

Mitteilung

der Landesregierung

**Bericht der Landesregierung zu einem Beschluss des Landtags;
hier: Änderungsantrag der Fraktion GRÜNE und der Fraktion der CDU zum Antrag der Fraktion der SPD und
Stellungnahme des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration**

- Schließung weiterer Notfallpraxen im Land verhindern**
- Drucksache 17/8344 und Drucksache 17/8508**

Landtagsbeschluss

Der Landtag von Baden-Württemberg hat in seiner 117. Sitzung am 12. März 2025 folgenden Beschluss gefasst (Drucksache 17/8508):

Die Landesregierung zu ersuchen:

- 1. die Kassenärztliche Vereinigung (KVBW) weiterhin anzuhalten, dass Erreichbarkeit und Ausstattung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für die Bevölkerung langfristig gesichert werden und der ärztliche Fahrdienst zu den sprechstundenfreien Zeiten so organisiert wird, dass er flächendeckend für mobilitäts eingeschränkte Personen zur Verfügung steht;*
- 2. die Umsetzung des Struktur- und Standortskonzepts der KVBW für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst einschließlich der bedarfsdeckenden Aufstockung des Personals an den Ausweichstandorten und der Einhaltung des sogenannten Erreichbarkeitsversprechens engmaschig zu überprüfen;*
- 3. bei der KVBW mit Nachdruck darauf hinzuwirken, dass die Erreichbarkeit der Rufnummer 116 117 weiter verbessert, das telemedizinische Angebot ausgebaut und dadurch die Patientensteuerung unabhängig von einer etwaigen Reform der Notfallversorgung auf Bundesebene spürbar verbessert wird;*

- 4. dafür Sorge zu tragen, dass die KVBW die Transparenz und Kommunikation ihrer Entscheidungen deutlich verbessert und auf Grundlage eines auf Dauer angelegten strukturierten Dialogs mit den regionalen Verantwortlichen für die stationäre Versorgung und den Rettungsdienst proaktiv die Strukturen und Entwicklungen vor Ort im Blick behält und bei Bedarf auch kurzfristig das Betriebskonzept für den ärztlichen Bereitschaftsdienst nachbessert;*
- 5. die Zusammenarbeit im Rahmen des Sektorenübergreifenden Landesausschusses für Gesundheit und Pflege, namentlich in der Anfang 2024 eingerichteten Arbeitsgemeinschaft Sektorenübergreifende Kommunikation, weiterzuführen und sie dafür zu nutzen, insbesondere die Entwicklungen bei der Inanspruchnahme der Bereitschaftsdienstpraxen, der Notaufnahmen und des Rettungsdienstes auf der Grundlage jeweils aktueller Daten eng zu begleiten und dort, wo es zu regionalen Patientenfehlsteuerungen kommt, diesen entgegenzuwirken;*
- 6. sich auf Bundesebene dafür einzusetzen, dass die Methodik der Bedarfsplanung den veränderten demografischen Rahmenbedingungen angepasst und der Sicherstellungsauftrag für den ärztlichen Bereitschaftsdienst inhaltlich präzisiert wird;*
- 7. mit größtmöglichem Nachdruck dafür einzutreten, dass die auf Bundesebene in der letzten Legislaturperiode vorbereitete Notfallreform schnellstmöglich wieder aufgegriffen und in das Gesetzgebungsverfahren geführt wird;*
- 8. sich dabei dafür einzusetzen, dass klare Regelungen geschaffen werden, die das Zusammenspiel von Bereitschaftsdienst und Notaufnahmen an Krankenhäusern sowie den jeweiligen Bereitstellungs- und Versorgungsauftrag mit leicht anwendbaren und nachvollziehbaren Anforderungen versehen;*
- 9. sich dafür einzusetzen, dass im Zuge der Notfallreform Integrierte Notfallzentren geschaffen werden, welche als sektorenübergreifende Einheiten die Abstimmung der an der Notfallversorgung Beteiligten wesentlich verbessern sowie darauf hinzuwirken, dass eine einheitliche, stabile und digitale Patientensteuerung einschließlich telemedizinischer Beratungs- und Behandlungsangebote entsteht;*
- 10. die Bundesregierung aufzufordern, die elektronische Patientenakte möglichst schnell flächendeckend einzuführen und zu einer vollwertigen digitalen Akte weiterzuentwickeln und dabei darauf zu achten, alle Bedenken gegen Lücken von Datensicherheit aufzuklären und bestehende Lücken zu beseitigen.*

Bericht

Mit Schreiben vom 4. August 2025 berichtet das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration wie folgt:

Der Landtag hat am 12. März 2025 beschlossen, die Landesregierung zu ersuchen

- 1. die Kassenärztliche Vereinigung (KVBW) weiterhin anzuhalten, dass Erreichbarkeit und Ausstattung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für die Bevölkerung langfristig gesichert werden und der ärztliche Fahrdienst zu den sprechstundenfreien Zeiten so organisiert wird, dass er flächendeckend für mobilitätseingeschränkte Personen zur Verfügung steht;*
- 2. die Umsetzung des Struktur- und Standortkonzepts der KVBW für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst einschließlich der bedarfsdeckenden Aufstockung des Personals an den Ausweichstandorten und der Einhaltung des sogenannten Erreichbarkeitsversprechens engmaschig zu überprüfen;*
- 3. bei der KVBW mit Nachdruck darauf hinzuwirken, dass die Erreichbarkeit der Rufnummer 116 117 weiter verbessert, das telemedizinische Angebot ausgebaut und dadurch die Patientensteuerung unabhängig von einer etwaigen Reform der Notfallversorgung auf Bundesebene spürbar verbessert wird;*
- 4. dafür Sorge zu tragen, dass die KVBW die Transparenz und Kommunikation ihrer Entscheidungen deutlich verbessert und auf Grundlage eines auf Dauer angelegten strukturierten Dialogs mit den regionalen Verantwortlichen für die stationäre Versorgung und den Rettungsdienst proaktiv die Strukturen und Entwicklungen vor Ort im Blick behält und bei Bedarf auch kurzfristig das Betriebskonzept für den ärztlichen Bereitschaftsdienst nachbessert;*
- 5. die Zusammenarbeit im Rahmen des Sektorenübergreifenden Landesausschusses für Gesundheit und Pflege, namentlich in der Anfang 2024 eingerichteten Arbeitsgemeinschaft Sektorenübergreifende Kommunikation, weiterzuführen und sie dafür zu nutzen, insbesondere die Entwicklungen bei der Inanspruchnahme der Bereitschaftsdienstpraxen, der Notaufnahmen und des Rettungsdienstes auf der Grundlage jeweils aktueller Daten eng zu begleiten und dort, wo es zu regionalen Patientenfehlsteuerungen kommt, diesen entgegenzuwirken;*
- 6. sich auf Bundesebene dafür einzusetzen, dass die Methodik der Bedarfsplanung den veränderten demografischen Rahmenbedingungen angepasst und der Sicherstellungsauftrag für den ärztlichen Bereitschaftsdienst inhaltlich präzisiert wird;*
- 7. mit größtmöglichem Nachdruck dafür einzutreten, dass die auf Bundesebene in der letzten Legislaturperiode vorbereitete Notfallreform schnellstmöglich wieder aufgegriffen und in das Gesetzgebungsverfahren geführt wird;*
- 8. sich dabei dafür einzusetzen, dass klare Regelungen geschaffen werden, die das Zusammenspiel von Bereitschaftsdienst und Notaufnahmen an Krankenhäusern sowie den jeweiligen Bereitstellungs- und Versorgungsauftrag mit leicht anwendbaren und nachvollziehbaren Anforderungen versehen;*
- 9. sich dafür einzusetzen, dass im Zuge der Notfallreform Integrierte Notfallzentren geschaffen werden, welche als sektorenübergreifende Einheiten die Abstimmung der an der Notfallversorgung Beteiligten wesentlich verbessern sowie darauf hinzuwirken, dass eine einheitliche, stabile und digitale Patientensteuerung einschließlich telemedizinischer Beratungs- und Behandlungsangebote entsteht;*
- 10. die Bundesregierung aufzufordern, die elektronische Patientenakte möglichst schnell flächendeckend einzuführen und zu einer vollwertigen digitalen Akte weiterzuentwickeln und dabei darauf zu achten, alle Bedenken gegen Lücken von Datensicherheit aufzuklären und bestehende Lücken zu beseitigen.*

Die Landesregierung berichtet wie folgt:

Zu 1. und 2.:

Zu Ziffer 1 und 2 wird aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam wie folgt berichtet:

Mit der Schließung der Bereitschaftspraxen in Bad Saulgau, Neuenbürg und Kirchheim unter Teck zum 31. März 2025, der Bereitschaftspraxen in Backnang, Nagold, Oberndorf und Ellwangen zum 30. Juni 2025 und der Bereitschaftspraxen in Eberbach und Schwetzingen zum 31. Juli 2025 hat die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) die Umsetzung ihrer Reform eingeleitet.

Die KVBW teilt zu der bisher erfolgten Umsetzung des Struktur- und Standortkonzepts mit, dass im Vorfeld jeder Schließung eine Vielzahl von Gesprächen vor Ort mit den Beteiligten aus den Landkreisen, Städten und Kliniken stattfindet, in denen in enger Abstimmung die einzelnen Schritte geplant werden. Darüber hinaus informiert die KVBW die Bevölkerung, um sie in die richtigen Versorgungsstrukturen zu steuern. Vor allem würden die Patientinnen und Patienten dafür sensibilisiert werden, nicht die Notaufnahmen anzusteuern oder den Rettungsdienst zu rufen, wenn eigentlich nur der Bereitschaftsdienst benötigt wird. Das beinhaltet die Ankündigung der Schließung in den Bereitschaftspraxen, in den umliegenden Arztpraxen, die Information über Zeitungsanzeigen und Berichte in den lokalen Medien und Amtsblättern. Die KVBW verteilt mehrsprachige Flyer und bietet Krankenhäusern Plakate an. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Bereitschaftspraxen würden auf die Möglichkeit der 116 117 und dem Erstein-schätzungsverfahren Smed hinweisen, das auch online durchlaufen werden kann, und damit auch auf das telemedizinische Angebot im Bereitschaftsdienst. Vor Ort fanden Informationsveranstaltungen für die Bürgerinnen und Bürger statt.

Alle diese Maßnahmen gemeinsam haben nach Aussage der KVBW dazu geführt, dass die ersten Schließungen der Bereitschaftspraxen in Kirchheim/Teck, Neuenbürg und Bad Saulgau reibungslos abgelaufen sind. Im Nachgang zu den Schließungen habe die KVBW ein engmaschiges Monitoring mit den Beteiligten vorgenommen. Die KVBW stellt die Ergebnisse des Monitorings wie folgt dar:

- Die Notaufnahmen der Krankenhäuser in Kirchheim/Teck und Neuenbürg melden kein erhöhtes Patientenaufkommen.
- Die Erweiterungen der Kapazitäten in den „Auffangpraxen“ in Nürtingen (für Kirchheim/Teck), Pforzheim (für Neuenbürg) und Ravensburg, Sigmaringen und Biberach (für Bad Saulgau) haben dazu geführt, dass keine nennenswerten Wartezeiten entstanden sind.
- Nach den Rückmeldungen der Rettungsstellen sind keine Auswirkungen der Schließungen zu vermelden.
- Es sind keine Probleme im Fahrdienst berichtet worden, die Kapazitäten reichen aus, um die Versorgung zu gewährleisten.
- Der KVSis-Sicherstellungs GmbH, in der die Anrufe der 116 117 koordiniert werden, meldet kein erhöhtes Anrufaufkommen, das auf die Schließung der Bereitschaftspraxen zurückzuführen wäre.

Auch dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration liegen aus den von den ersten Schließungen betroffenen Regionen keine konkreten Patientenbeschwerden vor.

Die KVBW merkt an, dass sich nach ersten Erkenntnissen die umfangreiche Planung und die Kommunikation der KVBW bewährt habe. Die KVBW passe ihre Maßnahmen dennoch an. So werden die Beteiligten vor Ort noch früher einbezogen, im Zuge der Schließungen zum 30. Juni 2025 seien die Flyer noch einmal überarbeitet worden und würden zudem zusätzlich über die Apotheken vor Ort verteilt.

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration lässt sich regelmäßig von der KVBW über den Stand der Umsetzung des Struktur- und Standortkonzepts berichten. Darüber hinaus dient die im Rahmen des Sektorenübergreifenden Landesausschusses gebildete „Arbeitsgruppe Sektorenübergreifende Kommunikation“ auch dazu, mögliche Engpässe in der (Notfall-)Versorgung frühzeitig zu identifizieren und so die bedarfsnotwendige (Notfall-)Versorgung der Bevölkerung noch gezielter auszugestalten (vgl. hierzu auch Stellungnahme zu Ziffer 4 und 5). Dadurch ist gewährleistet, dass das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration die bedarfsdeckende Aufstockung des Personals an den Ausweichstandorten und die Einhaltung des sogenannten Erreichbarkeitsversprechens engmaschig überprüfen kann.

Im Bereich des aufsuchenden Fahrdienstes ergab das Struktur- und Standortkonzept der KVBW keine Änderungen. Derzeit trifft die KVBW die Vorbereitungen für eine Neuorganisation des Fahrdienstes. Dazu gehört insbesondere ein Fahrservice, der den bisherigen Fahrdienst mit Selbstfahrenden ablösen soll. Nach Mitteilung der KVBW erfordere die Beauftragung eines Dienstleisters mit dem landesweiten Fahrdienst eine europaweite Ausschreibung. Um die Strukturen und Bedingungen für das neue Angebot vor der europaweiten Ausschreibung zu prüfen, werde die KVBW in der Pilotregion Mittelbaden ab September 2025 erproben, ob ihre Berechnungen und Annahmen zutreffen. Diese Erfahrungen werde die KVBW dann für die Veränderungen ab Herbst 2026 berücksichtigen.

Zu 3.:

Im Rahmen des strukturierten Austauschs zur Schnittstelle 112 und 116 117 (vgl. hierzu auch Stellungnahme zu Ziffer 4 und 5) berichtet die KVBW regelmäßig zur Entwicklung der Erreichbarkeit der Rufnummer 116 117 und zum Ausbau des telemedizinischen Angebots.

Die KVBW berichtet, dass die für den Betrieb der Rufnummer 116 117 zuständige KVSis-Sicherstellungs GmbH ihre Kapazitäten ausgebaut hat. Zum 1. Juni 2025 habe der Personalbestand 282 Mitarbeitende, im Vergleich zu 211 zum Vorjahreszeitpunkt, betragen. Damit habe sich die Erreichbarkeit der 116 117 verbessert. Zudem werde aktuell eine neue Telefonanlage vorbereitet, mit der Abläufe noch weiter verbessert werden. Auch die Inanspruchnahme der Telemedizin sei deutlich gestiegen und liegt aktuell bei rund 1 300 Fällen pro Monat.

Zudem richtet die KVBW momentan eine digitale Vermittlungsplattform ein, mit der den Bürgerinnen und Bürgern zu den Zeiten des Bereitschaftsdienstes zusätzlich zum Telefon ein digitaler Zugang (per SMS, per App etc.) zu den Angeboten der Rufnummer 116 117 angeboten wird. Auch dies wird die Erreichbarkeit der Rufnummer 116 117 verbessern.

Zu 4. und 5.:

Zu Ziffer 4 und 5 wird aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam wie folgt berichtet:

Rund um die Schließung von Bereitschaftspraxen hat die KVBW ein breit angelegtes Kommunikationskonzept aufgesetzt. Darin sind alle wesentlichen Beteiligten einbezogen. Das betrifft besonders die Vertreterinnen und Vertreter der Kommunen, der Krankenhäuser sowie die Bürgerinnen und Bürger. In den ersten Quartalen 2025 haben erste Bürgerveranstaltungen in jenen Kommunen stattgefunden, in denen eine Schließung von Bereitschaftspraxen unmittelbar bevorstand.

Weiter findet seit dem Jahr 2023 ein strukturierter Austausch zur Schnittstelle 112 und 116 117 zwischen KVBW mit dem DRK auf Landesebene statt, an dem auch das Ministerium des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen und das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration beteiligt sind. So wird im Rahmen eines Monitorings eine engmaschige Kommunikation zwischen der KVSis Sicherstellungs GmbH als zuständiger Stelle für die Vermittlung im Rahmen der 116 117 und den Rettungsleitstellen vor Ort gelebt. In das Monitoring sind auch

die Notaufnahmen der Kliniken, in denen eine Bereitschaftspraxis geschlossen wurde, sowie die Bereitschaftspraxen, die als sogenannte „Auffangpraxen“ fungieren, einbezogen.

Eine weitere Säule der Kommunikation findet im Rahmen der „Arbeitsgruppe (AG) Sektorenübergreifende Kommunikation“ statt, die Anfang 2024 durch den Sektorenübergreifenden Landesausschuss gegründet wurde. Mitglieder der AG sind etwa die Kommunalen Landesverbände und Vertreterinnen und Vertreter verschiedener weiterer Mitgliedsverbände des Sektorenübergreifenden Landesausschusses. Mittlerweile wurden auch die Rettungsdienste und das Ministerium des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen in die AG einbezogen.

Gemeinsames Ziel aller Akteure in der Arbeitsgruppe ist, die Kommunikation zwischen den Sektoren, zunächst zwischen ambulantem und stationärem Sektor, auszubauen, um mögliche Engpässe in der (Notfall-)Versorgung frühzeitig zu identifizieren und so die bedarfsnotwendige (Notfall-)Versorgung der Bevölkerung noch gezielter ausgestalten zu können. Zu diesem Zweck haben sich die BWKG sowie die KVBW mit einer Sektorenübergreifenden Selbstverpflichtung zum gemeinsamen Aufbau von Kommunikationsstrukturen verpflichtet, um im ersten Schritt die Kommunikation zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor zu stärken.

Im Stadt-/Landkreis Karlsruhe wurden bereits strukturierte Dialoge zwischen der KVBW und Vertretungen der Krankenhäuser eingerichtet. Als nächste Pilotregion soll der Alb-Donau-Kreis folgen, danach weitere Landkreise.

Die Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Kommunikation“ wurde auf Initiative des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration ins Leben gerufen und wird von dort aus auch koordiniert und geleitet. Dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration ist die transparente Kommunikation zwischen allen relevanten Gesundheitsakteuren ein wichtiges Anliegen. Es wird die weiteren Prozesse und Kommunikationspfade daher genau beobachten und bei Bedarf, z. B. im Rahmen der Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Kommunikation“, die Akteure an die gebotene Transparenz und Kommunikation erinnern.

Zu 6.:

Die aktuelle Systematik der vertragsärztlichen Bedarfsplanung ist veraltet und verfolgt noch den Zweck, eine so genannte „Ärztenschwemme“ zu verhindern. Obwohl die Kopfzahl an Ärztinnen und Ärzten seit Jahren sehr stabil ist, treten immer mehr Versorgungsengpässe auf. Dies liegt nicht an der mangelnden Kopfzahl an Ärztinnen und Ärzten, sondern an der rückläufigen Arztzeit. Der Rückgang an Arztzeit wird u. a. von einer steigenden Angestelltenquote begründet. Die Bedarfsplanungsrichtlinie (BPL-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gibt zwar Anrechnungsfaktoren für angestellte Ärztinnen und Ärzte abhängig von ihrem Stellenumfang vor, diese umfassen jedoch jeweils große Zeitspannen. So werden angestellte Ärztinnen und Ärzte bereits ab 30 Wochenstunden mit einem ganzen Anrechnungsfaktor als vollbeschäftigt gerechnet. Dadurch kann es dennoch zu großen Unterschieden in der zur Verfügung stehenden Arztzeit kommen. Zudem berücksichtigt die BPL-RL nicht das Alter der Ärztinnen und Ärzte. Eine vorausschauende Planung ist damit nicht oder zumindest kaum möglich.

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration setzt sich auf Bundesebene schon lange dafür ein und wird dies auch weiterhin tun, die Bemessungsgrundlagen der ärztlichen Bedarfsplanung zu reformieren und angesichts des demographischen Wandels auf die heutigen Gegebenheiten anzupassen.

Inzwischen betrachtet die KVBW zur vorausschauenden Bedarfsplanung noch genauer das Alter der Ärztinnen und Ärzte und prognostiziert daraus zukünftige Abgänge und Zugänge.

Die genaue Definition der ärztlichen Versorgungsaufträge und des Sicherstellungsauftrags für den ärztlichen Bereitschaftsdienst sind weitere Maßnahmen, die

den aktuellen Versorgungsengpässen abhelfen können. Dieser Aspekt wird auch im Koalitionsvertrag der die neue Bundesregierung tragenden Parteien erwähnt. Dafür wird sich das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration gegenüber der neuen Bundesregierung einbringen.

Zu 7., 8. und 9.:

Zu Ziffer 7, 8 und 9 wird aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam wie folgt berichtet:

In der Notfall- und Akutversorgung wird eine zunehmende Fehlinanspruchnahme und Fehlsteuerung der Hilfesuchenden in die vorhandenen Notfallversorgungsstrukturen deutlich. Das zeigt sich bei den Notaufnahmen der Krankenhäuser, in die auch Fälle gesteuert werden, die vertragsärztlich hätten versorgt werden können, oder in Ärztlichen Bereitschaftsdienstpraxen, die oft Patientinnen und Patienten versorgen, die keine akute medizinische Versorgung benötigen. Auch der Rettungsdienst ist zunehmend mit Einsätzen konfrontiert, die objektiv keinen akuten Notfallcharakter haben. Damit werden gleichzeitig Ressourcen gebunden, die für akute Notfälle nicht zur Verfügung stehen. Das macht dringend eine verbesserte Zusammenarbeit, Koordination und Vernetzung sowie effizientere Steuerung zwischen Rettungsdienst, Notaufnahmen und ambulantem ärztlichem Bereitschaftsdienst erforderlich. Dafür braucht es eine umfassende Reform der Notfallversorgung auf Bundesebene.

In der letzten Legislatur hat das Bundesgesundheitsministerium einen Gesetzesentwurf für eine Notfallreform vorgelegt, der hierfür gute und richtige Ansätze enthielt und allgemein begrüßt wurde, auch wenn im Einzelnen noch Nachbesserungsbedarf besteht. Baden-Württemberg setzt sich gegenüber dem Bundesgesetzgeber und dem Bundesgesundheitsministerium dafür ein, dass ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung zeitnah wieder aufgenommen und umgesetzt wird.

Ein zentraler Bestandteil ist die bedarfsgerechte Einrichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ) als sektorenübergreifende Notfallversorgungsstrukturen. Um regionale Bedürfnisse und etablierte Strukturen ausreichend zu berücksichtigen, ist bei der Einrichtung der INZ eine enge Abstimmung mit der obersten Landes Krankenhausplanungsbehörde unerlässlich. Dies ist im Gesetz entsprechend zu regeln.

Über einen sog. „Gemeinsamen Tresen“ sollen dabei die Patientinnen und Patienten in die für ihr Anliegen passende Versorgungsebene gebracht werden. Auf diese Weise werden die begrenzten Ressourcen dort eingesetzt, wo sie wirklich benötigt werden. In Baden-Württemberg wird ein Zusammenspiel von Bereitschaftsdienst und Notaufnahmen im Rahmen eines „Gemeinsamen Tresens“ schon heute an vielen Standorten gelebt. Die Zusammenarbeit beinhaltet vor allem eine Steuerung der Patientinnen und Patienten vor Ort in die bedarfsgerechte Versorgungsebene.

Der in der letzten Legislatur vorgelegte Entwurf enthielt daneben auch Ansätze für eine effizientere und möglichst verbindliche Steuerung der Hilfesuchenden entlang des Versorgungsbedarfs schon im Vorfeld. Notwendig ist dafür unter anderem eine stabile digitale Vernetzung der 116 117 mit der 112. Ebenso sollte bundesweit der Patientenservice 116 117 etwa u. a. um 24/7 erreichbare digitale Angebote erweitert werden. In Baden-Württemberg selbst gibt es hierfür bereits Bestrebungen zur Umsetzung. Unabhängig davon ist es unerlässlich, diese Vernetzung bundesgesetzlich verbindlich zu regeln. Unter anderem muss auch die Finanzierungssystematik für die 116 117 im SGB V angepasst werden.

Zu 10.:

Seit 29. April 2025 wird die elektronische Patientenakte (ePA) bundesweit ausgerollt und wird ab 1. Oktober 2025 verpflichtend für alle Leistungserbringenden sein. Vorab wurde sie in kleineren Settings in Hamburg, Bayern und NRW getestet. Dieses Vorgehen wurde auch von Baden-Württemberg immer wieder gefordert und macht es möglich, Schwachstellen vor einem bundesweiten Roll-out

zu identifizieren und zu beheben. Eine absolute Sicherheit kann weder für analoge noch für digitale Prozesse gewährleistet werden. Dass während des Rollouts der ePA jedoch immer wieder Schwachstellen in der Sicherheitsarchitektur durch den Chaos Computer Club (CCC) zutage gefördert werden konnten, macht Optimierungsbedarf deutlich. Die vom BSI getroffene Einschätzung, dass die Sicherheitsarchitektur der ePA bis spätestens Anfang 2026 nochmals ein Update erhalte, ist zu begrüßen.

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration wird die Einführung und den sicheren Ausbau der ePA wie bisher im Rahmen des Bundesrats, der Gesundheitsministerkonferenz sowie auf Fachebene in der Bund-Länder-Arbeitsgemeinschaft Digitalisierung und im gematik-Beirat begleiten.