

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

20(14)172(10)

gel. VB zur öffent. Anh. am
17.01.2024 - Notfallversorgung
15.01.2024



Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 15.01.2024

**zum Antrag der CDU/CSU–Fraktion:
Notfallversorgung in Deutschland weiterentwickeln und
Zugang zu Notfallambulanzen gezielter steuern
BT–Drucksache 20/7194 vom 13.06.2023**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv–spitzenverband.de
www.gkv–spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	3
II. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion der CDU/CSU.....	4
1. Zeitnahe Reform der Notfallversorgung	4
2. Öffentlichkeitskampagne zur Stärkung der Gesundheitskompetenz	5
3. Schulgesundheitsfachkräfte.....	6
4. Notrufnummer 112 und die Hotline 116117 vernetzen	7
5. Telemedizin ausbauen	8
6. Flächendeckender Aufbau der elektronischen Patientenakte	9
7. Bundesweite, klar strukturierte, digital unterstützende Kommunikation	10
8. Bereitschaftspraxen in räumlicher Nähe zu oder an Notfallambulanzen etablieren....	11
9. Telefonische oder telemedizinische Ersteinschätzung	12
10. Ausnahmeregelung nach § 23c Absatz 2 SBG IV	13

I. Vorbemerkung

Mit dem Antrag der Fraktion der CDU/CSU wird die Bundesregierung aufgefordert, die seit längerem bestehende und bekannte Notwendigkeit der Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes zeitnah anzugehen. Gefordert werden die Verbesserung der Notfallversorgung durch Entlastung von Rettungsdiensten und Notfallambulanzen sowie die gleichzeitige Steigerung der Behandlungsqualität, die Vernetzung der Notrufnummern 112 und 116117 sowie die Weitervermittlung von Anrufen bei der 112 an den ärztlichen Bereitschaftsdienst, eine digitale Kommunikation, Vernetzung und Datenaustausch der beteiligten Akteure in der Notfallversorgung, die Etablierung von Bereitschaftspraxen in räumlicher Nähe zu oder an Notfallambulanzen, Zugang zur Notaufnahme nur nach telefonischer oder telemedizinischer Ersteinschätzung mit einem hier vergebenen Termin.

Der GKV–Spitzenverband teilt die Einschätzung, dass möglichst zeitnah eine Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes erfolgen sollte und unterstützt die grundsätzliche Ausrichtung des Antrags.

Den Vorschlag, in Anlehnung an die bereits für Einnahmen aus Tätigkeiten als Notärztin oder Notarzt im Rettungsdienst bestehende Ausnahmeregelung nunmehr auch für nebenberufliche Tätigkeiten von Nichtvertragsärztinnen und –ärzten, die freiwillig im Rahmen des Notdienstes beziehungsweise Bereitschaftsdienstes der KVen außerhalb des Rettungsdienstes tätig werden, eine entsprechende Ausnahmeregelung einzuführen, lehnt der GKV–Spitzenverband ab. Die Bundesregierung hatte hierzu im April 2023 richtig ausgeführt, dass die Sachverhalte schon deshalb nicht vergleichbar sind, weil im Grundsatz alle Vertragsärztinnen und –ärzte verpflichtet sind, am Notdienst teilzunehmen. Dies sei aber bei der notärztlichen Tätigkeit im Rettungsdienst nicht der Fall; hier bedürfe es vielmehr der freiwilligen Mitarbeit von Ärztinnen und Ärzten. Ausschließlich vor diesem Hintergrund sei eine eng begrenzte Ausnahmeregelung von der Beitragspflicht getroffen worden. Im Übrigen erscheint es aus Sicht der Bundesregierung „problematisch, die Beitragspflicht von Ärzten, deren Einkommen sich ganz wesentlich aus Beiträgen anderer Versicherter und Arbeitgeber speist, als Berufshindernis zu werten“. Dieser Bewertung schließt sich der GKV–Spitzenverband an.

Nachfolgend nimmt der GKV–Spitzenverband zu den für die gesetzliche Krankenversicherung zentralen Punkten im Detail Stellung.

II. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion der CDU/CSU

1. Zeitnahe Reform der Notfallversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Antrag fokussiert auf die seit längerem bestehende und bekannte Notwendigkeit der Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes. Im Einklang mit der geplanten Krankenhausreform soll zeitnah eine Reform der Notfallversorgung in Deutschland umgesetzt werden, die Rettungsdienste und Notfallambulanzen spürbar entlastet und gleichzeitig die Qualität der Behandlung echter Notfälle steigert.

B) Stellungnahme

Auch der GKV-Spitzenverband sieht die Notwendigkeit einer zeitnahen Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes. Zu den hierfür notwendigen Reformschritten wurden vom GKV-Spitzenverband zwei Papiere veröffentlicht auf die ergänzend verwiesen wird.¹ In den Vorschlägen für eine bedarfsgerechte Planung und Ausstattung von Integrierten Notfallzentren (INZ) spricht sich der GKV-Spitzenverband für die Berücksichtigung bestehender Notdienstpraxen, die Festlegung bundeseinheitlicher Kriterien bei der Planung von INZ sowie für verbindliche Kooperationsregeln zwischen Klinik und Notfallpraxis aus.

Die Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes zur Reform des Rettungsdienstes betonen die Notwendigkeit einer Zusammenlegung der Rufnummern 112 und 116117, die Schaffung von Transparenz über Krankenhaus-Kapazitäten und den überregionalen Zugriff der Leitstellen auf Rettungswagen mittels einheitlicher IT-Systeme.

¹ [Reform des Rettungsdienstes](#), Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes, 02.11.2023; [Bedarfsgerechte Planung und Ausstattung von Integrierten Notfallzentren](#), Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes, 29.08.2023

2. Öffentlichkeitskampagne zur Stärkung der Gesundheitskompetenz

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen einer breiten Öffentlichkeitskampagne sollen die Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger gestärkt und das Bewusstsein für Dringlichkeiten geschärft werden.

B) Stellungnahme

Die im Antrag vorgesehene Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger durch eine breite Öffentlichkeitskampagne ist zu begrüßen. Hierbei handelt es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die aus Steuermitteln zu finanzieren ist.

3. Schulgesundheitsfachkräfte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Laut Antrag soll der Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften in den Schulen durch ein bundesweites Förderprogramm unterstützt werden, um das Wissen über Gesundheit und die Eigenverantwortung wie auch den Präventionsgedanken generell zu stärken.

B) Stellungnahme

Die Stärkung der Gesundheitsressourcen von jungen Menschen ist der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein besonderes Anliegen, da in jungen Lebensjahren die Grundlagen für die Gesundheitskompetenz gelegt werden. Krankenkassen unterstützen Schulen auf Grundlage von § 20a SGB V mit dem Ziel der Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (Primärprävention) sowie der Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns (Gesundheitsförderung) von Schülerinnen und Schülern. Im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention ist dabei wichtig, neben verhaltensbezogenen Maßnahmen auch das System Schule – also die dort bestehenden organisatorischen Rahmenbedingungen – gesundheitsförderlich weiterzuentwickeln. Neben der Sicherstellung von ausreichender Bewegung und gesunder Ernährung ist die Lehrplangestaltung ein wesentlicher Aspekt. Auch Schulgesundheitsfachkräfte können wichtige Beiträge zur Stärkung der Gesundheitsressourcen und –kompetenz von Schülerinnen und Schülern leisten. Die Finanzierung von Schulgesundheitsfachkräften fällt in den Zuständigkeitsbereich der Schulträger und Bundesländer. Die Unterstützung des Einsatzes von Schulgesundheitsfachkräften durch ein mit Steuermitteln finanziertes bundesweites Förderprogramm ist sinnvoll und wird begrüßt.

4. Notrufnummer 112 und die Hotline 116117 vernetzen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Notrufnummer 112 und die Hotline 116117 des ärztlichen Bereitschaftsdienstes sollen kurzfristig unter Berücksichtigung der Träger- und Finanzstruktur so vernetzt werden, dass Anrufende, die aus medizinischer Sicht keine echten Notfälle sind, intern an den ärztlichen Bereitschaftsdienst (116117) weitervermittelt werden können.

B) Stellungnahme

Für die gezielte Steuerung von Patientinnen und Patienten in die richtige Versorgungsebene ist eine verpflichtende Zusammenarbeit bzw. digitale Vernetzung der Leitstellen von Rettungsdienst und KVen unter Beibehaltung der bestehenden Rufnummern 112 und 116117 essenziell. Hierfür bedarf es einer Regelung für eine verpflichtende Kooperation sowie Regelungen für eine einheitliche, qualitätsgesicherte und standardisierte Übergabe von Hilfesuchen in beide Richtungen. Im Leistungserbringerrecht lassen sich hierzu sozialversicherungsrechtliche Vorgaben schaffen. So könnte die Leistungsvergütung und -abrechnung daran gebunden werden, dass die Leitstellen entsprechende gesetzlich festgelegte Anforderungen erfüllen. Ziel muss sein, dass eine unmittelbare Weiterleitung von Anrufenden beider Rufnummern unabhängig von der diensthabenden Person in der Leitstelle, des Wochentages oder der Uhrzeit mit den im Rahmen der Ersteinschätzung erfassten Daten an den anderen Bereich sichergestellt ist. Dies gilt insbesondere für die Weiterleitung von Anrufenden der 112, sofern die Ersteinschätzung zu dem Ergebnis führt, dass die Hilfesuchenden für ihre Behandlung nicht die komplexen Strukturen einer Krankenhaus-Notaufnahme benötigen.

5. Telemedizin ausbauen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für eine optimierte professionelle (ärztliche) Ersteinschätzung und ggf. auch abschließende Beratung sollen die Möglichkeiten der Telemedizin weiter ausgebaut werden.

B) Stellungnahme

Der Aufbau telemedizinischer Angebote wird grundsätzlich unterstützt und kann einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen leisten. Die alleinige telemedizinische Diagnosestellung (über die Ersteinschätzung hinaus) im Notfall ist jedoch kritisch zu bewerten. Notwendig bleibt eine persönliche ärztliche Diagnose.

6. Flächendeckender Aufbau der elektronischen Patientenakte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der flächendeckende Aufbau der elektronischen Patientenakte soll zügig vorangetrieben werden, um eine schnelle, individuelle und effiziente Akutbehandlung gewährleisten zu können.

B) Stellungnahme

Die elektronische Patientenakte (ePA) wird mit den im Dezember 2023 im Bundestag verabschiedeten Digitalgesetzen (DigiG und GDNG) als zentrale Drehscheibe für Gesundheitsdaten ausgebaut. Gleichzeitig wird es für die Menschen einfacher, eine ePA zu erhalten (Umwandlung Zustimmungs- in Widerspruchslösung). Die Ärztinnen und Ärzte werden künftig verpflichtet, Diagnosen, Befunde und Rezepte zu speichern. Die Informationen in der ePA sind somit verlässlich und für die Ärztinnen und Ärzte und das medizinische Fachpersonal einsehbar, bei denen die/der Versicherte sich in eine Behandlung begibt. Damit steigt zum einen künftig die Zahl der Menschen, die eine ePA haben, und zum anderen auch deren Behandlungsqualität, weil zuverlässige Gesundheitsinformationen schnell verfügbar sind. Die Einbindung der ePA in die Strukturen der Notfallversorgung ist deshalb sehr sinnvoll.

Als nächste wesentliche Schritte werden ab Oktober 2024 zunächst die bisher auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gespeicherten elektronischen Notfalldaten – nach Einwilligung – in die elektronische Patientenakte (ePKA) überführt werden. Ab dem 15.01.2025 sollen die Krankenkassen für jeden Versicherten automatisch eine ePA bereitstellen, der die Versicherten dann widersprechen können, sollten sie sie nicht nutzen wollen.

7. Bundesweite, klar strukturierte, digital unterstützende Kommunikation

A) Beabsichtigte Neuregelung

Laut Antrag soll bundesweit eine im Hintergrund agierende, klar strukturierte und digital unterstützte Kommunikation zwischen den beteiligten Institutionen der kommunalen Rettungsdienste, der Innenbehörden der Länder, der KVen, der Krankenhäuser und der Gesundheitsministerien von Bund und Ländern geschaffen werden, die sicherstellt, dass Systeme und Prozeduren zur Ersteinschätzung der Dringlichkeit des Falles und zur Einsteuerung in die adäquate Versorgungsebene angeglichen werden und für alle beteiligten Akteure standardisierte Prozesse und Kriterien bestehen.

B) Stellungnahme

Eine schnelle, klar strukturierte und digital unterstützte Kommunikation kann in der Notfallversorgung Leben retten. Aus Sicht des GKV–Spitzenverbandes sollte daher die gesamte Datenverarbeitung der Notfallversorgung elektronisch erfolgen. Diese Daten stellen die Grundlage für eine zeitnahe Kommunikation, eine Qualitätsmessung sowie eine qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Versorgung dar. Dafür ist eine standardisierte Schnittstellendefinition zweckmäßig, da sie eine bundesweite Übermittlung und Nutzung von Patientendaten durch das Krankenhaus und den örtlichen Rettungsdienst ermöglicht.

8. Bereitschaftspraxen in räumlicher Nähe zu oder an Notfallambulanzen etablieren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Antrag sieht vor, dass flächendeckend KV-Bereitschaftspraxen in räumlicher Nähe zu oder an Notfallambulanzen weiter etablieren werden sollen, sodass Patientinnen und Patienten nach einer Ersteinschätzung zielgenau einer Behandlung in der entsprechenden Versorgungsebene zugewiesen werden können.

B) Stellungnahme

Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes sollten Integrierte Notfallzentren (INZ) an geeigneten Standorten auf Basis von bundeseinheitlichen Kriterien geschaffen werden. Die INZ beinhalten einen gemeinsamen Tresen des Krankenhauses (Zentrale Notaufnahme) und der KV. Hier erfolgt auf Grundlage einer verbindlichen Kooperationsvereinbarung zwischen Krankenhäusern und zuständigen KVen die Ersteinschätzung und Zuweisung zur entsprechenden Versorgungsebene.

Die Kriterien zur Auswahl geeigneter INZ-Standorte sowie die Mindestanforderungen an die Struktur und Qualität von INZ und KV-Notdienstpraxen sollten bundeseinheitlich durch den G-BA festgelegt werden. Hierzu sollten u. a. auch die Festlegung von Mindestöffnungszeiten von KV-Notdienstpraxen zählen, die sich am Versorgungsbedarf der Bevölkerung in einer Region orientieren, sowie Mindeststandards für die technische und personelle Ausstattung.

9. Telefonische oder telemedizinische Ersteinschätzung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es sollen gesetzliche Steuerungselemente verankert werden, die analog dem dänischen Modell sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten primär nur nach einer telefonischen oder telemedizinischen Ersteinschätzung und mit einem hier vergebenen Termin Zugang in die Notaufnahme erhalten. Ausgenommen sollen die Patientinnen und Patienten sein, die eine ärztliche Über- oder Einweisung haben oder mit dem Rettungsdienst eingeliefert werden.

B) Stellungnahme

Ziel sollte es sein, dass es gelingt, über eine telefonische Ersteinschätzung die Patientinnen und Patienten direkt in die richtige Versorgungsstruktur zu steuern. Dabei ist darauf zu achten, dass es nicht zu Verlagerungseffekten hin zum Rettungsdienst und anschließender Versorgung im Integrierten Notfallzentrum (INZ) bzw. in den Notaufnahmen kommt, sondern auch andere Versorgungsangebote weiter ausgebaut werden, wie beispielsweise der fahrende ärztliche Bereitschaftsdienst oder telemedizinische Beratungen. Auch die Erweiterung der rechtlichen Kompetenzen von Notfallsanitäterinnen und -sanitätern wären eine sinnvolle Ergänzung.

Sofern Patientinnen und Patienten ein INZ ohne telefonische Ersteinschätzung direkt aufsuchen, sollte die weitere Steuerung – bis zur vollständigen Etablierung des telefonischen Ersteinschätzungsverfahrens – über den gemeinsamen Tresen erfolgen.

10. Ausnahmeregelung nach § 23c Absatz 2 SGB IV

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Bundessozialgericht hat am 24.10.2023 entschieden, dass ein/e an der Notfall–Versorgung teilnehmende/r Ärztin/Arzt durchaus der Sozialversicherungspflicht unterliegen kann, sofern die im Sozialversicherungsrecht hierfür geltenden Voraussetzungen erfüllt sind. Die Urteilsbegründung liegt noch nicht vor und bleibt hinsichtlich einer abschließenden Bewertung und Einordnung abzuwarten.

Der Antrag der Fraktion der CDU/CSU zielt in der Schlussfolgerung u. a. darauf ab, in Anlehnung an die bereits für Einnahmen aus Tätigkeiten als Notärztin oder Notarzt im Rettungsdienst bestehende Ausnahmeregelung nunmehr auch für nebenberufliche Tätigkeiten von Nichtvertragsärztinnen und –ärzten, die freiwillig im Rahmen des Notdienstes beziehungsweise Bereitschaftsdienstes der KVen außerhalb des Rettungsdienstes tätig werden, eine entsprechende Ausnahmeregelung einzuführen. Die mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil– und Hilfsmittelversorgung (Heil– und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) vom 04.04.2017 eingeführte Regelung, nach der Einnahmen aus Tätigkeiten als Notärztin oder Notarzt im Rettungsdienst nicht beitragspflichtig sind, soll – so die damalige Gesetzesbegründung – zusätzliches Engagement von Ärztinnen und Ärzten im Rettungsdienst erleichtern und dadurch zur Sicherstellung einer flächendeckenden notärztlichen Versorgung insbesondere im ländlichen Raum beitragen.

B) Stellungnahme

Es steht außer Frage, dass zur flächendeckenden Sicherstellung der Notfallversorgung sachgerechte Lösungen vorgehalten werden müssen. Mit der im Antrag vorgesehenen beitragsrechtlichen Sonderregelung für Tätigkeiten im Notdienst lassen sich jedoch aus Sicht der Sozialversicherung etwaige Versorgungsengpässe nicht beheben, sondern es werden neue Probleme geschaffen. Die vorgeschlagene Sonderregelung, Einnahmen aus nebenberuflichen Tätigkeiten im Notdienst beziehungsweise im Bereitschaftsdienst in der Sozialversicherung beitragsfrei zu stellen, stellt vielmehr ein weiteres sozialpolitisch brisantes Einfallstor dar.

Eine derartige Regelung würde die Grundlagen der Sozialversicherung weiter aushöhlen. Erneut würde ein Signal gesetzt werden, dass der Gesetzgeber als Belohnung und Anreiz für besonders wichtige und nachgefragte Erwerbstätigkeiten „Beitragsfreiheit in der gesetzlichen Sozialversicherung“ in Aussicht stellt und damit gleichzeitig die Zugehörigkeit zur Solidargemeinschaft als etwas Nachteiliges bewertet. Dies wird nach den bisherigen

Erfahrungen dazu führen, dass auch andere Berufsgruppen vergleichbare Ausnahmeregelungen einfordern. Der Verweis auf die mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz eingeführte Ausnahmeregelung belegt dies sehr eindrucksvoll. Die Spitzenorganisationen der Sozialversicherung hatten hierauf bereits im Vorfeld des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz explizit hingewiesen.

Darüber hinaus überrascht die jüngste Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) nicht. Soweit aus den Pressemitteilungen des BSG ersichtlich, war der im Verfahren betroffene Arzt eng in die Ablauforganisation der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) eingebunden und auch hinsichtlich der Arbeitszeit weitgehend fremdbestimmt. Darüber hinaus bestand keinerlei Unternehmensrisiko, zumal die Tätigkeit in von der KZV angemieteten und durch diese mit Geräten und Materialien ausgestatteten Räumlichkeiten stattfand. Die für die Annahme eines Beschäftigungsverhältnisses im sozialversicherungsrechtlichen Sinne maßgeblichen Kriterien lagen also vor. Die Forderung nach einer vergleichbaren Regelung, wie sie für Einnahmen aus Tätigkeiten als Notärztin oder Notarzt im Rettungsdienst besteht, geht deshalb – jedenfalls im Kontext des vom BSG entschiedenen Sachverhalts – auch fehl. Dies aus folgendem Grund: Die bereits für Tätigkeiten als Notärztin oder Notarzt im Rettungsdienst bestehende Sonderregelung zielt darauf ab, dass entsprechende Einnahmen von der Beitragspflicht ausgenommen sein sollen, sofern die Tätigkeit im Rettungsdienst neben einer bereits bestehenden Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. Es ist also entscheidend, dass die Tätigkeit den Charakter einer „Nebenbeschäftigung“ hat. In dem vom BSG entschiedenen Sachverhalt handelte es sich offenbar jedoch um einen bereits pensionierten Zahnarzt, der ausschließlich als sog. Pool-Arzt tätig war. Eine hauptberufliche Erwerbstätigkeit lag nicht (mehr) vor. Selbst wenn also eine vergleichbare Regelung für den Bereich des ärztlichen Notdienstes existieren würde respektive bereits bestanden hätte, wäre dies für den verhandelten Sachverhalt bzw. die sozialversicherungsrechtliche Einordnung ohne Bedeutung.

Die Bundesregierung hat die Forderung nach einer Regelung für die an der Notfallversorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte nach dem Vorbild der Beitragsfreiheit für Einnahmen aus Tätigkeiten als Notärztin oder Notarzt im Rettungsdienst in der jüngeren Vergangenheit zurückgewiesen. In ihrer Stellungnahme zu der vom Bundesrat im April 2023 entsprechend formulierten Forderung führt die Bundesregierung die aus ihrer Sicht bestehenden Gründe gegen eine vermeintliche Gleichbehandlung auf (vgl. BT-Drucksache 20/6871). So seien die Sachverhalte schon deshalb nicht vergleichbar, weil im Grundsatz alle Vertragsärztinnen und -ärzte verpflichtet seien, am Notdienst teilzunehmen. Dies sei aber bei der notärztlichen Tätigkeit im Rettungsdienst nicht der Fall; hier bedürfe es vielmehr der freiwilligen Mitarbeit von Ärztinnen und Ärzten. Ausschließlich vor diesem Hintergrund sei eine eng begrenzte

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.01.2024
zum Antrag der CDU/CSU-Fraktion: Notfallversorgung in Deutschland weiterentwickeln und
Zugang zu Notfallambulanzen gezielter steuern
Seite 15 von 15

Ausnahmeregelung von der Beitragspflicht getroffen worden. Im Übrigen erscheint es aus Sicht der Bundesregierung „problematisch, die Beitragspflicht von Ärzten, deren Einkommen sich ganz wesentlich aus Beiträgen anderer Versicherter und Arbeitgeber speist, als Berufshindernis zu werten“. Dieser Bewertung schließt sich der GKV-Spitzenverband an.