

Anlagenkonvolut zum
Wortprotokoll der 126. Sitzung
des Ausschusses für Gesundheit
am 6. November 2024.

Änderungsantrag 1

der Fraktionen der SPD, BÜNDIS 90/DIE GRÜNEN und FDP
zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Zu Artikel 1 (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache

20(14)231.1

01.11.2024

(Regelungen zum Rettungsdienst)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Vor Nummer 1 wird die folgende Nummer 0 eingefügt:

„0. Dem § 27 Absatz 1 Satz 2 wird folgende Nummer angefügt:

„7. Leistungen der medizinischen Notfallrettung“.

2. Nach Nummer 0 wird folgende Nummer 0a eingefügt:

„0a. § 30 wird wie folgt gefasst:

„ § 30

Medizinische Notfallrettung

(1) Bei Vorliegen eines rettungsdienstlichen Notfalles haben Versicherte Anspruch auf medizinische Notfallrettung durch einen zugelassenen Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1. Ein rettungsdienstlicher Notfall liegt vor, wenn sich der Versicherte aus ex ante Sicht in unmittelbarer Lebensgefahr befindet oder eine lebensbedrohende Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder eine schwere gesundheitliche Schädigung zu befürchten ist, sofern nicht unverzüglich eine medizinische Versorgung erfolgt.

(2) Die medizinische Notfallrettung umfasst:

1. das Notfallmanagement
2. die notfallmedizinische Versorgung
3. den Notfalltransport.

Die aufgrund einer Abfrage eines Gesundheitsleitsystems nach § 133a getroffene Entscheidung zur Auslösung der medizinischen Notfallrettung gilt als Nachweis des Vorliegens eines rettungsdienstlichen Notfalls nach Absatz 1 Satz 2.

(3) Das Notfallmanagement nach Absatz 2 Nummer 1 für rettungsdienstliche Notfälle nach Absatz 1 umfasst die Entgegennahme des medizinischen Hilfeersuchens, die Vermittlung der erforderlichen Hilfe und die telefonische und telemedizinische Notfallberatung sowie die telefonische Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen einschließlich der auf digitalen Anwendungen basierenden Entsendung von Ersthelfern bei besonders lebensbedrohlichen Notfällen soweit entsprechende digitale Anwendungen bestehen.

(4) Die notfallmedizinische Versorgung nach Absatz 2 Nummer 2 umfasst die aus medizinischer Sicht erforderliche Versorgung vor Ort nach dem Stand der Wissenschaft durch ärztliches und nichtärztliches Personal, auch telemedizinisch. Sie kann auch durch geeignete spezialisierte ambulante Versorgungsangebote erfolgen, soweit diese Angebote landesrechtlich vorgesehen und vorhanden sind.

(5) Der Notfalltransport nach Absatz 2 Nummer 3 umfasst den aus medizinischer Sicht erforderlichen Transport in die grundsätzlich nächste geeignete Versorgungseinrichtung oder die aus zwingenden medizinischen Gründen erforderliche Verlegung in eine andere Einrichtung, bei der aus medizinischer Sicht die Beförderung mit einem qualifizierten Rettungsmittel erforderlich ist, sowie die notfallmedizinische Versorgung nach Absatz 3 während des Transports. Der Anspruch umfasst nicht den Rücktransport in das Inland. § 18 bleibt unberührt.

(6) Versicherte leisten zu jeder Leistung der medizinischen Notfallrettung nach Absatz 2 eine Zuzahlung in Höhe des sich nach § 61 ergebenden Betrages. Die Krankenkasse zieht die Zuzahlung vom Versicherten ein oder übernimmt die Kosten unter Abzug des sich nach § 61 ergebenden Betrages. Erfolgt unmittelbar nach der notfallmedizinischen Versorgung vor Ort auch ein Notfalltransport, gelten diese als eine einzige zuzahlungspflichtige Leistung.“ ‘

3. Nach Nummer 0a wird folgende Nummer 0b eingefügt:

,0b. § 60 wird wie folgt gefasst:

„ § 60

Krankentransporte und Krankenfahrten

(1) Versicherte haben nach Absatz 2 Anspruch auf Übernahme der Kosten für Krankentransporte und Krankenfahrten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Welches Fahrzeug genutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall.

(2) Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für Krankentransporte und Krankenfahrten nach Absatz 1 Satz 1 bei

1. Fahrten zur stationären Behandlung,
2. Fahrten im Zuge einer Verlegung
 - a) in ein anderes Krankenhaus während einer stationären Behandlung, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist,
 - b) in ein anderes Krankenhaus zur Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a oder
 - c) in ein wohnortnahes Krankenhaus, wenn die Krankenkasse in die Verlegung eingewilligt hat,
3. Fahrten
 - a) zu einer vor- oder nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach § 115a

- b) zu einer ambulanten Operation im Krankenhaus nach § 115b oder
- c) zu einer ambulanten Operation in einer Vertragsarztpraxis einschließlich der hierzu erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen innerhalb der Fristen des § 115a Absatz 2 Satz 1 bis 3,

wenn dadurch eine aus medizinischen Gründen erforderliche vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese nicht ausführbar ist,

- 4. Fahrten zu ambulanten Behandlungen, sofern aus medizinischer Sicht ein Krankentransport zwingend erforderlich ist oder sofern ein besonderer Ausnahmefall vorliegt, den der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 festgelegt hat, sowie
- 5. Fahrten zur Versorgung in einem Integrierten Notfallzentrum nach der Entscheidung eines Gesundheitsleitsystems, sofern die Fahrt nach den Umständen des Einzelfalls zwingend erforderlich ist; die Entscheidung des Gesundheitsleitsystems gilt als Verordnung dieser Leistung.

(3) Krankentransporte sind Fahrten mit medizinisch-fachlicher Betreuung, die in Kraftfahrzeugen durchgeführt werden, die über die besondere Einrichtung eines Krankenkraftwagens verfügen. Krankentransporte werden für Versicherte durchgeführt, die einer solchen Betreuung oder Einrichtung während der Fahrt bedürfen oder deren Zustand erwarten lässt, dass eine solche Betreuung oder Einrichtung während der Fahrt erforderlich ist. Bei einem Krankentransport zu einer ambulanten Behandlung nach Absatz 2 Nummer 4 besteht ein Anspruch auf Kostenübernahme nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse.

(4) Krankenfahrten sind Fahrten ohne medizinisch-fachliche Betreuung, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen oder Taxen durchgeführt werden. Bei Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen nach Absatz 2 Nummer 4 Alternative 2 besteht ein Anspruch auf Kostenübernahme nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse. Die Genehmigung nach Satz 2 gilt als erteilt, sofern eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

- 1. ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder „TBl“, wobei bei Vorliegen der Merkzeichen „Bl“, „H“ und „TBl“ auch die Genehmigung für eine Begleitperson als erteilt gilt,
- 2. eine Einordnung gemäß § 15 des Elften Buches in den Pflegegrad 3, 4 oder 5, bei Einordnung in den Pflegegrad 3 zusätzlich eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität, oder
- 3. bis zum 31. Dezember 2016 eine Einordnung in die Pflegestufe 2 gemäß § 15 des Elften Buches in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung und seit dem 1. Januar 2017 mindestens eine Einordnung in den Pflegegrad 3.

(5) Die Höhe der nach Absatz 1 Satz 1 übernommenen Kosten für Krankentransporte richtet sich nach § 133 Absatz 2 und 3. Für Krankenfahrten sind als Kosten anerkannt

- 1. bei der Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels der Fahrpreis unter Ausschöpfen von Fahrpreisermäßigungen,

2. bei Benutzung eines Taxis oder Mietwagens der Betrag nach § 133 Absatz 4,
3. bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs für jeden gefahrenen Kilometer der jeweils aufgrund des Bundesreisekostengesetzes festgesetzte Höchstbetrag für Wegstreckenentschädigung, höchstens jedoch die Kosten, die bei Inanspruchnahme des nach Nummer 1 oder Nummer 2 erforderlichen Transportmittels entstanden wären.

(6) Die Krankenkasse übernimmt die Kosten nach Absatz 1 Satz 1 unter Abzug des sich nach § 61 ergebenden Betrages oder zieht den sich nach § 61 ergebenden Betrag von den Versicherten ein.

(7) Die Kosten eines Rücktransports in das Inland werden nicht übernommen. § 18 bleibt unberührt.

(8) Im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden Reisekosten nach § 73 Absatz 1 und 3 des Neunten Buches übernommen. Zu den Reisekosten nach Satz 1 gehören bei Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches auch die Reisekosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung Pflegebedürftiger nach § 40 Absatz 3a Satz 1 und 2 entstehen. Die Reisekosten von Pflegebedürftigen, die gemäß § 40 Absatz 3a Satz 2 während einer stationären Rehabilitation ihrer Pflegeperson im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches eine Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches erhalten, hat die Pflegekasse des Pflegebedürftigen der Krankenkasse der Pflegeperson im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches zu erstatten.“ ‘

4. Nach Nummer 0b wird folgende Nummer 0c eingefügt:

0c. In § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 werden nach dem Wort „Krankentransporten“ die Wörter „und Krankenfahrten“ eingefügt.‘

5. Nach Nummer 7 wird folgende Nummer 7a eingefügt:

7a. In § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 werden nach dem Wort „Krankentransporten“ die Wörter „und Krankenfahrten“ eingefügt.‘

6. Nach Nummer 8 wird folgende Nummer 8a eingefügt:

8a. § 115e Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Im Rahmen der tagesstationären Behandlung besteht ab dem Zeitpunkt der ersten Aufnahme im Krankenhaus kein Anspruch auf Kostenübernahme für Krankentransporte und Krankenfahrten nach § 60; ausgenommen sind Krankenfahrten, die nach § 60 Absatz 2 Nummer 4 in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 auch zu ambulanten Behandlungen übernahmefähig wären.“

- b) Es wird folgender Satz angefügt:

„Der Anspruch auf Notfalltransport nach § 30 bleibt unberührt.“‘

7. Nach Nummer 11 wird folgende Nummer 11a eingefügt:

11a. § 133 wird wie folgt gefasst:

„§ 133

Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Krankentransporten und Krankenfahrten

(1) Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 werden ausschließlich durch Leistungserbringer erbracht, die nach Landesrecht dafür geplant und vorgesehen oder beauftragt worden sind.

(2) Soweit die Entgelte für die Inanspruchnahme von den einzelnen Leistungen der medizinischen Notfallrettung und von Krankentransporten nicht durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt werden, schließen die Krankenkassen oder ihre Landesverbände Verträge über die Vergütung dieser Leistungen unter Beachtung des § 71 Absatz 1 bis 3 mit den zuständigen Landesbehörden oder mit den nach Landesrecht vorgesehenen Trägern oder beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zu Stande und sieht das Landesrecht für diesen Fall eine Festlegung der Vergütungen vor, ist auch bei dieser Festlegung § 71 Absatz 1 bis 3 zu beachten. Die besonderen Anforderungen für Rettungsleitstellen, die Teil eines Gesundheitsleitsystems nach § 133a sind, sind angemessen zu berücksichtigen. Die für die Kalkulation der Vergütung der einzelnen Leistungen zu Grunde liegenden Daten müssen den Krankenkassen oder ihren Landesverbände vor Vertragsschluss transparent vorliegen. Die Empfehlungen des Qualitätsausschuss Notfallrettung nach § 133c Absatz 1 Nummer 1 oder die Rechtsverordnung nach § 133c Absatz 6 sind zu berücksichtigen. Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. Die Preisvereinbarungen haben sich an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten.

(3) Werden die Entgelte für die Inanspruchnahme von den einzelnen Leistungen der medizinischen Notfallrettung und von Krankentransporten durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt, haben Versicherte Anspruch auf Übernahme der Kosten. Die Krankenkassen oder ihre Landesverbände setzen Festbeträge an die Versicherten in Höhe vergleichbarer wirtschaftlich erbrachter Leistungen fest, wenn

1. die Berechnungsgrundlagen nicht transparent dargelegt wurden und vor der Entgeltfestsetzung den Krankenkassen oder ihren Verbänden keine Gelegenheit zur Erörterung gegeben wurde,
2. bei der Entgeltbemessung Investitionskosten und Kosten der Reservevorhaltung berücksichtigt worden sind, die durch eine über die Sicherstellung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung und von Krankentransporten hinausgehende öffentliche Aufgabe bedingt sind oder
3. die Leistungserbringung gemessen an den rechtlich vorgegebenen Sicherstellungsverpflichtungen unwirtschaftlich ist oder nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht; die Empfehlungen des Qualitätsausschuss Notfallrettung nach § 133c Absatz 1 Nummer 1 oder die Rechtsverordnung nach § 133c Absatz 6 sind zu berücksichtigen.

(4) Die Krankenkassen oder ihre Landesverbände schließen Verträge über die Vergütung der Krankenfahrten nach § 60 unter Beachtung des § 71 Absatz 1 bis 3 mit dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt in einer Richtlinie das Nähere zum Verfahren und zur Umsetzung der Vertragsgestaltung nach Absatz 2 Satz 3 und von Festbeträgen durch die Krankenkassen nach Absatz 3 Nummer 3.

8. In Nummer 12 wird § 133a wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 3 wird der folgende Absatz 4 eingefügt:

„(4) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien vermitteln Krankentransporte, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Sie sollen Leistungen der spezialisierten ambulanten Notfallversorgung sowie komplementäre Dienste für vulnerable Gruppen vermitteln, soweit diese verfügbar sind.“

b) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5.

9. Nach Nummer 12 wird folgender Nummer 12a eingefügt:

„12a. Nach § 133a werden folgende §§ 133b bis 133e eingefügt:

„§ 133b

Qualitätsausschuss Notfallrettung

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit richtet einen Qualitätsausschuss Notfallrettung ein. Der Qualitätsausschuss Notfallrettung hat die Aufgabe, Empfehlungen nach § 133c zu erlassen. Diese sind ständig zu überprüfen, erforderlichenfalls fortzuschreiben und zu ändern. Der Qualitätsausschuss berät das Bundesministerium für Gesundheit in allen Fragen der medizinischen Notfallrettung.

(2) Der Qualitätsausschuss Notfallrettung besteht aus acht stimmberechtigten Mitgliedern und einem Vorsitzenden. Den Vorsitz führt ein Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit; dieser leitet die Sitzungen, verfügt aber nicht über ein Stimmrecht. Von den acht Mitgliedern werden vier Mitglieder auf Vorschlag der Bundesländer und vier Mitglieder auf Vorschlag des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen vom Bundesministerium für Gesundheit ernannt. Wird von dem Vorschlagsrecht Gebrauch gemacht, hat das Bundesministerium für Gesundheit die vorgeschlagenen Personen zu ernennen, wenn keine grundlegenden Bedenken gegen die Ernennung bestehen. Die Mitglieder sind bei ihren Entscheidungen an Weisungen nicht gebunden. Wird von dem Vorschlagsrecht kein Gebrauch gemacht, entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit nach sachgerechtem Ermessen über die Berufung. Die Amtszeit der Ausschussmitglieder beträgt fünf Jahre. Der Qualitätsausschuss Notfallrettung legt das Nähere zur Arbeitsweise, Besetzung und Beschlussfassung in einer Geschäftsordnung fest. Die Geschäftsordnung und ihre Änderung bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Wird die Geschäftsordnung nicht bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des fünften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] beschlossen, legt das Bundesministerium für Gesundheit die Geschäftsordnung fest. Zur Koordinierung der Tätigkeit des Ausschusses richtet das Bundesministerium für Gesundheit eine Geschäftsstelle ein.

(3) Der Qualitätsausschuss Notfallrettung kann empfehlen, dass das Bundesministerium für Gesundheit geeignete Dritte beauftragt,

Leistungen zur Unterstützung seiner Tätigkeit zu erbringen. Soweit das Bundesministerium für Gesundheit oder eine zuständige oberste Landesbehörde beantragt, dass über ein Thema beraten wird, hat der Qualitätsausschuss Notfallrettung hierüber zu beraten und zu beschließen. Die Patientenorganisationen nach § 140f können beratend an den Sitzungen des Qualitätsausschuss Notfallrettung teilnehmen. Er kann jederzeit sachverständige Personen hinzuziehen und ist verpflichtet, vor Beschluss der Empfehlungen geeignete Fachgesellschaften und die maßgeblichen Spitzenverbände anzuhören.

§ 133c

Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung

(1) Der Qualitätsausschuss Notfallrettung nach § 133b beschließt Empfehlungen in Form eines Katalogs von Struktur- und Prozessqualitätsparametern für die medizinische Notfallrettung gemäß § 30 sowie den Krankentransport gemäß § 60 und schreibt diese fort. Der Katalog berücksichtigt den aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse und regelt insbesondere

1. Umfang und Ausgestaltung der jeweiligen Qualitätsparameter,
2. Indikatoren zur Erfassung der Qualitätsparameter nach Nummer 1,
3. den Grad der Umsetzung der Qualitätsparameter nach Nummer 1,
4. Abweichungsmöglichkeiten und
5. den Zeitpunkt der Umsetzung und der regelmäßigen Evaluation der einzelnen Qualitätsparameter nach Nummer 1.

(2) Der Katalog nach Absatz 1 enthält für das Notfallmanagement nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 insbesondere Empfehlungen hinsichtlich

1. der Qualifikation des Personals, der Ausstattung, Besetzung und ärztlichen Leitung der Leitstellen einschließlich des Einsatzes eines Telenotarztes zur Unterstützung und Sicherstellung einer fachgerechten Patientenversorgung,
2. der automatisierten und standardisierten Ortung von Notrufenden,
3. der Nutzung von qualitätsgesicherten, standardisierten softwaregestützten Abfragesystemen,
4. Maßnahmen zur Förderung der Laienreanimation und der Ersten Hilfe durch Laien in anderen zeitkritischen lebensbedrohlichen Situationen sowie der Einbindung registrierter Ersthelfer über mobile Alarmierungs-Applikationen und öffentlich zugänglicher Automatisierter Externer Defibrillatoren,
5. nach medizinischer Indikation und disponiertem Einsatzmittel differenzierter Hilfsfristen sowie Maßnahmen zur Optimierung des jeweiligen Zielerreichungsgrades,
6. der Auswahl von bedarfsgerechten Einsatzmitteln (Disposition) und Maßnahmen zur Disposition anhand des Einsatzmittelstandorts,
7. der Nutzung standardisierter und vernetzter Einsatzleitsysteme (Leitstellensoftware) zur Ermöglichung einer landkreis- und länderübergreifenden Alarmierung von Einsatzmitteln einschließlich der Bereitstellung entsprechender technischer und organisatorischer Schnittstellen,

8. des Einsatzes von digitalen Lösungen zur Patientensteuerung und zur Patientenzuweisung mithilfe eines integrierten softwaregestützten Behandlungskapazitäten-Nachweises in geeignete Versorgungseinrichtungen
9. der Anbindung und Koordination von spezialisierten Formen der ambulanten Notfallversorgung oder weiteren ambulanten Versorgungsformen.

(3) Der Katalog nach Absatz 1 enthält für die notfallmedizinische Versorgung und den Notfalltransport nach § 30 Absatz 2 Nummer 2 und Nummer 3 Empfehlungen insbesondere hinsichtlich

1. der Qualifikation des Personals, der Ausstattung und der Besetzung der Einsatzmittel einschließlich des Einsatzes eines Telenotarztes zur Unterstützung oder Sicherstellung einer fachgerechten Patientenversorgung,
2. nach medizinischer Indikation und disponiertem Einsatzmittel differenzierter Hilfsfristen, soweit medizinisch geboten auch zu Prähospitalzeiten, und Maßnahmen zur Optimierung des jeweiligen Zielerreichungsgrades,
3. der medizinischen Versorgung vor Ort und während des Transports,
4. der Aufgaben der Ärztlichen Leitung des Rettungsdienstes,
5. der Entscheidung bezüglich der Art und Weise einer Weiterversorgung im Krankenhaus, in der ambulanten Versorgung und anderen komplementären Systemen,
6. der Qualitätssicherung für die medizinische Notfallrettung.

(4) Der Qualitätsausschuss Notfallrettung erstellt entsprechend Absatz 3 auch einen Katalog mit Empfehlungen zum Krankentransport.

(5) Der Qualitätsausschuss Notfallrettung erstellt Empfehlungen für die Übermittlung der Daten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung nach § 133e. Das Bundesministerium für Gesundheit erlässt eine Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bezüglich der Übermittlung der für die Ermittlung der Leistungsqualität erforderlichen Daten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung nach Satz 1.

(6) Der Qualitätsausschuss Notfallrettung erstellt Spezifikationen für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation nach § 133d auf Grundlage der Spezifikationen nach § 123a Absatz 2 Satz 10 und § 133a Absatz 2 Satz 8 im Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Bei der Erstellung der Spezifikation nach Satz 1 sind das Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen nach § 311 Absatz 1 Nummer 8 in Verbindung mit § 385 einzubeziehen. Die erstellte Spezifikation ist dem Kompetenzzentrum vorzulegen. Über die verbindliche Festlegung der Spezifikation nach Satz 1 für nicht ausschließlich in die Zuständigkeit der Länder fallende informationstechnische Systeme, für einen Bereich des Gesundheitswesens oder das gesamte Gesundheitswesen entscheidet gemäß § 385 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Rechtsverordnung nach § 385 Absatz 1 Satz 1. Die Spezifikationen nach Satz 1 sind auf der Plattform nach § 385 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 zu veröffentlichen.

(7) Die Empfehlungen nach Absatz 1 und 5 sind bis zum [...] [erster Kalendertag des zwölften auf das Inkrafttreten folgenden Monats] zu erlassen. Kommen die Empfehlungen nach Absatz 1 innerhalb dieser

Frist nicht zustande, kann das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats die Inhalte festlegen. Die Spezifikation nach Absatz 6 ist dem Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen nach § 385 bis zum [erster Kalendertag des vierundzwanzigsten auf das Inkrafttreten folgenden Monats] vorzulegen.

§ 133d

Digitale Notfalldokumentation

Zur Versorgung von rettungsdienstlichen Notfällen und in der notdienstlichen Akutversorgung sind die

1. Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung,
2. an der stationären Notfallversorgung beteiligten zugelassenen Krankenhäuser,
3. die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen und
4. die Ärzte, die notdienstliche Akutversorgung gemäß § 75 Absatz 1b Satz 5 erbringen oder die in einer Kooperationspraxis Patienten aus dem Integrierten Notfallzentrum behandeln,

zur digitalen Erhebung und Speicherung der für die weitere medizinische Diagnostik und Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten und deren Übermittlung an die jeweils weiterversorgende Stelle und deren Empfang verpflichtet (digitale Notfalldokumentation), sobald die erforderlichen technischen Voraussetzungen vorliegen. Hierfür sind bundeseinheitlich definierte, digitale Schnittstellen und Standards für die Datensätze einzurichten. Sobald die hierfür erforderlichen Komponenten und Dienste flächendeckend zur Verfügung stehen, sind für die digitale Notfalldokumentation nach Satz 1 Dienste der Telematikinfrastruktur nach § 311 Absatz 6 zu nutzen. Zugriffsberechtigte Leistungserbringer und andere zugriffsberechtigte Personen nach § 352, die im Rahmen einer Tätigkeit nach Satz 1 in die Versorgung von rettungsdienstlichen Notfällen und Akutfällen eingebunden sind, haben, soweit die hierzu erforderlichen technischen Zugriffsvoraussetzungen vorliegen, die bis dahin erhobenen personenbezogenen Daten der digitalen Notfalldokumentation als Ergebnis in die elektronische Patientenakte nach § 341 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe d zu speichern.

§ 133e

Datenübermittlung zur Qualitätssicherung

(1) Die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung übermitteln in elektronischer anonymisierter Form jeweils zum 31. März, erstmals zum 31. März, der auf den Erlass der Rechtsverordnung nach § 133c Absatz 5 Satz 2 folgt, für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr die für die Ermittlung der Leistungsqualität erforderlichen Daten gemäß der Rechtsverordnung nach § 133c Absatz 5 Satz 2 an eine vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen geführte Datenstelle auf Bundesebene. Das Nähere zur Übermittlung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(2) Die Datenstelle veröffentlicht die zusammengefassten Daten in anonymisierte Form und nach Ausschluss der Möglichkeit von Rückschlüssen auf Leistungserbringer und einzelne Einsätze bis zum 1. Juli gegliedert nach bundes- und landesweiten Ergebnissen. Dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Qualitätsausschuss Notfallrettung, den für den Rettungsdienst zuständigen Landesbehörden sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen sind auf Anforderung Auswertungen für ihre Belange zur Verfügung zu stellen.“ ‘

Begründung

Zu Nummer 1

Die medizinische Notfallrettung wird als eigenständige Leistung im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehen. Daraus ergibt sich ein Anspruch der Versicherten auf medizinische Notfallrettung. Sie wird zur Klarstellung in den Katalog der Krankenbehandlung nach § 27 aufgenommen. Mit den Neuregelungen des Leistungsrahmens in § 30 werden die Kosten für die medizinische Notfallrettung (Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung, Notfalltransport in eine geeignete Einrichtung) im Rahmen des Rettungsdienstes nicht mehr im Sinne von Fahrkosten von der Durchführung eines Transportes abhängig gemacht und sind damit nicht mehr als akzessorische Nebenleistung zu anderen Leistungen der Krankenkassen, sondern als eigener Leistungsbereich anzusehen.

Zu Nummer 2

§ 30 regelt den Anspruch der Versicherten auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung.

Zu Absatz 1

In Absatz 1 wird festgelegt, dass Versicherte bei Vorliegen eines rettungsdienstlichen Notfalles Anspruch auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung haben. Bisher wurde der Rettungsdienst im Fünften Buch Sozialgesetzbuch ausschließlich als Transportleistung mit dazugehörigen Nebenleistungen behandelt und die Vergütung von Rettungsdiensteinsätzen davon abhängig gemacht, ob ein Transport durchgeführt wurde. Diese Herangehensweise ist mit Blick auf die tatsächliche Leistung des Rettungsdienstes und die Einsatzpraxis sowie angesichts der wachsenden Bedeutung des Rettungsdienstes für die präklinische Versorgung nicht mehr zeitgemäß. Sie führt dazu, dass Ressourcen aufgrund längerer Beanspruchung über das erforderliche Maß hinaus gebunden, Notaufnahmen der Krankenhäuser belastet und die Potenziale der rettungsdienstlichen Versorgung nicht genutzt werden.

Ein rettungsdienstlicher Notfall liegt vor, wenn sich der Versicherte aus ex-ante-Sicht in unmittelbarer Lebensgefahr befindet, sein Gesundheitszustand eine lebensbedrohende Verschlechterung erwarten lässt oder schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, sofern nicht unverzüglich eine medizinische Versorgung erfolgt. Dies gilt auch, wenn die Notwendigkeit einer präklinischen Notfallversorgung medizinisch nicht ausgeschlossen werden kann.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt den Inhalt der medizinischen Notfallrettung auf welchen die Versicherten in rettungsdienstlichen Notfällen Anspruch haben. Die medizinische Notfallrettung umfasst das Notfallmanagement, die notfallmedizinische Versorgung vor Ort sowie einen Notfalltransport in eine geeignete Einrichtung.

Soweit ein Gesundheitsleitsystem nach § 133a die notfallmedizinische Versorgung vor Ort veranlasst hat, gilt dies als Nachweis des Vorliegens eines rettungsdienstlichen Notfalls und eine etwaig untergesetzlich vorgesehene Verordnung ist nicht erforderlich. Die Gleichsetzung mit einer vertragsärztlichen Verordnung ist durch das standardisierte Abfragesystem gerechtfertigt, auf deren Grundlage das Gesundheitsleitsystem seine Dispositionsentscheidungen trifft.

Zu Absatz 3

Absatz 3 definiert den Anspruch auf Notfallmanagement, der durch Rettungsleitstellen erbracht wird. Dies ist unabhängig davon, ob sie Teil eines Gesundheitssystems sind oder nicht. Rettungsleitstellen sind solche der europäischen Notfallnummer nach § 164 Absatz 1 Telekommunikationsgesetz und der Richtlinie 2022/22/EG (112). Das Notfallmanagement umfasst die Entgegennahme des Hilfeersuchens, die Vermittlung der erforderlichen Hilfe unter Verwendung eines standardisierten digitalen Abfragesystems sowie bei Bedarf eine telefonische oder telemedizinische Notfallberatung und die telefonische Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen. Hierzu gehört auch die auf digitalen Anwendungen basierende Entsendung von Ersthelfern bei besonders lebensbedrohlichen Notfällen (Ersthelfer-App).

Zu Absatz 4

Absatz 4 definiert den Umfang der notfallmedizinischen Versorgung von Versicherten am Notfallort. Die Versicherten haben Anspruch auf eine notfallmedizinische Versorgung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft, die je nach medizinischem Bedarf eine notärztliche Versorgung, die Versorgung durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sowie die telefonische und telemedizinische Notfallversorgung umfasst.

Die notfallmedizinische Versorgung kann auch durch spezialisierte ambulante Versorgungsangebote erfolgen, soweit diese Angebote im Landesrecht vorgesehen und regional tatsächlich vorhanden sind. Dies können etwa Angebote der notfallpflegerischen, notfallpsychiatrischen oder notfallpalliativen Versorgung, der notfallmäßigen außerklinischen geburtshilflichen Versorgung oder Gemeindenotfallsanitäter sein. Spezialisierte ambulante Versorgungsangebote erlauben eine zielgerichtetere Reaktion auf die speziellen Bedürfnisse der Hilfesuchenden und können mit spezialisierter Erfahrung und gegebenenfalls größerer zeitlicher Freiheit eine angemessene Versorgung der Patientinnen und Patienten bieten. Der Rettungsdienst wird hierdurch entlastet und unnötige Krankenseinweisungen verhindert. Da Angebote der spezialisierten ambulanten Notfallversorgung jedoch im Bundesgebiet noch unterschiedlich ausgeprägt sind und sich einige Projekte in der Erprobungsphase befinden, ist auf die regionale Verfügbarkeit abzustellen.

Zu Absatz 5

Falls medizinisch erforderlich, haben Versicherte Anspruch auf einen Transport in eine geeignete Einrichtung sowie eine notfallmedizinische Versorgung während des Transports. Geeignete Einrichtungen sind regelmäßig Krankenhäuser können im Einzelfall jedoch auch ambulante Versorger sein. Für die notfallmedizinische Versorgung während des Transports gelten die Regelungen in Absatz 4. Der Transport kann bei medizinischer Erforderlichkeit mit luftgebundenen Rettungsmitteln erfolgen. Zu den Leistungen des Notfalltransportes zählen auch Notverlegungen, also medizinisch keinen Aufschub duldende Beförderungen von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten aus einer Gesundheitseinrichtung in eine andere Gesundheitseinrichtung, die über die Möglichkeit einer besseren medizinischen Versorgung verfügt, wenn die Beförderungen zur Abwehr einer Lebensgefahr oder zur Abwendung von schweren unmittelbar drohenden gesundheitlichen Schäden unter fachgerechter ärztlicher Betreuung einschließlich der Erhaltung und Überwachung der lebenswichtigen Körperfunktionen erfolgen. Die hier gesetzlich vorgesehene Verlegung im rettungsdienstlichen Notfall setzt das Erfordernis des Transports durch ein qualifiziertes Rettungsmittel voraus. Diese sind Rettungswagen, Notarztwagen und Rettungshubschrauber. Der Anspruch umfasst nicht einen Rücktransport aus dem Ausland in das Inland.

Zu Absatz 6

Absatz 6 regelt Zuzahlungen in Höhe von zehn Euro, die Versicherte für jede Leistung nach Absatz 2 leisten müssen. Erfolgt im unmittelbaren Anschluss

an eine notfallmedizinische Versorgung vor Ort auch ein Notfalltransport, ist nur eine einzige Zuzahlung in Höhe von zehn Euro zu leisten. Auch für die notfallmedizinische Versorgung während des Transports ist keine zusätzliche Zuzahlung zu leisten.

Zu Nummer 3

§ 60 wurde neu strukturiert, entspricht inhaltlich jedoch überwiegend der bisherigen Fassung.

Es wird nun klar zwischen Krankentransporten und Krankenfahrten differenziert, die in den Absätzen 3 und 4 definiert werden. Die bisher umfassten Rettungsfahrten sind nicht mehr Teil der Regelung des § 60, sondern als Notfalltransport in § 30 geregelt.

Zu Absatz 1

Absatz 1 entspricht inhaltlich dem bisherigen Absatz 1 Satz 1 und 2.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt, wie auch der bisherige Absatz 2, für welche Fahrten die Kosten durch die Krankenkasse übernommen werden. Absatz 2 gilt grundsätzlich sowohl für Krankentransporte als auch für Krankenfahrten, soweit sich aus den einzelnen Regelungen nichts anderes ergibt.

Satz 1 Nummer 1 und 2 entsprechend dabei der bisherigen Nummer 1. Neu ist Nummer 2 Buchstabe b, der eine Fahrt in ein anderes Krankenhaus zur Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a vorsieht.

Nummer 3 und 4 nehmen die Regelungsgegenstände der bisherigen Nummer 4 auf. In Nummer 3 ist lediglich Buchstabe b neu, der Fahrten zu einer ambulanten Operation in einer Vertragsarztpraxis einschließlich der hierzu erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen innerhalb der Fristen des § 115a Absatz 2 Satz 1 bis 3 vorsieht. Die ambulante Operation in Vertragsarztpraxen wird somit der ambulanten Operationen im Krankenhaus gleichgestellt.

In Nummer 4 wird die Kostenübernahme für Fahrten zu ambulanten Behandlungen nicht mehr an die notwendige Vermeidung einer voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung geknüpft, da dies für regelmäßig ambulant durchgeführte, ihrer Natur nach häufige Behandlungen, für die insbesondere Krankenfahrten medizinisch notwendig sein können, nicht passend ist. Es wird nun für Krankenfahrten vielmehr an die Ausnahmetatbestände nach § 8 der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 des Gemeinsamen Bundesausschusses angeknüpft. Ein Ausnahmetatbestand liegt vor, wenn der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapiechema behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist, oder eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist, weil die Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Patienten entsprechend beeinträchtigt.

Für Krankentransporte wird auf die zwingende medizinische Erforderlichkeit abgestellt. Der Patient muss aufgrund seiner Erkrankung auf die medizinisch-fachlicher Betreuung beziehungsweise die besondere Einrichtung eines Krankenkraftwagens angewiesen sein, um den Ort der ambulanten Behandlung sicher aufsuchen zu können.

Die Neufassung von Nummer 5 bildet die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren ab. Es werden die Kosten für Fahrten zu einer notdienstlichen Versorgung in einem Integrierten Notfallzentrum nach Entscheidung eines Gesundheitsleitsystems von der Krankenkasse übernommen. Die

Notfallbehandlung entspricht einer gesetzlich vorgesehenen Hauptleistung, sodass Fahrkosten, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme dieser anfallen, erstattet werden können. Die Gesundheitsleitsysteme können insofern auch Fahrten, bei denen zwar keine Notfallsituation im Sinne des § 30 Absatz 1 vorliegt, aber ein Transport des Hilfesuchenden aus medizinischer Sicht geboten ist und auch unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls erforderlich ist disponieren. Dabei ist beispielsweise entscheidend, ob sich der Hilfesuchende in der Öffentlichkeit befindet und möglicherweise den Wetterbedingungen ausgesetzt ist, oder ob die Fahrt auch durch eine dritte Person durchgeführt werden könnte. Insgesamt soll die Disposition von bedarfsgerechten Transportmitteln gefördert werden. So kann der Rettungsdienst im Rahmen des Notfallmanagements mögliche Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingehen und auf Grundlage des standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens auch Krankentransporte disponieren. Ebenso können die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechende Kooperationen eingehen und gegebenenfalls Krankentransporte zur vertragsärztlichen Versorgung disponieren. Bislang war die Durchführung erstattungsfähiger Krankentransporte zur ambulanten Erstversorgung nicht ohne weiteres möglich. Künftig sollen Rettungstransportwagen nur dann disponiert werden, wenn ein Krankentransport oder eine Krankenfahrt zu einer Notfallbehandlung beziehungsweise eine fallabschließende Versorgung vor Ort im Einzelfall aus medizinischer Sicht nicht ausreicht.

Krankentransporte bedürfen der ärztlichen Verordnung nach § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7. Erfolgt der Krankentransport aufgrund der Entscheidung im Rahmen eines Gesundheitsleitsystems, steht diese Entscheidung der ärztlichen Verordnung dieser Leistung gleich. Die ärztliche Verordnung wird folglich auf Grundlage des verbindlichen Ersteinschätzungsverfahrens als qualifizierte medizinische Entscheidung ersetzt. Diese Fiktion ist sachgerecht, da die Abfragesysteme von Rettungsleitstellen und Kassenärztlicher Vereinigung aus medizinischer Sicht unter Berücksichtigung aller Umstände des jeweiligen Einzelfalls die Frage beantwortet, in welchen Fällen ein Krankentransport zu einer notdienstlichen Versorgung erfolgen soll. Der beauftragte Leistungserbringer muss sich darauf verlassen können, dass er die Leistung nicht „umsonst“ erbringt. Im Übrigen gilt es, unnötigen bürokratischen Aufwand zu vermeiden.

Zu Absatz 3

Absatz 3 definiert den Krankentransport und entspricht sinngemäß dem bisherigen Absatz 2 Satz 1 Nummer 3. Als Krankentransport anzusehen sind Fahrten mit medizinisch-fachlicher Betreuung, die in Kraftfahrzeugen durchgeführt werden, die über die besondere Einrichtung eines Krankenkraftwagens verfügen. Versicherte, die einer solchen Betreuung oder Einrichtung während der Fahrt bedürfen oder deren Zustand die Erforderlichkeit während der Fahrt erwarten lässt, haben Anspruch auf Kostenübernahme für einen Krankentransport. Ein solcher Anspruch besteht bei einem Krankentransport zu einer ambulanten Behandlung nach Absatz 2 Nummer 4 nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse.

Zu Absatz 4

Absatz 4 definiert die Krankenfahrt als Fahrt ohne medizinisch-fachliche Betreuung, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen oder Taxen durchgeführt wird.

Zu Absatz 5

Absatz 5 entspricht dem bisherigen Absatz 3. Geregelt wird, in welcher Höhe Kosten für Krankentransporte und Krankenfahrten erstattet werden können. Für Krankentransporte wird dabei auf die Beträge verwiesen, die gemäß § 133 Absatz 2 und 3 festgesetzt oder vereinbart wurden. Für Krankenfahrten

richten sich die anerkannten Kosten bei öffentlichen Verkehrsmitteln nach dem Fahrpreis, wobei Fahrpreisermäßigungen auszuschöpfen sind, bei Taxi oder Mietwagen nach den gemäß § 133 Absatz 4 vereinbarten Preisen und bei privaten Kraftfahrzeugen nach dem durch das Bundesreisekostengesetz vorgegebenen Kilometergeld.

Zu Absatz 6

Gemäß Absatz 6 sind Versicherte bei Krankentransporten und Krankenfahrten zur Zuzahlung in der nach § 61 Satz 1 vorgesehenen Höhe verpflichtet. Der Einzug erfolgt durch die Krankenkasse.

Zu den Absätzen 7 und 8

Die Absätze 7 und 8 entsprechen den bisherigen Absätzen 4 und 5.

Zu Nummer 4

In § 60 wird nunmehr explizit ein Anspruch auf Krankentransporte und Krankenfahrten geregelt. Daher wird ausdrücklich klargestellt, dass Ärztinnen und Ärzte diese verordnen können.

Zu Nummer 5

Es handelt sich um eine Klarstellung, dass die Ermächtigung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 Regelungen zu Krankentransporten und Krankenfahrten nach § 60, nicht aber den Notfalltransport nach § 30 umfasst.

Zu Nummer 6

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuregelung der Kostenübernahme für Krankentransporte und Krankenfahrten in § 60 und der gesonderten Regelung des Anspruchs auf Notfalltransport in § 30 Absatz 1, Absatz 2 Nummer 3 und Absatz 5.

Zu Nummer 7

Die Vorschrift entspricht im Wesentlichen der bisherigen Fassung. Sie wird als Folgeänderung an die Aufnahme der medizinischen Notfallrettung als eigenständigen Leistungsbereich und der Etablierung von Empfehlungen des Qualitätsausschuss Notfallrettung angepasst. Ziele der Neuregelungen sind zum einen eine erhöhte Transparenz der Kosten und zu anderen eine höhere Qualität der medizinischen Leistungen im Rettungsdienst für Versicherte.

Zu Absatz 1

Absatz 1 stellt klar, dass die Leistungserbringer nach § 30 die nach Landesrecht bestimmten Träger oder mit der Wahrnehmung dieser Aufgaben nach Landesrecht beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen sind. Damit wird zudem berücksichtigt, dass die generelle (Bedarfs-)Planung des Rettungsdienstes den Ländern obliegen bleibt. Der durch die Länder zugewiesene Aufgabenbereich der Rettungsdienste, beispielsweise auch für den Katastrophen- oder Bevölkerungsschutz, welcher über Leistungen der medizinischen Notfallrettung für Versicherte hinausgeht, bleibt unberührt. Der Rettungsdienst bleibt also im bisherigen Umfang sachlich von der vergaberechtlichen Bereichsausnahme nach § 107 Absatz 1 Nummer 4 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) erfasst.

Zu Absatz 2

Die Abkehr der bloßen Übernahme von Fahrtkosten für Versicherte und die damit verbundene Aufteilung in Notfallmanagement mit oder ohne Gesundheitsleitsystem, Notfallrettung vor Ort (beispielsweise durch Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter oder aber auch durch Ärztinnen und Ärzte vor Ort beziehungsweise telemedizinisch) und Notfalltransport (abhängig vom Transportmittel) oder Krankentransport bedingt, dass zukünftig Verträge differenziert nach diesen einzelnen Leistungen abzuschließen sind. Auch etwaige landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen müssen für eine Kostenübernahme zukünftig in ihren Entgelttatbeständen entsprechend differenzieren.

Um mehr Transparenz über die Vergütung der medizinischen Notfallrettung zu erreichen, müssen den Krankenkassen oder ihren Landesverbänden vor Vertragsschluss die der Kalkulation der einzelnen Leistungen zu Grunde liegenden Daten transparent vorliegen. Zusätzlich stehen ihnen zukünftig Qualitäts- und Leistungsdaten nach § 133e Absatz 2 zur Verfügung. Sie haben bei Vertragsschluss die Empfehlungen des Qualitätsausschuss Notfallrettung nach § 133c Absatz 1 Nummer 1 oder aber die Rechtsverordnung nach § 133c Absatz 6 zu berücksichtigen. Zwar handelt es sich bei den Beschlüssen des Ausschusses nach § 133c Absatz 1 Nummer 1 bloß um Empfehlungen, dennoch können diese insbesondere Indizwirkung für eine qualitative und gleichzeitig wirtschaftliche Leistung entfalten, sodass sie zumindest initial herangezogen werden müssen. Das Nähere zum Verfahren der Berücksichtigung dieser Empfehlungen kann nach Absatz 5 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln. Hervorzuheben ist, dass die Anforderungen für Rettungsleitstellen, die Teil eines Gesundheitsleitsystems nach § 133a sind, finanziell beachtet und somit besondere Anreize bestehen müssen, sich entsprechend zu vernetzen. Ziel sollte es sein, dass das Notfallmanagement für Versicherte nur noch durch Gesundheitsleitsysteme stattfindet.

Zu Absatz 3

Absatz 3 stellt zunächst klar, dass, wenn die Entgelte für die Inanspruchnahme von den einzelnen Leistungen der medizinischen Notfallrettung und von Krankentransporten durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt werden, die Versicherten einen Anspruch auf Übernahme der Kosten haben. Damit jedoch auch hier die in Absatz 2 angelegten Transparenz- und Qualitätsmechanismen greifen, bleibt die gesetzliche Ermächtigung der Krankenkassen, ihre Leistungspflicht zur Übernahme der Kosten auf Festbeträge unterhalb derartiger öffentlich-rechtlicher Kostentarife beschränken, erhalten und wird nunmehr für diese verbindlich.

Weitere inhaltliche Änderungen zur bestehenden Rechtslage ergeben sich hinsichtlich der Nummern 1 und 3. Insoweit müssen nunmehr gemäß Nummer 1, zusätzlich zu einer bloßen Erörterung, die Berechnungsgrundlagen für den Entgelttatbestand, also die Kalkulation, wie vor einem Vertragsschluss nach Absatz 2 transparent dargelegt werden. Bei Nummer 3 müssen die Krankenkassen oder ihre Landesverbände Festbeträge festsetzen, wenn die dem Entgelttatbestand entsprechende tatsächliche Leistung des Leistungserbringers gemessen an den rechtlich vorgegebenen Sicherstellungsverpflichtungen unwirtschaftlich ist oder nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht. Dabei können die Empfehlungen des Qualitätsausschuss Notfallrettung nach § 133c Absatz 1 Nummer 1 auch hier Indizwirkung entfalten. Das Nähere zum Verfahren bei der Festsetzung gemäß Nummer 3 regelt nach Absatz 5 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Hinsichtlich Nummer 2 handelt es sich um eine Folgeänderung zur Etablierung der medizinischen Notfallrettung.

Zu Absatz 4

Absatz 4 stellt klar, dass, wie bereits heute, auch zur Vergütungshöhe von Krankenfahrten Vertragsvereinbarungen stattfinden.

Zu Absatz 5

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt in einer Richtlinie das Nähere zum Verfahren und zur Umsetzung der Vertragsgestaltung und der Festbeträge. Diese Richtlinie kann die Krankenkassen insbesondere anleiten, wie bei der Vertragsgestaltung mit den Empfehlungen des Qualitätsausschuss Notfallrettung nach § 133c Absatz 1 Nummer 1 umzugehen ist. Der bisherige Verweis auf die Bildung von Rahmenempfehlungen entsprechend der Verträge im Hilfsmittelbereich nach § 127 Absatz 9 wird nicht übernommen, da hiervon kein Gebrauch gemacht worden ist.

Zu Nummer 8

Die Einfügung von Absatz 4 stellt klar, dass, je nach Absprache in der Kooperationsvereinbarung des Gesundheitsleitsystems, auch die Kassenärztlichen Vereinigungen Krankentransporte zu ambulanten Behandlungen vermitteln dürfen, soweit dies durch landesrechtliche Vorschriften ermöglicht wird.

Die Vorschrift gibt vor, dass beide Kooperationspartner im Gesundheitsleitsystem Leistungen der spezialisierten ambulanten Notfallversorgung nach § 30 Absatz 4 Satz 2 sowie komplementäre Dienste für vulnerable Gruppen vermitteln sollen, soweit diese jeweils verfügbar sind. Die Verfügbarkeit bezieht sich sowohl auf das grundsätzliche Vorhandensein in dem räumlichen Zuständigkeitsbereich als auch auf die zeitliche Verfügbarkeit (Öffnungszeiten, Jahreszeit etwa bei winterspezifischen Hilfsangeboten). Leistungen der spezialisierten ambulanten Notfallversorgung sind insbesondere notfallpflegerische, notfallpsychiatrische und notfallpalliative Leistungen, sowie Leistungen einer fachgerechten Versorgung außerklinischer geburtshilflicher Notfälle. Komplementäre Dienste für vulnerable Gruppen sind alle geeigneten, regional vorhandenen Angebote unabhängig von der Trägerschaft, die Menschen in Not- oder Problemsituationen helfen. Dies kann etwa ein Dienst für wohnungslose Menschen sein, wie ein Kälte-Bus, oder ein psychosozialer Dienst. Durch die Aufforderung an das Gesundheitsleitsystem, diese komplementären Dienste zu vermitteln, kann auch Hilfesuchenden mit spezifischen Problemlagen passgenau geholfen werden. Das Repertoire der Leitstellen wird erweitert und auch Rettungsmittel können zielgerichteter eingesetzt werden. Die Vermittlung durch die Leitstelle hat keine Folge für die Finanzierung des komplementären Dienstes.

Zu Nummer 9

Zu § 133b

§ 133b regelt das Nähere zum Qualitätsausschuss Notfallrettung.

Zu Absatz 1

Absatz 1 beschreibt die Rechtsnatur, Organisationsstruktur und Aufgaben des Ausschusses. Er hat die Aufgabe, Empfehlungen nach § 133c zu erlassen und das Bundesministerium für Gesundheit in allen Fragen der medizinischen Notfallrettung zu beraten. Organisatorisch ist er dem Bundesministerium für Gesundheit untergliedert und besitzt somit keine eigene Rechtsfähigkeit.

Zu Absatz 2

Absatz 2 umfasst Regelungen zur Zusammensetzung und Entscheidungsfindung. Der Ausschuss besteht aus acht stimmberechtigten Mitgliedern und einer beziehungsweise einem Vorsitzenden. Den Vorsitz führt eine Vertreterin oder ein Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit; diese oder dieser leitet die Sitzungen, verfügt aber nicht über ein Stimmrecht. Von den acht Mitgliedern werden vier Mitglieder auf Vorschlag der Bundesländer und vier Mitglieder auf Vorschlag des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen vom Bundesministerium für Gesundheit ernannt. Die Länder entscheiden selbst über das Verfahren der Vorschlagsfindung. Wird von dem Vorschlagsrecht Gebrauch gemacht, hat das Bundesministerium für Gesundheit die vorgeschlagenen Personen zu ernennen, wenn keine grundlegenden Bedenken gegen die Ernennung bestehen. Die Mitglieder sind bei ihren Entscheidungen an Weisungen nicht gebunden. Wird von dem Vorschlagsrecht kein Gebrauch gemacht, entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit nach sachgerechtem Ermessen über die Berufung. Die Amtszeit der Ausschussmitglieder beträgt fünf Jahre. Der Qualitätsausschuss Notfallrettung legt das Nähere zur Arbeitsweise, Besetzung und Beschlussfassung in einer Geschäftsordnung fest. Hierzu kann insbesondere auch die Gründung von spezialisierten und themenbezogenen Unterausschüssen gehören. Wird die Geschäftsordnung nicht bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des fünften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] beschlossen, legt das Bundesministerium für Gesundheit die Geschäftsordnung fest. Zur Koordinierung der Tätigkeit des Ausschusses richtet das Bundesministerium für Gesundheit eine Geschäftsstelle ein.

Zu Absatz 3

Damit der Ausschuss für die Erfüllung seiner Aufgaben über hinreichend Fachexpertise verfügt, kann er dem Bundesministerium für Gesundheit empfehlen, geeignete Dritte mit Unterstützungsleistungen zu beauftragen. Soweit das Bundesministerium für Gesundheit oder eine zuständige oberste Landesbehörde beantragt, dass über ein Thema beraten wird, hat der Qualitätsausschuss Notfallrettung hierüber zu beraten und zu beschließen. Die Patientenorganisationen nach § 140f können beratend an seinen Sitzungen teilnehmen. Der Ausschuss kann jederzeit sachverständige Personen zur Beratung hinzuziehen und ist verpflichtet, vor Erlass der Empfehlungen geeignete Fachgesellschaften und die maßgeblichen Spitzenverbände anzuhören. Durch diese Mechanismen wird insgesamt eine wissenschaftlich aktuelle, fundierte und evidenzbasierte Entscheidungsfindung ermöglicht.

Zu § 133c

Aus § 133 ergibt sich, dass die Krankenkassen bei dem Abschluss ihrer Vergütungsverträge oder bei der Festsetzung von Festbeträgen die Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung zu berücksichtigen haben. Zu diesem Zweck sieht diese neue Vorschrift vor, dass der Qualitätsausschuss Notfallrettung, welcher sich gemäß § 133b bildet, Empfehlungen in Form eines Katalogs von Struktur- und Prozessqualitätsparametern für das Notfallmanagement, die medizinische Notfallrettung sowie den Krankentransport erstellt und diese fortschreibt. Der Ausschuss beschließt außerdem Spezifikationen für interoperable Datensätze und informationstechnische Vorgaben für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation nach § 133d sowie Empfehlungen für die Übermittlung der Daten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung nach § 133e. Zweck der Regelung ist eine leitliniengerechte, qualitativ hochwertige, für Patienten sichere und gleichzeitig wirtschaftliche medizinischen Versorgung

Zu Absatz 1

Absatz 1 umschreibt die grundsätzliche Ausgestaltung des Katalogs.

Zu Nummer 1

Der Katalog von Struktur- und Prozessqualitätsparametern beinhaltet zunächst den Umfang und Ausgestaltung der jeweiligen Qualitätsparameter. Das bedeutet, er definiert insbesondere zunächst die nach Absatz 2 und 3 genannten Qualitätskriterien. Qualitätskriterien für die Bewertung der Qualität der Leistungserbringung bei einzelnen Versorgungsaspekten sind solche Eigenschaften, deren Erfüllung typischerweise bei einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung erwartet wird.

Zu Nummer 2

Darüber hinaus verfasst er Indikatoren dafür, ob und wie entsprechende Qualitätskriterien eingehalten werden. Qualitätsindikatoren sind Maße, deren Ausprägung eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität von Strukturen, Prozessen und/oder Ergebnissen der Versorgung ermöglichen sollen. Sie sind Hilfsgrößen, welche die Qualität einer Einheit durch Zahlen beziehungsweise Zahlenverhältnisse indirekt abbilden. Zusätzlich soll der Ausschuss definieren, welche Grade der Übereinstimmung mit diesen Anforderungen bestehen können.

Zu Nummer 3

Der Ausschuss soll außerdem Abweichungsmöglichkeiten vorsehen, also in welchen Fällen gegeben falls von einer Qualitätsempfehlung abgewichen werden kann ohne, dass beispielsweise eine geringere Vergütung empfohlen wird.

Zu Nummer 4

Schließlich kann er verschiedene Zeitpunkte empfehlen, ab wann die Vorgaben erfüllt und evaluiert werden sollten.

Zu Absatz 2

Absatz 2 beinhaltet einen beispielhaften Katalog von Inhalten, die der Ausschuss hinsichtlich des Notfallmanagements vorgeben soll.

Zu Nummer 1

Der Katalog soll Aussagen über die Qualifikation des Personals, also beispielsweise der Disponentinnen und Disponenten, zur generellen Ausstattung und zu Art und Maß der Besetzung von Leitstellen und sonstigem Bereitschaftspersonal treffen. Dies umfasst auch Empfehlungen hinsichtlich des Einsatzes von Telenotärztinnen oder Telenotärzten zur Unterstützung oder Sicherstellung einer fachgerechten Patientinnen- und Patientenversorgung.

Zu Nummer 2

Der Ausschuss soll Empfehlungen zur automatisierten und standardisierten Ortung von Notrufenden erlassen. Durch automatisierte und standardisierte Ortungen von Notrufenden können Leitstellen Einsatzmittel schneller und bedarfsgerechter disponieren.

Zu Nummer 3

Dies gilt auch hinsichtlich der Nutzung von qualitätsgesicherten, standardisierten softwaregestützten Abfragesystemen. Damit kann auch sichergestellt werden, dass die Voraussetzungen für die Errichtung eines Gesundheitsleitsystem nach § 133a seitens der Leitstellen vorliegen.

Zu Nummer 4

Gesetzlich intendiert sind auch Empfehlungen hinsichtlich Maßnahmen zur Förderung der Laienreanimation und der Ersten Hilfe durch Laien in anderen zeitkritischen lebensbedrohlichen Situationen (wie beispielsweise die Stillung

von starken Blutungen, Unterstützung der Anwendung von der Patientin oder dem Patienten mitgeführten Auto-Injektoren bei schweren Allergien oder auch die Unterstützung einer Geburt) sowie der Einbindung registrierter Ersthelfer über mobile Alarmierungs-Applikationen und öffentlich zugänglicher Automatisierter Externer Defibrillatoren; dies umfasst auch die telefonische Anleitung Anrufender. So hat die Praxis gezeigt, dass diesbezüglich teilweise erhebliche Defizite vorliegen und durch entsprechende Maßnahmen Leben gerettet werden können.

Zu Nummer 5

Der Ausschuss soll darüber hinaus nach medizinischer Indikation und disponiertem Einsatzmittel differenzierte Empfehlungen zu Hilfsfristen sowie Maßnahmen zur Optimierung des jeweiligen Zielerreichungsgrades beschließen. Hinsichtlich des Notfallmanagements ist dabei entscheidend, dass rechtzeitig ein bedarfsgerechtes Einsatzmittel disponiert wird.

Zu Nummer 6

Im Zusammenhang damit steht auch die Auswahl von bedarfsgerechten Einsatzmitteln (Disposition) und Maßnahmen zur automatischen Disposition anhand des Einsatzmittelstandorts. Damit sollen die Empfehlungen auch beinhalten, welches Einsatzmittel im Einzelfall bedarfsgerecht und wirtschaftlich ist und der Ausschuss soll Maßnahmen zur GPS-gestützten Ortung von Einsatzmitteln empfehlen. Durch eine genaue Standortermittlung können Leitstellen entsprechende Einsatzmittel noch schneller und bedarfsgerechter disponieren.

Zu Nummer 7

Zusätzlich sind Empfehlungen zur Nutzung standardisierter und vernetzter Einsatzleitsysteme (Leitstellensoftware) vorgesehen. Diese Software sollte eine landkreis- und länderübergreifende Alarmierung von Einsatzmitteln ermöglichen. Vorgesehen ist auch die Bereitstellung und Honorierung entsprechender technischer und organisatorischer Schnittstellen. Dies kann beispielsweise der Bildung von Redundanzen sowie der Vernetzung zum Gesundheitsleitsystem nach § 133a dienen.

Zu Nummer 8

In diesem Zusammenhang stehen auch Empfehlungen des Einsatzes von digitalen Lösungen zur Patientensteuerung und zur Patientenzuweisung mithilfe eines integrierten softwaregestützten Behandlungskapazitäten-Nachweises in geeignete Versorgungseinrichtungen. Ziel ist ein schneller Austausch zwischen den Krankenhäusern, den Leitstellen für den Rettungsdienst, den Gesundheitsbehörden und anderen medizinischen Diensten, wie dem Ärztlichen Notdienst, der Kassenärztlichen Vereinigung oder niedergelassenen Ärzten.

Zu Nummer 9

Ein besonderes Qualitätsmerkmal für das Notfallmanagement sollte die Anbindung und Koordination von spezialisierten Formen der ambulanten Notfallversorgung oder weiteren ambulanten Versorgungsformen sein. Durch entsprechende Maßnahmen können nicht bedarfsgerechte Einsätze durch kostenintensive Rettungswagen oder Krankenhausaufnahmen vermieden werden. Entsprechend ist dies nunmehr auch ausdrücklich in § 133a Absatz 4 aufgenommen.

Zu Nummer 10

Für eine hohe Qualität sind die in § 133a vorgesehenen Abstimmungen und vertraglichen Vereinbarungen im Gesundheitsleitsystem erforderlich. So sollte besonderes anerkannt werden, wenn die Leitstellen hinsichtlich der

Abstimmung und des gemeinsamen Qualitätsmanagements gegebenenfalls besondere Empfehlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder anderer anerkannter Arbeitsgruppen berücksichtigen.

Zu Absatz 3

Auch Absatz 3 beinhaltet einen beispielhaften Katalog von Empfehlungsinhalten. Es sind Empfehlungen hinsichtlich der medizinischen Notfallrettung, wozu auch die medizinische Berg- und Wasserrettung zählen kann, zu beschließen.

Zu Nummer 1

Der Katalog soll zunächst Aussagen über die Qualifikation (auch zu Fortbildungen und Rezertifizierungen) des Personals, also beispielsweise der Notfallsanitäterinnen und -sanitäter und der ärztlichen Leitung Rettungsdienst, zur generellen Ausstattung (beispielsweise einheitliche Ausstattungs- und Qualitätsstandards für boden- und luftgebundene Rettungsmittel) und zum Art und Maß der Besetzung von Rettungsmitteln und sonstigem Bereitschaftspersonal treffen. Dies umfasst auch Empfehlungen zu Vorgaben hinsichtlich Telenotärztinnen oder Telenotärzten sowie notärztlicher Sonderdienste zur Unterstützung oder Sicherstellung einer fachgerechten Patientinnen- und Patientenversorgung.

Zu Nummer 2

Der Ausschuss soll darüber hinaus nach medizinischer Indikation und disponiertem Einsatzmittel differenzierte Empfehlungen zu Hilfsfristen sowie Maßnahmen zur Optimierung des jeweiligen Zielerreichungsgrades beschließen. Hinsichtlich der medizinischen Notfallrettung ist dabei entscheidend, dass das Einsatzmittel rechtzeitig nach Disponierung am Notfallort eintrifft. Unter Umständen kann der Ausschuss es auch für medizinisch erforderlich ansehen, entsprechend Empfehlungen zu Prähospitalzeiten zu beschließen. Dies ist die Zeit zwischen Eingang der Notrufmeldung in der Leitstelle bis zur Ankunft in einer nächstgelegenen für die Versorgung geeigneten Einrichtung.

Zu Nummer 3

Vorgesehen sind auch Empfehlungen zur medizinischen Versorgung vor Ort und während des Transports. Dies können insbesondere Vorgaben zur Umsetzung der eigenverantwortlichen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäter nach § 2a des Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sein und Handlungsempfehlungen auf der Basis aktueller Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften. Damit kann eine gleichwertige Versorgungsqualität erzielt werden.

Zu Nummer 4

Dies gilt auch für die Konkretisierung der Aufgaben der Ärztlichen Leitung des Rettungsdienstes, insbesondere hinsichtlich derer im Rahmen des Qualitätsmanagements und zur Einbindung in den Einsatzdienst.

Zu Nummer 5

Weitergehend sind Empfehlungen hinsichtlich der Entscheidung bezüglich der Art und Weise einer Weiterversorgung durch andere Beteiligte vorgesehen. Dies kann den Transport zur weiterführenden Versorgung in ein geeignetes Krankenhaus oder eine andere Einrichtung beziehungsweise die Übergabe an die vertragsärztliche, ambulante Notfallversorgung der zuständigen kassenärztlichen Vereinigung beinhalten.

Zu Nummer 6

Schließlich sind in den Katalog auch Empfehlungen zur Qualitätssicherung aufzunehmen. Dies kann die Verankerung von Prozessoptimierungs- und Qualitätsmanagementsystemen, inklusive Meldeprozessen, die Teilnahme an

einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen und die standardisierte und fortlaufende, medizinische Einsatzauswertung durch die Ärztliche Leitung beinhalten.

Zu Absatz 4

Der Qualitätsausschuss Notfallrettung erstellt entsprechend Absatz 3 auch einen Katalog mit Empfehlungen zum Krankentransport. Er entscheidet nach eigenem Ermessen, welche mit Absatz 3 vergleichbaren Qualitätsparameter er hinsichtlich des Krankentransports für erforderlich hält.

Zu Absatz 5

Der Qualitätsausschuss Notfallrettung beschließt zudem Empfehlungen zur Übermittlung der Daten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung nach § 133e. Das Bundesministerium für Gesundheit erlässt eine Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates, die die für die Ermittlung der Leistungsqualität erforderlichen Daten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung nach § 133e festlegt. Dies umfasst Strukturdaten und einsatzspezifische Leistungsdaten sowie Angaben zur Qualifikation des beteiligten Personals. Zur Ermittlung der Leistungsqualität ist es zudem erforderlich, dass die Daten einer regionalen Einheit zugeordnet werden können.

Zu Absatz 6

Der Ausschuss erstellt Spezifikationen für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation nach § 133d. Hierbei soll auf die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen (KIG) entwickelten Spezifikationen für die Vernetzung und interoperable Fallübergabe innerhalb integrierter Notfallzentren nach § 123a Absatz 2 Satz 10 sowie auf den Spezifikationen nach § 133a Absatz 2 Satz 8 für die digitale Fallübergabe innerhalb eines Gesundheitssystems aufgesetzt werden. Die Spezifikationen nach diesem Absatz sind im Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu erstellen, da die von ihnen vertretenen Gruppen von der Anwendung der Spezifikationen in der Praxis unmittelbar betroffen sein werden. Bei der Erstellung der Spezifikationen ist das KIG nach § 385 rechtzeitig einzubeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann dann auf Basis der Empfehlung des KIG die gesamte oder Teile der Spezifikation nach § 133d per Rechtsverordnung verbindlich festlegen. Der Wirkungsbereich der Festlegung beschränkt sich hierbei allerdings auf Systeme, die nicht ausschließlich in Landeshand liegen. Die Spezifikationen werden gemäß § 385 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 auf der entsprechenden Plattform veröffentlicht.

Zu Absatz 7

Absatz 7 sieht Fristen zur Erstellung der Empfehlungen beziehungsweise der Vorlage der Spezifikationen an das KIG vor. Nach Ablauf der Frist kann das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats die Inhalte nach Absatz 1 festlegen.

Zu § 133d

Für die Notfallversorgung der Versicherten ist die Verarbeitung und damit auch die Übermittlung der erhobenen Behandlungsdaten insbesondere für die medizinisch erforderliche Weiterbehandlung durch weiterversorgende Stellen von essentieller Bedeutung. Diese Datenübermittlung ist eine wesentliche Voraussetzung, um eine erfolgreiche medizinische Behandlung im Rahmen der weitgehend arbeitsteiligen Notfallversorgung zu gewährleisten. Dabei ist zu unterscheiden zwischen der bereits nach geltendem Recht bestehenden Befugnis zur Verarbeitung der für die Behandlung erforderlichen

Behandlungsdaten durch die jeweiligen Behandler einerseits und der mit der Neuregelung eingeführten Verpflichtung zur Datenübermittlung sowie zu spezifischen Vorgaben zur Ausgestaltung dieser Datenübermittlung. Diese Verpflichtung gilt, sobald die erforderlichen technischen Voraussetzungen vorliegen. Es muss also die entsprechende Rechtsverordnung nach § 133c Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 in Verbindung mit § 385 erlassen worden und die technische Umsetzung dahingehend abgeschlossen sein, dass die Datenübermittlung in der vorgesehenen Weise möglich ist. Die Datenübermittlung zwischen den an der rettungsdienstlichen Versorgung Beteiligten soll unter Nutzung der sicheren Übermittlungsverfahren der Telematikinfrastruktur erfolgen. Voraussetzung ist ein Anschluss der jeweiligen Leistungserbringer beziehungsweise der Einrichtung an die Telematikinfrastruktur.

Ziel ist, dass alle Versorgungsstrukturen, die bei Notfällen oder bei Anhaltspunkten eines Notfalls tätig werden, Daten technisch so austauschen können, dass sie in dem jeweiligen Empfängersystem sofort nutzbar sind.

Soweit die hierfür erforderlichen technischen Voraussetzungen bestehen, sind die im Rahmen der rettungsdienstlichen Versorgung erhobenen Daten zusätzlich durch die hierzu eingebundenen, zugriffsberechtigten Leistungserbringer in der elektronische Patientenakte des Versicherten zu speichern.

Auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten außerhalb der Notdienststrukturen nach § 75 Absatz 1b Satz 5, zum Beispiel durch zugelassene Hausärztinnen und Hausärzte, andere zugelassene Vertragsärztinnen und -ärzte oder in zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), findet die Vorschrift keine Anwendung.

Zu § 133e

Um den jeweiligen Planungsbehörden und -stellen eine effektive und effiziente Planung und Ausgestaltung der jeweiligen Versorgungsstrukturen zu ermöglichen und das Leistungsgeschehen insgesamt transparenter darzustellen, werden die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung verpflichtet, die für die Ermittlung der Leistungsqualität erforderlichen Daten anonymisiert und elektronisch an eine vom GKV-SV geführte Datenstelle auf Bundesebene zu übermitteln. Die Datensätze werden vom Bundesministerium für Gesundheit in einer Rechtsverordnung einheitlich festgelegt.

Die Datenstelle führt die Daten in einer bundesweiten Statistik zusammen, die sich nach bundes- und landesweiten Ergebnissen gliedert. Dabei ist sicherzustellen, dass aus den verarbeiteten Daten Rückschlüsse auf einzelne Leistungserbringer oder einzelne Einsätze nicht möglich sind. Die Statistik wird jährlich jeweils zum 1. Juli veröffentlicht.

Die Datenstelle stellt darüber hinaus dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Qualitätsausschuss Rettungsdienst, den für den Rettungsdienst zuständigen Landesbehörden sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auf Anforderung Auswertungen für ihre Belange zur Verfügung.

Die erfassten statistischen Daten liefern wichtige Erkenntnisse zu Qualität und Umfang der erbrachten Leistungen unmittelbar aus dem Versorgungsalltag, bilden das Leistungsgeschehen damit transparent ab und sind Voraussetzung für die Weiterentwicklung einer qualitativ hochwertigen und zweckmäßigen integrierten Notfallversorgung. Die so gewonnenen Daten können auch als Grundlage für die Verhandlungen der Verträge zur Vergütung oder die

Festsetzung von entgelten für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung dienen.

Änderungsantrag

der Fraktion CDU·CSU zum
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung
BT-Drucksache 20/13166

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)231.2

05.11.2024

Neuer Artikel 2a Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

*(Differenzierte Befreiung sog. „Poolärzte“ im Notdienst von der
Sozialversicherungspflicht)*

Nach Artikel 2 wird der folgende Artikel 2a eingefügt:

**„Artikel 2a
Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch**

§ 23c des Vierten Buches Sozialgesetzbuch - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 30. Mai 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 173) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 23c Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„(2) Einnahmen aus Tätigkeiten als Notärztin oder Notarzt im Rettungsdienst sind nicht beitragspflichtig oder als Ärztin oder Arzt im Notdienst gemäß § 75 Absatz 1b SGB V bis zu 30 Stunden wöchentlich nicht beitragspflichtig, wenn diese Tätigkeiten neben

1. einer Beschäftigung mit einem Umfang von regelmäßig mindestens 15 Stunden wöchentlich außerhalb des Rettungsdienstes oder von mindestens 20 Stunden wöchentlich außerhalb des Notdienstes nach § 75 Absatz 1b SGB V oder
2. einer Tätigkeit als zugelassener Vertragsarzt oder als Arzt in privater Niederlassung ausgeübt werden.“

Begründung

Der Notdienst nach § 75 Absatz 1b SGB V ist ein wesentliches Element in der vertragsärztlichen Versorgung und Grundlage für eine bedarfsgerechte ärztliche Versorgung in den sprechstundenfreien Zeiten.

Mit dieser Regelung wird eine Befreiung von der Sozialversicherungspflicht von Ärztinnen und Ärzten im Notdienst geschaffen, wie sie ähnlich bereits für Notärztinnen und Notärzte im Rettungsdienst gilt. Um einerseits die notärztliche Versorgung flächendeckend und rund um die Uhr zu sichern und um andererseits sicherzustellen, dass Ärztinnen und Ärzte nicht ausschließlich Notdienste absolvieren, sondern auch für die reguläre Versorgung in den Vertragsarztpraxen zur Verfügung stehen, wird die Beitragsfreiheit jedoch begrenzt und höhere Voraussetzungen angelegt. Dies dient insbesondere der Sicherstellung der notärztlichen Versorgung auch in ländlichen Gebieten und setzt u. a. einen Teil des Antrages der Fraktion der CDU·CSU „Notfallversorgung in Deutschland weiterentwickeln und Zugang zu Notfallambulanzen gezielter steuern“ um (BT. Drs. 20/7194).

Damit hätten die versorgenden Ärztinnen und Ärzte, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Rentenversicherungsträger sowie sonstige Beteiligte vor dem Hintergrund der BSG-Entscheidung vom 24. Oktober 2023 Rechtssicherheit und verlässliche Planungssicherheit für die notärztliche Versorgung, ohne die hohen bürokratischen Auflagen, wie sie das BMG und das BMAS in ihrem „Ergebnispapier des Dialogprozesses zum Erwerbsstatus von Ärztinnen und Ärzten im vertragsärztlichen Notdienst“ festgelegt haben.