



Stellungnahme des IKK e.V.

zum

**Gesetzentwurf
zur Reform der Notfallversorgung**

**(Notfallgesetz – NotfallG)
vom 17.07.2024**

04.11.2024

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Kommentierung	6
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	6
§ 105 SGB V: Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	6
§ 123 Absatz 5 SGB V: Integrierte Notfallzentren – Arzneimittelversorgung	7
§ 123 Absatz 7 SGB V: Integrierte Notfallzentren.....	8
Zu Artikel 5 (Änderung des Apothekengesetzes) Nr. 1 und 2	9
§ 12 b ApoG (neu) – Versorgungsvertrag Notdienstpraxis, § 20 ApoG – Vergütung notdienstpraxisversorgende Apotheke	9
Zu Artikel 6 (Änderung der Apothekenbetriebsordnung) Nr. 4.	13
§ 23 Absatz 1 ApBetrO: Dienstbereitschaft	13
Zu den Änderungsanträgen Rettungsdienst (Stand 01.11.2024)	14
Zu Artikel 1 (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)	14
§ 30 SGB V: Anspruch auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung	14
§ 60 SGB V: Anspruch auf Krankentransporte und Krankenfahrten.....	16
§ 115e SGB V: Tagesstationäre Behandlung.....	17
§ 133 SGB V: Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Krankentransporten und Krankenfahrten.....	18
§§ 133b – 133e SGB V: Qualitätsausschuss Notfallrettung, Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung, Digitale Notfalldokumentation, Datenübermittlung und Qualitätssicherung.....	20

Grundsätzliche Anmerkungen

Mit dem Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung will das Bundesministerium für Gesundheit entsprechend des Koalitionsvertrages die Rahmenbedingungen für die Notfallversorgung weiterentwickeln und reformieren. Ziel soll es dabei sein, für alle Hilfesuchenden eine bundesweit einheitliche und gleichwertige Notfallversorgung sicherzustellen. Dabei sollen die drei Versorgungsbereiche – vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste – besser vernetzt und aufeinander abgestimmt werden. Insofern ist es begrüßenswert, dass der Gesetzgeber nun auch wie beabsichtigt, die bislang ausstehende Reform der Rettungsdienste endlich im parlamentarischen Verfahren in die Notfallreform integriert.

Eine Neustrukturierung der Notfallversorgung wird von den Innungskrankenkassen grundsätzlich begrüßt, denn die derzeit bestehenden Defizite bei der Steuerung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene sind erheblich. Angesichts der Herausforderungen durch soziodemografische Entwicklungen, wie der Mangel an Fachkräften oder die Zunahme multimorbider Versicherter, ist eine Reform dringend notwendig.

Grundsätzliche Einigkeit herrscht in der gesundheitspolitischen Debatte darüber, dass die häufig kritisierte Überlastung der Notaufnahmen auf ein unzureichendes vertragsärztliches Versorgungsangebot im Bereich der Akutversorgung zurückzuführen ist. Die gesetzliche Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen für die notdienstliche Akutversorgung wird daher begrüßt. Zu begrüßen ist zudem die Klarstellung, dass vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebots im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung nur kurzfristig erforderliche Maßnahmen erbracht werden dürfen. Positiv ist auch die Vorgabe, dass im Rahmen der Versorgung die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit und die Verordnung von Arzneimitteln möglich sind, um unnötige Anschlussbehandlungen zu vermeiden. Die konkrete Ausgestaltung sollte jedoch den Partner der Selbstverwaltung vorbehalten sein.

Im Übrigen befürworten die Innungskrankenkassen die Vereinheitlichung der notdienstlichen Akutversorgung durch die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen. Positiv ist auch die Vernetzung der Notdienstnummern des Rettungsdienstes (112) und der Kassenärztlichen Vereinigungen (116 117) sowie deren qualitative Aufwertung zu beurteilen. Dies kann – unterstützt durch ein standardisiertes, digital gestütztes Ersteinschätzungsverfahren sowie unter verpflichtender Bereitstellung von telemedizinischer und aufsuchender Versorgung rund um die Uhr, der gleichmäßigen Verteilung von Praxissprechstunden auf alle Wochentage sowie ergänzt um die flächendeckende Implementierung von Integrierten Notfallzentren (INZ) und Integrierte Notfallzentren für Kinder

und Jugendliche (KINZ) – eine gezielte Vermittlung und Versorgung der Hilfesuchenden ermöglichen. Fehlversorgung und unnötige Inanspruchnahme der Notfalleinrichtungen der Krankenhäuser können so vermieden werden. Wichtige Voraussetzung dafür sind jedoch stabil funktionierende und belastbare Strukturen. Zu bemängeln ist insofern, dass umfangreiche Strukturanforderungen nach dem Gesetzentwurf in einer Vielzahl von Einzelverträgen zwischen Krankenhausträgern und Kassenärztlichen Vereinigungen geregelt werden müssten. Nach Auffassung der Innungskrankenkassen sollten diese zentralen Anforderungen bundeseinheitlich durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden.

Begrüßt wird, dass der Gemeinsame Bundesausschuss klare Vorgaben für die INZ sowie KINZ zu Ersteinschätzung sowie Mindestanforderungen im Rahmen einer Richtlinie erlassen soll. Diese Maßnahmen setzen einen guten Rahmen für bundesweit einheitliche Qualitätskriterien. Auch die Einbindung der wissenschaftlichen Fachgesellschaften wird ausdrücklich befürwortet.

Für sektorenübergreifende Entscheidungsfindungen sind die erweiterten Landesausschüsse (eLA) grundsätzlich geeignet. Allerdings werden den Ländern umfassende Rechte zur Festlegung von INZ-Standorten zugestanden, falls der eLA nicht innerhalb von sechs Monaten eine Mehrheitsentscheidung trifft. Die einheitlichen Planungsgrundlagen müssen jedoch bundeseinheitlich festgelegt werden. Eine verbindliche, bundesweite Planungsgrundlage durch den Gemeinsamen Bundesausschuss mit entsprechender Kompetenz für die vertragsärztliche Bedarfsplanung sollte den eLA Entscheidungen vorausgehen. Da KV-Notdienstpraxen eine zentrale Rolle in den INZ im Rahmen des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen spielen, wäre es zudem sinnvoll, hier die Planungszuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses auf die notdienstliche Akutversorgung auszuweiten.

Zur im Gesetzentwurf vorgesehenen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln und arzneimittelähnlichen Medizinprodukten nach einer Notfallbehandlung sollen zum Zweck einer vereinfachten und problemloseren Versorgung neue Strukturen neben den bestehenden Nacht- und Notdiensten der Apotheken geschaffen werden. Nach Ansicht der Innungskrankenkassen ist jedoch zunächst der existierende und bewährte Apotheken-Notdienst zu nutzen, um die Arzneimittelversorgung in den Integrierten Notfallzentren sicherzustellen. Dies hätte auch den Vorteil, dass der Ressourceneinsatz niedrig gehalten werden kann.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen bleibt festzuhalten: Die aktuell vorgesehenen Maßnahmen markieren lediglich den Anfang einer dringend benötigten Reform auf diesem Gebiet. Denn die hier vorgelegte Reform der Notfallversorgung muss konsequenterweise im

Zusammenhang mit der Reform des Rettungsdienstes umgesetzt werden. In diesem Sinne werden die nun – leider erneut äußerst kurzfristig – vorgelegten Änderungsanträge zum Rettungsdienst grundsätzlich begrüßt. Eine effiziente Steuerung der Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene und eine damit einhergehende niedrigere Belastung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen kann aus Sicht der Innungskrankenkassen nur gelingen, wenn auch für den Rettungsdienst bundeseinheitliche Struktur- und Qualitätsvorgaben geschaffen sowie eine digitale Vernetzung der Beteiligten erreicht wird.

Essentiell ist nach Auffassung der Innungskrankenkassen darüber hinaus, dass im Rahmen dieses Gesetzesvorhaben auch die geplante Krankenhausstrukturreform (KHVVG), der Gesetzentwurf zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG) und der Gesetzentwurf eines Apotheken-Reformgesetzes (ApoRG) mitgedacht und die entsprechenden Regelungen aufeinander abgestimmt werden. Nur so kann der Aufbau von Doppelstrukturen vermieden werden. Gleichzeitig wird die gezielte Steuerung der Hilfesuchenden durch die Stärkung und primäre Nutzung der ambulanten Versorgungsebene ermöglicht.

Hinweis zu Stellungnahmefristen

Ergänzende Forderung:

Stellungnahmeverfahren mit zeitlich auskömmlicher Fristsetzung

Wie zuletzt häufiger, sehen sich die Stellungnahmeberechtigten bei dem hier vorliegenden Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung mit einer äußerst kurzen Stellungnahmefrist konfrontiert. Für Befremden hat hier insbesondere – angesichts der Stellungnahmefrist Montag, den 04.11.24 – die kurzfristige Vorlage der Änderungsanträge am Freitag, den 01.11.24, gesorgt. Bereits 2023 ermahnte Bundestagspräsidentin Bas die Regierung, dass die parlamentarischen Verfahren eine angemessene und fundierte Beratung ermöglichen müssen, da sonst der Deutsche Bundestag als zentrales Verfassungsorgan und damit auch das Vertrauen in die repräsentative Demokratie geschwächt würde.

Vor diesem Hintergrund wird der Gesetzgeber nochmals eindringlich aufgefordert, zukünftig ein ordnungspolitisch zumutbares und gerechtes Anhörungsverfahren zu gewährleisten. Dies setzt insbesondere voraus, dass allen Stellungnahmeberechtigten eine zeitlich ausreichende Prüfungs- und Bearbeitungsfrist eingeräumt wird.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Gesetzentwurfes. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes, deren Inhalt zuvor mit den Innungskrankenkassen abgestimmt wurde, verwiesen.

Kommentierung

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 8

§ 105 SGB V: Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung des § 105 Abs. 1b SGB V verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zur zusätzlichen Bereitstellung von einem jährlichen zweckgebundenen Betrag zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes. Die Vertragsparteien beteiligen sich in gleicher Höhe. Die Privaten Krankenversicherungsunternehmen beteiligen sich mit sieben Prozent an dem von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bereitzustellenden Betrag. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie der Verband der Privaten Krankenversicherungen (PKV) bestimmen gemeinsam das Nähere zur Bereitstellung der Beteiligung.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen, dass die zuvor im Referentenentwurf unklare Verpflichtung zur Beteiligung der PKV an der Förderung der Strukturen des Notdienstes nunmehr seitens des Gesetzgebers konkretisiert wurde.

Kritisch sehen die Innungskrankenkassen jedoch, dass die gesetzliche Regelung derzeit nicht konkret vorsieht, dass eine Doppelfinanzierung des Förderungsbetrages ausgeschlossen ist. Es ist deshalb gesetzlich sicherzustellen, dass der Förderbetrag um die bereits nach der regionalen Euro-Gebührenordnung abgerechneten Leistungen und Kosten sowie nicht ausgeschöpfter Mittel des Honorarvolumens für die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst nach § 87b Abs. 1 Satz 3 gemindert wird.

Änderungsvorschlag

Siehe Bewertung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 123 Absatz 5 SGB V: Integrierte Notfallzentren – Arzneimittelversorgung

Beabsichtigte Neuregelung

Zur Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln haben die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam mit dem Träger des Krankenhauses, mit dessen Notaufnahme die Notdienstpraxis ein Integriertes Notfallzentrum bildet, einen Versorgungsvertrag mit einer Apotheke zu schließen.

Bewertung

Die enge Verzahnung von Diagnose und Therapie im Integrierten Notfallzentrum sowie die damit verbundene Verkürzung von Wegstrecken sind aus Patientensicht zu begrüßen.

Zur Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln wäre jedoch alternativ auch eine Versorgung der Patienten über die Krankenhausapotheke denkbar. Zur Ausgestaltung wird auf den nachfolgenden Gliederungspunkt (§ 12b ApoG neu) verwiesen.

Änderungsvorschlag

§ 123 Absatz 5 SGB V:

(5) Zur Sicherstellung der Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten hat die zuständige Kassenärztliche Vereinigung gemeinsam mit dem Träger des Krankenhauses, mit dessen Notaufnahme die Notdienstpraxis ein Integriertes Notfallzentrum bildet, einen in § 12b Absatz 1 Satz 1 des Apothekengesetzes genannten Vertrag mit dem Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke oder alternativ mit der Krankenhausapotheke zu schließen. Solange kein in § 12b Absatz 1 Satz 1 des Apothekengesetzes genannter Vertrag besteht, ist in der Notdienstpraxis die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln durch Abgabe von Arzneimitteln für den akuten Bedarf gemäß § 43 Absatz 4 Arzneimittelgesetzes sicherzustellen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 123 Absatz 7 SGB V: Integrierte Notfallzentren

Beabsichtigte Neuregelung

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

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen den für die Sozialversicherung und den für die Krankenhausplanung zuständigen obersten Landesbehörden jährlich über die Versorgung in den Integrierten Notfallzentren berichten. Weiterhin ist eine jährliche Unterrichtung für die Kassenärztliche Bundesvereinigung gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit geplant.

Bewertung

Die Einrichtung Integrierter Notfallzentren als zentrale Anlauf- und Steuerungsstelle für Hilfesuchende wird seitens der Innungskrankenkassen begrüßt.

Im Rahmen der Transparenz und aufgrund des bestehenden öffentlichen Interesses sollten jedoch die Berichte der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung analog zur Neuregelung in § 105 Abs. 1b S. 12 SGB V neu veröffentlicht werden.

Änderungsvorschlag

§ 123 Abs. 7 Satz 3 (neu):

„Der Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit wird veröffentlicht.“

Zu Artikel 5 (Änderung des Apothekengesetzes) **Nr. 1 und 2**

§ 12 b ApoG (neu) – Versorgungsvertrag Notdienstpraxis,

§ 20 ApoG – Vergütung notdienstpraxisversorgende Apotheke

Beabsichtigte Neuregelung

Zur Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln, welche die Notdienstpraxis aufsuchen, wird die Möglichkeit zum Abschluss eines Versorgungsvertrages geregelt. Hierfür soll die Apotheke, unabhängig von den geleisteten regulären Notdiensten gemäß § 20 Abs. 1 Apothekengesetz, einen pauschalen Zuschuss für jede Kalenderwoche erhalten, in der sie während der Öffnungszeiten der jeweiligen Notdienstpraxis geöffnet war.

Bewertung

Die neu geschaffene Regelung soll der Vernetzung der Leistungserbringer und der unkomplizierten Versorgung der Patienten einer Notdienstpraxis dienen. Obwohl dieses Ziel nachvollziehbar ist, sollte aus Sicht der Innungskrankenkassen jedoch zunächst an den *bestehenden* Strukturen festgehalten und der reguläre Apotheken-Notdienst genutzt werden.

Sollten entsprechende Parallelstrukturen dennoch geplant werden, so müssten bei deren Ausgestaltung und Vergütung folgende Maßgaben bedacht werden:

- Sofern der Vertrag die Versorgung über eine zweite Offizin vorsieht (und nicht eine Apotheke in unmittelbarer Nähe zur Notfallpraxis existiert), sollten die gleichen Bedingungen gelten, wie für den Abschluss eines Heimvertrages bzw. das Betreiben einer Filialapotheke, d. h. die „Stammapotheke“ und die zu versorgende Notdienstpraxis sollten in einer Entfernung zueinander liegen, die eine persönliche Betreuung des Apothekenleiters ermöglicht.
- Die Versorgung der Patienten ist alternativ auch durch die Krankenhausapotheke des Klinikträgers zu ermöglichen. Für die Abrechnung würde sich dann ein Vertrag nach § 129a SGB V anbieten.
- Der Versorgungsvertrag sichert der betroffenen Apotheke zusätzlichen Umsatz. Es ist daher nicht nachvollziehbar, warum für diese Zusatzoption für die Apotheker eine ergänzende Vergütung vorgesehen ist.

- Darüber hinaus ist mit dem Vertragsschluss die unkomplizierte Versorgung der betroffenen Patienten intendiert. Es ist demnach davon auszugehen, dass die Apotheke bei „Bewerbung“ um einen entsprechenden Vertrag die Versorgung über das ganze Vertragszeitraum hinweg ohne Ausnahmen sicherstellen kann. Ausnahmen von dieser Regelung sind auszuschließen.

Bei Umsetzung dieser Änderungsvorschläge zu § 12b besteht dagegen keine Notwendigkeit mehr für eine Änderung in § 20 Absatz 4 ApoG (neu). Die vorgesehene Änderung kann daher gestrichen werden. Darüber hinaus sieht der geltende § 20 ApoG einen pauschalen Zuschlag lediglich für die Dienstbereitschaft und den vollständig erbrachten Notdienst von 20 Uhr bis 6 Uhr des Folgetages vor. Die aktuellen Öffnungszeiten der Praxis (bis 21 Uhr) sind „Alltag“ für beispielsweise viele Lebensmittel-Grundversorger und in den Bundesländern mehrheitlich durch die Ladenöffnungszeiten gedeckt. Auch aus diesem Grund ist nicht erkennbar, warum eine zusätzliche Vergütung ausgelobt werden soll.

Änderungsvorschlag

§ 12b (neu) ApoG:

(1) Der Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke kann zur Versorgung von Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten nach § 123 Absatz 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch einen Vertrag mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und dem Träger des Krankenhauses, mit dessen Notaufnahme die Notdienstpraxis ein Integriertes Notfallzentrum bildet, schließen. Die Versorgung kann durch die öffentliche Apotheke erfolgen, wenn diese in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis liegt. Liegt die öffentliche Apotheke nicht in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis kann die Versorgung durch den Betrieb einer zweiten Offizin dieser Apotheke mit Lagerräumen an dem Standort, an dem die Notdienstpraxis betrieben wird, erfolgen, wenn die Räume der zweiten Offizin in angemessener Nähe zu dieser Apotheke liegen. Abweichend von Satz 1 kann die Versorgung über einen Vertrag zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhausträger in Verbindung mit einem Vertrag nach § 129a SGB V sichergestellt werden.

(2) In einem in Absatz 1 genannten Vertrag ist insbesondere zu vereinbaren, dass

1. eine ordnungsgemäße Versorgung der Patienten der Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sichergestellt wird,
2. die Patienten und die Angestellten der Notdienstpraxis zu Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten informiert und beraten werden,

3. die Apotheke oder die zweite Offizin der Apotheke während der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis geöffnet ist,
4. eine ordnungsgemäße Lagerung von Arzneimitteln und Medizinprodukten auch gewährleistet ist, soweit diese in Räumen an dem Standort, an dem die Notdienstpraxis betrieben wird, erfolgt, und der Zugang zu diesen Räumen dem Personal der Apotheke vorbehalten bleibt und
5. sofern die Versorgung durch eine zweite Offizin sichergestellt wird, die öffentliche Apotheke und die zu versorgenden Notdienstpraxis innerhalb desselben Kreises oder derselben kreisfreien Stadt oder in einander benachbarten Kreisen oder kreisfreien Städten liegen.

56. die freie Apothekenwahl der Patienten nicht eingeschränkt wird.

(3) Ein in Absatz 1 Satz 1 genannter Vertrag ist der zuständigen Behörde mindestens drei Wochen vor Aufnahme der Versorgung vorzulegen.“

Die Neuregelung des § 20 Absatz 4 wird gestrichen:

~~2. Dem § 20 wird folgender Absatz 4 angefügt:~~

~~„(4) Apotheken, deren Inhaber einen in § 12b Absatz 1 Satz 1 genannten Vertrag abgeschlossen haben, erhalten unabhängig von pauschalen Zuschüssen nach Absatz 1 einen pauschalen Zuschuss für jede Kalenderwoche, in der sie während der Öffnungszeiten der jeweils betreffenden Notdienstpraxis geöffnet waren. Die in Satz 1 genannten Apotheken haben dem Deutschen Apothekerverband e. V. im Wege einer Selbsterklärung für jedes Kalenderquartal mitzuteilen, dass ein in § 12b Absatz 1 Satz 1 genannter Vertrag besteht, und in wie vielen Kalenderwochen des jeweiligen Kalenderquartals sie während der Öffnungszeiten der jeweils betreffenden Notdienstpraxis geöffnet waren. Der Deutsche Apothekerverband e.V. legt die Form und Näheres zum Inhalt der in Satz 2 genannten Erklärung fest und veröffentlicht diese Festlegungen auf seiner Webseite. Die in Satz 2 genannte Erklärung hat jeweils innerhalb von vier Wochen nach dem Ende des jeweiligen Kalenderquartals zu erfolgen. Absatz 3 und § 19 Absatz 7 gelten entsprechend.“~~

Ergänzend werden im Zusammenhang mit den Ausführungen zu Artikel 5 Nr. 1 und 2 folgende weiter erforderliche Änderungen des Apothekengesetzes aufgezeigt:

§ 14 Abs. 7 Apothekengesetz

7) Der Leiter der Krankenhausapotheke nach Absatz 1 oder ein von ihm beauftragter Apotheker oder der Leiter einer Apotheke nach Absatz 4 dürfen nur solche Krankenhäuser mit Arzneimitteln versorgen, mit denen rechtswirksame Verträge bestehen oder für deren Versorgung eine Genehmigung nach Absatz 5 Satz 3 erteilt worden ist. Die in Satz 1 genannten Personen dürfen Arzneimittel nur an [...] sowie an Patienten im Rahmen der ambulanten Behandlung im *Krankenhaus oder der Akutbetreuung in der Integrierten Notdienstpraxis (§ 123 SGB V) abgeben*, wenn das Krankenhaus hierzu ermächtigt (§ 116a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) oder berechtigt (§§ 116b und 140a Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) ist.
[...]

§ 20 Abs. 1 Apothekengesetz

(1) „Apotheken, die von der zuständigen Behörde zur Dienstbereitschaft im Notdienst durchgehend in der Zeit von spätestens ~~20 Uhr~~ 21 Uhr bis mindestens 6 Uhr des Folgetages bestimmt wurden und den Notdienst vollständig erbracht haben, erhalten hierfür einen pauschalen Zuschuss.“

Zu Artikel 6 (Änderung der Apothekenbetriebsordnung)

Nr. 4.

§ 23 Absatz 1 ApBetrO: Dienstbereitschaft

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Neuregelung werden die die Notdienstpraxis versorgenden Apotheken zur Öffnung während der Dienstbereitschaft der versorgten Notdienstpraxis verpflichtet.

Bewertung

Der Wunsch ist aus Patientensicht zwar nachvollziehbar, damit die Patienten ihre Arzneimittel unmittelbar nach Besuch der Notdienstpraxis beziehen können. Aus Sicht der Innungskassen sollte zur Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Notfallzentren der reguläre Apothekennotdienst genutzt werden. Dies macht Sonderregelungen in Bezug auf die Öffnungszeiten einer notdienstpraxisversorgenden Apotheke entbehrlich.

Änderungsvorschlag

Die Neuregelung in § 23 Absatz 1 Satz 3 wird gestrichen:

~~„Abweichend von Satz 2 sind notdienstpraxisversorgende Apotheken während der Öffnungszeiten der jeweils betreffenden Notdienstpraxis zur Dienstbereitschaft verpflichtet. Erfolgt die Versorgung der Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis durch eine zweite Offizin einer notdienstpraxisversorgenden Apotheke, so ist abweichend von Satz 2 und 3 die zweite Offizin während der Öffnungszeiten dieser Notdienstpraxis zur Dienstbereitschaft verpflichtet.“~~

Zu den Änderungsanträgen Rettungsdienst (Stand 01.11.2024)

Zu Artikel 1 (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 30 SGB V: Anspruch auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung

Beabsichtigte Neuregelung

Regelt den Anspruch auf Notfallrettung bei einem rettungsdienstlichen Notfall, der durch im Landesrecht vorgesehene Leistungserbringer erfüllt wird; die Definition eines „rettungsdienstlichen Notfalls“ orientiert sich an den Landesrettungsdienstgesetzen und umfasst drei Leistungsbestandteile: Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung und Notfalltransport, wobei die Entscheidung des Gesundheitsleitsystems als Nachweis der Indikation gilt und nachträgliche Verordnungen entfallen. Die notfallmedizinische Versorgung umfasst auch telemedizinisch Leistungen sowie geeignete spezialisierte ambulante Versorgungsangebote. Darüber hinaus wird zu jeder Leistung der medizinischen Notfallrettung eine Zuzahlung in Höhe des sich nach § 61 ergebenden Betrages erhoben und von der Krankenkasse eingezogen.

Bewertung

Die Aufnahme niedrighschwelliger Rettungsdienstleistungen ist eine sinnvolle Regelung und wird befürwortet. Bisher führt die Ausschließlichkeit der Abrechnungsmöglichkeiten für Rettungsfahrten in die stationäre Versorgung zu Fehlanreizen für Rettungstransporte und sowohl zur Überlastung der Krankenhäuser als auch zu ausufernden Kosten im stationären Bereich. Die Möglichkeit der Abrechnungsmöglichkeit für notfallmedizinische Versorgungen vor Ort verhindert unnötige Folgekosten. Auch die Integration der telemedizinischen Notfallberatung in das Notfallmanagement kann eine sinnvolle Ergänzung darstellen und Kosten durch Verringerung von Fehleinsätzen reduzieren.

Der rettungsdienstliche Notfall wird in § 30 Abs. 1 SGB V konkretisiert. Die Definition ist zu begrüßen. Zu berücksichtigen ist, dass entsprechende Regelungen/Definitionen derzeit bereits in den Ländergesetzen geregelt sind, die sehr unterschiedlich sind. Eine bundesweite Vereinheitlichung der Definition ist notwendig, muss jedoch zwingend auch eine Anpassung der Ländergesetze nach sich ziehen, damit es zu einer bundeseinheitlichen Umsetzung im Sinne des SGB V kommt.

Beim Notfalltransport muss klar definiert werden. Zum einen muss klar sein, dass es sich um Transporte durch den bodengebundenen Rettungsdienst und Luftrettung handelt, um reguläre Krankentransporte abzugrenzen. Zum anderen muss konkretisiert werden, in welche nächstgelegene Strukturen (Krankenhäuser, INZ oder ähnliche Notfalleinrichtungen) dieser erfolgen soll. Transporte in die Hausarztpraxis oder in die Struktur des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes mit dem Rettungswagen sind abzulehnen. Verordnungen für Krankenfahrten sind unbedingt beizubehalten, um den Anspruch auf Fahrkosten nach § 60 SGB V nicht zu unterlaufen. Ebenso sind diese als rechnungsbegründender Nachweis und als Grundlage zur Beurteilung der ärztlichen Notwendigkeit für die Kostenträger zwingend erforderlich.

Bis zur Umsetzung der elektronischen Verordnung für Krankenfahrten wäre es zum Beispiel eine mögliche bürokratieärmere Lösung, die Verordnung als PDF/Scan als abrechnungsbegründende Unterlage zuzulassen.

Änderungsvorschlag

Siehe Bewertung.

Zu Artikel 1 (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 60 SGB V: Anspruch auf Krankentransporte und Krankenfahrten

Beabsichtigte Neuregelung

Krankentransporte und Krankenfahrten werden definiert. Die Regelung soll im Wesentlichen dem geltenden Recht entsprechen. Der Notfalltransport wird nicht mehr von § 60 SGB V umfasst, da dieser in § 30 SGB V geregelt wird. Jedoch wird der Anspruch auf Krankenfahrten nach § 60 Abs. 2 Nr. 5 SGB V auf Fahrten in INZ ausgeweitet und die Entscheidung der Gesundheitsleitstelle als verordnungsersetzend deklariert.

Bewertung

Eine Anspruchsausweitung auf Fahrten in INZ nach erfolgter Einschätzung und Beurteilung der Notwendigkeit durch die Gesundheitsleitstelle kann grundsätzlich nachvollzogen werden. Fahrten zur Versorgung in einem INZ nach der Entscheidung eines Gesundheitsleitsystems müssen nach den Umständen des Einzelfalls zwingend erforderlich sein. Ebenso ist für die Abrechnung der Krankenfahrt eine Verordnung der Krankenförderung durch das Gesundheitsleitsystem als zwingend erforderlich anzusehen. § 60 SGB V ermöglicht auch die Geltendmachung einer Kostenerstattung durch den Versicherten. Dazu müsste die Verordnung dem Versicherten ggf. im Falle einer selbst veranlassten Krankenfahrt im Nachgang zur Verfügung gestellt werden.

Änderungsvorschlag

Siehe Bewertung.

Zu Artikel 1 (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 115e SGB V: Tagesstationäre Behandlung

Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der tagesstationären Behandlung besteht ab dem Zeitpunkt der ersten Aufnahme im Krankenhaus kein Anspruch auf Kostenübernahme für Krankentransporte und Krankenfahrten nach § 60. Ausnahmen existieren für Krankenfahrten, die nach § 60 Absatz 2 Nummer 4 in Verbindung mit den Richtlinien des G-BA nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 auch zu ambulanten Behandlungen übernahmefähig wären.

Bewertung

Es handelt sich um eine Folgeänderungen zur Neustrukturierung des § 60 SGB V und der Einführung des § 30 SGB V bei tagesstationärer Behandlung.

Ein Notfalltransport in oder während einer tagesklinischen Behandlung kann regelmäßig ausgeschlossen werden, da es sich um reine Krankenfahrten handelt – hier wäre die Krankentransportrichtlinie und der dort geregelte Anspruch und eingeschränkte Personenkreis zu beachten.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ergibt sich durch die Schaffung von § 30 SGB V keine Anspruchsänderung.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 1 (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 133 SGB V: Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Krankentransporten und Krankenfahrten

Beabsichtigte Neuregelung

Zur Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung, mit Krankentransporten oder Krankenfahrten können Verträge zwischen den Krankenkassen und den zuständigen Landesbehörden oder mit den nach Landesrecht vorgesehenen Trägern oder beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen geschlossen werden. Alternativ soll auch eine Festsetzung von landesrechtlichen Gebühren nach wie vor möglich sein.

Bewertung

Eine Kann-Regelung wird klar abgelehnt. Die Aufnahme des Rettungsdienstes als eigenständiges Leistungssegment in das SGB V erfordert eine Neuregelung der Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und den jeweiligen Trägern des Rettungsdienstes. Der Gesetzgeber muss Regelungen vorsehen, die eine transparente, qualitätsgesicherte und einheitliche Leistungserbringung und -vergütung unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots ermöglichen. Dies verlangt nach einem gesetzlich geregelten Vertragsmodell mit den Krankenkassen als Vertragspartner und einem gesetzlich geregelten Mechanismus zur Konfliktlösung.

Das Festhalten am Status Quo und eine Festlegung rein durch Gebührenverordnungen führt – wie seit Jahren erkennbar ist – zu immer größeren Kostensteigerungen, die die Solidargemeinschaft belasten, ohne dass die Krankenkassen Einfluss auf die Bedarfsplanung oder Wirtschaftlichkeit geplanter Strukturänderungen nehmen können. Es muss ausgeschlossen werden, dass es zu einer Kostenverlagerung von staatlichen Aufgaben in Richtung Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) kommt. Aufgrund der derzeit herrschenden Intransparenz ist unklar, in welchem Umfang Länder und Kommunen die Investitionskosten für den Rettungsdienst übernehmen oder inwieweit sie diese Kosten in die von den Krankenkassen zu tragenden Entgelten bzw. Gebühren einfließen lassen. Schließlich ist auch die Leitstellenfinanzierung ungeregelt und regional stark variierend. Teilweise werden die Leitstellen direkt von den Krankenkassen finanziert (zum Beispiel in Form einer Leitstellengebühr pro Ein-

satz, was einen Anreiz für häufigen Einsatz des Rettungsdienstes darstellt), teilweise werden die Leitstellen zumindest partiell von den Bundesländern getragen. Investitionskosten für den Rettungsdienst (inkl. Leitstellen) gehören zur Daseinsvorsorge und sind daher von den Ländern und Kommunen zu tragen. Es ist dringend zu vermeiden, dass diese Kosten auf die Solidargemeinschaft abgewälzt werden; dies kann aus unserer Sicht nur durch Beteiligungs- und Zustimmungsrechte bei der Gebührenfestsetzung in Form von Verträgen erfolgen.

Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass die von der Regierungskommission empfohlene Reduzierung der Leitstellen in den Änderungsanträgen fehlt. Bestehende Schnittstellen würden bei Beibehaltung der bisherigen Planung sinnvoll minimiert und Qualitätsstandards könnten in wenigen großen Leitstellen höher und nachhaltiger gewährleistet werden. Die Planung und Reduzierung von Leitstellen sollten unbedingt integriert und länderübergreifend auf Basis bundeseinheitlicher Standards erfolgen. Insofern greifen die geplanten Maßnahmen zu kurz.

Änderungsvorschlag

§ 133 sollte so formuliert werden, dass die Vergütung für Leistungen der medizinischen Notfallrettung gemäß § 30 SGB V ausschließlich über Verträge zwischen den Krankenkassen und den Trägern des Rettungsdienstes zu vereinbaren ist. Darüber hinaus braucht es Regelungen für einen Konfliktlösungsmechanismus, wenn Verhandlungen zu scheitern drohen (z. B. Schiedsstellen). Darüber hinaus muss § 133 SGB V klar regeln, welche Kosten über die Vergütungen abgebildet werden dürfen – Investitionskosten müssen hier ausgeschlossen werden, da sie als Aufgabe der Daseinsfürsorge nicht von der Solidargemeinschaft getragen werden dürfen. Die Querfinanzierung von nichtmedizinischen Leistungen durch die Krankenkassen, z. B. für den Brandschutz, sollte ausgeschlossen werden.

Zu Artikel 1 (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§§ 133b – 133e SGB V: Qualitätsausschuss Notfallrettung, Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung, Digitale Notfalldokumentation, Datenübermittlung und Qualitätssicherung

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein Qualitätsausschuss Notfallrettung beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eingerichtet, der mit vier Mitgliedern auf Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes und vier Mitgliedern auf Vorschlag der Länder besetzt ist. Er berät das BMG in allen die medizinische Notfallrettung betreffenden Fragen und beschließt Empfehlungen zu Qualitätsparametern für die medizinische Notfallrettung sowie für eine Datenübermittlung an den GKV-Spitzenverband zur Qualitätssicherung sowie Spezifikationen für eine digitale Notfalldokumentation. Die digitale Notfalldokumentation umfasst für alle an der Notfall- und Akutversorgung im Notdienst Beteiligten verbindliche bundeseinheitlich definierte, digitale Schnittstellen und Standards für die Datensätze.

Bewertung

Derzeit ist die Organisation und Durchführung des Rettungsdienstes in den einzelnen Ländern sehr heterogen. Es bestehen große Unterschiede bzgl. der Größe, der technischen Ausstattung (z. B. bzgl. Digitalisierung), der Abläufe, der Leistungsfähigkeit und damit auch der Qualität der Rettungsdienste sowie der Qualifikation des eingesetzten Personals. Hier sind dringend Standardisierungen erforderlich, um die Qualität der Notfallversorgung länderübergreifend einheitlich sicherzustellen.

Mit der Einrichtung des Qualitätsausschusses werden wichtige Voraussetzungen für eine transparente und qualitätsgesicherte Leistungserbringung geschaffen. Er wird daher ausdrücklich begrüßt. Insbesondere positiv zu bewerten ist, dass die Krankenkassen bei der Ausgestaltung des Katalogs der Parameter zur Struktur- und Prozessqualität einbezogen werden. Auch die Vorhaben zur digitalen Dokumentation und Vernetzung sind langfristig sinnvoll.

Es wird jedoch beabsichtigt, den Qualitätsausschuss als Gremium auf Bundesebene beim BMG einzurichten. Es besteht die Möglichkeit, dass dies zu Konflikten aufgrund der Länderkompetenzen führen wird. In einigen Fällen existieren bereits entsprechende Gremien auf Länderebene, was potenziell zu Widersprüchen oder einer Doppelfinanzierung führen könnte. Es wäre möglicherweise sinnvoll, die Akzeptanz eines solchen Gremiums durch die Einbeziehung von Akteuren des Rettungsdienstes zu fördern. Dazu könnten beispielsweise Leistungserbringer und Träger, Feuerwehren und Ärztliche Leiter des Rettungsdienstes (und/oder entsprechende Interessenvertreter) durch Stellungnahmerechte etc. beitragen.

Änderungsvorschlag

Siehe Bewertung.