Bundesrat **Drucksache 620/26 (Beschluss)**

20.11.26

Beschluss
des Bundesrates

Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

A

Der Bundesrat hat in seiner 1070. Sitzung am 20. November 2026 beschlossen, zu dem vom Deutschen Bundestag am 15. Oktober 2026 verabschiedeten Gesetz einen Antrag gemäß Artikel 77 Absatz 2 des Grundgesetzes nicht zu stellen.

B

Der Bundesrat hat ferner die nachfolgende Entschließung gefasst:

1. a) Die im Rahmen des vorliegenden Gesetzes vorgesehene Rücknahme einzelner Sparmaßnahmen für den vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Bereich wird vom Bundesrat begrüßt, da hierdurch negative Auswirkungen auf den Arztzugang und die Versorgung der Patienten abgemildert werden 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 seiner Forderung festhält, ist die teilweise Rückführung von psychotherapeutischen Leistungen in die extrabudgetäre Vergütung als wichtiges Zugeständnis zu befürworten.

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 720 - 2946

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.

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.

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 wi-

derspricht 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 eingeführte 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.

2. 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 Absatz 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 Absatz 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.

3. 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.