



## Stellungnahme

### Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.

zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur  
Reform der Notfallversorgung

04. November 2024



Die Kommentierung ist in ihren Ausführungen und Vorschlägen bewusst knappgehalten und fokussiert sich auf jene Sachverhalte mit besonderer Bedeutung für die Hausärztinnen und Hausärzte. Wir behalten uns vor, zusätzliche Aspekte im Laufe des weiteren Verfahrens einzubringen oder zu kommentieren.

## I. Allgemeines

Die mit dem Gesetzesentwurf der Bundesregierung verfolgten zentralen Ziele, insbesondere die bessere Vernetzung der drei Versorgungsbereiche – vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahme der Krankenhäuser und Rettungsdienst – sowie die Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen Notfallversorgung, werden seitens des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes begrüßt.

Hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung – insbesondere im Hinblick auf die

- verbindliche Steuerung der Hilfesuchenden durch klare Rangverhältnisse,
- Schaffung überflüssiger Doppelstrukturen,
- eindeutige Ausnahmeregelung zu der Sozialversicherungspflicht von Poolärztinnen/-ärzten,
- ungerechtfertigte hälftige Finanzierung der Strukturen des Notdienstes durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (und mittelbar durch die Vertragsärztinnen/-ärzte) – trotz der grundsätzlich alleinigen Steuerung der sektorenübergreifenden Integrierten Notfallzentren (INZ) durch Krankenhäuser –, und
- unsachgerechte gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden
- unklaren Vergütungsregelungen sowie

bei einzelnen anderen Punkten – wird Änderungsbedarf gesehen, zu dem wir nachfolgend im Einzelnen Stellung nehmen.

Zudem ist auch allgemein kritisch anzumerken und voranzustellen, dass mit der parallellaufenden Krankenhausreform und der weiterhin unklaren Einbindung der Rettungsdienste im Rahmen der „notdienstlichen Akutversorgung“ zahlreiche Rechtsunsicherheiten verbunden sind.

## II. Kommentierung einzelner Regelungen

### A. § 75 Abs. 1b SGB V-neu

Die Neuregelungen in § 75 Abs. 1b und c SGB V-neu zur Erweiterung des Sicherstellungsauftrages der KVen (und mittelbar der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte) bezogen auf die notdienstliche Akutversorgung werden grundsätzlich begrüßt, sollten jedoch aus Sicht des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes teilweise nachgebessert werden.

Kritisch anzumerken ist bei der Neuregelung in § 75 Abs. 1b S. 1 SGB V-neu die Schaffung überflüssiger Doppelstrukturen durch die parallele, durchgängige Bereitstellung digitaler und aufsuchender Versorgungsangebote unterschiedlicher Leistungserbringer mehrerer Versorgungsebenen (wie z. B. durch Vertragsärztinnen/-ärzte, KV-Notdienstpraxen, sektorenübergreifende INZ). Es ist nicht nachvollziehbar, warum Notdienstpraxen zukünftig nach § 123a Abs. 2 S. 5 SGB V-neu gegebenenfalls auch zu den normalen Praxisöffnungszeiten zu betreiben



sind, was entsprechend angepasst werden sollte. Danach ist zukünftig die Notdienstpraxis grundsätzlich 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.

Zudem sollte bei der Neuregelung nach § 75 Abs. 1b S. 2 SGB V-neu – zumindest in der Gesetzesbegründung – eindeutig klargestellt werden, was genau unter dem Begriff „notdienstliche Akutversorgung“ zu verstehen ist, welcher Leistungsumfang darunter subsumiert werden kann, welcher Leistungsbestandteil durch nichtärztliches Personal erfolgen kann und wie sich der Begriff zu dem Begriff „Notdienst“ nach § 75 Abs. 1b S. 5 SGB V-neu verhält. Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten sind klare Definitionen mit Blick auf die korrekte Leistungserbringung und Abrechnung unerlässlich.

Ferner sollten bedarfsorientiert regionale Besonderheiten berücksichtigt und entsprechend regionale Öffnungszeiten in Erwägung gezogen werden, statt eine durchgehende Verpflichtung der KVen (und Vertragsärztinnen/Vertragsärzte) insbesondere für einen aufsuchenden Dienst 24/7 nach § 75 Abs. 1b S. 5 Nr. 3 SGB V-neu einzuführen.

In Bezug auf die Delegationsmöglichkeiten in § 75 Abs. 1b S. 8 SGB V-neu bitten wir um Überprüfung, warum hier nur auf S. 5 Nr. 3 (den aufsuchenden Dienst) verwiesen wird und nicht z. B. auf S. 5 Nr. 2 (die digitale Versorgung).

Darüber hinaus sollte eine eindeutige Ausnahmeregelung zu der Sozialversicherungspflicht von Poolärztinnen/-ärzten im Zusammenhang mit § 75 Abs. 1b S. 10, 11 SGB V-neu erfolgen, dass in Anlehnung an die Ausnahmeregelung des § 23c Abs. 2 SGB IV für die nebenberufliche Tätigkeit von Nichtvertragsärztinnen und -ärzten, die freiwillig im Rahmen des Notdienstes der KVen außerhalb des Rettungsdienstes tätig werden, ebenfalls eine entsprechende Ausnahme von der Sozialversicherungspflicht vorgesehen wird.

## B. § 75 Abs.1c SGB V-neu

Die Neuregelung in § 75 Abs. 1c SGB V-neu zur Ersteinschätzung durch Akutleitstellen der KVen wird grundsätzlich begrüßt, sollte aber auch in Verbindung mit § 75 Abs. 1b SGB V-neu verbindliche Rangverhältnisse regeln, um eine effiziente Steuerung der Hilfesuchenden zu den zuständigen Leistungserbringern der unterschiedlichen Versorgungsebenen u. a. im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung zu gewährleisten.

Als zentraler Kritikpunkt ist in § 75 Abs. 1b und c SGB V-neu hervorzuheben, dass sich kein klarer, vollständiger Ablauf und kein klares, vollständiges Rangverhältnis mit Blick auf die drei Versorgungsbereiche – vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahme der Krankenhäuser und Rettungsdienst – aus dem Gesetzeswortlaut ergibt, was entsprechend angepasst werden sollte. Im Kabinettsentwurf wurde im Gesetzeswortlaut lediglich eine Regelung ergänzt, wonach die Vermittlung vorrangig in die Sprechstunden der Praxen zugelassener Ärzte und zugelassener medizinischer Versorgungszentren erfolgen soll (vgl. § 75 Abs. 1c S. 4 SGB V-neu). Unklar bleibt weiterhin eine effiziente Lenkung der Hilfesuchenden zu den anderen Leistungserbringern der verschiedenen Versorgungsebenen. Größtenteils ergibt sich lediglich aus der Gesetzesbegründung – und dort auch nur ansatzweise, verstreut und lückenhaft – folgendes „Rangverhältnis“:



1. Die Akutleitstellen der KVen vermitteln auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens bei sofortiger Behandlungsbedürftigkeit und in geeigneten Fällen primär unmittelbar in die vertragsärztliche ambulante Regelversorgung, (also an Vertragsärztinnen/Vertragsärzte und KV-Notdienstpraxen). Im Kabinettsentwurf wurde lediglich im Gesetzeswortlaut konkretisiert, dass zu Sprechstundenzeiten vorrangig Termine bei Vertragsärztinnen/Vertragsärzten zu vermitteln sind (s. o.). Dies hat zur Folge, dass KV-Notdienstpraxen grundsätzlich nur zu Sprechstundefreien Zeiten aufzusuchen sind.
2. Wenn keine rechtzeitige oder zumutbare ambulante Behandlung in der Regelversorgung vermittelt werden kann, stellt die KV die notdienstliche Akutversorgung insbesondere nach § 75 Abs. 1b S. 4 SGB V-neu sicher (also durch INZ, digitale und aufsuchende Versorgungsangebote). Diesbezüglich sollte geklärt werden, welche Versorgungsform vorgeht. Das Rangverhältnis „innerhalb des INZ“ sollte auch noch konkretisiert werden. Dies lässt sich nur ansatzweise aus der Gesetzesbegründung entnehmen. Danach soll prioritär die Versorgung durch die KV-Notdienstpraxen, subsidiär durch Kooperationspraxen und nachrangig durch Notaufnahmen der Krankenhäuser erfolgen.
3. Bei einem lebensbedrohlichen Notfall erfolgt die Weiterleitung an die jeweilige Rettungsleitstelle.
4. Ergibt die Ersteinschätzung keine sofortige Behandlungsbedürftigkeit, erfolgt eine Information nach Abs. 1a durch die Terminservicestelle der KV über Sprechstunden der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte.

In diesem Zusammenhang sollte auch klargestellt werden, was für die Fälle gilt, in denen ein Hilfesuchender direkt ein Krankenhaus ohne INZ, ohne vorherige Einschaltung der Akutleitstelle aufsucht. Trotz der Einrichtung von INZ bleiben die Notaufnahmen der übrigen Krankenhäuser weiterhin geöffnet und zugänglich, wodurch ein Steuerungseffekt der Patientinnen/Patienten ausbleibt.

Kritisch zu sehen, ist, dass der Zeitplan in § 75 Abs. 1c S. 2 SGB V-neu für die Umsetzung der Erreichbarkeitsvorgaben – innerhalb von neun Monaten ab Verkündung des Gesetzes – für alle Beteiligten immer noch zu kurz bemessen ist und entsprechend angepasst werden sollte. Innerhalb dieser Frist können kaum die erforderlichen Voraussetzungen auf Seiten der KVen, Vertragsärztinnen/Vertragsärzte und Notdienstpraxen erfüllt werden. Mit Blick auf die INZ müssen zudem komplexe Kooperationsverträge zwischen Krankenhäusern und KVen schon kurze Zeit später – also innerhalb von sechs Monaten nach Standortfestlegung nach § 123a Abs. 2 S. 1 SGB V-neu – geschlossen, Notdienstpraxen und Kooperationspraxen eingebunden werden.

Ferner sollte der Verweis in § 75 Abs. 1c S. 1 SGB V-neu auf § 75 Abs. 1a S. 2 SGB V-neu, der nicht die Vermittlung notdienstlicher Akutversorgung nach Abs. 1b, sondern die Vermittlung vertragsärztlicher Versorgung generell betrifft, nachgebessert werden.



### C. § 105 Abs. 1b SGB V-neu

Die Neuregelungen in § 105 Abs. 1b SGB V-neu zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes sind grundsätzlich zu begrüßen, müssen aber auch unter Berücksichtigung der Regelung in § 87b Abs. 1 S. 3 SGB V zur Vergütung der Leistungen „im Notfall und im Notdienst“ gewährleisten, dass insbesondere die Vertragsärztinnen/Vertragsärzte eine umfassende und adäquate Vergütung für ihre Leistungen im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung erhalten.

In § 105 Abs. 1b S. 1 SGB V-neu sollte direkt im Gesetzeswortlaut eindeutig die Verpflichtung aufgenommen werden, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich über die Mittel nach Abs. 1a hinaus einen zusätzlichen, jährlich bereitzustellenden zweckgebundenen Betrag zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes vereinbaren „müssen“. Dies ergibt sich bisher teilweise lediglich indirekt aus der Gesetzesbegründung. Die bisher geplante Regelung, wonach die Mittel für die Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes hälftig von den KVen zu finanzieren ist, wird abgelehnt. Während die hälftige Finanzierung der Fördermittel für den bisherigen Strukturfonds im Rahmen des Sicherstellungsauftrages nachvollziehbar ist, handelt es sich bei den neu zu schaffenden Strukturen des Notdienstes um neue zusätzliche Strukturen für den Zugang zur Akutversorgung, deren Finanzierung selbstverständlich vollständig aus Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen zu erfolgen hat.

Zudem ist es zwingend erforderlich, dass sich die privaten Krankenversicherungsunternehmen nach § 105 Abs. 1b S. 2 und S. 3 SGB V-neu bei der Förderung und Finanzierung angemessen beteiligen. Denn die medizinischen Notfälle ergeben sich unabhängig vom Versicherungsstatus.

Unter Berücksichtigung des § 105 Abs. 1b S. 7 SGB V-neu muss gewährleistet werden, dass eine umfassende und adäquate Vergütung der Leistungen im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung unmittelbar sichergestellt wird. Nach der bereits heute schon bestehenden Regelung in § 87b Abs. 1 S. 3 HS. 1 SGB V erfolgt die Vergütung der Leistungen „im Notfall und im Notdienst“ aus einem vor der Trennung für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Honorarvolumen mit der Maßgabe, dass für diese Leistungen im Verteilungsmaßstab „keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars“ angewandt werden dürfen. Eine im aktuellen Kabinettsentwurf vorgesehene „Minderung“ nach § 105 Abs. 1b S. 7 SGB V-neu ist nicht sachgerecht, da diese Mittel nicht für die Finanzierung der Strukturen im Notdienst bestimmt sind, sondern für die Vergütung der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte.

Zudem ist in diesem Zusammenhang zwingend erforderlich, dass der (ergänzte) Bewertungsausschuss neue und/oder angepasste Leistungs- und Gebührenpositionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für alle in Betracht kommenden Leistungen im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung beschließt, wie z. B.

- zur Vergütung der strukturierten ambulanten Ersteinschätzung,
- zur telemedizinischen ärztlichen Beratung,
- zur aufsuchenden Versorgung,
- zur ärztlichen Einbeziehung in Fällen, in denen das nichtärztliche medizinische Personal zu einer abschließenden Ersteinschätzung nicht in der Lage ist, sowie
- zur Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung.



Vertragsärztinnen/Vertragsärzte leisten aufgrund des erweiterten Sicherstellungsauftrages auch einen erweiterten Leistungsumfang, der angemessen vergütet werden muss, zumal sie die Erweiterung größtenteils mitfinanzieren (z. B. durch erhöhte Beitragszahlungen, einbehaltene Strukturpauschalen und Sicherstellungsumlagen der KVen). Laut Kabinettsentwurf werden bundesweit jährlich rund 140 Millionen Euro von vornherein nicht zur Vergütung der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte zur Verfügung stehen bzw. werden diesen über die Verwaltungskostenumlage entzogen. Zudem werden die Notaufnahmen der Krankenhäuser sowie der Rettungsdienst zulasten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte der ambulanten Regelversorgung entlastet.

Ferner dürfen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nicht die Leittragenden dafür sein, dass die im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung verursachten Kosten teilweise schwer einer fallbezogenen Vergütung über den EBM zugänglich sind, da die Identität der Hilfesuchenden, insbesondere der Krankenkasse, nicht eindeutig geklärt werden kann oder auch Dritte, oft Angehörige, die Akutleitstellen kontaktieren.

#### D. § 123 SGB V-neu

Die Neuregelungen zu den sektorenübergreifenden Integrierten Notfallzentren (INZ) nach § 123 SGB V-neu werden weiterhin grundsätzlich begrüßt, sollten aber teilweise konkretisiert werden.

Im Gesetzeswortlaut oder zumindest in der Gesetzesbegründung zu § 123 Abs. 1 SGB V-neu sollte insbesondere das Verhältnis der verschiedenen, sektorenübergreifenden Trägerschaften innerhalb des INZ konkretisiert werden. Dieses wird in der Gesetzesbegründung nur sehr knapp und oberflächlich dargestellt, indem lediglich auf den „kooperativen Charakter“ eines INZ hingewiesen und kurz erwähnt wird, dass die Notaufnahme und Ersteinschätzungsstelle grundsätzlich in der Trägerschaft des zugelassenen Krankenhauses bzw. die Notdienstpraxis in der Trägerschaft der jeweiligen KV verbleiben. Dies ist insbesondere klärungsbedürftig, angesichts der Tatsache, dass ein großer Einsatzbereich des Krankenhauses (bzw. Teile des vom Krankenhaus geleiteten INZ) systematisch eher dem „vertragsärztlichen Leistungserbringer der ambulanten Regelversorgung“ zugeordnet werden kann. Denn prioritär soll die KV-Notdienstpraxis im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung zum Einsatz kommen.

Weiterhin klärungsbedürftig bleibt, ob bei dem INZ neue Organisations-, Niederlassungs- oder Kooperationsmöglichkeiten entstehen sollen oder auf bereits anerkannte Möglichkeiten zurückgegriffen werden soll.

Zudem sollte klargestellt werden, wie die KV-Notdienstpraxen (bzw. darin tätige Ärztinnen/Ärzte) konkret in den INZ eingebunden sind (insbesondere bezüglich des Status, der Niederlassungsform, Anstellung und Zulassung).

In Bezug auf § 123 Abs. 1 S. 6 SGB V-neu sollte klargestellt werden, wie die konkrete Einbindung/Vernetzung der Kooperationspraxen im INZ (z. B. bezüglich Status, Anstellung, Zulassung und Kooperation) praktisch umgesetzt werden soll. Im Hinblick auf ihre Niederlassungsform werden im Gesetz lediglich „Vertragsärzte und MVZ“ genannt. Klargestellt werden sollte auch, ob diese Aufzählung abschließend ist.



Das in § 123 Abs.1 und 2 SGB V geforderte interoperable Dateiformat für die digitale Fallübergabe innerhalb des INZ sowie nach § 123 Absatz 1 Satz 6 SGB V für die Zusammenarbeit des INZ mit den vernetzten Kooperationspraxen wird grundsätzlich begrüßt. Damit eine ärztlich verantwortbare Weiterleitung sowie eine sichere und unmittelbare Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten gewährleistet werden kann, erscheint es jedoch sinnvoll, verbindliche Vorgaben für die Entwicklung und Integration von Inhalten und Dateiformaten für die informationstechnischen Systeme, die von den unterschiedlichen Akteuren genutzt werden, zu statuieren. Andernfalls steht zu befürchten, dass nicht kompatible Lösungen miteinander arbeiten sollen und die Vernetzung der Kooperationspartner aus diesem Grund nicht stattfinden kann. Seitens des Gesetzgebers sollte darüber hinaus vorgegeben werden, dass bei digitalen Fallübergaben die Telematikinfrastruktur genutzt wird, ähnlich wie dies für die Einrichtung und den Betrieb der Gesundheitsleitsysteme in § 133a Absatz 2 SGB V vorgegeben wird. Für einen barrierelosen Einsatz der zu entwickelnden Strukturen und Dienste erscheint es zudem unerlässlich, überregional einheitliche Strukturen zu schaffen. Um dies überregional zu gewährleisten und nicht in regionalen Einzellösungen zu arbeiten, kann über eine entsprechende Erweiterung des Aufgabenkatalogs in § 311 Absatz 1 SGB V die Digitalagentur mit einer entsprechenden Konzeption beauftragt werden.

Zudem sollte direkt im Gesetz klargelegt werden (und nicht nur in der Gesetzesbegründung beiläufig erwähnt werden), dass die Versorgung in Kooperationspraxen dabei nicht nur auf die „notdienstliche Erstversorgung“ beschränkt ist.

In Bezug auf § 123 Abs. 2 SGB V-neu ist auch die grundsätzlich alleinige Steuerung durch das Krankenhaus (bzw. die vom Krankenhaus geleitete zentrale Ersteinschätzungsstelle) kritisch zu hinterfragen. Denn das Krankenhaus kann dadurch einen enormen Einfluss auf die personellen und finanziellen Ressourcen eines INZ ausüben. Es muss sichergestellt werden, dass keine existenziell bedrohten Krankenhäuser zulasten der KVen (und mittelbar der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte) künstlich aufrechterhalten werden.

Darüber hinaus ist auch die zeitliche Planung in Bezug auf § 123 Abs. 3, 4 i. V. m. § 123a Abs. 1 S. 1, Abs. 2 S. 1 SGB V-neu aufgrund der Komplexität der parallel und teilweise ineinandergreifenden Verfahren oder Verhandlungen kritisch zu bewerten, da die Fristen teilweise zu kurz bemessen sind und so eng beieinander liegen, dass ggf. parallele Verhandlungen oder aufwändige Nachverhandlungen erfolgen müssen: Innerhalb von sechs Monaten nach Verkündung des Notfallgesetzes muss insbesondere der G-BA zahlreiche Bestimmungen Richtlinien beschließen, eine Standortfestlegung bezogen auf die INZ erfolgen, der (ergänzte) Bewertungsausschuss komplexe Vergütungsregelungen beschließen. Innerhalb von sechs Monaten nach der Standortfestlegung eines INZ muss ein komplexer Kooperationsvertrag zwischen Krankenhaus und KV geschlossen werden. Insbesondere sollten die Regelungen in § 123 Abs. 4 SGB V-neu zur Vergütung nachgeschärft und eine zeitlich unmittelbare, vollumfängliche und angemessene Vergütung für notdienstliche Akutleistungen – u. a. des INZ (bzw. der beteiligten Leistungserbringer) – gewährleistet werden.

Die Regelung in § 123 Abs. 5 SGB V-neu ist grundsätzlich im Sinne der Patientenversorgung zu begrüßen, birgt jedoch für die vertragsärztlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer u. a. abrechnungsrelevante Unsicherheiten. Um die Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sicherzustellen, solange noch kein Vertrag nach § 12b des Apothekengesetzes besteht, wird über § 123 Absatz 5 die Möglichkeit für eine streng am akuten Bedarf orientierte Abgabe von Arzneimitteln gemäß § 43 Absatz 4 des Arzneimittelgesetzes in Notdienstpraxen eröffnet.



Unklar bleibt in Bezug auf § 123 Abs. 5 SGB V-neu beispielsweise, wo die in der Notdienstpraxis tätig werdenden Ärztinnen und Ärzte an die relevanten Medikamente gelangen, ob diese beispielsweise über den Sprechstundenbedarf bezogen werden, ob ggf. Zuzahlungen erforderlich sind. Dies bedarf zwingend gesetzlich klarstellender Regelungen. Der Begriff „akuter Bedarf“, administrative sowie abrechnungstechnische Fragen sollte – zumindest in der Gesetzesbegründung – konkretisiert werden. Eine etwaige, damit verbundene Infizierung der Honorareinnahmen der Praxen mit der Gewerbesteuer ist zu vermeiden.

Da zu den Tätigkeiten in der Notdienstpraxis ebenfalls aufsuchende Tätigkeiten im Rahmen von Hausbesuchen gehören, wird angeregt, § 123 Absatz 5 SGB V-neu dahingehend zu ergänzen, dass eine streng am akuten Bedarf orientierte Abgabe von Arzneimitteln gemäß § 43 Absatz 4 des Arzneimittelgesetzes nicht nur in der Notdienstpraxis, sondern auch bei der vertragsärztlichen (notdienstlichen) Versorgung im Rahmen einer aufsuchenden Versorgung möglich ist, die bzw. der vertragsärztliche Leistungserbringer/-in also mit einem Mindestmaß an Medikation im Falle eines notwendigen Hausbesuchs ausgestattet ist, damit beispielsweise eine Antibiotikatherapie oder eine Schmerztherapie sofort begonnen werden kann.

Parallel hierzu wird angeregt, in § 43 Absatz 4 Arzneimittelgesetz eine Klarstellung dahingehend zu formulieren, dass die Notdienstpraxis auch bei der Durchführung von Hausbesuchen über eine Notfallmedikation innerhalb eines engen gesetzlichen Rahmens verfügen darf. Gleichzeitig bedarf es in § 43 Absatz 4 Arzneimittelgesetz klarstellender Regelungen, die eine Aussage zu den eingangs aufgeworfenen abrechnungsrelevanten Fragestellungen geben, wie beispielsweise die Ausstattung der Notdienstpraxen mit Notfallmedikation erfolgt, ob diese über den Sprechstundenbedarf bezogen wird und ob hierfür Zuzahlungen zu leisten sind.

#### E. § 123a SGB V-neu

Die Neuregelungen in § 123a SGB V-neu zur Einrichtung von INZ sind grundsätzlich positiv zu bewerten, sollten aber teilweise noch konkretisiert oder nachgeschärft werden.

Wie bereits ausgeführt, ist die Sechsmonatsfrist seit Standortfestlegung für den verpflichtenden Abschluss einer Kooperationsvereinbarung zwischen KV und Krankenhausträger zur Organisation des INZ nach § 123a Abs. 2 S. 1 SGB V-neu kaum realisierbar. Angesichts des sehr komplexen Regelungsinhaltes sollte diese Frist verlängert werden.

In Bezug auf den nicht abschließenden Regelungskatalog in § 123a Abs. 2 SGB V-neu ist vor allem kritisch anzumerken, dass diese zentralen Fragen, wie z. B. Haftungsfragen, den Status oder die konkrete Einbindung der Notdienstpraxen und Kooperationspraxen noch gar nicht beinhaltet und diesbezüglich gegebenenfalls separate Anstellungs-, Kooperations- und/oder Mietverträge verhandelt und umgesetzt werden müssen.

Zudem ist bei all diesen zeit-, personal- und finanzintensiven Regelungsinhalten kritisch zu hinterfragen, dass sich aufgrund der parallellaufenden Krankenhausreform erst einige Zeit nach deren Inkrafttreten zeigen wird, welche Krankenhäuser überhaupt weiterhin bestehen.

Darüber hinaus ist die Neuregelung in § 123a Abs. 2 S. 5 SGB V-neu – wie bereits unter A. ausgeführt – entsprechend anzupassen, da nicht nachvollziehbar ist, warum Notdienstpraxen zukünftig auch zu den normalen Praxisöffnungszeiten standardmäßig zu öffnen sind.



#### F. § 133a SGB V-neu

Die Neuregelung in § 133a Abs. 1 SGB V-neu zu dem Gesundheitsleitsystem ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings ist klärungsbedürftig, warum lediglich „auf Antrag“ eines Trägers einer Rettungsleitstelle die zuständige KV zur Kooperation nach § 133a Abs. 1 S. 1 verpflichtet ist. Sinnvoller wäre vielmehr eine einheitliche, verbindliche und flächendeckende Kooperation zwischen Rettungsleitstellen und Akutleitstellen nach einheitlichen Standards, von denen ggf. aufgrund von regionalen Besonderheiten in Ausnahmefällen abgewichen werden kann.

#### G. § 19a Ärzte-ZV-neu

Die Neuregelungen in § 19a Ärzte-ZV-neu, wonach die offenen Sprechstunden innerhalb einer Arztgruppe in einem Planungsbereich die Bedürfnisse einer ausreichenden Versorgung in Akutfällen berücksichtigen sollen, sind abzulehnen. Danach sollen im Bundesmantelvertrag entsprechende Regelungen zur Umsetzung einer möglichst gleichmäßigen zeitlichen Verteilung der Sprechstunden getroffen werden.

Mit diesen Neuregelungen sind erhebliche Eingriffe in die Freiberuflichkeit und Organisationshoheit der Ärztinnen/Ärzte verbunden (z. B. veränderte Arbeitszeiten, neue Dienstpläne).

Unklar bleibt auch, wie und mit welchen Mitteln eine diesbezügliche Koordination durch die KV erfolgen soll. Unbeschadet der Ablehnung der beabsichtigten Neuregelungen in § 19a Ärzte-ZV-neu, ist der Vollständigkeit halber darauf hinzuweisen, dass sich auch nicht die Notwendigkeit derartiger Regelungen nachvollziehen ließe, wenn gleichzeitig eine 24/7 telemedizinische und aufsuchende notdienstlichen Akutversorgung ohnehin bereitgestellt werden soll.

#### H. Änderungsantrag Nr. 1 vom 01.11.2024, BT-Drs. 20(14) 231.1

##### § 30 Abs. 1 SGB V-neu (medizinische Notfallrettung)

Der Hausärztinnen- und Hausärzterverband begrüßt die Aufnahme einer Legaldefinition des Begriffs des rettungsdienstlichen Notfalls. Zwecks Vermeidung von Unklarheiten sollte im Gesetzestext unmissverständlich zum Ausdruck kommen, dass bei der ex ante-Beurteilung eines Notfalls im Sinne von § 30 Abs. 1 S. 2 SGB V-neu nicht auf die subjektive Einschätzung der Person abzustellen ist, die den Hilfebedürftigen als Notfall eingeschätzt hat, sondern hierbei ein objektiver Maßstab anzulegen ist.

##### § 60 Abs. 2 Nr. 5 SGB V-neu (Krankentransporte und Krankenfahrten)

Bei der durch § 60 Abs. 2 Nr. 5 SGB V-neu geschaffenen Möglichkeit zur Disposition von Krankenfahrten und Krankentransporten über das Gesundheitsleitsystem wird angeregt, gesetzlich eine Klarstellung dahingehend zu schaffen, in welchen Fällen konkret die Disposition der Transportleistung durch das Gesundheitsleitsystem zur Anwendung gelangt. Andernfalls steht zu befürchten, dass der Transport zur behandelnden Einrichtung per se zur Verfügung steht und keine Grenzen gezogen werden, obgleich diese Leistung besonderen Ausnahmesituationen vorbehalten bleiben muss.



### Ihre Ansprechpartner

Bundvorsitzende: [markus.beier@haev.de](mailto:markus.beier@haev.de), [nicola.buhlinger-goepfarth@haev.de](mailto:nicola.buhlinger-goepfarth@haev.de)

☎ 030 88 71 43 73-30

Hauptgeschäftsführer und Justiziar: [joachim.schuetz@haev.de](mailto:joachim.schuetz@haev.de)

☎ 02203 97 788-03

Geschäftsführer: [sebastian.john@haev.de](mailto:sebastian.john@haev.de)

☎ 030 88 71 43 73-34

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.  
Edmund-Rumpler-Straße 2 · 51149 Köln

🌐 [www.haev.de](http://www.haev.de)