Bundesrat **Drucksache** **620/1/26**

06.11.26

Empfehlungen
der Ausschüsse

G - In

zu **Punkt …** der 1070. Sitzung des Bundesrates am 20. November 2026

Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

A

Der **federführende Gesundheitsausschuss** (G) und

der **Ausschuss für Innere Angelegenheiten** (In)

empfehlen dem Bundesrat,

zu dem vom Deutschen Bundestag am 15. Oktober 2026 verabschiedeten Gesetz zu verlangen, dass der Vermittlungsausschusses gemäß Artikel 77 Absatz 2 des Grundgesetzes aus folgenden Gründen einberufen wird:

In 1. Zum Gesetz allgemein

Die Regelungen bezogen auf den Rettungsdienst sind auf das Notwendige und verfassungsrechtlich Zulässige zu beschränken.

Begründung:

Der Bundesrat begrüßt angesichts der vielfältigen Probleme unverändert grundsätzlich das Ziel, die Notfallversorgung zu verbessern. Eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Rettungsdienst, vertragsärztlichem Notdienst und Notaufnahmen der Krankenhäuser und eine effizientere Steuerung und Vernetzung sind hierbei grundsätzlich sinnvolle Ansätze.

Aus Sicht des Bundesrates bestehen jedoch bezogen auf das vorgelegte Gesetz im Hinblick auf die Kompetenz des Bundes starke Bedenken, soweit fachliche und qualitative Anforderungen für den Rettungsdienst berührt werden. Dies betrifft insbesondere die Ausgestaltung der Aufnahme der medizinischen Notfall-

...

Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln
Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.bundesanzeiger-verlag.de
ISSN 0720-2946

rettung als eigenständiger Leistungsbereich in das SGB V sowie der vorgesehenen Rahmenempfehlungen eines Fachgremiums medizinische Notfallrettung. Die Regelungen sollten bezogen auf den Rettungsdienst auf das Notwendige und verfassungsrechtlich Zulässige beschränkt werde. Auf die Entschließung des Bundesrates vom 17. Oktober 2025 (BR-Drucksache 484/25 (Beschluss)) wird Bezug genommen.

Der Bundesrat hatte bereits in seiner 1047. Sitzung am 27. September 2024 (BR-Drucksache 379/24 (Beschluss)) unter Ziffer 1 eine Stellungnahme beschlossen, die die Grenzen der Gesetzgebungskompetenz des Bundes für den Bereich des Rettungswesens anmahnte, seinerzeit mit Blick auf öffentlich angekündigte, noch nicht als Regelungsentwurf vorliegende Ergänzungen des damaligen Entwurfs eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung.

Die seinerzeitigen Bedenken zur Gesetzgebungskompetenz haben bezogen auf das vorliegende Gesetz der 21. Legislatur im Hinblick auf dessen Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Bestand.

Das Grundgesetz zieht für den Bundesgesetzgeber enge Grenzen für bundesrechtliche Regelungen, die über den Hebel des Sozialversicherungsrechts inhaltlichen Einfluss auf die der Länderkompetenz unterfallenden Bereiche nehmen. Es besteht die begründete Annahme, dass bereits die Regelungen der §§ 27, 30 SGB V-neu darüber hinausreichen. Sie schaffen eine kleinteilige Definition „rettungsdienstlicher Notfall“, regeln Inhalte und Umfang der medizinischen Notfallrettung, des Notfallmanagements und der notfallmedizinischen Versorgung. Die umfangreiche Einzelbegründung zu § 30 SGB V-neu beschreibt sodann en détail die vorgesehenen Abläufe unter Beteiligung der kommunalen Leistungserbringer.

§ 133 Absatz 1 SGB V-neu soll deutlich machen, dass die Ausgestaltung des Rettungsdienstes, z. B. die Zuständigkeitsverteilung, bei den Ländern liegt. Dies ist jedoch verfassungsrechtlich bereits mit den Artikeln 70 ff. und 83 des Grundgesetzes ohnehin vorgegeben und daher einer einfachrechtlichen Regelung des Bundes nicht zugänglich.

Zu den weiteren Ansatzpunkten zählt die verschiedentlich vorgeschriebene Berücksichtigung der (bloßen) Rahmenempfehlungen nach § 133b SGB V-neu und die dort festgelegte Zusammensetzung des Fachgremiums medizinische Notfallrettung, die den Ländern eine selbstbestimmte Entscheidung rechtlich und faktisch nicht ermöglicht. Mit diesen Rahmenempfehlungen strebt der Bund recht ausdrücklich erkennbar eine Steuerung i. S. einer Vereinheitlichung in den Ländern an. Kompetenziell bedenklich erscheint die sich durch das Gesetz einschließlich dessen Begründung ziehende angestrebte Vereinheitlichung auch struktureller und organisatorischer Aspekte des Rettungsdienstes.

Auch die (freiwillige) Kooperation der Leistungserbringer mit den Akutleitstellen bringt umfangreiche Verpflichtungen mit sich, die zu erfüllen sind, soweit nur die Kooperation dem Grunde nach als fachlich sinnvolle Maßnahme angestrebt wird. Für die Akutleitstellen wiederum gelten verschiedene Anforderungen, die geeignet sind, den Rettungsdienst seinerseits zu Reorganisationen zu veranlassen.

Es verdichtet sich damit der Eindruck, dass eine Sachleistung in der Gesetzgebungskompetenz der Länder inhaltlich und organisatorisch wesentlich im Bundesrecht normiert werden soll, so dass sich die Prognose der Stellungnahme des Bundesrates aus dem Jahr 2024 manifestiert.

Die kommunalen Spitzenverbände haben derartige Bedenken ebenfalls wiederholt zum Ausdruck gebracht (Stellungnahme der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände vom 4. Dezember 2025 – https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP21/Notfallreform/BV_KSV_Stellungnahme_RefE_Notfallreform.pdf –, Stellungnahme des Deutschen Städtetags und des Deutschen Landkreistags vom 23. Februar2026 – https://www.bundestag.de/resource/blob/1149634/21-14-0064-15-Deutscher-Staedtetag-Notfallgesetz-nicht-barriefrei.pdf –, Stellungnahme der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände vom 31. August 2026 – https://www.bundestag.de/resource/blob/1209496/21-14-00102-3-Bundesvereinigung-der-kommunalen-Spitzenverbaende-Notfallversorgung-nicht-barrierefrei.pdf).

Auch in der Sache verkennt das Gesetz als Folge der Kompetenzproblematik, dass die Aufgabenträger des Rettungsdienstes nicht allein medizinische Dienstleister sind, sondern mit anderen Stellen der Gefahrenabwehr in einem ausdifferenzierten System zusammenarbeiten.

Die Länder tragen die Verantwortung dafür, ein leistungsfähiges Rettungswesen zu gewährleisten, das konstatiert das Gesetz. Die o. g. Entschließung des Bundesrates vom 17. Oktober 2025 hat denn auch angemahnt, dass der Bund sich im Rahmen seiner Gesetzgebungskompetenz auf den Regelungsbedarf beschränken und die Finanzierung des Rettungsdienstes in der Hand der Länder sichern möge – etwa mit einer Erweiterung des § 60 SGB V.

Vor diesem Hintergrund greift die widerlegliche Feststellung in der Begründung (Allgemeiner Teil) des Gesetzentwurfs, hinsichtlich etwaiger Berührungspunkte zum Rettungsdienst würde allein die versicherungsbezogene Leistung der medizinischen Notfallrettung geregelt, zu kurz.

Die verfassungsrechtliche Problematik wurde – im Hinblick auf die Fassung des Kabinettbeschlusses – nachdrücklich auch in einem unveröffentlichten, vom Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen in Auftrag gegebenen rechtswissenschaftlichen Gutachten von Prof. Dr. Christoph Brüning „Finanzierung von Rettungsdienstleistungen“ vom 10. Juli 2026 beleuchtet und im Ergebnis als gegeben erachtet:

Die Reformvorschläge reizten den bundesrechtlichen Kompetenztitel sehr weit aus und überdehnten ihn zudem, etwa wenn mittelbar-faktische Auswirkungen der Rahmenempfehlungen eines standardsetzenden Gremiums auf Bundesebene in den Blick genommen würden. Wenn der Bundesgesetzgeber inhaltliche Vorgaben für die Leistungserbringung und deren Refinanzierung mache, intendiere er die Rezeption durch die kommunalen Einrichtungsträger. Wenn der Entwurf final diese Folgen bezwecke und damit eine faktische Bindungswirkung erzeuge, spreche viel für einen unzulässigen Übergriff in die Landeskompetenz.

Diese Ausführungen beanspruchen auch im Hinblick auf das aktuelle Gesetz Gültigkeit.

G 2. Zu Artikel 1 Nummer 11 Buchstabe b (§ 90 Absatz 4a SGB V) und Buchstabe c (§ 90 Absatz 6 Satz 1 SGB V) und Nummer 18 (§ 123a SGB V)

Die gesetzlichen Vorgaben zum Verfahren der Standortbestimmung von Integrierten Notfallzentren (INZ) und INZ für Kinder und Jugendliche sind so zu gestalten, dass die Festlegung der geeigneten Planungsregionen und der Standorte im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde erfolgt. Kommt ein Einvernehmen nicht zustande, erfolgt die Standortbestimmung für INZ und INZ für Kinder und Jugendliche im Wege der Letztentscheidung durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde.

Begründung:

Die mit dem Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages in § 123a SGB V-neu in Verbindung mit § 90 Absatz 4a und Absatz 6 SGB V-neu vorgesehenen bzw. beibehaltenen Regelungen des Gesetzentwurfes zum Verfahren der Standortbestimmung von Integrierten Notfallzentren (INZ) verletzen die Rechte der Länder im Bereich der Krankenhausplanung. Sofern sich die Mehrheit der Mitglieder des erweiterten Landesausschusses über geeignete Planungsregionen, die Anzahl und die Standorte für INZ fristgerecht verständigt, können diese Ergebnisse maßgeblich von den Festsetzungen der Krankenhausplanung des Landes abweichen. Die Festsetzung eines Krankenhausstandortes als INZ-Standort hat vielfältige fachliche Auswirkungen für den jeweiligen Standort und die Bevölkerung der Planungsregion. Sie präjudiziert zudem die Krankenhausplanung des Landes in Bezug auf das medizinische Zielbild des Krankenhausstandortes und die künftige Zuweisung von Leistungsgruppen.

Die Verfahrensvorgaben zur Standortbestimmung von INZ haben sich deshalb an den bestehenden Verfahren im Bereich der Krankenhausplanung zu orientieren. In einem ersten Schritt ist ein Einvernehmen zwischen dem erweiterten Landesausschuss und der zuständigen Krankenhausplanungsbehörde des Landes anzustreben. Kommt dieses Einvernehmen innerhalb der gesetzlichen Frist nicht zu Stande, trifft die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die Letztentscheidung. Diese Verfahrensregelungen ermöglichen den Ländern eine konsistente Umsetzung der Planungen im Bereich der Krankenhausleistungen und der sektorübergreifenden Notfallversorgung einschließlich des Rettungsdienstes.

G In 3. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 Absatz 2 Satz 4 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 19 § 133 Absatz 2 Satz 4 ist die Angabe „dürfen nur Kosten berücksichtigt werden“ durch die Angabe „werden die notwendigen Sach- und Betriebskosten, sowie die notwendigen Vorhalte- und Investitionskosten berücksichtigt“ zu ersetzen.

Begründung:

[In] **[**Mit der Reform der Notfallversorgung wird die medizinische Notfallrettung als eigenständiger Leistungsbereich und als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgestaltet. Die Finanzierung kann sich dabei nicht auf die unmittelbar einsatzbezogenen Kosten beschränken.

Für die Sicherstellung der medizinischen Notfallrettung fallen erhebliche Kosten unabhängig von der konkreten Einsatzhäufigkeit an. Hierzu gehören insbesondere die Kosten für die ständige Vorhaltung von Rettungswachen, Rettungsmitteln, Leitstellen, qualifiziertem Personal sowie erforderlichen Reserve- und Ausfallkapazitäten. Hinzu kommen Investitionskosten, etwa für den Bau und die Ausstattung von Rettungswachen und Leitstellen sowie für die Beschaffung von Rettungsfahrzeugen, medizinischer und digitaler Ausstattung.**]**

{G} **{**In der Einzelbegründung zu § 133 Absatz 2 Satz 3 SGB V-E wurde ausgeführt: „Satz 3 [Anm.: jetzt § 133 Absatz 2 Satz 4 SGB V-neu] verdeutlicht, dass bei der Bemessung der Entgelte auch solche Kosten einbezogen werden können, die der Gewährleistung des Leistungsanspruchs nach § 30 SGB V-neu dienen; hierzu zählen weiterhin auch erforderliche Vorhalte- und Investitionskosten.“ (vgl. BR-Drucksache 255/26, Seite 88).

Damit wurde ausdrücklich klargestellt, dass sich die Finanzierung nicht auf die unmittelbare Leistungserbringung beschränkt, sondern ebenso Aufwendungen für Vorhaltung und Investitionen umfasst. Diese Aussage war und ist von besonderer Relevanz, da sie verdeutlicht, dass die gesetzliche Krankenversicherung nicht nur die für die operative Durchführung der Leistungen, sondern auch die für die Funktionsfähigkeit der neuen Strukturen notwendigen Vorhalte- und Investitionskosten zu tragen hat. Insbesondere die Investitionskosten haben hierbei erhebliches praktisches und rechtliches Gewicht, da sie über den laufenden Betrieb hinaus die infrastrukturelle Ausstattung der medizinischen Notfallrettung sowie des Gesundheitsleitsystems betreffen.**}**

[In] **[**Die Einzelbegründung zu § 133 Absatz 2 SGB V-E stellt zwar klar, dass auch erforderliche Vorhalte- und Investitionskosten zu den Kosten gehören, die der Sicherstellung des Leistungsanspruchs nach § 30 SGB V-neu dienen. Diese Klarstellung findet sich jedoch lediglich in der Entwurfsbegründung und nicht im Gesetzeswortlaut. Eine bloße Erwähnung in der Entwurfsbegründung genügt für eine rechtssichere und bundesweit einheitliche Finanzierung nicht aus. Sie entfaltet nicht dieselbe normative Bindungswirkung wie eine ausdrückliche Regelung im Gesetzestext.

Fehlt eine klare Finanzierungsregelung, besteht die Gefahr, dass neue Verpflichtungen eingeführt werden, ohne die dafür erforderlichen finanziellen Mittel verbindlich zu sichern. Dies würde sowohl die Länder als auch die Leistungserbringer vor erhebliche praktische Herausforderungen stellen. Eine bundesgesetzliche Einordnung des Rettungsdienstes als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ohne korrespondierende bundesrechtliche Finanzierungsregelungen widerspricht dem Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz. In der Folge würden die Länder faktisch dazu verpflichtet, erhebliche finanzielle Lasten zu tragen, ohne dass die Zuständigkeit für die Finanzierung eindeutig geregelt ist. Dies steht im Widerspruch zu den verfassungsrechtlichen Vorgaben der föderalen Finanzverteilung.**]**

{G} **{**Der Bundesrat hat mit Beschluss vom 12. Juni 2026 (vgl. BR-Drucksache 255/26 (Beschluss)) zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung mit umfassenden Änderungsvorschlägen Stellung genommen, u. a. auch zu § 133 Absatz 2 Satz 3 SGB V-E [Anm.: jetzt § 133 Absatz 2 Satz 4 SGB V-neu] (siehe BR-Drucksache 255/26 (Beschluss), Ziffer 26, Seite 30). Die Aufnahme der Aussage zur Klarstellung hinsichtlich der Kostentragung für Vorhalte- und Investitionsaufwendungen wurde seitens der Länder ausdrücklich positiv bewertet. Für eine rechtlich verbindliche Absicherung wurde es aber als zwingend erforderlich angesehen, dass diese Klarstellung unmittelbar im Gesetzestext selbst verankert wird. Nur auf diese Weise ließe sich verhindern, dass die Berücksichtigung von Vorhalte- und Investitionskosten entgegen dem über die Begründung formulierten Willen des Bundesgesetzgebers später restriktiv ausgelegt wird.

§ 133 Absatz 2 Satz 3 SGB V-E – jetzt § 133 Absatz 2 Satz 4 SGB V-neu – wurde im parlamentarischen Verfahren im Deutschen Bundestag geändert. Die neue Begründung zu § 133 Absatz 2 Satz 4 SGB V-neu lautet nun (siehe BT-Drs. 21/8629, Seite 130): „Es wird grundsätzlich anerkannt, dass die medizinische Notfallrettung systemimmanent von einem hohen Fixkostenanteil geprägt ist. Dies bezieht sich insbesondere auf Vorhaltekosten insbesondere in Einsatzgebieten mit niedriger Bevölkerungsdichte und hohe Investitionskosten in hochspezialisierten Bereichen wie der Luftrettung. Ebenso sind Treibstoff-/Kerosinkosten starken, nicht beeinflussbaren Schwankungen aufgrund der Weltmarktlage unterworfen. Gleichzeitig darf dies aber nicht dazu führen, dass der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit nach § 71 Absatz 1 Satz 1 SGB V nicht eingehalten wird. Die Vertragspartner haben die Aufgabe, diese Wirtschaftlichkeitsaspekte trotz des hohen Fixkostenanteils zu beachten.“ Es ist damit eine Abschwächung der Begründung hinsichtlich der Berücksichtigung von Vorhalte- und Investitionskosten festzustellen. Während der Gesetzentwurf in der Begründung noch ausdrücklich klarstellte, dass notwendige Vorhalte- und Investitionskosten bei der Entgeltkalkulation berücksichtigt werden dürfen, verweist die überarbeitete Begründung lediglich allgemein auf den systemimmanent hohen Fixkostenanteil der medizinischen Notfallrettung. Diese Änderung lässt die Klarstellung – wenn auch lediglich in der Begründung verankert – zur Berücksichtigungsfähigkeit entsprechender Kosten entfallen und verstärkt damit nochmals das Risiko, dass Vorhalte- und Investitionskosten nicht in vollem Umfang als berücksichtigungsfähig angesehen werden. Durch die beispielhafte Hervorhebung von Vorhaltekosten in Gebieten mit niedriger Bevölkerungs-

dichte und hohen Investitionskosten in hochspezialisierten Bereichen wie der Luftrettung in der Begründung könnte der Eindruck entstehen, dass entsprechende Kosten lediglich in diesen Bereichen anzuerkennen sind. Dies könnte zu einer restriktiven Auslegung dahingehend führen, dass notwendige Vorhalte- und Investitionskosten insbesondere in dicht besiedelten Gebieten sowie in der bodengebundenen Notfallrettung bei der Entgeltkalkulation nicht in vollem Umfang berücksichtigt werden. Die Konsequenz der Regelung bzw. der Begründung ist keine Finanzierungsregel, sondern die Verpflichtung, „trotz des hohen Anteils an Fixkosten“ Wirtschaftlichkeitspotenziale zu ermitteln.

Deshalb bedarf es nach wie vor der ausdrücklichen Klarstellung, dass sämtliche für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und leistungsfähigen Notfallrettung notwendigen und wirtschaftlich angemessenen Vorhalte- und Investitionskosten unabhängig von Bevölkerungsdichte und Spezialisierungsgrad bei der Entgeltkalkulation berücksichtigt werden können.**}**

[In] **[**Mit der vorgeschlagenen Änderung wird daher klargestellt, dass die notwendigen Sach- und Betriebskosten sowie die notwendigen Vorhalte- und Investitionskosten bei der Kalkulation der Entgelte zu berücksichtigen sind, soweit sie der Sicherstellung des Leistungsanspruchs nach § 30 SGB V-neu dienen. Zugleich wird verhindert, dass Kosten für darüberhinausgehende öffentliche Aufgaben in die Entgeltkalkulation einbezogen werden.**]**

In 4. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 Absatz 2 Satz 6, Satz 7 und Satz 9 SGB V)

Bei Annahme entfallen Ziffer 5 und Ziffer 6

Artikel 1 Nummer 19 § 133 Absatz 2 ist wie folgt zu ändern:

a) Die Sätze 6 und 7 sind durch die folgenden Sätze zu ersetzen:

„Bei den der Entgeltbemessung zugrunde gelegten Kosten nach Satz 5 gilt § 71 Absatz 1 bis 3 mit Ausnahme der folgenden Kosten:

1. notwendige Investitionskosten, soweit die Investitionen zur Sicherstellung des Leistungsanspruchs nach § 30 erforderlich sind;
2. Mehrkosten zur Erfüllung bundesrechtlicher Vorgaben nach den §§ 30 und 133a bis 133e;
3. Kostensteigerungen auf Grund tarifvertraglicher Vereinbarungen oder kirchlicher Arbeitsrechtsregelungen.

Die flächendeckende Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung ist sicherzustellen; soweit hierfür erforderlich vereinbaren die Vertragspartner abweichend von § 71 Absatz 2 und 3 eine darüberhinausgehende Veränderung der Vergütung.“

b) Satz 9 ist zu streichen.

Begründung:

Mit § 133 Absatz 2 Satz 6 SGB V-neu wird bereits umfassend klargestellt, dass für Gesamtkosten der Entgeltbemessung der medizinischen Notfallrettung § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V gilt. Dies schließt landesweite oder zumindest überregionale Bedarfsplanungen sowie Investitionsvornahmen, die zur Sicherstellung der medizinischen Notfallrettung nach § 30 SGB V-neu notwendig sind, bereits ein und bedarf keiner gesonderten Erwähnung im Gesetzestext. Nach dem Gesetzesbeschluss gilt für die Gesamtkosten der Entgeltbemessung § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V. Die Begründung der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages (BT-Drucksache 21/8629) spricht von einer „strengen Ausgabenbegrenzung“, die die Grundlohnbindung aus dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz nachvollzieht. Nach § 71 Absatz 3 Satz 2 SGB V wird die Veränderungsrate in den Jahren 2027 bis 2029 zusätzlich um jeweils einen Prozentpunkt gemindert. Die Bundesregierung verweist in ihrer Gegenäußerung (vgl. BT-Drucksache 21/6808 Anlage 4 Zu Nummer 29) auf die Ausnahme in § 71 Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V. Diese Ausnahme setzt aber den Nachweis ausgeschöpfter Wirtschaftlichkeitsreserven voraus. Sie passt damit nicht für Kosten, die der Leistungserbringer nicht beeinflussen kann und damit nicht in Verbindung zur Wirtschaftlichkeit stehen.

Der neue § 133 Absatz 2 Satz 6 SGB V hält am Grundsatz der Beitragssatzstabilität fest. Er nimmt drei Kostengruppen aus, deren Entwicklung sich der Steuerung durch den Leistungserbringer entzieht oder vom Gesetzgeber selbst ausgelöst wird. Für alle übrigen Kosten bleibt es bei der Bindung an die Veränderungsrate.

Zu Nummer 1 (notwendige Investitionskosten): Rettungswachen, Fahrzeuge sowie medizinische und digitale Ausstattung erfordern erhebliche Investitionen. Diese fallen oft unregelmäßig an und lassen sich nicht immer durch die jährliche Veränderungsrate nach § 71 SGB V abbilden. Die Ausnahme gilt nur für notwendige Investitionskosten. Die Investitionen müssen zur Sicherstellung des Leistungsanspruchs nach § 30 SGB V-neu erforderlich sein. Nicht notwendige oder unwirtschaftliche Investitionen sind nicht erfasst. Die Ausnahme ist nicht auf Neuinvestitionen beschränkt. Auch Kosten früherer notwendiger Investitionen können berücksichtigt werden, soweit sie bei der Entgeltbemessung ansatzfähig sind. Die Bedarfsplanung und die Anforderungen an eine wirtschaftliche Beschaffung bleiben maßgeblich.

Zu Nummer 2 (bundesrechtliche Vorgaben): Das Gesetz selbst verpflichtet die Leistungserbringer zu neuen Leistungen und Strukturen, insbesondere zur softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage, zur Mitwirkung im Gesundheitsleitsystem, zur digitalen Dokumentation und Datenübermittlung sowie zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur (§§ 30, 133a bis 133e SGB V-neu). Es wäre widersprüchlich, diese Pflichten bundesrechtlich anzuordnen und ihre Kosten zugleich unter den Deckel zu stellen. § 133 Absatz 2 Satz 12 SGB V-neu verlangt zwar, die besonderen Anforderungen des Gesundheitsleitsystems „angemessen zu berücksichtigen“, nimmt sie aber nicht von § 71 SGB V aus. Bundesfördermittel nach § 133f SGB V-neu und Ausgleichszahlungen nach § 133e SGB V-neu bleiben vorrangig. Insoweit entstehen keine ansatzfähigen Kosten.

Zu Nummer 3 (tarifvertragliche Vereinbarungen): Die medizinische Notfallrettung ist besonders personalintensiv und bundesweit weitgehend tarifgebunden. Tarifsteigerungen kann der einzelne Leistungserbringer nicht beeinflussen. Sie können über der Veränderungsrate liegen. Das Gesetz erkennt dieses Problem für andere Bereiche an. Für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege und weitere Leistungen dürfen tarifgebundene Arbeitgeber bis zum 29. Juli 2028 Steigerungen oberhalb der Veränderungsrate in Höhe der Hälfte der Differenz zur Tarifsteigerung geltend machen (§§ 111, 132, 132a SGB V-neu). Für die medizinische Notfallrettung fehlt eine vergleichbare Regelung. Die Ausnahme schließt diese Lücke. Erfasst sind nur tarifvertraglich oder nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbarte Steigerungen. Sie gilt nicht für frei vereinbarte Vergütungen oder beamtenrechtliche Besoldungen.

Mit § 133 Absatz 2 Satz 7 SGB V soll klargestellt werden, dass die Sicherstellung der medizinischen Notfallversorgung flächendeckend erfolgt. Die Regelung adressiert insbesondere, dass eine Finanzierung der medizinischen Notfallversorgung in Einsatzgebieten mit z. B. niedriger Bevölkerungsdichte und niedriger Auslastung vom Leistungsumfang des SGB V umfasst ist. Damit wird einerseits eine in ländlich geprägten Regionen verlässliche refinanzierte Struktur der medizinischen Notfallrettung sowie andererseits eine Gleichbehandlung aller Leistungsnehmer der medizinischen Notfallrettung erreicht.

G

5. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 Absatz 2 Satz 6a – neu – und Satz 7 SGB V)

Entfällt bei Annahme von Ziffer 4

Artikel 1 Nummer 19 § 133 Absatz 2 ist wie folgt zu ändern:

a) Nach Satz 6 ist der folgende Satz einzufügen:

„Keine Anwendung findet § 71 Absatz 1 bis 3 jedoch in Bezug auf folgende Kosten:

1. Notwendige Investitionskosten, soweit die Investitionen zur Sicherstellung des Leistungsanspruchs nach § 30 erforderlich sind;
2. Mehrkosten zur Erfüllung bundesrechtlicher Vorgaben nach den §§ 30 und 133a bis 133e;
3. Kostensteigerungen auf Grund tarifvertraglicher Vereinbarungen oder kirchlicher Arbeitsrechtsregelungen.“

b) Der bisherige Satz 7 ist durch den folgenden Satz zu ersetzen:

„Die flächendeckende Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung ist sicherzustellen; soweit hierfür erforderlich vereinbaren die Vertragspartner abweichend von § 71 Absatz 2 und 3 eine darüberhinausgehende Veränderung der Vergütung.“

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Nach dem Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages gilt für die Gesamtkosten der Entgeltbemessung nach § 133 Absatz 6 Satz 6 SGB V-neu § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V. Die Begründung der Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages (BT-Drucksache 21/8629, Seite 129 f.) spricht von einer „strengen Ausgabenbegrenzung“, die die Grundlohnbindung aus dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz nachvollziehe. Nach § 71 Absatz 3 Satz 4 SGB V wird die Veränderungsrate in den Jahren 2027 bis 2029 zusätzlich um jeweils einen Prozentpunkt gemindert. Die Bundesregierung verweist auf die Ausnahme in § 71 Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V (Gegenäußerung zu Ziffer 29 der Stellungnahme des Bundesrates (BR-Drucksache 255/26 (Beschluss), Seite 34), BT-Drs. 21/6808, Seite 159). Diese Ausnahme setzt aber den Nachweis ausgeschöpfter Wirtschaftlichkeitsreserven voraus. Sie passt damit nicht für Kosten, die der Leistungserbringer nicht beeinflussen kann und damit nicht in Verbindung zur Wirtschaftlichkeit stehen.

§ 133 Absatz 2 Satz 6a SGB V hält am Grundsatz der Beitragssatzstabilität fest. Er nimmt drei Kostengruppen aus, deren Entwicklung sich der Steuerung durch den Leistungserbringer entzieht oder vom Gesetzgeber selbst ausgelöst wird. Für alle übrigen Kosten bleibt es bei der Bindung an die Veränderungsrate.

Zu Nummer 1 (notwendige Investitionskosten): Rettungswachen, Fahrzeuge sowie medizinische und digitale Ausstattung erfordern erhebliche Investitionen. Diese fallen oft unregelmäßig an und lassen sich nicht immer durch die jährliche Veränderungsrate nach § 71 SGB V abbilden. Die Ausnahme gilt nur für notwendige Investitionskosten. Die Investitionen müssen zur Sicherstellung des Leistungsanspruchs nach § 30 SGB V erforderlich sein. Nicht notwendige oder unwirtschaftliche Investitionen sind nicht erfasst. Die Ausnahme ist nicht auf Neuinvestitionen beschränkt. Auch Kosten früherer notwendiger Investitionen können berücksichtigt werden, soweit sie bei der Entgeltbemessung ansatzfähig sind. Die Bedarfsplanung und die Anforderungen an eine wirtschaftliche Beschaffung bleiben maßgeblich.

Zu Nummer 2 (bundesrechtliche Vorgaben): Das Gesetz selbst verpflichtet die Leistungserbringer zu neuen Leistungen und Strukturen, insbesondere zur softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage, zur Mitwirkung im Gesundheitsleitsystem, zur digitalen Dokumentation und Datenübermittlung sowie zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur (§§ 30, 133a bis 133e SGB V). Es wäre widersprüchlich, diese Pflichten bundesrechtlich anzuordnen und ihre Kosten zugleich der Ausgabenbegrenzung zu unterwerfen. § 133 Absatz 2 Satz 12 SGB V-neu verlangt zwar, die besonderen Anforderungen des Gesundheitsleitsystems „angemessen zu berücksichtigen“, nimmt sie aber nicht von § 71 SGB V aus. Bundesfördermittel nach § 133f SGB V und Ausgleichszahlungen nach § 133e SGB V bleiben vorrangig. Insoweit wird jedoch keine Ansatzfähigkeit der diesbezüglichen Kosten begründet bzw. geregelt und es bedarf einer Klarstellung.

Zu Nummer 3 (tarifvertragliche Vereinbarungen): Die medizinische Notfallrettung ist besonders personalintensiv und bundesweit weitgehend tarifgebunden.

Tarifsteigerungen kann der einzelne Leistungserbringer nicht beeinflussen. Sie können über der Veränderungsrate liegen. Das Gesetz erkennt dieses Problem für andere Bereiche an. Für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege und weitere Leistungen dürfen tarifgebundene Arbeitgeber bis zum 29. Juli 2028 Steigerungen oberhalb der Veränderungsrate in Höhe der Hälfte der Differenz zur Tarifsteigerung geltend machen (§§ 111, 132, 132a SGB V-neu). Für die medizinische Notfallrettung fehlt eine vergleichbare Regelung. Die Ausnahme schließt diese Lücke. Erfasst sind nur tarifvertraglich oder nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbarte Steigerungen. Sie gilt nicht für frei vereinbarte Vergütungen oder beamtenrechtliche Besoldungen.

Zu Buchstabe b:

Mit dem neuen § 133 Absatz 2 Satz 7 SGB V soll durch den Bundesgesetzgeber geregelt werden, dass die Sicherstellung der medizinischen Notfallversorgung flächendeckend erfolgen muss. Die Ergänzung adressiert insbesondere, dass eine Finanzierung der medizinischen Notfallversorgung auch in Einsatzgebieten mit z. B. niedriger Bevölkerungsdichte und niedriger Auslastung vom Leistungsumfang des SGB V umfasst ist. Damit wird einerseits eine in ländlich geprägten Regionen verlässliche refinanzierte Struktur der medizinischen Notfallrettung sowie anderseits eine Gleichbehandlung aller Leistungsnehmer der medizinischen Notfallrettung korrespondierend erreicht.

G

6. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 Absatz 2 Satz 9 SGB V)

Entfällt bei Annahme von Ziffer 4

Artikel 1 Nummer 19 § 133 Absatz 2 Satz 9 ist zu streichen.

Begründung:

Mit § 133 Absatz 2 Satz 6 SGB V-neu wird bereits umfassend klargestellt, dass für Gesamtkosten der Entgeltbemessung der medizinischen Notfallrettung § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V gilt. Dies schließt landesweite oder zumindest überregionale Bedarfsplanungen sowie Investitionsvornahmen, die zur Sicherstellung der medizinischen Notfallrettung nach § 30 SGB V-neu notwendig sind, bereits ein und bedarf keiner gesonderten Erwähnung im Gesetzestext. Gemäß der allgemeinen Kompetenzverteilung unterliegt der Rettungsdienst nach Artikel 30 und Artikel 70 Absatz 1 des Grundgesetzes grundsätzlich der Gesetzgebungskompetenz der Länder. Diese Regelungen übertragen dem Bundesgesetzgeber keinerlei strukturelle Planungs- oder Vorgabekompetenz für den Rettungsdienst. Die bestehenden Gesetzgebungskompetenzen des Bundes im SGB V beschränken sich ausschließlich auf die Regelungen zur Finanzierung. Die restriktive Ausgestaltung der Kriterien hinsichtlich der Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven in § 133 Absatz 2 Satz 9 SGB V-neu geht über diese Kompetenz hinaus.

Mit den derzeitigen Regelungen in § 133 Absatz 2 Satz 9 SGB V-neu ermöglicht der Bundesgesetzgeber den Krankenkassen jedoch über das zu erzielende Einvernehmen bei der Bedarfsplanung unmittelbaren Einfluss auf die rettungsdienstliche Planung der Länder und deren strukturelle sowie organisatorische Ausgestaltung zu nehmen. Damit greift der Bund unmittelbar in die Planungshoheit der Länder ein.

Der diesbezüglich fehlende Konfliktlösungsmechanismus bei nicht erzieltem Einvernehmen schlägt zudem unmittelbar auf die Investitionen und Vorhaltungen durch, da § 133 Absatz 2 Satz 9 Nummer 2 SGB V-neu die Vornahme von Investitionen an die Bedarfsplanung nach § 133 Absatz 2 Satz 9 Nummer 1 SGB V-neu knüpft. Dies gibt den Krankenkassen ein einseitiges Vetorecht und konterkariert zudem die Vorgabe der Sicherstellung einer flächendeckenden medizinischen Notfallrettung nach § 133 Absatz 2 Satz 7 SGB V-neu.

Darüber hinaus ist § 133 Absatz 2 Satz 9 Nummer 3 SGB V-neu zu streichen. Der verpflichtenden Bindung an die Umsetzung der Rahmenverträge nach § 133 Absatz 2 Satz 11 SGB V-neu an die Kriterien zur Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven steht die lediglich als „Kann-Regelung“ ausgestalteten Schließung von Rahmenverträgen entgegen.

Das Zusammenwirken der Regelungen zur medizinischen Notfallrettung, zur Finanzierung und zu den Rahmenempfehlungen wird als ausreichend angesehen, sodass es § 133 Absatz 2 Satz 9 SGB V-neu auch – losgelöst vom unzulässigen Eingriff in die Planungshoheit der Länder – inhaltlich nicht bedarf.

G
In

Bei Annahme entfällt Ziffer 8

7. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 Absatz 6 SGB V)

Artikel 1 Nummer 19 § 133 Absatz 6 ist durch den folgenden Absatz 6 zu ersetzen:

„(6) Abweichend von den Absätzen 2 bis 5 können die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 bis zum Ablauf des 31. Dezember 2028 ihre Leistungen gegenüber den Krankenkassen in Höhe des jeweiligen nach § 133 in der am 29. Juli 2026 geltenden Fassung berechnungsfähigen Betrages abrechnen. Werden die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 insoweit noch durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt, haben Versicherte bis zum Ablauf des 31. Dezember 2028 Anspruch auf Übernahme der Kosten für diese Leistungen in der in § 133 in der am 29. Juli 2026 geltenden Fassung vorgesehenen Höhe.“

Begründung

Der Gesetzentwurf sah in § 133 Absatz 6 Satz 1 SGB V-E eine Übergangsfrist vor, nach der die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung im ersten Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes ihre Leistungen gegenüber den Krankenkassen noch nach der zum Zeitpunkt der Verkündung geltenden Rechtslage abrechnen können. Entsprechend hatten die Versicherten gemäß § 133 Absatz 6 Satz 2 SGB V-E im ersten Jahr nach Inkrafttreten Anspruch auf Übernahme der Kosten für diese Leistungen in der nach bisheriger Rechtslage vorgesehenen Höhe.

Die Notfallreform, insbesondere die Novellierung des § 133 SGB V, bedingt die Durchführung komplexer landesrechtlicher Gesetzgebungsverfahren zur Anpassung und Harmonisierung der landesgesetzlichen Regelungen an die vom Bundesgesetzgeber vorgesehenen Regelungen. Dies ist in einer derart kurzen Übergangszeit nicht adäquat abbildbar. Mithin ist die Übergangsfrist

[nur G] des **[**vom Deutschen Bundestag modifiziert beschlossenen**]** § 133 Absatz 6 Satz 1 SGB V-neu dahingehend anzupassen, dass Leistungen gegenüber den Kostenträgern noch mindestens bis zum 31.Dezember 2028 nach Inkrafttreten des Gesetzes nach der jeweils im Zeitpunkt der Verkündung bestehenden landesrechtlichen Rechtslage abgerechnet werden können. Nur wenn den Landesgesetzgebern diese angemessene Frist eingeräumt wird, ist die Finanzierung des Rettungsdienstes für den Zeitraum der Umstellung des Systems auf Entgeltverträge nach dem Sachleistungsprinzip des SGB V gesichert, die Gefährdung der Sicherstellung der medizinischen Notfallrettung ausgeschlossen und die Einhaltung der zentralen Anforderungen an die Gesetzgebung, wie beispielsweise Vereinbarkeit mit höherrangigem Recht, Verhältnismäßigkeit sowie praktische Umsetzbarkeit, gewährleistet. Damit die Versicherten keine Gefahr trifft, die Kosten teilweise selber tragen zu müssen, ist die Dauer der Kostenübernahme entsprechend anzupassen. Für den Ablauf des Übergangszeitraumes muss zudem sichergestellt sein, dass die neue Systematik nicht unterjährig, sondern erst zum Beginn eines Kalenderjahres Anwendung findet. Eine unterjährige Umstellung, wie sie mit der bestehenden Regelung zu erwarten ist, wäre dabei mit Blick auf die regelmäßig jahresbezogene Haushaltsplanung und die jährlichen Entgeltverhandlungen problematisch und würde einen außerordentlichen Bürokratieaufwand verursachen. Sie würde zu erheblichen Abgrenzungs- und Abrechnungsfragen führen und könnte vorübergehend eine Finanzierungslücke bei einzelnen Leistungen verursachen.

§ 133 Absatz 6 SGB V-neu regelt zudem die Fortgeltung der aktuell geltenden Fassung des § 133 SGB V, einschließlich der verschärften Regelung zur Fest-

[nur G] betragsfestsetzung. **[**Konkret heißt es in § 133 Absatz 6 Satz 2 SGB V-neu:

„Werden die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 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 Übernahme der Kosten für ihre Leistungen in der in § 133 in der am … [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung vorgesehenen Höhe.“**]**

Trotz der im Übrigen zahlreichen Änderungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes im Gesetz zur Reform der Notfallversorgung bleibt die hinsichtlich der Festbetragsfestsetzung verschärfte Regelung in § 133 Absatz 2 SGB V für die Übergangsfrist unangetastet. Der aktuelle Zustand wird lediglich für zwölf Monate nach Inkrafttreten konserviert, um dann vollständig von der Neuregelung des § 133 Absatz 2 SGB V-neu ersetzt zu werden. Die Übergangsregelung enthält somit eine restriktivere Regelung für den Rettungsdienst, als sie nach Inkrafttreten der Notfallreform vorsähe. Dies ist vor dem Hintergrund der Fall, dass mit der vorgeschlagenen Neufassung des § 133 Absatzes 6 SGB V-E die Verpflichtung der Kostenträger zur Festbetragsfestsetzung im Bereich Rettungsdienst im Falle des Vorliegens einer der in § 133 Absatz 2 SGB V-E enumerativen Voraussetzungen während der Übergangsregelung vollständig erlischt.

Die Neufassung des § 133 Absatz 6 SGB V-neu beinhaltet somit nicht nur die Verlängerung der Übergangsfrist, sondern auch die Fortgeltung des § 133 SGB V in der Fassung vor Inkrafttreten des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes am 30. Juli 2026. Die Kostenträger haben dann nach wie vor die Möglichkeit der Festsetzung von Festbeträgen, aber keine zwingende Verpflichtung mehr, wie in der aktuell gültigen Fassung des § 133 Absatz 2 SGB V vorgesehen.

In

8. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 Absatz 6 Satz 1, 2 SGB V)*

Entfällt bei Annahme von Ziffer 7

In Artikel 1 Nummer 19 § 133 Absatz 6 Satz 1 und 2 ist jeweils die Angabe „... [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] durch die Angabe „31. Dezember des auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalenderjahres“ und die Angabe „… [einsetzen: Tag der Verkündung]“ durch die Angabe „Tag der Verkündung dieses Gesetzes“ zu ersetzen.

Begründung:

Die Reform der Notfallversorgung führt zu einem grundlegenden Wechsel der Finanzierungs- und Abrechnungssystematik. Künftig sollen die Leistungen der medizinischen Notfallrettung grundsätzlich auf der Grundlage von Entgeltverträgen zwischen den Krankenkassen und den nach Landesrecht vorgesehenen Leistungserbringern vergütet werden.

Die Umstellung setzt in den Ländern zunächst Änderungen der Rettungsdienstgesetze und untergesetzlicher Regelungen voraus. Dabei müssen durch die Leistungserbringer bestimmte, neue Vertrags- und Abrechnungsstrukturen geschaffen, die erforderlichen Daten für die Entgeltkalkulation erhoben und

* Von In als Hilfsempfehlung zu Ziffer 7 beschlossen.

Entgeltverhandlungen mit den Krankenkassen geführt werden. Im Hinblick auf die unterschiedlichen Organisations-, Finanzierungs- und Abrechnungssysteme in den Ländern ist hierfür ein ausreichend bemessener Übergangszeitraum erforderlich.

Eine unterjährige Umstellung, wie sie mit der bestehenden Regelung zu erwarten ist, wäre dabei mit Blick auf die regelmäßig jahresbezogene Haushaltsplanung und die jährlichen Entgeltverhandlungen problematisch und würde einen außerordentlichen Bürokratieaufwand verursachen. Sie würde zu erheblichen Abgrenzungs- und Abrechnungsfragen führen und könnte vorübergehend eine Finanzierungslücke bei einzelnen Leistungen verursachen.

Die medizinische Notfallrettung muss jederzeit und ohne Unterbrechung gewährleistet sein. Eine Umstellung darf deshalb erst erfolgen, wenn die erforderlichen landesrechtlichen, organisatorischen, vertraglichen und technischen Voraussetzungen geschaffen worden sind. Die bisherige Finanzierungs- und Abrechnungssystematik muss bis zum Ablauf des Übergangszeitraums fortgelten. Dabei muss sichergestellt werden, dass die neue Systematik nicht unterjährig, sondern erst zum Beginn eines Kalenderjahres Anwendung findet.

Mit den vorgeschlagenen Änderungen wird die vom Bundestag bereits angelegte teilweise Berücksichtigung der Besonderheiten des Rettungsdienstes rechtssicher fortentwickelt. Die notwendige Finanzierung von Vorhalte- und Investitionskosten wird im Gesetzeswortlaut verankert, die Umstellung auf das neue Finanzierungs- und Abrechnungssystem geordnet und ein unterjähriger Systemwechsel vermieden.

B

Der **federführende Gesundheitsausschuss** empfiehlt dem Bundesrat ferner, die folgende Entschließung zu fassen:

G 9. a) Die im Rahmen des vorliegenden Gesetzes vorgesehene Rücknahme einzelner Sparmaßnahmen für den vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Bereich wird vom Bundesrat begrüßt, da hierdurch negative Auswirkung auf den Arztzugang und die Versorgung der Patienten abgemildert sowie das wichtige Vorhaben der Einführung eines verbindlichen Primärversorgungssystems nicht erschwert wird.

b) Dies gilt besonders für psychotherapeutische Leistungen. Der Bundesrat hatte eine vollständige Ausnahme der psychotherapeutischen Leistungen aus der Budgetierung gefordert, damit Einsparungen nicht zu hohen Folgekosten durch vermeidbare stationäre Aufenthalte oder zur Verfestigung von psychischen Erkrankungen führen. Auch wenn der Bundesrat an sei-

ner Forderung festhält, ist die teilweise Rückführung von psychotherapeutischen Leistungen in die extrabudgetäre Vergütung als wichtiges Zugeständnis zu befürworten.

c) Angesichts des geplanten Primärversorgungssystems war es dem Bundesrat zudem ein Anliegen, dass die grundversorgenden Leistungen der Haus- sowie der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte nicht durch einen Fixkostendegressionsabschlag abgewertet werden. Vielmehr bedarf es hierfür einer Stärkung dieser Arztgruppen, da diese im künftigen Versorgungssystem eine zentrale Rolle einnehmen sollen. Es ist erfreulich, dass das Anliegen des Bundesrates aufgegriffen wurde.

G 10. d) Im Sinne des Ziels der Ambulantisierung ist es ebenso ein positives Signal, dass ambulante Operationen wieder der extrabudgetären Vergütung zugeführt werden. Der Bundesrat bedauert es allerdings, dass im Bundestagsverfahren ein Ausstieg aus der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) beschlossen wurde. Nach Auffassung des Bundesrates wird dadurch das Ziel der Ambulantisierung konterkariert.

G 11. e) Der Bundesrat stellt zudem fest, dass die kurz vor Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens verschärfte Pflicht zur Meldung von Terminen für alle Vertragsärztinnen und -ärzte verfehlt ist und einer Korrektur im Rahmen der anstehenden Diskussionen zum Primärversorgungssystem bedarf.

aa) Eine Terminmeldepflicht bedeutet einen erheblichen Eingriff in die unternehmerische Praxisführung, gleichzeitig bleibt das konkrete Ziel und die Umsetzung unklar.

bb) Denn die meisten Termine – auch Akuttermine – werden in den Praxen selbst vergeben. Dabei unterliegt die Terminvergabe einer hohen Dynamik. Ein zentrales Terminmanagement gibt es nicht. Ungeklärt ist, wie mit Terminen verfahren werden soll, die nicht über die Terminservicestelle vergeben werden konnten.

cc) Eine Terminmeldepflicht in einem pauschalen Mindestumfang wird den Praxisgegebenheiten der unterschiedlichen Arztgruppen und

Praxisauslastungen nicht gerecht. Sie führt nicht zu einem Zuwachs an Terminen.

dd) Statt Praxisinhaberinnen und -inhabern die Hoheit zur Vergabe eines Teils ihrer Termine zu entziehen, ist es sinnvoller, die mit dem Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDiG) intendierte bessere digitale Vernetzung der Praxen und der Terminservicestellen voranzutreiben. Die vorliegende Regelung widerspricht nach Auffassung des Bundesrats diesem Ansinnen und dem Vorhaben einer medizinischen Patientensteuerung.

Begründung:

Die fachfremden Änderungen im vorliegenden Gesetz setzen zu einem großen Teil Vorhaben um, die im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz diskutiert wurden. Das Entgegenkommen der Bundesregierung zu Forderungen des Bundesrates, insbesondere in Bezug auf die finanziellen Auswirkungen auf die Vertragsärztinnen und -ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, wird begrüßt.

Abgelehnt wird allerdings der im Bundestagsverfahren eingeführten Ausstieg aus der erst zum 1. Januar 2024 eingeführten Hybrid-DRG (Speziellen sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f SGB V), da hierdurch das übergeordnete Ziel der Hebung des großen Ambulantisierungspotenzials bei nicht erforderlichen stationären Operationen zu Gunsten von kurzzeitigen Sparmaßnahmen geopfert wird. Aufgrund dieser überraschenden Kehrtwende wird es künftig schwer werden, Ärztinnen und Ärzte mit Investitionsbereitschaft für den bei ambulanten Operationen erforderlichen Sachmittelaufwand zu gewinnen.

Gleichzeitig wird mit der vorab nicht diskutierten Terminmeldepflicht eine neue Regelung für Praxen eingeführt, die eine erhebliche Auswirkung auf das Praxismanagement hat und Folgefragen eröffnet. Die Terminmeldepflicht wird mit der in der Notfallreform umgesetzten Aufwertung der Terminvermittlung und der Akutleitstelle begründet. Die zum Teil schwierige Verfügbarkeit von Terminen über die Terminservicestellen kann aber nicht darüber gelöst werden, dass die Praxen einen Teil ihrer Terminhoheit verlieren. Der weit überwiegende Teil der Termine, gerade der Akuttermine, wird über die Praxen selbst vergeben. Es stellt sich die Frage, wie mit Terminen umzugehen ist, die nicht über die Terminservicestelle besetzt werden können und wie dieser Verlust in den Praxen dargestellt und vergütet werden kann. Ein fester Mindestumfang an zu meldenden Terminen stellt einen fiktiven Wert dar, der nicht abstrakt gleichermaßen für alle Praxen festlegbar ist.

Die Terminmeldepflicht stellt einen erheblichen Eingriff in die unternehmerische Freiheit und die Terminhoheit der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte dar, ist aber ungeeignet das angestrebte Ziel zu erreichen. Es stehen damit nicht mehr Termine in der Versorgung zur Verfügung. Die Bundesregierung sollte

vielmehr digitale Möglichkeiten der Terminvermittlung weiterverfolgen und damit gleichzeitig den Zielen einer medizinischen Patientensteuerung und bürokratischen Entlastung der Praxen gerecht werden.

G 12. a) Der Bundesrat stellt fest, dass eine verlässliche, qualitätsgesicherte und individuell angepasste Hilfsmittelversorgung eine wesentliche Voraussetzung für die Lebensqualität und die gesellschaftliche Teilhabe von Patientinnen und Patienten ist. Insbesondere für chronisch kranke, pflegebedürftige und hochbetagte Menschen ist die kontinuierliche Verfügbarkeit der benötigten Hilfsmittel unverzichtbar.

b) Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, die Auswirkungen der mit der Änderung des § 127 Absatz 1c und 1d SGB V-neu beschlossenen Wiedereinführung von Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich auf die Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität ab Inkrafttreten der Neuregelung kontinuierlich zu beobachten. Dabei sind insbesondere Hinweise von Patientinnen und Patienten, Leistungserbringern und den Ländern auf Lieferengpässe, Versorgungsdefizite und Qualitätsprobleme zeitnah aufzugreifen und zu bewerten. Die vorgesehene Evaluation bis zum 31. Dezember 2029 kann eine solche kontinuierliche Beobachtung nicht ersetzen.

c) Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, bei erkennbaren Fehlentwicklungen unverzüglich die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen und dem Gesetzgeber erforderlichenfalls Vorschläge zur Anpassung der gesetzlichen Regelungen vorzulegen, um eine verlässliche und bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung sicherzustellen. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob die Regelungen des § 127 Absatz 1c und 1d SGB V-neu einer Anpassung bedürfen, wenn sich die Wiedereinführung von Ausschreibungen zulasten der Versorgungssicherheit oder -qualität auswirkt.

Begründung:

Der Deutsche Bundestag hat am 15. Oktober 2026 die Wiedereinführung von Ausschreibungsmöglichkeiten im Hilfsmittelbereich durch eine Änderung von § 127 Absatz 1c und Absatz 1d SGB V beschlossen (vgl. BT-Drs. 21/8629, S. 21 ff.).

Eine verlässliche, qualitätsgesicherte und individuell angepasste Hilfsmittelversorgung ist für die Patientinnen und Patienten ein essenzieller Bestandteil für eine möglichst uneingeschränkte Teilhabe am Berufsleben und in der Freizeit. Für pflegebedürftige und oftmals hochbetagte Patientinnen und Patienten ist sie wesentliche Basis für eine weitere Teilhabe in der Familie oder der Gemeinschaft.

Durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz aus dem Jahr 2019 wurden die bis dahin bestehenden Ausschreibungsmöglichkeiten der Krankenkassen im Hilfsmittelbereich ersatzlos gestrichen. Begründet wurde die Streichung damit, dass sich gezeigt hatte, dass die praktische Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG), in Kraft getreten am 11. April 2017, vielfach nicht den Zielen des Gesetzgebers entsprochen hatte. Um den negativen Auswirkungen von Ausschreibungsverträgen der Krankenkassen auf die Qualität der Hilfsmittelversorgung entgegenzuwirken, hatte der Bundesgesetzgeber mit dem HHVG den Krankenkassen und Leistungserbringern verschiedene Vorgaben zur stärkeren Berücksichtigung von Qualitätsaspekten beim Abschluss von Verträgen zur Hilfsmittelversorgung gemacht. Dazu gehörten insbesondere das Verbot von Ausschreibungen bei Versorgungen mit einem hohen Dienstleistungsanteil und die Vorgabe an die Krankenkassen, bei Hilfsmittelausschreibungen in den Leistungsbeschreibungen und bei den Vergabekriterien qualitative Aspekte angemessen zu berücksichtigen. Zu dem erhofften Qualitätswettbewerb im Rahmen von Ausschreibungen ist es in diesen zwei Jahren nicht gekommen. Im Gegenteil kam es bei den betroffenen Patientinnen und Patienten zu großer Unsicherheit in ihrer Versorgung und damit zu Beeinträchtigungen ihrer Lebensqualität.

Die FinanzKommission Gesundheit empfiehlt unter der Kategorie B (Einsparungen oder Einnahmen, die mit unsicheren oder potenziell negativen Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung, den Zugang oder die Verteilungsgerechtigkeit einhergehen) die Wiedereinführung der Ausschreibungen für ausgewählte Hilfsmittel mit einem hohen Standardisierungsgrad, die sowohl den Preis als auch dezidierte Qualitätskriterien einbeziehen. Bei nachgewiesenen Qualitätsproblemen sollten den Krankenkassen zudem strenge Kontroll- und Sanktionsmaßnahmen zur Verfügung stehen, die bis zur fristlosen Kündigung des Vertrages reichen können. Dies soll den Wettbewerb und damit eine wirtschaftliche Versorgung mit Hilfsmitteln fördern, ohne dass die Qualität der Hilfsmittel darunter leidet.

Wenn man mit der Wiedereinführung der Ausschreibungsregelungen im Hilfsmittelbereich die Fehler der Vergangenheit auch nicht wiederholen möchte, muss man doch feststellen, dass die Formulierungen einen großen Auslegungsspielraum lassen und im Einzelfall auch nur schwer einer rechtlichen Klärung, unabhängig von der Verfahrensdauer, zuzuführen sind. Daher ist das Bundesministerium für Gesundheit aufgefordert, unmittelbar nach Inkrafttreten der Neuregelung die Entwicklung der Versorgung sorgfältigst zu verfolgen, um gegebenenfalls auf Fehlentwicklungen schnell reagieren zu können. So richtig die nun vorgesehene Evaluation bis zum 31. Dezember 2029 ist, so ist sie doch nicht ausreichend, um zeitangemessen auf Fehlentwicklungen reagieren zu können.

...

G 13. a) Der Bundesrat stellt fest, dass die im Gesetz zur Reform der Notfallversorgung vorgesehene Erweiterung der Befugnis zur Abgabe von Arzneimitteln durch Ärztinnen und Ärzte in Integrierten Notfallzentren (INZ) und im aufsuchenden Notdienst nach § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 3 SGB V-neu arzneimittelrechtliche Folgefragen aufwirft, die im Gesetzgebungsverfahren bislang nicht hinreichend geklärt worden sind.

b) Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, die neu geschaffene Befugnis zur unmittelbaren Arzneimittelabgabe durch Ärztinnen und Ärzte zeitnah arzneimittelrechtlich zu überprüfen und einen Gesetzentwurf zur Klarstellung und Ergänzung der einschlägigen arzneimittelrechtlichen Bestimmungen vorzulegen.

c) Der Bundesrat weist die Bundesregierung darauf hin, dass mit den Neuregelungen Ärztinnen und Ärzte in INZ sowie Ärztinnen und Ärzte im aufsuchenden Notdienst nach § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 3 SGB V-neu Teilnehmer am Arzneimittelverkehr werden. Sie bedürfen daher entsprechender arzneimittelrechtlicher Erlaubnisse, da Arzneimittel gelagert und in Verkehr gebracht werden. Betriebe, Einrichtungen und Personen, die am Arzneimittelverkehr teilnehmen, unterliegen grundsätzlich der Anzeigepflicht nach § 67 Absatz 1 AMG und den arzneimittelrechtlichen Bestimmungen und der Überwachungspflicht durch die zuständigen Behörden gemäß § 64 AMG. Diese Neuregelungen können demnach mit einem Mehraufwand für die Länder in der Überwachung und dem Vollzug einhergehen.

d) Der Bundesrat weist die Bundesregierung darauf hin, dass, sofern Ärztinnen und Ärzte in INZ sowie Ärztinnen und Ärzte im aufsuchenden Notdienst nach § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 3 SGB V-neu nicht durch Apotheken beliefert werden, dies zu parallelen Strukturen führen und mit negativen wirtschaftlichen Auswirkungen auf die Apothekenbetriebe einhergehen kann.

e) Der Bundesrat weist die Bundesregierung darauf hin, dass darüber hinaus die Anforderungen der EU-Fälschungsschutzrichtlinie 2011/62/EU in Verbindung mit der delegierten Verordnung (EU) 2016/161 zu beachten sind. Insbesondere bedarf es einer eindeutigen Regelung hinsichtlich der Modalitäten der Überprüfung der Sicherheitsmerkmale und Deaktivierung des individuellen Erkennungsmerkmals (securPharm-System). Sofern

Ärztinnen und Ärzte bei der Arzneimittelabgabe an Patienten den Apotheken gleichgestellt werden, fallen sie unionsrechtlich unter den Begriff der „zur Abgabe von Arzneimitteln an die Öffentlichkeit ermächtigten oder befugten Personen“ (Kapitel VI der delegierten Verordnung (EU) 2016/161).

f) Der Bundesrat weist die Bundesregierung darauf hin, dass die Arzneimittelabgabe durch Ärztinnen und Ärzte nicht zu einer Umgehung der arzneimittelrechtlichen Anforderungen an die ordnungsgemäße Beschaffung, Lagerung, Bestandsführung und Qualitätssicherung führen darf.

g) Der Bundesrat spricht sich dafür aus, eine analoge Regelung in Bezug auf die Bevorratung zur bereits bestehenden Ausnahme von der Apothekenpflicht nach § 43 Absatz 3a AMG für INZ und den aufsuchenden Notdienst nach § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 3 des SGB V-neu einzuführen.

h) Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, die Auswirkungen der Neuregelung auf die Arzneimittelversorgung, die Arzneimittelsicherheit, die flächendeckende Versorgung durch öffentliche Apotheken und die Finanzierung des Apothekennotdienstes zu evaluieren und dem Bundesrat über die Ergebnisse zu berichten.

Begründung:

Die im Rahmen der Reform der Notfallversorgung eingeführte Möglichkeit, Arzneimittel unmittelbar durch Ärztinnen und Ärzte an behandelte Patienten abzugeben, kann in eng begrenzten Notfallsituationen einen Beitrag zur zeitnahen Versorgung leisten. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass die Neuregelung widerspruchsfrei in das bestehende Arzneimittelrecht eingebettet wird und die Qualität und Sicherheit der Arzneimittelversorgung uneingeschränkt gewährleistet bleibt. Ziel muss eine rechtssichere, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Notfallversorgung sein, die bestehende Versorgungsstrukturen sinnvoll ergänzt, anstatt unklare Verantwortlichkeiten oder vermeidbare Doppelstrukturen zu schaffen.

§ 47 AMG regelt, an welche Empfänger pharmazeutische Unternehmer und Großhändler Arzneimittel abgeben dürfen, deren Abgabe grundsätzlich den Apotheken vorbehalten ist. Durch die neue Ausnahme von der Apothekenpflicht entsteht die Frage, ob und in welchem Umfang die betroffenen Arzneimittel künftig unmittelbar von pharmazeutischen Unternehmern und Großhändlern an Ärztinnen und Ärzte geliefert werden dürfen.

Es besteht das Risiko unterschiedlicher Rechtsauffassungen über die Zulässigkeit solcher Lieferbeziehungen. Insbesondere darf aus der Befugnis zur Abgabe eines Arzneimittels an einen Patienten nicht ohne Weiteres auf eine allgemeine

Befugnis zum unmittelbaren Bezug dieses Arzneimittels bei pharmazeutischen Unternehmern oder Großhändlern geschlossen werden.

Die EU-Fälschungsschutzrichtlinie (Richtlinie 2011/62/EU) und ihre Umsetzung in das nationale Recht (§ 67 AMG) sehen differenzierte Pflichten für die jeweils erfassten Akteure der Arzneimittelversorgung vor. Die neue Abgabebefugnis wirft die Frage auf, welche dieser Pflichten im konkreten Fall gelten und wie sie bei der Beschaffung und Weitergabe von Arzneimitteln durch ärztliche Einrichtungen umgesetzt werden sollen.

Es muss eindeutig feststehen, wie die Echtheit und Unversehrtheit der Arzneimittel gewährleistet, die Lieferkette nachvollzogen und im Falle eines Rückrufs oder eines festgestellten Qualitätsmangels schnell reagiert werden kann. Eine Regelungslücke oder unklare Verantwortungszuweisung darf nicht dazu führen, dass Arzneimittel außerhalb hinreichend abgesicherter Beschaffungs- und Kontrollprozesse in den Verkehr gelangen.

Die bestehenden öffentlichen Apotheken gewährleisten die Versorgung der Bevölkerung auch außerhalb der regulären Öffnungszeiten. Diese Vorhalteleistung erfordert Personal, Infrastruktur und eine bedarfsgerechte Arzneimittelbevorratung. Eine Ausweitung alternativer Abgabestrukturen kann sich auf die Inanspruchnahme und langfristig auf die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen des Apothekennotdienstes auswirken. Daher sind die Auswirkungen der gesetzlichen Neuregelung nach einer angemessenen Zeit zu evaluieren.