDNR)



Berufsverband Deutscher Nuklearmedi-
ziner e.V. (BDNukl.)



Bundesverband der Pneumologie,
Schlaf- und Beatmungsmedizin e.V.
(BdP)



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

Bundesverband Psychosomatische Me-
dizin und Ärztliche Psychotherapie e.V.
(BDPM)



Berufsverband der Deutschen Radiolo-
gie e.V. (BDR)



Berufsverband Niedergelassener Chi-
rurgen e.V. (BNC)



Bundesverband Niedergelassener Kar-
diologen e.V. (BNK)



Berufsverband Niedergelassener Gast-
roenterologen Deutschlands e.V. (bng)



Berufsverband Niedergelassener und
ambulant tätiger Gynäkologischer On-
kologen in Deutschland e.V. (BNGO)



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



Bundesverband Reproduktionsmedi-
zischer Zentren Deutschlands e.V.
(BRZ)



Berufsverband der Augenärzte
Deutschlands e.V. (BVA)



Berufsverband der AngiologInnen
Deutschlands e.V. (BVAD)



Berufsverband der Deutschen Derma-
tologen e.V. (BVDD)



Berufsverband Deutscher Humangene-
tiker e.V. (BVDH)



Berufsverband der Deutschen Urologie
e.V. (BvDU)



Bundesverband Niedergelassener Dia-
betologen e.V. (BVND)



Berufsverband der Frauenärzte e.V.
(BVF)



Deutscher Berufsverband der Hals-Na-
sen-
Ohrenärzte e.V. (BVHNO)



Berufsverband für Orthopädie und Un-
fallchirurgie e.V. (BVOU)



Berufsverband für Physikalische und
Rehabilitative Medizin e.V. (BVPRM)



Deutscher Berufsverband der Fachärzte
für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V.
(DBVPP)



Deutscher Facharztverband e.V. (DFV)



Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kie-
fer- und Gesichtschirurgie e.V.
(DGMKG)



Deutsche Gesellschaft für Plastische,
Rekonstruktive und Ästhetische Chirur-
gie e.V. (DGPRÄC)



Verband Deutsche Nierenzentren e.V.
(DN)



Assoziierte Mitglieder

Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie
e.V. (DGH)



MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI)



Verband der Privatärztlichen Verrechnungs-
stellen e.V. (PVS Verband)



Virchowbund – Verband der niedergelasse-
nen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.
(VIR)



INHALT

I. Vorbemerkungen.....	7
II. Erfüllungsaufwand.....	12
III. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen.....	13
Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe b (Neufassung § 75 Absatz 1b SGB V)	13
Artikel 1 Nummer 8 (Neufassung § 105 Absatz 1b SGB V)	15
Artikel 1 Nummer 11 (Neufassung § 123 SGB V)	16
Artikel 9 (Änderung § 19a der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)	18

I. Vorbemerkungen

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

So soll die bisherigen Aufgaben der Terminservicestelle im Bereich der Akutfallvermittlung zukünftig die sogenannte Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigung wahrnehmen. Deren Vernetzung mit den Rettungsleitstellen soll eine bessere Steuerung von Hilfesuchenden ermöglichen. Dabei soll die digitale Fallübergabe mit medienbruchfreier Übermittlung bereits erhobener Daten wechselseitig möglich sein. Im Ergebnis sollen durch diese bedarfsgerechte Steuerung sowohl Notaufnahmen als auch Rettungsdienste entlastet werden.

Darüber hinaus soll die notdienstliche Akutversorgung der Kassenärztlichen Vereinigungen durch Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages ausgebaut werden. Zur Sicherstellung einer medizinisch notwendigen Erstversorgung von Patientinnen und Patienten mit akutem Behandlungsbedarf werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, durchgängig eine telemedizinische und eine aufsuchende Versorgung bereitzustellen. Durch die stärkere Nutzung der Möglichkeiten der Telemedizin kann nach Vorstellung des BMG die Versorgung von Patientinnen und Patienten verbessert und gleichzeitig eine Entlastung von Ärztinnen und Ärzten erreicht werden. Eine aufsuchende und telemedizinische Versorgung soll der demografischen Entwicklung und dem Wohl immobiler Patientinnen und Patienten Rechnung tragen.

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

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

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

ausgewählt werden können, an denen ein besonderer Bedarf an einer integrierten Notfallversorgungseinrichtung für Kinder und Jugendliche besteht. Wo die Einrichtung von speziellen Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nicht möglich ist, soll eine telemedizinische Unterstützung von Integrierten Notfallzentren durch Fachärztinnen und ärzte für Kinder- und Jugendmedizin gewährleistet werden.

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

SpiFa:

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

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

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR-Gesundheit) hatte in seinem Jahresgutachten 2018 Empfehlungen zur grundsätzlichen Reform der Notfallversorgung abgegeben, mit der „eine bürgernähere, bedarfsgerechtere, qualitativ bessere und zugleich auch kosteneffektivere und transparentere Notfallversorgung [ermöglicht werden soll]“. (SVR-Gesundheit, JG 2018, Ziffer 1022)

Der Antrag der FDP-Bundestagsfraktion aus dem Jahr 2019 (BT-Drs. 19/16037) hatte viele der Vorschläge der SVR-Gesundheit zur Reform der Notfallversorgung aufgegriffen.

Im Koalitionsvertrag von SPD, Bündnis90/Die Grünen und FDP aus dem Jahr 2021 wurde eine grundlegende Reform der Notfallversorgung verabredet (KoaV 2021, Seite 66).

„Die Notfallversorgung soll in integrierten Notfallzentren in enger Zusammenarbeit zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Krankenhäusern (KH) erfolgen. Wir räumen den KVen die Option ein, die ambulante Notfallversorgung dort selbst sicherzustellen oder diese Verantwortung in Absprache mit dem Land ganz oder teilweise auf die Betreiber zu übertragen. Durch eine Verschränkung der Rettungsleitstellen mit den KV-Leitstellen und standardisierten Einschätzungssystemen (telefonisch, telemedizinisch oder vor Ort) erreichen wir eine bedarfsgerechtere Steuerung. Wir nehmen das Rettungswesen als integrierten

Leistungsbereich in das SGB V auf und regeln den Leistungsumfang der Bergrettung sowie die Verantwortung für Wasserrettung jenseits der Küstengewässer.“ (KoaV 2021, Seite 66)

Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung hat in ihrer Vierten Stellungnahme vom 13. Februar 2023 ebenfalls Empfehlungen zur Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland (Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen) abgegeben.

Die Empfehlungen decken sich in großen Teilen mit den Empfehlungen des SVR Gesundheit aus dessen Jahrgutachten 2018. Dort wo die Empfehlungen der Regierungskommission von den Empfehlungen des SVR Gesundheit abweichen, ist dies vielfach aus Sicht des SpiFa jedenfalls unter der Prämisse einer bedarfsgerechten Versorgung nicht nachvollziehbar und dürfte das auch vom SVR Gesundheit skizzierte Problem vermeidbarer bzw. nicht bedarfsnotwendiger stationärer Krankenhausaufnahmen nicht hinreichend lösen.

Der SpiFa sieht die Notwendigkeit einer grundlegenden Reform der Notfallversorgung, an der gleich drei Sektoren (Versorgungsbereiche) über den Notdienst und Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen und die vorwiegend durch die Länder organisierten Rettungsdienst sowie die Notaufnahmen der Krankenhäuser beteiligt sind und begrüßt die im Koalitionsvertrag vereinbarte Initiative des BMG zur Reform der Notfallversorgung.

Die im Referentenwurf des BMG enthaltenen Vorschläge gehen grundsätzlich in die richtige Richtung, weichen allerdings an einigen entscheidenden Stellen orientiert an den Empfehlungen der Regierungskommission von den Empfehlungen des SVR Gesundheit sowie anderen wissenschaftlichen Empfehlungen ab. Die in der Notfallversorgung bestehende ökonomische Fehlanreize für vermeidbare stationäre Aufnahmen werden durch die vorgeschlagenen Maßnahmen so nicht konsequent beseitigt. Mit den vorgesehenen Maßnahmen können die bestehenden Wirtschaftlichkeitsreserven in einer Größenordnung eines mittleren Milliardenbetrages jährlich so nicht gehoben werden.

Aus Sicht des SpiFa müssen beteiligten Versorgungsbereiche auf vielen Ebenen insgesamt besser miteinander verzahnt werden, um flächendeckend eine bedarfsgerechte Akut- und Notfallversorgung sicherzustellen. Zugleich muss das bestehende Ambulantisierungspotential auch in der Notfallversorgung genutzt werden.

Diese setzt nach Auffassung des SpiFa voraus, dass (1.) vorhandene Gesundheitsstrukturen durch eine Patientensteuerung bedarfsgerecht eingesetzt und – wo nicht vorhanden – geschaffen, (2.) vorhandene ökonomische Fehlanreize nach dem festen Grundsatz ambulant vor stationär beseitigt (Vermeidung nicht medizinisch notwendiger Rettungsdienstfahrten zum Krankenhaus sowie stationärer Krankenhausaufnahmen) und hierzu (3.) die Leistungen in der Notfallversorgung dem medizinischen Bedarf entsprechend leistungsgerecht vergütet und finanziert werden.

Der SpiFa fordert daher nachdrücklich, dass

1. die Leitung und Verantwortung der zentralen Ersteinschätzungsstelle in den Integrierten Notfallzentren (INZ) gesetzlich den Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen wird,

2. die Öffnungszeiten der Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen im oder am Krankenhausstandort auf solche Zeiten beschränkt wird, in denen reguläre Arztpraxen sowie mit dem INZ kooperierende Bereitschaftspraxen nicht geöffnet sind und eine Vermittlung in reguläre Strukturen der vertragsärztlichen Versorgung oder Bereitschaftspraxen durch die beabsichtigte Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigungen und die zentrale Ersteinschätzungsstelle im INZ nicht erfolgen kann,
3. die flächendeckende aufsuchende Versorgung auf qualifizierte nichtärztliche Kräfte delegierbar ist, insbesondere bei Vorhandensein eines telemedizinischen ärztlichen Hintergrunddienstes,
4. die von den vertragsärztlichen Leistungserbringern nach dem gebotenen Facharztstandard (§ 630a Absatz 2 BGB) gegenüber Versicherten erbrachten Leistungen der Notfall- und Akutversorgung künftig extrabudgetär vergütet werden und
5. die Vorhalte- und Betriebskosten der Kassenärztlichen Vereinigungen für die Akutleitstellen und das telefonische und videounterstützte ärztliche Versorgungsangebot, der aufsuchende Dienst sowie ihre Beteiligung an den INZ vollständig und allein durch die Krankenkassen finanziert werden.

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

Vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), zuletzt Urteil vom 24. Oktober 2023 – Aktenzeichen: B 12 R 9/21 R, mahnt der SpiFa nochmals zügiges gesetzgeberisches Handeln an, um den kassenärztlichen Notdienst, aber auch die medizinische Versorgung insgesamt, nicht weiter zu gefährden.

Aus Sicht des SpiFa ist es unhaltbar und im höchsten Maße bürokratisch, dass von Ärztinnen und Ärzten, die im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst, aber beispielsweise auch tageweise in der Praxisvertretung tätig sind, verlangt wird, für jeden einzelnen ihrer Einsätze einen formellen Befreiungsantrag bei der Deutschen Rentenversicherung zu stellen.

Der SpiFa weist darauf hin, dass absolut jede dieser ärztlichen Tätigkeiten in der Deutschen Rentenversicherung inhaltlich befreiungsfähig ist und diese Ärztinnen und Ärzte als Approbierte regelhaft Pflichtmitglieder in ihrer jeweils örtlich zuständigen Ärztekammer sind und als solche zugleich Pflichtmitglieder in der berufsständischen Versorgung, also dem jeweiligen Versorgungswerk. Die Ärztinnen und Ärzte werden dort regelhaft nach ihren Einkünften aus der ärztlichen Tätigkeit zur Alterssicherung verbeitragt.

Die Einordnung als sozialversicherungsrechtliche Beschäftigung führt dazu, dass die Einkünfte der Ärztinnen und Ärzte, die Befreiungsanträge an die Deutsche Rentenversicherung für die jeweilige Tätigkeit nicht, nicht rechtzeitig oder nicht richtig gestellt haben, sowohl in der berufsständischen Versorgung (Versorgungswerk) als auch in der Deutschen Rentenversicherung verbeitragt werden müssen. Die führt also zu einer Doppelverbeitragung von Einkünften aus

rein formellen Gründen für materiell unstreitig befreiungsfähige Tätigkeiten. Dazu kommt, dass die betroffenen Ärztinnen und Ärzte in der Regel nicht auf die Zeiten in der Deutschen Rentenversicherung kommen, um Regelrentenansprüche wegen Alters in der Rentenversicherung zu erwerben.

Soweit der Gesetzgeber hier im zeitlichen Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens keine grundsätzliche gesetzliche Lösung im Bereich der rechtlichen Einordnung sozialversicherungsrechtlicher Beschäftigungsverhältnisse auf den Weg bringt, sollte der Gesetzgeber nunmehr zur Sicherstellung der medizinischen Akut- und Regelversorgung der Bevölkerung zügig aufsetzend auf der Regelungssystematik des § 23c Absatz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) die Beitragsfreiheit der Einnahmen von zeitlich von vornherein auf wenige Tage und Wochen begrenzten Tätigkeit als Notärztin/Notarzt, Ärztin/Arzt in der Akut- und Notfallversorgung der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Urlaubsvertretung in Praxen und anderen medizinischen Einrichtung regeln, wenn diese Tätigkeit neben einer ärztlichen Beschäftigung mit einem Umfang von regelmäßig mindestens 15 Stunden wöchentlich oder einer Tätigkeit als zugelassener Vertragsarzt oder als Arzt in privater Niederlassung ausgeübt wird.

II. Erfüllungsaufwand

Keine Anmerkungen

III. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen

Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe b (Neufassung § 75 Absatz 1b SGB V)

Nach der beabsichtigten Neuregelung des § 75 Absatz 1b Satz 4 Nummer 1 bis 3 sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch

1. die Beteiligung an Integrierten Notfallzentren nach § 123 und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b,
2. ein telefonisches und videounterstütztes ärztliches Versorgungsangebot 24 Stunden täglich auch durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und
3. einen aufsuchenden Dienst 24 Stunden täglich sicherstellen (Notdienst).

Mit den in der beabsichtigten Regelung adressierten Angeboten sollen neben den zugelassenen und ermächtigten Leistungserbringern zusätzliche zentrale Anlaufstellen der vertragsärztlichen Versorgung in Not- oder Akutfällen geschaffen werden.

Nach der beabsichtigten Regelung in § 75 Absatz 1b Satz 6 SGB V können „die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Erfüllung der Aufgabe nach Satz 4 Nummer 3 qualifiziertes nichtärztliches Personal unter ärztlicher Anordnung und Verantwortung einsetzen.“

Die Regelung soll zur personellen und wirtschaftlichen Entlastung den Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechend ermöglichen, Kooperationen mit dem Rettungsdienst einzugehen und diese Leistung auch durch nichtärztliches Personal im Rahmen ärztlicher Delegation nach § 28 Absatz 1 SGB V zu erbringen.

SpiFa:

Der SpiFa sieht in der beabsichtigten Neuregelung des § 75 Absatz 1b Satz 4 SGB V Änderungsbedarf.

Der SpiFa weist darauf hin, dass die Akut- und Notfallversorgung mit Ausnahme der notärztlichen Versorgung im Rettungsdienst zu den allgemeinen Sicherstellungsaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung der vertragsärztlichen Versorgung gehört (vgl. § 75 Absatz 1 in Verbindung mit § 73 Absatz 2 SGB V). Die heute geltenden Regelungen der §§ 75 Absatz 1a und 1b SGB V haben klarstellenden und – soweit es um die Instrumente der Sicherstellung geht – ergänzenden Charakter. Die in der vertragsärztlichen Versorgung geschuldete Notfall- und Akutversorgung ist und wird daher heute sowohl in der haus- als auch fachärztlichen Versorgung während der regulären Öffnungszeiten insbesondere durch die vertragsärztlichen Praxen und - ergänzend außerhalb regulärer Öffnungszeiten – durch Bereitschafts- und Portalpraxen des Kassenärztlichen Vereinigungen sichergestellt. Daneben sind in Deutschland regional gut funktionierende fachspezifische Notdienste etabliert, die mit der ärztlichen Selbstverwaltung organisiert werden, wie beispielsweise in der Augenheilkunde.

Der vertragsärztliche Leistungserbringer selbst darf nach den Bestimmungen des Bundesmantelvertrages (BMV) die Behandlung eines Versicherten bei einer akuten

Behandlungsbedürftigkeit nur in begründeten Fällen ablehnen, zu denen ausdrücklich die Nichtvorlage einer elektronischen Gesundheitskarte nicht gehört (vgl. § 13 Absatz 7 BMV).

Die in der beabsichtigten Neufassung des § 75 Absatz 1b Satz 4 Nummer 1 bis 3 SGB V adressierten Instrumente zur Sicherstellung der Akut- und Notfallversorgung müssen daher als ergänzende Instrumente zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung Versicherter verstanden werden.

Der Gesetzgeber sollte daher unmissverständlich regeln, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die notdienstliche Akutversorgung nicht insbesondere SONDERN ergänzend durch die Instrumente der Nummern 1 bis 3 (INZ, Telemedizin, aufsuchender Dienst) sicherstellt.

Der SpiFa begrüßt die beabsichtigte Regelung in § 75 Absatz 1b Satz 6 SGB V mit der zur Sicherstellung eines flächendeckenden aufsuchenden Dienstes qualifiziertes nichtärztliches Personal in ärztlicher Delegation eingesetzt werden kann, als sachgerecht.

Artikel 1 Nummer 8 (Neufassung § 105 Absatz 1b SGB V)

Nach der beabsichtigten Neufassung des § 105 Absatz 1b SGBV soll vor dem Hintergrund des Ausbaus und der Vernetzung der Leitstellen, der Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages und der Einrichtung sektorenübergreifender Behandlungsstrukturen künftig die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich zusätzliche Mittel zweckgebunden zur Sicherstellung der neuen und auszubauenden Strukturen des Notdienstes vereinbaren müssen. Die Förderung wird dadurch begrenzt, dass der Betrag in gleicher Höhe von den beiden Vertragsparteien – also der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung einerseits und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen andererseits – bereitzustellen ist.

Zur Bestimmung der Förderhöhe sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen den anderen Vertragsparteien eine hinreichend detaillierte Kalkulation für ihren jährlichen Bedarf vorlegen müssen. Die Positionen sind auch dahingehend zu begründen, warum über die Mittel nach Absatz 1a hinaus Förderbedarf besteht. Um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden, soll der Förderungsbetrag um die bereits nach der regionalen Euro-Gebührenordnung abgerechneten Leistungen und Kosten sowie nicht ausgeschöpfte Mittel des Honorarvolumens für die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst nach § 87b Absatz 1 Satz 3 gemindert werden.

SpiFa:

Der SpiFa lehnt die beabsichtigte Regelung als nicht sachgerecht ab.

Der SpiFa weist darauf hin, dass die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlich bei den Krankenkassen Versicherten den Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzlich übertragen ist.

Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung ist jedoch nicht, diesen Sicherstellungsauftrag selbst durch die Gesamtheit ihrer vertragsärztlichen Mitglieder durch die allgemeinen Verwaltungskostensätze zu finanzieren.

Die Finanzierung der medizinischen Versorgung der gesetzlich Versicherten ist Aufgabe der Kostenträger der gesetzlichen Krankenversicherung vulgo der Krankenkassen.

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

Darüber hinaus verweist der SpiFa auf die Empfehlung des SVR Gesundheit in seinem Jahresgutachten 2018 die Akut- und Notfallversorgung extrabudgetär zu vergüten (SVR-Gesundheit, JG 2018, Rn. 1004).

Artikel 1 Nummer 11 (Neufassung § 123 SGB V)

Die beabsichtigte Neufassung des § 123 SGB V regelt die bundesweit flächendeckende Einrichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ), die aus sich strukturell aus der Notaufnahme eines zugelassenen Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des Krankenhauses und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle zusammensetzen sollen.

Die im Referentenentwurf beabsichtigte Regelung in § 123 Absatz 1 Satz 2 SGB V sieht vor, dass *„die fachliche Leitung und Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle dem Krankenhaus obliegt, wenn in der Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 nichts Abweichendes geregelt ist.“*

Die beabsichtigte Regelung in § 123a Absatz 1 sieht vor, dass der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a innerhalb von sechs Monaten die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser festlegt, an denen Integrierte Notfallzentren eingerichtet werden.

Nach der beabsichtigten Regelung des § 123 Absatz 5 SGB V hat die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zusammen mit dem jeweiligen Krankenhausträger einen Versorgungsvertrag nach § 12b Apothekengesetz mit einer Apotheke zu schließen. Solange noch kein Vertrag nach § 12b Apothekengesetz besteht, soll die Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine streng am akuten Bedarf orientierte Abgabe von Arzneimitteln gemäß § 43 Absatz 3b Arzneimittelgesetz in Notdienstpraxen sicherzustellen sein. Damit soll für den Zeitraum vor Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 12b Apothekengesetz eine Versorgung von Patientinnen und Patienten der Notdienstpraxis in einem engen Rahmen sichergestellt werden.

SpiFa:

Der SpiFa sieht vorgesehene Regelung zur Übertragung der Leitung und Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle auf das jeweilige Krankenhaus in § 123 Absatz 1 Satz 2 SGB V **kritisch** und mahnt Änderung an.

Die grundsätzliche Übertragung Leitung und Verantwortung der einzurichtenden Ersteinschätzungsstelle durch das Krankenhaus dürfte dazu führen, dass bei der Steuerung der Patientinnen und Patienten durch die Ersteinschätzungsstelle einerseits in die Notaufnahme des Krankenhauses oder andererseits in die KV-Notdienstpraxen bzw. kooperierende vertragsärztliche Praxen weiterhin nicht am medizinischen Bedarf orientierte Einschätzungen getroffen werden, sondern eine bettenauslastungsorientierte und damit vor allem für das Krankenhaus ökonomisch orientierte Entscheidung durch die unter der Leistung des Krankenhauses stehende Ersteinschätzungsstelle.

Zur Vermeidung medizinisch nicht bedarfsnotwendiger Krankenhausaufnahmen sollte daher die Leitung und Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle bei der Kassenärztlichen Vereinigung oder jedenfalls bei einem vom Krankenhaus weisungsunabhängigen und auch im Übrigen ökonomisch unabhängigen Arzt/Ärztin liegen, wie dies auch vom SVR Gesundheit im Jahresgutachten 2018 empfohlen wird. (SVR-Gesundheit, JGA 2018, Rn. 1000).

Die Ersteinschätzungsstelle sollte, wie die beabsichtigte Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigung genutzt werden, um die Patientinnen und Patienten in die richtigen Versorgungspfade entsprechend des objektiven medizinischen Behandlungsbedarfes zu leiten. Das kann und sollte auch die Verweisung und Vermittlung in die ambulante Regelversorgung sein, wenn und soweit kein dringender Behandlungsbedarf feststellbar ist, der eine vertragsärztliche Akut- und Notfallversorgung rechtfertigt.

Unter diesen Maßgaben kann ein INZ aus Kombination von Notaufnahme, Notdienstpraxis und Ersteinschätzungsstelle ein geeignetes Instrument sein, um Patientinnen und Patienten effizient zu verteilen und gerade auch in der Nacht und am Wochenende eine angemessene Akut- und Notfallversorgung bereitzustellen. Nach der jetzigen Regelung jedoch bleibt eine Patientensteuerung in jenen Krankenhäusern vollkommen aus, deren Notaufnahmen nicht Teil eines INZ sind. Dies widerspricht der eigentlichen Intention der Einrichtung der INZ und der Notfallreform an sich, „die Patientensteuerung zu verbessern und damit die Zuordnung zur bedarfsgerechten medizinischen Versorgung sicherzustellen.“ Die Benennung von Standorten für die Einrichtung von INZ soll nach § 123a Absatz 1 SGB V in der Fassung des vorliegenden Regierungsentwurfs durch die um die Landeskrankenhausesgesellschaften erweiterten Landesausschüsse nach § 90 Absatz 4a SGB V erfolgen. Je nach Einigung in den Ausschüssen können demnach auch geeignete Notaufnahmen nicht als Standort für ein INZ benannt werden, welche dann nach den bisher etablierten Abläufen weiter betrieben werden, obwohl dies explizit nicht Intention der Reform der Notfallversorgung ist. Hier besteht die Gefahr einer nicht bedarfsgerechten Versorgung, die Patientenströme weiterhin unter Rücksicht ökonomisch orientierter Entscheidungen generiert. Um dies zu vermeiden, empfiehlt der SpiFa grundsätzlich, den Weiterbetrieb von Notaufnahmen, die nicht Teil eines INZ sind, zu untersagen. Wohlwissend, dass der Betrieb einer Notaufnahme vom jeweils erteilten Versorgungsauftrag eines Krankenhauses abhängig ist, der auf Grundlage des jeweiligen Landeskrankengesetzes durch die entsprechende Landesbehörde erteilt wird und der Bund somit keine Notaufnahmen schließen kann, bietet sich als wirkungsgleiche Alternative an, gesetzlich zu regeln, dass Krankenhäuser, deren Notaufnahmen nicht Teil eines INZ sind, keine Vergütung für ambulante Akut- und Notfallversorgung erhalten, wenn keine ärztliche Verordnung zur Krankenhausbehandlung und in Fällen der stationäre Leistungserbringung keine ärztliche Verordnung zur stationären Krankenhausbehandlung vorliegt bzw. die Patientinnen und Patienten nicht von einem anderen Krankenhaus zur Weiterbehandlung überstellt wurden.

Der SpiFa begrüßt die in § 123 Absatz 5 SGB V beabsichtigte Regelung zur Arzneimittelversorgung als sachgerecht.

Artikel 9 (Änderung § 19a der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

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

Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte müssen danach bei der Festsetzung ihrer offenen Sprechstunden explizit auch die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten nach einer ausreichenden Versorgung bei akuter Behandlungsbedürftigkeit berücksichtigen. Ziel der Regelung soll sein, dass die Patientinnen und Patienten möglichst an jedem Wochentag während der Sprechstundenzeiten die Möglichkeit haben, bei akutem Behandlungsbedarf auch ohne vorherige Terminvereinbarung eine vertragsärztliche Versorgung (in den zur offenen Sprechstunde verpflichteten Arztgruppen) in Anspruch nehmen zu können.

Die gleichmäßige Verteilung der offenen Sprechstunden über die Woche soll innerhalb der jeweiligen in § 17c BMV definierten Arztgruppe sicherzustellen sein. Hierzu bedarf es – abhängig von der bisherigen Planung der betroffenen Arztpraxen – unter Umständen einer durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages koordinierten Abstimmung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte einer Arztgruppe in einem Planungsbereich über die Terminierung der jeweiligen offenen Sprechstunden bedürfen. Dadurch sollen die Möglichkeiten der Akutleitstellen verbessert werden, Versicherte im Akutfall an offene Sprechstunden zu vermitteln. Somit sollen die Patientinnen und Patienten seltener Anlass haben, eine Notaufnahme oder eine Notdienststruktur in Anspruch zu nehmen. Auch die Möglichkeiten der Integrierten Notfallzentren, Versicherte nach der Ersteinschätzung in die vertragsärztliche Regelversorgung weiterzuleiten, sollen so verbessert werden.

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

SpiFa:

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

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

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

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

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

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

Aus Sicht des SpiFa können erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven in der Größenordnung eines mindestens mittleren einstelligen Milliardenbetrages gehoben werden, soweit der Gesetzgeber bereit ist, die vertragsärztliche Versorgung entsprechend des tatsächlich bestehenden medizinischen Behandlungsbedarfes zu finanzieren.

Der SpiFa mahnt daher nachdrücklich an, statt weiterer höchst bürokratischer Maßnahmen zu initiieren, wie dies mit der hier in Rede stehenden Änderungen der Ärzte-ZV beabsichtigt wird, die vertragsärztlichen Leistungen sowohl im Bereich der hausärztlichen als auch der fachärztlichen Versorgung im Mindesten bezogen auf die Notfall- und Akutversorgung von gesetzlich Versicherten künftig extrabudgetär zu vergüten, wie das auch der SVR-Gesundheit in seinem Jahresgutachten 2018 empfohlen hat.

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

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

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