



Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

21(14)102(8)

gel. VB zur öffent. Anh. am
09.09.2026 - Notfallversorgung

03.09.2026

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 02.09.2026

zum Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	4
II. Stellungnahme	7
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	7
Nr. 1 – § 27 Krankenbehandlung	7
Nr. 2 – § 30 Medizinische Notfallrettung	8
Nr. 3 – § 60 Krankenfahrten und Krankentransporte	12
Nr. 4 – § 61 Zuzahlung	25
Nr. 5 – § 73 Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung	26
Nr. 6 – 73b – Hausarztzentrierte Versorgung	27
Nr. 7 a) – § 75 Absatz 1a	29
Nr. 7 b) – § 75 Absatz 1b bis f – Sicherstellungsauftrag, Notdienst	31
Nr. 7c) – § 75 Absatz 7	35
Nr. 8 – § 76 – freie Arztwahl	36
Nr. 9 – § 87 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	37
Nr. 10 – § 87a Regionale Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	39
Nr. 11 – § 90 Landesausschüsse	40
Nr. 12 – § 90a – Gemeinsames Landesgremium	41
Nr. 13 – § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	42
Nr. 14 – § 105 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	43
Nr. 15 – § 115e Tagesstationäre Behandlung	46
Nr. 17 – § 120 – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen	47
Nr. 18 – § 123 (neu) – Integrierte Notfallzentren	49
Nr. 18 – § 123a (neu) - Einrichtung von Integrierten Notfallzentren	54
Nr. 18 – § 123b (neu) - Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche	60
Nr. 18 – § 123c (neu) - Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ersteinschätzung an Krankenhausstandorten und zu Anforderungen an ambulante Leistungserbringer des Integrierten Notfallzentrums	61
Nr. 19 – § 133 (neu) – Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung	64
Nr. 19 – § 133a (neu) – Gesundheitsleitsystem	68
Nr. 19 – § 133b (neu) – Fachgremium medizinische Notfallrettu	70
Nr. 19 – § 133c (neu)– Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung	74
Nr. 19 – § 133d (neu) – Datenübermittlung zur Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung, Verordnungsermächtigung	76
Nr. 19 – § 133e (neu) Einbindung der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung in die Telematikinfrastruktur und Finanzierung	77
Nr. 19 – § 133g (neu) – Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben	78
Nr. 19 – § 133h (neu) – Kataster Automatisierter Externer Defibrillatoren	81
Nr. 20 – § 140f – Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten	82

Nr. 21 – § 279 – Verwaltungsrat und Vorstand	83
Nr. 23 – § 294a Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden	84
Nr. 24 – § 302 Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer	86
Nr. 25 – § 354 Abs. 4	88
Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	90
Nr. – § 75 Absatz 1e – Inhalt und Umfang der Sicherstellung	90
Artikel 5 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)	91
Nr. 1 – § 43 Absatz 3a Apothekenpflicht	91
Artikel 6 (Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung)	92
Nr. 1 – § 3 Apothekenpflicht	92
Artikel 10 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)	93
Nr. – § 19a	93

I. Vorbemerkung

Der GKV-Spitzenverband begrüßt das Ziel des Gesetzentwurfs, die Notfallversorgung in Deutschland grundlegend zu reformieren und eine bedarfsgerechte, qualitätsgesicherte sowie sektorenübergreifend koordinierte Versorgung von Patientinnen und Patienten in Not- und Akutsituationen zu schaffen. Insbesondere die vorgesehene stärkere Verzahnung von Rettungsdienst, vertragsärztlicher Versorgung, vertragsärztlichem Bereitschaftsdienst und Krankenhausversorgung bietet die Chance, Hilfesuchende künftig schneller in die jeweils geeignete Versorgungsebene zu steuern und die vorhandenen Ressourcen effizienter einzusetzen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes kommt es für das Gelingen der Reform entscheidend darauf an, dass neue Versorgungsstrukturen bundesweit einheitlich ausgestaltet, Zuständigkeiten klar geregelt und Finanzierungsverantwortungen sachgerecht abgegrenzt werden. Die Neuregelungen müssen gleichermaßen zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität, einer wirksamen Patientensteuerung und einem wirtschaftlichen Einsatz der Beitragsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen.

Ersteinschätzung

Ein zentraler Bestandteil der Notfallgesetzgebung ist die Steuerung des Zugangs für Akutfälle, unterstützt durch ein bundeseinheitliches Verfahren der Ersteinschätzung. Die Steuerung der Patienten in die richtige Versorgungsebene ist essenziell für eine Entlastung der Notfallversorgung und darüber hinaus für eine bedarfsgerechte Versorgung.

Wesentliche Elemente sind auch in einem digital gestützten Primärversorgungssystem, wie es vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagen und im Referentenentwurf zum GeDIG bereits angelegt wurde, erforderlich. Primärversorgende Praxen sind darauf angewiesen möglichst vollständige Informationen über den Behandlungsstand ihrer Patientinnen und Patienten zu erhalten. Die Kopplung der drei digitalen Bausteine, Bedarfseinschätzung, elektronische Überweisung und elektronische Terminvermittlung zu einem digital gestützten Versorgungspfad verbessert den Informationsfluss zwischen Leistungserbringenden und führt zu einer effizienteren Terminvergabe.

Dies kann nur durch die Etablierung und Nutzung eines verbindlichen, bundeseinheitlichen Terminverzeichnisses erreicht werden, welches in der Lage ist, aus einem ausreichend großen Terminpool und anhand medizinischer Kriterien automatisiert passende Termine vorzuschlagen. Hierdurch werden der administrative Aufwand für das Terminmanagement in Praxen verringert und Versicherten schnellere und passende Termine angeboten. Die Termine müssen ausschließlich nach medizinischem Bedarf vergeben werden können. Dabei muss es für die Terminvermittlung unerheblich sein, auf welchem Wege oder über welchen Zugang die Dringlichkeitseinschätzung zustande kommt. Umso bedeutender sind daher versorgungsbereichsübergreifend einheitliche Informationsflüsse und Prozesse zur Bedarfseinschätzung und Terminvermittlung durch eine vollständige Kompatibilität und die perspektivische Integration der Systeme aus der Notfallversorgung in die Systeme der Primärversorgung. Ein Nebeneinander verschiedener Zugänge und Systeme gilt es im Sinne einer versorgungsbereichsübergreifenden Versorgung zu vermeiden.

Medizinische Notfallrettung als eigenständiger Leistungsbereich des SGB V

Der GKV-Spitzenverband unterstützt die Einführung der medizinischen Notfallrettung als eigenständigen Leistungsbereich des SGB V. Damit der neue Leistungsanspruch rechtssicher und wirtschaftlich umgesetzt werden kann, müssen bundeseinheitliche Vorgaben für die Notrufabfrage und Disposition sowie klare gesetzliche Definitionen der erstattungsfähigen Leistungen geschaffen werden. Insbesondere sind der Begriff des Notfalltransports, die zulässigen Ziele und Formen von Notverlegungen sowie die Abgrenzung zur allgemeinen Daseinsvorsorge eindeutig zu regeln, um eine einheitliche Versorgungspraxis und Finanzierung sicherzustellen. Die Abkehr von der reinen Fahrtkostenerstattung und eine Festlegung auf ein Vertragsmodell zwischen den Rettungsdienstträgern und den Krankenkassen sind ein echter Fortschritt – entsprechende Entgeltverhandlungen werden Qualität und Wirtschaftlichkeit erhöhen.

Integrierte Notfallzentren (INZ)

Der Aufbau von INZ als zentrales Element einer modernen und sektorenübergreifenden Notfallversorgung wird ausdrücklich begrüßt. Zentral für das Gelingen der Notfallreform ist die Etablierung einer qualifizierten, standardisierten und softwaregestützten Ersteinschätzung. Sie soll bundesweit einheitlich, verbindlich und qualitätsgesichert erfolgen und über die jeweils geeignete Versorgungsebene entscheiden. Die Ersteinschätzung sollte auch auf Patientinnen und Patienten ausgeweitet werden, die mit dem Rettungsdienst in ein Krankenhaus gebracht werden. Die Entscheidungen der Ersteinschätzungsstelle sollten verbindlich sein und durch fachlich weisungsfreies Personal getroffen werden, um Fehlsteuerungen zu vermeiden und ambulant behandelbare Fälle konsequent aus den Notaufnahmen in geeignete Versorgungsstrukturen zu lenken.

Damit die gewünschte Steuerungswirkung erreicht wird, bedarf es jedoch bei der INZ-Standortplanung deutlich konkreterer und bundeseinheitlicherer Kriterien, als sie der Gesetzentwurf bislang vorsieht. Grundlage der Planung sollten Kreise und kreisfreie Städte sein; in Großstädten sollte eine Planung auf Ebene von Bezirken oder Stadtteilen möglich sein. Außerdem sollte sich die Anzahl der INZ an der Einwohnerzahl orientieren und grundsätzlich mindestens 100.000 Einwohner versorgen. Ein INZ an einem Krankenhaus der Basisnotfallversorgung sollte maximal 150.000 Einwohner und ein INZ an Krankenhäusern mit erweiterter oder umfassender Notfallversorgung maximal 350.000 Einwohner versorgen. Sind mehrere Standorte gleichermaßen geeignet, sollte die Auswahl in einer klaren Reihenfolge erfolgen: zunächst nach der Notfallstufe des Krankenhauses, anschließend nach dem Vorhandensein einer bestehenden KV-Notdienstpraxis und schließlich nach den stationären Fallzahlen.

Gesundheitsleitsysteme

Der GKV-Spitzenverband befürwortet die Etablierung eines digitalen Gesundheitsleitsystems sowie den Ausbau interoperabler digitaler Versorgungsstrukturen. Eine wirksame Patientensteuerung setzt jedoch voraus, dass technische Standards, Abfragesysteme und Qualitätsanforderungen nicht nur regional abgestimmt, sondern für alle Versorgungsebenen bundesweit vergleichbar und verbindlich geregelt werden. Es bedarf einer verbindlichen digitalen Vernetzung und interoperabler Fallübergaben zwischen Rettungsdienst, INZ, Notdienstpraxen und weiteren Leistungserbringern.

Aufgaben der Daseinsvorsorge

Zwischen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Aufgaben der allgemeinen Daseinsvorsorge ist eine strikte Trennung erforderlich. Die Finanzierung der medizinischen Notfallrettung muss sich konsequent auf Leistungen mit unmittelbarem Versichertenbezug beschränken; öffentliche Aufgaben des Brand-, Katastrophen- oder Bevölkerungsschutzes dürfen nicht zulasten der Beitragszahlenden der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden.

Nachfolgend nimmt der GKV-Spitzenverband zu den für die GKV wesentlichen Punkten des Gesetzentwurfes im Detail Stellung.

II. Stellungnahme

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 – § 27 Krankenbehandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 27 Absatz 1 Satz 2 SGB V katalogisiert die Ansprüche auf Krankenbehandlung von Versicherten nach dem SGB V. Infolge der Einführung der medizinischen Notfallrettung als neuer, eigenständiger Leistungsbereich in § 30 SGB V soll diese als Nummer 7 in § 27 Absatz 1 Satz 2 SGB V eingefügt werden.

B) Stellungnahme

Bei der Ergänzung des § 27 Absatz 1 Satz 2 SGB V um die medizinische Notfallrettung nach § 30 SGB V (neu) handelt es sich um eine sachgerechte Folgeänderung. Damit wird klargestellt, dass die Notfallrettung zukünftig keine akzessorische Nebenleistung, sondern eine eigenständige Leistung sein soll.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – § 30 Medizinische Notfallrettung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch § 30 SGB V sollen die Anspruchsvoraussetzungen für die neue Leistung der medizinischen Notfallrettung vorgegeben werden. Dabei sieht § 30 Absatz 1 SGB V eine Legaldefinition des Notfalls vor.

Gemäß Absatz 2 umfasst die medizinische Notfallrettung ein Notfallmanagement, die erforderlichen medizinischen Leistungen am Notfallort sowie den notwendigen Notfalltransport in geeignete Einrichtungen.

Absatz 3 gibt vor, was zum Notfallmanagement gehört, welches durch Rettungsleitstellen erbracht werden soll. Das Notfallmanagement soll die Entgegennahme medizinischer Hilfeersuchen sowie die Vermittlung der erforderlichen Hilfe umfassen. Nach einer Übergangsphase von zwei Jahren soll dies verpflichtend auf Basis einer protokollgestützten, standardisierten, qualitätsgesicherten und softwarebasierten Notrufabfrage erfolgen. Darüber hinaus beinhaltet das Notfallmanagement eine barrierefreie telefonische und telemedizinische Notfallberatung einschließlich einer telefonischen Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen. Nach zwei Jahren umfasst das Notfallmanagement auch die digital unterstützte Alarmierung von Ersthelfern und die Nutzung des AED-Katasters. Nach zwei Jahren soll eine Vermittlung der erforderlichen Hilfe nur noch vom Notfallmanagement umfasst sein, wenn sie auf der Grundlage einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage erfolgt.

Gemäß Absatz 4 besteht künftig ein Anspruch auf eine notfallmedizinische Versorgung der Versicherten am Notfallort und während eines Notfalltransports. Je nach Bedarf, erfolgt diese durch ärztliches oder nichtärztliches Personal oder telemedizinisch.

Absatz 5 regelt, dass zu den Notfalltransporten der erforderliche Transport vom Notfallort in die nächst geeignete Versorgungseinrichtung sowie die aus zwingend medizinischen Gründen erforderliche Verlegung zwischen Versorgungseinrichtungen gehören. Zudem wird klargestellt, dass kein Anspruch auf Übernahme der Kosten für eine Rettungsfahrt aus dem Ausland ins Inland besteht. Sofern Versicherte sowohl notfallmedizinische Leistungen als auch einen Notfalltransport in Anspruch nehmen, fällt für beide Leistungen zusammen nur eine einmalige Zuzahlung an.

B) Stellungnahme

Die Einführung der medizinischen Notfallrettung als eigenständigen Leistungsbereich, die Unterteilung in ein Notfallmanagement, eine notfallmedizinische Versorgung sowie einen Notfalltransport und die in diesem Kontext vorgesehene Legaldefinition eines rettungsdienstlichen Notfalls werden begrüßt, soweit im Nachfolgenden keine weiteren Hinweise gegeben werden.

Zu § 30 Absatz 2

Hier wird der Leistungsumfang der medizinischen Notfallrettung bestimmt, welche – je nach medizinischen Versorgungsbedarf – ein Notfallmanagement, eine notfallmedizinische Versorgung oder einen Notfalltransport umfassen kann.

Gemäß § 302 Absatz 1 Satz 3 SGB V (n.F.) sind für die Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 SGB V anstelle der ärztlichen Verordnung die für die Prüfung des Leistungsanspruchs erforderlichen Angaben zu übermitteln. Ergänzend bestimmt § 302 Absatz 1 Satz 4 SGB V (n.F.), dass die auf Grundlage einer digitalen standardisierten Notrufabfrage getroffene Entscheidung als Nachweis des Vorliegens eines rettungsdienstlichen Notfalls gelten soll. In diesen Fällen entfällt somit die Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung. Diese Regelung ist angesichts der fehlenden Zeit zur Einholung einer ärztlichen Verordnung nachvollziehbar und vermeidet unnötigen bürokratischen Aufwand, insbesondere bei der Abrechnung. Gleichwohl erscheint eine ausdrückliche Klarstellung sinnvoll, wonach die aufgrund einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage getroffene Entscheidung als Nachweis eines Notfalls gilt und dadurch die ärztliche Verordnung einer notfallmedizinischen Versorgung oder eines Notfalltransports ersetzt. Eine entsprechende Regelung sollte – in Anlehnung an § 60 Absatz 3 Nummer 6 SGB V (n.F.) – auch in § 30 Absatz 2 SGB V aufgenommen werden. Durch die korrespondierende Anpassung des § 302 Absatz 1 SGB V (n.F.) wird sichergestellt, dass die Erbringer von Leistungen nach § 30 SGB V mit dem Nachweis über die Entscheidung des Notfallmanagements ihre erbrachten Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen können.

Die Entscheidung der standardisierten Notrufabfrage als Nachweis für die Indikation einer notfallmedizinischen Versorgung sowie eines Notfalltransportes heranzuziehen, setzt allerdings voraus, dass ein bundesweit standardisiertes und evaluiertes Abfragesystem besteht, das mit einer ärztlichen Entscheidung vergleichbare Ergebnisse zur Einschätzung der medizinischen Behandlungsbedürftigkeit und der geeigneten Versorgungsebene ausgibt. Idealerweise sollten die Abfrage- und Ersteinschätzungssysteme für alle Zugangswege in die medizinische Versorgung unabhängig von der Versorgungsebene aufeinander abgestimmt sein. Bundesweite Empfehlungen zur Nutzung der Abfragesysteme, wie sie gemäß § 133b SGB V (neu) vorgesehen sind, greifen in diesem Zusammenhang zu kurz. Ohne klare und verbindliche Vorgaben droht eine uneinheitliche Steuerungspraxis, die regionale Unterschiede in der Auswahl der eingesetzten Rettungsmittel nach sich ziehen kann. Erforderlich sind daher bundeseinheitliche, sektorenübergreifende, verbindliche Regelungen, um eine vergleichbare Umsetzung zu gewährleisten.

Bis ein bundeseinheitliches Abfrage- und Disponierungsverfahren sowie ein Übermittlungsweg der Entscheidung des Gesundheitsleitsystems als leistungsbegründende Information an die Krankenkasse vorliegen, führt der Leistungsanspruch absehbar zu höheren Ausgaben für die GKV, da die Patientinnen und Patienten auch im Falle einer ungerechtfertigten Inanspruchnahme keine Kostenbeteiligung mehr fürchten müssen. Bestehende Fehlanreize bezüglich der Inanspruchnahme des Rettungsdienstes dürften sich hiermit verstärken.

Zu § 30 Absatz 3

§ 30 Absatz 3 Satz 3 SGB V sieht vor, dass eine Vermittlung der erforderlichen Hilfe ab dem 24. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats nur noch vom Notfallmanagement umfasst sein soll, wenn sie auf der Grundlage einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage erfolgt.

Nach dem Gesetzeswortlaut wäre damit ein Leistungsanspruch der Versicherten auf das Notfallmanagement nach Ablauf der Übergangsfrist nicht mehr gegeben, sofern die Hilfevermittlung nicht auf Basis einer softwaregestützten standardisierten Notrufabfrage erfolgt. In diesen Fällen wäre

unklar, wie die notfallmedizinische Versorgung sowie ein ggf. erforderlicher Notfalltransport organisiert werden sollen.

Gleichzeitig lässt sich weder dem Gesetzeswortlaut noch der Gesetzesbegründung entnehmen, dass insoweit ein Ausschluss des Leistungsanspruchs auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung beabsichtigt ist. Vielmehr spricht insbesondere die Begründung zu § 302 Absatz 1 SGB V (n.F.) dafür, dass auch für Fälle, in denen noch keine softwarebasierte standardisierte Notrufabfrage erfolgt, im Rahmen der Abrechnung von Leistungen der medizinischen Notfallrettung Übergangsregelungen für den Nachweis der Veranlassung einer Leistung nach § 30 Absatz 2 Nummer 2 und 3 SGB V vorgesehen werden sollen. Dies setzt das Fortbestehen des Leistungsanspruchs voraus.

Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit hinsichtlich des Umfangs der Ansprüche auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung der Versicherten sollte § 30 Absatz 3 Satz 3 SGB V gestrichen werden. Die Regelungen zur Einführung einer verpflichtenden softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage einschließlich der vorgesehenen Übergangsfrist sollten stattdessen ausschließlich im Leistungserbringerrecht geregelt werden, indem diese nach Ablauf der Frist zur verbindlichen Grundlage der Leistungserbringung bestimmt wird. Dadurch kann die notwendige Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen sichergestellt werden, ohne die Leistungsansprüche der Versicherten zu beeinträchtigen.

Zu § 30 Absatz 5

Die Begrifflichkeit „Notfalltransport“ wird neu eingeführt, jedoch weder in § 30 noch in der Begründung näher definiert. So, wie in § 60 Absatz 2 SGB V (n.F.) für Krankenfahrten und Krankentransporte vorgesehen, sollte auch für den Notfalltransport eine gesetzliche Legaldefinition erfolgen. Grundlage für die Definition sollten die derzeitigen Vorgaben in § 5 KT-RL sein. Dabei sollte u.a. klargestellt werden, dass Rettungsmittel über die im Einzelfall erforderliche medizinisch-fachliche Betreuung und medizinisch-technische Ausstattung verfügen müssen.

Darüber hinaus wird in Absatz 5 als Zielort eines Notfalltransports der neue Begriff der „nächsten geeigneten Versorgungseinrichtung“ eingeführt, der ohne weitere Definition unterschiedliche Interpretationen zulässt. Gesetzlich wird bisher der Zielort einer Rettungsfahrt klar vorgegeben. Vor dem Hintergrund einer bedarfsgerechten Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung und einer effizienten Auslastung der Rettungsmittel sind die Neuerungen zu Notfalltransporten grundsätzlich nachvollziehbar. Trotz Erläuterungen in der Begründung sollte im Interesse der Klarheit des gesetzlich Gewollten zumindest in der Begründung noch weitergehend klargestellt werden, welche Versorgungseinrichtungen mit einem Notfalltransport angefahren werden können. In diesem Kontext sollte im Gesetz die Formulierung „nächsterreichbare geeignete Einrichtung der Notfallversorgung“ verwendet werden. Entsprechende Einrichtungen sind regelhaft Krankenhäuser, Integrierte Notfallzentren oder auch vertragsärztliche Praxen, in denen rettungsdienstliche Notfälle behandelt werden können.

Zusätzlich sollte zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit im Gesetz klar vorgegeben werden, zwischen welchen Einrichtungen Notverlegungen erfolgen können. Ausweislich der Begründung soll eine derartige Verlegung erfolgen, wenn die andere Gesundheitseinrichtung über eine bessere medizinische Versorgung verfügt. Um den gesetzgeberischen Willen eindeutig zum Ausdruck zu bringen, erscheint

zusätzlich eine Klarstellung im Gesetz angebracht, dass eine Notverlegung stets zu einer höheren oder einer spezialisierteren Versorgungsebene (z. B. Vertragsarztpraxis zum Krankenhaus, Krankenhaus mit niedriger Versorgungsstufe zu Krankenhaus mit höherer Versorgungsstufe oder zu einem spezialisierten Krankenhaus) zu erfolgen hat. Nur in entsprechenden Fällen verfügt die Einrichtung über eine bessere medizinische Versorgung.

Ausweislich der Begründung soll ein Notfalltransport künftig auch in geeigneten Fällen mit einem Notfallkrankentransport möglich sein. Dies scheint im Sinne einer bedarfsgerechteren Versorgung in rettungsdienstlichen Notfällen sowie einer effizienten Auslastung von Rettungsmitteln nachvollziehbar.

Die Regelung, dass kein Anspruch auf einen Notfalltransport im Rahmen eines Rücktransports ins Inland besteht, wird begrüßt. Dies entspricht der heutigen gesetzlichen Regelung.

Zu § 30 Absatz 6

Entsprechend der bisherigen Praxis ist eine Zuzahlung – abweichend zu anderen Leistungen der GKV – auch von Versicherten zu leisten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Die vorgesehene einmalige pauschale Erhebung einer Zuzahlung für Leistungen der notfallmedizinischen Versorgung und Notfalltransporte ermöglicht eine verwaltungsarme Umsetzung.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 2 werden in § 30 Absatz 2 folgende Sätze angefügt:

„Die auf Grundlage des Ergebnisses einer softwarebasierten bundesweit einheitlichen, standardisierten Notrufabfrage getroffene Entscheidung gilt als Nachweis des Vorliegens eines rettungsdienstlichen Notfalls im Sinne des Absatz 1 Satz 2 und als Ersatz einer Verordnung einer Leistung nach Satz 1 Nummer 2 oder 3. Die Richtlinien nach § 302 sind zu beachten.“

In Artikel 1 Nr. 2 wird § 30 Absatz 5 wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„Der Notfalltransport umfasst

1. den aus medizinischen Gründen erforderlichen Transport in die nächsterreichbare geeignete Versorgungseinrichtung der Notfallversorgung und
2. die aus zwingenden medizinischen Gründen erforderliche Verlegung von einer Versorgungseinrichtung der Notfallversorgung in eine andere Versorgungseinrichtung der Notfallversorgung, wenn bei der Verlegung die Beförderung mit einem qualifizierten boden- oder luftgebundenen Rettungsmittel aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Das Rettungsmittel muss über die im Einzelfall erforderliche medizinisch-fachliche Betreuung und medizinisch-technische Ausstattung verfügen. Notverlegungen nach Satz 1 Nummer 2 sind ausschließlich zu Einrichtungen der Notfallversorgung einer höheren oder weitergehend spezialisierten Versorgungsebene zulässig. Der Anspruch auf einen Notfalltransport umfasst nicht den Rücktransport in das Inland; § 18 bleibt unberührt.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 – § 60 Krankenfahrten und Krankentransporte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt die Voraussetzungen zum Anspruch auf Kostenübernahme von Krankenfahrten und Krankentransporten.

Der allgemeine Anspruch auf Übernahme der Kosten medizinisch notwendiger Krankenfahrten und Krankentransporte soll in Absatz 1 geregelt werden.

Absatz 2 definiert die Begriffe „Krankenfahrt“ und „Krankentransport“ und gibt für diese weitere Anspruchskriterien vor. Es soll klargestellt werden, dass Krankentransporte nur von hierfür nach Landesrecht vorgesehenen oder beauftragten Leistungserbringern durchgeführt werden.

In Absatz 3 soll festgelegt werden, in welchen Fällen ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für Krankenfahrten und Krankentransporte besteht. Danach soll ein Anspruch auf Kostenübernahme auch für Verlegungsfahrten zur Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements sowie für Krankenfahrten und Krankentransporte zu einer nach § 115f Absatz 2 Satz 4 SGB V ausgewählten Behandlung sowie zur notdienstlichen Versorgung in einem INZ bestehen. Für die Transporte in ein INZ soll die Entscheidung des Gesundheitsleitsystems als ärztliche Verordnung gelten.

Das bisher im Gesetz verankerte Genehmigungserfordernis für Krankenfahrten und Krankentransporten zu ambulanten Behandlungen soll durch Absatz 4 fortgeführt werden. Das Genehmigungserfordernis soll dabei nicht für Beförderungen zu einer Versorgung in einem INZ gelten. Zudem werden die Regelungen zur Genehmigungsfiktion des § 60 Absatz 1 Satz 5 SGB V (a.F.) übernommen, wobei der Personenkreis um Personen mit einem Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „TBl“ (Taubblindheit) erweitert werden soll.

Absatz 5 gibt vor, in welcher Höhe die Kosten für Krankenfahrten – differenziert nach den einzelnen Beförderungsmitteln – übernahmefähig sind. Danach sollen für Taxi- und Mietwagenfahrten bis zum Abschluss von Vergütungsverträgen zwischen Krankenkassen und Transportunternehmen die Beförderungsentgelte nach dem Personenbeförderungsgesetz (PBefG) übernommen werden. Zudem wird vorgegeben, dass die Krankenkassen oder ihre Landesverbände für Taxi- oder Mietwagenfahrten Verträge mit entsprechenden Anbietern schließen sollen und die Vorgaben des § 133 Absatz 2 Satz 2 und 6 und Absatz 5 SGB V (n.F.) entsprechend gelten.

Dass Krankenkassen die Kosten für Krankentransporte auf Grundlage vertraglich vereinbarter Entgelte übernehmen, soll in Absatz 6 geregelt werden. Hierzu sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen verpflichtet, gemeinsam und einheitlich Verträge mit den nach Landesrecht vorgesehenen oder beauftragten Leistungserbringern abzuschließen, die Krankentransporte durchführen. § 133 Absatz 2 Satz 2, 6 und 7, Absatz 4, 5 und 6 gilt entsprechend.

Gemäß Absatz 7 sollen Versicherte zu einer Krankenfahrt oder einem Krankentransport eine gesetzliche Zuzahlung leisten. Für Krankenfahrten soll diese entweder von der Krankenkasse eingezogen werden oder die Krankenkasse soll die Fahrkosten unter Abzug der Zuzahlung

übernehmen. Bei Krankentransporten soll die Krankenkasse die Zuzahlung vom Versicherten einziehen. Für Fahrten zu einer stationersetzenden Leistung nach § 60 Absatz 3 Nummer 3 SGB V (n.F.) soll die Zuzahlung nur für die erste und letzte Fahrt bestehen.

Der Ausschluss der Kostenübernahme von Rücktransporten aus dem Ausland ins Inland wird in Absatz 8 geregelt.

Regelungen zur Übernahme von Fahr- bzw. Reisekosten im Zusammenhang mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation sollen in Absatz 9 getroffen werden. In Satz 1 soll neu geregelt werden, dass der Anspruch auf Ersatz eines Verdienstausfalls nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB IX als Bestandteil der Reisekosten nur besteht, sofern kein Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 Absatz 1a SGB V besteht.

B) Stellungnahme

Die Neustrukturierung der Norm, die Herauslösung des Anspruchs auf Rettungsfahrten sowie die Differenzierung zwischen Krankenfahrten und Krankentransporten, die inhaltlich grundlegend den heutigen Vorgaben entspricht, erhöht die Normklarheit, trägt zur Übersichtlichkeit der Norm bei und wird begrüßt, soweit im Nachfolgenden keine weiteren Hinweise gegeben werden.

Zu § 60 Absatz 2

In Absatz 2 werden die Begriffe „Krankenfahrt“ und „Krankentransport“ definiert, die sich weitgehend an den Vorgaben der §§ 6 und 7 der KT-RL orientieren. Fraglich ist, warum die Regelung des § 6 Absatz 1 Satz 2 KT-RL, wonach die fachliche Betreuung nach den maßgeblichen landesrechtlichen Vorschriften durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal zu gewährleisten ist, keine Berücksichtigung gefunden hat. Eine entsprechende Aussage sollte im Gesetz ergänzt werden. Durch das Weglassen der Regelung des § 7 Absatz 1 Satz 2 KT-RL, wonach zu den Mietwagen auch solche gehören, die über eine behindertengerechte Einrichtung verfügen, könnten Irritationen und falsche Interpretationen des gesetzgeberischen Willens entstehen. Eine Klarstellung im Gesetz ist angezeigt.

Krankentransportflug

Gemäß § 60 Absatz 2 Satz 2 SGB V (n.F.) handelt es sich bei einem Krankentransport um einen Transport der u.a. über eine besondere technische Ausstattung verfügt. Ausweislich der Gesetzesbegründung gehört dazu auch die besondere Einrichtung eines Luftfahrzeugs („Krankentransportflug“). Das Gesetz selbst enthält hierzu jedoch keine weiteren Vorgaben, sodass für Krankentransportflüge die Regelung für bodengebundene Krankentransporte entsprechend anzuwenden wären. Es ist nicht erkennbar, welche Sachverhalte in Bezug auf Transportflüge gesetzlich geregelt werden sollen. Da luftgebundene Beförderungen regelhaft deutlich kostenintensiver als bodengebundene Krankentransporte sind, reicht die bloße Erfüllung der Voraussetzungen zur Nutzung eines bodengebundenen Krankentransportes allein nicht aus, sondern es müssten im Gesetz weitergehende Anspruchsvoraussetzungen definiert werden als für bodengebundene Krankentransporte. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass es sich – in Abgrenzung zu Notfalltransportflügen im Sinne des § 30 SGB V (neu), die auch zeitkritische Notverlegungen, etwa mittels Intensivtransporten, umfassen – nicht um zeitkritische Transporte handeln dürfte. Zudem scheint ein solcher Leistungsanspruch im Widerspruch zum Wirtschaftlichkeitsgebot zu stehen. Daher

führen die Aussagen zu Krankentransportflügen in der Begründung zu Rechtsunsicherheit und sollten deshalb gestrichen werden.

Vertragliche Regelungen

§ 60 SGB V (a.F.) ist bislang ausschließlich als leistungsrechtliche Anspruchsnorm ausgestaltet. Regelungen zur Versorgung sowie zu Vergütungsverträgen mit Leistungserbringern sind demgegenüber systemgerecht in § 133 SGB V (a.F.) verortet. Mit § 60 Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz, Absatz 5 Satz 2 und 3 sowie Absatz 6 Satz 2 und 3 ist nun vorgesehen, diese bislang in § 133 SGB V (a.F.) geregelten Inhalte in den § 60 SGB V zu überführen. Eine derartige Zusammenführung ist aus systematischen Gründen abzulehnen.

Leistungsrechtliche Normen haben die Funktion, eindeutig festzulegen, ob und unter welchen Voraussetzungen Versicherte einen Anspruch auf eine bestimmte Leistung haben. Demgegenüber betreffen Regelungen zur Versorgungsgestaltung, zu Verträgen und zur Vergütung das „Wie“ und „durch wen“ der Leistungserbringung. Eine Vermischung dieser Regelungsebenen innerhalb einer Anspruchsnorm führt zu Unklarheiten hinsichtlich Inhalt, Adressatenkreis und Rechtsfolgen und beeinträchtigt somit die Rechtsklarheit.

Fahrkosten stellen im Grundsatz Sachleistungsansprüche dar, auch wenn § 60 SGB V terminologisch von der Übernahme von „Kosten“ spricht. Diese Rechtsauffassung wurde bereits wiederholt höchstrichterlich bestätigt (z.B. Urteile des Bundessozialgerichts vom 20.02.2025 – B 1 KR 7/24 R, 22.02.2024 – B 3 KR 15/22 R, 18.11.2014 – B 1 KR 8/13 R und 23.02.1999 – B 1 KR 1/98 R) und ist auch gängige Auffassung in der Kommentarliteratur. Im Rahmen des Sachleistungsprinzips werden insbesondere Taxi-, Mietwagen-, Krankentransport- und Rettungsfahrten erbracht, für die die Krankenkassen nach § 2 Absatz 2 Satz 3 SGB V Verträge mit Leistungserbringern nach § 133 SGB V (a.F.) schließen. Davon zu unterscheiden sind Fahrten, die durch die Krankenkassen nicht als eigenorganisierte Naturalleistung über Verträge erbracht werden können, insbesondere Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder im privaten PKW. In diesen Fällen besteht für die Versicherten lediglich ein Anspruch auf Kostenerstattung.

Aus den genannten Gründen sollten die Regelungen zu Verträgen und Vergütungen – analog der bisherigen Systematik – weiterhin im 8. Abschnitt des 4. Kapitels des SGB V „Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern“ separat und klar getrennt von den Anspruchsvoraussetzungen in § 60 SGB V verortet werden.

Zu § 60 Absatz 3

Verlegungsfahrten

Bisher besteht ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für Verlegungsfahrten gemäß § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 2. Halbsatz SGB V, sofern die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder mit Einwilligung der Krankenkasse bei Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus. Diese Regelungen werden in § 60 Absatz 3 Nummer 2 Buchstabe a und c überführt. Dabei fehlt es an einer expliziten rechtlichen Ermächtigungsgrundlage für Krankenhäuser, entsprechende Verlegungsfahrten zu verordnen, da in derartigen Fällen kein Entlassmanagement

erfolgt. Analog zu den Regelungen im Entlassmanagement oder zu tagesstationären Behandlungen sollte dafür eine rechtliche Grundlage geschaffen werden, um eine reibungslose Praxis zu gewährleisten.

Die in § 60 Absatz 3 Nummer 2 Buchstabe b geplante Erweiterung des Anspruchs auf Verlegungsfahrten in ein anderes Krankenhaus zur Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V soll offensichtlich vor dem Hintergrund der Regelung in § 39 Absatz 1a Satz 7 SGB V, wonach das Entlassmanagement auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus umfasst, erfolgen. Mangels Hinweise in der Begründung bleiben jedoch mögliche Anwendungsfälle in Abgrenzung zu den Konstellationen nach § 60 Absatz 3 Nummer 2 Buchstabe a unklar, sodass ein Bedarf für die Ergänzung der Nummer 2 Buchstabe b nicht erkennbar ist.

Fahrten zu stationersetzenden Leistungen

Der Anspruch auf Fahrkostenübernahme zu ambulanten Operationen im Krankenhaus nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V oder in der Vertragsarztpraxis sowie der im Gesetzentwurf neu vorgesehene Fahrkostenanspruch zu Hybrid-DRG-Leistungen nach § 115f Absatz 2 Satz 4 SGB V sollte gestrichen werden. Nach der Systematik des § 60 SGB V besteht ein Anspruch auf Fahrkostenübernahme grundsätzlich nur in eng begrenzten Ausnahmefällen. Der Anspruch besteht zu stationären sowie zu ambulanten Behandlungen, sofern durch die ambulante Behandlung eine an sich notwendige voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung ersetzt wird („stationersetzende Behandlung“ im Sinne des § 60 SGB V). Demgegenüber besteht regelmäßig kein Anspruch auf Fahrkostenübernahme für Fahrten zu ambulanten Behandlungen, die keine voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung ersetzen, außer in den in § 8 KT-RL definierten Ausnahmefällen. Der Fahrkostenanspruch ist damit von Seiten des Gesetzgebers bewusst als restriktiv ausgestaltete Annexleistung konzipiert.

Das Bundessozialgericht hat diese Systematik konkretisiert. Mit Urteil vom 18.11.2014 - B 1 KR 8/13 R - stellte das BSG klar, dass Fahrkosten zu ambulanten Behandlungen gemäß § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V (a.F.) übernommen werden können, wenn aus medizinischer Sicht eine stationäre Krankenhausbehandlung geboten wäre, diese jedoch aus besonderen Gründen ambulant erfolgt. Versicherte sollen hinsichtlich des Fahrkostenanspruchs mit den Versicherten gleichgestellt werden, die stationäre Leistungen in Anspruch nehmen. Dies gelte insbesondere, wenn sich Versicherte im Rahmen ihrer Patientenautonomie gegen eine voll- oder teilstationäre Behandlung entscheiden und stattdessen eine ambulante Krankenbehandlung, vor- oder nachstationäre Behandlung nach § 115a SGB V oder ambulante Operation bzw. stationersetzenden Eingriff im Krankenhaus nach § 115b SGB V wählen. Das BSG stützt sich dabei auch auf den Beschluss des Großen Senats vom 25.09.2007 - GS 1/06, wonach der Begriff "geboten" nach seinem Wortlaut dem Begriff "erforderlich" im Sinne des § 39 Absatz 1 Satz 2 SGB V entspricht. Die Rechtsprechung wurde höchstrichterlich durch BSG-Urteil vom 13.12.2016 - B 1 KR 2/16 R - bestätigt. Höchststrichterlich wird damit auf eine medizinisch begründete Substitutionsbeziehung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung abgestellt.

Die Regelungen zum Ambulanten Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V wurden mit dem MDK-ReformG von 2019 umfassend weiterentwickelt. So wurden erstmals für das Jahr 2023 allgemeine Tatbestände im AOP-Vertrag festgelegt, bei deren Vorliegen eine AOP-Leistung stationär durchgeführt

werden kann (sog. Kontextfaktoren). Liegen in einem Behandlungsfall ein oder mehrere der Kontextfaktoren vor, kann die AOP-Leistung stationär durchgeführt und abgerechnet (mittels DRG) werden. In allen anderen Fällen muss eine AOP-Leistung ambulant erbracht und nach § 115b SGB V abgerechnet werden. Auch bei Vorliegen einer oder mehrere Kontextfaktoren kann jede AOP-Leistung weiterhin ambulant erbracht werden, sofern dies aus medizinischen Gründen vertretbar ist. Diese differenzierten Regelungen, die kriteriengestützt die im Einzelfall medizinisch gebotene Behandlungsform bestimmen, lassen keinen relevanten Spielraum für die dem gesetzlich vorgesehenen Fahrkostenanspruch zugrunde liegende Konstruktion einer „an sich gebotenen, aber nicht ausführbaren stationären Behandlung“ im Sinne einer stationärsersetzenden Behandlung. Ähnlich liegt der Fall bei der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG). Hierbei handelt es sich um eine pauschale, sektorengleiche Vergütung von Leistungen, unabhängig davon, ob die Leistung im jeweiligen Behandlungsfall ambulant oder stationär mit Übernachtung durchgeführt wurde. Hier handelt es sich ausschließlich um vergütungsrechtliche Regelungen, die nicht zum Inhalt und Ziel haben, stationärsersetzende Behandlungen im Sinne des § 60 SGB V zu definieren.

Infolgedessen wird die Prüfung eines Fahrkostenanspruchs bei einem Festhalten an den Sachverhalten der ambulanten Operation und der Ergänzung um Sachverhalte der Hybrid-DRG zunehmend komplexer und nicht an objektivierbaren Maßstäben abgrenzbar. Auch unter Berücksichtigung der mittlerweile nicht mehr relevanten, ursprünglichen Zielsetzung bei der Einführung des Fahrkostenanspruchs gemäß § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V (a.F.), Fehlanreize für die Versicherten bei der Leistungsanspruchnahme zu vermeiden, ergibt sich keine abweichende Bewertung. Denn regelhaft besteht für Versicherte nicht die Möglichkeit, die Art der Leistungserbringung (z.B. ambulant, stationär) zu beeinflussen.

Eine Streichung der entsprechenden Anspruchsregelungen wäre deshalb sachgerecht und würde die Prüfung von Fahrkostenansprüchen deutlich vereinfachen sowie die Leistungsansprüche für die Versicherten und Leistungserbringer transparenter gestalten – auch für zukünftige Leistungen, die derzeit noch stationär erbracht werden, aber perspektivisch ambulant möglich sind. Bei einem Festhalten an den vorgesehenen Regelungen bliebe für die Praxis der Krankenkassen, die Versicherten und die Transportunternehmen völlig offen, auf welcher Grundlage insbesondere im Vorfeld der Behandlung fundiert über das Bestehen von Leistungsansprüchen entschieden werden könnte.

Die bei einer Streichung der Regelungen zu erwartenden Auswirkungen auf die GKV-Versicherten sind insgesamt gering. Ambulante Operationen werden üblicherweise nicht (mehr) als Ersatz für stationäre Behandlungen durchgeführt, sodass bereits derzeit in der Mehrzahl der Fälle kein Anspruch auf eine Fahrkostenübernahme besteht. Dauerhaft mobilitätsbeeinträchtigte Versicherte behalten zudem weiterhin einen Anspruch auf Fahrkostenübernahme.

Infolge einer Streichung der Buchstaben b und c der Nummer 3 des § 60 Absatz 3 SGB V (n.F., Fahrten zu ambulanten Operationen und Hybrid-DRG-Leistungen) würden sich die Regelungen der Nummer 3 künftig auf Fahrten zu einer vor- und nachstationären Behandlung nach § 115a Absatz 1 SGB V beschränken. Daher wäre auch die bisherige Voraussetzung zu streichen, wonach eine stationäre Krankenhausbehandlung nicht ausführbar ist. Diese Bedingung wäre nicht mehr sachgerecht, da eine vor- oder nachstationäre Behandlung nach § 115a Absatz 1 SGB V stets im Zusammenhang mit einer voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung nach § 39 Absatz 1 SGB V erfolgt.

Die nicht erfolgte Aufnahme der bisherigen Regelungen des § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V (a.F.) zum Anspruch auf Fahrkostenübernahme zu stationersetzenden ambulanten Krankenbehandlungen in § 60 Absatz 3 Nummer 3 entspricht den aktuellen Vorgaben der KT-RL und gelebter Praxis und trägt somit zur Rechtssicherheit bei.

Fahrten zum INZ

Der in § 60 Absatz 3 Nummer 6 geregelte neue Anspruch auf Übernahme der Kosten von Krankenfahrten und Krankentransporten zu einer notdienstlichen Versorgung in einem INZ nach Entscheidung des Gesundheitsleitsystems auf Basis des Ergebnisses eines Abfragesystems nach § 133a Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V (neu) wirft Fragen im Verhältnis zum Fahrkostenanspruch zu ambulanten Behandlungen auf, zu denen nur in Ausnahmefällen gemäß der KT-RL ein Anspruch auf Fahrkostenübernahme besteht. Einen Anspruch auf Fahrkostenübernahme zu einem INZ einzuräumen, während Krankenfahrten im Rahmen der „normalen“ ärztlichen Behandlung grundsätzlich der Eigenverantwortung unterliegen, kann Fehlanreize setzen.

Durch die geplante Neuregelung wird rechtlich zudem die Möglichkeit geschaffen, dass Gesundheitsleitsysteme, insofern auch Akutleitstellen, Transportmittel nach § 60 SGB V (n.F.) wie Taxen, Mietwagen und Krankentransporte, die keine Rettungsmittel sind, disponieren bzw. auslösen, sofern diese für die Beförderung zu einer notdienstlichen Versorgung in einem INZ aus medizinischen Gründen ausreichend sind. Dass dabei das getroffene Ergebnis eines Abfragesystems nach § 133a Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V (neu) als Verordnung gelten soll, wird als folgerichtig angesehen. Unabhängig davon, ob die Transportunternehmen zu den Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung nach § 30 SGB V gehören oder nicht, ist – analog zu den Regelungen in § 302 SGB V – auch für die Fahrt zu einem INZ klarzustellen, dass sie im Rahmen ihrer Leistungserbringung Zugriff auf die Entscheidung des genannten Abfragesystems als Ersatz einer ärztlichen Verordnung erhalten und den Nachweis für ihre Leistungsabrechnung nutzen können. Hierfür scheint es auch für diese Fälle sinnvoll, gesetzlich zu normieren, dass für die Zeit bis zur flächendeckenden Einführung von Abfragesystemen nach § 133a Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V (neu) die Übergangsregelungen gelten, welche in der Richtlinie nach § 302 SGB V (n.F.) festgelegt werden. Wir verweisen im Übrigen auf unsere Stellungnahme zu § 30.

In Einzelfällen kann es vorkommen, dass Versicherte nach Entscheidung des Gesundheitsleitsystems mit einem PKW oder öffentlichen Verkehrsmitteln – ggf. mit Begleitung – zum INZ fahren. Damit sie ihren Leistungsanspruch gegenüber ihrer Krankenkasse geltend machen können, bedarf es auch in diesen Fällen eines Nachweises über das Ergebnis eines Abfragesystems nach § 133a Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V (neu) oder über die erfolgte Behandlung im INZ. Dabei sollte auch festgelegt werden, wie die Versicherten Zugang zu einem solchem Nachweis erhalten. Die Regelungen sind daher entsprechend anzupassen.

Ausweislich der Begründung zu § 60 Absatz 3 Nummer 6 SGB V (n.F.) soll für den Anspruch auf eine Beförderungsleistung zu einem INZ neben der medizinischen Notwendigkeit auch die Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls maßgeblich sein. Als Kriterien werden dabei u. a. der Aufenthaltsort des Hilfesuchenden (z. B. Aufenthalt im öffentlichen Raum), eine mögliche Exposition gegenüber Witterungsbedingungen sowie die Frage, ob der Transport auch durch eine dritte Person hätte erfolgen können, genannt. Den Anspruch auf Fahrkostenübernahme von den Umständen des Einzelfalls

abhängig zu machen, sehen wir kritisch. Zwar ist das Ziel einer bedarfsgerechteren Versorgung grundsätzlich nachvollziehbar. Die vorgesehene Ausweitung der Kostenübernahme für Krankenfahrten und Krankentransporte aufgrund von Umständen im Einzelfall weicht jedoch vom bisherigen, zentralen Grundsatz der medizinischen Notwendigkeit einer Krankenförderung ab und geht über den bisherigen leistungsrechtlichen Maßstab hinaus. Damit besteht die Gefahr, dass nichtmedizinische Gründe eine Kostenübernahme auslösen und die klare Abgrenzung zwischen medizinisch notwendigen Krankenförderungen und allgemeinen Unterstützungs- oder Mobilitätsbedarfen zunehmend verwischt wird. Daher ist eine eindeutige Begrenzung auf medizinische Gründe für den Anspruch auf eine Krankenförderung zu einem INZ angezeigt.

Analog zu den Vorgaben zu Notfalltransporten in § 30 Absatz 5 SGB V (neu) sollte auch für die Fahrten zu einer notdienstlichen Versorgung in einem INZ gelten, dass jeweils die nächsterreichbare geeignete Behandlungsstätte angefahren wird.

Zu § 60 Absatz 4

In Absatz 4 sollen die Regelungen zum Genehmigungsvorbehalt und -verzicht geregelt werden. In § 60 Absatz 4 Satz 2 SGB V (n.F.) wird im Rahmen der Klarstellung, wann eine Genehmigung als erteilt gilt, auf Absatz 2 Nummer 4 verwiesen; korrekt muss der Verweis auf Absatz 3 Nummer 4 erfolgen und ist dementsprechend anzupassen.

Merkzeichen „TBl“

Die gesetzlich geregelte Genehmigungsfiktion für Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen von mobilitätsbeeinträchtigten Versicherten soll auf Personen mit einem Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „TBl“ (Taubblindheit) ausgeweitet werden.

Das Merkzeichen „TBl“ erhalten Menschen mit Behinderung, die wegen einer Störung der Hörfunktion mindestens einen Grad der Behinderung von 70 und wegen einer Störung des Sehvermögens einen Grad der Behinderung von 100 haben (§ 3 Absatz 1 Nummer 8 Schwerbehindertenausweisverordnung). Zusätzlich können Betroffene die Merkzeichen „Bl“ und „Gl“ erhalten, sofern sie die entsprechenden Voraussetzungen für diese Merkzeichen erfüllen. Die vorgesehene Ausweitung des Anspruchs auf Krankenfahrten auf Personen mit einem Merkzeichen „TBl“ kann nachvollzogen werden. Personen, die das Merkzeichen „Bl“ besitzen, haben bereits aktuell einen Anspruch auf Krankenfahrten. Insofern wird davon ausgegangen, dass es sich um eine geringfügige Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises handelt.

Zu § 60 Absatz 5

Taxi und Mietwagenkosten

Die vorgesehene Regelung in Absatz 5 Satz 1 Nummer 2, wonach für Taxi- und Mietwagenfahrten bis zum Abschluss von Vergütungsverträgen zwischen Krankenkassen und Transportunternehmen die Beförderungsentgelte nach dem Personenbeförderungsgesetz (PBefG) zu übernehmen sind, wird abgelehnt und sollte gestrichen werden. Sie stellt eine wesentliche Abkehr von der bisherigen Systematik des § 60 Absatz 3 SGB V (a.F.) dar, die die Kostenübernahme an vertragliche Regelungen

unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots knüpft. Da die Entgelte nach dem PBefG regelmäßig über den bislang vereinbarten Vertragspreisen der Krankenkassen liegen, führt die vorgesehene Regelung zu einer Kostenausweitung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Gleichzeitig entfällt ein zentraler Anreiz für Taxi- und Mietwagenunternehmen Verträge mit den Krankenkassen abzuschließen, zumal es keine gesetzliche Vertragspflicht gibt und ein ökonomischer Anreiz besteht, die höheren Beförderungsentgelte nach dem PBefG abzurechnen. Dies konterkariert die bislang verfolgte Zielsetzung einer vertraglich strukturierten und wirtschaftlichen Leistungserbringung im Rahmen eines Sachleistungsprinzips, entwertet bestehende Vertragsstrukturen und schränkt die Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen sowie deren Fähigkeit zur Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots erheblich ein.

Hinzu kommt, dass die Beförderungsentgelte für Taxen nach dem PBefG landesrechtlich geregelt werden. Die Landesregierung kann die Ermächtigung durch Rechtsverordnung übertragen; vielfach werden daher Beförderungsentgelte kommunal geregelt. Nach hiesiger Kenntnis gelten die Beförderungsentgelte für Taxen zudem nur im Pflichtfahrgebiet, sodass außerhalb dessen die Preise frei verhandelbar sind, sofern keine anderweitigen tariflichen Regelungen greifen. Mietwagenentgelte können nach § 51a PBefG dezentral und fakultativ von zahlreichen Genehmigungsbehörden festgelegt werden. Für Krankenkassen ist dies weder transparent noch mit vertretbarem Aufwand bundesweit erfassbar, sodass die Prüfung eines Fahrkostenanspruchs in diesen Fällen mit einem erheblichen Verwaltungsaufwand verbunden wäre und zugleich die Gefahr uneinheitlicher Leistungsabrechnungen birgt. Eine solche Zersplitterung der Entgeltgrundlagen steht dem Ziel einer transparenten, wirtschaftlichen und bundesweit gleichmäßigen Leistungsgewährung nach dem SGB V entgegen. Zudem lassen Taxi-„Quittungen“ regelmäßig keine Prüfbarkeit des Beförderungsentgeltes zu, da hieraus oftmals die wesentlichen Informationen, wie z.B. gefahrene Kilometer, Fahrzeit (Dauer und Uhrzeit), Zeittarif, Einschalttarif/Grundtarif, Fahrt innerhalb oder außerhalb des Pflichtfahrgebiets uvm. nicht hervorgehen.

Daher ist es zwingend erforderlich, an der bisherigen Regelungssystematik des § 60 Absatz 3 SGB V festzuhalten und den Anspruch auf Kostenübernahme für Versicherte auf die Höhe der Vertragspreise zu begrenzen. Die Begrenzung auf vertraglich vereinbarte Entgelte sollte auch gelten, wenn Versicherte keinen Vertragspartner in Anspruch nehmen. Dies ist zumindest in der Begründung zum Gesetz klarzustellen.

Bündelung der Regelungen zu Krankenfahrten und Krankentransporten

Die bislang in § 60 Absatz 3 SGB V gebündelten Regelungen zur Höhe der Kostenübernahme für Krankenfahrten und Krankentransporte sollen künftig auf Absatz 5 und Absatz 6 aufgeteilt werden. Die geplante Trennung sollte nicht erfolgen. Angesichts des engen sachlichen Zusammenhangs zwischen Krankenfahrten und Krankentransporten sowie der abgestuften Anspruchslogik ist es systematisch sinnvoll, die Vorgaben zur Höhe der Kostenübernahme weiterhin in einem gemeinsamen Absatz zu regeln. Dies würde die Norm klarer, anwenderfreundlicher und konsistenter ausgestalten und zugleich der übrigen Struktur des neu gefassten § 60 SGB V entsprechen, der die Regelungen zu Krankenfahrten und Krankentransporten auch in den übrigen Absätzen zusammenführt.

Vertragliche Regelungen

Wie bereits zu § 60 Absatz 2 unter der Überschrift „Vertragliche Regelungen“ dargestellt, sollten die Aussagen, wonach Krankenkassen oder ihre Landesverbände mit entsprechenden Einrichtungen und Unternehmen Verträge schließen sollen, aus Gründen der Normklarheit auch im Absatz 5 gestrichen werden.

Zu § 60 Absatz 6

Höhe der Kostenübernahme

Absatz 6 gibt vor, dass Krankenkassen die Kosten für Krankentransporte in Höhe der vertraglich vereinbarten Entgelte zu übernehmen haben. Aus Transparenzgründen und im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots sollte analog der derzeitigen Formulierung in § 60 Absatz 3 Nummer 3 SGB V zur Differenzierung von Krankenfahrten und Krankentransporten weiterhin klargestellt werden, dass die Kosten für einen Krankentransport nur dann zu übernehmen sind, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel, ein Taxi oder ein Mietwagen nicht benutzt werden kann.

Bündelung der Regelungen zu Krankenfahrten und Krankentransporten

Die Regelungen zur Höhe der Kostenübernahme für Krankentransporte sollten gemeinsam mit den Vorgaben zur Höhe der Kostenübernahme für Krankenfahrten gemeinsam in Absatz 5 geregelt werden. Wir verweisen hierzu auf unsere Ausführungen zu § 60 Absatz 5, Bündelung der Regelungen zu Krankenfahrten und Krankentransporten.

Vertragliche Regelungen

Wir verweisen hierzu auf unsere Stellungnahme zu Absatz 2 und 5, vertragliche Regelungen.

Zu § 60 Absatz 7

Die vorgesehene Regelung zum Zuzahlungseinzug ist in ihrer derzeitigen Gestaltung widersprüchlich. Einerseits sieht die Regelung vor, dass die Krankenkassen die Kosten für Krankenfahrten abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung übernehmen, sodass – entsprechend der bisherigen Praxis – der Leistungserbringer zum Einzug der Zuzahlung verpflichtet ist. Andererseits soll der Einzug der Zuzahlungen für Krankenfahrten und Krankentransporte durch die Krankenkassen erfolgen, ohne dies eindeutig auf Kostenerstattungsfälle an Versicherte zu begrenzen. Dies weicht von der bisherigen Praxis ab und kann durch die unklare Formulierung zu Missverständnissen und Unsicherheiten in der praktischen Umsetzung führen. Zudem steht die Regelung im Widerspruch zur Gesetzesbegründung, nach der die Krankenkasse die Zuzahlung einziehen soll. Vor diesem Hintergrund sollte eine eindeutige gesetzliche Festlegung zum Zuzahlungseinzug – analog zu den übrigen Leistungen der GKV – erfolgen. Dabei sollte an der bisherigen Systematik festgehalten werden. Bei Krankenfahrten und Krankentransporten, die nicht durch Leistungserbringer nach § 30 SGB V (neu) durchgeführt werden, sollten die Krankenkassen die Kosten abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung übernehmen. Dies entspricht der bisherigen Regelung in § 60 Absatz 2 Satz 2 SGB V und bildet zugleich die etablierte Praxis in Kostenerstattungsfällen gegenüber Versicherten sachgerecht ab. Werden Krankentransporte durch einen Leistungserbringer nach § 30 SGB V (neu) erbracht, sollte der Einzug der Zuzahlung – wie

bisher – durch die Krankenkasse erfolgen. Das Gesetz sowie die Begründung sind entsprechend anzupassen.

Die Klarstellung bezüglich der Begrenzung der Zuzahlungspflicht für Krankenfahrten und Krankentransporte nach § 60 Absatz 3 Nummer 3 SGB V (n.F.) auf die erste und letzte Beförderung wird ausdrücklich begrüßt. Hierdurch werden Versicherte hinsichtlich der Zuzahlungen zu den Fahrkosten nicht schlechter gestellt als bei der Inanspruchnahme einer stationären Krankenhausbehandlung. Da entsprechende Fahrten auch zusammen mit Beförderungen nach § 60 Absatz 3 Nummer 1 und ggf. Nummer 2 SGB V (n.F.) im Rahmen einer Krankenhausbehandlung anfallen können, sollte die Regelung im Sinne des gesetzlich Gewollten klarstellend entsprechend erweitert werden.

Zu § 60 Absatz 9

Die vorgesehene Regelung in § 60 Absatz 9 Satz 1 SGB V (n.F.) sieht eine Klarstellung vor, wonach ein Anspruch auf Verdienstausschüttung für eine wegen Behinderung erforderliche Begleitperson während Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB IX gegenüber dem Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 Absatz 1a SGB V nachrangig ist. Dies wird ausdrücklich begrüßt und schafft in der Praxis ein einheitliches Vorgehen. Zudem stellt die Regelung sicher, dass Eltern, die ihr erkranktes Kind betreuen und daher ihrer Erwerbstätigkeit fernbleiben müssen, einen einheitlichen Ausgleich für ihre Entgeltausfälle erhalten. Zugleich kann auf etablierte, bewährte und den betroffenen Familien sowie Arbeitgebern bekannte Verfahren zur Gewährung von Kinderkrankengeld zurückgegriffen werden. Dies trägt zu einer effizienten und reibungslosen Leistungsgewährung bei.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 3 wird in § 60 der Absatz 2 wie folgt geändert (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„Krankenfahrten sind Fahrten ohne medizinisch-fachliche Betreuung, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen oder Taxen durchgeführt werden. Zu den Mietwagen nach Satz 1 zählen auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung. Krankentransporte sind Transporte mit medizinisch-fachlicher Betreuung, die mit Fahrzeugen durchgeführt werden, die über die für diese medizinisch-fachliche Betreuung notwendige technische Ausstattung verfügen, und die durch Einrichtungen und Unternehmen erbracht werden, die nach Landesrecht dafür vorgesehen oder damit beauftragt worden sind. Die fachliche Betreuung während Krankentransporten nach Satz 3 wird nach den maßgeblichen landesrechtlichen Vorschriften durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal gewährleistet. Welches Beförderungsmittel oder Fahrzeug für die jeweilige Krankenfahrt oder den jeweiligen Krankentransport genutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall.“

In der Begründung zu Nummer 3 (§ 60), zu Absatz 2, wird im zweiten Absatz der zweite Satz wie folgt geändert (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„Dies sind insbesondere die besondere Einrichtung eines Krankenkraftwagens oder eines Luftfahrzeugs, das für die medizinisch-fachliche Betreuung eingerichtet ist.“

Darüber hinaus werden folgende Inhalte in einem gesonderten Paragraphen aufgenommen:

- Krankentransporte werden durch Einrichtungen und Unternehmen erbracht, die nach Landesrecht dafür vorgesehen oder damit beauftragt worden sind. Siehe hierzu unseren Vorschlag zur Aufnahme eines § 133i SGB V.

In Artikel 1 Nr. 3 wird in § 60 der Absatz 3 wie folgt geändert (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für

1. Krankenfahrten oder Krankentransporte zur stationären Behandlung,
2. Krankenfahrten oder Krankentransporte 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) b) in ein wohnortnahes Krankenhaus, wenn die Krankenkasse in die Verlegung eingewilligt hat,
3. Krankenfahrten oder Krankentransporte zu
 - a) einer vor- oder nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach § 115a Absatz 1,
 - b) ~~einer der in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten oder nach § 115f Absatz 2 Satz 4 ausgewählten Behandlung oder~~
 - c) ~~einer ambulanten Operation in einer Vertragsarztpraxis einschließlich der Krankenfahrten oder Krankentransporte zu hierzu erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen, jeweils innerhalb der in § 115a Absatz 2 Satz 1 bis 3 genannten Fristen,~~

wenn dadurch eine aus medizinischen Gründen erforderliche vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Absatz 1 vermieden oder verkürzt wird ~~oder wenn diese nicht ausführbar ist,~~

4. Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen, wenn ein besonderer Ausnahmefall vorliegt, den der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 festgelegt hat, oder
5. Krankentransporte zu ambulanten Behandlungen, wenn aus medizinischen Gründen ein Krankentransport zwingend erforderlich ist, oder
6. Krankenfahrten oder Krankentransporte zur Versorgung in ~~einem~~ dem nächsterreichbare geeigneten Integrierten Notfallzentrum, sofern nach dem Ergebnis eines Abfragesystems nach §

133a Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 eine Versorgung in einem Integrierten Notfallzentrum erforderlich ist und die Krankenfahrt oder der Krankentransport ~~nach den Umständen des Einzelfalls~~ aus medizinischen Gründen zwingend erforderlich ist; die auf der Grundlage des Ergebnisses eines Abfragesystems gemäß § 133a Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 getroffene Entscheidung gilt als Verordnung dieser Krankenfahrt oder dieses Krankentransports und ist auf Wunsch auch den Versicherten auszuhändigen.

Eine Verordnung von Krankenfahrten oder Krankentransporten nach Satz 1 Nummer 2 hat durch das abgebende Krankenhaus zu erfolgen.“

Zusätzlich ist in § 302 SGB V klarzustellen, dass die durchführenden Transportunternehmen, die keine Leistungserbringer nach § 30 SGB V (neu) sind, Zugriff auf die getroffene Entscheidung eines Abfragesystems gemäß § 133a Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V (neu) oder einen entsprechenden Übergangsnachweis erhalten und diesen als Grundlage für ihre Abrechnung nutzen können.

In Artikel 1 Nr. 3 wird in Absatz 4 Satz 2 der Verweis auf „Absatz 2 Nummer 4“ angepasst auf „Absatz 3 Nummer 4“.

In Artikel 1 Nr. 3 wird der Absatz 5 wie folgt geändert:

~~„Für Krankenfahrten übernehmen die Krankenkassen übernehmen~~

1. bei der Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels die Kosten in Höhe des Fahrpreises unter Ausschöpfung von Fahrpreismäßigungen,
2. bei der Benutzung eines Taxis oder Mietwagens, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann, die Kosten in Höhe der nach Satz 2 § 133i vereinbarten Entgelte ~~oder bis zum Abschluss einer Vereinbarung nach Satz 2 die nach Personenbeförderungsgesetz geregelten Entgelte~~,
3. bei Benutzung eines Krankentransports, wenn ein Transportmittel nach Nummer 1 oder 2 nicht benutzt werden kann, die Kosten in Höhe der nach § 133i vereinbarten Entgelte,
4. bei der Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs die Kosten in Höhe des für jeden gefahrenen Kilometer jeweils aufgrund des Bundesreisekostengesetzes festgesetzten Höchstbetrages für Wegstreckenentschädigung, höchstens jedoch die Kosten, die bei Inanspruchnahme des in den Nummern 1 ~~oder bis 23~~ genannten Transportmittel entstanden wären.“

~~Für Krankenfahrten nach Nummer 2 sollen die Krankenkassen oder ihre Landesverbände mit Einrichtungen oder Unternehmen Verträge schließen. § 133 Absatz 2 Satz 2 und 6 und Absatz 5 gilt entsprechend.“~~

Als Folgeänderungen werden

- in Artikel 1 Nr. 3 der Absatz 6 gestrichen,
- in Artikel 1 Nr. 3 in Absatz 1 der Verweis auf den Absatz 6 gestrichen,

- in einem neu einzuführenden Paragraphen folgende Regelungsinhalte aufgenommen (siehe unseren Vorschlag zur Einführung eines § 133i SGB V):
 - Für Krankenfahrten nach § 60 Absatz 5 Nummer 2 sollen die Krankenkassen oder ihre Landesverbände mit Einrichtungen oder Unternehmen Verträge schließen. § 133 Absatz 2 Satz 2 und 6 und Absatz 5 gilt entsprechend.
 - Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen gemeinsam und einheitlich mit den nach Landesrecht vorgesehenen oder beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen Verträge über Entgelte für Krankentransporte. § 133 Absatz 2 Satz 2, 6 und 7, Absatz 4, 5 und 6 gilt entsprechend.

die Absätze 7 bis 9 zu den Absätzen 6 bis 8.

In Artikel 1 Nr. 3 wird der Absatz 6 (neu, alt: 7) wie folgt geändert (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„Versicherte leisten zu einer Krankenfahrt oder einem Krankentransport eine Zuzahlung in Höhe des sich aus § 61 Satz 1 ergebenden Betrages. Die Krankenkasse übernimmt bei Krankenfahrten und Krankentransporten die Kosten nach Absatz 1 Satz 1 unter Abzug der Zuzahlung nach Satz 1 ~~oder zieht die Zuzahlung nach Satz 1 von den Versicherten ein.~~ Bei Krankentransporten, die von einem Leistungserbringer nach § 30 SGB V durchgeführt werden, zieht die Krankenkasse die Zuzahlung nach Satz 1 von den Versicherten ein. Für Krankenfahrten und Krankentransporte nach § 60 Absatz 3 Nummer 1 bis 3 besteht eine Zuzahlungspflicht nur für die erste und die letzte Krankenfahrt ~~oder für den ersten und den letzten Krankentransport.~~“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 – § 61 Zuzahlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 61 SGB V soll für die Leistungen der notfallmedizinischen Versorgung und den Notfalltransport eine Zuzahlung in Höhe von zehn Euro in einem neuen Satz 4 festgelegt werden.

B) Stellungnahme

Für Leistungen der notfallmedizinischen Versorgung und den Notfalltransport soll eine pauschale Zuzahlung in Höhe von 10 Euro statt wie bisher zehn Prozent der Kosten, jedoch mindestens fünf und höchstens zehn Euro, festgelegt werden. Durch die pauschale Zuzahlungserhebung reduziert sich der Verwaltungsaufwand bei den Krankenkassen.

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 30 SGB V. Die Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 – § 73 Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 SGB V soll ergänzt werden, dass die vertragsärztliche Versorgung auch die Verordnung von Krankenfahrten umfasst.

B) Stellungnahme

Die Verordnung von Krankenfahrten ist derzeit durch die KT-RL vorgesehen. Damit entspricht die geplante Klarstellung, wonach Vertragsärztinnen und Vertragsärzte neben der Verordnung von Krankentransporten auch zur Verordnung von Krankenfahrten ermächtigt sind, der bisherigen Praxis sowie Rechtslage. Die geplante Änderung wird daher begrüßt.

Aufgrund der Herauslösung des Notfalltransports aus § 60 SGB V und der Überführung in den neuen Leistungsanspruch nach § 30 SGB V erscheint es folgerichtig, die Regelung entsprechend anzupassen. In der Konsequenz führt die Herausnahme der Verordnung von Notfalltransporten aus der vertragsärztlichen Versorgung und die Streichung diesbezüglicher Regelungen aus der Richtlinie des G-BA dazu, dass z. B. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte die Beförderung mit einem qualifizierten Rettungsmittel selbst bei einem Notfall in der vertragsärztlichen Praxis nicht mehr veranlassen dürfen, sondern über die Rettungsleitstelle gehen müssten.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 – 73b – Hausarztzentrierte Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung im Zusammenhang mit der Einführung des Begriffes der notdienstlichen Akutversorgung.

B) Stellungnahme

Die Anpassung ist sachgerecht.

Ergänzend sollte der bestehende einseitige Kontrahierungszwang für die gesetzlichen Krankenkassen in eine optionale Regelung überführt werden. Während die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) für Versicherte sowie für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte freiwillig ist, sind die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, Verträge mit Gemeinschaften, welche die hausärztlichen Leistungserbringenden vertreten, abzuschließen.

Die Ausgaben für Leistungen der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V summierten sich im Jahr 2025 auf nahezu 2,5 Mrd. Euro. Im Vergleich zum Jahr 2024 sind die Ausgaben um 16,3 Prozent gestiegen. Darüber hinaus entstehen weitere erheblichen Aufwände zur Administration dieser Verträge bei den Krankenkassen.

Diese einseitige verpflichtende Regelung birgt das Risiko erhöhter finanzieller Belastungen für die GKV und widerspricht dem Prinzip einer freien Vertragsgestaltung. Insofern nimmt der bestehende Kontrahierungszwang den Krankenkassen die Gestaltungsfreiheit als wesentliches Element wirtschaftlicher Steuerung und Qualitätssicherung. Die gesetzlichen Krankenkassen sollten daher gleichfalls die Möglichkeit erhalten selbst zu entscheiden, mit welchen Vertragspartnern, unter welchen Bedingungen Versorgungsverträge ergänzend zu kollektivvertraglichen Regelungen abgeschlossen werden. Denn eine freiwillige Regelung ermöglicht es den Krankenkassen, Verträge gezielt dort abzuschließen, wo ein nachweisbarer Mehrwert für die Versicherten besteht, und die Wirtschaftlichkeit gewahrt bleibt.

C) Änderungsvorschlag

§ 73b wird mit Wirkung ab 01.01.2027 wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen können ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anbieten.“

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Krankenkassen können allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Verträge schließen mit

1. vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen,
2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
3. Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, anbieten,
4. Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit Gemeinschaften nach Nummer 2 sie hierzu ermächtigt haben.“

bb) Die Sätze 2 bis 5 werden gestrichen.

cc) Der bisherigen Satz 7 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

Satz 2 gilt nicht für die Organisation der notdienstlichen Akutversorgung im Sinne des § 75 Absatz 1b Satz 3.“

c) Die Absätze 4a und 5a werden gestrichen

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7 a) – § 75 Absatz 1a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1a – Terminservicestellen

Die bisherige Regelung wird redaktionell um die ehemalige Frist zur Einrichtung der Terminservicestellen (TSS) bereinigt. Die telefonische Erreichbarkeit der TSS wird vor dem Hintergrund der Trennung von Terminservicestelle und Akutleitstelle von Montag bis Samstag vorgesehen, statt wie bisher an 24 Stunden täglich für sieben Tage pro Woche. Dafür soll die Erreichbarkeit künftig jederzeit ergänzend durch digitale Angebote sichergestellt werden.

Als Folgeänderung zur Einführung der Akutleitstelle wird die Aufgabe der Terminservicestellen gestrichen, Versicherten in Akutfällen und auf Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln.

Die Regelungen zur Notwendigkeit einer Überweisung für die Vermittlung von Facharztterminen wird sprachlich angepasst. Der Überweisungsvorbehalt entfällt künftig nach einer zuvor erfolgten Behandlung in einem Integrierten Notfallzentrum. Die Terminvermittlung in Akutfällen entfällt mit Einführung der Akutleitstelle als Aufgabe für die Terminservicestellen. Dementsprechend wird der Entfall des Überweisungserfordernisses im Akutfall in Absatz 1c überführt.

Neu geregelt wird, dass die Vertragspartner des Bundesmantelvertrages auf Bundesebene Regelungen für eine Erreichbarkeit der Terminservicestelle zu treffen haben. Darüber hinaus wird klargestellt, dass die KVen die bereits vorgegebene Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeiten- und Dispositionsmanagement bei der Terminvermittlung bundesweit einheitlich zu nutzen haben und den INZ im Bedarfsfall I eine Terminbuchung bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten ermöglichen müssen.

B) Stellungnahme

Die Neuordnung der Terminvermittlung wird begrüßt. Durch Vorgaben zur Erreichbarkeit und durch stärkere Einbindung digitaler Angebote kann der Zugang der Patientinnen und Patienten zu vertragsärztlichen Versorgungsangeboten verbessert werden. Hierbei ist sicherzustellen, dass die eingesetzten Systeme vor dem Hintergrund der Primärversorgung versorgungsbereichsübergreifend interoperabel sind, um Insellösungen in der Notfallversorgung zu vermeiden.

Zu aa) Die redaktionelle Änderung ist sachgerecht. Die Erweiterung der TSS um digitale Angebote wird begrüßt.

Zu bb) Die Änderung ist sachgerecht.

Zu cc) Die Regelung, dass nach einer Inanspruchnahme des INZ für eine Weiterbehandlung keine Überweisung erforderlich ist, wird begrüßt. Hierbei sollte klargestellt werden, dass eine Vermittlung

auch dann zu erfolgen hat, wenn die Ersteinschätzungsstelle des INZ keinen akuten Behandlungsbedarf für eine Versorgung im INZ, jedoch einen vertragsärztlichen Behandlungsbedarf festgestellt hat.

Zu dd) Die gesetzliche Vorgabe, dass künftig die Bundesmantelvertragspartner-Ärzte entsprechende Regelungen zur einheitlichen Erreichbarkeit festlegen, wird begrüßt. Zur weiteren Klarstellung und Vermeidung regional unterschiedlicher Erreichbarkeitszeiten sollte allerdings eine bundesweit einheitliche Vorgabe durch die Bundesmantelvertragspartner vorgegeben werden.

Zu ee) Die Klarstellung wird begrüßt.

Zu ff) Die Regelung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Zu cc) bbb)

§ 75 Abs. 1a Satz 4 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

„2. in Fällen, in denen sich bei einer zuvor erfolgten Ersteinschätzung in einem Integrierten Notfallzentrum oder in einem Integrierten Notfallzentrum für Kinder- und Jugendliche die Notwendigkeit einer Behandlung in der vertragsärztlichen Versorgung ergeben hat.“

Zu dd) bbb)

In § 75d Absatz 1a Satz 11 Nummer 6 (neu) werden nach den Wörtern „Gewährleistung der“ die Wörter „bundesweit einheitlichen“ eingefügt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. . 7 b) - § 75 Absatz 1b bis f – Sicherstellungsauftrag, Notdienst

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige Absatz 1b wird durch die Absätze 1b bis 1f (neu) ersetzt. Damit wird der Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) umfassend neu strukturiert und konkretisiert.

Zu Absatz 1b)

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) wird konkretisiert. Dieser soll künftig, sofern medizinisch erforderlich, eine vertragsärztliche Erstversorgung 24 Stunden täglich beinhalten. Die notdienstliche Akutversorgung wird als neuer Begriff legaldefiniert. Die notdienstliche Akutversorgung kann u. a. auch die Feststellung und Erstbescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit sowie die Verordnung von Arzneimitteln umfassen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen organisieren den Notdienst insbesondere durch die Beteiligung an Integrierten Notfallzentren, ein jederzeit verfügbares telefonisches und videounterstütztes ärztliches Versorgungsangebot und einen jederzeit verfügbaren aufsuchenden Dienst. Zur Gewährleistung der wirtschaftlichen Durchführung sollen die KVen untereinander und mit der KBV kooperieren. Für den aufsuchenden Dienst können die KVen qualifiziertes nichtärztliches Personal einsetzen, das nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung handelt. Das Nähere regeln die Bundesmantelvertragspartner.

Zu Absatz 1c)

Mit § 75 Absatz 1c wird die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen eingeführt, eine jederzeit, d.h. 24 Stunden täglich an sieben Tagen pro Woche, erreichbare Akutleitstelle zu betreiben, die unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 116117 sowie über digitale Kanäle erreichbar ist. Die Akutleitstelle erhält konkrete Erreichbarkeitsvorgaben. In 75 Prozent der Fälle muss innerhalb von drei Minuten, in 95 Prozent der Fälle innerhalb von zehn Minuten eine Annahme des Anrufs erfolgen. Die Kontrolle der Einhaltung der Erreichbarkeitsvorgaben obliegt der Rechtsaufsicht der Länder. Auf Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens soll die Akutleitstelle eine bedarfsgerechte und unverzügliche Vermittlung in die jeweils geeignete Versorgungsebene sicherstellen – sei es in Form einer sofortigen ärztlichen Behandlung in der Regelversorgung, einer telefonischen oder videobasierten Konsultation oder einer Versorgung durch den aufsuchenden Dienst.

Zu Absatz 1d)

Es wird die Befugnis der KVen zur Verarbeitung personenbezogener Daten geregelt.

Zu Absatz 1e)

Nach Absatz 1e führt die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Evaluation der Tätigkeit der Terminservicestellen durch. Bewertet werden insbesondere die Einhaltung der gesetzlichen Vermittlungsfristen, die Häufigkeit der Inanspruchnahme und die Vermittlungsquoten. Über die

Ergebnisse hat die KBV dem Bundesministerium für Gesundheit einmalig zum 30. Juni 2027 zu berichten.

Zu Absatz 1f)

Der vertragszahnärztliche Notdienst wird in Absatz f geregelt. Er bleibt von den Neuregelungen zur notdienstlichen Akutversorgung und zum Notdienst unberührt. Es wird allerdings klargestellt, dass auch die KZVen die Versicherten bundesweit einheitlich im Internet über die Sprechzeiten sowie barrierefreie Zugangsmöglichkeiten zu informieren haben.

B) Stellungnahme

Zu Absatz 1b)

Die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages der KVen im Notdienst wird ausdrücklich begrüßt. Die Neukonzeption der notdienstlichen Akutversorgung hat das Potenzial zu einer echten Verbesserung des Versorgungsangebotes.

Für den aufsuchenden Bereitschaftsdienst ist allerdings zu berücksichtigen, dass dieser nicht 24/7 erforderlich ist, wenn insbesondere die Hausärztinnen und Hausärzte ausreichend normale Hausbesuche durchführen. Das Aufsuchen von immobilen Patientinnen und Patienten in der Häuslichkeit ist seit jeher Bestandteil des ärztlichen Versorgungsauftrages. Seit einigen Jahren werden die Hausärztinnen und Hausärzte hierbei zusätzlich durch nichtärztliche Praxisassistentinnen und Praxisassistenten unterstützt. Parallelstrukturen und doppelte Ausgaben sind zu vermeiden und der Vorrang der Versorgung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie MVZ sollte stärker betont werden.

Es wird begrüßt, dass im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung eine Feststellung und Erstbescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit, die Feststellung und Bescheinigung einer notwendigen Betreuung, Beaufsichtigung oder Pflege eines erkrankten Kindes sowie die Verordnung von Arzneimitteln vorgesehen sind. Dies ermöglicht eine fallabschließende Versorgung und reduziert damit unnötige Mehrfachinanspruchnahmen.

Mit dem Entfall von Absatz 1b Satz 3 entfällt gleichzeitig die Legaldefinition der von der KV betriebene Notdienstpraxis, auf welche in § 123 Absatz 1 Satz 1 (neu) weiterhin verwiesen wird. Zur Klarstellung sollte der Absatz 1b Satz 6 (neu) angepasst sowie der entsprechende Verweis in § 123 Absatz 1 Satz 1 korrigiert werden.

Zu Absatz 1c)

Der GKV Spitzenverband begrüßt die gesetzliche Verankerung einer Akutleitstelle als zentrale Anlauf- und Steuerungsinstanz für Akutfälle. Die Akutleitstelle ist ein zentraler Baustein für eine verlässliche Patientensteuerung, die Entlastung anderer Bereiche der Notfallversorgung und die Verbesserung der Zugänglichkeit zur vertragsärztlichen Versorgung.

Dabei sind folgende Aspekte aus Sicht der GKV maßgeblich. Die in § 75 Absatz 1c vorgesehenen Erreichbarkeits- und Servicelevel Vorgaben sind sinnvoll und notwendig, um eine verlässliche

Steuerungswirkung zu erzielen. Vor dem Hintergrund der Standardisierung des Ersteinschätzungsverfahrens, der verstärkten Einsatzmöglichkeiten digitaler Instrumente durch die Akutleitstellen sowie die bereits im Gesetz angelegte Kooperationsmöglichkeit zwischen den KVen untereinander und mit der KBV sollten die derzeit vorgesehenen Vorgaben zur telefonischen Erreichbarkeit der Akutleitstellen angepasst werden. Die Standardisierung verkürzt die Bearbeitungszeiten für einzelne Anrufe. Gleichzeitig werden die digitalen Angebote das Anrufrufvolumen insgesamt senken, während die Kooperationsmöglichkeiten die Anruflast für einzelne KVen reduzieren. Die Akutleitstelle sollte deshalb innerhalb von 3 Minuten für 90% der Anrufenden und innerhalb von 7 Minuten für 95% der Anrufenden erreichbar sein. Durch eine Erhöhung des Servicelevel und Reduzierung telefonischer Wartezeiten auf eine Ersteinschätzung kann eine zielgerichtete Patientensteuerung in die jeweils erforderliche Versorgungsebene erreicht werden. Es sollte vermieden werden, dass hilfeschuchende Personen mit einem aus ihrer Sicht als dringlich bewerteten Versorgungsbedarf, aufgrund längerer telefonischer Wartezeiten, alternative Versorgungsangebote direkt in Anspruch nehmen.

Eine professionelle und neutral gesteuerte Ersteinschätzung ist entscheidend für eine bedarfsgerechte Lenkung der Patientinnen und Patienten. Für eine wirksame Patientensteuerung ist es unabdingbar, dass die Akutleitstelle auf ein bundesweit einheitliches, qualifiziertes und standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren zurückgreift. Die GKV hält es für zwingend erforderlich, dass die Regelungskompetenz hierfür beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G BA) liegt. Der G BA gewährleistet neutrale, qualitätsgesicherte Vorgaben unter Einbindung der Patientenvertretung und stellt sicher, dass regionale Unterschiede in Systematik und Qualität ausgeschlossen werden. Es wird begrüßt, dass die Vermittlung in die vertragsärztliche Regelversorgung Vorrang vor der Behandlung in Integrierten Notfallzentren (INZ) oder anderen Strukturen haben soll, sofern kein unmittelbarer Behandlungsbedarf besteht. Telefonische oder videogestützte Konsultationen sind ein sinnvoller ergänzender Baustein, um unnötige Inanspruchnahmen anderer Versorgungsbereiche zu vermeiden. Die Weiterleitung an den aufsuchenden Dienst darf richtigerweise nur erfolgen, wenn andere Versorgungsformen nicht möglich oder nicht zumutbar sind. Die Akutleitstelle muss die Aufgabe haben, Patientinnen und Patienten – soweit medizinisch vertretbar – in die regulären Sprechstunden der Praxen zu vermitteln. Darüber hinaus sollte sichergestellt werden, dass auch für die Vermittlung von Behandlungsterminen in Akutfällen die von der KV betriebene Akutleitstelle auf das elektronische System nach § 370a zugreifen kann. Der Aufbau von Doppelstrukturen ist zwingend zu vermeiden.

Zu Absatz 1d)

Die Regelung ist sachgerecht.

Zu Absatz 1e)

Die vorgesehene Evaluation der Tätigkeit der Terminservicestelle wird ausdrücklich begrüßt. Sie ermöglicht eine Erfolgsmessung und gegebenenfalls erforderliche gesetzliche Anpassungen. Die Evaluation sollte veröffentlicht werden. Ausdrücklich begrüßt wird ebenfalls die erweiterte Berichtspflicht gemäß Artikel 2 ab dem Jahr 2028.

Zu Absatz 1f)

Die Klarstellung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

In § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 1 wird nach dem Wort „Jugendliche“ der Klammerzusatz „(Notdienstpraxis)“ eingefügt.

In § 75 Absatz 1c Satz 2 wird die Zahl „75“ durch die Zahl „90“ ersetzt und das Wort „zehn“ durch das Wort „sieben“ ersetzt.

In § 75 Absatz 1e wird folgender Satz 3 ergänzt:

„Die Evaluationsergebnisse werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf ihrer Internetseite veröffentlicht.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7c) – § 75 Absatz 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 75 Absatz 7 wird redaktionell angepasst.

B) Stellungnahme

Die redaktionellen Änderungen sind grundsätzlich sachgerecht.

Zu bb). Für ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren ist von zentraler Bedeutung, dass die Steuerung der Patientinnen und Patienten neutral und unter Abwägung einer bedarfsgerechten Versorgung erfolgt; dabei ist der Patientennutzen und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung in den Mittelpunkt zu stellen. Hierfür ist der G-BA das richtige Beratungsgremium, da hier ein Ausgleich der Ärzteschaft und der gesetzlichen Krankenkassen unter Einbindung der Patientenvertretung erfolgt. Folglich wird der bisherige Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zur Regelung eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens auf den G-BA durch eine ergänzende Regelung in § 123c Absatz 1 Satz 2 übertragen. Es erscheint nicht nachvollziehbar, dass es für die gleiche Fragestellung unterschiedliche Grundlagen zur Ersteinschätzung geben soll, abhängig davon, an welchem Kontaktpunkt – INZ oder Akutleitstelle - diese erforderlich wird. Mit der Übertragung dieser Zuständigkeit ergeben sich redaktionelle Folgeänderungen in § 75.

C) Änderungsvorschlag

In § 75 Absatz 7 Nummer 6 werden vor dem Wort „Richtlinien“ die Wörter „bis zum Inkrafttreten der Richtlinie nach 123c Absatz 1 [neu]“ eingefügt.

In § 123c wird die Überschrift wie folgt gefasst:

„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ersteinschätzung an Krankenhausstandorten und **in der Akutleitstelle sowie** zu Anforderungen an ambulante Leistungserbringer des Integrierten Notfallzentrums“

In § 123c Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „aufsuchen“ die Wörter „oder die Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigung kontaktieren“ eingesetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 – § 76 – freie Arztwahl

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine Folgeänderung zur Neuregelung der Akutleitstelle vorgenommen.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9 – § 87 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zu a)

Gemäß Absatz 2a Satz 21 beschließt der ergänzte Bewertungsausschuss im EBM weiterhin Regelungen für die Versorgung im Notdienst sowie für die Versorgung von Notfällen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 sowie Regelungen für die Versorgung im Notdienst mit telemedizinischen Leistungen. Der bisherige Auftrag, eine nach Schweregrad zu differenzierende Regelung zu beschließen, wird ersetzt. Der ergänzte Bewertungsausschuss hat nunmehr Zuschläge für die Gruppe der Versicherten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität der Behandlungsdiagnose einer besonders aufwendigen Betreuung und Überwachung in der Notaufnahme eines INZ bedürfen, zu beschließen.

Zu b)

Absatz 2b wird redaktionell angepasst.

B) Stellungnahme

Zu a)

Da es bereits Abrechnungspositionen und Zuschläge für die Behandlung im Notdienst gibt, erschließt sich nicht unmittelbar, welche Regelungen der ergänzte Bewertungsausschuss darüber hinaus treffen soll. Die vorgesehene Überprüfung legt eine Vergütungsanpassung nahe, für die die GKV keine Notwendigkeit sieht.

Der bisherige Auftrag, eine nach Schweregrad differenzierte Regelung zu treffen, wird durch eine Zuschlagsregelung ersetzt. Zusätzliche Vergütungen für Behandlungen in Notaufnahmen von Krankenhäusern mit einem INZ werden abgelehnt. Die Idee der INZ ist es gerade, die Notaufnahmen von ambulanten Fällen zu entlasten und diese in den KV-Notdienstpraxen der INZ zu behandeln. Wenn die INZ durch Zuschläge den Anreiz erhalten, die Patientinnen und Patienten in die Notaufnahmen und nicht in die Notdienstpraxis zu leiten, widerspricht das der Intention des Gesetzgebers. Die Behandlungsdringlichkeit und die geeignete Versorgungsebene sollen durch das Ersteinschätzungsverfahren allein nach medizinischen Kriterien festgelegt werden.

Zuschläge für Patientinnen und Patienten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität eine besonders aufwendige Behandlung im Notdienst benötigen, sind im EBM bereits definiert. Sowohl ambulante als auch stationäre Leistungserbringer können diese Zuschläge abrechnen. Eine darüberhinausgehende Abgrenzung für die Gruppe der Versicherten, die einer besonders aufwendigen Betreuung und Überwachung in der Notaufnahme eines INZ bedürfen, erscheint inhaltlich nicht sachgerecht. Die Regelung setzt ausschließlich Anreize für die Behandlung im stationären Setting und verhindert damit die weitere Ambulantisierung. Die angenommene Differenzierung der Betreuung und Überwachung innerhalb des INZ, ausschließlich auf die Notaufnahme fokussiert, erscheint künstlich und eher

theoretischer Natur. Denn auch eine Überwachung in der KV-Notdienstpraxis des INZ oder weiteren ambulanten mit dem INZ kooperierenden Strukturen wäre eine bedarfsgerechte Versorgungsoption.

Darüber hinaus sollte eine grundsätzliche Konsolidierung der bereits bestehenden Abrechnungsoptionen erfolgen. So gibt es für sogenannte „Kurzlieger im Krankenhaus“ bereits verschiedene Abrechnungsmöglichkeiten z.B. über den EBM, als vor-, teil- oder tagesstationärer Fall oder auch als DRG mit oder ohne Abschlag.

Zu b)

Die redaktionelle Folgeänderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

§ 87 Absatz 2a Satz 21 Nummer 3 wird wie folgt formuliert:

„nach Schweregrad zu differenzierende Regelungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 – § 87a Regionale Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Regelungen zur Akutleitstelle in § 75 Absatz 1c.

B) Stellungnahme

Die Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 – § 90 Landesausschüsse

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zu a)

Es wird klargestellt, dass die zuständigen obersten Landesbehörden auch für die neuen Aufgaben nach § 123 Absatz 6 Satz 2, § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 im erweiterten Landesausschuss beratend mitwirken. Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung und das Recht zur Antragstellung.

Zu b)

Der neue Absatz 4a regelt den erweiterten Landesausschuss und das Verfahren bezüglich seiner Aufgaben. Der erweiterte Landesausschuss nach dem bisherigen § 116b Absatz 3 erhält mit der Standortfestlegung von INZ und INZ für Kinder und Jugendliche nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 neue Aufgaben und wird systematisch neu verortet. Bei Entscheidungen zur Standortfestlegung von INZ nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 sind von der für die medizinische Notfallrettung zuständigen obersten Landesbehörde für die Belange der medizinischen Notfallrettung zu benennende Vertreterinnen und Vertreter anzuhören. Um die Arbeitsfähigkeit des erweiterten Landesausschusses sicherzustellen, werden Beratungen in kleinere Besetzung ermöglicht, wenn der erweiterte Landesausschuss dies in seiner Geschäftsordnung entsprechend beschließt.

Zu c)

Die von den Landesausschüssen getroffenen Entscheidungen u.a. zu § 123a Absatz 1 und 123b Absatz 1 sind der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde vorzulegen.

B) Stellungnahme

Die Regelungen werden begrüßt, da die erweiterten Landesausschüsse grundsätzlich geeignet sind, INZ-Standorte festzulegen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12 – § 90a – Gemeinsames Landesgremium

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass künftig auch Vertreter der medizinischen Notfallrettung in das gemeinsame Landesgremium einbezogen werden können. Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der medizinischen Notfallrettung gemäß § 30.

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung erscheint grundsätzlich sachgerecht und nachvollziehbar. Allerdings sind die Vertreter der medizinischen Notfallrettung bislang nicht einheitlich organisiert und können nicht durch eine zentrale Organisation im gemeinsamen Landesgremium vertreten werden. Insofern ist eine Einbeziehung in Gremien praktisch schwierig. Hierfür wäre es sinnvoll, auf Landesebene zunächst eine gemeinsame Institution zu schaffen, die die Interessen aller Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung vertritt. Keiner.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 – § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 soll klargestellt werden, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ermächtigt ist, Regelungen zu Krankentransporten und Krankenfahrten zu treffen.

B) Stellungnahme

Die geplante Klarstellung entspricht in Bezug auf Krankenfahrten der bisherigen Praxis und Rechtslage und wird daher begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14 – § 105 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Vor dem Hintergrund der Neustrukturierung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der vorgesehenen Etablierung Integrierter Notfallzentren erfolgt eine Anpassung der bestehenden Regelungen zur verbindlicheren finanziellen Förderung durch die GKV und die Kassenärztlichen Vereinigungen.

B) Stellungnahme

Die inhaltliche Neustrukturierung des Absatzes ist vor dem Hintergrund der weiteren beabsichtigten Anpassungen im Rahmen dieses Gesetzesvorhabens grundsätzlich nachvollziehbar.

Die vorgesehene finanzielle Beteiligung der privaten Krankenversicherung an der Förderung von Notdienststrukturen wird begrüßt, da sich medizinische Notfälle unabhängig vom Versichertenstatus ergeben und hierzu die etablierten Notdienststrukturen genutzt werden.

Allerdings wird eine verpflichtende zusätzliche finanzielle Beteiligung der GKV abgelehnt. Die Finanzierung von Infrastruktur- und Vorhaltekosten gehört nicht zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Die von den gesetzlichen Krankenkassen zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung beinhaltet schon jetzt eine umfängliche Finanzierung ambulanter Notdienststrukturen durch die GKV. Darüber hinaus werden bereits von der GKV zusätzlich bereitgestellte Mittel im Rahmen des Strukturfonds nach § 105 Absatz 1a SGB V ebenfalls zur Förderung von Strukturen des Notdienstes genutzt. Insofern sollte eine darüber hinausgehende weitere Förderung ausschließlich im Rahmen einer freiwilligen Regelung im Sinne einer Kann-Regelung vorgesehen werden. Gleichfalls sind die Vorgaben zur Kalkulation und zum Nachweis der Kassenärztlichen Vereinigung zu konkretisieren, da insbesondere in den vergangenen Jahren der Ausbau von Notdienststrukturen umfangreich finanziell von der GKV gefördert wurde.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass es bereits eine erhebliche Anzahl von etablierten KV-Notdienstpraxen gibt, von denen sich die meisten ohnehin bereits an Krankenhausstandorten befinden. Diese Strukturen wurden in der Vergangenheit bereits finanziell gefördert. Eine erneute zusätzliche Förderung für diese Strukturen ist daher nicht erforderlich.

Darüber hinaus ist der aufsuchende Dienst nach § 75 Absatz 1b Satz 6 Nr. 3 grundsätzlich von einer zusätzlichen Förderung nach dieser Regelung auszunehmen. Hausbesuche, auch zu den sprechstundenfreien Zeiten im Rahmen des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes, gehören seit jeher zu den originären Aufgaben der vertragsärztlichen Leistungserbringer und werden bereits von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen beinhaltet hierfür entsprechende Leistungen, u. a. differenziert nach der Uhrzeit der Inanspruchnahme. Es handelt sich bei dem aufsuchenden Dienst nicht um eine neue Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung, die einer gesonderten zusätzlichen Förderung bedarf, sondern es handelt sich vielmehr um eine gesetzliche Klarstellung in § 75 Absatz 1b Satz 6 Nr. 3 SGB V. Folglich ist die Vorgabe in dieser Regelung zwingend zu streichen.

Aktuell können bereits heute von den Kassenärztlichen Vereinigungen betriebene Terminservicestellen gemäß § 105 Absatz 1a SGB V finanziell gefördert werden. Ergänzend sollen künftig auch die von Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 75 Absatz 1c verpflichtend einzurichtenden Akutleitstellen gemäß § 105 Absatz 1b SGB V finanziell gefördert werden. Es ist anzunehmen, dass beide Servicestellen zur Vermittlung von Behandlungsterminen auf die bereits vorhandenen Strukturen zurückgreifen werden. Insofern ist eine Mehrfachförderung einer gemeinsam genutzten Struktur zur Terminvermittlung auszuschließen.

Des Weiteren ist zwingend durch eine gesetzliche Regelung vorzugeben, dass die Aufbringung der Mittel der Kassenärztlichen Vereinigung für eine anteilige Finanzierung durch eine gleichmäßige finanzielle Beteiligung aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringenden gewährleistet wird.

Die Verpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einen jährlichen Bericht über die Anzahl und den jeweiligen Stand der Vereinbarungen zu erstellen, wird begrüßt. Ausdrücklich begrüßt wird auch die vorgesehene barrierefreie Veröffentlichung des Berichts durch die KBV im Internet.

C) Änderungsvorschlag

Änderungsvorschlag: § 105 Absatz 1b Satz 1 (neu) wird wie folgt geändert:

„Jede Kassenärztliche Vereinigung **kann vereinbart** jährlich mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich einen von den der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zum einen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zum anderen in jeweils gleicher Höhe über die nach Absatz 1a bereitzustellenden Mittel hinaus bereitzustellenden Betrag und dessen jeweilige Verwendung zur Finanzierung der

1. nach § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 2 ~~und 3~~, Absatz 1c und § 133a von der Kassenärztlichen Vereinigung sicherstellenden Strukturen einschließlich zur digitalen Vernetzung dieser Strukturen und
2. Förderung der von den Kassenärztlichen Vereinigungen verantworteten Einrichtungen und Stellen innerhalb der Integrierten Notfallzentren und der Integrierten Notfallzentren für Kinder- und Jugendliche einschließlich Maßnahmen zur digitalen Vernetzung dieser Einrichtungen und Stellen **vereinbaren.**“

Nach Satz 1 wird folgender Satz ergänzt:

„Die Kassenärztliche Vereinigung erhebt ihren nach Satz 1 bereitzustellenden Betrag über einen einheitlichen prozentualen Abschlag auf das gesamte Honorar für Leistungen der regionalen Euro-Gebührenordnung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer als Verwaltungskostenbeitrag gemäß § 81.“

Nach dem bisherigen Satz 6 wird der folgende Satz ergänzt:

„Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, die in den Jahren 2020 bis einschließlich 2025 für die Sicherstellung des Notdienstes insgesamt

aufgewendeten finanziellen Mittel detailliert und transparent nachzuweisen; mindestens ist das im Vorjahreszeitraum von der Kassenärztlichen Vereinigung bereitgestellte Finanzvolumen auch nach Umstellung der Notdienststrukturen weiterhin alleinig von der Kassenärztlichen Vereinigung aufzubringen.“

In § 105 Absatz 1b n.F. werden die Sätze 9 und 10 gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15 – § 115e Tagesstationäre Behandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 115e Absatz 2 SGB V regelt den Anspruch auf Fahrkostenübernahme im Zusammenhang mit tagesstationären Behandlungen. Dieser ist grundsätzlich ab dem Zeitpunkt der ersten Aufnahme ausgeschlossen. Eine Ausnahme hiervon besteht für Krankenfahrten zum Krankenhaus, sofern diese im Fall einer ambulanten Behandlung nach § 60 Absatz 3 Nummer 4 SGB V (n.F.) übernahmefähig wären sowie für Notfalltransporte nach § 30 SGB V (neu).

B) Stellungnahme

Eine Anpassung des § 115e Absatz 2 erfolgt u.a. aufgrund der Herauslösung der Rettungsfahrten, die künftig als Notfalltransporte in § 30 SGB V (neu) geregelt werden. Dies erscheint folgerichtig.

Daneben soll die bisherige Regelung zum grundsätzlichen Ausschluss der Übernahme von Fahrkosten im Rahmen einer tagesstationären Behandlung folgerichtig auf Krankenfahrten und Krankentransporte ausgerichtet werden. Dies ist sachgerecht.

Das Gesetz sollte jedoch entsprechend den Vorgaben des § 8a KT-RL angepasst werden. Danach wird der Anspruch auf Fahrkostenübernahme direkt auf die Ausnahmefälle der dauerhaft mobilitätsbeeinträchtigten Versicherten nach § 60 Absatz 4 Satz 2 SGB V (n.F.) beschränkt. Hierbei handelt es sich um Personen, die nach § 60 Absatz 3 Nummer 4 SGB V (n.F.) i.V.m. § 8 Absatz 3 der KT-RL einen regelhaften Anspruch auf Übernahme der Kosten für Krankenfahrten haben. Einen solchen Anspruch im Rahmen einer tagesstationären Behandlung einzuräumen, ist sachgerecht und entspricht den Vorgaben des § 8a der KT-RL.

Weitere Ausnahmen sind nach Auffassung des G-BA nicht vorgesehen. In den Tragenden Gründe zum Beschluss vom 18.01.2024 wird klargestellt, dass Versicherte mit hochfrequenten Behandlungen nach § 8 Absatz 2 der KT-RL in der Regel ambulant behandelt werden und bei medizinischer Notwendigkeit einer stationären Behandlung nicht tagesstationär versorgt werden können. Ein darüberhinausgehender Fahrkostenanspruch bei tagesstationärer Behandlung ist daher nicht gerechtfertigt.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 15 Buchstabe a) wird wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht): „Im Rahmen der tagesstationären Behandlung besteht ab dem Zeitpunkt der ersten Aufnahme im Krankenhaus kein Anspruch auf Übernahme der Kosten für Krankentransporte und Krankenfahrten nach § 60; ausgenommen ist die Übernahme der Kosten für Krankenfahrten zum Krankenhaus, die im Fall einer ambulanten Behandlung von der Krankenkasse nach § 60 Absatz 4 Satz 23 Nummer 4 auch zu ambulanten Behandlungen übernahmefähig wären übernommen würden.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17 – § 120 – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung im Zuge der Neufassung von § 75 Absatz 1b, die klarstellt, dass auch Leistungen von Krankenhäusern und Ärztinnen und Ärzte, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, die jedoch im Rahmen der Zusammenarbeit in den Notdienst einbezogen sind, nach den für Vertragsärztinnen und -ärzte geltenden Grundsätzen aus der Gesamtvergütung zu vergüten sind.
- b) Die vorgesehene Neuregelung des Absatz 3b sieht die Streichung des bisherigen Auftrags an den G-BA vor, eine Richtlinie zu beschließen zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden. Die bisherige Regelung soll ersetzt werden durch eine Regelung, dass Krankenhäuser für ambulante Notfallbehandlungen von Patientinnen und Patienten an Krankenhausstandorten ohne Integriertes Notfallzentrum (INZ) oder INZ für Kinder und Jugendliche nur dann eine Vergütung erhalten, wenn eine Ersteinschätzung nach den Vorgaben gemäß § 123c Absatz 1 Satz 1 durchgeführt wurde, die das Ergebnis hat, dass eine Behandlung der Patientin oder des Patienten an dem jeweiligen Krankenhausstandort erfolgen kann. Der Vergütungsanspruch des jeweiligen Krankenhauses für die erbrachte Ersteinschätzungsleistung bleibt davon unberührt.

B) Stellungnahme

- a) Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.
- b) Die in Absatz 3b vorgesehene Streichung des bisherigen G-BA-Auftrags zum Beschluss einer Ersteinschätzungsrichtlinie wird bedauernd zur Kenntnis genommen. Der G-BA hatte seinen Auftrag umgesetzt und nach ausführlichen Beratungen im Jahr 2023 eine Ersteinschätzungsrichtlinie beschlossen. Die Richtlinie wurde anschließend vom BMG umfassend beanstandet und ist bis dato nicht in Kraft getreten. Wesentliche Bestandteile des bisherigen Auftrags finden sich nun in dem neu vorgesehenen Auftrag an den G-BA gemäß § 123c Absatz 1 wieder. Dies wird ausdrücklich begrüßt.

Die in Absatz 3b vorgesehene Neuregelung zur zukünftigen Vergütung ambulanter Krankenhausbehandlung von Notfällen und deren Verknüpfung mit der Durchführung einer Ersteinschätzung gemäß den Vorgaben nach § 123c Absatz 1 Satz 1 und einem entsprechenden Ersteinschätzungsergebnis wird ausdrücklich begrüßt. Damit wird die Durchführung einer Ersteinschätzung und die Vorlage eines entsprechenden Ersteinschätzungsergebnisses auch für Krankenhausstandorte ohne INZ und damit für alle nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser verpflichtend. Das ist ein wichtiger Schritt in Richtung einer effektiven und qualitätsgesicherten Patientensteuerung an allen Krankenhäusern.

Mit dem vorgesehenen Aufbau von INZ an ausgewählten Krankenhäusern (§§ 123, 123a) wird eine flächendeckende, bedarfsgerechte ambulante Notfallversorgung an Krankenhäusern sichergestellt. Die vorgesehene Einbindung von Krankenhäusern ohne INZ in die ambulante Notfallversorgung

wird daher kritisch gesehen. Eine ambulante Notfallversorgung durch Krankenhäuser ohne INZ sollte eine absolute Ausnahme darstellen und an die Voraussetzung eines unmittelbaren ärztlichen Behandlungsbedarfes des Hilfesuchenden am jeweiligen Krankenhausstandort geknüpft sein. Die Neuregelung sieht als Vergütungsvoraussetzung lediglich ein Ersteinschätzungsergebnis vor, dass eine Behandlung an dem jeweiligen Krankenhausstandort erfolgen kann. Hier braucht es zwingend eine Präzisierung im Gesetz, die einen unmittelbaren ärztlichen Behandlungsbedarf am jeweiligen Krankenhausstandort als zwingende Vergütungsvoraussetzung vorsieht. Dafür braucht es bundeseinheitliche Vorgaben, die vom G-BA festgelegt werden sollten im Rahmen seiner Richtlinie nach § 123c Absatz 1.

Alle anderen ambulanten Notfälle sollten von Krankenhäusern ohne INZ auf Grundlage des Ersteinschätzungsergebnisses an das nächstgelegene INZ verwiesen werden.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 3b wird wie folgt gefasst:

„Krankenhäuser erhalten für eine ambulante Notfallbehandlung Hilfesuchender, die diese Krankenhausstandorte mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1 Satz 2 selbständig aufgesucht haben, an einem Krankenhausstandort ohne Integriertes Notfallzentrum oder Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche ab dem nach § 123c Absatz 1 Satz 5 Nummer 4 bestimmten Zeitpunkt nur eine Vergütung, wenn die in § 123c Absatz 1 Satz 1 genannte Ersteinschätzung ergeben hat, dass eine **unmittelbare ärztliche Behandlung des Hilfesuchenden am jeweiligen Krankenhausstandort** Behandlung an dem jeweiligen Krankenhausstandort erfolgen kann-muss. Unabhängig von dem in Satz 1 genannten Ergebnis besteht ein Vergütungsanspruch für die Durchführung der in § 123c Absatz 1 Satz 1 genannten Ersteinschätzung. Die Ersteinschätzung kann als Hilfeleistung nach § 28 Absatz 1 Satz 2 erfolgen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 – § 123 (neu) – Integrierte Notfallzentren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu geschaffenen § 123 werden in Absatz 1 Integrierte Notfallzentren (INZ) definiert, die aus der Notaufnahme eines zugelassenen Krankenhauses, einer in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des betreffenden Krankenhausstandortes gelegenen Praxis der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zur notdienstlichen Akutversorgung (Notdienstpraxis) sowie der zentralen Ersteinschätzungsstelle bestehen und bundesweit flächendeckend einzurichten sind. Mit der Festlegung eines Krankenhausstandortes als INZ-Standort sind der Krankenhausträger und die zuständige KV zur Kooperation und zum Abschluss einer Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 Satz 1 verpflichtet. Die fachliche Leitung und Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle soll dem Krankenhaus obliegen, sofern in der Kooperationsvereinbarung nichts Abweichendes geregelt ist. Die notdienstliche Akutversorgung soll insbesondere durch Kooperation und organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern in INZ durch die KV sichergestellt werden. Die jeweilige KV kann von der Einrichtung einer Notdienstpraxis absehen, wenn die vertragsärztliche Versorgung von Akutfällen innerhalb der Öffnungszeiten des INZ durch einen Vertragsarzt oder eine Vertragsärztin in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des jeweiligen Krankenhausstandortes sichergestellt wird. Zudem können die Vertragsparteien eines INZ geeignete Kooperationspraxen im Umkreis des jeweiligen Krankenhausstandortes in die Kooperationsvereinbarung zur Patientenversorgung einbeziehen. Innerhalb eines INZ hat eine digitale Fallübergabe zwischen den Betriebsteilen zu erfolgen, auch ggf. mit den Kooperationspraxen.

Absatz 2 sieht vor, dass Hilfesuchende, die selbstständig ein INZ aufsuchen, in der zentralen Ersteinschätzungsstelle eine Ersteinschätzung erhalten sollen, bei der die Behandlungsdringlichkeit und die geeignete Versorgungsebene innerhalb des INZ festgestellt werden. Mit dem Verweis auf die Erbringung der Ersteinschätzungsleistung als Hilfeleistung nach § 28 Absatz 1 Satz 2 stellt die Neuregelung klar, dass die Ersteinschätzung im Wege der Delegation durch nichtärztliches Personal erbracht werden kann. Sofern nach der notdienstlichen Akutversorgung eines Hilfesuchenden im INZ eine ambulante Weiterbehandlung erforderlich ist, erfolgt eine Terminvermittlung durch das INZ in die ambulante Regelversorgung und die medizinische Verantwortung für die Versicherten geht in die vertragsärztliche Versorgung über. Darüber hinaus bietet das INZ Hilfesuchenden, die sich nach der Entscheidung der Ersteinschätzungsstelle freiwillig gegen eine Behandlung im INZ und für eine Behandlung bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer entscheiden, die Vermittlung eines Termins in der ambulanten Regelversorgung an. Die Gesetzesbegründung stellt zugleich klar, dass eine Verweisung von Hilfesuchenden nach bloßer Ersteinschätzung ohne weitere Versorgungsoption im INZ grundsätzlich nicht vorgesehen ist. Vielmehr bleibt die Entscheidung für eine Terminvermittlung in die Regelversorgung außerhalb des INZ den Hilfesuchenden vorbehalten. In den INZ sind Hilfesuchende, die nachweisen können, dass sie vor der Inanspruchnahme eine telefonische Vermittlung durch die Akutleitstelle in das INZ erhalten haben, bei gleicher Behandlungsdringlichkeit vorrangig zu behandeln. Das Nähere zum Nachweis der Vermittlung regeln die Bundesmantelvertragspartner.

Absatz 3 sieht die Unterstützung von INZ durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen (Nummer 1) sowie durch Fachärzte für Psychiatrie und

Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Nervenheilkunde bei Hinweisen auf das Vorliegen psychischer Erkrankungen (Nummer 2) im Wege telemedizinischer oder telefonischer Konsilien vor, sofern am jeweiligen Krankenhausstandort kein INZ für Kinder und Jugendliche bzw. keine Fachabteilung für Psychiatrie oder Psychosomatik vorhanden ist. Die erweiterten Landesausschüsse können Empfehlungen für die Konzeption und Koordinierung dieser Unterstützung aussprechen. Die entsprechenden INZ haben die erforderliche technische Ausstattung für die telemedizinische Anbindung vorzuhalten.

Absatz 4 der Neuregelung sieht einen jährlichen Bericht der jeweiligen KVen an die Landesplanungsbehörden über die Versorgung in den INZ, die Abweichungen von den gesetzlich vorgesehenen Öffnungszeiten der Notdienstpraxen, die Anzahl der INZ für Kinder und Jugendliche sowie den Anteil der Inanspruchnahme von INZ mit und ohne vorherigen Kontakt zur Akutleitstelle vor. Weiter ist ein jährlicher Bericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) an das BMG vorgesehen.

B) Stellungnahme

Der mit der Neuregelung des § 123 beabsichtigte flächendeckende Aufbau von INZ als zentrale Anlauf- und Steuerungsstelle für Hilfesuchende an Krankenhäusern wird ausdrücklich begrüßt. Durch die räumliche und digitale Vernetzung von zentraler Notaufnahme und KV-Notdienstpraxis am Krankenhaus, unterstützt durch ein qualifiziertes, standardisiertes und softwarebasiertes Ersteinschätzungsverfahren, kann eine am Behandlungsbedarf ausgerichtete Steuerung der Hilfesuchenden in die jeweils geeignete Versorgungsebene gelingen. Ziel ist neben einer Verbesserung der Versorgung ambulanter Akutfälle insbesondere eine spürbare Entlastung der zentralen Notaufnahmen von Not- bzw. Akutfällen mit geringer Behandlungsdringlichkeit bzw. mit einem ambulanten Versorgungsbedarf. Hierzu sieht der GKV-Spitzenverband allerdings noch deutlichen Anpassungsbedarf im Gesetzentwurf.

Zu Absatz 1

Die in Absatz 1 vorgesehene Zusammenarbeit der Notaufnahme eines Krankenhausstandortes, einer Notdienstpraxis und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle unter dem gemeinsamen Dach eines INZ entspricht den langjährigen Vorschlägen des GKV-Spitzenverbandes und wird ausdrücklich begrüßt. Wichtig ist eine engmaschige Überprüfung, ob die Maßnahme tatsächlich in der Lage ist, die Inanspruchnahme der Notaufnahmen der Krankenhäuser in Fällen mit lediglich ambulanten Versorgungsbedarf deutlich zu vermindern und die Anzahl der stationären Aufnahmen signifikant zu senken (der OECD-Durchschnitt scheint als Orientierung geeignet). Soweit diese Ziele nicht erreicht werden, muss eine Nachsteuerung erfolgen. Die regelhafte Verortung der fachlichen Leitung und der Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle beim Krankenhaus wird grundsätzlich kritisch bewertet. Die Ersteinschätzungsstelle soll die Zentrale Notaufnahme (ZNA) entlasten und dafür sorgen, dass ambulant behandelbare Fälle auch ambulant versorgt werden. Wichtig ist daher, dass die Ersteinschätzungskraft ihre Entscheidung stets weisungsfrei vom Krankenhaus trifft. Dies sollte durch entsprechende Regelungen in der Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 sichergestellt werden.

Ebenfalls sinnvoll ist die Verpflichtung zur Kooperation von als INZ-Standort festgelegten Krankenhäusern mit der zuständigen KV. Die Regelung zur digitalen Fallübergabe innerhalb des INZ wird begrüßt. Es muss jedoch bundesweit einheitliche Vorgaben zum Inhalt, zur Umsetzung, zu den

einzuhaltenden Standards und den zu verwendenden interoperablen Schnittstellen geben. Darüber hinaus sollte der Verweis in § 123 Absatz 1 vom bisherigen § 75 Absatz 1b Satz 3 auf § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 1 angepasst werden, da Satz 3 nach dem Gesetzentwurf in seiner alten Form nicht mehr existiert (vgl. Kommentierung zu § 75 Absatz 1b).

zu Absatz 2

Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich, dass der Gesetzgeber weiterhin die Einführung eines qualifizierten, standardisierten und softwarebasierten Ersteinschätzungsverfahrens vorsieht. Besonders begrüßenswert ist weiter, dass nach der vorgesehenen Neuregelung entscheidende Strukturanforderungen, wie z. B. Anforderungen an das die Ersteinschätzung durchführende Personal, bundeseinheitlich durch die Rahmenvereinbarung nach § 123a Absatz 4 festgelegt werden sollen (vgl. Kommentierung zu § 123a Absatz 4). Positiv hervorzuheben ist, dass durch den Verweis auf Hilfeleistung nach § 28 Absatz 1 Satz 2 die Ersteinschätzung auch durch nichtärztliches Personal in Folge der Delegation erfolgen kann.

Gleichwohl besteht in der vorliegenden Neuregelung im Vergleich zu der bisherigen Regelung in § 120 Absatz 3b und der hierzu vom G-BA im Jahr 2023 beschlossenen Ersteinschätzungs-Richtlinie noch Nachbesserungsbedarf. So beschränkt der Gesetzentwurf die Ersteinschätzung auf solche Hilfesuchenden, die selbstständig ein Krankenhaus aufsuchen. Damit sind PatientInnen und Patienten, die mit dem Rettungsdienst in ein Krankenhaus gebracht werden, von der Ersteinschätzung nach Absatz 2 ausgenommen. Allerdings werden auch Fälle durch den Rettungsdienst in Krankenhäuser transportiert, die keinen unmittelbaren oder dringenden Krankenhausbehandlungsbedarf aufweisen. Hierzu zählen beispielsweise Bagatellfälle wie ein verstopfter Katheter. Auch diese Patientinnen und Patienten sollten daher einer qualifizierten Ersteinschätzung unterzogen werden, um eine bedarfsgerechte Steuerung in die geeignete Versorgungsebene zu ermöglichen. In lebensbedrohlichen Notfällen kann die Ersteinschätzung hingegen bereits durch den Rettungsdienst erfolgen. Zu begrüßen ist hingegen, dass der Gesetzentwurf Hilfesuchenden nach einer Ersteinschätzung die Möglichkeit eröffnet, sich freiwillig für eine Behandlung in der vertragsärztlichen Regelversorgung zu entscheiden und hierfür eine Terminvermittlung zu erhalten. Diese Regelung unterstützt eine patientengerechte und ressourcenschonende Steuerung in der Akut- und Notfallversorgung, indem sie Behandlungsanliegen ohne unmittelbaren Akutversorgungsbedarf in die hierfür vorgesehene ambulante Regelversorgung lenkt und gleichzeitig die Versorgungskapazitäten der Integrierten Notfallzentren für dringlichere Fälle entlastet. Die vorgesehene Terminbuchung für eine ambulante vertragsärztliche Weiterbehandlung ist sinnvoll. Besonders positiv hervorzuheben ist, dass diese Möglichkeit nicht nur für Patientinnen und Patienten nach erfolgter Akutversorgung im INZ vorgesehen ist, sondern ausdrücklich auch Hilfesuchenden offensteht, die sich nach der Ersteinschätzung freiwillig gegen eine Behandlung im INZ und für eine Versorgung in der ambulanten Regelversorgung entscheiden. Allerdings greift diese rein auf Freiwilligkeit basierende Verzichtsmöglichkeit der Patientinnen und Patienten zu kurz, um die Notaufnahmen nachhaltig zu entlasten und Umgehungsmöglichkeiten (Sogeffekte) zu unterbinden. Vielmehr muss das objektive Einschätzungsergebnis die Entscheidung über die angemessene Versorgungsebene ergeben. Daher sollte das Gesetz um eine regelhafte Weiterleitungsmöglichkeit ergänzt werden, die klarstellt, dass nicht in jedem Fall eine Behandlung im INZ erfolgt, sondern für Fälle ohne dringlichen Behandlungsbedarf die vertragsärztliche Regelversorgung zur Verfügung steht. Im Sinne einer besseren Patientensteuerung ist der Regelungsentwurf insofern begrüßenswert als das Hilfesuchende, die nach

einem telefonischen Erstkontakt mit der Akutleitstelle zur Behandlung in ein INZ geleitet wurden, hier bei gleicher medizinischer Behandlungsdringlichkeit bevorzugt behandelt werden sollen. Neben medizinischer Behandlungsdringlichkeit können weitere Faktoren durch die Partner des Bundesmantelvertrags – Ärzte geregelt werden. Wichtig ist allerdings, dass die Bundesmantelvertragspartner zeitnah eine geeignete und patientenfreundliche Nachweismöglichkeit vereinbaren.

zu Absatz 3

Die vorgesehene Unterstützung von INZ durch telemedizinische und telefonische Konsile von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendmedizin sowie Fachärztinnen und -ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Nervenheilkunde, falls der Standort kein INZ für Kinder- und Jugendliche bzw. keine Fachabteilung für Psychiatrie oder Psychosomatik hat, wird grundsätzlich begrüßt.

Die Kann-Regelung für den erweiterten Landesausschuss, Empfehlungen für die landesweite Konzeption und Koordinierung dieser Unterstützung auszusprechen, ist hingegen nicht zielführend. Zur Vermeidung von Flickenteppichen in der Versorgung und aufgrund der beim G-BA vorhandenen Fachkompetenz, die in den erweiterten Landesausschüssen derzeit so nicht vorliegt, ist eine bundeseinheitliche Lösung über Vorgaben des G-BA vorzuziehen. Die Koordinierung kann hingegen durch die erweiterten Landesausschüsse erfolgen.

Zu Absatz 4

Die Berichtspflichten der KVen an die zuständigen obersten Landesbehörden sind sachgerecht. Diese Berichte sollten auch den erweiterten Landesausschüssen zur Kenntnis gegeben werden, da diese Ergebnisse für die Anpassung von Entscheidungen der erweiterten Landesausschüsse von hoher Bedeutung sind. Der jährliche Bericht der KBV ist darüber hinaus von öffentlichem Interesse und sollte daher veröffentlicht werden (analog zur Regelung in § 105 Absatz 1b in diesem Gesetzentwurf).

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 wird nach Satz 4 folgender Satz ergänzt:

„In der Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 ist festzulegen, wie in geeigneter Form aufwandsarm nachzuweisen ist, dass Mitarbeitende in der zentralen Ersteinschätzungsstelle fachlich weisungsfrei vom Krankenhausträger sind hinsichtlich der Wahl der sachgerechten Versorgungsebene.“

In § 123 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „im Sinne des § 75 Absatz 3 (Notdienstpraxis)“ durch die Wörter „gemäß § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 1“ ersetzt.

Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen **oder bei denen im Rettungswagen kein unmittelbar behandlungsbedürftiger oder lebensbedrohlicher Zustand festgestellt wurde**, trifft die zentrale Ersteinschätzungsstelle eine Entscheidung über die Behandlungsdringlichkeit und über die geeignete Versorgungsebene innerhalb des Integrierten Notfallzentrums unter Berücksichtigung der jeweiligen Kooperationspraxen **in Absatz 1 Satz 5 und Satz 7 genannten vertragsärztlichen Leistungserbringer.**“

In Absatz 2 wird in Satz 3 folgender Halbsatz ergänzt:

„[...], **das Ergebnis der Ersteinschätzung gemäß § 123c Absatz 1 Satz 1 ist für die zentrale Ersteinschätzungsstelle grundsätzlich verbindlich.**“ Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt angepasst: Nach den Worten „den für die Sozialversicherung und den für die Krankenhausplanung zuständigen obersten Landesbehörden“ werden die Worte **„und den erweiterten Landesausschüssen nach § 90 Absatz 4a“** eingefügt.

In Absatz 4 werden folgende Sätze 3 und 4 ergänzt:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht jährlich barrierefrei im Internet einen Bericht über die in Satz 1 genannten Sachverhalte, erstmals zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des siebenundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Landeskrankenhausgesellschaften sind verpflichtet, die Bevölkerung innerhalb von sechs Wochen nach Bestimmung gemäß § 123a Absatz 1 zielgerichtet und wiederholt in Form von analogen und digitalen Werbemaßnahmen über die Angebote der Akutleitstellen und der Terminservicestellen, die Standorte der Integrierten Notfallzentren, ihre Öffnungszeiten und die Inanspruchnahmevoraussetzungen zu informieren.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 – § 123a (neu) - Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im neuen § 123a wird in Absatz 1 geregelt, dass die erweiterten Landesausschüsse innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes die Standorte der INZ festlegen. Bundeswehrkrankenhäuser sollen dabei vorrangig berücksichtigt werden. Für die Festlegung von INZ-Standorten haben die erweiterten Landesausschüsse zunächst geeignete Planungsregionen festzulegen, die sich auch über Landesgrenzen erstrecken können. Ein Krankenhausstandort ist als INZ festlegbar, sofern mindestens die Anforderungen der Notfallstufe Basisnotfallversorgung gemäß den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern erfüllt sind und keine berechtigten Interessen des Krankenhauses der Festlegung entgegenstehen. Die erweiterten Landesausschüsse haben bei der Standortfestlegung verschiedene Kriterien zu berücksichtigen, insbesondere die Erreichbarkeit eines INZ-Standortes innerhalb von 30 Pkw-Fahrzeitminuten für mindestens 95 Prozent der Bevölkerung, die Anzahl der zu versorgenden Bevölkerung, die Erreichbarkeit des INZ-Standortes mit dem öffentlichen Nahverkehr, das Bestehen einer KV-Notdienstpraxis in unmittelbarer Nähe zum Standort sowie die Möglichkeit, Kooperationspraxen einzubeziehen. Auch für den Fall, dass mehrere Krankenhausstandorte als INZ für eine Planungsregion geeignet sind, sieht der Gesetzentwurf Auswahlkriterien vor, u. a. eine höhere Notfallstufe, Fallzahlen, das Vorhalten notfallmedizinisch relevanter Fachabteilungen sowie das Bestehen einer KV-Notdienstpraxis in der ZNA des Krankenhauses. Wenn es zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist, können die erweiterten Landesausschüsse von den gesetzlich vorgegebenen Kriterien abweichen.

Die Neuregelung regelt auch die Konfliktlösung für den Fall, dass die erweiterten Landesausschüsse innerhalb der vorgegebenen Frist nicht zu einer Einigung über die Festlegung der INZ-Standorte kommen. So hat die zuständige oberste Landesbehörde zunächst eine Nachfrist zu setzen, danach erfolgt die Festlegung durch die zuständige oberste Landesbehörde innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der Nachfrist. Die Standortfestlegung unterliegt einer regelmäßigen Überprüfung durch die erweiterten Landesausschüsse.

Absatz 2 der Neuregelung sieht eine verbindliche Kooperationsvereinbarung zur Organisation des INZ zwischen der zuständigen KV und dem jeweiligen Krankenhausträger vor. Dabei sind die Rahmenvorgaben nach Absatz 4 zu beachten. Sind weitere Leistungserbringer nach § 123 Absatz 1 Satz 5 oder Kooperationspraxen nach § 123 Absatz 1 Satz 7 einbezogen, sind auch diese Partei der Kooperationsvereinbarung. Die Kooperationspartner sollen ein gemeinsames Qualitätsmanagement durchführen und sind befugt, die hierfür erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten. Die Mindestinhalte der Kooperationsvereinbarung sollen das Nähere zur Durchführung der Ersteinschätzung bis zu dem vom G-BA festgelegten Zeitpunkt, zur Anmietung oder Bereitstellung von Räumen, Einrichtungs- und Verbrauchsmaterialien der Notdienstpraxis sowie zur Nutzung der technischen und diagnostischen Einrichtungen des jeweiligen Krankenhauses einschließlich der hierfür zu entrichtenden Entgelte umfassen. Darüber hinaus legt Absatz 2 Mindestöffnungszeiten für die Notdienstpraxen fest: an Wochenenden und Feiertagen von 9:00 bis 21:00 Uhr, mittwoch- und freitagnachmittags von 14:00 bis 21:00 Uhr sowie montags, dienstags und donnerstags mindestens von 18:00 bis 21:00 Uhr. Kürzere Öffnungszeiten können in der Kooperationsvereinbarung vereinbart werden, sofern die gesetzlich vorgesehenen Öffnungszeiten nachweislich nicht bedarfsnotwendig sind.

Ferner sind für die digitale Fallübergabe bundeseinheitlich definierte, digitale Schnittstellen und Standards nach dem 12. Kapitel festzulegen.

Absatz 3 regelt die Konfliktlösung für Fälle einer fehlenden oder nicht fristgerechten Einigung über die Kooperationsvereinbarung nach Absatz 2. In diesen Fällen soll die Kooperationsvereinbarung durch eine unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten nach Bestimmung der unabhängigen Schiedsperson festgelegt werden. Kommt eine Einigung der Kooperationspartner über eine unabhängige Schiedsperson nicht zustande, wird diese innerhalb von einem Monat von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde bestimmt.

Absatz 4 sieht eine Rahmenvereinbarung von KBV, GKV-Spitzenverband und DKG über die Vorgaben zur Zusammenarbeit in INZ innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes vor. Die Vertragspartner haben insbesondere Vorgaben zur Organisation eines INZ, zur personellen Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle inklusive notwendiger Qualifikationen, zur Vernetzung und interoperablen Fallübergabe innerhalb von INZ sowie zwischen INZ und Kooperationspraxen, zu den Voraussetzungen zur Weiterleitung von Hilfesuchenden an Kooperationspraxen sowie Vorgaben für den Fall wiederholter, schwerwiegender Verstöße gegen die Kooperationsvereinbarung zu vereinbaren. Als Konfliktlösung sieht die Neuregelung die Entscheidung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums nach § 89a Absatz 2 vor. Zudem ist die Möglichkeit vorgesehen, dass die Vertragsparteien vor Ort in ihrer Kooperationsvereinbarung von den Vorgaben der Rahmenempfehlung abweichen können, sofern dies aufgrund lokaler Besonderheit erforderlich ist.

B) Stellungnahme

Zu Absatz 1

Die erweiterten Landesausschüsse sind grundsätzlich geeignete Gremien, um Entscheidungen zu sektorenübergreifenden Fragestellungen zu treffen. Allerdings werden den Ländern weitgehende Rechte zur Festlegung von INZ-Standorten zugewiesen, sofern der erweiterte Landesausschuss nicht innerhalb von sechs Monaten zu einer Mehrheitsentscheidung gekommen ist. Hier ist zu befürchten, dass neben sachbezogenen Erwägungen auch tagespolitische Kriterien für Entscheidungen herangezogen werden. Daher sollte einer Entscheidung der erweiterten Landesausschüsse zwingend auf Basis von gesetzlichen Auswahlkriterien erfolgen, die im vorliegenden Gesetzentwurf noch zu konkretisieren sind.

Der Ansatz des Gesetzgebers in Absatz 1, Kriterien vorzugeben, sowie die grundsätzliche Auswahl der Kriterien für die Festlegung von INZ-Standorten werden begrüßt. Die vorgesehene Bevorzugung von Bundeswehrkrankenhäusern vorrangig zu den gesetzlich vorgesehenen Auswahlkriterien erscheint hingegen nicht sachgerecht. Daher wird diese Regelung abgelehnt. Einige der vorgesehenen Kriterien erscheinen im Sinne einer bedarfsgerechten Angebotsgestaltung nicht hinreichend ausdifferenziert und in der Folge nicht unmittelbar umsetzbar. Hier besteht gesetzlicher Anpassungsbedarf. So ist der im Gesetzentwurf berücksichtigte Bevölkerungsbezug wichtig. Es fehlt jedoch eine Richtgröße, für wie viele Einwohnerinnen und Einwohner einer Planungsregion ein INZ zuständig sein soll, sowie ein Ansatz, um den Bevölkerungsbezug mit der benötigten Zahl an ärztlichen Kapazitäten eines INZ in Verbindung zu bringen (Verhältniszahl). Die Erreichbarkeit ist planungsrelevant, der öffentliche Personennahverkehr (ÖPNV) ist allerdings ungeeignet, weil sich aus der ÖPNV-Abdeckung keine sinnvollen Planungsoptionen für medizinische Versorgungsangebote ableiten lassen. So bedingt eine

geringe ÖPNV-Abdeckung in einer dünn besiedelten, ländlichen Region nicht unmittelbar einen höheren Bedarf an INZ. Es wird begrüßt, dass der Regelungsvorschlag bei der Standortauswahl eine Auswahlentscheidung zwischen mehreren geeigneten Kliniken vorsieht. Es fehlen jedoch eine bevölkerungsbezogene Obergrenze sowie eine Kapazitätsbetrachtung der KV-Notdienstpraxen. Neben den Notfallstufen, den Fallzahlen und der Frage, ob am Standort bereits eine KV-Notdienstpraxis besteht, ist es zudem relevant, ob es sich um ein Sicherstellungshaus handelt. Sachgerecht erscheint eine gleichwertige Priorisierung zu bestehenden Notdienstpraxen der KV. Die vorgesehene explizite Benennung notfallrelevanter Fachabteilungen als Priorisierungskriterium erscheint vor dem Hintergrund des Kriteriums einer höheren Notfallstufe (Satz 6 Nummer 1) obsolet. Denn die Mindestvorgaben des G-BA zu den Notfallstufen umfassen bereits eine Auflistung der jeweils am Krankenhausstandort vorzuhaltenden notfallrelevanten Fachabteilungen. Zudem sind die aufgeführten notfallrelevanten Fachabteilungen nicht als gleichwertig für eine flächendeckende Notfallversorgung anzusehen. So sind der Fachabteilung der Inneren Medizin sowie den chirurgischen Fachabteilungen eine deutlich höhere und breitere Notfallrelevanz zuzusprechen als den psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen. Die Regelung zur Bestimmung von INZ-Standorten abweichend von den genannten Kriterien zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung ist grundsätzlich nachvollziehbar. Es sollte allerdings ermöglicht werden, dass in diesen Fällen neben einem zusätzlichen INZ-Standort gleichfalls auch eine bedarfsgerechte notdienstliche Akutversorgung durch die aufsuchenden Dienste gemäß § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 3 in Betracht gezogen werden kann. Bei einer geringen Bevölkerungsdichte und fehlenden Krankenhausstandorten dürfte dies vielfach die wirtschaftlichere Versorgungsstruktur darstellen.

Zu Absatz 2

Der Ansatz des Gesetzentwurfes, die Zusammenarbeit in einem INZ mittels einer verpflichtenden Kooperationsvereinbarung der Beteiligten zu organisieren, erscheint sachgerecht. Ausschlaggebend sind dabei die bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben nach Absatz 4. Hier sollte die Verbindlichkeit der Geltung der Rahmenvorgaben für die Kooperationsvereinbarung vor Ort erhöht werden. Ausdrücklich begrüßt wird, dass wesentliche Strukturanforderungen, wie z. B. die personelle Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle und die Qualifikationsanforderungen an das Fachpersonal sowie die Voraussetzungen zur Weiterleitung von Hilfesuchenden an Kooperationspraxen, nun den bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben nach Absatz 4 genügen müssen. Denn für eine bundesweit hoch- und gleichwertige Versorgungsstruktur müssen die zentralen Strukturanforderungen für INZ bundeseinheitlich festgelegt sein.

Die in Satz 6 vorgenommene gesetzliche Vorgabe von Mindestöffnungszeiten wird in ihrer Ausgestaltung im Gesetzentwurf kritisiert, da durch diese im Umkehrschluss eine Quasi-Legaldefinition von vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten entstehen würde. Während Mindestöffnungszeiten an den Wochenenden und Feiertagen begrüßt werden, sollten Mindestöffnungszeiten für die Wochentage auf Basis geeigneter bundeseinheitlicher Kriterien festgelegt werden, die das tatsächliche Patientenaufkommen berücksichtigen. Der GKV-Spitzenverband würde es als sehr problematisch bewerten, wenn der Mittwoch- und Freitagnachmittag grundsätzlich mit hoheitlicher Billigung als sprechstundenfrei verstanden würden. Routinedaten zeigen, dass die Auslastung der bestehenden ärztlichen Bereitschaftsdienstpraxen der KVen im Durchschnitt als gering beschrieben werden kann, während sich für einzelne Krankenhausstandorte hohe Auslastungen zeigen. Kritisch bewertet wird zudem, dass die Neuregelung keine Überprüfung der Einhaltung der gesetzlich vorgesehenen

Mindestöffnungszeiten und keine Sanktionierung bei Nichteinhaltung der Mindestöffnungszeiten vorsieht. Die erfolgreiche Steuerungswirkung der INZ hängt maßgeblich von der Erreichbarkeit der KV-Notdienstpraxen zu den vorgesehenen Mindestöffnungszeiten ab. Nur dann können Hilfesuchende mit lediglich ambulantem Versorgungsbedarf gezielt von den stationären Notaufnahmen in die Notdienstpraxen gesteuert und dort versorgt werden. Hier besteht Anpassungsbedarf. So sollte die Einhaltung der Mindestöffnungszeiten obligater Bestandteil der Kooperationsvereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 sein. Die Rahmenvorgaben für Verstöße gegen die Kooperationsvereinbarung nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 5 würden dann auch die Einhaltung der Mindestöffnungszeiten umfassen.

Zu Absatz 3

Die vorgesehenen Schiedslösungen für die Kooperationsvereinbarungen auf der Ortsebene (Absatz 2) sind grundsätzlich sachgerecht.

Zu Absatz 4

Die in Absatz 4 vorgesehene Rahmenvereinbarung der Vertragsparteien auf der Bundesebene zu Vorgaben für die Zusammenarbeit in den INZ wird ausdrücklich begrüßt. Zur Sicherstellung einer flächendeckend gleichwertigen Notfallversorgung ist es essenziell, dass zentrale Strukturanforderungen bundeseinheitlich festgelegt werden. Nur so kann eine bundesweit hoch- und gleichwertige Versorgungsstruktur für Notfälle sichergestellt werden. Dies betrifft auch die Zusammenarbeit von Krankenhäusern und KVen in den INZ einschließlich der Vorgaben zur personellen Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle und die erforderlichen Qualifikationsanforderungen des Fachpersonals, der Voraussetzungen für die Weiterleitung von Hilfesuchenden in eine Kooperationspraxis sowie des Umgangs mit nicht eingehaltenen Vorgaben. Letzteres sollte explizit auch den Umgang mit nichteingehaltenen Mindestöffnungszeiten von Notdienstpraxen umfassen.

Die in Absatz 4 vorgesehene Konfliktlösung über das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a Absatz 2 wird in der derzeitigen Ausgestaltung des Schiedsgremiums kritisiert, da das Schiedsgremium keine Parität zwischen den Leistungserbringern auf der einen Seite und der Kostenträgerseite auf der anderen Seite vorsieht.

C) Änderungsvorschlag

§ 123a Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„¹Der erweiterte Landesausschuss im Sinne des § 90 Absatz 4a Satz 1 legt erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser fest, an denen Integrierte Notfallzentren einzurichten sind. ²Bei der Festlegung der Standorte sind die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung zu beachten. ³Ein Krankenhausstandort kann als Standort für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums festgelegt werden, wenn

1. dieser Krankenhausstandort mindestens die Voraussetzungen der Notfallstufe Basisnotfallversorgung gemäß den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem

gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ **in der jeweils geltenden Fassung** erfüllt und

2. keine berechtigten Interessen des Krankenhauses entgegenstehen, die das Interesse an einer flächendeckenden Versorgung durch Integrierte Notfallzentren überwiegen.

⁴Bei der Festlegung nach Satz 1 **haben der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a sowie in Fällen nach § 123a Absatz 1 Satz 9 die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde** insbesondere folgende Kriterien zu berücksichtigen:

3. **eine Planungsregion für die Festlegung von Standorten nach Satz 1 sind die Kreise und kreisfreien Städte; in Großstädten kann abweichend von Satz 5 Nummer 1 erster Halbsatz die Planung auf der Ebene von Bezirken oder Stadtteilen erfolgen,**
4. **die Anzahl der für eine Planungsregion festzulegenden Standorte richtet sich nach der zu versorgenden Bevölkerung in der jeweiligen Planungsregion; ein Standort nach Satz 1 versorgt mindestens 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner,**
5. **ein Standort an einem Krankenhaus mit einer Basisnotfallstufe versorgt dabei maximal 150.000 Einwohnerinnen und Einwohner; ein Standort an einem Krankenhaus mit erweiterter oder umfassender Notfallstufe versorgt maximal 350.000 Einwohnerinnen und Einwohner,**
6. **ein weiterer Standort in einem Planungsbereich erfordert mindestens 100.000 ansonsten unversorgte Einwohnerinnen und Einwohner,**
7. **wird die Mindesteinwohnerzahl nicht erreicht oder liegt in einer Planungsregion kein Krankenhausstandort, können die zu versorgenden Einwohnerinnen und Einwohner auf umliegende Planungsbereiche aufgeteilt werden, die deren Mitversorgung übernehmen,**
8. **die personellen Kapazitäten in den jeweiligen KV-Notdienstpraxen haben die Anzahl der zu versorgenden Einwohnerinnen und Einwohner im Planungsbereich entsprechend zu berücksichtigen.**

⁵Wenn in einer Planungsregion mehrere Krankenhausstandorte für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums gleich geeignet sind, **erfolgt die Festlegung eines Standortes bzw. mehrerer Standorte nach Satz 1 schrittweise nach der folgenden Reihenfolge:**

1. **Krankenhausstandort mit der höchsten Notfallstufe,**
2. **Krankenhausstandort mit einer bestehenden KV-Notdienstpraxis, die die Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 123c Absatz 1 Satz 6 Nummer 1 erfüllt,**
3. **Krankenhausstandort mit den meisten abgerechneten ambulanten Notfallpauschalen im Kalenderjahr vor der erstmaligen Standortfestlegung und**
4. **Krankenhausstandort mit der höchsten stationären Fallzahl im Kalenderjahr vor der erstmaligen Standortfestlegung nach Satz 1.**

⁶Für Planungsregionen mit weniger als 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern können abweichend von Satz 5 Nummer 3 Krankenhausstandorte auch dann als Standort eines Integrierten Notfallzentrums nach Satz 1 festgelegt werden, die für das Jahr 2027 auf die Liste

nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen wurden und mindestens die Voraussetzungen der Notfallstufe Basisnotfallversorgung gemäß den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ in der jeweils geltenden Fassung erfüllen.⁷Die nach Satz 1 festgelegten Standorte sind in den Bedarfsplänen gemäß § 99 abzubilden.“

Hilfsweise wird § 123a Absatz 1 Satz 7 wie folgt gefasst:

„Der erweiterte Landesausschuss im Sinne des § 90 Absatz 4a Satz 1 kann eine Festlegung nach Satz 1 abweichend von den Sätzen 4 bis 6 treffen, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist, **und einer Versorgung durch den aufsuchenden Dienst gemäß § 75 Absatz 1b Satz 4 Nummer 3 nicht wirtschaftlicher ist.**“

In Absatz 2 wird nach Satz 1 folgender neuer Satz ergänzt:

„Die Kooperationsvereinbarung nach Satz 1 ist von dem zuständigen erweiterten Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a zu genehmigen.“

In Absatz 2 wird Satz 3 wie folgt ergänzt:

„Die jeweiligen Parteien der Kooperationsvereinbarung sollen ein gemeinsames Qualitätsmanagement **nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses** durchführen.“

In Absatz 2 Satz 5 werden folgende neue Nummern 4 und 5 ergänzt:

„[...]“

- 5. zum Nachweis der Weisungsfreiheit des Personals in der zentralen Ersteinschätzungsstelle des Integrierten Notfallzentrums,**
- 6. zur Einhaltung der Mindestöffnungszeiten nach Satz 6 und 7.“**

Absatz 2 Satz 6 wird wie folgt geändert:

„Die Notdienstpraxis ist mindestens an Wochenenden und Feiertagen von 9 bis 21 Uhr, ~~am Mittwoch und Freitag von 14 bis 21 Uhr und Montag, Dienstag und Donnerstag von 18 bis 21 Uhr zu öffnen~~ **und Montag bis Freitag von 18 bis 21 Uhr zu öffnen.**“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 – § 123b (neu) - Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass die erweiterten Landesausschüsse Standorte für Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche einrichten können. Weiter ist vorgesehen, dass die erweiterten Landesausschüsse erstmals sechs Monate nach Inkrafttreten der Regelung über die Einrichtung von INZ-Standorten für Kinder und Jugendliche zu entscheiden haben. Voraussetzung für die Einrichtung an einem Krankenhaus ist einerseits das Vorliegen des Moduls Notfallversorgung Kinder am Krankenhaus gemäß den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern und andererseits, dass keine berechtigten Interessen gegen die Einrichtung bestehen. Für Letzteres ist insbesondere die ausreichende Verfügbarkeit von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendmedizin ein Kriterium. Ansonsten gelten die gleichen Regelungen wie für INZ nach den § 123 Absatz 1, 2, 3 Satz 1 Nummer 2, Satz 2 und 3 und Absatz 4 sowie § 123a Absatz 1 Satz 12 bis 14 und Absatz 2 bis 4.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Möglichkeit zur Einrichtung von INZ für Kinder und Jugendliche. Die Regelung ist jedoch als „Kann-Regelung“ formuliert, ohne dass bundeseinheitlich verbindliche Kriterien für die Gründung oder Nichtgründung von INZ für Kinder und Jugendliche gelten. Mit der vorgesehenen verpflichtenden erstmaligen Entscheidung des erweiterten Landesausschusses zur Einrichtung von INZ für Kinder und Jugendliche wird zwar eine zumindest einmalige Entscheidung verbindlich gemacht. Dennoch ist vor diesem Hintergrund ein bundesweiter Flickenteppich in der Versorgung zu befürchten.

Der GKV-Spitzenverband spricht sich dafür aus, dass der G-BA, wie auch für INZ, bundeseinheitliche Kriterien (Anwendung eines Ersteinschätzungsinstruments, Kriterien zur Standortauswahl, Qualifikation, Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung, Kooperationspraxen und ausreichende Verfügbarkeit von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendmedizin) für INZ für Kinder und Jugendliche erarbeitet. Die erweiterten Landesausschüsse sollten die Standorte auf Basis dieser Kriterien festlegen.

C) Änderungsvorschlag

§ 123b Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Der erweiterte Landesausschuss im Sinne des § 90 Absatz 4a Satz 1 kann **auf Basis der Kriterien nach § 123a Absatz 1 Satz 5 und 6 und abhängig von der Verfügbarkeit von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendmedizin** Standorte zugelassener Krankenhäuser festlegen, an denen Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche einzurichten sind.“ § 123b Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 wird wie folgt gefasst: „1. dieser Krankenhausstandort die in § 25 Absatz 2 bis 4 der „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), die zuletzt durch den Beschluss vom 18. Juni 2025 (BAnz AT 28.08.2025 B3) geändert worden sind, **in der jeweils geltenden Fassung** genannten Kriterien erfüllt und“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 – § 123c (neu) - Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ersteinschätzung an Krankenhausstandorten und zu Anforderungen an ambulante Leistungserbringer des Integrierten Notfallzentrums

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung in § 123c sieht die Einführung einer standardisierten, softwaregestützten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden vor, die in einem Notfall selbstständig ein Krankenhaus aufsuchen.

Absatz 1 sieht eine Richtlinie des G-BA zu Vorgaben für eine qualifizierte, standardisierte, softwaregestützte Ersteinschätzung sechs Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes vor. Laut Begründung wird damit der bisherige G-BA-Auftrag gemäß § 120 Absatz 3b aufgehoben. Dennoch können wesentliche Vorarbeiten der bereits beschlossenen Richtlinie in die neue Richtlinie mit einfließen. An Krankenhäusern mit INZ bzw. INZ für Kinder und Jugendliche soll die Ersteinschätzung die Entscheidung der zentralen Ersteinschätzungsstelle über die Behandlungsdringlichkeit und die geeignete Versorgungsebene innerhalb des INZ treffen; an Krankenhäusern ohne INZ die Entscheidung, ob eine Behandlung am jeweiligen Krankenhausstandort oder eine Weiterleitung an ein INZ erfolgt. Die G-BA-Richtlinie hat Vorgaben zur Einbeziehung ärztlichen Personals in die Weiterleitungsentscheidung, zur Nachweisführung und zu Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen und Kooperationspraxen festzulegen sowie den Zeitpunkt zu bestimmen, ab dem die Ersteinschätzung verbindlich nach den G-BA-Vorgaben zu erfolgen hat. Die Neuregelung sieht zudem eine Evaluation der Auswirkungen der Richtlinie bis zum 31.12.2028 vor.

Absatz 2 sieht einen Auftrag an den ergänzten Bewertungsausschuss zur Anpassung des EBM zur Abbildung einer Einzelleistung für die Ersteinschätzung vor. Weiter ist eine Evaluation der Auswirkungen des Beschlusses auf die Entwicklung der nach dem EBM vergüteten ambulanten Leistungen der Notaufnahmen, der Notdienst- und Kooperationspraxen, auf die Honorare der vertragsärztlichen Leistungserbringer, auf die Versorgung der Versicherten und auf die Ausgaben der GKV bis zum 31.12.2028 vorgesehen. Des Weiteren hat der ergänzte Bewertungsausschuss die für die Evaluation notwendigen Fallkennzeichnungen zur Identifikation von Notaufnahmen, Notdienstpraxen und Kooperationspraxen im EBM zur beschließen.

Absatz 3 stellt klar, dass ab dem vom G-BA festgelegten Zeitpunkt die Vergütung der Ersteinschätzungsleistung die Durchführung der Ersteinschätzung gemäß den G-BA-Vorgaben voraussetzt.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Neuregelungen für eine qualifizierte, standardisierte und softwarebasierte Ersteinschätzung werden ausdrücklich begrüßt. Sie stellen einen wichtigen Schritt für eine bedarfsgerechtere, effizientere und sichere Steuerung von Hilfesuchenden an Krankenhäusern in Not- und Akutfällen dar. Damit wird der bisherige G-BA-Auftrag (§ 120 Absatz 3b) weitgehend beibehalten und wichtige Vorarbeiten können berücksichtigt werden.

Besonders begrüßt wird der Auftrag an den G-BA nach Absatz 1, zeitnah eine umfassende Ersteinschätzungs-Richtlinie zu beschließen. Damit wird eine bundesweit einheitliche, verbindliche Grundlage für die Ersteinschätzung geschaffen. Die Möglichkeit, auf die im Rahmen des bisherigen Auftrags nach § 120 Absatz 3b erarbeiteten Vorarbeiten zurückzugreifen, gewährleistet Kontinuität, vermeidet Doppelstrukturen und beschleunigt die Umsetzung. Positiv bewertet wird auch die explizite Verbindlichkeit des Ersteinschätzungsergebnisses für alle Krankenhäuser: An Krankenhäusern mit INZ entscheidet die Ersteinschätzung über die Behandlungsdringlichkeit und die geeignete Versorgungsebene und an Krankenhäusern ohne INZ über die Behandlungsnotwendigkeit vor Ort oder die Weiterleitung des Hilfesuchenden in ein INZ. Positiv hervorzuheben ist zudem, dass der G-BA verbindliche und einheitliche Vorgaben zur Einbeziehung ärztlichen Personals in Weiterleitungsentscheidungen und zu Mindestanforderungen an die Ausstattung von Notdienstpraxen an INZ festlegen soll. Dies stärkt die medizinische Qualität und Akzeptanz der Ersteinschätzung und schafft Transparenz, Vergleichbarkeit und Verlässlichkeit für die ambulante Notfallversorgung in INZ. Beides sind zentrale Voraussetzungen für eine hochwertige und wirtschaftliche Versorgung. Ferner ist die Festlegung eines konkreten Zeitpunkts, ab dem die Ersteinschätzung verbindlich nach den Vorgaben der G-BA-Richtlinie zu erfolgen hat, ein wichtiger Beitrag zur Rechtssicherheit und zur einheitlichen Umsetzung in der Praxis.

Kritisch beurteilt wird die Einschränkung, dass die G-BA-Vorgaben zur Ersteinschätzung nur für solche Hilfesuchenden gelten sollen, die selbstständig ein Krankenhaus aufsuchen. Damit sind Patientinnen und Patienten, die mit dem Rettungsdienst in ein Krankenhaus gebracht werden, von den Vorgaben der Richtlinie ausgenommen. Nicht alle der mit dem Rettungsdienst in ein Krankenhaus gebrachten Patientinnen und Patienten weisen jedoch einen dringenden Behandlungsbedarf auf. Auch diese Patientinnen und Patienten sollten daher zwingend ersteingeschätzt werden. In lebensbedrohlichen Notfällen kann die Ersteinschätzung durch den Rettungsdienst erfolgen.

Der in Absatz 2 vorgesehene Auftrag an den (ergänzten) Bewertungsausschuss zur Anpassung des EBM zur Abbildung einer Einzelleistung für die Ersteinschätzung ist nachvollziehbar, um der zukünftig andersartigen Leistungsaufteilung zwischen den Trägern eines INZ gerecht zu werden. Hierzu sollten die bisherigen Notfallpauschalen entsprechend ausgabenneutral im Hinblick auf die Einzelleistung für die Ersteinschätzung differenziert werden. Es wird begrüßt, dass zur Umsetzung des Evaluationsauftrages an den ergänzten Bewertungsausschuss künftig vorgesehen ist, dass der Bewertungsausschuss sowie der ergänzte Bewertungsausschuss die hierfür notwendige Fallkennzeichnung zur Identifikation von Notaufnahmen, Notdienstpraxen und Kooperationspraxen beschließen.

Die in Absatz 3 vorgesehene Klarstellung, dass die Vergütung der Einzelleistung für die Ersteinschätzung ab dem vom G-BA festgelegten Zeitpunkt die Durchführung der Ersteinschätzung entsprechend der G-BA-Vorgaben voraussetzt, wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

§ 123c Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:

„Diese dient der Ermittlung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbstständig einen Krankenhausstandort

aufsuchen **oder bei denen im Rettungswagen kein unmittelbar behandlungsbedürftiger, lebensbedrohlicher Zustand festgestellt wurde.**“

§ 123c Absatz 1 Satz 5 wird um folgende neue Nummer 5 ergänzt:

„5. ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren, auf dessen Grundlage die Vermittlung in Akutfällen nach § 75 Absatz 1c Satz 3 zu erfolgen hat.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19 – § 133 (neu) – Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung des § 133 ersetzt die bisherige Regelung zur Vergütung rettungsdienstlicher Leistungen. Ziel ist es, die rettungsdienstliche Versorgung künftig nicht mehr als bloßen Fahrkostenersatz auszugestalten, sondern als leistungsgerechte, an den einzelnen Leistungsbereichen der medizinischen Notfallrettung ausgerichtete Vergütung gemäß § 30 (neu). Hierdurch soll der Leistungsanspruch der gesetzlich Versicherten auf medizinische Notfallrettung sowie dessen Finanzierung durch die GKV sachgerecht und systemkonform abgesichert werden.

Nach der vorgesehenen Regelung erfolgt die Finanzierung der medizinischen Notfallrettung künftig ausschließlich auf Grundlage von auf Landesebene abgeschlossenen Verträgen und Vereinbarungen. Hierzu schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den nach Landesrecht vorgesehenen Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung Verträge oder Vereinbarungen, die differenziert nach den einzelnen Leistungsbereichen der medizinischen Notfallrettung gemäß § 30 (neu) (Notfallmanagement, medizinische Notfallversorgung und Notfalltransport) ausgestaltet sind. Vertragspartner auf Leistungserbringerseite können beispielsweise die Träger der Rettungsleitstellen der 112 sowie die Leistungserbringer des Rettungsdienstes sein. Ohne den Abschluss entsprechender Verträge oder Vereinbarungen sollen künftig keine Vergütungsansprüche gegenüber den Krankenkassen bestehen. Kommt auf Landesebene keine Einigung über den Abschluss von Verträgen oder Vereinbarungen zustande, ist ein Schiedsstellenverfahren vorgesehen.

Grundlage der Vergütungsverträge und -vereinbarungen sind vollständige, transparente und überprüfbare Kalkulationsdaten, die von den Leistungserbringern in elektronischer Form vorzulegen sind. Die erstattungsfähigen Kosten sind dabei ausdrücklich auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 (neu) begrenzt. Kosten für weitere öffentliche Aufgaben, die nicht der medizinischen Notfallrettung zuzuordnen sind, insbesondere Aufgaben des Brand- oder Katastrophenschutzes, bleiben unberücksichtigt. Darüber hinaus sind Kosten, die aus besonderen landesweiten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben der Leitstellen nach § 133g (neu) resultieren, auszuweisen. Diese Kosten werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Wege eines Umlageverfahrens getragen.

Die Verträge und Vereinbarungen haben die besonderen Anforderungen des Gesundheitsleitsystems nach § 133a (neu) sowie die auf Bundesebene beschlossenen Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung zu berücksichtigen.

Übergangsweise wird für einen Zeitraum von zwölf Monaten nach Verkündung des Gesetzes ermöglicht, Leistungen weiterhin nach der bisherigen Rechtslage gegenüber der GKV abzurechnen. In diesem Zeitraum behalten Versicherte einen Anspruch auf Kostenübernahme, sofern die Entgelte auf landes- oder kommunalrechtlicher Grundlage festgelegt sind.

Darüber hinaus wird der GKV-Spitzenverband verpflichtet, durch Richtlinien und Musterverträge nähere Vorgaben zu den wesentlichen Inhalten sowie zu einer möglichst einheitlichen Ausgestaltung

der Entgeltverträge und -vereinbarungen zu treffen. Er hat die wesentlichen Inhalte der Verträge jährlich gegenüber dem BMG zu berichten. Entsprechend werden für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Meldepflichten gegenüber dem GKV-Spitzenverband begründet, zu deren Ausgestaltung dieser näheren Regelungen zu treffen hat.

B) Stellungnahme

Die Abkehr von der reinen Erstattung von Fahrtkosten und die damit verbundene differenzierte Leistungsaufteilung sind sachgerecht und werden ausdrücklich begrüßt. Durch die transparente Zuordnung der Kosten wird eine leistungsgerechte Finanzierung ermöglicht. Jedoch ist es erforderlich die von der GKV zu tragenden Kosten gegenüber Aufgaben der öffentlichen Gefahrenabwehr (z. B. Brand- und Katastrophenschutz) klar abzugrenzen. Die Kosten müssen nachvollziehbar zugeordnet werden können, sodass die Finanzierungsverantwortung von GKV für Leistungen der medizinischen Notfallrettung eindeutig von den Aufgaben der öffentlichen Daseinsvorsorge abgegrenzt und jeweils eindeutig bestimmbar sind. Sofern eine anteilige Beteiligung der GKV an der Finanzierung von Investitions- und Vorhaltekosten zukünftig gesetzlich vorgesehen sein sollte, muss als zwingende Voraussetzung eine verbindliche Beteiligung der Krankenkassen an der Bedarfsplanung gewährleistet sein. Eine Vergütung durch die GKV darf dabei ausschließlich für Strukturen erfolgen, die von beiden Seiten übereinstimmend als bedarfsgerecht festgestellt wurden. Eine vollständige oder überwiegende Finanzierung von Investitions- und Vorhaltekosten durch die Krankenkassen ist auszuschließen. Für den Fall unterschiedlicher Positionen bei der Bedarfsfeststellung ist zudem ein verbindlicher Konfliktlösungsmechanismus im Gesetz zu verankern. Ebenso ist eine Finanzierungsbeteiligung der PKV sicherzustellen.

Die Einführung vertraglicher Regelungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einerseits und den nach Landesrecht vorgesehenen Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung andererseits stellt einen wesentlichen Fortschritt dar und schafft die Grundlage für eine wirtschaftliche und an den tatsächlichen Leistungen orientierte Vergütung.

Die vorgesehene Verpflichtung zur Vorlage elektronisch überprüfbarer Kalkulationsdaten erhöht die Transparenz der Kostenstrukturen und ermöglicht eine sachgerechte und nachvollziehbare Vergütungsbemessung. Ebenso ist die klare Abgrenzung zusätzlicher öffentlicher Aufgaben, die nicht vom Leistungsumfang des § 30 (neu) erfasst sind, sachgerecht und geeignet, die GKV vor der Übernahme sachfremder Kosten zu schützen. Insgesamt stärken die vorgesehenen Regelungen damit eine leistungsbezogene Ausgestaltung der Vergütung rettungsdienstlicher Leistungen.

Die Abgrenzung der Kosten bleibt jedoch an einzelnen Stellen unklar, insbesondere soweit Vernetzungs- und Koordinierungsaufgaben des Notfallmanagements allein von der GKV finanziert werden sollen (Absatz 3). Diese Aufgaben werden unabhängig vom Versicherungsstatus vorgehalten, sind nicht ausschließlich gesetzlich Versicherten zugeordnet und weisen damit zugleich einen Bezug zur öffentlichen Daseinsvorsorge auf. Eine alleinige Finanzierung durch die GKV wäre daher nicht sachgerecht. Soweit eine Finanzierung dieser Aufgaben über die Krankenversicherungssysteme vorgesehen wird, ist jedenfalls eine angemessene Beteiligung der privaten Krankenversicherung vorzusehen. Andernfalls würden Kosten für übergreifende Strukturen der medizinischen Notfallrettung einseitig den gesetzlich Versicherten zugewiesen. Zudem werden Vergütungsregelungen für Krankentransporte und Krankenfahrten außerhalb der Notfallrettung systemwidrig in das Leistungsrecht (§ 60 Absatz 5 Satz 2 und 3 sowie Absatz 6 n. F.) verlagert.

Die vorgesehene Einbeziehung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen in die Vertragsgestaltung ist grundsätzlich zu begrüßen.

Schließlich ist die dem GKV-Spitzenverband eingeräumte Kompetenz zur Vorgabe von Richtlinien, Musterverträgen und Berichtspflichten zu begrüßen. Diese Regelungen leisten einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung einer bundesweit möglichst einheitlichen, transparenten und vergleichbaren Vertrags- und Vergütungspraxis und tragen dazu bei, einheitliche Qualitätsstandards zu etablieren sowie stark divergierende landesrechtliche Ausgestaltungen zu begrenzen.

C) Änderungsvorschlag

§ 133 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt geändert:

„Bei der Kalkulation der Entgelte dürfen nur Kosten berücksichtigt werden, die der **Sicherstellung Erfüllung** des Leistungsanspruchs nach § 30 dienen; Kosten für darüber hinausgehende öffentliche Aufgaben **sind hiervon abzugrenzen und** dürfen in diese Kalkulation nicht einbezogen werden.“

§ 133 Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt geändert:

„Zum Ausgleich der durch die Wahrnehmung der nach § 133g Satz 1 zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben entstehenden Kosten, **soweit diese der Erfüllung des Leistungsanspruchs nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 und § 30 Absatz 3 dienen**, vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit dem die koordinierende Leitstelle betreibenden Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 eine Pauschale.“

Zudem erfolgt in der Begründung folgende Klarstellung:

„Kosten für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 133g, die nicht ausschließlich der Erfüllung des Leistungsanspruchs der Versicherten im Rahmen des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 dienen, insbesondere solche mit öffentlicher Steuerungs- oder Gefahrenabwehrfunktion, sind von der Kalkulation der Pauschale ausgenommen und durch andere öffentliche Finanzierungsträger sicherzustellen.“

Nach § 133 Absatz 3 Satz 5 werden die folgende Sätze 6 und 7 ergänzt:

„**Die privaten Krankenversicherungsunternehmen beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Satz 2 vereinbarten Pauschale. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. mit Wirkung für die privaten Krankenversicherungsunternehmen vereinbaren das Nähere zur Bereitstellung des Betrages der in Satz 6 genannten Beteiligung.**“

Der bisherige Satz 6 wird zu Satz 8.

Nach § 133h wird ein neuer **§ 133i „Versorgung mit Krankentransporten und Krankenfahrten“** eingefügt:

- „(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen gemeinsam und einheitlich mit den nach Landesrecht vorgesehenen oder beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen Verträge über Entgelte für Krankentransporte. § 133 Absatz 2 Satz 2, 6 und 7, Absatz 4, 5 und 6 gilt entsprechend.**
- (2) Die Krankenkassen oder ihre Landesverbände schließen mit Einrichtungen oder Unternehmen Verträge über Entgelte für Krankenfahrten.**
- (3) Die vereinbarten Preise nach Absatz 1 und 2 sind Höchstpreise. Die Preisvereinbarungen haben sich an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten. Es gilt § 71 Absatz 1 bis 3.**
- (4) Abweichend von den Absätzen 1 bis 3 können die Leistungserbringer von Krankentransporten und Krankenfahrten bis zum Ablauf des [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] gegenüber den Krankenkassen in Höhe des jeweiligen nach § 133 in der am [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung berechnungsfähigen Betrages abrechnen. Werden die Entgelte für die Inanspruchnahme von Krankentransporten und Krankenfahrten nach § 60 Absatz 2 insoweit noch durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt, haben Versicherte bis zum Ablauf des [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] Anspruch auf die Übernahme der Kosten für diese Leistungen in der in § 133 in der am [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung vorgesehenen Höhe.“**

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19 – § 133a (neu) – Gesundheitsleitsystem

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung des neuen § 133a soll ein Gesundheitsleitsystem etabliert werden, das Hilfesuchende unabhängig vom jeweils genutzten Zugang – sei es über die Akutleitstelle der KVen (Rufnummer 116 117) oder über die Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 – bedarfsgerecht in die jeweils geeignete medizinische Versorgung steuert. Ziel ist eine strukturierte und einheitliche Einschätzung des gesundheitlichen Anliegens sowie eine passgenaue Zuweisung zu den vorhandenen Versorgungsangeboten.

Zu diesem Zweck wird die zuständige KV verpflichtet, auf Antrag eines Leistungserbringers des Notfallmanagements nach § 30 (neu) (Rettungsleitstelle der Rufnummer 112) eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems abzuschließen, sofern die antragstellende Rettungsleitstelle über eine softwarebasierte, standardisierte Notrufabfrage verfügt. Diese Kooperationsvereinbarung hat insbesondere Regelungen zur Abstimmung und technischen Kompatibilität der eingesetzten Abfragesysteme und Ersteinschätzungsverfahren unter Berücksichtigung der Ersteinschätzungsrichtlinie des G-BA sowie zur Festlegung der Zuständigkeiten für die Bearbeitung von Hilfeersuchen, zu einheitlichen technischen und strukturellen Anforderungen, zum gemeinsamen Qualitätsmanagement sowie zur verbindlichen, medienbruchfreien Übergabe und unverzüglichen Bearbeitung von Fällen zwischen den beteiligten Leitstellen zu enthalten.

Nicht Gegenstand der Kooperationsvereinbarung sind die weiteren Aufgaben der jeweiligen Kooperationspartner sowie insbesondere jene öffentlichen Aufgaben der Rettungsleitstellen, die mit der Notrufnummer 112 verbunden sind (etwa Aufgaben des Brand- oder Katastrophenschutzes).

Darüber hinaus ist nach Absatz 4 vorgesehen, dass im Rahmen der Kooperationsvereinbarung auch Krankentransporte nach § 60 (n. F.) sowie weitere komplementäre Dienste (z. B. Notfallpflege oder sozialpsychiatrische Dienste) vermittelt werden können, sofern diese regional verfügbar sind und eine solche Vermittlung den landesrechtlichen Vorgaben entspricht. Die nähere Ausgestaltung, insbesondere die organisatorischen und vertraglichen Modalitäten der Einbindung dieser Angebote, ist von den Parteien der Kooperationsvereinbarung mit den jeweiligen Leistungserbringern zu regeln.

Ergänzend ist eine Berichtspflicht der KBV gegenüber dem BMG vorgesehen.

B) Stellungnahme

Die Einführung eines Gesundheitsleitsystems wird grundsätzlich begrüßt. Durch die digitale Vernetzung der Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 mit den Akutleitstellen der Rufnummer 116 117 wird eine bedarfsgerechte und strukturierte Steuerung von Hilfesuchenden innerhalb der Notfallversorgung ermöglicht. Hervorzuheben sind insbesondere die gesetzlich normierte Kooperationspflicht der KVen, die verbindliche Ausgestaltung einer medienbruchfreien Datenübergabe sowie die vorgesehenen Vorgaben für ein gemeinsames Qualitätsmanagement. Ebenso zu begrüßen, sind die angestrebte Standardisierung der Abfragesysteme und der Ersteinschätzungssysteme unter Berücksichtigung der Ersteinschätzungsrichtlinie des G-BA sowie die klare Zuordnung von Zuständigkeiten im Hinblick auf das regionale Versorgungsangebot.

Unklar bleibt jedoch, wie eine flächendeckende und bundeseinheitliche Vernetzung beider Leitstellenarten im Rahmen von Gesundheitsleitsystemen sichergestellt werden soll. Die vorgesehene Regelung, die eine Einrichtung des Gesundheitsleitsystems nur auf Antrag einer Rettungsleitstelle der 112 vorsieht, birgt das Risiko einer verzögerten und uneinheitlichen Umsetzung. Dies kann insbesondere dazu führen, dass die Vorgaben nach § 133a Absatz 2 und 3 (u. a. technische Vernetzung, standardisierte Bewertung des Gesundheitszustandes auf Basis von Abfragesystemen, Qualitätsmanagement) regional sehr unterschiedlich ausgestaltet werden.

Zudem bestehen Unklarheiten hinsichtlich der Vorgaben zur Überprüfbarkeit sowie zur kontinuierlichen Qualitätssicherung der eingesetzten Abfrage- und der Ersteinschätzungssysteme. Zwar sollen die KVen auf möglichst einheitliche Vereinbarungen zur Abstimmung der Abfragesysteme hinwirken. Ob dies aufgrund des alleinigen Initiativrechts der Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 zur Gründung einer Kooperation gelingen kann, bleibt fraglich. Dies sollte aber zwingend sichergestellt werden, um eine Akzeptanz der Notrufabfragen bzw. Ersteinschätzungen zu gewährleisten.

Vor diesem Hintergrund reicht die geplante Regelung nicht aus, um eine bundesweit einheitliche und gleichwertige Notfallversorgung sicherzustellen. Es besteht die Gefahr, dass lediglich eine begrenzte Harmonisierung in einzelnen Rettungsdienstbereichen erfolgt. Eine solche partielle Angleichung mag zwar regional wirksam sein, würde jedoch den Anforderungen an ein modernes, flächendeckendes und konsistentes Gesundheitsleitsystem nicht gerecht werden und voraussichtlich weiteren Reformbedarf nach sich ziehen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19 – § 133b (neu) – Fachgremium medizinische Notfallrettung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit § 133b soll beim GKV-Spitzenverband ein Fachgremium medizinische Notfallrettung eingerichtet werden. Das Fachgremium erhält den Auftrag, bundesweit geltende Rahmenempfehlungen für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 zu erarbeiten und fortlaufend weiterzuentwickeln. Die Rahmenempfehlungen sollen insbesondere der Qualitätssicherung, der Standardisierung zentraler Verfahren sowie einer wirtschaftlichen Leistungserbringung dienen und dabei regionale Besonderheiten berücksichtigen.

Der Aufgabenbereich des Fachgremiums umfasst insbesondere die Erarbeitung von Empfehlungen zu Qualitätskriterien und Qualitätsindikatoren, zur standardisierten Notrufabfrage einschließlich darauf aufbauender Dispositions- und Steuerungsentscheidungen, zur interoperablen digitalen Vernetzung von Rettungsleitstellen der 112 sowie deren Einsatzleitsysteme, zur übergreifenden Alarmierung von Einsatzmitteln, zum Einsatz telemedizinischer Verfahren sowie besonderer Rettungsmittel, zu Handlungsempfehlungen und standardisierten Arbeitsabläufen (SOPs) sowie zu Qualifikations-, Fort- und Weiterbildungsanforderungen des rettungsdienstlichen Fachpersonals. Die Empfehlungen sollen als fachliche Grundlage für eine bundesweit abgestimmte Ausgestaltung und Umsetzung der medizinischen Notfallrettung sowie deren Qualitätssicherung dienen.

Das Fachgremium setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern des GKV-Spitzenverbandes, der Länder sowie weiterer auf Bundesebene maßgeblicher Akteure der medizinischen Notfallrettung zusammen. Vorgesehen sind 16 Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes, jeweils ein Mitglied je Land, insgesamt neun weitere stimmberechtigte Mitglieder aus dem Kreis der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, der Fachgesellschaften sowie der Fachverbände auf Bundesebene sowie ein vom BMG entsandtes Mitglied mit Mitberatungsrecht. Die Beschlussfassung erfolgt mit einfacher Mehrheit.

Den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten sowie der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen ist bei der Erarbeitung der Rahmenempfehlungen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind zu berücksichtigen. Zur Bearbeitung einzelner Themen kann das Fachgremium Ausschüsse einsetzen und weitere sachverständige Personen beteiligen. Die organisatorische Unterstützung der Arbeit des Fachgremiums erfolgt durch eine beim GKV-Spitzenverband eingerichtete Geschäftsstelle.

Die vom Fachgremium erarbeiteten Rahmenempfehlungen entfalten keine unmittelbare Rechtsverbindlichkeit, sind jedoch bei der Ausgestaltung von Verträgen und Entgeltvereinbarungen zur medizinischen Notfallrettung nach § 133 (neu) zu berücksichtigen und sollen zu einer bundesweit kohärenten fachlichen Ausrichtung der medizinischen Notfallrettung beitragen.

B) Stellungnahme

Die Einrichtung eines Fachgremiums für die medizinische Notfallrettung nach § 133b wird grundsätzlich begrüßt. Die Erarbeitung bundeseinheitlicher fachlicher Rahmenempfehlungen kann dazu beitragen, zentrale Prozesse der medizinischen Notfallrettung zu vereinheitlichen und die Qualität der Versorgung

weiterzuentwickeln. Die Vorgaben für die Notrufabfrage der 112-Leitstellen und die Ersteinschätzungssysteme in der Regel- und Notfallversorgung sollten aber unbedingt aufeinander abgestimmt werden. Nur so können deren Wirkung und Akzeptanz gewährleistet werden. Der empfehlende Charakter des Fachgremiums ist dabei grundsätzlich geeignet, eine fachliche Orientierung zu geben, ohne unmittelbare Rechtswirkungen zu entfalten. Die Rahmenempfehlungen können insbesondere bei der Ausgestaltung von Verträgen und Entgeltvereinbarungen eine wichtige unterstützende Rolle spielen und ein bundesweites Rahmenverständnis für zentrale Verfahren, Qualitätsanforderungen und fachliche Standards in der medizinischen Notfallrettung fördern.

Die vorgesehene paritätische Stimmengewichtung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Ländern erscheint grundsätzlich geeignet, unterschiedliche Perspektiven angemessen zu berücksichtigen und eine ausgewogene Entscheidungsfindung zu gewährleisten. Gleichzeitig kommt der Ausgestaltung der Entscheidungsprozesse im Fachgremium eine besondere Bedeutung zu, da die Zusammensetzung des Gremiums unterschiedliche Interessen- und Verantwortungsebenen zusammenführt. Transparenz und Nachvollziehbarkeit sind wesentliche Voraussetzungen dafür, dass die erarbeiteten Empfehlungen fachlich akzeptiert und praktisch umgesetzt werden können.

Damit die vorgesehene paritätische Stimmengewichtung ihre ausgleichende Funktion tatsächlich erfüllen kann, sollte sie nicht durch zusätzliche Stimmrechte weiterer Beteiligter faktisch verschoben werden. Es erscheint daher nicht sachgerecht, Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung mit einem Stimmrecht auszustatten. Angesichts der engen strukturellen und organisatorischen Verflechtungen zwischen Leistungserbringern und den für den Rettungsdienst verantwortlichen Ländern besteht das Risiko, dass die ausgewogene Berücksichtigung der unterschiedlichen Interessen im Gremium nicht hinreichend gewährleistet ist. Dies gilt umso mehr, als dass die Länder in diesem Zusammenhang nicht ausschließlich eine staatlich-regulierende Rolle wahrnehmen, sondern zugleich in die Träger- und Organisationsverantwortung des Rettungsdienstes eingebunden sind. Die vorgesehene Stimmparität zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Ländern kann faktisch beeinträchtigt werden, wenn Leistungserbringer, Fachgesellschaften und -verbände zusätzlich über Stimmrechte verfügen und dadurch die GKV insgesamt ein geringeres Stimmgewicht erhält. Eine beratende Einbindung der Leistungserbringer, Fachgesellschaften und -verbände erscheint daher sachgerechter, um deren fachliche Expertise einzubringen, ohne die ausgewogene Interessenberücksichtigung bei der Beschlussfassung zu gefährden.

Sofern an einem Stimmrecht für Leistungserbringer, Fachgesellschaften und -verbände festgehalten wird, sollte jedenfalls die Möglichkeit der Stimmübertragung auf Mitglieder derselben Vertretungsebene und -organisation beschränkt werden. Andernfalls besteht das Risiko, dass sich bestehende strukturelle Ungleichgewichte durch gruppenübergreifende Stimmübertragungen weiter verstärken.

Hinsichtlich der vorgesehenen Rahmenempfehlungen zur standardisierten Notrufabfrage ist festzuhalten, dass eine bundeseinheitliche fachliche Orientierung angestrebt wird. Zugleich reicht eine bloße Empfehlung zur Anwendung bestehender Systeme aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht aus. Erforderlich sind verbindliche Anforderungen an die Systeme selbst sowie eine bundesweit einheitliche Umsetzung, um rechtssichere Verfahren und eine einheitliche Qualität zu gewährleisten.

Klarstellungsbedarf besteht zudem hinsichtlich der in § 133b Absatz 6 vorgesehenen Eingriffsbefugnis des BMG. Diese ist systematisch als aufsichtsrechtliche Maßnahme in Gestalt einer Ersatzvornahme und nicht als Verordnungsermächtigung klarstellend einzuordnen. Vergleichbare Regelungen im SGB V (insbesondere § 87 Absatz 6) sind entsprechend ausgestaltet. Eine abweichende Einordnung als zustimmungsbedürftige Rechtsverordnung würde zu einer sachlich nicht gerechtfertigten doppelten Beteiligung der Länder (Benennungsherstellung und Bundesrat) führen. Zur Vermeidung von Auslegungsunsicherheiten ist daher eine entsprechende Klarstellung in der Gesetzesbegründung geboten.

Schließlich erscheint es nicht sachgerecht, dass die Finanzierung des Fachgremiums allein aus Mitteln der GKV erfolgen soll, obwohl neben dem GKV-Spitzenverband auch die Länder als stimmberechtigte Mitglieder sowie das BMG mit Mitberatungs-, Fristsetzungs- und Eingriffsbefugnissen in die Arbeit des Gremiums eingebunden sind. Angesichts des überwiegend system- und strukturbezogenen Regelungsgegenstands der erarbeiteten Rahmenempfehlungen erscheint eine ausschließliche Finanzierung durch die GKV nicht folgerichtig. Eine Beteiligung aller an der Willensbildung beteiligten Akteure an der Finanzierung würde dazu beitragen, die gemeinsame Verantwortung für Grundsatzentscheidungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Notfallrettung konsistent abzubilden und eine einseitige Belastung der Beitragsmittel der GKV-Versicherten zu vermeiden.

C) Änderungsvorschlag

Die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung sowie die maßgeblichen Fachgesellschaften und Berufsverbände sollten nicht mit einem Stimmrecht im Fachgremium ausgestattet werden. Da die vom Fachgremium erarbeiteten Rahmenempfehlungen unmittelbare Auswirkungen auf die Tätigkeit sowie auf die fachlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Leistungserbringer haben können, besteht die Gefahr, dass Entscheidungen nicht mit der erforderlichen Unabhängigkeit und Neutralität getroffen werden.

Zudem kann die enge strukturelle und organisatorische Verflechtung der Leistungserbringer mit den Landesstrukturen dazu führen, dass landespolitische oder institutionelle Erwägungen stärker in die Entscheidungsfindung einfließen als fachliche und qualitätsbezogene Gesichtspunkte. Für ein Gremium, das den Auftrag hat, bundesweit einheitliche fachliche Orientierungen für die medizinische Notfallrettung zu erarbeiten, ist dies problematisch.

Die Einbindung der fachlichen Expertise der Leistungserbringer, Fachgesellschaften und Berufsverbände ist für die Arbeit des Fachgremiums gleichwohl erforderlich und sollte weiterhin sichergestellt werden. Dies kann jedoch in angemessener Weise über Mitberatungsrechte, Stellungnahmeverfahren, Anhörungen oder die Einbindung in Arbeits- und Untergruppen erfolgen, ohne dass ein eigenes Stimmrecht eingeräumt werden muss.

Sofern an einem Stimmrecht für diese Akteursgruppen festgehalten wird, sollte zudem sichergestellt werden, dass die vorgesehene Möglichkeit der Stimmübertragung auf Mitglieder derselben Vertretungsebene („Bank“) beschränkt wird.

Daher wird § 133b Absatz 3 Satz 2 wie folgt geändert:

„Die Mitglieder nach Absatz 2 Satz 1 bis 3 **und 2** haben jeweils eine Stimme.“

Entsprechend ist Satz 4 wie folgt anzupassen:

„Das vom Bundesministerium für Gesundheit entsandte Mitglied **sowie die nach Absatz 2 Satz 3 benannten Mitglieder** ~~hat~~ **haben** ein Mitberatungsrecht.“

Darüber hinaus sollte geprüft werden, ob die Größe des Fachgremiums angesichts der Vielzahl beteiligter Akteure geeignet ist, eine effiziente, zielgerichtete und arbeitsfähige Gremienstruktur sicherzustellen. Eine stärker fokussierte Gremienstruktur könnte die Qualität und Verbindlichkeit der fachlichen Arbeit unterstützen.

Zudem erfolgt in der Begründung zu § 133 Absatz 6 SGB V folgende Klarstellung:

„Bei der in § 133b Absatz 6 vorgesehenen Möglichkeit des Bundesministeriums für Gesundheit, Rahmenempfehlungen festzulegen, handelt es sich um eine aufsichtsrechtliche Maßnahme in Gestalt der Ersatzvornahme, nicht um den Erlass einer Rechtsverordnung. Eine Zustimmung des Bundesrates ist insoweit nicht erforderlich.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19 – § 133c (neu)– Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung des § 133c sollen die rechtlichen Voraussetzungen für eine umfassende digitale Vernetzung der an der Notfall- und Akutversorgung beteiligten Akteure geschaffen und damit die Voraussetzungen für eine medienbruchfreie, sektorenübergreifende Versorgungskette im Notfall verbessert werden.

Zu diesem Zweck werden die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, die an der Notfallversorgung beteiligten zugelassenen Krankenhäuser, die zentralen Ersteinschätzungsstellen der INZ, die Akutleitstellen der KVen sowie die Ärztinnen und Ärzte im Notdienst verpflichtet, die für die weitere medizinische Diagnostik und Behandlung erforderlichen personenbezogenen Daten in strukturierter Form digital zu erheben, zu speichern, an nachfolgende Versorgungseinrichtungen zu übermitteln und von diesen entgegenzunehmen.

Die digitale Notfalldokumentation soll auf der Grundlage bundeseinheitlich definierter, digitaler und interoperabler Schnittstellen und Datensatzstandards erfolgen. Für die Festlegung dieser Standards verweist § 133c ausdrücklich auf das Zwölfte Kapitel des SGB V, um eine einheitliche und sektorenübergreifende technische Ausgestaltung sicherzustellen. Sobald die hierfür erforderlichen Komponenten und Dienste flächendeckend zur Verfügung stehen, sind für die digitale Notfalldokumentation Dienste der Telematikinfrastruktur sowie sichere Übermittlungsverfahren zu nutzen. Zudem sollen die im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung erhobenen Daten in die elektronische Patientenakte übermittelt und dort gespeichert werden.

Ein weiterer Schwerpunkt der Regelung liegt auf der Verbesserung der Patientensteuerung durch Transparenz über verfügbare Versorgungskapazitäten. § 133c ermöglicht es den zuständigen Landesbehörden, eine Stelle für ein softwarebasiertes Versorgungskapazitätennachweissystem zu benennen, in dem die aktuelle Verfügbarkeit relevanter Versorgungskapazitäten sowie Patientenzuweisungen in Echtzeit dargestellt werden. Die an der Notfallversorgung beteiligten zugelassenen Krankenhäuser werden verpflichtet, ihre Versorgungskapazitäten in dieses System einzutragen. Die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung sind zur Nutzung des Systems verpflichtet. Zugleich ist eine landes- und länderübergreifende Vernetzung der Versorgungskapazitätennachweissysteme vorgesehen, um auch über regionale Grenzen hinweg eine bedarfsgerechte Steuerung zu ermöglichen. Den Akutleitstellen der KVen soll dabei ein lesender Zugriff auf die jeweiligen Systeme eingeräumt werden.

Ergänzend regelt § 133c Anforderungen an die Einbindung von Ersthelferinnen und Ersthelfern in das Notfallmanagement. Die Alarmierung von Ersthelferinnen und Ersthelfern soll über digitale, interoperable Ersthelferalarmierungssysteme erfolgen, die untereinander vernetzt sind und bundeseinheitlichen technischen und organisatorischen Standards entsprechen. Dadurch soll insbesondere die Versorgung in zeitkritischen Notfallsituationen weiter verbessert werden.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die mit § 133c verfolgte Zielsetzung, die digitale Erhebung, Speicherung und Übermittlung von Behandlungsdaten in der Notfall- und Akutversorgung zu regeln und hierfür bundeseinheitliche technische Vorgaben festzulegen. Die Vorschrift schafft damit die Voraussetzungen für einen strukturierten Informationsaustausch zwischen den an der Notfall- und Akutversorgung beteiligten Stellen sowie für eine digitale Fallübergabe entlang der Versorgungskette.

Begrüßt wird insbesondere die Verpflichtung, Behandlungsdaten medienbruchfrei und auf Grundlage interoperabler Standards zu übermitteln. Die vorgesehene Nutzung von Diensten der Telematikinfrastruktur ist geeignet, eine sichere und sektorenübergreifende Datenübermittlung zu gewährleisten. Die perspektivische Übermittlung relevanter Behandlungsdaten in die elektronische Patientenakte ergänzt diesen Ansatz und kann dazu beitragen, Mehrfacherhebungen zu vermeiden und die Kontinuität der Versorgung zu verbessern.

Die Einführung von softwarebasierten Nachweissystemen zur Versorgungskapazität sowie die Verpflichtung der Krankenhäuser, ihre verfügbaren Versorgungskapazitäten in Echtzeit und nach einheitlichem Standard zu melden, ist sachgerecht. Darüber hinaus sollten auch mögliche Behandlungskapazitäten in der ambulant ärztlichen Versorgung eingebunden werden. Die vorgesehene Nutzbarkeit der Systeme über Ländergrenzen hinweg verbessert die Transparenz über verfügbare, notfallgeeignete Versorgungskapazitäten und unterstützt damit eine zielgerichtete Zuweisung von Patientinnen und Patienten im medizinischen Notfall.

Darüber hinaus nimmt der GKV-Spitzenverband die in § 133c vorgesehenen Regelungen zur Einbindung von Ersthelferinnen und Ersthelfern durch digitale, interoperable Ersthelferalarmierungssysteme zur Kenntnis. Die Vernetzung bestehender Systeme sowie deren Ausrichtung an bundeseinheitlichen technischen und organisatorischen Standards tragen dazu bei, die Ersthelferalarmierung sinnvoll in die digitale Notfall- und Akutversorgung einzubetten und die Versorgung in zeitkritischen Situationen zu unterstützen. Eine Finanzierungsverantwortung der GKV wird hierdurch nicht begründet. Die Regelung beschränkt sich auf die Einbindung der Systeme in die Notfallkette.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19 – § 133d (neu) – Datenübermittlung zur Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Leistungserbringer der Notfallrettung müssen jährlich anonymisierte Daten zur Qualitätssicherung elektronisch an den GKV-Spitzenverband als zentrale Datenstelle übermitteln. Diese Daten werden dort ausgewertet und in anonymisierter, zusammengefasster Form veröffentlicht. Zusätzlich erstellt die Datenstelle auf Anfrage spezifische Auswertungen für bestimmte berechnete Institutionen. Die als relevant erachteten Daten sollen per Rechtsverordnung festgelegt werden. Das Gremium nach § 133b (neu) kann Empfehlungen für die zu übermittelnden Daten geben.

B) Stellungnahme

Die Regelungen werden grundsätzlich begrüßt. Mit Ihnen wird erstmals eine transparente und bundesweit einheitliche Grundlage zur Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung geschaffen.

Zur Auswahl der zu übermittelnden Daten ist das Gremium nach § 133b (neu) einbezogen, sodass die Expertise auch für die Aufgaben der Qualitätssicherung genutzt wird. Neben der Bereitstellung von anonymisierten Auswertungen für die interessierte Öffentlichkeit können die vorgesehenen, spezifischen Auswertungen für die relevanten Behörden und Institutionen auf regionaler Ebene dazu beitragen, Unterschiede in der Versorgungsqualität sichtbar zu machen und somit auch Anhaltspunkte für die Verbesserung der Patientenversorgung liefern.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19 – § 133e (neu) Einbindung der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung in die Telematikinfrastruktur und Finanzierung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht einen verpflichtenden Anschluss an die TI für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung und Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten, Finanzierungsvereinbarung von GKV-SV, PKV-Verband sowie maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene vor.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die geplante Integration der Leistungserbringenden nach § 133 SGB V in die Telematikinfrastruktur im Sinne einer fortschreitenden Digitalisierung und Vernetzung des Gesundheitswesens. Angesichts der angespannten Finanzierungssituation der gesetzlichen Krankenkassen werden keine Spielräume für die Erstattung der telematikbedingten Ausstattungs- und Betriebskosten durch die Krankenkassen gesehen. Unabhängig von der Frage der Zuständigkeit der Finanzierung, hält der GKV-Spitzenverband auch die vorgeschlagene Anlehnung der Finanzierung an die vertragsärztlichen TI-Pauschalen für nicht sachgerecht. Eine Übertragung von TI-Pauschalen, die in Arztpraxen zur Geltung kommen, auf ein überwiegend mobiles Szenario bei den Rettungsdiensten wird daher abgelehnt

C) Änderungsvorschlag

Streichung § 133e Absätze 2 bis 4

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19 – § 133g (neu) – Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung des neuen § 133g wird eine rechtliche Grundlage geschaffen, um auf Landesebene besondere Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben im Bereich des Notfallmanagements nach § 30 (neu) zu bündeln und organisatorisch zu konzentrieren. Die zuständigen Landesbehörden können im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einer einzigen Rettungsleitstelle der Rufnummer 112 landesweit koordinierende sowie überregionale Aufgaben übertragen. Ziel dieser Regelung ist es, Aufgaben zu bündeln, Schnittstellen zu reduzieren und die Effizienz der medizinischen Notfallrettung insgesamt zu erhöhen.

Der Aufgabenbereich einer solchen zentral beauftragten Leitstelle umfasst insbesondere die landesweite Koordination von Versorgungsprozessen und Versorgungskapazitäten der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung. Dies gilt vor allem für besondere Einsatzlagen, etwa bei Großschadensereignissen, sowie im Zusammenwirken mit Krankenhäusern, denen nach § 6b KHG entsprechende Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugewiesen worden sind.

Darüber hinaus sieht § 133g (neu) vor, dass die beauftragte Rettungsleitstelle die landesweite Koordination und Abstimmung der technischen und organisatorischen Prozesse eines Gesundheitsleitsystems nach § 133a (neu) übernimmt. Dies erfolgt in Zusammenarbeit mit der jeweils zuständigen KV.

Weiterhin gehören die Konzeption, der Aufbau und die Koordination telemedizinischer Versorgungsnetzwerke sowie digitaler Dienste (z. B. der landesweite Betrieb eines Versorgungskapazitätennachweissystems sowie die landesweite Konzeption einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage) zum Aufgabenprofil. Hierzu zählen insbesondere Systeme zum Nachweis verfügbarer Versorgungskapazitäten sowie deren Einbindung in die Telematikinfrastruktur. Ergänzend kann der beauftragten Leitstelle die zentrale Wahrnehmung weiterer überregionaler und länderübergreifender Aufgaben des Notfallmanagements nach § 30 (neu) übertragen werden, etwa die Koordination von Intensivtransporten oder den Einsatz spezieller Rettungsmittel, beispielsweise für infektiologische Sonderlagen.

Das Nähere zum Inhalt dieser Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben ist vertraglich zu regeln. Hierzu schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen entsprechende Vereinbarungen mit den zuständigen Landesbehörden oder den nach Landesrecht vorgesehenen Leistungserbringern des Notfallmanagements, insbesondere den Trägern der Rettungsleitstellen der Rufnummer 112. Die zuständige Landesbehörde ist darüber hinaus verpflichtet, jährlich an das BMG, den GKV-Spitzenverband, die KBV und die DKG zu berichten, welchem Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 (neu) diese Aufgaben zugewiesen worden sind.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Möglichkeit, einer einzigen Rettungsleitstelle landesweite Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zu übertragen, wird grundsätzlich als sachgerecht bewertet und begrüßt. Sie ermöglicht die Bündelung komplexer Steuerungsaufgaben bei einem zentralen Akteur des

Notfallmanagements und kann damit insbesondere bei überregionalen Ereignissen und Großschadenslagen einen wesentlichen Beitrag zur Effizienz und Funktionsfähigkeit der Notfallversorgung leisten. Die Konzentration landesweiter Koordinierungsaufgaben bei einer Rettungsleitstelle der 112 trägt dazu bei, Versorgungsprozesse und verfügbare Kapazitäten zielgerichtet zu steuern.

Gleichzeitig ist eine klare und widerspruchsfreie Abgrenzung der Zuständigkeiten erforderlich. Die geplante Regelung steht in einem nicht eindeutig abgegrenzten Verhältnis zu vorgesehenen Zuständigkeiten für Krankenhäuser, insbesondere zu den Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben bestimmter Krankenhäuser nach § 6b KHG sowie zu den Zentren-Regelungen des G-BA. Ohne eine eindeutige Zuordnung der Aufgaben besteht die Gefahr von Doppelstrukturen und damit einhergehenden Doppelfinanzierungen. Dies würde dem Ziel einer transparenten, wirtschaftlichen und effizienten Organisation der Notfallversorgung entgegenstehen.

§ 133g betrifft die operative Koordinierung der Notfallversorgung durch die 112-Leitstellen im konkreten Einsatzgeschehen. Demgegenüber regelt § 6b KHG die planerische und strukturelle Organisation von Koordinierungs- und Vernetzungsfunktionen innerhalb der Krankenhausversorgung. Die nach § 6b KHG vorgesehenen Aufgaben zielen insbesondere auf eine strategische Vernetzung, die krankenhausübergreifende Abstimmung von Versorgungsprozessen und -kapazitäten sowie auf den Aufbau und Betrieb regionaler Versorgungs- und Telemedizinstrukturen und unterscheiden sich damit qualitativ von der operativen Einsatz- und Dispositionskoordination der 112-Leitstellen.

Vor diesem Hintergrund erscheint eine gesetzessystematisch konsistente Aufgabenverteilung geboten: Die operative Koordinierung der Notfallversorgung sollte eindeutig und ausschließlich den Rettungsleitstellen der 112 vorbehalten bleiben, während planerische und strukturelle Vernetzungsfunktionen im Sinne des § 6b KHG ergänzend, aber funktional und organisatorisch klar abgegrenzt verortet werden können. Inhaltlich sind die jeweiligen Aufgaben zwischen den beiden Bereichen dabei zwingend aufeinander abzustimmen.

Die vorgesehene Benehmensregelung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ist darüber hinaus nicht ausreichend. Sie stellt keine echte Mitwirkung der GKV sicher und bildet die gemeinsame Verantwortung für eine wirtschaftliche, transparente und qualitätsgerechte Ausgestaltung der Notfallversorgung nicht hinreichend ab. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist vielmehr ein **Einvernehmen** mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erforderlich, um sicherzustellen, dass die Übertragung landesweiter Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben unter angemessener Berücksichtigung von Finanzierungs-, Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsaspekten erfolgt.

Eine gesetzliche Ausgestaltung, die die Übertragung landesweiter Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an ein Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen knüpft, trägt wesentlich zur Sicherstellung einer tragfähigen finanzierten Organisation der Notfallversorgung bei. Hierdurch wird gewährleistet, dass entsprechende Steuerungsaufgaben zielgerichtet gebündelt und unter Beachtung der Wirtschaftlichkeitsprinzip wahrgenommen werden.

Im Übrigen ist eine landesweite technische und organisatorische Abstimmung der beauftragten Rettungsleitstelle mit den jeweiligen KVen sachgerecht. Sie eröffnet die Möglichkeit, Schnittstellen zu

vereinheitlichen und zumindest landesweit einheitliche Standards zu etablieren. Hierdurch kann die Zusammenarbeit der beteiligten Akteure gestärkt und die Effizienz der Notfallversorgung verbessert werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 133g Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Die zuständige Landesbehörde kann im Benehmen Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 folgende Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zuweisen:“

Zudem erfolgt in der Begründung zu § 133g folgende Klarstellung:

„Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 133g SGB V umfassen ausschließlich die einsatz- und lagebezogene operative Steuerung der Notfallversorgung durch die Rettungsleitstellen der Notrufnummer 112. Nicht umfasst sind Aufgaben nach § 6b KHG, die der planerischen, strukturellen und strategischen Vernetzung der Krankenhausversorgung dienen, insbesondere die krankenhausesübergreifende Abstimmung von Versorgungsprozessen und -kapazitäten. Diese sind von den Aufgaben nach § 133g SGB V funktional und organisatorisch getrennt wahrzunehmen.

Darüber hinaus wird § 6b Satz 1 KHG wie folgt geändert:

„Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann einem Krankenhaus unter der in Satz 3 genannten Voraussetzung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen folgende Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben gemeinsam zuweisen:

1. die krankenhausesübergreifende Koordinierung von Versorgungsprozessen und -kapazitäten, insbesondere bei Großschadenslagen, der Intensivmedizin und Notfallversorgung, im Zusammenwirken mit den nach Landesrecht bestimmten oder den von der obersten zuständigen Landesbehörde hierfür vorgesehenen Rettungsleitstellen, und
2. die Konzeption und die Koordinierung des Einsatzes regionaler, insbesondere telemedizinischer Versorgungsnetzwerke sowie informationstechnischer Systeme und digitaler Dienste.

Die nach Satz 1 zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben umfassen keine Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben im Sinne des § 133g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die jeweiligen Aufgaben müssen dabei inhaltlich aufeinander abgestimmt werden.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19 – § 133h (neu) – Kataster Automatisierter Externer Defibrillatoren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit § 133h soll der Aufbau und Betrieb eines bundesweiten digitalen Verzeichnisses öffentlich zugänglicher automatisierter externer Defibrillatoren (AED-Kataster) geregelt werden. Ziel der Regelung ist es, einen schnellen und verlässlichen Überblick über die Standorte öffentlich zugänglicher AED zu ermöglichen und dadurch die frühzeitige Defibrillation durch Ersthelferinnen und Ersthelfern zu fördern.

Das AED-Kataster soll als zentral verfügbares digitales System ausgestaltet werden, in dem Standortdaten öffentlich zugänglicher AED erfasst und aktuell gehalten werden. Die Daten sollen so bereitgestellt werden, dass sie in technische Systeme der Notfallversorgung, insbesondere der Leitstellen, eingebunden und genutzt werden können.

Die Regelung sieht vor, dass Betreiber öffentlicher AEDs Angaben zum Standort und zu weiteren erforderlichen Informationen bereitstellen. Für den Betrieb, die Aktualisierung und die technische Bereitstellung des AED-Katasters wird ein bundesweit einheitlicher Rahmen geschaffen.

B) Stellungnahme

Die Einführung eines bundesweiten AED-Katasters nach § 133h wird zur Kenntnis genommen. Die Regelung ist dazu geeignet, die Auffindbarkeit öffentlich zugänglicher automatisierter externer Defibrillatoren zu verbessern und damit die Versorgung in medizinischen Notfallsituationen zu unterstützen.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es sachgerecht, dass die Errichtung und der Betrieb des AED-Katasters gesetzlich verankert und dem Bund zugewiesen werden. Es handelt sich um eine Maßnahme des Allgemeinwohls, die über den Verantwortungsbereich der GKV hinausgeht.

Aus technischer Perspektive ist die vorgesehene Nutzung interoperabler und dokumentierter Schnittstellen für maschinelle Datenabfragen sinnvoll. Sie ermöglicht eine Einbindung des AED-Katasters in bestehende digitale Systeme der Notfallversorgung und unterstützt dessen praktische Nutzbarkeit durch Leitstellen und weitere an der Notfallversorgung beteiligte Stellen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20 – § 140f – Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Neuregelung ist eine Folgeänderung zu der im Gesetzentwurf enthaltenen Ersteinschätzungs-Richtlinie des G-BA gemäß § 123c Absatz 1. Sie sieht vor, dass die Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten auch bei dem Beschluss des G-BA zu der neuen Ersteinschätzungs-Richtlinie nach § 123c Absatz 1 ein Antragsrecht erhalten.
- b) Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neuregelung des § 90 Absatz 4a.

B) Stellungnahme

- a) Die Folgeänderung ist sachgerecht und wird begrüßt.
- b) Die redaktionelle Folgeänderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21 – § 279 – Verwaltungsrat und Vorstand

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, die zulässige Zahl der Amtszeiten in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste von zwei auf drei sowie die Zahl gleichzeitig möglicher Selbstverwaltungsmandate von zwei auf drei zu erhöhen.

B) Stellungnahme

Für die soziale Selbstverwaltung ist die im Gesetzentwurf vorgesehene Änderung bei den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste von hoher Bedeutung. Die Anhebung der zulässigen Zahl der Amtszeiten von zwei auf drei sowie der Zahl gleichzeitig möglicher Selbstverwaltungsmandate von zwei auf drei würde die Besetzung der Verwaltungsräte spürbar erleichtern und damit die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung stärken. Der GKV-Spitzenverband setzt sich daher ausdrücklich für die Umsetzung dieser Regelung ein. Vor dem Hintergrund der anstehenden Besetzungsverfahren ist es zudem wichtig, dass die Änderung zeitnah in Kraft tritt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 – § 294a Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden

A) Beabsichtigte Neuregelung

Falls Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine Krankheit eine Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung oder deren Spätfolgen oder die Folge oder Spätfolge eines Arbeitsunfalls, eines sonstigen Unfalls, einer Körperverletzung, einer Schädigung im Sinne des Vierzehnten Buches, einer Wehrdienstbeschädigung nach § 3 des Soldatenentschädigungsgesetzes ist, oder liegen Hinweise auf drittverursachte Gesundheitsschäden vor, sollen neben den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen, den zugelassenen Krankenhäusern im Sinne des § 108 SGB V nun auch die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 SGB V (neu) verpflichtet werden, die erforderlichen Daten, einschließlich der Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher, den Krankenkassen mitzuteilen.

B) Stellungnahme

Die bestehende Regelung nun auch auf die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 SGB V (neu) zu erweitern ist sachgerecht und daher zu begrüßen. Neben den Mitteilungspflichten zu Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden nach § 294a Absatz 1 SGB V, in die die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 SGB V (neu) folgerichtig einbezogen werden sollen, sieht § 294a Absatz 2 SGB V auch Mitteilungspflichten der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie der Krankenhäuser nach § 108 SGB V in Bezug auf Anhaltspunkte für ein Vorliegen der Voraussetzungen des § 52 Absatz 2 SGB V (Anhaltspunkte dafür, dass Versicherte sich eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen haben) vor. Auch insoweit ist es erforderlich, die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 SGB V (neu) einzubeziehen, um eine datenschutzrechtlich erforderliche gesetzliche Grundlage für Mitteilungspflichten zu schaffen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 23 wird wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht):

§ 294a wird wie folgt geändert:

a) in Absatz 1 wird Satz 1 durch den folgenden Satz ersetzt:

„Liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass eine Krankheit eine Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung oder deren Spätfolgen oder die Folge oder Spätfolge eines Arbeitsunfalls, eines sonstigen Unfalls, einer Körperverletzung, einer Schädigung im Sinne des Vierzehnten Buches, einer Wehrdienstbeschädigung nach § 3 des Soldatenentschädigungsgesetzes ist, oder liegen Hinweise auf drittverursachte Gesundheitsschäden vor, sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen, die zugelassenen Krankenhäuser im Sinne des § 108 sowie die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 verpflichtet, die erforderlichen Daten, einschließlich der Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher, den Krankenkassen mitzuteilen.“

b) in Absatz 2 wird Satz 1 durch den folgenden Satz ersetzt:

„Liegen Anhaltspunkte für ein Vorliegen der Voraussetzungen des § 52 Absatz 2 vor, sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen, sowie die **zugelassenen** Krankenhäuser ~~nach~~ **im Sinne des § 108 sowie die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30** verpflichtet, den Krankenkassen die erforderlichen Daten mitzuteilen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24 – § 302 Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 302 SGB V regelt die Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer und somit explizit auch die der medizinischen Notfallrettung nach § 30 SGB V (neu). Die neu eingefügten Sätze 3 bis 5 regeln die Abrechnung der Leistungen der notfallmedizinischen Versorgung vor Ort und des Notfalltransports.

B) Stellungnahme

Die neu eingefügten Sätze 3 bis 5 regeln die Abrechnung der Leistungen der notfallmedizinischen Versorgung vor Ort und des Notfalltransports. Dies ist zu begrüßen. Aufgrund der Nachnutzung vorhandener Strukturen wird der Verwaltungsaufwand minimiert.

Zugleich bedarf es zwingend auch analoger Regelungen zur Abrechnung von Krankenfahrten und Krankentransporten zur Versorgung in einem INZ nach § 60 Absatz 3 Nummer 6 SGB V (n.F.), in denen kein Muster 4 als Urbeleg für die Abrechnung genutzt werden kann, da derartige Fahrten über die Entscheidung eines Abfragesystems im Sinne des § 133a Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V (neu) disponiert werden und die Entscheidung als Verordnung einer solchen Krankenfahrt oder eines solchen Krankentransports dienen soll. Hierzu verweisen wir auf unsere Stellungnahme zu § 60.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 24 wird wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„(1) Die Leistungserbringer im Bereich der Heil- und Hilfsmittel sowie der digitalen Gesundheitsanwendungen und die weiteren Leistungserbringer sind verpflichtet, den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen und den Tag der Leistungserbringung sowie die Arztnummer des verordnenden Arztes, die Verordnung des Arztes mit der Diagnose und den erforderlichen Angaben über den Befund und die Angaben nach § 291a Absatz 2 Nummer 1 bis 10 anzugeben; bei der Abrechnung über die Abgabe von Hilfsmitteln sind dabei die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 zu verwenden und die Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten nach § 33 Absatz 1 Satz 9 anzugeben. Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b Absatz 1 und 2 sowie der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c ist zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 die Zeit der Leistungserbringung und nach § 293 Absatz 8 Satz 14 die Beschäftigtennummer der Person, die die Leistung erbracht hat, anzugeben. Bei der Abrechnung der einzelnen Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 **sowie Krankenfahrten und Krankentransporte nach § 60 Absatz 3 Nummer 6** sind anstelle der ärztlichen Verordnung die für die Prüfung des Leistungsanspruchs erforderlichen Angaben und anstelle der Arztnummer eine Fallidentifikationsnummer anzugeben. Der Nachweis über die aufgrund einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage im Rahmen des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 getroffene Entscheidung, Leistungen nach § 30 Absatz 2 Nummer 2 oder 3 **beziehungsweise nach § 60 Absatz 3 Nummer 6** zu veranlassen, gilt als Nachweis des Vorliegens eines rettungsdienstlichen Notfalls im Sinne des § 30 Absatz 1 Satz 2 **beziehungsweise einer medizinisch notwendigen Krankenfahrt oder eines medizinisch notwendigen Krankentransports nach § 60 Absatz 3**

Nummer 6. Der Leistungserbringer der notfallmedizinischen Versorgung nach § 30 Absatz 2 Nummer 2, oder des Notfalltransports nach § 30 Absatz 2 Nummer 3 **oder der Krankenfahrt oder des Krankentransports nach § 60 Absatz 3 Nummer 6** ist verpflichtet, die Angaben nach § 291a Absatz 2 Nummer 1 bis 10 an denjenigen Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 zu übermitteln, der die Entscheidung getroffen hat, die jeweiligen Leistungen nach § 30 Absatz 2 Nummer 2 oder 3 zu veranlassen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25 – § 354 Abs. 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Laut Gesetzentwurf soll über die Festlegungen und Voraussetzungen nach Absatz 1 hinaus die Gesellschaft für Telematik bis zum 31. Dezember 2027 jeweils nach dem Stand der Technik die Festlegungen dafür treffen oder die Voraussetzungen dafür schaffen, dass in einer elektronischen Patientenakte Daten nach § 341 Absatz 2 im Rahmen eines Fernzugriffs in besonderen Behandlungskontexten außerhalb der Leistungserbringerinstitution barrierefrei zur Verfügung gestellt und durch die Zugriffsberechtigten nach § 352 barrierefrei verarbeitet werden können. Dabei ist der Fernzugriff durch ein geeignetes sicheres technisches Verfahren zu ermöglichen, das einen hohen Sicherheitsstandard gewährleistet.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt grundsätzlich die Etablierung von Möglichkeiten des Fernzugriffs durch Leistungserbringende nach § 352 SGB V auf die ePA. Die vorgegebenen Fristen werden jedoch abgelehnt. In diesem Zusammenhang weist der GKV-Spitzenverband ausdrücklich darauf hin, dass die Konzeptionen der gematik zu Zero Trust (ZETA Guard und Client) sowie zum Proof-of-Patient-Presence entsprechende Nutzungsszenarien bereits berücksichtigen. Es ist daher nicht nachvollziehbar, weshalb hier ein eigener gesetzlicher Auftrag an die gematik erteilt wird. Dementsprechend hält der GKV-Spitzenverband eine Fristsetzung durch den Gesetzgeber für verzichtbar. Der GKV-Spitzenverband schlägt daher vor, den Zeitpunkt der Etablierung eines solchen Fernzugriffs im Rahmen der Produktplanung durch die Gesellschafter der gematik zu steuern. Dadurch ist sichergestellt, dass einerseits die fachlichen Bedarfe und andererseits die jeweiligen wirtschaftlichen und kapazitiven Rahmenbedingungen der gematik berücksichtigt sind.

Problematisch ist, dass die Neuregelung den Begriff „Fernzugriff“ nicht definiert. Aus der Begründung geht hervor, dass mit Fernzugriff der Zugriff von Leistungserbringenden außerhalb einer Leistungserbringerinstitution oder unter der Überbrückung räumlicher Distanzen gemeint ist. Dies sollte in der gesetzlichen Regelung ergänzt werden.

Die Forderung eines barrierefreien Zugriffs und einer barrierefreien Verarbeitung durch die Leistungserbringenden im Zusammenhang mit der TI ist ein Novum. Bislang betrafen Forderungen bzgl. Barrierefreiheit die Interaktionsmöglichkeiten und Schnittstellen der Versicherten. Im Rahmen der Nutzung der TI verzichtete das SGB V bislang auf entsprechende Anforderungen. Um die bisherige Praxis der Gestaltung der leistungserbringerorientierten Schnittstelle nicht zu gefährden, sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbands an der Schnittstelle zu den Leistungserbringenden auf Forderungen nach Barrierefreiheit verzichtet werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 354 Abs.4 wird wie folgt gefasst.

„Über die Festlegungen und Voraussetzungen nach Absatz 1 hinaus hat die Gesellschaft für Telematik bis **zu dem von den Gesellschaftern im Rahmen der Produktplanung festgelegten Zeitpunkt** jeweils nach dem Stand der Technik die Festlegungen zu treffen oder die Voraussetzungen zu schaffen dafür, dass in einer elektronischen Patientenakte Daten nach § 341 Absatz 2 auch im Rahmen **eines**

Zugriffs von Leistungserbringenden außerhalb einer Leistungserbringerinstitution oder unter der Überbrückung räumlicher Distanzen (Fernzugriffs) barrierefrei zur Verfügung gestellt und durch die Zugriffsberechtigten nach § 352 ~~barrierefrei~~ verarbeitet werden können. Dabei ist der Fernzugriff durch ein geeignetes sicheres technisches Verfahren zu ermöglichen, das einen hohen Sicherheitsstandard gewährleistet.“

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. – § 75 Absatz 1e – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 75 Absatz 1e wird mit Wirkung zum 1. Juli 2027 neu gefasst. Damit wird der Evaluationsauftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Bezug auf die Auswirkungen der Tätigkeiten von Terminservicestelle und Akutleitstelle gegenüber der bisherigen Regelung deutlich erweitert.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Zur Klarstellung sollte die Evaluation ergänzend jeweils KV-bezogen durch die KBV aufbereitet werden. Da die Kontrolle der Einhaltung der Erreichbarkeitsvorgaben der Rechtsaufsicht der Länder obliegt, sollte diesen ebenfalls die Evaluation der KBV zur Verfügung gestellt werden. Der jährliche Bericht der KBV ist darüber hinaus von öffentlichem Interesse und sollte daher veröffentlicht werden. Darüber hinaus sollte vor dem Hintergrund des weiteren Ausbaus digitaler Angebote geprüft werden, ob die Evaluation gleichfalls die Entwicklungen im Rahmen der Online-Buchungen beinhalten müsste.

C) Änderungsvorschlag

In § 75 Absatz 1e Satz 1 werden nach dem Wort „evaluiert“ die Wörter „insgesamt sowie für jeden KV-Bezirk“. In § 75 Absatz 1e wird folgender Satz 4 ergänzt: „Die Evaluationsergebnisse werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf ihrer Internetseite jährlich veröffentlicht.“

Artikel 5 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)

Nr. 1 – § 43 Absatz 3a Apothekenpflicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 3a in § 43, der bisher die Notfallversorgung durch Zentren im Rahmen der Hämophiliebehandlung regelte, soll so geändert werden, dass ärztliches Personal einer Notdienstpraxis in bestimmten Fällen den akuten Bedarf für einen Zeitraum von längstens drei Tagen abgeben dürfen. Voraussetzung hierfür soll sein, dass die Anwendung des Arzneimittels keinen Aufschub erlaubt und die Abgabe außerhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten öffentlicher Apotheken erfolgt oder im unmittelbaren Anschluss an den Tag der Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Neuregelung ist sachgerecht, um auch bei komplizierten Konstellationen eine Versorgung sicher zu stellen. Sie folgt in gewisser Weise der Abgabeerlaubnis für Arzneimitteln beim Entlassmanagement.

Eine Sicherstellung der Arzneimittelversorgung außerhalb der regulären Öffnungszeiten, insbesondere in schwächer versorgten Gebieten, könnte zusätzlich durch digitale Versorgungsansätze unterstützt werden, beispielsweise durch einen telepharmazeutisch unterstützten Abgabeautomaten.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 (Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung)

Nr. 1 – § 3 Apothekenpflicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 3, der die Apothekenpflicht für Medizinprodukte regelt, soll ein neuer Absatz 2 ergänzt werden. Dieser soll regeln, dass ärztliches Personal einer Notdienstpraxis in bestimmten Fällen den akuten Bedarf für einen Zeitraum von längstens drei Tagen abgeben dürfen. Voraussetzung hierfür soll sein, dass die Anwendung des apothekenpflichtigen Medizinprodukts keinen Aufschub erlaubt und die Abgabe außerhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten öffentlicher Apotheken erfolgt oder im unmittelbaren Anschluss an den Tag der Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Neuregelung ist sachgerecht, um auch bei komplizierten Konstellationen eine Versorgung sicher zu stellen. Sie folgt in gewisser Weise der Abgabeerlaubnis für Arzneimitteln beim Entlassmanagement.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 10 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Nr. 1 - § 19a Zulassung und Vertragsarztsitz

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Neuregelung werden die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte beauftragt, bundeseinheitliche Regelungen für eine möglichst gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden zu vereinbaren, um das Bedürfnis einer ausreichenden vertragsärztlichen Versorgung in Akutfällen bei der Festsetzung der offenen Sprechstunden zu berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Die Änderung wird begrüßt. Zudem sollte gesetzlich in § 75 Absatz 1a ergänzt werden, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich verpflichtend sowohl über die Sprechstundenzeiten als auch über die Art der jeweiligen Sprechstunden zu informieren haben. Somit wird gewährleistet, dass auch Versicherte Informationen zu den offenen Sprechstunden nach § 19a Zulassungsverordnung-Ärzte erhalten. Die vertragsärztlichen Leistungserbringenden werden hierzu gesetzlich verpflichtet, die erforderlichen Informationen den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung zu stellen. Durch die gesetzliche Befugnis einer Verarbeitung der Informationen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wird klargestellt, dass die Veröffentlichung von Informationen über Vertragsärztinnen und Vertragsärzte auf einer hinreichenden Rechtsgrundlage beruht und daher keiner individuellen Einwilligung bedarf.

C) Änderungsvorschlag

Ergänzende Regelungen: In § 75 Absatz 1a Satz 2 (neu) werden nach dem Wort „Sprechstundenzeiten“ die Wörter „sowie über die Art der Sprechstunden“ eingefügt und die folgenden Sätze nach Satz 2 eingefügt: „Die Vertragsärzte sind verpflichtet, Sprechstundenzeiten einschließlich der Art der Sprechstunden, der Zugangsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) sowie deren Änderungen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zu melden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind befugt, diese Daten zum Zwecke der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu verarbeiten und in geeigneter Weise, insbesondere in öffentlich zugänglichen Internetverzeichnissen, zu veröffentlichen.“ In § 395 Absatz 2 Nr. 4 werden nach dem Wort „Sprechstundenzeiten“ die Wörter „sowie die Art der Sprechstunden“ eingefügt.