

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Abteilung Sozialpolitik
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300
Telefax: 030 9210580-310
E-Mail: sozialpolitik@vdk.de

Berlin, 01. August 2024

Der Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK) ist als Dachverband von 13 Landesverbänden mit über zwei Millionen Mitgliedern der größte Sozialverband in Deutschland. Die Sozialrechtsberatung und das Ehrenamt zeichnen den seit über 70 Jahren bestehenden Verband aus.

Zudem vertritt der VdK die sozialpolitischen Interessen seiner Mitglieder, insbesondere der Rentnerinnen und Rentner, Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen sowie Pflegebedürftigen und deren Angehörigen.

Der gemeinnützige Verein finanziert sich allein durch Mitgliedsbeiträge und ist parteipolitisch und konfessionell neutral.

1. Zu den Zielen des Gesetzentwurfs und den Maßnahmen der Umsetzung

Das deutsche Gesundheitssystem befindet sich derzeit im Umbruch. Neben der Reform des Krankenhauswesens (KHVVG) und der ambulanten Versorgung (GVSG) steht nun eine weitere große Reform an: die Reform der Notfallversorgung.

Es ist wichtig, dass allen Menschen schnell geholfen wird, wenn sie einen medizinischen Notfall erleiden oder der Meinung sind, dass dem so sei und aus diesem Grund Hilfe in Anspruch nehmen möchten. Grundsätzlich verfügt Deutschland über ein gut ausgebautes Notfallsystem, bestehend aus dem vertragsärztlichen Notdienst, den Notaufnahmen der Krankenhäuser und dem Rettungsdienst.

Doch die strukturellen Probleme des Gesundheitssystems müssen häufig durch die Strukturen der Notfallversorgung aufgefangen werden. Die Notfall- und Akutmedizin leidet unter dieser „stark zunehmenden „Auffangfunktion“ⁱ.

Ein Problem stellt die effiziente Steuerung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene dar. Hilfesuchende entscheiden zunächst selbst, an wen sie sich in Ihrer Problemlage wenden. Erschwerend kommt nach Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit hinzu, dass es zwei unterschiedliche telefonische Anlaufstellen gibt: zum einen die Telefonnummer der Kassenärztlichen Vereinigungen, KV, (116 117), zum anderen die Notrufnummer von Rettungsdienst und Feuerwehr (112).

Bereits durch Möglichkeiten zur Fehlsteuerung von Hilfesuchenden, kommt es vielfach zu einer Überlastung von Rettungsdiensten und Notaufnahmen. Dabei zeigt sich, dass der Rettungsdienst vermehrt bei gesundheitlichen Problemen in Anspruch genommen wird, die auch durch den Vertragsarzt hätten versorgt werden können.

Eine Studieⁱⁱ aus dem Jahr 2021 zeigt, dass die Dringlichkeit medizinischer Probleme häufig fehleingeschätzt wird. Es werden Probleme nicht nur überschätzt, sondern auch unterschätzt. So wurden beispielsweise von 20 Prozent der Befragten die Dringlichkeit der Behandlung von Symptomen, die auf einen Herzinfarkt (Myokardinfarkt) oder einen Schlaganfall (Apoplex) hindeuten, unterschätzt. Nach Angaben der Studienautoren riefen 25 Prozent der Befragten bei diesen lebensbedrohlichen Situationen sogar „nicht den Rettungsdienst“.

Gleichzeitig wird die Dringlichkeit bei nicht- bzw. leicht dringlichen Fällen in ca. 30 Prozent der Fälle überschätzt. Ebenfalls kannten 12 Prozent der Befragten die Telefonnummer 112 für den Rettungsdienst nicht und die Telefonnummer 116 117 kannten 82 Prozent der Befragten nicht.

Zuletzt versuchte man auf diese Situation zu reagieren, in dem Notdienstpraxen der kassenärztlichen Vereinigungen in unmittelbarer Nähe zu Notaufnahmen installiert wurden. Da es hierfür jedoch keine gesetzlichen Bestimmungen gibt, ist diese Struktur sehr heterogen ausgeprägt.

Das Bundesministerium für Gesundheit möchte mit dieser Reform auf diese Probleme und die vorhandene Regelungslücke für Notdienstpraxen in Kliniken oder in unmittelbarer Nähe zu Kliniken reagieren.

Die Aufgaben der bereits existenten Terminservicestellen im Bereich der Akutfallvermittlung soll zukünftig die sogenannte „Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigung“ wahrnehmen. Diese soll mit den Rettungsleitstellen vernetzt werden und so zu einer besseren Steuerung von Hilfesuchenden beitragen. Zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen der Akutleitstelle der KVen und den Rettungsleitstellen soll eine digitale Fallübergabe mit medienbruch-freier Übermittlung bereits erhobener Daten wechselseitig möglich sein.

Der Sicherstellungsauftrag der KVen soll ausgeweitet werden, indem die Aufgabe der notdienstlichen Akutversorgung konkretisiert wird. Die KVen werden verpflichtet, durchgängig eine telemedizinische und eine aufsuchende Versorgung bereitzustellen.

Integrierte Notfallzentren sollen als sektorenübergreifende Notfallstrukturen etabliert werden. Hier sollen zugelassene Krankenhäuser und die KV verbindlich in der Art zusammenarbeiten, dass immer eine bedarfsgerechte ambulante medizinische Erstversorgung bereitsteht. Die Integrierten Notfallzentren sollen aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der KV im oder am Krankenhausstandort und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle bestehen.

Die KVen und ausgewählte Krankenhäuser werden verpflichtet, sich an den Integrierten Notfallzentren zu beteiligen. Zusätzlich sollen zu Sprechstundenzeiten vertragsärztliche Leistungserbringer als Kooperationspraxen an die Notfallzentren angebunden werden können.

An welchen Standorten die Integrierten Notfallzentren etabliert werden, sollen die Selbstverwaltungspartner nach bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben im erweiterten Landesausschuss innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes festlegen. Kommt keine Entscheidung zustande, entscheidet das jeweilige Bundesland.

Integrierte Notfallzentren sollen flächendeckend integriert werden. Besteht ein besonderer Bedarf für Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche, dann können diese zusätzlich etabliert werden.

Ist die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums nicht möglich, soll durch telemedizinische Angebote Abhilfe geschaffen werden.

Darüber hinaus soll die Versorgung von Patientinnen und Patienten von Notdienstpraxen mit Arzneimittel und apothekenpflichtigen Medizinprodukten durch die Einführung von Versorgungsverträgen mit öffentlichen Apotheken verbessert werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK Deutschland begrüßt, dass das System der Notfallversorgung in Deutschland durch die geplante Reform gestärkt werden soll. Im Fokus steht hierbei, die Patientinnen und Patienten gut durch das System der Notfallversorgung zu leiten. Wenden sich die Menschen in einer (vermeintlichen) Notlage an eine falsche Anlaufstelle, wird dieses Problem durch eine bessere Vernetzung der Rettungsleitstellen und der Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen zukünftig schnell und niederschwellig gelöst.

Die Verpflichtung der KVen, durchgängig eine niederschwellige und aufsuchende Notfallversorgung bereitzustellen, unterstützt der Sozialverband VdK ausdrücklich.

Das Problem, dass viele Menschen in Deutschland Gefahrensituationen oder Symptome ihres eigenen Körpers nicht richtig einschätzen können, wird dadurch jedoch nicht gelöst. Auch das Problem, dass die Nummer der Akutleitstellen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (116 117) nahezu unbekannt ist, wird nicht gelöst. Das Bundesministerium für Gesundheit macht keine Vorschläge dazu, wie diese gravierende Unwissenheit vieler Menschen behoben werden könnte.

Dabei liegen die zu ergreifenden Maßnahmen auf der Hand: die Schlagworte heißen Information und Prävention und zwar so früh und so schnell es geht. Aus diesem Grund fordert der VdK Informationskampagnen in der Öffentlichkeit und, dass junge Menschen bereits in der Schule (Biologieunterricht) darüber aufgeklärt werden, in welchen Situationen ein Rettungswagen zu rufen ist, wie körpereigene Symptome zu deuten sind (Was deutet auf einen Schlaganfall oder Herzinfarkt hin? Welche Symptome oder Verletzungen erfordern eine sofortige Behandlung? Was ist nur eine Erkältung? Welche Schmerzen sind normal?) und wann es ausreichend ist, bis zur nächsten offenen Sprechstunde des Hausarztes zu warten.

Solange die Missverständnisse über die Funktionsweise des Gesundheitssystems nicht beseitigt sind, ist es sinnvoll, aktiv in die Patientensteuerung einzugreifen und die Menschen an die für sie richtige Stelle zu leiten. Ein standardisiertes Abfrageprotokoll stellt zudem sicher, dass alle Menschen überall in Deutschland bei ähnlicher medizinischer Problematik vergleichbare Hilfe erhalten.

Der VdK unterstützt zudem die Initiative, in der Nähe einer Rettungsstelle des Krankenhauses eine ambulante Notfallpraxis der KV zu integrieren. So kann die Rettungsstelle für „echte Notfälle“ freigehalten werden, welche zwingend auf die Strukturen einer Notaufnahme angewiesen sind.

Ob diese Art der Versorgung nun einen besonderen Namen benötigt und mit den „Integrierten Notfallzentren“ eine weitere Versorgungsform erfunden werden muss, stellt der VdK ausdrücklich in Frage. Eine Kombination der Notfallpraxen der KVen mit Integrierten Versorgungszentren, wie sie bereits in anderen Reformprojekten des Ministeriums vorgesehen sind, ist dringend anzuraten.

Die Einführung des Dispensierrechtes für Ärzte lehnt der VdK aus Gründen der Arzneimittelsicherheit und Patientensicherheit ab. Ansätzen, die Arzneimittelversorgung durch eine bessere Abstimmung zwischen den KVen und den für die Apothekennotdienste zuständigen Landesapothekerkammern zu verbessern, steht der Verband offen gegenüber.

Im Folgenden nimmt der Sozialverband VdK Deutschland zu ausgewählten Punkten Stellung.

2. Änderungen des fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

2.1. § 73b SGB V – Hausarztzentrierte Versorgung

Zur flächendeckenden Sicherstellung der besonderen hausärztlichen Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) darf die notdienstliche Akutversorgung nicht eingeschränkt werden, da diese die vertragsärztliche Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten ersetzen soll.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Grundsätzlich spricht sich der Sozialverband VdK Deutschland e. V. für eine hausarztzentrierte Versorgung in Deutschland aus. Es ist wichtig, dass es im Gesundheitssystem eine zentrale Anlaufstelle für die Mitglieder des Sozialverbandes gibt, die die Patientinnen und Patienten sowie ihre Krankheitsgeschichte gut kennt. Durch eine hausarztzentrierte Versorgung lassen sich beispielsweise Krankenhausaufenthalte vermeiden oder signifikant verkürzenⁱⁱⁱ. Da Effekte der Hausarztzentrierten Versorgung jedoch vor allem langfristig zu erwarten sind und (vermeintliche) Notfallsituationen zu Schließzeiten der Praxen eine unverzügliche Behandlung erfordern, sollte in diesen Fällen die Notfallversorgung in einem Integrierten Versorgungszentrum Vorrang haben.

Schätzt die Rettungsleitstelle oder die Leitstelle der KV das medizinische Leiden jedoch so ein, dass es sich nicht um einen Notfall handelt, sollte nach Ansicht des VdK die Möglichkeit bestehen, dass die KV direkt einen kurzfristigen Termin innerhalb von maximal drei Tagen in der Hausarztpraxis ansetzt.

2.2. § 75 SGB V-E – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

Die KVen sollen die Versicherten im Internet bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte informieren. Zudem sollen die KVen die Versicherten über Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderung zur Versorgung (Barrierefreiheit) informieren.

2.2.1. Absatz 1a

Es werden Terminservicestellen eingerichtet, die an Werktagen unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer (116 117) 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.

Die dauerhafte Erreichbarkeit der Terminservicestellen wird aufgrund der organisatorischen Trennung von den Akutleitstellen zukünftig nicht mehr notwendig sein. Auch die Aufgabe der Terminservicestellen, 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, entfällt.

Für die Behandlung bei einem Facharzt und die dafür notwendige telefonische Vermittlung ist in der Regel eine Überweisung des Hausarztes notwendig. Auf diese kann verzichtet werden, wenn es um die Behandlung bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt geht oder im Krankenhaus im Rahmen einer ambulanten Notfallbehandlung eine Ersteinschätzung einen ärztlichen Behandlungsbedarf ergeben hat, jedoch keine sofortige Behandlungsnotwendigkeit vorliegt. Die Ausnahme wird nun auf die Fälle ausgeweitet, in denen eine Inanspruchnahme eines Integrierten Notfallzentrums erfolgte und dort eine weitere Behandlungsnotwendigkeit festgestellt wurde.

Neu hinzu kommt eine Regelung, nach der die KVen in den Integrierten Notfallzentren im Bedarfsfall eine Terminbuchung bei Vertragsärzten ermöglichen müssen. So soll eine mögliche notwendige Weiterversorgung sichergestellt werden und die erneute Inanspruchnahme von Notdienststrukturen vermieden werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK betrachtet die Einführung von Terminservicestellen, die dauerhaft erreichbar sind, als längst überfällig. Dass diese Terminservicestellen zukünftig in Akutleistellen eingegliedert werden, ist folgerichtig und ermöglicht es, den Patientinnen und Patienten im Akutfall und bei Fehlen eines Hausarztes, zeitnah einen Termin in einer geeigneten Arztpraxis zu erhalten.

Es ist nachvollziehbar, dass die Überweisungspflicht durch den Hausarzt, bei Überweisungen an einen Augenarzt oder einen Gynäkologen, oder nach der ambulanten Notfallbehandlung in einem Krankenhaus entfallen soll. Dies ist nur sinnvoll, da ein tatsächlicher akuter Bedarf einer Behandlung bei einem Spezialisten durch Fachpersonal festgestellt wurde. Wie bereits unter 2.1 beschrieben, befürwortet der Sozialverband VdK grundsätzlich das Konzept einer hausarztzentrierten Versorgung. Den Patienten sollte daher zumindest nahegelegt werden, ihren Hausarzt über diese zusätzliche Behandlung zu informieren.

2.2.2. Absatz 1b

Absatz 1b wird neu gefasst. Der Sicherstellungsauftrag umfasst zusätzlich die vertragsärztliche Erstversorgung 24 Stunden täglich, wenn eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Sie beschränkt sich dabei ausschließlich auf die kurzfristig erforderlichen Maßnahmen und die Begrenzung von akuten Beschwerden.

Diese notdienstliche Akutversorgung umfasst auch die Feststellung und Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit sowie die Verordnung von Arzneimitteln. Nicht vom Sicherstellungsauftrag eingeschlossen ist die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes. Länderspezifische Ausnahmen sind möglich.

Die Notdienstliche Versorgung der KVen soll insbesondere durch

- die Beteiligung an Integrierten Notfallzentren und Integrierten Notfallzentren für Kinder- und Jugendliche,
- ein telefonisches und videounterstütztes ärztliches Versorgungsangebot 24 Stunden täglich auch durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und
- einen aufsuchenden Dienst 24 Stunden täglich

sichergestellt werden.

Um diese Aufgaben zu erfüllen, kann qualifiziertes, nicht ärztliches Personal unter ärztlicher Anordnung und Verantwortung eingesetzt werden. Sofern dies landesrechtlich möglich ist, können zur Erfüllung der Aufgaben Kooperationen mit den Rettungsdiensten eingegangen werden.

Integrierte Notfallzentren können durch kinder- und jugendmedizinische telemedizinische Konsilien unterstützt werden.

Die KVen sollen mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch über die Organisation des Notdienstes treten, um die Versorgung zu verbessern.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK befürwortet ausdrücklich, dass die KVen über eine Ausweitung des Sicherstellungsauftrages dazu verpflichtet werden, eine durchgehende vertragsärztliche Erstversorgung sicherzustellen. Dabei ist es nachvollziehbar, dass sich die Maßnahmen auf eine notwendige Erstversorgung beschränken sollen. Besonders die Sicherstellung einer aufsuchenden Versorgung begrüßen wir, da es unseren Mitgliedern häufig aufgrund einer vorliegenden Grunderkrankung, Behinderung oder einem schlechten Zustand des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) nicht möglich ist, im Akutfall eine Arztpraxis aufzusuchen.

Ein wichtiger und sehr zu begrüßender Punkt ist, dass von den notwendigen Erstmaßnahmen auch die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung eingeschlossen ist.

Der VdK fordert eine Konkretisierung, inwieweit qualifiziertes nicht-ärztliches Personal im Rahmen der notdienstlichen Versorgung eingesetzt werden soll. Insbesondere sollte eine Konkretisierung erfolgen, um welche Berufsgruppen, (Notfallsanitäter, Rettungssanitäter, Medizinische Fachangestellte, Physician-Assistant¹) es sich handelt und ob diese Personen auch die aufsuchende Behandlung im Rahmen des Kassenärztlichen Notdienstes übernehmen können. Insbesondere der Einsatz von Notfallsanitätern oder Physician-Assistants kann sinnvoll und zweckmäßig sein. Um die allgemeine Verantwortung der Ärzte, unter dessen Verantwortung das nicht-ärztliche Personal arbeiten soll, etwas zu begrenzen, hält der VdK es für sinnvoll, Kompetenzen dieser Berufsgruppen klar abzustecken und festzulegen, in welchen Fällen eine (telemedizinische) Konsultation eines Arztes notwendig ist.

Besonders befürwortet der VdK, dass auf die besonderen medizinischen Bedürfnisse von Kindern und Jugendliche durch spezialisierte Integrierte Notfallzentren bzw. entsprechende telemedizinische Konsilien eingegangen werden soll. Wir kritisieren jedoch, dass das Gesetz eine „Kann-Formulierung“ verwendet und fordern, dass sich jedes Integrierte Notfallzentrum in der Art zu vernetzen hat, dass zu jeder Zeit mindestens ein Telekonsil zu einer pädiatrischen Station sichergestellt ist.

Zudem kritisiert der VdK, die unklare Formulierung im Gesetz, dass besondere Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche eingerichtet werden sollen, wenn ein besonderer Bedarf besteht. Es bleibt jedoch offen, wie sich ein „besonderer Bedarf“ definiert. Hier muss

¹ Physician Assistant (PA) ist ein medizinischer Assistenzberuf, der in amerikanischen und angloamerikanischen Ländern entwickelt wurde. Ihm werden durch einen Arzt Aufgaben delegiert. Es handelt sich um einen akademischen Beruf.

der Gesetzgeber nachschärfen. Die Unterbesetzung eines Kreises mit Pädiatern kann eine entsprechende Leitplanke sein, um spezialisierte Versorgungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche zu etablieren.

Grundsätzlich sollte drauf hingearbeitet werden, dass in der Nähe einer Notdienstpraxis auch eine Apotheke einen Notdienst übernimmt, vgl. Abschnitt 3.

2.2.3. Absatz 1c (neu)

Die Akutleitstelle der KV dient der Terminvermittlung in Akutfällen und muss 24 Stunden täglich erreichbar sein. Es handelt sich also um eine zusätzliche Aufgabe zu der bereits vorgesehenen Terminvermittlung. Die Akutleitstelle wird die zentrale Anlaufstelle für Personen, die von einer sofortigen Behandlungsnotwendigkeit ausgehen.

Sie muss in 75 Prozent der Fälle innerhalb von drei Minuten erreichbar sein. In 95 Prozent der Fälle muss sie innerhalb von zehn Minuten erreichbar sein. Das digitale Angebot muss dauerhaft erreichbar sein. Die Vorgaben der Erreichbarkeit müssen eingehalten werden, um eine Verlagerung des Anrufgeschehens auf die Notfallnummer 112 zu vermeiden, um den Rettungsdienst wirksam zu entlasten.

Es ist Aufgabe der Rechtsaufsicht der Länder, diese Vorgaben zur Erreichbarkeit zu kontrollieren. Die neuen Regelungen zur Erreichbarkeit gelten frühestens sechs Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes, um den KVen die Möglichkeit zu geben, ausreichend Personal zu akquirieren und die erforderlichen Systeme zu etablieren.

Die Akutleitstelle muss nach einem bundesweit einheitlichen Verfahren zur Ersteinschätzung arbeiten und geeignete ärztliche Hilfe vermitteln. Die ärztliche Hilfe kann in Form einer Video- oder Telefonkonsultation, einem Akuttermin bei einer Praxis in zumutbarer Nähe, einem Termin in einer offenen Sprechstunde oder durch Hausbesuche vermittelt werden. Für eine Terminvermittlung zu einem Facharzt ist im Akutfall keine Überweisung notwendig. Liegt ein lebensbedrohlicher Notfall vor, leitet die Akutleitstelle an die Notrufnummer 112 des Rettungsdienstes weiter.

Stellt ein Träger einer Rettungsdienstleistung einen entsprechenden Antrag, ist die KV zu einer Kooperation mit dieser Leitstelle verpflichtet.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK befürwortet eine Kooperation zwischen den Akutleitstellen der KV und den Rettungsleitstellen. Besonders vor dem Hintergrund, dass vielen Menschen die Rufnummer des Kassenärztlichen Notdienstes nicht bekannt ist und viele Menschen stattdessen den Notruf (112) wählen, ist eine Kooperation sinnvoll.

Da die Rettungsleitstellen dem Landesrecht unterliegen, kann der Bund diese zu einer Kooperation nicht verpflichten, wohl aber die Akutleitstellen der KVen. Der VdK fordert daher die Bundesländer auf, eine Kooperationspflicht für die Rettungsleitstellen in Landesrecht zu überführen.

Es ist wichtig, dass bundesweit einheitliche Verfahren zur Ersteinschätzung verwendet werden, die regelmäßig evaluiert werden, damit alle Menschen in Deutschland dieselbe qualitativ hochwertige medizinische Versorgung erhalten.

Der VdK kritisiert, dass der Begriff der „zumutbaren Nähe“ nicht weiter konkretisiert wird. Was zumutbar ist, kann sich zwischen Patienten individuell unterscheiden. So kann es für einen ansonsten gesunden Mann, der einen Schnupfen hat, zumutbar sein, 60 Minuten mit der Bahn durch die Stadt zu fahren, wohingegen es für eine multimorbide, gehbehinderte Frau kaum zumutbar ist, ihre Wohnung im vierten Stock eines Hauses ohne Aufzug zu verlassen. Hier fordert der VdK eine Konkretisierung, mindestens in Form einer Handreichung, damit es keine regionalen Unterschiede bei der Einschätzung einer „zumutbaren Nähe“ kommt.

2.2.4. Absatz 1e (entspricht Absatz 1a Satz 23 und 24 des geltenden Rechtes)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) evaluiert die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Arztterminen, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme und auf die Vermittlungsquote. Über die Ergebnisse muss die KBV zum 30. Juni 2025 berichten.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK fordert eine Ausweitung der Evaluation auf die Funktionsfähigkeit des Erhebungsbogens und hinsichtlich der Richtigkeit der Weiterleitung von Patienten an den Rettungsdienst.

2.2.5. Absatz 1f (neu)

Die KVen stellen ebenfalls den vertragszahnärztlichen Notdienst außerhalb der Sprechstundenzeiten sicher und informieren die Versicherten im Internet bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragszahnärzte und über die barrierefreien Zugangsmöglichkeiten. Die Absätze 1a bis e gelten nicht.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK Deutschland weist mit Nachdruck darauf hin, dass auch die Website und der Internetzugang zu den Angeboten des Notdienstes barrierefrei, mindestens nach dem jeweils aktuellen WCAG-Standard, aktuell WCAG 2.2., sein müssen.

2.3. § 90a SGB V – Gemeinsames Landesgremium

Vertreter des Rettungsdienstes werden explizit als mögliche Mitglieder in die Regelung der gemeinsamen Landesgremien aufgenommen. So soll die Expertise der Rettungsdienste insbesondere bei Empfehlungen zur sektorenübergreifenden Notfallversorgung eingebunden werden. Sie erhalten Mitspracherechte. Da die Organisation des Rettungsdienstes Aufgabe der Länder ist, dürfen diese auch entscheiden, welche konkreten Mitglieder die Vertretung des Rettungsdienstes übernehmen sollen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK fordert, dass dem Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V auch Vertreterinnen und Vertreter der Patienten nach § 140f SGB V angehören müssen, um die Interessen der Patientinnen und Patienten angemessen vertreten zu können.

2.4. § 123 SGB V-E – Integrierte Notfallzentren

Es handelt sich um eine Einführung eines neuen Paragraphen ins SGB V.

2.4.1. Absatz 1

Integrierte Notfallzentren bestehen aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der KV 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 zu einander liegen.

Die fachliche Leitung und Verantwortung obliegen dem Krankenhaus. In einer Kooperationsvereinbarung kann Abweichendes geregelt werden.

Die KVen stellen die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch Kooperationen und organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern im Rahmen der Integrierten Notfallzentren sicher. Die Notaufnahme des Krankenhauses wird unmittelbar eingebunden. Das Krankenhaus wird so Teil der kassenärztlichen Versorgung und kann selbstständig eine notdienstliche ambulante Erstversorgung durchführen.

Zugelassene Krankenhäuser, die als Standort für ein Integriertes Notfallzentrum bestimmt worden sind, sind zur Kooperation verpflichtet.

Innerhalb des Integrierten Notfallzentrums erfolgt eine digitale Fallübergabe in einem interoperablen Datenformat unter Beachtung der geltenden verbindlichen Festlegungen.

Für die Versorgung von Akutfällen während der Sprechstundenzeiten außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis sollen die KVen geeignete, im Umkreis des Krankenhauses gelegene Vertragsärzte und medizinische Versorgungszentren (MVZ), sog. Kooperationspraxen, einbinden. Es kann sich dabei um selbstständige Vertragsarztpraxen oder MVZ handeln. Eine Kooperationspraxis muss in der Art mit dem Integrierten Notfallzentrum vernetzt sein, dass eine zeitlich nahtlose, rückverfolgbare und digitale Fallübergabe in einem passenden Datenformat sichergestellt ist.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Formulierung „unmittelbare räumliche Nähe“ sollte dahingehend konkretisiert werden, dass eine durchschnittliche Geh-Zeit von zehn Minuten nicht überschritten werden darf. Zudem muss sichergestellt sein, dass der Weg von der Notaufnahme bzw. der Stelle, an welcher eine erste Einschätzung vorgenommen wird, zum tatsächlichen Behandlungsort barrierefrei nach der DIN 18040-3 gestaltet ist.

Der VdK befürwortet, dass das Krankenhaus Teil der kassenärztlichen Versorgung werden soll. Dies bedeutet für die Patientinnen und Patienten eine enorme Erleichterung. So können beispielsweise direkt im Krankenhaus Rezepte zu Lasten der GKV ausgestellt werden und Patientinnen und Patienten müssen nicht mehr in Vorleistung gehen. Dies ist aktuell der Fall, da viele Krankenhäuser bei einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus häufig nur Privatrezepte ausstellen.

Der VdK befürwortet, dass auch umliegende (Fach-)Arztpraxen in die Versorgung eingebunden werden sollen. Dies entlastet das Krankenhaus und ermöglicht eine schnelle Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Eine Vernetzung der Leistungserbringer, welche eine lückenlose Dokumentation und Fallübergabe ermöglicht, sollte aus der Sicht des Sozialverbandes VdK selbstverständlich sein und Standard im gesamten Gesundheitssystem werden.

Grundsätzlich ist in Frage zu stellen, ob mit der Schaffung von Integrierten Notfallzentren nicht eine Doppelstruktur zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen geschaffen wird und nicht der Versorgungsauftrag der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ausgeweitet werden sollte, statt eine neue Versorgungsform einzuführen.

2.4.2. Absatz 2

Hilfesuchende, die mit einem von ihnen selbst als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbstständig ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, trifft die zentrale Ersteinschätzungsstelle eine Entscheidung über die Behandlungsdringlichkeit und die geeignete Versorgungsebene. Sie soll dabei auch die möglichen Kooperationen mit anderen Praxen berücksichtigen. Patienten, die aufgrund einer ärztlichen Verordnung oder durch den Rettungsdienst eingeliefert werden, sollen auch in diesem Krankenhaus behandelt werden.

Suchen Patienten das Krankenhaus für eine Regeluntersuchung oder eine Vorsorgeuntersuchung auf, sollen sie prioritär an die vertragsärztliche Versorgung vermittelt werden. In diesen Fällen findet auch keine Ersteinschätzung statt.

Die Ersteinschätzung kann im Wege der Delegation erbracht werden. Ab dem Vorliegen eines Beschlusses zu einem standardisierten digitalen Ersteinschätzungsinstrumentes durch den G-BA, hat dieses Anwendung zu finden.

Wenn nach der notdienstlichen Erstbehandlung eine weitere ambulante Behandlung notwendig 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 grundsätzlich vorrangig zu behandeln.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK befürwortet diese Regelungen. Zur Delegation von Aufgaben verweist der VdK auf den Abschnitt 2.2.2.

Im Allgemeinen kritisiert der VdK jedoch, dass die verschiedenen Anforderungen, die ein Integriertes Notfallzentrum zu erfüllen hat, nicht durch ein einheitliches Gremium festgelegt werden sollen, sondern durch verschiedene Gremien landesweit unterschiedlich geregelt werden.

2.4.3. Absatz 3

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie

- Vorgaben an ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument, das für Hilfesuchende einerseits die Dringlichkeit des Behandlungsbedarfes feststellt und andererseits die Bestimmung der sachgerechten Versorgungsebene innerhalb der Kooperation als Grundlage für die Ersteinschätzung ermöglicht,
- Vorgaben zum Nachweis der Einhaltung der Anforderungen durch das Ersteinschätzungsinstrument,
- Vorgaben zur Form und zum Inhalt des Nachweises der Verwendung des Ersteinschätzungsinstrumentes an der jeweiligen Einschätzungsstelle,
- den Zeitpunkt, ab dem das Ersteinschätzungsinstrument von der Ersteinschätzungsstelle zu verwenden ist,
- Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen in Integrierten Notfallzentren,
- Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen in Integrierten Notfallzentren,
- Vorgaben zum Nachweis und zur Kontrolle der Einhaltung der Mindestanforderungen, sowie
- das Nähere zur Umsetzung des Überprüfungs- und Berichtsauftrages einschließlich der Übermittlung der hierzu erforderlichen Informationen an den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Durch die Richtlinie soll die Entscheidungsfindung unterstützt werden, ob ein dringlicher Behandlungsbedarf vorliegt und auf welcher Ebene eine Behandlung erfolgen soll. Es muss validiert und patientensicher sein. Die besonderen Bedürfnisse von Kindern, Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen sind zu berücksichtigen.

Der G-BA muss dabei die beschlossenen Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern berücksichtigen. Der G-BA muss dem BMG über die Auswirkungen der Stellungnahme berichten.

Die Personalanforderungen legen allein die Vertragspartner fest.

Der G-BA hat die Auswirkungen der Richtlinie hinsichtlich der Entwicklung und Inanspruchnahme der Notaufnahmen und der Notdienstpraxen, der Auswirkung auf die Patientenversorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung seiner Regelungen bis zum 31. Dezember 2026 zu prüfen und an das BMG zu berichten.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK unterstützt ausdrücklich, dass diese notwendige Richtlinie bundeseinheitlich erstellt werden soll. Die Erstellung durch den G-BA gewährleistet, dass auch die Interessen der Patientinnen und Patienten in den Prozess der Erstellung mit einfließen.

Der VdK unterstreicht die Relevanz der besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung und von Kindern und Jugendlichen. Wir weisen darauf hin, dass Grundsätze zur Barrierefreiheit sowohl für den physischen Zugang als auch für das standardisierte Ersteinschätzungsprotokoll beachtet werden müssen. Es sind ebenfalls Fragebögen in Leichter Sprache vorzuhalten bzw. zu erstellen.

2.4.4. Absatz 5

Zur Sicherstellung der Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten haben die zuständige KV zusammen mit dem Krankenhausträger, mit dessen Notaufnahme die Notdienstpraxis ein Integriertes Notfallzentrum bildet, einen Versorgungsvertrag nach § 12 Apothekengesetz (ApoG) mit einer Apotheke zu schließen. Solange kein Versorgungsvertrag besteht, ist in der Notdienstpraxis die Versorgung der Patientinnen und Patienten durch Abgabe von Arzneimitteln für den aktuellen Bedarf sicherzustellen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK Deutschland spricht sich gegen ein Dispensierrecht für Ärztinnen und Ärzte, auch in Integrierten Notfallzentren, aus.

Bei Arzneimitteln handelt es sich um Waren besonderer Güte, die besondere Anforderung an die Lagerung, den Transport und die Abgabe stellen. Die Abgabe von Arzneimitteln bedarf einer besonderen Beratung der Patientinnen und Patienten, die durch pharmazeutisches Personal erfolgen muss und nicht durch das Praxispersonal erfolgen kann und aufgrund des anzunehmenden Zeitmangels auch nicht erfolgen wird. Zudem ist damit zu rechnen, dass eine Abgabe von Arzneimittel auch von nicht ärztlichem Personal durchgeführt werden wird, welches für diese Tätigkeit noch weniger geeignet ist.

Zudem stellt sich die Frage, wie und auf welcher Rechtsgrundlage die Arztpraxis mit Arzneimitteln versorgt werden soll, wenn kein Kooperationsvertrag mit einer Apotheke besteht.

Um einer möglichen unzureichenden Apothekendichte in der Nähe von Integrierten Notfallzentren vorzubeugen, kann durch die Geplante „zweite Offizin“ ausreichend Abhilfe geschaffen werden.

2.4.5. Absatz 6

Integrierte Notfallzentren haben bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen Unterstützung durch telemedizinische Konsilien 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 bestimmt die Konzeption und Koordinierung der telemedizinischen Unterstützung. Die Integrierten Notfallzentren müssen die notwendigen technischen Voraussetzungen vorhalten.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Grundsätzlich befürwortet der Sozialverband VdK, dass in Integrierten Notfallzentren ein telemedizinisches Konsil zu einem Pädiater vorgehalten werden muss, um Kinder und Jugendliche adäquat zu behandeln. Jedoch sollte mindestens die Konzeption bundeseinheitlich erfolgen.

2.5. § 123a und 123b SGB V-E

2.5.1. § 123a SGB V-E – Einrichtung Integrierter Notfallzentren

Der erweiterte Landesausschuss bestimmt die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser, an denen Integrierte Notfallzentren einzurichten sind. Hierzu sollen geeignete Planungsregionen festgelegt werden, welche die flächendeckende Versorgung gewährleisten sollen. Die Planung soll eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte flächendeckende Versorgung mit gleichmäßigem Zugang der Bevölkerung zu Integrierten Notfallzentren als zentrale Anlaufstelle der Notfallversorgung sicherstellen. Ein Krankenhaus kann als Standort bestimmt werden, wenn die Voraussetzung der Notfallstufe Basisversorgung erfüllt sind und keine berechtigten Interessen des Krankenhauses entgegenstehen. Bei der Standortfestlegung müssen insbesondere die folgenden Kriterien berücksichtigt werden:

- Die Erreichbarkeit innerhalb von 30 Fahrzeitminuten für mindestens 95 Prozent der zu versorgenden Menschen innerhalb einer Planungsregion,
- Die Zahl der zu versorgenden Menschen innerhalb einer Planungsregion,
- Die Erreichbarkeit mit dem ÖPNV,
- Die Möglichkeit der Kooperation mit Vertragsärzten oder MVZ in der Nähe des Krankenhauses.

Sind innerhalb einer Planungsregion mehrere Krankenhausstandorte für die Einrichtung eines integrierten Notfallzentrums gleich geeignet, sollen Krankenhausstandorte bevorzugt werden, die eine höhere Notfallstufe erfüllen, höhere Fallzahlen haben, eine leistungsfähigere Notaufnahme aufweisen, die notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen (allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie, Allgemeine Innere Medizin und Neurologie) vorhalten und in denen Notdienstpraxen unmittelbar in der Notaufnahme untergebracht werden können. Abweichende Regelungen können zur Sicherstellung der Versorgung getroffen werden. Ein Wegfall der Voraussetzungen eines Krankenhauses kann eine Verlegung des Integrierten Notfallzentrums erforderlich machen.

Um die Arbeit des Integrierten Notfallzentrums zu organisieren, schließt die KV mit dem Krankenhausträger einen Kooperationsvertrag. Es wird ein gemeinsames Organisationsgremium zur operativen Umsetzung der Zusammenarbeit und eines gemeinsamen Qualitätsmanagements eingesetzt. In dem Kooperationsvertrag sollen auch die Anforderungen an die personelle Besetzung der Ersteinschätzungsstelle und der notwendigen Qualifikationen, die notwendigen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals geregelt werden.

Die Notdienstpraxis ist mindestens an Wochenenden und Feiertagen von 09 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, wenn empirische Daten belegen können, dass die Öffnungszeiten aufgrund der tatsächlichen regionalen Inanspruchnahme unwirtschaftlich sind.

Bereits bestehende Notdienstpraxen in Krankenhäusern sind in integrierte Notfallzentren zu überführen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Aus dem Gesetzestext wird nicht ersichtlich, auf welche Art der Fortbewegung sich die Angabe „30 Fahrzeitminuten“ bezieht. Lediglich in der Begründung wird klargestellt, dass es sich dabei um die Fahrzeitminuten mit einem PKW handelt. Der VdK fordert daher eine Klarstellung, im Gesetzestext selbst dahingehend, dass es sich um die durchschnittlichen Fahrzeitminuten mit dem ÖPNV handeln muss. Denn die Integrierten Notfallzentren müssen für alle Menschen schnell erreichbar sein, unabhängig davon, ob ein PKW vorhanden ist, oder nicht.

Der VdK kritisiert, dass die Anforderungen an die personelle Besetzung der Ersteinschätzungsstelle und der notwendigen Qualifikationen durch einen Kooperationsvertrag zwischen den Leistungserbringern festgelegt werden soll, vielmehr sollten diese Anforderungen bundeseinheitlich, beispielsweise durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, festgelegt werden. Ansonsten können sich auch innerhalb eines Planungsbezirks Unterschiede in der Qualität zwischen zwei Ersteinschätzungsstellen ergeben.

Besonders kritisiert der VdK, dass das Integrierte Notfallzentrum auch dann zu den gesetzlich vorgesehenen Öffnungszeiten geschlossen haben kann, wenn empirische Daten belegen können, dass die Inanspruchnahme für das Betreiben des Integrierten Notfallzentrums unwirtschaftlich ist. Dies widerspricht der Grundidee des Notfallzentrums, die Notaufnahmen und die Notfallversorgung zu entlasten und denjenigen Fällen vorzubehalten, die auf eine sofortige und notfallmäßige Krankenhausbehandlung angewiesen sind. Die Integrierten Notfallzentren sollten, ähnlich dem Notdienst der Apotheken, dauerhaft aufrechterhalten werden.

Sollte die Regelung dennoch bestehen bleiben, kritisiert der VdK, dass die Leistungserbringer selbst entscheiden können, wann sie ein Integriertes Notfallzentrum schließen möchten. Der VdK fordert, dass dies nur durch die Genehmigung der zuständigen Behörde gestattet werden darf.

§ 123b SGB V-E – Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche

Der erweiterte Landesausschuss kann Standorte zugelassener Krankenhäuser bestimmen, an denen Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche eingerichtet werden. Ein Krankenhausstandort kann bestimmt werden, wenn die Voraussetzungen des Moduls Notfallversorgung Kinder erfüllt sind und keine berechtigten Interessen des Krankenhauses oder der KV dem entgegenstehen. So soll sichergestellt werden, dass die entsprechenden Krankenhäuser auch eine pädiatrische Fachabteilung vorhalten.

Des Weiteren gelten die Bestimmungen der §§ 123 und 123a.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK befürwortet, dass durch spezielle Integrierte Notfallzentren auf die besonderen medizinischen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen eingegangen werden soll.

Der VdK kritisiert jedoch, dass nicht klar definiert wurde, wann ein solcher besonderer Bedarf besteht und regt an, einen besonderen Bedarf anhand der Dichte von Kinderarztpraxen und der Anzahl der Kinder in einem Planungsbezirk abzuleiten.

2.6. § 123a SGB V-E – Gesundheitsleitsystem

Die Träger der Rettungsleitstellen und die KVen, welche die Aufgabe der Trägerschaft der Akutleitstellen übernehmen, die eine Kooperation eingehen, arbeiten im Rahmen einer digitalen Vernetzung der Leitstellen verbindlich zusammen und bilden so ein Gesundheitsleitsystem. Auch eine gemeinsame Trägerschaft und andere Formen der Zusammenarbeit sind möglich. Das Gesundheitsleitsystem soll Hilfesuchenden, die sich entweder an die Akutleitstelle oder an die Rettungsleitstelle wenden, die erforderliche medizinische Versorgung vermitteln.

Stellt ein Träger einer Rettungsleitstelle einen Antrag für eine Kooperation, ist die KV verpflichtet, eine Kooperation einzugehen. Voraussetzung ist, dass die Rettungsleitstelle über eine standardisierte digitale Notrufabfrage verfügt. Das Abfragesystem der Rettungsleitstelle und das bundesweit einheitliche standardisierte Einschätzungsverfahren der KV sind so auf einander abzustimmen, dass es zu übereinstimmenden Bewertungen des Gesundheitszustandes kommt. Die Einhaltung der Standards der Abfragesysteme müssen überprüfbar sein und einer kontinuierlichen Kontrolle unterliegen. Die beiden Kooperationspartner müssen technisch so mit einander vernetzt sein, dass eine unmittelbare telefonische Weiterleitung und Bearbeitung des Hilfeersuchens erfolgen kann. Die jeweils aufgenommenen Daten müssen medienbruchfrei an die anderen Kooperationspartner übertragen werden können. Für die Vernetzung ist die Telematikinfrastruktur zu nutzen.

Die beiden Kooperationspartner vereinbaren ein ständiges Qualitätsmanagement.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Dem Sozialverband VdK ist bewusst, dass der Bund aufgrund seiner Gesetzgebungskompetenz nur die KV zu einer Kooperation verpflichten kann, sofern ein Träger einer Rettungsleitstelle einen entsprechenden Antrag stellt. Daher fordern wir die Bundesländer auf, eine entsprechende Verpflichtung zur Antragsstellung für die Träger der Rettungsleitstellen in das Landesrecht zu übernehmen.

Der VdK spricht sich für eine bundesweite Vernetzung der Rettungsleitstellen mit den Akutleitstellen aus.

3. Änderung des Apothekengesetzes

3.1. § 12b ApoG-E

Der Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke kann zur Versorgung von Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten 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.

In einem Vertrag ist festzulegen, dass

- eine ordnungsgemäße Versorgung der Patienten der Notdienstpraxis mit Arzneimittel und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sichergestellt wird,
- die Patienten und die Angestellten der Notdienstpraxis zu Arzneimitteln und Medizinprodukten beraten werden,
- die Apotheke bzw. die zweite Offizin der Apotheke während der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis geöffnet ist,
- 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
- die freie Wahl der Patienten nicht eingeschränkt wird.

Der Vertrag ist der zuständigen Behörde vor Aufnahme der Versorgung vorzulegen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Patientinnen und Patienten, die eine Akutversorgung in einem Integrierten Notfallzentrum und eine Verschreibung über ein Arzneimittel erhalten haben, möchten diese Verschreibung meist zeitnah in einer öffentlichen Apotheke einlösen. Dieser Wunsch ist sehr nachvollziehbar.

An Werktagen haben die Apotheken je nach Kammerbezirk die Verpflichtung, tagsüber zu öffnen. Die Dauer der Öffnungszeiten kann sich regional unterscheiden. Zu den Schließzeiten hat immer eine Apotheke in einer vorher durch die Kammer organisierten und definierten Bezirk einen Notdienst. Der VdK befürwortet, dass in naher Umgebung eines Integrierten Notfallzentrums immer eine Apotheke einen Notdienst aufrechterhalten muss. Die Entfernung sollte einen Fußweg von 15 Minuten nicht überschreiten.

Die Kopplung der Öffnungszeiten der Apotheke an die Öffnungszeiten der Notdienstpraxis hält der VdK für sinnvoll und folgerichtig. Es sollte beachtet werden, dass die Apotheke um den Zeitfaktor länger geöffnet ist, der notwendig ist um zu Fuß vom Notfallzentrum zur Apotheke zu gelangen.

Dem VdK ist es ein Anliegen, dass die freie Apothekenwahl seiner Mitglieder gewahrt bleibt. Es ist jedoch nicht von der Hand zu weisen, dass die freie Apothekenwahl durch eine Apotheke, die sich in unmittelbarer Nähe, wenn nicht sogar im selben Gebäude eines Notfallzentrums befindet, implizit eingeschränkt wird.

4. Änderung des Arzneimittelgesetzes (AMG)

§ 43 Abs 3b AMG-E – Apothekenpflicht

Solange kein Vertrag nach § 12b Apothekengesetz geschlossen wurde, sollen die Ärztinnen und Ärzte einer Notdienstpraxis im Rahmen der Notfallversorgung Arzneimittel an Patientinnen und Patienten abgeben können. Die mögliche abzugebende Menge ist auf eine zur Überbrückung benötigte Menge beschränkt., soweit im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. So soll die Versorgung im Sinne des Entlassmanagements sichergestellt werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK Deutschland spricht sich gegen ein Dispensierrecht für Ärztinnen und Ärzte, auch in Integrierten Notfallzentren aus, vgl. Abschnitt 2.4.4 Abs. 5.

Die Apothekerkammern sind verpflichtet, einen Notdienst vorzuhalten. Diese Verpflichtung sollte vielmehr dahingehend ausgeweitet werden, dass immer eine Apotheke, in unmittelbarer oder direkter Nähe zu einem Integrierten Notfallzentrum einen Notdienst aufrechterhalten muss. Dies ist zudem logistisch einfacher umzusetzen, als ein komplettes Notfallzentrum in die Arzneimittelversorgung einzubinden.

5. Fehlende Regelungen

Aufklärung über Funktionsweise der Notfallversorgung

Wie in der Studie „Rettungsdienst, Kassenärztlicher Notdienst oder Notaufnahme – Es gelingt der Bevölkerung nur unzureichend, die richtige Ressource für medizinische Akutfälle zu wählen.“^{iv} erschreckend dargelegt wird, ist ein Großteil der Bevölkerung nicht in der Lage, bei (akuten) medizinischen Problemen den richtigen Ansprechpartner auszuwählen. Durch Fehleinschätzungen der Relevanz gesundheitlicher Beschwerden kommt es zu einer Überlastung des Rettungsdienstes und der Notaufnahmen, gleichzeitig werden lebensbedrohliche Krankheitsbilder möglicherweise viel zu spät erkannt und therapiert.

Eine Lösung ist daher, die beiden Notfallnummern (112 und 116 117) zusammenzulegen, wie es der Gesetzesentwurf vorsieht. Eine ebenso gebotene Lösung ist es, die Menschen weiter über die Funktionsweise des Deutschen Gesundheitssystems aufzuklären. Dieser Aspekt kommt in dem Gesetzesentwurf leider zu kurz. Zwar soll die KV auf ihrer Website über die Möglichkeiten der Notfallversorgung aufklären, vielmehr ist jedoch eine aktive Kampagne und Aufklärungsarbeit in Schulen und Bildungszentren notwendig, um die breite Bevölkerung erreichen zu können.

Auch in den Betrieben sollte die Aufklärung über das Notfallsystem weitergehen. Einmal im Jahr, höchstens alle zwei Jahre sollte im Rahmen einer verpflichtenden Erste-Hilfe Schulung, die auch ein Herz-Lungen-Wiederbelebungstraining enthält, über die korrekte Verwendung der Notrufnummern gesprochen werden.

Schülerinnen und Schüler sollten bereits im Biologieunterricht stärker darüber aufgeklärt werden, welche Symptome eine sofortige medizinische Intervention notwendig machen und welche Symptome nicht sofort behandlungsbedürftig sind. Es ist wichtig, dass junge Menschen in die Lage versetzt werden, die Zeichen des eigenen Körpers richtig deuten zu können, um sowohl eine übermäßige Reaktion, als auch einen zu laschen Umgang mit Körpersignalen zu vermeiden.

Diese Maßnahmen sind wichtig, um nicht nur die Symptome der Überlastung der Notfallversorgung zu bekämpfen, sondern langfristig auf eine geringere Frequentierung der Notfallversorgung hinzuwirken.

6. Quellenverzeichnis

ⁱRegierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Leiter und Koordinator: Prof. Dr. med. Tom Bschor. c/o Bundesministerium für Gesundheit. „Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland – Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen“, S. 4. Februar 2023. Abgerufen im Juni 2024 von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte_Stellungnahme_Regierungskommission_Notfall_ILS_und_INZ.pdf

ⁱⁱ Rettungsdienst, Kassenärztlicher Notdienst oder Notaufnahme – Es gelingt der Bevölkerung nur unzureichend, die richtige Ressource für medizinische Akutfälle zu wählen. Bibiana Metelmann et al. Veröffentlicht online am 20. April 2021 in „Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin“, Springer. DOI: [10.1007/s00063-021-00820-5](https://doi.org/10.1007/s00063-021-00820-5). Abgerufen im Juni 2024.

ⁱⁱⁱ „Evaluation der hausarztzentrierten Versorgung in Deutschland anhand von GKV-Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg“, M. Klora et al. 17. Januar 2017. Veröffentlicht in „Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2016.12.005>. Abgerufen im Juli 2024.

^{iv} Rettungsdienst, Kassenärztlicher Notdienst oder Notaufnahme – Es gelingt der Bevölkerung nur unzureichend, die richtige Ressource für medizinische Akutfälle zu wählen. Bibiana Metelmann et al. Veröffentlicht online am 20. April 2021 in „Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin“, Springer. DOI: [10.1007/s00063-021-00820-5](https://doi.org/10.1007/s00063-021-00820-5). Abgerufen im Juni 2024.