



Stellungnahme des IKK e.V.

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

**(Notfallgesetz – NotfallG)
vom 03.06.2024**

25.06.2024

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

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Kommentierung	6
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 8.....	6
§ 105 SGB V: Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	6
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 11.....	8
§ 123 Absatz 3 SGB V: Integrierte Notfallzentren.....	8
§ 123 Absatz 5 SGB V: Integrierte Notfallzentren – Arzneimittelversorgung	9
Zu Artikel 5 (Änderung des Apothekengesetzes) Nr. 1 und 2	10
§ 12 b (neu) ApoG – Versorgungsvertrag Notdienstpraxis, § 20 ApoG – Vergütung notdienstpraxisversorgende Apotheke	10
Zu Artikel 6 (Änderung der Apothekenbetriebsordnung) Nr. 4.	13
§ 23 Absatz 1 ApBetrO: Dienstbereitschaft	13

Grundsätzliche Anmerkungen

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

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

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

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

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

Begrüßt wird, dass der Gemeinsame Bundesausschuss Vorgaben für die Integrierte Notfallzentren im Rahmen einer Richtlinie erlassen soll. Diese Maßnahmen setzen einen guten Rahmen für bundesweit einheitliche Qualitätskriterien. Diese sollten auch für die Einrichtung der KINZ gelten. Auch die Einbindung der wissenschaftlichen Fachgesellschaften wird ausdrücklich befürwortet. Einheitliche Standards sind dabei eine Möglichkeit. Es sollte aber auch möglich sein, regional unterschiedlich differenzierte Versorgungsstrukturen zu definieren. Letztere könnten durch eine Expertengruppe auf Bundesebene erarbeitet werden, die auch die Kostenfrage, Ressourcen und Unterschiede in städtischen und ländlichen Regionen mitberücksichtigt.

Die erweiterten Landesausschüsse eignen sich grundsätzlich für sektorenübergreifende Entscheidungsfindungen. Allerdings verfügen die Länder über umfassende Rechte zur Festlegung von INZ-Standorten, falls der erweiterte Landesausschuss nicht innerhalb von sechs Monaten eine Mehrheitsentscheidung trifft. Um bundesweit einheitliche Strukturen zu gewährleisten, sollte eine verbindliche, bundesweite Planungsgrundlage durch den Gemeinsamen Bundesausschuss mit entsprechender Kompetenz für die vertragsärztliche Bedarfsplanung den Entscheidungen der erweiterten Landesausschüsse vorausgehen. Da KV-Notdienstpraxen eine zentrale Rolle in den INZ im Rahmen des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen spielen, wäre es zudem sinnvoll, hier die Planungszuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses auf die notdienstliche Akutversorgung auszuweiten.

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

Festzuhalten bleibt: Die aktuell vorgesehenen Maßnahmen markieren lediglich den Anfang einer dringend benötigten Reform auf diesem Gebiet. Denn die hier vorgelegte Reform der Notfallversorgung muss dringend im Zusammenhang mit der Reform des Rettungsdienstes gedacht, angegangen und umgesetzt werden. Eine effiziente Steuerung der Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene und eine damit einhergehende niedrigere Belastung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen kann aus Sicht der Innungskrankenkassen dabei nur gelingen, wenn auch für den Rettungsdienst bundeseinheitliche Struktur- und Qualitätsvorgaben, eine digitale Vernetzung der Beteiligten sowie eine die finanzielle Situation der Krankenkassen berücksichtigende Finanzierung gewährleistet wird.

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

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Referentenentwurfes. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Kommentierung

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 8

§ 105 SGB V: Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung des § 105 Abs. 1b SGB V verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zur zusätzlichen Bereitstellung von einem jährlichen zweckgebundenen Betrag zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes. Die Vertragsparteien beteiligen sich in gleicher Höhe. Die Privaten Krankenversicherungsunternehmen müssen in die Verhandlungen einbezogen werden. Der Verband der Privaten Krankenversicherungen (PKV) bestimmt das Nähere zur Beteiligung.

Bewertung

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

Die gemäß § 75 Absatz 1c SGB V eingerichteten Akutleitstellen dienen grundsätzlich der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und werden von *allen* Versicherten und damit auch der Versicherten der privaten Krankenversicherung in Anspruch genommen. Für die Förderung der Strukturen des Notdienstes ist zwar eine Beteiligung der privaten Krankenversicherungen vorgesehen, jedoch ohne eine konkrete prozentuale Beteiligung festzulegen.

Änderungsvorschlag

§ 105 Abs. 1b Satz 2 (ergänzt)

„Der Förderungsbetrag ist 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 zu mindern.“

§ 105 Abs. 1b Satz 3 (neu) – Neufassung:

„Die privaten Krankenversicherungsunternehmen müssen sich an der Förderung der Strukturen des Notdienstes anteilig ihrer Versichertenquote in der Bevölkerung beteiligen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 123 Absatz 3 SGB V: Integrierte Notfallzentren

Beabsichtigte Neuregelung

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

Im Referentenentwurf ist vorgesehen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen den für die Sozialversicherung und den für die Krankenhausplanung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder zweijährlich über die Versorgung in den Integrierten Notfallzentren berichten. Eine zweijährige Unterrichtung ist für die Kassenärztliche Bundesvereinigung gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit geplant.

Bewertung

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

Im Rahmen der Transparenz sollten jedoch die Berichte der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung veröffentlicht werden.

Änderungsvorschlag

§ 123 Abs. 7 Satz 3 (neu):

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

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 123 Absatz 5 SGB V: Integrierte Notfallzentren – Arzneimittelversorgung

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

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

Denkbar wäre alternativ auch eine Versorgung der Patienten über die Krankenhausapotheke. Zur Ausgestaltung wird auf den nachfolgenden Gliederungspunkt verwiesen.

Änderungsvorschlag

§ 123 Absatz 5 SGB V:

(5) Zur Sicherstellung der Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis nach Absatz 1 Satz 1 mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten haben die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zusammen mit dem Krankenhausträger, mit dessen Notaufnahme die Notdienstpraxis ein Integriertes Notfallzentrum bildet, einen Versorgungsvertrag nach § 12b Apothekengesetz mit einer Apotheke oder alternativ mit der Krankenhausapotheke zu schließen. Solange kein Versorgungsvertrag nach § 12b Apothekengesetz 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.

Zu Artikel 5 (Änderung des Apothekengesetzes)

Nr. 1 und 2

§ 12 b (neu) ApoG – Versorgungsvertrag Notdienstpraxis,

§ 20 ApoG – Vergütung notdienstpraxisversorgende Apotheke

Beabsichtigte Neuregelung

Zur Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln, welche die Notdienstpraxis aufsuchen, wird die Möglichkeit zum Abschluss eines Versorgungsvertrages, analog der Heimversorgung, geregelt. Hierfür soll die Apotheke, unabhängig von den geleisteten Vollnotdiensten, einen pauschalen Zuschuss erhalten.

Bewertung

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

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

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

Darüber hinaus sieht § 20 Apothekengesetz einen pauschalen Zuschlag lediglich für die Dienstbereitschaft und den vollständig erbrachten Notdienst von 20 Uhr bis 6 Uhr des Folgetages vor. Die aktuellen Öffnungszeiten der Praxis (bis 21 Uhr) sind „Alltag“ für beispielsweise viele Lebensmittel-Grundversorger und in den Bundesländern mehrheitlich durch die Ladenöffnungszeiten gedeckt. Auch aus diesem Grund ist nicht erkennbar, warum eine zusätzliche Vergütung ausgelobt werden soll.

Änderungsvorschlag

§ 12b (neu) ApoG:

(1) Der Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke kann zur Versorgung von Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten nach § 123 Absatz 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch einen Vertrag 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. Abweichend von Satz 1 kann die Versorgung über einen Vertrag nach § 123 Abs. 5 SGB V zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhausträger in Verbindung mit einem Vertrag nach § 129a SGB V sichergestellt werden.

(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. sofern die Versorgung durch eine zweite Offizin sichergestellt wird, die öffentliche Apotheke und die zu versorgenden Notdienstpraxis innerhalb desselben Kreises oder derselben kreisfreien Stadt oder in einander benachbarten Kreisen oder kreisfreien Städten liegen.
6. 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.“~~

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

§ 14 Abs. 7 Apothekengesetz

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

§ 20 Abs. 1 Apothekengesetz

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

Zu Artikel 6 (Änderung der Apothekenbetriebsordnung) Nr. 4.

§ 23 Absatz 1 ApBetrO: Dienstbereitschaft

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

Die Neuregelung ist nachvollziehbar und aus Patientensicht zu begrüßen, damit die Patienten ihre Arzneimittel unmittelbar nach Besuch der Notdienstpraxis beziehen können.

Darüber hinaus ist die Neuregelung so zu formulieren, dass „für den regulären Teil der Apotheke“, sofern der Vertrag mit einer öffentlichen Apotheke geschlossen wurde, ergänzend die üblichen Dienstbereitschafts- und Notdienstpflichten gelten.

Änderungsvorschlag

§ 23 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

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