

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

(Notfallgesetz – NotfallG)

A. Problem und Ziel

Eine gut funktionierende und wirtschaftliche Notfall- und Akutversorgung ist essenzieller Bestandteil einer leistungsfähigen Gesundheitsversorgung. Für Menschen in einer akuten medizinischen Notlage ist es entscheidend, jederzeit unmittelbar Hilfe zu erhalten und hierbei auf eine qualitativ hochwertige Versorgung vertrauen zu können. Dies gilt gleichermaßen für den ambulanten wie den stationären Sektor. Deutschland verfügt grundsätzlich über ein umfassend ausgebautes System der Akut- und Notfallversorgung einschließlich eines gut etablierten Rettungswesens.

Die drei Versorgungsbereiche – vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste – sind jedoch besser zu vernetzen und aufeinander abzustimmen.

Es gibt Defizite bei der effizienten Steuerung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene, so dass Hilfesuchende zunächst selbst über den für sie richtigen Versorgungsbereich entscheiden. Erschwerend kommt hinzu, dass derzeit die Steuerung von Hilfesuchenden grundsätzlich durch zwei unterschiedliche telefonische Anlaufstellen erfolgt – einerseits über die Telefonnummer 116117 der Kassenärztlichen Vereinigungen andererseits durch die Notrufnummer 112, die bei den Rettungsleitstellen entgegengenommen werden.

Dies führt oftmals zu einer Fehlsteuerung, die eine Überlastung von Akteuren insbesondere der Notaufnahmen und des Rettungsdienstes zur Folge haben kann. Diese werden häufig auch in Fällen in Anspruch genommen, die vertragsärztlich hätten versorgt werden können. Gründe für Fehlsteuerungen können insbesondere die fehlerhafte Einschätzung der Betroffenen sein, aber auch das Fehlen einer stabilen Vernetzung der Strukturen untereinander, die eine geregelte und verlässliche Übernahme von Hilfesuchenden durch andere Akteure erlaubt.

In den letzten Jahren wurde der Notdienst bereits an verschiedenen Punkten weiterentwickelt. So gibt es durch die Ansiedlung von Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern bereits erste Verbesserungen der Koordinierung von ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen. Da allerdings bisher keine gesetzliche Verpflichtung hierzu besteht, haben sich die Strukturen der Notdienstversorgung regional sehr unterschiedlich entwickelt. Auch durch die Etablierung von Terminservicestellen unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 116117 erhalten Hilfesuchende Unterstützung in Akutfällen. Darüber hinaus gibt es bereits heute einzelne Initiativen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Rettungsleitstellen, mit denen eine bessere Kooperation erreicht werden soll.

An diese Entwicklungen muss nun angeknüpft werden. Ziel ist es, für alle Hilfesuchenden eine bundesweit einheitliche und gleichwertige Notfallversorgung sicherzustellen.

Der Koalitionsvertrag für die 20. Legislaturperiode zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP sieht daher die Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für die Notfallversorgung vor.

B. Lösung

Vor diesem Hintergrund werden gesetzliche Maßnahmen ergriffen, um die Vernetzung der Versorgungsbereiche, die Steuerung der Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene sowie die wirtschaftliche Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Die bisherigen Aufgaben der Terminservicestelle im Bereich der Akutfallvermittlung nimmt zukünftig die sogenannte Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigung wahr. 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 werden durch diese bedarfsgerechte Steuerung sowohl Notaufnahmen als auch Rettungsdienste entlastet.

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

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

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und ausgewählte Krankenhäuser werden verpflichtet, 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 werden von den Selbstverwaltungspartnern nach bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben im erweiterten Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch innerhalb von sechs Monaten ab Inkrafttreten dieses Gesetzes festgelegt. Im Falle nicht fristgemäßer Einigung entscheidet das jeweilige Land über die Standortfestlegung. Integrierte Notfallzentren werden flächendeckend etabliert. Für Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche können geeignete Standorte ausgewählt werden, 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, wird eine telemedizinische Unterstützung von Integrierten Notfallzentren durch Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin gewährleistet.

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.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Kommunen

Dem Bund entstehen durch das Gesetz keine Mehrausgaben. Für die Haushalte der Länder und Kommunen können allenfalls geringfügige Kosten entstehen.

Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Vereinbarungen nach § 105 Absatz 1b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung geschätzte maximale Mehrausgaben in Höhe von etwa 150 Millionen Euro. Davon entfallen rund 105 Millionen Euro auf den Ausbau des aufsuchenden Dienstes sowie rund 45 Millionen Euro für den Mehrbedarf bei den Akutleitstellen. Die nicht durch das Vergütungssystem abgedeckten Mehrkosten für die Beteiligung an Integrierten Notfallzentren und die digitale Vernetzung im Rahmen des Gesundheitsleitsystems sind derzeit nicht quantifizierbar.

Diesen zusätzlichen Ausgaben stehen jedoch erhebliche finanzielle Entlastungen für die gesetzliche Krankenversicherung gegenüber, die sich durch eine verbesserte Steuerung und damit einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme der notdienstlichen Akutversorgung und des Rettungsdienstes ergeben.

Durch die Vernetzung der Akut- und Rettungsleitstellen wird die Abgabe von Fällen der Rettungsleitstellen an die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht. Hierdurch entsteht bei vorsichtiger Schätzung ein Einsparpotenzial von ungefähr 834 Millionen Euro pro Jahr, welches in wenigen Jahren erreicht wird.

Weitere Einsparpotenziale durch die zu erwartende Reduzierung von stationären Krankenhausaufnahmen nach Einsätzen des Rettungsdienstes und Inanspruchnahme der Notaufnahmen werden angenommen und auf 240 Millionen Euro geschätzt.

Insgesamt kann durch die Notfallreform langfristig mit jährlichen Minderausgaben von knapp einer Milliarde Euro gerechnet werden.

Finanzwirkung der Notfallreform für die GKV in Millionen Euro		2025	2026	2027	2028
Mehrausgaben					
Ausbau des aufsuchenden Dienstes	105	105	105	105	105
Mehrbedarf Akutleitstelle	45	45	45	45	45
Einsparungen					
Durch Abgabe vom Rettungsdienst an die KV	834	250	500	751	834
Durch Vermeidung von Folgekosten nach Transport	240	72	144	216	240
Saldo		172	494	817	924

E. Erfüllungsaufwand

Mit den Neuregelungen der Notfallreform wird eine verbesserte Kooperation der drei Leistungsbereiche des Notdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Notaufnahmen der Krankenhäuser und des Rettungsdienstes angestrebt.

Erfüllungsaufwand entsteht durch die Verhandlungen von Kooperationsvereinbarungen für die Bildung von Gesundheitsleitsystemen und Integrierten Notfallzentren sowie die Bildung von Organisationsgremien in den Integrierten Notfallzentren. Daneben wird durch die Erweiterung der Aufgaben von Gremien Erfüllungsaufwand entstehen.

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Durch die Neuregelungen entsteht kein neuer Erfüllungsaufwand für die Bürgerinnen und Bürger.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Bei den Krankenhäusern führen die Verhandlungen der Kooperationsvereinbarungen für die Integrierten Notfallzentren zu einem geschätzten einmaligen Erfüllungsaufwand von etwa 503.000 Euro. Der laufende jährliche Erfüllungsaufwand für die Organisationsgremien an den Integrierten Notfallzentren nach § 123a Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch beträgt rund 1 Million Euro.

Bei den Landeskrankengesellschaften entsteht im Zusammenhang mit der Erweiterung der Landesausschüsse nach § 90 Absatz 4a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 217.000 Euro.

Es wird geschätzt, dass der Anteil der Kosten einer erstmaligen Ausschreibung von Versorgungsverträgen nach § 12b Apothekengesetz für die Krankenhausträger bei circa 500.000 Euro liegt.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Keine.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Länder und Kommunen kann ein einmaliger Aufwand von 214.000 Euro für den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen der Gesundheitsleitsysteme und ein jährlicher

Aufwand von 34.000 Euro für die zusätzliche Arbeit der Vertretungen des Rettungsdienstes im erweiterten Landesgremium nach § 90a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch entstehen.

Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 836.000 Euro für den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen für die Integrierten Notfallzentren sowie die Gesundheitsleitsysteme. Der laufende jährliche Erfüllungsaufwand für die Organisationsgremien an den Integrierten Notfallzentren nach § 123a Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch beträgt rund 1,25 Millionen Euro. Für die zusätzlichen Aufgaben im erweiterten Landesauschuss nach § 90 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch fällt für die Kassenärztlichen Vereinigung und die Landesverbände der Gesetzlichen Krankenkassen ein einmaliger Erfüllungsaufwand von jeweils 228.000 Euro an.

Es wird geschätzt, dass der Anteil der Kosten einer erstmaligen Ausschreibung von Versorgungsverträgen nach § 12b Apothekengesetz für die Kassenärztlichen Vereinigungen bei circa einer Million Euro liegt.

Durch neue Berichtspflichten entsteht bei den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von 29.000 Euro.

Tabellarische Übersicht des Erfüllungsaufwandes

E.1 Erfüllungsaufwand für die Bürger			
Keiner		0	0
Gesamtsumme E.1		0	0
E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft			
Maßnahme/Adressat	Rechtsgrundlage	Einmaliger EA	EA laufend / Jahr
Krankenhäuser			
Ausschreibung von Versorgungsverträgen nach § 12b ApoG	§ 123 Abs. 5 SGB V	500.000	
Vereinbarung der Kooperationsvereinbarungen zu den INZ	§ 123a Abs. 2 SGB V	503.440	
Unterhalt des Organisationsgremiums am INZ	§ 123a Abs. 2 SGB V		1.006.880
Landeskrankenhausgesellschaften			
Erweiterung der Aufgaben der Landesausschüsse nach § 90 Absatz 4a SGB V	§ 90 Abs. 4a SGB V	217.382	
Bürokratiekosten aus Informationspflichten			
keine		0	0
Gesamtsumme E.2		1.220.822	1.006.880
E.3 Erfüllungsaufwand für die Verwaltung			
Maßnahme/Adressat	Rechtsgrundlage	Einmaliger EA	EA laufend / Jahr
Länder und Kommunen			
Vereinbarung der Kooperationsvereinbarungen zu den Gesundheitsleitsystemen	§ 133a Abs. 2 SGB V	213.504	
Aufnahme in das gemeinsame Landesgremium	§ 90a Abs. 1 SGB V		33.843
Zwischensumme Länder und Kommunen		213.504	33.843
Kassenärztliche Vereinigungen			
Ausschreibung von Versorgungsverträgen nach § 12b ApoG	§ 123 Abs. 5 SGB V	1.000.000	
Vereinbarung der Kooperationsvereinbarungen zu den INZ	§ 123a Abs. 2 SGB V	622.720	
Unterhalt des Organisationsgremiums am INZ	§ 123a Abs. 2 SGB V		1.245.440
Vereinbarung der Kooperationsvereinbarungen zu den Gesundheitsleitsystemen	§ 133a Abs. 2 SGB V	213.504	
Zusätzliche Aufgaben der erweiterten Landesausschüsse	§ 90 Abs. 4a SGB V	228.442	

Zwischensumme Kassenärztliche Vereinigungen		2.064.666	1.245.440
Landesverbände der GKV			
Zusätzliche Aufgaben der erweiterten Landesausschüsse	§ 90 Abs. 4a SGB V	228.442	
Zwischensumme Landesverbände der GKV		228.442	0
Bürokratiekosten aus Informationspflichten			EA laufend / Jahr
Maßnahme/Adressat	Rechtsgrundlage	Einmaliger EA	
Kassenärztliche Bundesvereinigung und KVen			
Evaluation der Tätigkeit der Terminservicestellen	§ 75 Abs. 1e SGB V dto., Artikel 2		9.518
Bericht zum Stand der Vereinbarungen	§ 105 Abs. 1b SGB V		9.518
Bericht über die Anzahl und den jeweiligen Stand der Vereinbarungen zu Gesundheitsleitstellen	§ 133a Abs. 3 SGB V		9.518
Summe Bürokratiekosten aus Informationspflichten		0	28.555
Gesamtsumme E.3		2.506.611	1.307.838
Gesamtsumme Erfüllungsaufwand		3.727.434	2.314.718

F. Weitere Kosten

Keine. Vielmehr ist durch eine verbesserte Steuerung und damit gezieltere Nutzung der Notfalleinrichtungen davon auszugehen, dass sich finanzielle Entlastungen für das Gesundheitssystem ergeben.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

(NotfallGesetz – NotfallG)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 16. August 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 217) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 73b Absatz 4 Satz 7 werden die Wörter „**vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten**“ durch die Wörter „**notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Absatz 1b**“ ersetzt.
2. § 75 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„**Hierzu informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) und richten Terminservicestellen ein, die an Werktagen unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer und 24 Stunden täglich über digitale Angebote erreichbar sein müssen; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden.**“
 - bb) Satz 3 wird wie folgt geändert:
 - aaa) In Nummer 3 wird nach dem Wort „**unterstützen**“ das Wort „**und**“ durch einen Punkt ersetzt.
 - bbb) Nummer 4 wird aufgehoben.
 - cc) Satz 4 wird wie folgt geändert:
 - aaa) In Nummer 1 wird nach den Wörtern „**oder einem Frauenarzt**“ das Komma durch das Wort „**und**“ ersetzt.
 - bbb) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. der Fälle, in denen bei einer zuvor erfolgten Inanspruchnahme eines Integrierten Notfallzentrums nach §§ 123 und 123b eine weitere Behandlungsnotwendigkeit festgestellt wurde“.

ccc) Nummer 3 wird aufgehoben.

dd) Satz 11 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 5 wird nach der Angabe „§ 76 Absatz 1a Satz 2“ der Punkt durch ein Komma ersetzt.

bbb) Die folgende Nummer 6 wird angefügt:

„6. zur Gewährleistung der einheitlichen telefonischen Erreichbarkeit der Terminservicestellen.“

ee) Die Sätze 18 und 19 werden aufgehoben.

ff) Der folgende Satz wird angefügt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben Integrierten Notfallzentren nach § 123 und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b die Buchung von Behandlungsterminen für die Fälle des Absatz 1a Satz 4 Nummer 2 bei Vertragsärzten zu ermöglichen.“

b) Absatz 1b wird wie folgt gefasst:

„(1b) Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die vertragsärztliche Erstversorgung 24 Stunden täglich in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist; sie beschränkt sich auf die kurzfristig erforderlichen Maßnahmen (notdienstliche Akutversorgung). Die notdienstliche Akutversorgung umfasst auch die Feststellung und Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit sowie die Verordnung von Arzneimitteln. Nicht vom Sicherstellungsauftrag nach Satz 1 umfasst ist die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen 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

sicher (Notdienst). Zur wirtschaftlichen Erfüllung der Aufgaben nach Satz 4 Nummer 2 und Nummer 3 sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen untereinander sowie mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kooperieren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Erfüllung der Aufgabe nach Satz 4 Nummer 3 qualifiziertes nichtärztliches Personal unter ärztlicher Anordnung und Verantwortung einsetzen. Wenn und soweit Landesrecht dies zulässt, können sie hierfür Kooperationen mit dem Rettungsdienst eingehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können Integrierte Notfallzentren nach § 123 durch kinder- und jugendmedizinische telemedizinische Konsilien nach § 367 oder telefonische Konsilien unterstützen. Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende zugelassene Krankenhäuser und Ärzte, die aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogen sind, sind zur

Leistungserbringung im Rahmen des Notdienstes berechtigt und nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Satz 9 gilt entsprechend für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte im Rahmen der notärztlichen Versorgung des Rettungsdienstes, soweit entsprechend Satz 3 durch Landesrecht bestimmt ist, dass auch diese Versorgung vom Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen umfasst ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch über die Organisation des Notdienstes treten, um die Versorgung der Versicherten zu verbessern.“

- c) Nach Absatz 1b werden die folgenden Absätze 1c bis 1f eingefügt:

„(1c) Zur Terminvermittlung in Akutfällen und zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1b betreibt jede Kassenärztliche Vereinigung eine Akutleitstelle, die 24 Stunden täglich und spätestens innerhalb von drei Minuten in 75 Prozent der Anrufe und zehn Minuten in 95 Prozent der Anrufe unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer nach Absatz 1a Satz 2 und 24 Stunden täglich über digitale Angebote erreichbar ist; die Erreichbarkeitsvorgaben sind spätestens zum ...[einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu erfüllen. Die Akutleitstelle hat Versicherten in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens nach Absatz 7 Satz 1 Nummer 6 eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene, in geeigneten Fällen auch in Form einer telefonischen oder videounterstützten ärztlichen Konsultation, zu vermitteln. Für die Terminvermittlung in die fachärztliche Versorgung bedarf es im Akutfall keiner Überweisung. Auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle ist die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zur Kooperation nach § 133a Absatz 1 Satz 1 verpflichtet.

(1d) Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind befugt, personenbezogene Daten der Anrufenden zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach den Absätzen 1a bis 1c und 1e zu verarbeiten und für die Dauer von zehn Jahren zu speichern.

(1e) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung evaluiert die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen nach Absatz 1a insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Arztterminen, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme und auf die Vermittlungsquote. Über die Ergebnisse hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. Juni 2025 zu berichten.

(1f) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen stellen den vertragszahnärztlichen Notdienst außerhalb der Sprechstundenzeiten sicher und informieren die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragszahnärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit). Die Absätze 1a bis 1e gelten insoweit nicht.“

- d) In Absatz 7 Nummer 5 und 6 werden jeweils die Wörter „Absatz 1a Satz 3 Nummer 3“ durch die Wörter „Absatz 1c Satz 2“ ersetzt.

3. In § 76 Absatz 1a wird wie folgt geändert:

- a) Satz 1 zweiter Halbsatz wird wie folgt gefasst:

„dies gilt auch, wenn die Akutleitstelle Versicherte in den Fällen des § 75 Absatz 1c Satz 2 in eine Notaufnahme vermittelt.“

- b) In Satz 2 werden nach den Wörtern „Die Inanspruchnahme“ die Wörter „nach Satz 1 erster Halbsatz“ eingefügt.
4. § In 87 Absatz 2b Satz 3 Nummer 1 und Absatz 2c Satz 3 Nummer 1 werden die Wörter „§ 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4“ jeweils durch die Wörter „§ 75 Absatz 1c Satz 2“ ersetzt und wird das Wort „Terminservicestelle“ jeweils durch das Wort „Akutleitstelle“ ersetzt.
5. In § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 3 werden die Wörter „§ 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 und 4“ durch die Wörter „§ 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 und durch die Akutleitstelle nach § 75 Absatz 1c Satz 2“ ersetzt.
6. § 90 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 4 Satz 2 wird nach den Wörtern „erweiterten Landesausschüssen nach § 116b Absatz 3“ ein Komma und die Wörter „§ 123 Absatz 6, § 123a Absatz 1 und Absatz 4 sowie § 123b Absatz 1“ eingefügt.
- b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:
- „(4a) Der Landesausschuss nach Absatz 1 wird für die Wahrnehmung der Aufgaben nach § 116b Absatz 2, § 123 Absatz 6, § 123a Absatz 1 sowie § 123b Absatz 1 um Vertreter der Krankenhäuser in der gleichen Zahl erweitert, wie sie nach Absatz 2 jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und die Vertreter der Ärzte vorgesehen ist (erweiterter Landesausschuss). Die Vertreter der Krankenhäuser werden von der Landeskrankenhausgesellschaft bestellt. Über den Vorsitzenden des erweiterten Landesausschusses und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausgesellschaft einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes im Benehmen mit den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie der Landeskrankenhausgesellschaft berufen. Die dem erweiterten Landesausschuss durch die Wahrnehmung der Aufgaben nach § 116b Absatz 2, § 123 Absatz 6, § 123a Absatz 1 sowie § 123b Absatz 1 entstehenden Kosten werden zur Hälfte von den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie zu je einem Viertel von den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankenhausgesellschaft getragen. Der erweiterte Landesausschuss beschließt mit einfacher Mehrheit; bei der Gewichtung der Stimmen zählen die Stimmen der Vertreter der Krankenkassen doppelt. Bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach § 123 Absatz 6, 123a Absatz 1 sowie § 123b Absatz 1 erhalten Vertreter der Leistungserbringer im Rettungsdienst ein Anhörungsrecht. Kommt die Festlegung nach § 123a Absatz 1 oder § 123b Absatz 1 ganz oder teilweise nicht fristgemäß zustande, setzt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde unverzüglich eine Nachfrist, die sechs Wochen nicht überschreiten darf. Ist auch die Nachfrist ergebnislos verstrichen, erfolgt die Festlegung durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der Nachfrist. Der erweiterte Landesausschuss stellt die hierfür erforderlichen Informationen, Unterlagen und Stellungnahmen unverzüglich zur Verfügung. Die Standortbestimmungen nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 sind in regelmäßigen Abständen zu überprüfen.“
7. In § 90a Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „und der Landeskrankenhausgesellschaft“ durch ein Komma und die Wörter „der Landeskrankenhausgesellschaft und der Rettungsdienste“ ersetzt.

8. § 105 Absatz 1b wird wie folgt gefasst:

„(1b) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren über die Mittel nach Absatz 1a hinaus einen zusätzlichen jährlich von beiden Vertragsparteien in gleicher Höhe bereitzustellenden zweckgebundenen Betrag zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen müssen in die Vertragsverhandlungen einbezogen werden, um eine finanzielle Beteiligung an den Strukturen des Notdienstes zu vereinbaren. Der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. bestimmt das Nähere zur Umsetzung der Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen. Der von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bereitzustellende Betrag vermindert sich um den durch die privaten Krankenversicherungsunternehmen nach Satz 2 bereitgestellten Betrag. Die Mittel müssen für folgende Maßnahmen verwendet werden:

1. Förderung der Strukturen nach §§ 75 Absatz 1b Satz 4 Nummer 2 und 3, 75 Absatz 1c und 133a,
2. Förderung der integrierten Notfallstrukturen nach §§ 123 bis 123b.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen legen hierzu ihren Vertragspartnern eine detaillierte Kalkulation und den Nachweis über das Vorliegen der Voraussetzungen insbesondere zur Vernetzung und Kooperation vor. Die nach der regionalen Euro-Gebührenordnung oder nach Gesamtvertrag abrechenbaren Leistungen und Kosten sowie die von der Kassenärztlichen Vereinigung nicht verbrauchten Mittel des Honorarvolumens nach § 87b Absatz 1 Satz 3 sind mindernd zu berücksichtigen. Der vereinbarte Betrag und das Fortbestehen der Voraussetzungen nach Satz 1 sind jährlich von den Vertragsparteien zu überprüfen. § 89 gilt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat erstmals bis zum [...] [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] und anschließend jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit über die Anzahl und den jeweiligen Stand der Vereinbarungen, einschließlich der vereinbarten Beträge zu berichten.“

9. § 116b wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „nach Maßgabe des Absatzes 3 Satz 1 erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1“ durch die Wörter „erweiterten Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a“ ersetzt.
- b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann für die Beschlussfassung über Entscheidungen im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach Absatz 2 in seiner Geschäftsordnung abweichend von § 90 Absatz 4a Satz 1 die Besetzung mit einer kleineren Zahl von Mitgliedern festlegen; die Mitberatungsrechte nach § 90 Absatz 4a Satz 7 sowie § 140f Absatz 3 bleiben unberührt. Er ist befugt, geeignete Dritte ganz oder teilweise mit der Durchführung von Aufgaben nach Absatz 2 zu beauftragen und kann hierfür nähere Vorgaben beschließen.“

10. § 120 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „nach § 75 Absatz 1b Satz 2“ durch die Wörter „nach § 75 Absatz 1b Satz 9“ ersetzt.
- b) Absatz 3b wird aufgehoben.

11. § 123 wird wie folgt gefasst:

„§ 123

Integrierte Notfallzentren

(1) Integrierte Notfallzentren bestehen aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung (Notdienstpraxis) in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des Krankenhauses und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle. Die fachliche Leitung und Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle obliegt dem Krankenhaus, wenn in der Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 nichts Abweichendes geregelt ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch Kooperation und organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern im Rahmen von Integrierten Notfallzentren sicher und binden die Notaufnahme des jeweiligen Krankenhauses unmittelbar in den Notdienst gemäß § 75 Absatz 1b Satz 9 ein. Zugelassene Krankenhäuser, von denen ein Standort nach § 123a Absatz 1 Satz 1 als Standort eines Integrierten Notfallzentrums bestimmt worden ist, sind zur Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung verpflichtet. Innerhalb des Integrierten Notfallzentrums erfolgt eine digitale Fallübergabe in einem interoperablen Datenformat unter Beachtung der geltenden verbindlichen Festlegungen nach § 385 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1. Für die Versorgung von Akutfällen während der Sprechstundenzeiten außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen geeignete, im Umkreis des Krankenhausstandortes gelegene Vertragsärzte und medizinische Versorgungszentren (Kooperationspraxen) mit in die Kooperation einbinden. Eine Kooperationspraxis muss so mit dem Integrierten Notfallzentrum vernetzt sein, dass eine zeitlich nahtlose, rückverfolgbare und digitale Fallübergabe in einem Datenformat nach Satz 5 sichergestellt ist.

(2) Für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, trifft die zentrale Ersteinschätzungsstelle eine Entscheidung über die Behandlungsdringlichkeit und die geeignete Versorgungsebene innerhalb des jeweiligen Integrierten Notfallzentrums unter Berücksichtigung einer möglichen Kooperation nach Absatz 1 Satz 6. Die Ersteinschätzung kann im Wege der Delegation erbracht werden. Ab dem Zeitpunkt, den der Gemeinsame Bundesausschuss nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 bestimmt, erfolgt die Ersteinschätzung auf der Grundlage eines standardisierten digitalen Ersteinschätzungsinstrumentes. Wenn nach einer notdienstlichen Akutversorgung im Integrierten Notfallzentrum eine ambulante Weiterbehandlung erforderlich ist, wird den Patienten die Buchung eines Termins in der ambulanten Regelversorgung über das System der Terminservicestelle angeboten. Hilfesuchende, die das Integrierte Notfallzentrum im Rahmen einer telefonischen Vermittlung durch die Akutleitstelle aufsuchen, sind dort bei gleicher medizinischer Behandlungsdringlichkeit nach Satz 1 grundsätzlich vorrangig zu behandeln. Das Nähere zum Nachweis der Vermittlung regelt der Bundesmantelvertrag.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt bis zum [...] [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in einer Richtlinie

1. Vorgaben an ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument, das für Hilfesuchende einerseits die Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs feststellt und andererseits die Bestimmung der sachgerechten Versorgungsebene innerhalb der Kooperation nach Absatz 1 als Grundlage für die Ersteinschätzungsstelle ermöglicht,
2. Vorgaben zum Nachweis der Einhaltung der Anforderungen nach Nummer 1 durch das Ersteinschätzungsinstrument,

3. Vorgaben zur Form und zum Inhalt des Nachweises der Verwendung des Erstein-schätzungsinstruments an der jeweiligen Ersteinschätzungsstelle,
4. den Zeitpunkt ab dem das Ersteinschätzungsinstrument von der Ersteinschät-zungsstelle zu verwenden ist,
5. Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienst-praxen in Integrierten Notfallzentren,
6. Vorgaben zum Nachweis und zur Kontrolle der Einhaltung der Mindestanforderun-gen nach Nummer 5 sowie
7. das Nähere zur Umsetzung des Überprüfungs- und Berichtsauftrags nach Satz 6, einschließlich der Übermittlung der hierzu erforderlichen Informationen an den Ge-meinsamen Bundesausschuss.

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Regelungen zu einem ge-stuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 in der Fassung vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), geändert am 20. November 2020 (Banz AT 24.12.2020 B2), sind zu berücksichtigen. Die Vergütung der Ersteinschät-zung nach § 123 Absatz 4 setzt ab dem Zeitpunkt, den der Gemeinsame Bundesaus-schuss nach Satz 1 Nummer 4 bestimmt, voraus, dass ein Nachweis nach Satz 1 Num-mer 3 erbracht wird. § 92 Absatz 7e gilt entsprechend. Vor der Entscheidung des Ge-meinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie nach Satz 1 ist den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der Gemeinsame Bundes-ausschuss hat die Auswirkungen der Richtlinie nach Satz 1 hinsichtlich der Entwicklung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen und der Notdienstpraxen, der Auswirkungen auf die Patientenversorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung seiner Rege-lungen bis zum 31. Dezember 2026 zu prüfen und dem Bundesministerium für Ge-sundheit zu berichten.

(4) Mit Wirkung zum [...] [Beginn des übernächsten auf das Inkrafttreten folgen-den Quartals] beschließt der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen die notwen-digen Anpassungen für die Vergütung der Ersteinschätzung nach Absatz 2 Satz 1 als unabhängig von der Weiterbehandlung zu vergütende Einzelleistung. Er hat die Aus-wirkungen des Beschlusses nach Satz 1 hinsichtlich der Entwicklung der Leistungen der Notaufnahmen, der Notdienst- und der Kooperationspraxen, der Auswirkungen auf die Versorgung und Vergütung zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2027 zu berichten; § 87 Absatz 3a gilt entspre-chend.

(5) Zur Sicherstellung der Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Not-dienstpraxis nach Absatz 1 Satz 1 mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizin-produkten haben die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zusammen mit dem Krankenhausträger, mit dessen Notaufnahme die Notdienstpraxis ein Integriertes Not-fallzentrum bildet, einen Versorgungsvertrag nach § 12b Apothekengesetz mit einer Apotheke zu schließen. Solange kein Versorgungsvertrag nach § 12b Apothekenge-setz besteht, ist in der Notdienstpraxis die Versorgung der Patientinnen und Patienten durch Abgabe von Arzneimitteln gemäß § 43 Absatz 3b Arzneimittelgesetz für den akuten Bedarf sicherzustellen.

(6) Integrierte Notfallzentren haben bei der Behandlung von Kindern und Jugend-lichen Unterstützung durch telemedizinische Konsilien nach § 367 oder telefonische Konsilien von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin zu gewährleisten, wenn an ihrem Standort kein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche vorhanden

ist. Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a bestimmt die Konzeption und Koordinierung dieser telemedizinischen Unterstützung. Die entsprechenden Integrierten Notfallzentren haben die erforderliche technische Ausstattung für eine telemedizinische Anbindung vorzuhalten.

(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen berichten den für die Sozialversicherung und den für die Krankenhausplanung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder zweijährlich, erstmals zum (...), über die Versorgung in den Integrierten Notfallzentren in Hinblick auf Abweichungen von den gesetzlichen Öffnungszeiten der Notdienstpraxis, auf die Anzahl der eingebundenen Kooperationspraxen und der eingerichteten Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche, auf die Anteile der Inanspruchnahme des Integrierten Notfallzentrums mit und ohne vorherigen Kontakt zur Akutleitstelle und auf die Zahl der erfolgten Ansiedlungen von Apothekenstandorten an Integrierten Notfallzentren. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit zweijährlich, erstmals zum [...].“

12. Nach § 123 werden die folgenden §§ 123a und 123b eingefügt:

„§ 123a

Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

(1) Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a bestimmt bis zum [...][einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser, an denen Integrierte Notfallzentren eingerichtet werden. Er legt hierzu zunächst geeignete Planungsregionen zur flächendeckenden Versorgung mit Integrierten Notfallzentren fest. Ein Krankenhausstandort kann als Standort für ein Integriertes Notfallzentrum bestimmt werden, wenn

1. die Voraussetzung der Notfallstufe Basisnotfallversorgung gemäß der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 in der Fassung vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), geändert am 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2), erfüllt sind und
2. keine berechtigten Interessen des Krankenhauses entgegenstehen.

Bei der Standortfestlegung sollen insbesondere folgende Kriterien berücksichtigt werden:

1. die Erreichbarkeit innerhalb von 30 Fahrzeitminuten für mindestens 95 Prozent der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion,
2. die Zahl der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion,
3. die Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Personennahverkehr und
4. die Möglichkeiten der Kooperation mit Vertragsärzten oder medizinischen Versorgungszentren in der Nähe des Krankenhauses.

Wenn in einer Planungsregion mehrere Krankenhausstandorte für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums gleich geeignet sind, sollen Krankenhausstandorte bevorzugt werden,

1. die eine höhere Notfallstufe gemäß der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 in der in Satz 3 Nummer 1 genannten Fassung erfüllen oder eine nach anderen objektiven Kriterien, insbesondere Fallzahlen, leistungsfähigere Notaufnahme aufweisen,
2. die notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen vorhalten und
3. in denen Notdienstpraxen unmittelbar in der Notaufnahme eingerichtet werden können.

Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann abweichend von den Sätzen 3 bis 5 einen Krankenhausstandort bestimmen, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist. Die Bestimmung eines Krankenhausstandorts durch den erweiterten Landesausschuss nach Absatz 1 Satz 1 erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit eröffnet. Widerspruch und Klage haben keine aufschiebende Wirkung.

(2) Zur Organisation des Integrierten Notfallzentrums schließen die Kassenärztliche Vereinigung und der Krankenhausträger innerhalb von sechs Monaten, nachdem der Krankenhausstandort als Standort eines Integrierten Notfallzentrums nach Absatz 1 Satz 1 bestimmt worden ist, eine Kooperationsvereinbarung. Sie richten ein gemeinsames Organisationsgremium zur operativen Umsetzung der Zusammenarbeit und eines gemeinsamen Qualitätsmanagements ein. Die Kooperationspartner sind befugt, die für das gemeinsame Qualitätsmanagement erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten. In der Kooperationsvereinbarung nach Satz 1 ist insbesondere das Nähere zu vereinbaren

1. zu dem gemeinsamen Organisationsgremium nach Satz 2,
2. zur Vernetzung und interoperablen, digitalen Fallübergabe innerhalb des Integrierten Notfallzentrums sowie zwischen dem Integrierten Notfallzentrum und einer Kooperationspraxis nach § 123 Absatz 1 Satz 6,
3. zur Durchführung der Ersteinschätzung nach § 123 Absatz 2 bis zu dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach § 123 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 festgelegten Zeitpunkt,
4. zur Organisation und zur personellen Besetzung der Ersteinschätzungsstelle einschließlich der Qualifikationen, erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals,
5. zur Anmietung oder eigenen Gestellung von Räumlichkeiten, Einrichtung und Verbrauchsmaterial der Notdienstpraxis,
6. zur Ausgestaltung der Ausschreibung des gemäß § 123 Absatz 5 abzuschließenden Versorgungsvertrags nach § 12b Apothekengesetz einschließlich der Möglichkeit der Anmietung oder Gestellung von Räumlichkeiten durch oder für Apotheken,
7. zur Nutzung der technischen und diagnostischen Einrichtungen des Krankenhauses durch die Notdienstpraxis einschließlich Nutzungsentgelten,
8. zu den Voraussetzungen für die Weiterleitung von Hilfesuchenden in die Kooperationspraxis,

9. zu Regelungen für den Fall wiederholter und schwerwiegender Verstöße gegen die Kooperationsvereinbarung oder für den Fall, dass die Kooperationspraxis zu den Zeiten nach Satz 4 oder 5 nicht geöffnet hat.

Die Notdienstpraxis ist im Rahmen der Kooperation mindestens an Wochenenden und Feiertagen von 9 bis 21 Uhr, Mittwoch und Freitag von 14 bis 21 Uhr und Montag, Dienstag und Donnerstag von 18 bis 21 Uhr zu öffnen. Kürzere Öffnungszeiten können in der Kooperationsvereinbarung festgelegt werden, soweit aufgrund von empirischen Daten belegbar ist, dass die Öffnungszeiten nach Satz 4 aufgrund der tatsächlichen regionalen Inanspruchnahme unwirtschaftlich sind. Entsprechende vertragliche Regelungen nach Satz 4 können als Rahmenvertrag in dreiseitigen Verträgen nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 landesweit vorgegeben werden.

(3) Kommt eine Kooperationsvereinbarung nach Absatz 2 nicht rechtzeitig zustande, wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, wird diese innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsperson.

(4) Nach § 75 Absatz 1b Satz 3 in der Fassung vom [...] [Tag vor Inkrafttreten] in oder an Krankenhäusern eingerichtete Notdienstpraxen sind in Integrierte Notfallzentren zu überführen.

§ 123b

Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche

(1) Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann Standorte zugelassener Krankenhäuser bestimmen, an denen Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche eingerichtet werden. Bis zum [...] [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] hat er erstmals über die Einrichtung von Standorten nach Satz 1 zu entscheiden. Ein Krankenhausstandort kann als Standort für ein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche bestimmt werden, wenn

1. die Voraussetzungen des Moduls Notfallversorgung Kinder gemäß der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 in der Fassung vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), geändert am 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2), erfüllt sind und
2. keine berechtigten Interessen des Krankenhauses oder der Kassenärztlichen Vereinigung entgegenstehen.

(2) § 123 Absatz 1 bis 3 und 5 sowie § 123a Absatz 2 bis 4 gelten entsprechend.“

13. Nach § 133 wird der folgende § 133a eingefügt:

„§ 133a

Gesundheitsleitsystem

(1) Die Träger der Rettungsleitstellen und die Kassenärztlichen Vereinigungen als Träger der Akutleitstelle, die eine Kooperation nach Absatz 2 eingehen, arbeiten im Rahmen einer digitalen Vernetzung der Leitstellen verbindlich zusammen und bilden ein Gesundheitsleitsystem. Darüber hinaus sind weitere Formen der Zusammenarbeit bis hin zur gemeinsamen Trägerschaft im Einvernehmen der Kooperationspartner möglich. Das Gesundheitsleitsystem vermittelt Hilfesuchenden, die sich entweder an die Akutleitstelle oder an die Rettungsleitstelle wenden, die erforderliche medizinische Versorgung. Die weiteren Aufgaben der Kooperationspartner bleiben unberührt.

(2) Auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle ist die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zur Kooperation nach Absatz 1 Satz 1 verpflichtet. Voraussetzung für die Kooperation ist, dass die Rettungsleitstelle über eine digitale standardisierte Notrufabfrage verfügt. Die Verfahren der Notrufabfrage der Rettungsleitstelle und das bundesweit einheitliche standardisierte Ersteinschätzungsverfahren der Kassenärztlichen Vereinigungen sind als Abfragesysteme im Gesundheitsleitsystem so aufeinander abzustimmen, dass es zu übereinstimmenden Bewertungen des Gesundheitszustandes kommt. In einer Kooperationsvereinbarung sind die Einzelheiten der Zusammenarbeit festzulegen. Es ist insbesondere die Abstimmung der Abfragesysteme und der für das jeweilige Abfrageergebnis aufgrund der infrage kommenden Versorgungsstrukturen zuständige Kooperationspartner zu vereinbaren. Die Einhaltung der Standards der Abfragesysteme im Gesundheitsleitsystem müssen überprüfbar sein und einer kontinuierlichen Kontrolle unterliegen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wirken darauf hin, dass die Vereinbarungen zur Abstimmung der Abfragesysteme mit den Rettungsleitstellen möglichst einheitlich sind. Es ist eine Verpflichtung zur Übernahme und unverzüglichen Bearbeitung von Fällen vorzusehen, die aufgrund des Ergebnisses des jeweiligen Abfragesystems und der erfolgten Festlegungen der Zuständigkeiten an die jeweils andere Leitstelle übergeben werden. Die beiden Kooperationspartner müssen technisch so miteinander vernetzt sein, dass eine unmittelbare telefonische Weiterleitung und Bearbeitung des Hilfeersuchens erfolgen kann. Die jeweils aufgenommenen Daten müssen medienbruchfrei an den anderen Kooperationspartner übertragen werden. Für die Vernetzung ist, sobald die hierfür erforderlichen Dienste und Komponenten flächendeckend zur Verfügung stehen, die Telematikinfrastruktur zu nutzen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt eine technische und inhaltliche Schnittstelle zur Fallübergabe zur Verfügung.

(3) Die Kooperationspartner nach Absatz 1 Satz 1 vereinbaren ein gemeinsames Qualitätsmanagement für die ständige Evaluation der Abstimmung der Abfragesysteme und die Zuordnung von Hilfesuchenden zur jeweiligen Versorgungsebene nach Absatz 2. Hierfür sind die einzelnen Prozessabläufe der Abfrage in den Leitstellen nachverfolgbar zu dokumentieren, mit den entsprechenden Daten der jeweils vermittelten aufsuchenden Leistungserbringer zusammenzuführen und auszuwerten. Dafür übermitteln diese der Leitstelle die hierfür erforderlichen personenbezogenen Daten. Die Kooperationspartner nach Absatz 1 Satz 1 sind befugt, personenbezogene Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Absatz zu verarbeiten, sie untereinander auszutauschen und für die Dauer von zehn Jahren zu speichern. Dies gilt auch für aufgrund von Einwilligung oder auf der Grundlage von landesrechtlichen Befugnisnormen aufgezeichnete Anrufe. Das Nähere regelt die Kooperationsvereinbarung nach Absatz 2.

(4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet erstmals bis zum [...] [Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] und anschließend jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit über die Anzahl sowie den jeweiligen Stand und die wesentlichen Inhalte der Vereinbarungen nach

Absatz 2 einschließlich der Auswertungen des gemeinsamen Qualitätsmanagements. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts und zu den dafür erforderlichen Auswertungen bestimmen.“

14. In § 291b Absatz 5 Satz 3 werden die Wörter „nach § 75 Absatz 1b Satz 3“ durch die Wörter „nach § 75 Absatz 1b Satz 9“ ersetzt.
15. In § 377 Absatz 5 wird das Wort „Notfallambulanzen“ durch das Wort „Notaufnahmen“ ersetzt.

Artikel 2

Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 75 Absatz 1e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„(1e) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung evaluiert die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen und der Akutleitstellen insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Arztterminen, auf die Weiterleitung in offene Sprechstunden, auf die Vermittlungsquote von telefonischen oder videounterstützten ärztlichen Beratungen oder von Leistungen des aufsuchenden Dienstes, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme, insbesondere die Gesamtanzahl der Anrufe, die Anzahl der angenommenen Anrufe, die durchschnittliche Wartezeit bis zur Annahme des Anrufes und die Anzahl der abgebrochenen Anrufe und auf die Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum 30. Juni 2026, über die Ergebnisse. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2025 ein Evaluationskonzept vorzulegen.“

Artikel 3

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

In § 12a Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel X des Gesetzes vom <Datum> (BGBl. I S. XY) geändert worden ist, werden die Wörter „integrierter Notfallstrukturen“ durch die Wörter „Integrierter Notfallzentren nach § 123 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch und Integrierter Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 4

Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

In § 11 Absatz 1 Nummer 5 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung vom 17. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2350), die durch Artikel 5 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018

(BGBl. I S. 2394) geändert worden ist, werden die Wörter „integrierter Notfallstrukturen“ durch die Wörter „Integrierter Notfallzentren nach § 123 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch und Integrierter Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 5

Änderung des Apothekengesetzes

Das Apothekengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 12a wird folgender § 12b eingefügt:

„§ 12b

(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 schließen. Die Versorgung kann durch die öffentliche Apotheke, die in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis liegen muss, oder durch den Betrieb einer zweiten Offizin mit Lagerräumen auf dem Gelände, auf dem die Notdienstpraxis betrieben wird, erfolgen.

(2) In einem Vertrag nach Absatz 1 ist insbesondere festzulegen, 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 beziehungsweise 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 auf dem Gelände, auf dem die Notdienstpraxis betrieben wird, erfolgt, und der Zugang dem Personal der Apotheke vorbehalten bleibt und
5. die freie Apothekenwahl der Patienten nicht eingeschränkt wird.

(3) Der Vertrag ist der zuständigen Behörde vor Aufnahme der Versorgung vorzulegen.“

2. Dem § 20 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Abweichend von Absatz 1 erhält jede Apotheke mit einem Versorgungsvertrag nach § 12b unabhängig von geleisteten Vollnotdiensten pro Woche einen pauschalen Zuschuss, wenn sie in diesem Zeitraum während der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis geöffnet hatte. Die Apotheke meldet nach jedem Quartalsende spätestens bis zum Ende des folgenden Monats dem Deutschen Apothekerverband e. V., dass ein Vertrag

nach § 12b besteht und die Anzahl der Wochen, in der die Apotheke während der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis geöffnet hatte. Absatz 3 und § 19 Absatz 7 gelten entsprechend.“

Artikel 6

Änderung der Apothekenbetriebsordnung

Die Apothekenbetriebsordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. September 1995 (BGBl. I S. 1195), die zuletzt durch Artikel 8z4 des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 1a wird folgender Absatz angefügt:

„(19) Notdienstpraxisversorgende Apotheken sind öffentliche Apotheken, die gemäß § 12b des Gesetzes über das Apothekenwesen eine Notdienstpraxis versorgen.“

2. § 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „von § 12a“ durch die Angabe „der §§ 12a und 12b“ ersetzt.
- b) In Absatz 6 Satz 2 werden nach der Angabe „§ 12a“ die Wörter „sowie die Patienten einer zu versorgenden Notdienstpraxis nach § 12b“ eingefügt.

3. § 4 Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Eine notdienstpraxisversorgende Apotheke kann abweichend von Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 zusätzlich Räume einer zweiten Offizin mit Lagerräumen auf dem Gelände, auf dem die Notdienstpraxis betrieben wird, umfassen. Absatz 2a, 2d und 6 gelten entsprechend.“

4. § 23 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Abweichend von Satz 1 Nummer 1 und 2 sind notdienstpraxisversorgende Apotheken zu den Öffnungszeiten der versorgten Notdienstpraxis zur Dienstbereitschaft verpflichtet.“

Artikel 7

Änderung des Arzneimittelgesetzes

Dem § 43 des Arzneimittelgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197) geändert worden ist, wird folgender Absatz 3b angefügt:

„(3b) Abweichend von den Absätzen 1 bis 3 dürfen Ärzte einer Notdienstpraxis nach § 123 Absatz 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, solange kein Vertrag nach § 12b Apothekengesetz mit einer notdienstpraxisversorgenden Apotheke besteht, im Rahmen der Notfallversorgung Arzneimittel für den akuten Bedarf an Patienten der Notdienstpraxis in einer zur

Überbrückung benötigten Menge abgeben, soweit im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt.“

Artikel 8

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) geändert worden ist, wird § 19a Absatz 1 wie folgt geändert:

1. Nach Satz 3 wird folgender Satz 4 eingefügt:

„Bei der Festsetzung der offenen Sprechstunden ist das Bedürfnis einer ausreichenden vertragsärztlichen Versorgung in Akutfällen innerhalb ihrer Arztgruppe im jeweiligen Planungsbereich zu berücksichtigen.“

2. In dem neuen Satz 7 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.

3. Der folgende Satz wird angefügt:

„Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 werden bundeseinheitliche Regelungen zur Umsetzung einer möglichst gleichmäßigen zeitlichen Verteilung der Sprechstunden nach Satz 3 innerhalb der verpflichteten Arztgruppen im jeweiligen Planungsbereich getroffen.“

Artikel 9

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

- (1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich Absatz 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft.
- (2) Artikel 2 tritt am 1. Juli 2025 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Eine gut funktionierende und wirtschaftliche Notfall- und Akutversorgung ist essenzieller Bestandteil einer leistungsfähigen Gesundheitsversorgung. Für Menschen in einer akuten medizinischen Notlage ist es entscheidend, jederzeit unmittelbar Hilfe zu erhalten und hierbei auf eine qualitativ hochwertige Versorgung vertrauen zu können. Dies gilt gleichermaßen für den ambulanten wie auch für den stationären Sektor. Deutschland verfügt grundsätzlich über ein umfassend ausgebautes System der Akut- und Notfallversorgung einschließlich eines gut etablierten Rettungswesens. Die drei Versorgungsbereiche – vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste – sind jedoch besser zu vernetzen und aufeinander abzustimmen. Derzeit kommt es oftmals zu einer Fehlsteuerung, die zu einer Überlastung von Akteuren insbesondere der Notaufnahmen und des Rettungsdienstes führt. Diese werden auch in Fällen in Anspruch genommen, die in der ambulanten Versorgung abschließend hätten versorgt werden können. Gründe für Fehlsteuerungen können die fehlerhafte Einschätzung der Betroffenen sein, aber auch das Fehlen einer stabilen Vernetzung der Strukturen untereinander, die eine geregelte und verlässliche Übernahme von Hilfesuchenden durch andere Akteure erlaubt. Der Koalitionsvertrag für die 20. Legislaturperiode zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP sieht daher die Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für die Notfallversorgung vor.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Es werden daher gesetzliche Maßnahmen ergriffen, um die Steuerung der Hilfesuchenden zu verbessern. Ziel ist es, durch eine präzisere Steuerung die Notaufnahmen und den Rettungsdienst zu entlasten und Patientinnen und Patienten, die ambulant behandelt werden können, jederzeit in eine geeignete Versorgungsstruktur zu steuern.

Vernetzung der Rufnummern 116117 und 112; Stärkung der Akutleitstelle

Die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Rettungsleitstellen sollen sich flächendeckend unter Nutzung der Telematikinfrastruktur und ihrer Komponenten und Dienste digital vernetzen und die Übergabe von Hilfesuchenden einschließlich der bereits erhobenen personenbezogenen Daten wechselseitig ermöglichen. Die standardisierten Abfragesysteme müssen im Rahmen der Kooperation so aufeinander abgestimmt sein, dass eine klare und rechtssichere Überleitung von Hilfesuchenden möglich ist. Im Rahmen der Gesetzgebungskompetenz des Bundes werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, mit Rettungsleitstellen zu kooperieren, deren Träger eine solche Kooperation anstreben.

Um den mit der Vernetzung mit den Rettungsleitstellen zukünftig einhergehenden Anforderungen und dem erhöhten Gesprächsaufkommen gerecht zu werden, wird die bundesweit einheitliche Rufnummer 116117 der Kassenärztlichen Vereinigungen in Terminservicestellen und Akutleitstellen aufgeteilt und die damit einhergehende effizientere Steuerung der Hilfesuchenden finanziell weiter gestärkt. Es werden genaue Vorgaben zur Erreichbarkeit für die Akutleitstelle festgelegt und das Angebot von telemedizinischen Leistungen verpflichtend ausgebaut. Zur Förderung des Ausbaus dieser Strukturen stellen die Gesetzliche Krankenversicherung und die Kassenärztlichen Vereinigungen zusätzliche Mittel paritätisch durch eine pauschale Vorhaltefinanzierung bereit. Die privaten

Krankenversicherungsunternehmen sind in diese nunmehr schiedsfähigen Vertragsverhandlungen einzubeziehen und sollen sich angemessen an der Finanzierung beteiligen. Der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. bestimmt das Nähere zur Umsetzung der Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen.

Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen

Der neue Begriff der notdienstlichen Akutversorgung umfasst die vertragsärztliche Versorgung in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die notdienstliche Versorgung ist durchgängig, das bedeutet 24 Stunden täglich, sicherzustellen. Sie ist jedoch ausdrücklich auf eine Erstversorgung der Versicherten begrenzt.

Zur Sicherstellung einer medizinisch notwendigen Erstversorgung von Patientinnen und Patienten mit akutem ambulanten Behandlungsbedarf werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche sowohl eine telemedizinische als auch eine aufsuchende notdienstliche Versorgung bereitzustellen. Insbesondere das Angebot einer durchgehend verfügbaren – auch kinder- und jugendmedizinischen – Telemedizin kann andere Notfallstrukturen entlasten und Versorgungslücken schließen. Ergänzend werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, sich nunmehr an flächendeckend einzurichtenden Integrierten Notfallzentren zu beteiligen.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen wird ermöglicht, den aufsuchenden Dienst durch die Einbindung von qualifiziertem nichtärztlichem Personal oder durch Kooperationen mit dem Rettungsdienst zu entlasten und für das telemedizinische Angebot Kooperationen untereinander und mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einzugehen.

Die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages trägt zum einem zu einer bundesweit einheitlichen Qualität der notdienstlichen Akutversorgung bei. Zum anderen ermöglicht sie den Ländern, diese Versorgung im Rahmen der Rechtsaufsicht stärker einzufordern.

Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

Integrierte Notfallzentren werden flächendeckend etabliert. Zudem können an geeigneten Standorten Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche aufgebaut werden. Sie bestehen aus der Notaufnahme eines zugelassenen Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle und stellen rund um die Uhr eine bedarfsgerechte medizinische Erstversorgung zur Verfügung.

Zugelassene Krankenhäuser und die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen schließen als Kooperationspartner des Integrierten Notfallzentrums Vereinbarungen mit gesetzlich vorgegebenen Inhalten. Die Notaufnahme, die Notdienstpraxis und die Ersteinschätzungsstelle sind digital zu vernetzen, um eine medienbruchfreie Weitergabe von personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten zu ermöglichen.

Wesentliches Element des Integrierten Notfallzentrums ist die zentrale Ersteinschätzungsstelle, die Hilfesuchende der richtigen Struktur innerhalb des Integrierten Notfallzentrums zuweist. Perspektivisch soll dies über eine standardisierte, qualifizierte und digitale Ersteinschätzung geschehen, sobald eine solche als validiertes und patientensicheres Instrument zur Verfügung steht. Die Verantwortung für die Einrichtung der zentralen Ersteinschätzungsstelle obliegt grundsätzlich dem Krankenhaus; abweichende Vereinbarungen sind möglich. Für den Betrieb der zentralen Ersteinschätzungsstelle wird eine gesonderte fallbezogene Vergütung vorgesehen.

Gesetzliche Mindestöffnungszeiten für die Notdienstpraxis gewährleisten eine bundesweit einheitlichere notdienstliche Versorgung: Die Notdienstpraxis ist an Wochenenden und Feiertagen mindestens von 9 Uhr bis 21 Uhr, mittwochs und freitags mindestens von 14 Uhr bis 21 Uhr und montags, dienstags und donnerstags mindestens von 18 Uhr bis 21 Uhr zu

öffnen. Verkürzungen der Öffnungszeiten sind im Rahmen der Kooperationsvereinbarung möglich, wenn empirisch nachgewiesen wird, dass eine Öffnung auf Grund geringer Inanspruchnahme unwirtschaftlich ist. Die Kooperationsvereinbarung soll auch Regelungen für den Fall enthalten, dass die Notdienstpraxis die vorgegebenen Öffnungszeiten nicht einhält.

Die ambulante Akutversorgung soll für die Zeiten, in denen die Notdienstpraxis innerhalb der Sprechstundenzeiten der vertragsärztlichen Praxen nicht geöffnet hat, durch eng an das Integrierte Notfallzentrum angebundene Kooperationspraxen abgedeckt werden. Zu Zeiten, in denen weder die Notdienstpraxis noch die Kooperationspraxis geöffnet haben, übernimmt die Notaufnahme des Krankenhauses die gesamte ambulante notdienstliche Versorgung.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird beauftragt, in einer Richtlinie allgemeine Anforderungen an die sachliche oder personelle Ausstattung der Notdienstpraxen vorzugeben. So wird eine bundesweit einheitliche Qualität der Notdienstpraxen erreicht. Darüber hinaus erhält der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag, Vorgaben für ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument, das Entscheidungen über die Behandlungsdringlichkeit und die richtige Versorgungsebene des Integrierten Notfallzentrums generieren kann, zu beschließen.

Die Standorte für Integrierte Notfallzentren werden von den Selbstverwaltungspartnern nach bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben im erweiterten Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch innerhalb von sechs Monaten ab Inkrafttreten dieses Gesetzes festgelegt. Im Falle nicht fristgemäßer Einigung entscheidet das jeweilige rechtsaufsichtführende Land über die Standortfestlegung.

An Standorten, wo die Einrichtung von speziellen Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche etwa aus Kapazitätsgründen nicht möglich ist, wird eine telemedizinische Unterstützung von Integrierten Notfallzentren durch Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin gewährleistet.

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten von Notdienstpraxen mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten soll durch die Einführung von Versorgungsverträgen mit öffentlichen Apotheken verbessert werden. Diese Apotheken sollen grundsätzlich in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis liegen.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 Grundgesetz. Danach hat der Bund die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Änderungen im Apothekengesetz, in der Apothekenbetriebsordnung sowie im Arzneimittelgesetz folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 Grundgesetz (Recht des Apothekenwesens und Recht der Arzneien).

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Das Gesetz ist mit dem Recht der Europäischen Union und den völkerrechtlichen Verträgen, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat, vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

Die Notfallversorgung wird durch den Ausbau und die Stärkung ambulanter Notdienststrukturen, die verbindliche Vernetzung der Rufnummern 112 und 116117 sowie den flächendeckenden Aufbau von Integrierten Notfallzentren stabiler aufgestellt und insbesondere die Notaufnahmen der Krankenhäuser und der Rettungsdienst werden durch eine effizientere und bedarfsgerechte Patientensteuerung entlastet.

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Prozesse der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in der Notfallversorgung sollen bundesweit einheitlich geregelt und vereinfacht werden. Dies wird über die Vernetzung der Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigung und der Rettungsleitstellen mit verlässlichen Überleitungsmöglichkeiten von Hilfesuchenden und die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren, die eine verbindliche Zusammenarbeit von Notaufnahmen der Krankenhäuser und Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen beinhalten, umgesetzt.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Gesetzentwurf steht im Einklang mit den Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich Gesundheit, Lebensqualität, sozialem Zusammenhalt und sozialer Verantwortung im Sinne der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie, die der Umsetzung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen dient.

Mit den Regelungen des Gesetzentwurfes werden die Strukturen der Notfallversorgung weiterentwickelt und mit Unterstützung digitaler Instrumente zweckmäßig gestaltet. Dadurch ergeben sich Entlastungen der bisher bestehenden Strukturen, beziehungsweise werden die vorhandenen Ressourcen effektiver genutzt. Damit wird mit den Neuregelungen dieses Gesetzentwurfes vor allem das Nachhaltigkeitsziel Nummer 3 der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie („Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“) wirksam unterstützt. Der effektivere Einsatz vorhandener Finanzmittel stärkt das Gesundheitssystem. Durch eine gezieltere Nutzung der Notfalleinrichtungen wird deren Verfügbarkeit für die Patientinnen und Patienten verbessert und die Belastung des Personals reduziert. Vor diesem Hintergrund werden durch den Gesetzentwurf auch die Nachhaltigkeitsziele Nummer 9 („Eine widerstandsfähige Infrastruktur aufbauen, breitenwirksame und nachhaltige Industrialisierung fördern und Innovationen unterstützen“) und Nummer 5 („Sozialen Zusammenhalt in einer offenen Gesellschaft wahren und verbessern“) der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie maßgeblich unterstützt.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Mit den Neuregelungen der Notfallreform wird eine verbesserte Kooperation der drei Leistungsbereiche des Notdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Notaufnahmen der Krankenhäuser und des Rettungsdienstes erreicht.

Bund, Länder und Kommunen

Dem Bund entstehen durch die Reform keine Mehrausgaben. Die Haushalte der Länder und Kommunen werden durch die Kooperationsvereinbarungen zu den Gesundheitsleitsystemen, die durch eine Vernetzung der Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Rettungsleitstellen der Länder und Kommunen gebildet werden, allenfalls geringfügig belastet. Da eine Kooperation nur auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle entsteht, sind die Kosten nicht quantifizierbar. Investitionskosten für die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren entstehen den Ländern höchstens in geringfügigem Umfang, da in der Regel auf bereits vorhandene Strukturen in den Krankenhäusern aufgesetzt werden kann. Darüber hinaus stehen Mittel des Krankenhausstrukturfonds zur Verfügung, wodurch der Anteil des vom Land zu tragenden Betrages zusätzlich um die Hälfte reduziert würde.

Gesetzliche Krankenversicherung

Mehrausgaben

Mehrbedarf Integrierte Notfallzentren und digitale Vernetzung im Gesundheitsleitsystem

Die nicht durch das Vergütungssystem abgedeckten Mehrkosten für die Beteiligung an Integrierten Notfallzentren und die digitale Vernetzung im Rahmen des Gesundheitsleitsystems sind derzeit nicht quantifizierbar.

Ausbau des aufsuchenden Dienstes

Der verpflichtende Ausbau des aufsuchenden Dienstes nach § 75 Absatz 1b Satz 4 Nummer 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch auf einen 24-Stunden-Betrieb führt zu maximalen geschätzten Mehrausgaben für die gesetzlichen Krankenkassen von rund 105 Millionen Euro. Laut dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland entstehen den Kassenärztlichen Vereinigungen bereits heute durch die ihnen obliegende Finanzierung und Organisation des fahrenden Dienstes (zum Beispiel durch Kooperation mit externen Dienstleistern) für den ärztlichen Bereitschaftsdienst insgesamt jährliche Kosten von 70 Millionen Euro; bei Ausweitung des fahrenden Dienstes auf 24 Stunden können sich diese Kosten verdreifachen. Davon übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung maximal die Hälfte der Kosten in Höhe von 105 Millionen Euro.

Mehrbedarf Akutleitstelle

Die prognostizierten Mehrausgaben für die Erweiterung der Aufgaben der Akutleitstelle können mangels konkreter Daten nur geschätzt werden. Legt man die verfügbaren Zahlen und Hochrechnungen zugrunde, werden insgesamt Mehrausgaben von 90 Millionen Euro angenommen. Auf der Basis einer konkreten Schätzung des Personalbedarfs ergibt sich eine Summe von 71,5 Millionen Euro. Diese Summe enthält Mehrbedarfe an ärztlichem Personal (Beratungsärzte rund um die Uhr), eine zusätzliche Führungskraft sowie eine Erhöhung des Personals an den Telefonen der Rufnummer 116117 um 30 Prozent. Unter der Annahme, dass 80 Prozent der Gesamtkosten Personalkosten sind, ergibt sich ein Gesamtbedarf von rund 90 Millionen Euro.

Durch die Vereinbarungen nach § 105 Absatz 1b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch werden die durch den Gesetzentwurf verursachten Investitionen sowie die zusätzlichen laufenden Kosten für die Errichtung und der Betrieb der Akutleitstellen, das telemedizinische ärztliche Beratungsangebot, die Vorhaltekosten für den aufsuchenden Fahrdienst sowie die Vernetzung mit den Rettungsleitstellen gefördert und zu höchstens 50 Prozent von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen. Diese Kosten sind der fallbezogenen Vergütung über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab in der Regel nicht zugänglich, da die Identität der Hilfesuchenden, insbesondere die Krankenkasse, nicht eindeutig geklärt werden kann oder auch Dritte, oft Angehörige, die Akutleitstelle kontaktieren. Da die über § 105 Absatz 1b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch finanzierten Leistungen allen Hilfesuchenden unabhängig vom Versicherungsstatus zu Gute kommen, werden die privaten Krankenversicherungsunternehmen in die Verhandlungen einbezogen. Eine Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen reduziert den Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung zu tragen hat.

Diese geschätzten maximalen Mehrkosten für die gesetzliche Krankenversicherung könnten auch geringer ausfallen, soweit bereits nach derzeitiger Rechtslage beispielsweise der Betrieb der Terminservicestellen nach § 105 Absatz 1a Satz 3 Nummer 7 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch und der fahrende Bereitschaftsdienst nach § 105 Absatz 1b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch über zusätzliche Mittel finanziert wird, die von der gesetzlichen Krankenversicherung den Kassenärztlichen Vereinigungen bereitgestellt werden. Aufgrund unterschiedlicher Fördermodelle in den Kassenärztlichen Vereinigungen sind diese jedoch nicht

bundesweit quantifizierbar, aber in jeder Kassenärztlichen Vereinigung bei den Mehrkosten mindernd zu berücksichtigen. Zudem können die Kassenärztlichen Vereinigungen aufgrund bisheriger Rechtslage von den Bereitschaftsdiensten eine Strukturpauschale als Kostenbeteiligung für die von ihr bereitgestellten Strukturen im ärztlichen Bereitschaftsdienst (Förderung für diensthabende Ärzte, Fahrservice, Leitstellenvermittlung *et cetera*) in Form eines prozentualen Anteils der erwirtschafteten EBM-Honorare der diensttuenden Ärztinnen und Ärzten einbehalten. Darüber hinaus können die Kassenärztlichen Vereinigungen Sicherstellungsumlagen von allen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erheben. Auch diese Sicherstellungs- und Strukturumlagen sind landesspezifisch unterschiedlich und deshalb bundesweit nicht zu quantifizieren, aber mindernd einzukalkulieren.

Entlastungen

Diesen zusätzlichen Ausgaben stehen jedoch erhebliche finanzielle Entlastungen für die gesetzliche Krankenversicherung aufgrund der Vernetzung der Akut- und Rettungsleitstellen gegenüber, die sich durch eine verbesserte Steuerung von Versicherten und damit gezieltere Nutzung der Notfalleinrichtungen ergeben. Die Vernetzung der Akut- und Rettungsleitstellen führt zu einer deutlich steigenden Abgabe von Fällen der Rettungsleitstellen, die zu einem Rettungseinsatz geführt hätten, an die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Entlastungen leiten sich wie folgt her. Gegenwärtig werden in den meisten deutschen Rettungsleitstellen fast keine Anrufe an die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen abgegeben. Angenommen wird eine Abgabequote von 1.000 Fällen pro eine Million Einwohner pro Jahr.

In gut ausgebauten Systemen wird eine Steigerung dieser Quote auf bis zu 20.000 Fälle pro eine Million Einwohner pro Jahr prognostiziert. Geht man vorsichtig geschätzt von einer Steigerung um 14.500 Fälle aus, entspricht dieses bei 99.000 Einsätzen pro eine Million Einwohner pro Jahr des Rettungsdienstes (ohne Krankentransport) (8,23 Millionen Fälle pro Jahr insgesamt in Deutschland) einem möglichen Anteil von bis zu 14,5 Prozent potenziellen Abgaben an die Kassenärztliche Vereinigung.

In einer Hochrechnung ergibt sich eine Zahl von bundesweit rund 1,2 Millionen Fälle pro Jahr, die von den Rettungsleitstellen an die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen abgegeben werden könnten.

Im Ergebnis kann bei Gesamtausgaben von 5,793 Millionen Euro pro Jahr im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und einer Reduktion der Einsätze von 14,5 Prozent von Minderausgaben im Bereich der Fahrkosten von 834 Millionen Euro ausgegangen werden, die durch die Vernetzung von Akut- und Rettungsleitstellen und die damit verbundene Abgabe von Fällen von Rettungsleitstellen an die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen entstehen.

Durch den Verzicht auf den Transport des Rettungsdienstes ergeben sich weitere geschätzte Minderausgaben in Höhe von 240 Millionen Euro aufgrund vermiedener stationärer Behandlungen im Krankenhaus.

Da nach § 133a Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch die Vernetzung auf Wunsch der Rettungsleitstellen erfolgt, ist nicht davon auszugehen, dass das oben genannte Einsparungspotential sofort in voller Höhe von rund einer Milliarde Euro realisiert werden kann. Es wird daher angenommen, dass im ersten Jahr etwa 30 Prozent der Rettungsleitstellen die Kooperation mit den Kassenärztlichen Vereinigungen eingehen. Weiterhin wird angenommen, dass sich der Anteil der kooperierenden Rettungsleitstellen im zweiten und im dritten Jahr jeweils um weitere 30 Prozent erhöht und somit ab dem vierten Jahr mit dauerhaften jährlichen Einsparungen der vollen Höhe gerechnet werden kann.

Weiteres Einsparpotential ergibt sich durch die telefonischen und telemedizinischen Beratungen durch Ärztinnen und Ärzte in den Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese können in gut ausgebauten Systemen, wie beispielsweise dem der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, bis zu 70 Prozent der Hilfeersuchen fallabschließend beraten, sodass für diese keine weitere Vorstellung in Notdienststrukturen erforderlich wird. Dadurch können sowohl die Zahl der Hausbesuche als auch der Selbstvorstellungen in den Notaufnahmen gesenkt werden.

Insgesamt kann durch diese Maßnahmen, die mit den Regelungen zur Notfallreform vorgesehen werden, langfristig mit jährlichen Einsparungen von rund 900 Millionen Euro gerechnet werden.

Finanzwirkung der Notfallreform für die GKV in Millionen Euro		2025	2026	2027	2028
Mehrausgaben					
Ausbau des aufsuchenden Dienstes	105	105	105	105	105
Mehrbedarf Akutleitstelle	45	45	45	45	45
Einsparungen					
Durch Abgabe vom Rettungsdienst an die KV	834	30%	60%	90%	100%
Durch Vermeidung von Folgekosten nach Transport	240	250	500	751	834
		72	144	216	240
Saldo		172	494	817	924

4. Erfüllungsaufwand

Organisatorischer Erfüllungsaufwand entsteht durch die Verhandlungen von Kooperationsvereinbarungen zwischen den Rettungsleitstellen der Länder und Kommunen und den Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 76 Absatz 1d Fünftes Buch Sozialgesetzbuch sowie den Kooperationsvereinbarungen nach § 123 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch für die Bildung der Integrierten Notfallzentren zwischen den Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen. In beiden Fällen werden Kooperationsvereinbarungen mit sehr ähnlichen Inhalten geschlossen; von großen Synergieeffekten bei den jeweiligen Verhandlungspartnern ist somit auszugehen. Daneben wird durch die Erweiterung von Gremien (§ 90 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) Erfüllungsaufwand entstehen.

Diesen zusätzlichen Ausgaben stehen erhebliche finanzielle Entlastungen der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber, die sich durch eine verbesserte Steuerung von Versicherten und damit der gezielteren Nutzung der Notfalleinrichtungen ergibt. Durch die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen werden die Rettungsdienste entlastet. Insbesondere durch die fallabschließende ärztliche Beratung nach § 75 Absatz 1b Satz 4 Nummer 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch kommt es zu einer Verminderung der Inanspruchnahme von Notaufnahmen, Integrierten Notfallzentren und Hausbesuchsdiensten. Durch beide Maßnahmen werden auch stationäre Aufenthalte verringert.

Durch die Neuregelungen entsteht kein neuer Erfüllungsaufwand für die Bürgerinnen und Bürger. Die Bürgerinnen und Bürgern werden vielmehr durch die Neustrukturierung der medizinischen Notfallversorgung bei der Suche nach Hilfe in medizinischen Akut- und Notfällen deutlich entlastet.

Bei der Errichtung der Integrierten Notfallzentren ist davon auszugehen, dass dies größtenteils in den bestehenden Strukturen (Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern) der Krankenhäuser geschieht. Es wird damit gerechnet, dass insgesamt bundesweit circa 700 Integrierte Notfallzentren gebildet werden. Bereits jetzt sind die meisten der Notdienstpraxen an oder in Krankenhäusern angesiedelt, eine Standortverlegung wird daher nur in Einzelfällen erforderlich sein.

Bei den Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche muss davon ausgegangen werden, dass diese fast ausschließlich an Krankenhäusern entstehen, die auch über ein Integriertes Notfallzentrum verfügen. Ein zusätzlicher Aufwand für die Errichtung besteht somit nur marginal.

Der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen für die Integrierten Notfallzentren führt bei den Krankenhäusern zu einem geschätzten einmaligen Erfüllungsaufwand von etwa 500.000 Euro. Weitere 500.000 Euro als einmaliger Erfüllungsaufwand entstehen bei den Krankenhäusern durch die Ausschreibung von Versorgungsverträgen nach § 12b Apothekengesetz. Für den Unterhalt der Organisationsgremien an den Integrierten Notfallzentren nach § 123a Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch entsteht den Krankenhäusern insgesamt ein laufender Erfüllungsaufwand von rund einer Million Euro pro Jahr.

Bei den Landeskrankenhausesgesellschaften entsteht im Zusammenhang mit der Erweiterung der Aufgaben der Landesausschüsse nach § 90 Absatz 4a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 217.000 Euro.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die für die unterschiedlichen Berichtspflichten erforderlichen Rohdaten automatisch erfasst werden und für die jeweiligen Berichte lediglich zusammengefasst und aufbereitet werden müssen.

Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand durch

- den Abschluss der Kooperationsvereinbarungen mit den Krankenhäusern über die Integrierten Notfallzentren in Höhe von etwa 623.000 Euro,
- den Abschluss der Kooperationsvereinbarungen mit den Rettungsleitstellen über die Gesundheitsleitsysteme in Höhe von etwa 214.000 Euro.

Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen entsteht im Zusammenhang mit der Erweiterung der Aufgaben der Landesausschüsse nach § 90 Absatz 4a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von jeweils rund 228.000 Euro.

Durch die Einrichtung der Organisationsgremien an den Integrierten Notfallzentren nach § 123a Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch entsteht den Kassenärztlichen Vereinigungen insgesamt ein laufender Erfüllungsaufwand von rund 1.250.000 Euro pro Jahr.

Bei den jeweiligen Berichtspflichten für die Verwaltung ist grundsätzlich davon auszugehen, dass die erforderlichen Rohdaten automatisch erfasst werden und für die jeweiligen Berichte lediglich zusammengefasst und aufbereitet werden müssen.

Aus der Berichtspflicht zur Evaluation der Tätigkeit der Terminservicestellen und der Akutleitstellen nach § 75 Absatz 1f Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ergibt sich für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen ein jährlicher Aufwand von 10.000 Euro.

Aus der Berichtspflicht über den jeweiligen Stand der Vereinbarungen nach § 105 Absatz 1b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ergibt sich für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen insgesamt ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 10.000 Euro.

Abschließend entsteht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenärztlichen Vereinigungen ein Erfüllungsaufwand aufgrund der Berichtspflicht über die Anzahl und den jeweiligen Stand der Vereinbarungen zu Gesundheitsleitstellen zwischen Rettungsleitstellen und Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 133a Absatz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch. Der jährliche Erfüllungsaufwand dafür beträgt etwa 10.000 Euro.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhausträgern entsteht im Rahmen der Ausschreibung eines Versorgungsvertrages nach § 12b Apothekengesetz ein Erfüllungsaufwand. Es wird damit gerechnet, dass insgesamt bundesweit circa 700 Integrierte Notfallzentren gebildet und somit circa 700 Versorgungsverträge abgeschlossen werden könnten. Da es 17 Kassenärztliche Vereinigungen in Deutschland gibt, ist von großen Synergieeffekten bei den Ausschreibungen auszugehen. Daher wird angenommen, dass bei einem mittleren Lohnsatz von circa 50 Euro pro Stunde die Kosten für die erstmalige Ausschreibung bei ungefähr 1,5 Millionen Euro liegen.

Wenn der Versorgungsvertrag beispielsweise durch Ablauf der Vertragslaufzeit erneut ausgeschrieben wird, werden Kosten in Höhe von ungefähr 2000 Euro pro erneute Ausschreibung angenommen, da auf die Erfahrungen der vorherigen Ausschreibung einfließen können.

Es wird geschätzt, dass der Anteil der Kosten einer erstmaligen Ausschreibung für die Krankenhausträger bei circa 500.000 Euro liegt und dass der Anteil der Kosten einer erstmaligen Ausschreibung für die Kassenärztlichen Vereinigungen bei circa einer Million Euro liegt.

5. Weitere Kosten

Keine. Vielmehr ist durch eine verbesserte Steuerung und damit gezieltere Nutzung der Notfalleinrichtungen davon auszugehen, dass sich finanzielle Entlastungen für das Gesundheitssystem ergeben.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Nachteilige Auswirkungen für Verbraucherinnen und Verbraucher oder nachteilige gleichstellungspolitische oder demografische Auswirkungen sind nicht zu erwarten. Gleichwertige Lebensverhältnisse werden durch die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie eine flächendeckende Einführung von Gesundheitsleitstellen und Integrierten Notfallzentren gefördert.

VII. Befristung; Evaluierung

Eine Befristung erfolgt nicht. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung evaluiert die Tätigkeit der Akutleitstellen nach § 75c Fünftes Buch Sozialgesetzbuch einschließlich der Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit über die Anzahl und den Stand der Kooperationsvereinbarungen der eingerichteten Gesundheitsleitsysteme. Die Kassenärztlichen Vereinigungen evaluieren die Versorgung in den Integrierten Notfallzentren. Die Ergebnisse werden über die Kassenärztliche Bundesvereinigung dem Bundesministerium für Gesundheit berichtet.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 73b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Die Einbindung von Notaufnahmen im Rahmen Integrierter Notfallzentren in den Notdienst wird nunmehr in § 123 Absatz 1 Satz 3 geregelt.

Zu Nummer 2 (§ 75)

Es finden für die Umsetzung der Notfallreform erforderliche Anpassungen statt.

Zu Buchstabe a

Es handelt sich insgesamt um Folgeänderungen zu der neuen Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen, eine Akutleitstelle nach Absatz 1c zu betreiben.

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Streichung wird eine redaktionelle Anpassung vorgenommen, da auf das Datum zur Einführung verzichtet werden kann und die Terminservicestellen bereits seit dem Jahr 2020 aktiv sind. Aufgrund der organisatorischen Trennung der Aufgaben der Terminservicestellen und der Akutleitstellen ist eine tägliche Erreichbarkeit der Terminservicestellen an 24 Stunden künftig nicht mehr erforderlich. Daher wird zur Entlastung der Kassenärztlichen Vereinigungen geregelt, dass die Terminservicestellen an Werktagen unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 116117 erreichbar sein müssen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen bieten zudem überwiegend auch digitale Angebote an. Damit jedoch alle Versicherte unabhängig vom Bereich der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zu den gleichen Bedingungen die Möglichkeit haben, Termine zu buchen, wird eine Konkretisierung hinsichtlich der digitalen Angebote vorgenommen.

Da nunmehr eine Kooperationsverpflichtung der Akutleitstellen mit den Rettungsleitstellen in Absatz 1c Satz 5 vorgesehen ist, entfällt die Regelung der Kooperationsmöglichkeit der Terminservicestellen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Es handelt sich um eine Folgeänderung der Einführung der Akutleitstellen.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Bisher hatten die Terminservicestellen die Aufgabe, Versicherten in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene, in geeigneten Fällen auch in Form einer telefonischen ärztlichen Konsultation, zu vermitteln. Diese Aufgabe wird nunmehr der neuen Akutleitstelle nach Absatz 1c übertragen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Zu Dreifachbuchstabe aaa und bbb

Die Regelung, wann für die Vermittlung eines Termins bei einer Fachärztin oder bei einem Facharzt durch die Terminservicestelle ausnahmsweise auf eine Überweisung verzichtet werden kann, wird sprachlich angepasst. Künftig entfällt das Überweisungserfordernis nach einer Behandlung in einem Integrierten Notfallzentrum. Inhaltlich bleibt es die Aufgabe der Terminservicestelle, Versicherten ohne Überweisungserfordernis Termine zu vermitteln, sollte sich nach Inanspruchnahme eines Integrierten Notfallzentrums ein weiterer Behandlungsbedarf ergeben haben. Dies ist eine Folgeanpassung zur flächendeckenden Einführung von Integrierten Notfallzentren.

Zu Dreifachbuchstabe ccc

Da nunmehr die Akutleitstellen die Ersteinschätzung durchführen, wird der Entfall des Überweisungserfordernisses in Absatz 1c überführt.

Zu Doppelbuchstabe dd

Um die Erreichbarkeit der Terminservicestellen patientenfreundlich in allen Bundesländern einheitlich und auf einem hohen Niveau zu gewährleisten, werden im Bundesmantelvertrag - Ärzte entsprechende Regelungen festgelegt.

Zu Doppelbuchstabe ee

Diese entsprechenden Regelungen werden in den neuen Absatz 1e wortgleich überführt.

Zu Doppelbuchstabe ff

Es wird geregelt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen Integrierten Notfallzentren im Bedarfsfall eine Terminbuchung bei Vertragsärzten ermöglichen müssen. Ziel ist es, die notwendige Weiterversorgung sicherzustellen und eine erneute Inanspruchnahme der Notdienststrukturen zu vermeiden.

Zu Buchstabe b

Der neue Begriff der notdienstlichen Akutversorgung umfasst die vertragsärztliche Versorgung in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die notdienstliche Versorgung ist durchgängig, das bedeutet 24 Stunden täglich an sieben Tagen der Woche, sicherzustellen. Sie ist jedoch ausdrücklich auf eine Erstversorgung der Versicherten, also auf die kurzfristig erforderliche Behandlung sowie alle medizinisch gebotenen Maßnahmen der Diagnostik zur Klärung der Dringlichkeit und zum Ausschluss eines dringenden weitergehenden Versorgungsbedarfes und der überbrückenden Therapie von akuten Beschwerden, begrenzt. Sie umfasst aber auch die Feststellung einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit sowie die Verordnung von kurzfristig benötigten Arzneimitteln.

Entsprechend der bisherigen Rechtslage wird die notdienstliche Akutversorgung als vertragsärztliche Leistung erbracht.

In Satz 3 wird konkretisiert, welche Strukturen die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen des Notdienstes gewährleisten müssen. Sie haben die notdienstliche Akutversorgung künftig insbesondere durch die Beteiligung an Integrierten Notfallzentren sowie durch ein telemedizinisches und ein aufsuchendes Versorgungsangebot sicherzustellen. Mit diesen Angeboten werden neben den zugelassenen und ermächtigten Leistungserbringern zusätzliche zentrale Anlaufstellen der vertragsärztlichen Versorgung in Not- oder Akutfällen geschaffen. Damit bleibt aber die Möglichkeit unberührt, dass in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist, diese Behandlung prioritär durch verfügbare zugelassene und ermächtigte Leistungserbringer in der Regelversorgung umfassend erfolgt. Nur bei Inanspruchnahme der aufgrund von Absatz 1b Satz 4 geschaffenen notdienstlichen Strukturen ist die Behandlung auf eine Erstversorgung beschränkt. Durch die Formulierung „insbesondere“ in Absatz 1b Satz 4 wird klargestellt, dass es neben diesen nicht abschließend aufgezählten Versorgungsangeboten weiterhin den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt, eine hinreichende fachärztliche notdienstliche Versorgung, zum Beispiel durch Augenärztinnen und -ärzte, zu gewährleisten. Soweit eine entsprechende Versorgung durch die in Absatz 1b Satz 4 aufgezählten Angebote nicht sichergestellt werden kann, sind (fachärztliche) Notdienststrukturen – insbesondere zu den sprechstundenfreien Zeiten – zu schaffen oder aufrecht zu erhalten.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, sich an flächendeckend einzurichtenden Integrierten Notfallzentren zu beteiligen und die jeweilige Notaufnahme des zugelassenen Krankenhauses unmittelbar in den ambulanten Notdienst gemäß § 123 Absatz 1 Satz 3 einzubinden (Nummer 1). Wie bereits heute gilt dann das jeweilige zugelassene Krankenhaus als zur vertragsärztlichen Versorgung gehörig und unterliegt diesbezüglich nicht den Einschränkungen des § 76 Absatz 1 Satz 2; es kann selbständig eine

notdienstliche ambulante Erstversorgung erbringen und diese auch vertragsärztlich abrechnen; dies ergibt sich aus Absatz 1b Satz 9.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben darüber hinaus sicherzustellen, dass Ärztinnen und Ärzte jederzeit für eine telefonische oder videounterstützte Versorgung erreichbar sind. Dabei kann es sich um Ärztinnen und Ärzte der Akutleitstelle (Beratungsärztinnen und -ärzte) oder anderer Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung handeln (Nummer 2). Die Versorgung erfolgt durch einen über die Akutleitstelle vermittelten telefonischen oder videounterstützten Kontakt. Sie kann als Videosprechstunde nach § 365 erbracht und nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab abgerechnet werden. Zur Finanzierung des Ausbaus der technischen und personellen Ausstattung und einer rund um die Uhr zu gewährleistenden telefonischen und videounterstützten ärztlichen Beratungsleistung müssen die entsprechenden Selbstverwaltungspartner gegebenenfalls zusätzliche Mittel über den nunmehr schiedsfähigen § 105 Absatz 1b zur Verfügung stellen. Zur weiteren Entlastung der Kassenärztlichen Vereinigungen und zur Erreichung von Synergieeffekten sollen diese untereinander und mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kooperieren, da entsprechende Leistungen auch dezentral erbracht werden können. Die Akutleitstelle kann integrierten Notfallzentren nach § 123 durch die Angebote telefonischer Konsilien oder telemedizinischer Konsilien nach § 367 bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen unterstützen. Diese zusätzlichen Angebote führen insgesamt zu einer erheblichen Entlastung sonstiger Notfallstrukturen.

Speziell mit Blick auf die demographische Bevölkerungsentwicklung ist ein aufsuchender Dienst, der täglich an 24 Stunden angeboten werden muss, und ein telefonisches beziehungsweise videounterstütztes Versorgungsangebot notwendig für eine bedarfsgerechte notdienstliche Versorgung (Nummer 3). Insbesondere soll diese Versorgung auch auf die besonderen Belange von Pflegebedürftigen eingehen und Versorgungslücken für immobile Patientinnen und Patienten schließen. Unter anderem können dadurch Fahrten in die Notaufnahmen der Krankenhäuser reduziert (durch Klärung der Transportnotwendigkeit oder Behandlung vor Ort) werden. Die Organisation der notdienstlichen Versorgung obliegt der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Zur personellen und wirtschaftlichen Entlastung wird den Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechend ermöglicht, hierzu Kooperationen mit dem Rettungsdienst einzugehen und diese Leistung auch durch nichtärztliches Personal im Rahmen ärztlicher Delegation nach § 28 Absatz 1 zu erbringen.

Satz 9 und 10 entsprechen Absatz 1b Satz 5 und 6 des geltenden Rechts.

Satz 11 entspricht Absatz 1b Satz 7 des geltenden Rechts. Damit wird an der Vorgabe festgehalten, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch treten sollen. Auch im Rahmen der Organisation der notdienstlichen Versorgung muss es das Ziel sein, die Versorgung von Versicherten mit Arzneimitteln nach Möglichkeit zu erleichtern.

Zu Buchstabe c

Zu Absatz 1c

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben nunmehr unter derselben bundesweiten Rufnummer nach Absatz 1a Satz 2 zusätzlich zu den Terminservicestellen sogenannte Akutleitstellen nach Absatz 1c einzurichten. Diese dienen als zentrale erste Anlaufstelle für Personen, die von einer sofortigen ambulanten Behandlungsnotwendigkeit ausgehen. Die Akutleitstellen sind verpflichtet, Kooperationen nach § 133a mit den Rettungsleitstellen unter der Rufnummer 112 einzugehen, um bedarfsgerecht in die angemessene Versorgungsstruktur zu steuern. Als entscheidende Voraussetzung, dass eine Vernetzung mit den Rettungsleitstellen gelingen kann, finden konkrete Erreichbarkeitsvorgaben für die Akutleitstelle Einzug in den Sicherstellungsauftrag. Hier werden die Empfehlungen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung aufgegriffen

und gesetzlich festgelegt, dass bei der Akutleitstelle die Wartezeit auf eine Ersteinschätzung maximal drei Minuten in 75 Prozent aller Anrufe und maximal zehn Minuten in 95 Prozent aller Anrufe betragen darf. Letztgenanntes verhindert, dass Anrufende sich lediglich aufgrund zu langer Wartezeiten („Warteschleife“) an den Notruf 112 wenden. Es obliegt der Rechtsaufsicht der Länder, diese Vorgaben zu kontrollieren. Zusätzlich sind die Akutleitstellen 24 Stunden täglich über digitale Angebote erreichbar. Zur Anpassung an die Neuregelung der Erreichbarkeit ist ein Übergangszeitraum von sechs Monaten notwendig. Diese Übergangsfrist soll es den Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglichen, das für die vorgeschriebenen Erreichbarkeitszeiten gegebenenfalls erforderliche zusätzliche Personal bereitzustellen.

Die Akutleitstellen vermitteln auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens bei sofortiger Behandlungsbedürftigkeit und in geeigneten Fällen primär unmittelbar in die vertragsärztliche Regelversorgung (Akuttermin bei einer in zumutbarer Nähe gelegenen Praxis, Termin zur Videosprechstunde bei einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt, Vermittlung in offene Sprechstunden, Hausbesuche). Eine Überweisung oder ein Vermittlungscode sind in diesen Fällen nicht notwendig.

Wenn durch die Akutleitstelle keine rechtzeitige oder zumutbare ambulante Behandlung in der Regelversorgung vermittelt werden kann, stehen die nach Absatz 1b Satz 4 vorgesehenen Angebote der Akutversorgung zur Verfügung. Hier wird die bereits bestehende Verpflichtung, in geeigneten Fällen eine telefonische ärztliche Konsultation anzubieten, erweitert auf videounterstützte Verfahren. Liegt ein lebensbedrohlicher Notfall vor, bei dem der Anrufer eigentlich die Notrufnummer 112 hätte wählen müssen, leitet die Akutleitstelle den Anrufer unmittelbar an die Rettungsleitstelle weiter.

Ergibt die Ersteinschätzung keine sofortige Behandlungsbedürftigkeit beziehungsweise einen Akutfall, so gilt bei einem sonstigen Behandlungsbedarf nach wie vor Absatz 1a.

Um zukünftig möglichst viele Kooperationen zwischen der Akutleitstelle und den Rettungsleitstellen zu erreichen, werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, mit den Rettungsleitstellen der Länder auf deren Antrag nach § 133a zu kooperieren. Eine Verpflichtung der Rettungsleitstellen wird nicht vorgesehen.

Zu Absatz 1d

Der neue Absatz 1d stellt klar, dass sowohl die Terminservicestellen als auch die Akutleitstellen personenbezogene Daten der Anrufenden zur Erfüllung ihrer Aufgaben verarbeiten und für die Dauer von zehn Jahren speichern dürfen. Diese Daten können beispielsweise zur Abwehr von Haftungsfällen, zur Qualitätssicherung für das gemeinsame Qualitätsmanagement nach § 133a Absatz 3, oder zum besseren Umgang und zur Identifikation von häufig Anrufenden dienen.

Zu Absatz 1e

Absatz 1e entspricht Absatz 1a Satz 23 und 24 des geltenden Rechts.

Zu Absatz 1f

Die vertragszahnärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (zahnärztlicher Notdienst) bleibt von der Neufassung der notdienstlichen Akutversorgung in den Absätzen 1a bis 1e unberührt. Eine Änderung des bislang bestehenden Sicherstellungsauftrags der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen für den zahnärztlichen Notdienst und der damit verbundenen Pflichten erfolgt nicht. Es wird lediglich klargestellt, dass die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Versicherten dennoch bundesweit einheitlich im Internet über die Sprechstundenzeiten sowie barrierefreie Zugangsmöglichkeiten zu informieren haben.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine Verweiskorrektur.

Zu Nummer 3 (§ 76)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuregelung der Akutleitstelle in § 75 Absatz 1c. Die Inanspruchnahme einer Notaufnahme für auf die Erstversorgung folgende weitere Behandlungen soll nur noch für die Vermittlungen der Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 7 in eine Notaufnahme möglich sein.

Zu Nummer 4 (§ 87)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Regelung der Akutleitstelle in § 75 Absatz 1c.

Zu Nummer 5 (87a)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung der Akutleitstelle in § 75 Absatz 1c.

Zu Nummer 6 (§ 90)

Zu Buchstabe a

Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden wirken auch für die neuen Aufgaben nach §§ 123, 123a und 123b im erweiterten Landesausschuss beratend mit. Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung und das Recht zur Antragstellung, damit die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde ihre versorgungs- und planungsrelevanten Erkenntnisse bestmöglich in die Beratungen einbringen kann.

Zu Buchstabe b

Der neue Absatz 4a regelt den erweiterten Landesausschuss und das Verfahren bezüglich seiner Aufgaben.

Der erweiterte Landesausschuss nach dem bisherigen § 116b Absatz 3 erhält mit der Standortfestlegung von Integrierten Notfallzentren und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 neue Aufgaben und wird systematisch neu verortet. Es kommt auch die Aufgabe nach § 123 Absatz 6, die Konzeption und Koordinierung der telemedizinischen Unterstützung von Integrierten Notfallzentren, an deren Standort kein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche vorhanden ist, hinzu.

Der Landesausschuss nach Absatz 1 wird als erweiterter Landesausschuss um Vertreter der Krankenhäuser in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und die Vertreter der Ärzte vorgesehen ist. Die dem erweiterten Landesausschuss durch die Wahrnehmung seiner neuen Aufgaben entstehenden Kosten werden zur Hälfte von den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie zu je einem Viertel von den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankengesellschaft getragen. Im Zusammenhang mit den Aufgaben nach § 123 Absatz 6, 123a Absatz 1 sowie § 123b Absatz 1 erhalten Vertreter der Leistungserbringer im Rettungsdienst ein Anhörungsrecht. Kommt die Festlegung nach § 123a Absatz 1 oder § 123b Absatz 1 ganz oder teilweise nicht fristgemäß zustande, setzt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde unverzüglich eine angemessene Nachfrist, die sechs Wochen nicht überschreiten darf. Ist auch die Nachfrist ergebnislos verstrichen, erfolgt die Festlegung durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der Nachfrist. Der erweiterte Landesausschuss stellt

die hierfür erforderlichen Informationen, Unterlagen und Stellungnahmen unverzüglich zur Verfügung. Der Ablauf der Frist zur Ersatzvornahme wird bis zum Eingang der angeforderten Informationen, Stellungnahmen und Unterlagen unterbrochen. Die Festlegung der Standorte nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 sind regelmäßig zu überprüfen. Bei Veränderungen der tatsächlichen Gegebenheiten, etwa in dem Fall, dass ein Krankenhausstandort Kriterien nach § 123a Absatz 1 Satz 3 bis 5 nicht mehr erfüllt, die für seine Bestimmung wesentlich waren, kann eine neue Standortfestlegung beschlossen werden.

Zu Nummer 7 (§ 90a)

Vertreter des Rettungsdienstes werden explizit als mögliche Mitglieder in die Regelung der gemeinsamen Landesgremien nach § 90a aufgenommen. Dies geschieht, um die Expertise der Rettungsdienste insbesondere bei Empfehlungen zur sektorenübergreifenden Notfallversorgung mit einzubinden und die Mitspracherechte für sie als wichtige Akteure der Notfallversorgung zu erweitern. Aufgrund der unterschiedlichen landesrechtlichen organisatorischen Ausgestaltung des Rettungsdienstes obliegt es den Ländern, die konkreten Mitglieder in Abstimmung mit der landesrechtlichen Verantwortung für Rettungsleitstellen und Leistungserbringung im Rettungsdienst zu benennen.

Zu Nummer 8 (§ 105)

Grundsätzlich sind Förderungen von Eigeneinrichtungen nach Absatz 1c – wozu auch die Eigeneinrichtungen des Notdienstes zählen – bereits über Absatz 1a Satz 3 Nummer 4 über den Strukturfonds möglich. Nach Absatz 1b können zudem bereits jetzt zusätzliche Mittel zweckgebunden zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes bereitgestellt werden. Von dieser Möglichkeit ist aber nur in geringem Umfang Gebrauch gemacht worden. Vor dem Hintergrund des Ausbaus und der Vernetzung der Leitstellen, der Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages und der Einrichtung sektorenübergreifender Behandlungsstrukturen müssen daher 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. Die Förderung wird dadurch begrenzt, dass der Betrag in gleicher Höhe von den beiden Vertragsparteien bereitzustellen ist.

Die privaten Krankenversicherungsunternehmen müssen in die Vertragsverhandlungen einbezogen werden, um eine finanzielle Beteiligung an der Förderung der Strukturen des Notdienstes in angemessener Höhe zu erreichen. Medizinische Notfälle ergeben sich unabhängig vom Versicherungsstatus und es ist insofern sinnvoll, übergreifende Strukturen zu schaffen. Zwar dient beispielsweise die von der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 75 Absatz 1c eingerichtete Akutleitstelle der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung von Versicherten und insofern nicht unmittelbar für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen. Dennoch sollte die Akutleitstelle auch für diesen Personenkreis weiterhin nutzbar sein. Eine entsprechende Beteiligung an der Finanzierung ist daher angezeigt. Der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. bestimmt das Nähere zur Umsetzung der Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen. Der Betrag, den die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam zur Verfügung stellen müssen, wird um den Betrag gemindert, den die privaten Krankenversicherungsunternehmen bereitstellen.

Förderfähig sind dabei zunächst die Strukturen nach §§ 75 Absatz 1b Satz 4 Nummer 2 und 3, 75 Absatz 1c und 133a; hierzu zählen insbesondere die Errichtung und der Betrieb der Akutleitstellen, inklusive der Vorhaltung des Personals zur Ersteinschätzung und von Beratungsärztinnen und -ärzten, der aufsuchende Dienst und Maßnahmen zur digitalen Vernetzung der Akutleitstelle mit den Rettungsleitstellen. Darüber hinaus sind die integrierten Notfallstrukturen nach §§ 123 bis 123b förderfähig; hierzu zählen insbesondere die Errichtung und Vorhaltung von Notdienstpraxen und Maßnahmen zur digitalen Vernetzung.

Kooperationspraxen nach § 123 Absatz 1 Satz 6 können durch Mittel aus dem Strukturfonds nach Absatz 1a gefördert werden.

Zur Bestimmung der Förderhöhe müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen den Vertragsparteien eine hinreichend detaillierte Kalkulation für ihren jährlichen Bedarf vorlegen. 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. Aufgrund dieser Kalkulation finden die Vertragsverhandlungen statt. Erfolgt keine Einigung, so entscheidet das zuständige Schiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung nach § 89. Die Förderhöhe ist jährlich anhand des Bedarfs und der Kalkulationen zu evaluieren und demgemäß anzupassen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit über die Anzahl und den jeweiligen Stand der Vereinbarungen einschließlich der Förderbeträge bezogen auf die einzelnen Förderzwecke zu berichten.

Zu Nummer 9 (116b)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Neuverortung des erweiterten Landesausschusses in § 90 Absatz 4a.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Neuverortung des erweiterten Landesausschusses in § 90 Absatz 4a.

Zu Nummer 10 (§ 120)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung des § 75 Absatz 1b.

Zu Nummer 2

Der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss zum Erlass einer Richtlinie, die Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 an ein Krankenhaus wenden, beinhaltet, wird aufgehoben. Damit verliert die bereits beschlossene, aber wegen Beanstandung nicht in Kraft getretene Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ihre Rechtsgrundlage und ist hinfällig. Ein der neuen gesetzlichen Lage angepasster Auftrag zum Erlass einer Richtlinie mit Vorgaben für ein standardisiertes digitalisiertes Ersteinschätzungsinstrument zur Steuerung der Hilfesuchenden im Rahmen der Strukturen des Integrierten Notfallzentrums wird in § 123 Absatz 3 aufgenommen.

Zu Nummer 11 (§ 123)

§ 123 regelt die bundesweit flächendeckende Einrichtung von Integrierten Notfallzentren.

Zu Absatz 1

Absatz 1 beschreibt die Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion von Integrierten Notfallzentren. Diese bestehen aus der Notaufnahme eines zugelassenen Krankenhauses,

einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des Krankenhauses und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle. In unmittelbarer räumlicher Nähe bedeutet, dass Notaufnahme und Notdienstpraxis in kurzer fußläufiger Entfernung zueinander liegen. Die fachliche Leitung und die Verantwortung für die Ersteinschätzungsstelle obliegt grundsätzlich dem Krankenhaus. Dieses ist auch außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vor Ort vertreten. In der Kooperationsvereinbarung, die die Kassenärztliche Vereinigung und das Krankenhaus nach § 123a Absatz 2 schließen, kann jedoch etwas Abweichendes vereinbart werden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden durch die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags verpflichtet, die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch Kooperation und organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern in Integrierten Notfallzentren sicherzustellen und die Notaufnahme des Krankenhauses unmittelbar in den Notdienst einzubeziehen. Wie bereits heute gilt dann das jeweilige zugelassene Krankenhaus als zur vertragsärztlichen Versorgung gehörig und unterliegt diesbezüglich nicht den Einschränkungen des § 76 Absatz 1 Satz 2; es kann selbständig eine notdienstliche ambulante Erstversorgung erbringen und diese auch vertragsärztlich abrechnen. Dies ergibt sich aus § 75 Absatz 1b Satz 9. Reziprok werden zugelassene Krankenhäuser, an deren Standort ein Integriertes Notfallzentrum eingerichtet werden soll, zur Kooperation im Rahmen des Integrierten Notfallzentrums verpflichtet. Hiermit wird an die bereits jetzt aufgrund von § 75 Absatz 1b Satz 3 des geltenden Rechts bestehende Rechtslage angeknüpft, aber diese für zugelassene Krankenhäuser, deren Standort als Standort für ein Integriertes Notfallzentrum festgelegt wurde, und für die Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich. Gleichzeitig wird der kooperative Charakter eines Integrierten Notfallzentrums betont und klargestellt, dass Notaufnahme und Ersteinschätzungsstelle grundsätzlich in Trägerschaft des zugelassenen Krankenhauses beziehungsweise die Notdienstpraxis in Trägerschaft der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung verbleiben. Eine gemeinsame Trägerschaft zwischen Krankenhaus und Kassenärztlicher Vereinigung ist gesetzlich nicht vorgeschrieben.

Innerhalb des Integrierten Notfallzentrums werden bei der Fallübergabe zwischen den Kooperationspartnern alle verfügbaren und für die weitere Behandlung erforderlichen Daten in einem standardisierten Datenformat wechselseitig digital übermittelt. Dabei sind die einschlägigen geltenden verbindlichen Festlegungen nach § 385 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 einzuhalten.

Nach Satz 6 sollen zusätzlich zu der Notaufnahme und der Notdienstpraxis auch geeignete, im Umkreis des Krankenhausstandortes gelegene Kooperationspraxen in die Kooperation des Integrierten Notfallzentrums eingebunden werden. Dies können selbständige Vertragsarztpraxen und Medizinische Versorgungszentren sein, die während der regulären vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten, zu denen die Notdienstpraxis im Integrierten Notfallzentrum nicht geöffnet hat, die Versorgung von Akutfällen übernehmen. Die Kooperationspraxis muss derart mit dem Integrierten Notfallzentrum vernetzt sein, dass eine zeitlich nahtlose, rückverfolgbare und digitale Fallübergabe in dem für das Integrierte Notfallzentrum geltenden interoperablen Format nach Satz 5 sichergestellt ist. Dies ist erforderlich, um eine ärztlich verantwortbare Weiterleitung und eine sichere und unmittelbare Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, die von der Ersteinschätzungsstelle des Integrierten Notfallzentrums in eine Kooperationspraxis überwiesen werden. Die Versorgung in den Kooperationspraxen ist dabei nicht auf die notdienstliche Erstversorgung beschränkt, da es sich bei diesen nicht um eine Struktur des Notdienstes nach § 75 Absatz 1b handelt.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Steuerung innerhalb des Integrierten Notfallzentrums. Die zentrale Ersteinschätzungsstelle trifft für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, eine

Entscheidung dazu, welche Dringlichkeit die Behandlung hat. Für die Zeiten, in denen die Notdienstpraxis oder eine Kooperationspraxis geöffnet hat, entscheidet sie außerdem, in welcher Versorgungsebene des Integrierten Versorgungszentrums, also Notaufnahme oder Notdienstpraxis beziehungsweise bei einer bestehenden Kooperation in den entsprechenden Zeiten eine Kooperationspraxis, die Patientin oder der Patient am besten versorgt werden kann. Hilfesuchende, die aufgrund einer ärztlichen Verordnung von Krankenhausbehandlung ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen oder durch den Rettungsdienst eingeliefert werden, fallen nicht unter diese Regelung. Für Hilfesuchende, welche bereits kein von ihnen als dringend erachtetes gesundheitliches Anliegen schildern, beispielsweise eine Routineuntersuchung wünschen, steht demgegenüber allein die vertragsärztliche Regelversorgung offen; sie können zum Beispiel auf die Rufnummer 116117 verwiesen werden. Eine Ersteinschätzung findet nicht statt. Aus Gründen der Patientensicherheit ist nach einer bloßen Ersteinschätzung eine Verweisung aus den Räumlichkeiten des Integrierten Notfallzentrums heraus für Patientinnen und Patienten nur nach einer separat zu vergütenden tatsächlichen Untersuchung durch eine Ärztin beziehungsweise einen Arzt entweder in der Notdienstpraxis oder der Notaufnahme möglich. Etwas anderes gilt nur unter der Voraussetzung, dass die Patientin oder der Patient von der Ersteinschätzungsstelle in eine Kooperationspraxis nach Absatz 1 Satz 6 mit der entsprechenden engen Vernetzung weitergeleitet werden kann. Durch die enge Verknüpfung der Kooperationspraxis mit dem Integrierten Notfallzentrum ist gewährleistet, dass die vermittelten Patientinnen und Patienten dort ebenso zeitnah und verlässlich versorgt werden wie in einer Notdienstpraxis. Die Ersteinschätzung kann im Wege der Delegation durch nichtärztliches Personal erbracht werden. Ab dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 bestimmten Zeitpunkt erfolgt die Ersteinschätzung auf der Grundlage eines digitalen standardisierten Instruments. Das Ergebnis des Ersteinschätzungsinstrumentes dient der Ersteinschätzungsstelle als maßgebliche Entscheidungsgrundlage. Sollte nach erfolgter notdienstlicher Akutversorgung im Integrierten Notfallzentrum die medizinische Erforderlichkeit einer Weiterbehandlung bestehen, wird den Patientinnen und Patienten die Buchung eines Termins in der ambulanten Regelversorgung, einschließlich einer telefonischen oder videounterstützten Versorgung, über das System der Terminservicestelle angeboten.

Die Bewertung der Behandlungsdringlichkeit im Rahmen der Ersteinschätzung nach Satz 1 erfolgt in mehreren Dringlichkeitsstufen. Die Steuerung von Hilfesuchenden über die Akutleitstelle beziehungsweise die Kooperation mit den Rettungsleitstellen nach § 133a ist entscheidend für eine zielgerichtete und bedarfsgerechte Akut- und Notfallversorgung. Um einen Anreiz für eine Kontaktaufnahme mit der Akutleitstelle zu schaffen, wird vorgesehen, dass Hilfesuchende, die das Integrierte Notfallzentrum auf der Grundlage einer telefonischen Vermittlung durch die Akutleitstelle aufsuchen, dort bei gleicher medizinischer Behandlungsdringlichkeit innerhalb derselben Dringlichkeitsstufe grundsätzlich vorrangig behandelt werden. Das Nähere zum Nachweis der Vermittlungen der Akutleitstelle regelt der Bundesmantelvertrag-Ärzte. Neben der medizinischen Behandlungsdringlichkeit können weitere Faktoren zur Vermeidung sozialer Härten wie zum Beispiel Aufgaben der Kinderbetreuung oder Pflege in die Entscheidung über die Behandlungsreihenfolge mit einbezogen werden.

Zu Absatz 3

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in einer Richtlinie innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes Vorgaben für ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument sowie die sächliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxis fest.

Die Richtlinie soll Vorgaben an ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument enthalten, das für Hilfesuchende einerseits die Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs feststellen und andererseits eine Entscheidung, ob sie in der Notaufnahme oder in der Notdienstpraxis beziehungsweise einer geöffneten Kooperationspraxis nach Absatz 1 Satz 6 zu versorgen sind, generieren kann. Das System zur Ersteinschätzung muss validiert und

patientensicher sein. Die besonderen Bedürfnisse von Kindern, Menschen mit Behinderung und psychisch Erkrankten sind zu berücksichtigen. Die Vorgaben sind mit den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V in der geänderten Fassung vom 20. November 2020 abzustimmen. Die neu zu entwickelnden Vorgaben sind mit den bereits derzeit nach diesen Regelungen in den Notaufnahmen zur Anwendung kommenden Systemen zur Behandlungspriorisierung, wie zum Beispiel dem Manchester Triage System (MTS), in Einklang zu bringen. Diese Systeme sollen ein Bestandteil des neuen Ersteinschätzungsinstruments sein.

Die Richtlinie soll zudem Vorgaben zum Nachweis der Einhaltung der Vorgaben an ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument umfassen. Es soll bestimmt werden, wie und durch welche Stellen die Konformität mit den Anforderungen nach Satz 1 Nummer 1 festgestellt wird.

Ebenfalls festzulegen sind Vorgaben zur Form und zum Inhalt des Nachweises der Verwendung des Ersteinschätzungsinstruments für die Abrechnung der Einzelleistung nach Absatz 4 und ein Zeitpunkt, ab dem die Ersteinschätzungsstellen der Integrierten Notfallzentren nach Absatz 1 Satz 4 die Ersteinschätzung mit einem entsprechenden, den Anforderungen nach Nummer 1 genügenden Ersteinschätzungsinstrument durchführen müssen. Der Zeitpunkt hängt davon ab, ob zumindest ein Instrument, welches die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Satz 1 Nummer 1 erfüllt, tatsächlich auf dem Markt zur Verfügung steht und ein Nachweis der Konformität nach Satz 1 Nummer 2 erbracht wurde. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat diese Vorgabe regelmäßig zu prüfen und gegebenenfalls den festgelegten Zeitpunkt anzupassen. Ab diesem Zeitpunkt ist der Nachweis der Verwendung des Ersteinschätzungssystems Voraussetzung für die Vergütung der Ersteinschätzung nach Absatz 4. Diese Regelung soll eine bundeseinheitliche Nutzung und gleichmäßige Einführung der beschriebenen Ersteinschätzungssysteme sicherstellen.

Die Anforderungen an das Personal der Ersteinschätzungsstelle legen allein die Kooperationspartner des jeweiligen Integrierten Notfallzentrums in der Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 Satz 4 Nummer 4 fest, um flexible Lösungen vor Ort zu ermöglichen. Anforderungen an das Personal zur Verwendung des Ersteinschätzungsinstruments sind also ausdrücklich nicht von dem Richtlinienauftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss umfasst.

Der bisherige Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 120 Absatz 3b wird so an die neuen gesetzlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen angepasst und inhaltlich auf die Steuerung zwischen Notaufnahme und Notdienstpraxis unter Berücksichtigung einer möglichen Kooperationspraxis beschränkt. Dennoch können wesentliche Vorarbeiten des Gemeinsamen Bundesausschusses hinsichtlich der Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung (Beschluss über eine Erstfassung vom 6. Juli 2023) mit in die Richtlinie einfließen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Richtlinie außerdem Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen in Integrierten Notfallzentren. Die Mindestanforderungen sollen sich an der üblichen personellen und sachlichen Ausstattung einer Hausarztpraxis orientieren und sollen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Festlegungen zur einheitlichen Ausstattung der Notdienstpraxen sind erforderlich für die Bewertung, welche Art und Schwere von medizinischen Hilfeersuchen dort behandelt werden können. Zur Sicherstellung der Einhaltung der Mindestanforderungen nach Satz 1 Nummer 5, hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Richtlinie gemäß Satz 1 Nummer 6 auch ein aufwandsarmes Nachweis- und Kontrollverfahren zu bestimmen.

Die Länder erhalten ein Antrags- und Mitberatungsrecht entsprechend § 92 Absatz 7e. Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie ist den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann auch die Expertise der jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des Gemeinsamen Bundesausschusses einfließen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Auswirkungen der Richtlinie nach Satz 1 hinsichtlich der Entwicklung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen und der Notdienstpraxen, der Auswirkungen auf die Patientenversorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung seiner Regelungen bis zum 31. Dezember 2026 zu prüfen und dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens zu diesem Zeitpunkt hierzu zu berichten. Das Nähere zur Umsetzung dieses Evaluations- und Berichtsauftrags, insbesondere auch zur Übermittlung der hierzu erforderlichen Informationen an den G-BA durch die jeweiligen Stellen, regelt der G-BA nach Satz 1 Nummer 7 in seiner Richtlinie.

Zu Absatz 4

Der ergänzte Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a beschließt innerhalb einer gesetzlich vorgegebenen Frist die notwendigen Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen. Ziel ist es, den personellen und technischen Aufwand durch eine Ersteinschätzung nach Absatz 2 Satz 1 angemessen abzubilden und als Einzelleistung unabhängig von der Weiterbehandlung zu vergüten. Er hat die Entwicklung der Leistungen in Integrierten Notfallzentren zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2027 zu berichten.

Zu Absatz 5

Um die Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sicherzustellen, 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, ist die Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine streng am akuten Bedarf orientierte Abgabe von Arzneimitteln gemäß § 43 Absatz 3b Arzneimittelgesetz in Notdienstpraxen sicherzustellen. Damit wird für den Zeitraum vor Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 12b Apothekengesetz eine Versorgung von Patientinnen und Patienten der Notdienstpraxis in einem engen Rahmen sichergestellt.

Zu Absatz 6

Absatz 6 regelt die telemedizinische Anbindung von Integrierten Notfallzentren an Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin. Integrierte Notfallzentren haben dafür zu sorgen, dass sie durch telemedizinische Konsilien nach § 367 und telefonische Konsilien von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendmedizin unterstützt werden, wenn an ihrem Standort kein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche vorhanden ist. Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a bestimmt die Konzeption und Koordinierung dieser telemedizinischen Unterstützung. Dies kann durch Nutzung des telemedizinischen kinder- und jugendärztlichen Notdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung oder durch Kooperationen mit Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche oder mit anderen Leistungserbringern mit kinder- und jugendmedizinischem Schwerpunkt erfolgen, etwa durch eine digitale Vernetzung zu einem virtuellen Integrierten Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche. Die zu unterstützenden Integrierten Notfallzentren haben die erforderliche technische Ausstattung für eine telemedizinische Anbindung vorzuhalten.

Zu Absatz 7

Absatz 7 regelt die Berichtspflichten zur Versorgung in den Integrierten Notfallzentren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen berichten den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder zweijährlich über die Versorgung in den Integrierten Notfallzentren in Hinblick auf Abweichungen von den gesetzlichen Öffnungszeiten der Notdienstpraxis, auf die Anzahl der eingerichteten Kooperationspraxen und der eingerichteten Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche, auf die Anteile der Inanspruchnahme des Integrierten Notfallzentrums mit und ohne vorherigen Kontakt zur Akutleitstelle und auf die Zahl der erfolgten Ansiedlungen von Apothekenstandorten an Integrierten Notfallzentren. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit zweijährlich.

Zu Nummer 12 (§§ 123a, 123b)

Zu § 123a

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Bestimmung der Standorte für Integrierte Notfallzentren. Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a legt die Standorte von Integrierten Notfallzentren erstmals innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes fest. Die Planung soll eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte flächendeckende Versorgung mit gleichmäßigem Zugang der Bevölkerung zu Integrierten Notfallzentren als zentrale Anlaufstelle der Notfallversorgung an dafür geeigneten Standorten sicherstellen. Die Standortfestlegung unterliegt einer regelmäßigen Überprüfung; bei veränderten Tatsachen, wie etwa dem Wegfall von Voraussetzungen für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums, kann eine neue Standortfestlegung erforderlich sein. Er bestimmt hierzu zunächst Planungsregionen zur flächendeckenden Versorgung mit Integrierten Notfallzentren. Damit nur solche Krankenhausstandorte festgelegt werden können, die über die erforderliche personelle und sachliche Ausstattung für die Erbringung einer stationären Notfallversorgung verfügen, soll ein Krankenhausstandort mindestens die Anforderungen der Notfallstufe 1 Basisnotfallversorgung nach den Regelungen des Gemeinsamen Landesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V in der geänderten Fassung vom 20. November 2020 erfüllen. Ein weiteres Kriterium ist, dass kein berechtigtes Interesse des Krankenhauses entgegensteht. Dabei ist das Interesse einer flächendeckenden Versorgung durch Integrierte Notfallzentren gegen das berechnete Interesse des Krankenhauses abzuwägen. Als berechnete Interessen kommen beispielsweise geplante Schließungen des Krankenhausstandortes oder anstehende Strukturveränderungen in der Notfallversorgung, sodass der Standort die weiteren Standortkriterien nicht mehr erfüllen könnte, in Betracht. Dies gilt auch, wenn das Krankenhaus nachweist, dass es die mit der Bestimmung als Standort eines Integrierten Notfallzentrums verbundenen neuen Aufgaben personell oder finanziell nicht erfüllen kann.

Der erweiterte Landesausschuss soll bei seiner Planung die gesetzlich festgelegten Kriterien berücksichtigen. Dabei ist insbesondere die Erreichbarkeit von Integrierten Notfallzentren zu berücksichtigen. Diese ist geprägt durch die Entfernung zu einem Standort und die benötigte Zeit zur Überbrückung dieser Entfernung. Gesetzlich sind daher Erreichbarkeitsvorgaben festgelegt wie zum Beispiel die PKW-Fahrtzeit von 30 Minuten, die allgemeine verkehrstechnische Anbindung, die zum Beispiel auch die Parkplatzsituation umfasst, sowie die Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr. Neben der PKW-Fahrtzeit wird auch der Zielerreichungsgrad angegeben, der angibt, für wie viel Prozent der Einwohnerinnen und Einwohner im räumlichen Einzugsgebiet eines Integrierten Notfallzentrums eine längere Anfahrt als die generell vorgegebenen PKW-Fahrzeiten in Minuten zumutbar ist. Auch die Zahl der zu versorgenden Menschen in der Planungsregion ist zu berücksichtigen. Dies kann dazu führen, dass eine gegenüber der Vorgabe nach Nummer 1 höhere Dichte an Integrierten Notfallzentren nötig ist. Bei der Auswahl der Standorte ist auch zu berücksichtigen, ob grundsätzlich die Möglichkeit besteht, das Integrierte Notfallzentrum mit einer Kooperationspraxis zu vernetzen.

Wenn nach diesen Kriterien in einer Planungsregion mehrere Krankenhausstandorte infrage kämen, sind solche als Standort für ein Integriertes Notfallzentrum zu bevorzugen,

1. die die höhere Notfallstufe nach dem in Satz 3 Nummer 1 zitierten Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses oder die nach anderen messbaren Parametern, insbesondere Fallzahlen, leistungsfähigere Notaufnahme aufweisen,
2. notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen vorhalten. Dies sind insbesondere Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie, Allgemeine Innere Medizin und Neurologie.
3. in denen Notdienstpraxen unmittelbar in der Notaufnahme eingerichtet werden können. Eine solche räumliche Nähe ermöglicht mehr Effizienz und verwaltungstechnische Synergien sowie Vorteile für die Patientensicherheit.

Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann in Hinblick auf die Sicherstellung der Versorgung von den Sätzen 3 bis 5 abweichende Standortentscheidungen treffen, wenn nach den dort genannten Kriterien in einer Planungsregion aufgrund von regionalen Besonderheiten kein Krankenhaus in Betracht kommt. Dies ermöglicht in solchen Planungsregionen eine möglichst flexible Festlegung, damit im Ergebnis auch in strukturschwachen und ländlichen Gebieten eine Notfallversorgung sichergestellt werden kann. Die Festlegung eines Standortes für ein Integriertes Notfallzentrum erfolgt durch Verwaltungsakt gegenüber dem betroffenen zugelassenen Krankenhaus. Gegen diese Entscheidung steht der Rechtsweg vor den Sozialgerichten offen. Widerspruch und Klage haben hierbei keine aufschiebende Wirkung.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Kooperationsvereinbarung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhausträger. Für die Organisation des Integrierten Notfallzentrums ist diese innerhalb von sechs Monaten, nachdem der Krankenhausstandort als Standort eines Integrierten Notfallzentrums festgelegt worden ist, zu schließen.

Ein gemeinsames Organisationsgremium zur operativen Umsetzung der Zusammenarbeit und zur Realisierung eines gemeinsamen Qualitätsmanagements ist verbindlich einzurichten. Das gemeinsame Organisationsgremium im Integrierten Notfallzentrum kann beispielsweise das Nähere zur Umsetzung der Zusammenarbeit (regelmäßige Besprechungen) und die einzelnen Prozessabläufe festlegen sowie die Einhaltung der Kooperationsvereinbarung überwachen. Insbesondere soll das Gremium unter Berücksichtigung der Kooperationsvereinbarung Prozessabläufe für die Ersteinschätzung bestimmen. Das gemeinsame (sektorenübergreifende) Qualitätsmanagement umfasst dabei alle erforderlichen Maßnahmen zur Planung, Umsetzung, Sicherung, Überprüfung und Verbesserung von Prozessen sowie ihrer Leistungsbedingungen im Integrierten Notfallzentrum. So kann das gemeinsame Qualitätsmanagement beispielsweise Symptome oder Diagnosen ersteingeschätzter Patientinnen und Patienten vergleichen, sodass die Ersteinschätzungsstelle eine Rückkopplung zur Qualität der Ersteinschätzung erhält. Damit können die Kooperationspartner sicherstellen, dass fehlerhafte Weiterleitungen in eine ungeeignete Versorgungsebene im Sinne der Patientensicherheit vermieden werden. Die für das gemeinsame Qualitätsmanagement erforderlichen Daten dürfen von den Kooperationspartnern zu diesem Zweck verarbeitet werden. Die Verpflichtungen zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung nach den §§ 135a ff. bleiben unberührt.

In der Kooperationsvereinbarung ist insbesondere das Nähere zu den folgenden Punkten zu regeln:

1. Es sind Vorgaben zu dem gemeinsamen Organisationsgremium festzulegen. Die Kooperationspartner können insbesondere eine gemeinsame Geschäftsordnung vereinbaren.

2. Regelungen zur Umsetzung der Vernetzung und interoperablen, digitalen Fallübergabe innerhalb des Integrierten Notfallzentrums sowie zwischen dem Integrierten Notfallzentrum und einer Kooperationspraxis nach § 123 Absatz 1 Satz 6 sind vorzusehen.

3. Die Kooperationsvereinbarung muss Regelungen zur Durchführung der Ersteinschätzung vor dem in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 123 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 festgelegten Zeitpunkt enthalten. Ab diesem Zeitpunkt muss die Ersteinschätzung durch ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument erfolgen. In dem Zeitraum davor kann die Ersteinschätzung anderweitig erfolgen. In der Kooperationsvereinbarung ist zu bestimmen, wie eine Entscheidung zu treffen ist, in welche Versorgungsebene die Hilfesuchenden gesteuert werden und welche Dringlichkeit ihr Anliegen hat.

4. Vereinbarungen zur Organisation sowie zur personellen Besetzung der Ersteinschätzungsstelle, einschließlich der erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals, sind zu schließen. Die personelle Besetzung der Ersteinschätzungsstelle wird von den Kooperationspartnern festgelegt. Sie bestimmen eine ausreichende Qualifikation des Personals und regeln, welche Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen erforderlich sind.

5. Auch die Anmietung oder eigene Gestellung von Räumlichkeiten, Einrichtung und Verbrauchsmaterial der Notdienstpraxis sind zu regeln. Dies umfasst die Vereinbarung der Höhe des Mietzinses und der Nutzungsentgelte.

6. Die Ausgestaltung der Ausschreibung des Versorgungsvertrages nach § 12b Apothekengesetz haben die Kooperationsvertragspartner in den Kooperationsvertrag miteinzubeziehen. Da eine notdienstpraxisversorgende Apotheke nach § 12b Apothekengesetz auch auf dem Gelände, auf dem die Notdienstpraxis betrieben wird, eine zweite Offizin mit Lagerräumen betreiben kann, sind in die Kooperationsvereinbarung auch die Möglichkeit der Anmietung oder Gestellung von Räumlichkeiten einzubeziehen.

7. Ebenso ist die Nutzung der technischen und diagnostischen Einrichtungen des Krankenhauses durch die Notdienstpraxis im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung, einschließlich der entsprechenden Nutzungsentgelte, Gegenstand der Kooperationsvereinbarung.

8. Die Organisation und die Verantwortlichkeiten in Hinblick auf die Weiterleitung von Hilfesuchenden in eine Kooperationspraxis sind zu regeln. Hier sind klare Verantwortungen für die Weiterleitung in Kooperationspraxen festzulegen.

9. Es sind Regelungen zu vereinbaren für den Fall, dass einer der beiden Kooperationspartner wiederholt und schwerwiegend gegen Inhalt der Kooperationsvereinbarung verstößt und für den Fall, dass die Kassenärztliche Vereinigung die Notdienstpraxis nicht zu den gesetzlich vorgeschriebenen Öffnungszeiten nach Satz 4 oder zu den vereinbarten Zeiten nach Satz 5 betreibt. Dies können etwa Ausgleichszahlungen, Vertragsstrafen oder andere Sanktionen sein.

In der Kooperationsvereinbarung ist sicherzustellen, dass bei der Finanzierung durch die Länder das EU-Beihilfenrecht berücksichtigt wird.

Für die Notdienstpraxis werden Mindestöffnungszeiten vorgegeben. Diese sind mindestens an Wochenenden und an Feiertagen von 9 bis 21 Uhr, Mittwoch und Freitag von 14 bis 21 Uhr und Montag, Dienstag und Donnerstag von 18 bis 21 Uhr. Kürzere Öffnungszeiten können in der Kooperationsvereinbarung festgelegt werden, soweit aufgrund von empirischen Daten belegbar ist, dass die vorgegebenen Öffnungszeiten aufgrund der tatsächlichen regionalen Inanspruchnahme unwirtschaftlich sind.

Vertragliche Regelungen zu den vorgesehenen Inhalten der Kooperationsvereinbarung können auch bereits als Rahmenvertrag in dreiseitigen Verträgen nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 landesweit vorgegeben werden. Dies führt zu einer weiteren Vereinheitlichung in dem jeweiligen Land.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt den Konfliktlösungsmechanismus für den Fall, dass eine Kooperationsvereinbarung nicht rechtzeitig zustande kommt. In diesem Fall wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, wird diese innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsperson.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt das Verfahren für bereits bestehende Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen in oder an Krankenhäusern. Diese sind in Integrierte Notfallzentren zu überführen, wenn das jeweilige Krankenhaus zum Standort eines solchen bestimmt wurde.

Zu § 123b

§ 123b regelt Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Standortbestimmung für Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche. Der erweiterte Landesausschuss kann nach § 90 Absatz 4a die Krankenhausstandorte bestimmen, an denen diese eingerichtet werden.

Voraussetzung ist, dass es sich um Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin oder Krankenhäuser mit einer pädiatrischen Abteilung handelt, welche die Voraussetzungen des Moduls Notfallversorgung Kinder gemäß den Regelungen zu dem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 in der geänderten Fassung vom 20. November 2020 erfüllen, und, dass keine berechtigten Interessen des Krankenhauses oder der Kassenärztlichen Vereinigung entgegenstehen. Seitens der Kassenärztlichen Vereinigung kann ein berechtigtes Interesse insbesondere darin bestehen, dass die regional unterschiedlich verteilten und teilweise begrenzten Kapazitäten von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder und Jugendmedizin für einen Betrieb eines Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche zusätzlich zu der ambulanten Versorgung in den Arztpraxen nicht ausreichend vorhanden sein können. Die zusätzliche Beanspruchung der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte durch den Einsatz in Notfallzentren für Kinder und Jugendliche muss für die regional verfügbare Fachärzteschaft zumutbar sein und darf deren Leistungsfähigkeit nicht überschreiten. Die Versorgung in den Vertragsarztpraxen muss gewahrt bleiben. Diese Kriterien sind bei der Entscheidung, ob ein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche eingerichtet wird oder eine telemedizinische Anbindung nach § 123 Absatz 6 ausreicht, zu beachten.

Es wird eine gesetzliche Frist für die erstmalige Entscheidung festgelegt.

Zu Absatz 2

Die übrigen Regelungen für die Integrierten Notfallzentren nach § 123 Absatz 1 bis 3 und 5 sowie § 123a Absatz 2 bis 4 gelten entsprechend. Dies umfasst alle Regelungen außer der telemedizinischen Unterstützung von Integrierten Notfallzentren durch Kinderärztinnen und Kinderärzte und der Standortbestimmung, die in Absatz 1 gesondert normiert ist.

Zu Nummer 13 (§ 133a)

§ 133a regelt die Errichtung des Gesundheitsleitsystems durch die Vernetzung der Rettungsleitstellen unter der Notrufnummer 112 mit den Akutleitstellen unter der Rufnummer 116117.

Zu Absatz 1

In Absatz 1 werden die Zusammensetzung und Aufgabe des Gesundheitsleitsystems bestimmt. Bei einem Gesundheitsleitsystem arbeiten die Träger der Rettungsleitstellen mit der Rufnummer 112 und die Kassenärztlichen Vereinigungen als Träger der Akutleitstelle verbindlich zusammen. Das Gesundheitsleitsystem beschränkt sich auf die organisatorische und technische, insbesondere digitale Kooperation. Darüber hinaus sind weitere Formen der Zusammenarbeit bis hin zur gemeinsamen Trägerschaft im Einvernehmen der Kooperationspartner möglich. Das Gesundheitsleitsystem vermittelt Hilfesuchenden die erforderliche medizinische Versorgung. Das Gesundheitsleitsystem übernimmt nicht die weiteren Aufgaben der Kooperationspartner, insbesondere nicht die über die Sicherstellung der Leistungen des Rettungsdienstes hinausgehenden öffentlichen Aufgaben der Leitstellen mit der Rufnummer 112.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Bildung von Gesundheitsleitsystemen durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen. Auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle ist die zuständige Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, mit diesem nach Absatz 1 Satz 1 zu kooperieren. Aus kompetenzrechtlichen Gründen kann der Bundesgesetzgeber nur die Kassenärztlichen Vereinigungen zu einer Kooperation verpflichten. Um eine flächendeckende Einführung sicherzustellen, können die Länder in ihren Rettungsdienstgesetzen entsprechende landesweite Vorgaben machen. Aber auch einzelne Leitstellen können eine Kooperation im Rahmen eines Gesundheitsleitsystems eingehen. Voraussetzung für eine Kooperation ist allerdings, dass die Rettungsleitstelle über eine digitale standardisierte Notrufabfrage verfügt, da sonst eine abgestimmte und patientensichere Weiterleitung von Hilfesuchenden innerhalb des Gesundheitsleitsystems nicht möglich ist.

In einer Kooperationsvereinbarung sind die Einzelheiten der Zusammenarbeit festzulegen. Wesentliche Grundlage einer solchen Zusammenarbeit ist insbesondere ein gemeinsames und verbindliches Verständnis zur Einschätzung der Dringlichkeit und des Versorgungsbedarfs. In einer Kooperationsvereinbarung ist daher insbesondere die Abstimmung der von den Kooperationspartnern verwendeten Abfragesysteme zu regeln. Dabei sind die unterschiedlichen Abfragesysteme angemessen zu berücksichtigen und so aufeinander abzustimmen, dass es zu übereinstimmenden Bewertungen des Gesundheitszustandes kommt, damit im Ergebnis eine widerspruchsfreie und rechtssichere Überleitung von Hilfesuchenden gewährleistet ist. Das jeweils verwendete Abfragesystem muss dazu geeignet sein, sowohl lebensbedrohliche Zustände in weniger als einer Minute zu erkennen als auch Behandlungsanlässe mit geringer oder fehlender Dringlichkeit zu identifizieren. Die Einhaltung der Standards der Notrufabfrage müssen überprüfbar sein und einer kontinuierlichen Kontrolle unterliegen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen nutzen das System nach § 75 Absatz 1c Satz 2. Sie wirken darauf hin, dass die Abstimmungen der Abfragesysteme mit den Rettungsleitstellen möglichst einheitlich sind.

Darüber hinaus ist in der Kooperationsvereinbarung insbesondere der Umgang mit den Abfrageergebnissen zu vereinbaren, also welches Versorgungsangebot für ein bestimmtes

Abfrageergebnis bedarfsgerecht und welche Rufnummer für die Disponierung dieses Versorgungsangebots zuständig ist. Die Reaktion auf das konkrete Hilfeersuchen erfolgt auf regionaler Ebene unter Berücksichtigung des dort vorhandenen Versorgungsangebotes. Hierzu und zur Zuständigkeit der Rufnummern für die Disponierung der jeweiligen Versorgung sind präzise Festlegungen in der Kooperationsvereinbarung zu treffen.

Es ist eine Verpflichtung zur Übernahme und unverzüglichen Bearbeitung von Fällen vorzusehen, die aufgrund des Ergebnisses des jeweiligen Abfragesystems und der erfolgten Festlegungen der Zuständigkeiten an die jeweils andere Leitstelle übergeben werden. Eine Rücküberweisung ist grundsätzlich nur aufgrund eines veränderten Patientenzustandes oder weiterer medizinischer Erkenntnisse aufgrund einer vertieften Abfrage möglich.

Die Kooperationspartner sind technisch so zu vernetzen, dass eine unmittelbare telefonische Weiterleitung und eine medienbruchfreie Bearbeitung und Übertragung der zum jeweiligen Hilfeersuchen aufgenommenen Daten möglich sind. Um die technische Umsetzung einer sicheren Vernetzung und Kommunikation zu erleichtern und den Aufwand zu reduzieren, soll möglichst auf Dienste der Telematikinfrastruktur zurückgegriffen werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt eine Schnittstelle zur Fallübergabe zur Verfügung, die auch die notwendigen Datensätze und -formate umfasst.

Zu Absatz 3

Gemäß Absatz 3 vereinbaren die Kooperationspartner in der Kooperationsvereinbarung ein gemeinsames Qualitätsmanagement, insbesondere dafür notwendige Strukturen (wie zum Beispiel ein Review-Gremium) für die ständige Evaluation der Abfragesysteme und der Überprüfung der Zuordnungen von Hilfesuchenden zur jeweiligen Versorgungsebene. Im Rahmen des Qualitätsmanagements sind auch geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der jeweiligen Abfragesysteme und der gemeinsamen Patientensteuerung zu treffen. Hierfür sind die einzelnen Prozessabläufe der Abfrage, insbesondere die Abfrage selbst, in den Leitstellen nachverfolgbar zu dokumentieren. Die entsprechenden Daten müssen im Sinne einer Feedbackschleife mit den Daten des jeweiligen disponierten Leistungserbringers, wie beispielsweise des Hausbesuchsdienstes, zusammengeführt und ausgewertet werden. So können beispielsweise Symptome oder Diagnosen verglichen werden und die Leitstelle erhält eine Rückkopplung zur Qualität der Abfrage. Damit soll sichergestellt werden, dass fehlerhafte Weiterleitungen in eine ungeeignete Versorgungsebene im Sinne der Patientensicherheit vermieden werden. Hierfür können auch entsprechende Fehlermeldesysteme etabliert werden, an die alle Beteiligten der Akut- und Notfallversorgung Vorfälle melden, bei denen der Verdacht einer Ersteinschätzungs- beziehungsweise Dispositionsfehlers besteht. Es wird klargestellt, dass der jeweils aufsuchende Leistungserbringer nur derjenigen Leitstelle die erforderlichen personenbezogenen Daten rückmeldet, von der er disponiert wurde. Diese Leitstelle wertet diese Daten dann aus und analysiert sie gemeinsam mit dem Kooperationspartner. Die Kooperationspartner sind befugt, personenbezogene Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Rahmen des gemeinsamen Qualitätsmanagements zu verarbeiten, die Daten wechselseitig auszutauschen und für die Dauer von zehn Jahren zu speichern. Dies umfasst auch die Aufzeichnungen der eingehenden Anrufe.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt Berichtspflichten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Zusammenarbeit in Gesundheitsleitsystemen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum [...], über die Anzahl, den jeweiligen Stand und die wesentlichen Inhalte der Vereinbarungen zu den Gesundheitsleitsystemen einschließlich der Auswertung des gemeinsamen Qualitätsmanagements. Die Berichte sollen perspektivisch dazu beitragen, unter Einbindung der maßgeblichen Akteure bundeseinheitliche Standards zu entwickeln.

Zu Nummer 14 (§ 291b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Die Einbindung von Notaufnahmen in den Notdienst durch Kooperationsvereinbarungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung wird nunmehr in § 75 Absatz 1b Satz 9 geregelt.

Zu Nummer 15 (§ 377)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Angleichung der Terminologie im Fünften Buch Sozialgesetzbuch. Notfallambulanzen werden künftig einheitlich als Notaufnahmen bezeichnet.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Der neue § 75 Absatz 1e sieht neben den bereits bestehenden Evaluations- und Berichtspflichten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung weitere Pflichten vor, die mit der Einführung der Akutleitstelle einhergehen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung legt dem Bundesministerium für Gesundheit ein entsprechendes Evaluationskonzept vor.

Artikel 2 tritt am 1. Juli 2025 in Kraft. Dadurch wird bewirkt, dass die bestehende Evaluations- und Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bezüglich der Terminservicestelle bis zum 30. Juni 2025 weiter besteht. Die erweiterte Pflicht zur Evaluation und Bewertung auch der neu geregelten Akutleitstelle nach dem neugefassten § 75 Absatz 1e soll damit erst ein Jahr später, zum 30. Juni 2026, bestehen. Aufgrund der Notwendigkeit, die neuen gesetzlichen Regelungen zur Akutleitstelle erst in der Praxis umzusetzen, würde ein früherer Bericht hierzu kein belastbares Ergebnis bringen.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Definition der Integrierten Notfallzentren nach § 123 und der Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b.

Zu Artikel 4 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Definition der Integrierten Notfallzentren nach § 123 und der Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendlichen nach § 123b.

Zu Artikel 5 (Änderung des Apothekengesetzes)

Zu Nummer 1

Um die Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sicherzustellen, wird die Möglichkeit neu eingeführt, einen entsprechenden Versorgungsvertrag zu schließen.

Die notdienstpraxisversorgende Apotheke soll in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis liegen. Alternativ kann die öffentliche Apotheke eine zweite Offizin mit Lagerräumen auf dem Gelände, auf dem die Notdienstpraxis liegt, betreiben. Dadurch soll eine notdienstpraxisnahe Versorgung von Patientinnen und Patienten der Notdienstpraxis ermöglicht werden.

Um eine qualitativ hochwertige Versorgung von Patientinnen und Patienten der Notdienstpraxis zu gewährleisten, sind Vorgaben für den Versorgungsvertrag notwendig. So sind insbesondere Festlegungen zur Sicherstellung der Versorgung, zur Beratung und zu den Öffnungszeiten der Apotheke zu treffen und einzuhalten. Wenn Räume auf dem Gelände, auf dem die Notdienstpraxis betrieben wird, von der Apotheke genutzt werden, ist die

Eignung der Räume zur Lagerung von Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sicherzustellen. Zudem sind Zutrittsbeschränkungen vorzusehen.

Die freie Apothekenwahl der Patientinnen und Patienten darf durch den Versorgungsvertrag nicht eingeschränkt werden. Es ist ihrer freien Entscheidung überlassen, ob sie die notdienstversorgende Apotheke oder beispielsweise eine an ihrem Wohnort gelegene Apotheke zur Einlösung von Verschreibungen aufsuchen.

Damit die zuständige Behörde Kenntnis über die Versorgung einer Notdienstpraxis durch eine öffentliche Apotheke sowie gegebenenfalls den Betrieb einer zweiten Offizin mit Lagerräumen neben den bisherigen Betriebsräumen erhält, ist ihr der Versorgungsvertrag vorzulegen.

Zu Nummer 2

Notdienstpraxisversorgende Apotheken stellen durch die Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis den Notdienst von Apotheken sicher, weshalb sie einen pauschalen Zuschuss erhalten sollen. Die Versorgung erfolgt allerdings zu den vorgegebenen Öffnungszeiten der Notdienstpraxis und nicht durch Vollnotdienste insbesondere über Nacht. Deshalb wird für die Versorgung während der Öffnungszeiten einer Notdienstpraxis ein pauschaler Zuschuss pro Woche vorgesehen. Die entsprechenden Daten, die der Deutsche Apothekerverband zur Berechnung der Notdienstpauschalen benötigt, sind von der Apotheke an diesen zu melden.

Zu Artikel 6 (Änderung der Apothekenbetriebsordnung)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung von Versorgungsverträgen nach § 12b Apothekengesetz.

Der Begriff der notdienstpraxisversorgenden Apotheken wird eingeführt.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung von Versorgungsverträgen nach § 12b Apothekengesetz.

Um einen ordnungsgemäßen Betrieb der Apotheke sicherzustellen, sollen Vorgaben zur Anzahl des Personals und zum Personaleinsatz auch für notdienstpraxisversorgende Apotheken gelten.

Zu Nummer 3

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung von Versorgungsverträgen nach § 12b Apothekengesetz.

Um die Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis in der unmittelbaren Nähe der Notdienstpraxis zu ermöglichen, wird die Vorgabe zur Raumeinheit der Betriebsräume aufgehoben und der Betrieb einer zweiten Offizin mit Lagerräumen auf dem Gelände, auf dem die Notdienstpraxis betrieben wird, erlaubt. Es wird klargestellt, dass insbesondere Vorgaben zur Barrierefreiheit, zur Vertraulichkeit der Beratung, zur Lagerung sowie zu Meldeverpflichtungen einzuhalten sind.

Zu Nummer 4

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung von Versorgungsverträgen nach § 12b Apothekengesetz.

Um die Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis zeitnah sicherzustellen, wird die Dienstbereitschaft von notdienstpraxisversorgenden Apotheken festgelegt.

Zu Artikel 7 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung in § 123 Absatz 5 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

Solange kein Vertrag nach § 12b Apothekengesetz geschlossen wurde, sollen die Ärztinnen und Ärzte einer Notdienstpraxis im Rahmen der Notfallversorgung Arzneimittel an Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis abgegeben können. Die mögliche Abgabe ist beschränkt auf eine zur Überbrückung benötigte Menge, soweit im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. Damit wird für den Zeitraum vor Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 12b Apothekengesetz eine Versorgung im Sinne eines Entlassmanagements nach § 14 Absatz 7 Apothekengesetz sichergestellt.

Zu Artikel 8 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Zu Nummer 1

Gemäß Satz 2 in Verbindung mit § 17 Bundesmantelvertrag-Ärzte sind bestimmte Facharztgruppen verpflichtet, wöchentlich mindestens fünf offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anzubieten und an die jeweilige zur Sicherstellung der Versorgung zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu melden. Diese Regelung wird durch einen neuen Satz 3 konkretisiert, um im Sinne der Reform der Notfallversorgung eine bessere Verteilung der offenen Sprechstunden zu erreichen. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte müssen bei der Festsetzung ihrer offenen Sprechstunden nunmehr explizit auch die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten nach einer ausreichenden Versorgung bei akuter Behandlungsbedürftigkeit berücksichtigen. Ziel muss dabei 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 ist nicht durch jeden einzelnen Vertragsarzt, sondern innerhalb der jeweiligen Arztgruppe nach § 17 Absatz 1c Bundesmantelvertrag-Ärzte sicherzustellen. 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. Dadurch werden die Möglichkeiten der Akutleitstellen verbessert, Versicherte im Akutfall an offene Sprechstunden zu vermitteln und diese haben somit seltener Anlass, eine Notaufnahme oder eine Notdienststruktur in Anspruch zu nehmen. Auch die Möglichkeiten der Integrierten Notfallzentren, Versicherte nach der Ersteinschätzung in die vertragsärztliche Regelversorgung weiterzuleiten, werden so verbessert.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 1.

Zu Nummer 3

Gemäß Satz 8 werden die Bundesmantelvertragspartner nunmehr verpflichtet, bundeseinheitliche Regelungen zur zeitlichen Verteilung der offenen Sprechstunden nach Satz 3 zu treffen. Zudem sollen, anknüpfend an den neuen Satz 4, durch die Regelungen im

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

Zu Artikel 9 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

Zu Absatz 1

Das Gesetz tritt vorbehaltlich Absatz 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Zu Absatz 2

Artikel 2 tritt am 1. Juli 2025 in Kraft. Dadurch wird bewirkt, dass die bestehende Evaluations- und Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bezüglich der Terminservicestelle bis zum 30. Juni 2025 weiter besteht. Die erweiterte Pflicht zur Evaluation und Bewertung auch der neu geregelten Akutleitstelle nach dem neugefassten § 75 Absatz 1e soll damit erst ein Jahr später, zum 30. Juni 2026, bestehen. Aufgrund der Notwendigkeit, die neuen gesetzlichen Regelungen zur Akutleitstelle erst in der Praxis umzusetzen, würde ein früherer Bericht hierzu kein belastbares Ergebnis bringen.