Deutscher Bundestag **Drucksache 21/6808**

21. Wahlperiode 01.07.2026

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

A. Problem und Ziel

Eine gut funktionierende und wirtschaftliche Notfall- und Akutversorgung ist essenzieller Bestandteil einer leistungsfähigen Gesundheitsversorgung. Für Menschen in einer akuten medizinischen Notlage ist es entscheidend, jederzeit unmittelbar Hilfe zu erhalten und hierbei auf eine qualitativ hochwertige Versorgung vertrauen zu können. Dies gilt gleichermaßen für den ambulanten wie den stationären Sektor. Deutschland verfügt grundsätzlich über ein umfassend ausgebautes System der Notfall- und Akutversorgung einschließlich eines gut etablierten Rettungswesens.

Die drei Versorgungsbereiche – vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste – sind jedoch besser zu vernetzen und aufeinander abzustimmen.

Es gibt Defizite bei der effizienten Steuerung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene, so dass Hilfesuchende zunächst selbst über den aus ihrer Sicht in der konkreten Situation für sie richtigen Versorgungsbereich entscheiden. Derzeit erfolgt die Steuerung von Hilfesuchenden grundsätzlich durch zwei unterschiedliche telefonische Anlaufstellen: einerseits über die Rufnummer 116117 der Kassenärztlichen Vereinigungen, andererseits durch die Notrufnummer 112, unter der Anrufe bei den Rettungsleitstellen entgegengenommen werden.

Dies führt oftmals zu einer Fehlsteuerung, die eine Überlastung von Akteuren, insbesondere der Notaufnahmen und des Rettungsdienstes, zur Folge haben kann. Diese werden häufig auch für Fälle in Anspruch genommen, die vertragsärztlich hätten versorgt werden können. Ein Grund für Fehlsteuerungen kann die irrtümliche Einschätzung der Betroffenen sein, aber auch das Fehlen einer stabilen Vernetzung der Strukturen untereinander, die eine geregelte und verlässliche Übernahme von Hilfesuchenden durch andere Akteure erlaubt.

In den letzten Jahren wurde der Notdienst bereits an verschiedenen Punkten weiterentwickelt. So gibt es durch die Ansiedlung von Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern bereits erste Verbesserungen der Koordinierung von ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen. Da allerdings bisher keine gesetzliche Verpflichtung hierzu besteht, haben sich die Strukturen der Notdienstversorgung regional sehr unterschiedlich entwickelt. Auch durch die Etablierung von Terminservicestellen unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 116117 erhalten Hilfesuchende Unterstützung in Akutfällen. Darüber hinaus gibt es bereits heute einzelne Initiativen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Rettungsleitstellen,

mit denen eine bessere Kooperation erreicht werden soll. An diese Entwicklungen muss nun angeknüpft werden.

Ein neues System der integrierten Notfallversorgung muss auch das medizinische Leistungsspektrum der Rettungsdienste mitdenken. Dieses spielt eine zentrale Rolle bei der Ersteinschätzung und Erstversorgung von Notfällen und beim Transport in die gebotene Weiterversorgung. Schon seit Jahrzehnten entwickelt sich das Rettungsdienstwesen hin zur notfallmedizinischen und notärztlichen Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten am Einsatzort und auf dem Transportweg. Diese medizinischen Leistungen der Rettungsdienste sind im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung bisher unzureichend als bloßer Fahrkostenersatz abgebildet. Es wird daher seit langem gefordert, jene häufig hochspezialisierten medizinischen Leistungen als eigenständigen Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung als medizinische Notfallrettung anzuerkennen. Aufgrund der derzeitigen Finanzierung dieser Leistungen als bloße Übernahme von Fahrkosten besteht nicht die Möglichkeit, Hilfesuchende in adäquater Weise gegebenenfalls auch ohne Transport zu versorgen oder an die ambulante Versorgung weiterzuleiten. In der Folge kommt es oftmals zu einer unnötigen Inanspruchnahme von Rettungsmitteln und Notaufnahmen der Krankenhäuser und zu belastenden Situationen für die Patientinnen und Patienten.

Ziel ist es, für alle Hilfesuchenden eine bundesweit einheitliche und gleichwertige Notfallversorgung sicherzustellen. Der Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode zwischen CDU/CSU und SPD sieht daher vor, dass Gesetze zur Notfall- und Rettungsdienstreform auf den Weg gebracht werden (Zeile 3413 f.).

B. Lösung

Vor diesem Hintergrund werden gesetzliche Maßnahmen ergriffen, um die Vernetzung der Versorgungsbereiche in der Notfall- und Akutversorgung und damit die Steuerung der Hilfesuchenden in die bedarfsgerechte Versorgungsebene zu verbessern.

Die bisherigen Aufgaben der Terminservicestelle im Bereich der Akutfallvermittlung nimmt zukünftig die sogenannte Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigung wahr. Deren Vernetzung mit den neuen Leistungserbringern des Notfallmanagements soll eine bessere Steuerung von Hilfesuchenden ermöglichen. Dabei soll die digitale Fallübergabe mit medienbruchfreier Übermittlung bereits erhobener Daten wechselseitig möglich sein. Im Ergebnis werden durch diese bedarfsgerechte Steuerung sowohl Notaufnahmen als auch Rettungsdienste entlastet.

Darüber hinaus wird die notdienstliche Akutversorgung der Kassenärztlichen Vereinigungen durch Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages ausgebaut. Zur Sicherstellung einer medizinisch notwendigen Erstversorgung von Patientinnen und Patienten mit akutem Behandlungsbedarf werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, durchgängig eine telemedizinische und eine aufsuchende Versorgung bereitzustellen. Durch die stärkere Nutzung der Möglichkeiten der Telemedizin kann die Versorgung von Patientinnen und Patienten verbessert und gleichzeitig eine Entlastung von Ärztinnen und Ärzten erreicht werden. Eine aufsuchende und telemedizinische Versorgung trägt der demografischen Entwicklung und dem Wohl immobiler Patientinnen und Patienten Rechnung. Auch Bürgerinnen und Bürger werden durch den Ausbau des telemedizinischen ärztlichen Versorgungsangebotes entlastet, da weniger Fahrten zu Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen oder Notaufnahmen erforderlich sind. Auf der Basis von durchgeführten Modellprojekten wird die Anzahl der durch

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

eine Beratungsärztin oder einen Beratungsarzt gegebenen fallabschließenden Auskünfte und der somit nicht mehr notwendigen Besuche einer Notdienststruktur auf 1,21 Millionen Fälle im Jahr geschätzt.

Integrierte Notfallzentren werden als sektorenübergreifende Notfallversorgungsstrukturen etabliert. In den integrierten Notfallzentren arbeiten zugelassene Krankenhäuser und die Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich so zusammen, dass immer eine bedarfsgerechte ambulante medizinische Erstversorgung bereitsteht. Die Integrierten Notfallzentren bestehen aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung im oder am Krankenhausstandort und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle. Die Vergütungsstrukturen werden an diese Strukturen entsprechend angepasst.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die jeweiligen Krankenhäuser werden verpflichtet, sich an Integrierten Notfallzentren zu beteiligen. Zusätzlich sollen zu Sprechstundenzeiten vertragsärztliche Leistungserbringer als „Kooperationspraxen“ an Integrierte Notfallzentren angebunden werden können.

Die Standorte für Integrierte Notfallzentren werden von den Selbstverwaltungspartnern nach bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben im erweiterten Landesausschuss im Sinne des § 90 Absatz 4a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) innerhalb von sechs Monaten ab Inkrafttreten dieses Gesetzes festgelegt. Im Fall nicht fristgemäßer Einigung entscheidet das jeweilige Land über die Standortfestlegung. Integrierte Notfallzentren werden flächendeckend etabliert. Für Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche können geeignete Standorte ausgewählt werden, an denen ein besonderer Bedarf an einer integrierten Notfallversorgungseinrichtung für Kinder und Jugendliche besteht. Wo die Einrichtung von speziellen Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nicht möglich ist, wird eine telemedizinische Unterstützung von Integrierten Notfallzentren durch Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin gewährleistet.

Die Ziele der Reform sind nur realisierbar, wenn alle relevanten Versorgungsbereiche einschließlich der medizinischen Notfallrettung miteinander vernetzt werden. Nur dann kann eine effiziente und bedarfsgerechte Steuerung von Hilfesuchenden sowie entsprechende Entlastungen im Bereich der Notaufnahmen der Krankenhäuser und im Rettungsdienst erreicht werden.

Der Entwurf sieht daher vor, die medizinische Notfallrettung als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu verankern. Somit wird das medizinische Notfallmanagement, die medizinische Versorgung vor Ort und die fachlich-medizinische Betreuung während des Transports ausdrücklich als Teile der Krankenbehandlung anerkannt und nicht länger allein der Transportauftrag als akzessorische Nebenleistung der Krankenkassen finanziert. Wesentlich ist hierfür die Konkretisierung des Leistungsanspruchs im Fünften Buch Sozialgesetzbuch.

Weitere wichtige Bausteine sind die Digitalisierung und die digitale Vernetzung der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung mit den anderen Akteuren der Notfall- und Akutversorgung unter Nutzung der Telematikinfrastruktur sowie die Etablierung von Prozessen, die die Entwicklung eines bundesweiten Verständnisses für die Leistungserbringung der medizinischen Notfallrettung unter Einbeziehung aller Akteure und der Länder ermöglichen.

Im Arzneimittelgesetz wird ein Abgaberecht zur unmittelbaren Anschlussversorgung mit Arzneimitteln für Ärztinnen und Ärzte der Notdienstpraxis eines Integrierten Notfallzentrums vergleichbar mit der bereits bestehenden Abgabemöglichkeit für Arzneimittel durch Krankenhausapotheken im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung geschaffen. Ärztinnen und Ärzten dieser Notdienstpra-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

xen wird in bestimmten eng begrenzten Fallkonstellationen zur Notfallversorgung ihrer Patientinnen und Patienten die Abgabe von Arzneimitteln für den akuten Bedarf gestattet, wenn die erforderliche Versorgung der Patientin oder des Patienten über eine öffentliche Apotheke nicht ausreichend sichergestellt werden kann. Eine analoge Regelung wird für apothekenpflichtige Medizinprodukte in der Medizinprodukte-Abgabeverordnung geschaffen.

C. Alternativen

Die Ziele können nur durch eine Gesetzesänderung erreicht werden. Andere Alternativen sind weder zielführend noch effektiv. Die Reform ist mit Blick auf die Überlastung von Notaufnahmen und Rettungsdiensten durchsteigende Fallzahlen und die mangelnde Vernetzung der Sektoren im Bereich der Notfallversorgung sowie angesichts des zunehmenden Mangels an Fachkräften dringend notwendig. Alternative Regelungen, wie etwa die Schaffung eines eigenen Notfallversorgungssektors, sind nicht in gleichem Maße geeignet. Hiermit würden zusätzliche Barrieren zwischen den Sektoren aufgebaut und eine effiziente Fallbearbeitung würde weiter erschwert. Es bestehen daher keine Alternativen zu den vorgesehenen Regelungen, die die Ziele des Gesetzes in gleichem Maße erreichen würden.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Kommunen

Dem Bund entstehen durch die Anschubfinanzierung von Investitionen in die digitale Infrastruktur der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung Mehrausgaben in Höhe von 225 Millionen Euro aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität in den Jahren 2027 bis 2031. Für die Haushalte der Länder und Kommunen können durch organisatorische Maßnahmen, wie die Teilnahme an dem nach § 133b Absatz 1 SGB V gebildeten Fachgremium medizinische Notfallrettung geringfügige Kosten entstehen. Dem stehen nicht quantifizierbare hohe Einsparungen für die Organisation der medizinischen Notfallrettung durch Vereinheitlichung und Standardisierung von Leistungen und digitalen Prozessen, die perspektivisch Vergabeverfahren, Beschaffungsprozesse und sonstige Verwaltungsaufwände deutlich vereinfachen, gegenüber.

Gesetzliche Krankenversicherung

Die Mehr- oder Minderausgaben, die durch die Anpassungen der Vergütungsstrukturen an die Zusammenarbeit in Integrierten Notfallzentren und durch die zusätzliche Inanspruchnahme des vertragsärztlichen Systems aufgrund der Weiterleitung von Hilfeersuchen durch die Leitstellen zu erwarten sind, sind nicht quantifizierbar. Durch die Vereinbarungen nach § 105 Absatz 1b SGB V ergeben sich für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) jährlich geschätzte maximale Mehrausgaben in Höhe von etwa 140 Millionen Euro. Davon entfallen rund 98 Millionen Euro auf den Ausbau des aufsuchenden Dienstes und rund 42 Millionen Euro auf den Mehrbedarf bei den Akutleitstellen. Zusätzliche Mehrausgaben von rund 100 Millionen Euro entstehen durch zusätzliche Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung und von rund 26 Millionen Euro durch den Anschluss der medizinischen Notfallrettung an die Telematik-Infrastruktur.

Diesen zusätzlichen Ausgaben stehen jedoch erhebliche finanzielle Entlastungen für die GKV gegenüber, die sich durch eine verbesserte Steuerung und damit eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme der notdienstlichen Akutversorgung und des Rettungsdienstes ergeben.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Durch die Vernetzung der Akutleitstelle und den neuen Leistungserbringern des Notfallmanagements wird die Abgabe von Fällen untereinander ermöglicht. Hierdurch entsteht bei vorsichtiger Schätzung ein Einsparpotenzial von ungefähr 705 Millionen Euro pro Jahr, das in wenigen Jahren erreicht wird.

Durch die Verwendung einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage durch die Leistungserbringer des Notfallmanagements wird eine bedarfsgerechte Entsendung von Notarzteinsatzmitteln (Einsparpotenzial von 223 Millionen Euro) und Transportmitteln (Einsparpotenzial 370 Millionen Euro) erreicht. Die Behandlung vor Ort durch die Notfallrettung zeigt ein weiteres Einsparpotenzial von 173 Millionen Euro. Weitere Einsparungen können nicht quantifiziert werden.

Insgesamt kann durch die Notfallreform langfristig mit geschätzten jährlichen Minderausgaben von gut 1,2 Milliarden Euro und weiteren noch nicht kalkulierbaren Effizienzgewinnen gerechnet werden. Berücksichtigt man noch weitere Folgekosten, wie die der stationären Behandlung nach nicht bedarfsgerechten Rettungseinsätzen, dürfte sich ein weiteres Einsparpotenzial von über 1 Milliarde Euro jährlich ergeben.

Finanzwirkung der Notfallreform für die GKV (in Millionen Euro, ohne Folgekosten für stationäre Aufnahmen)	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Mehrausgaben					
Ausbau des aufsuchenden Dienstes	98	98	98	98	98
Mehrbedarf Akutleitstelle	42	42	42	42	42
Vertragsärztliche Versorgung	30	60	90	100	100
Anschluss Notfallrettung an die Telematik-Infrastruktur	26	26	26	26	26
Einsparungen					
Abgabe Hilfeersuchen an die Kassenärztlichen Vereinigungen	-212	-423	-635	-705	-705
Reduktion von Notarzteinsätzen	-67	-134	-201	-223	-223
Entsendung bedarfsgerechter Transportmittel	-74	-148	-222	-296	-370
Behandlung vor Ort bei fehlender Transportindikation	-87	-173	-173	-173	-173
Saldo	**-243**	**-652**	**-974**	**-1.131**	**-1.205**

Private Krankenversicherungsunternehmen

In gleicher Weise entsteht den privaten Krankenversicherungsunternehmen durch die Vereinbarungen nach § 105 Absatz 1b SGB V ein jährlicher Mehraufwand von 12 Millionen Euro, dem langfristig jährliche Minderausgaben von rund 103 Millionen Euro gegenüberstehen.

E. Erfüllungsaufwand

Der jährliche Erfüllungsaufwand reduziert sich für alle drei Normadressatengruppen um insgesamt 205 699 000 Euro. Diese Entlastung unterfällt der „One-in-one-out“-Regel und beruht nicht auf unionsrechtlichen Vorgaben.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Bürgerinnen und Bürgern entstehen keine Kosten.

Durch die Einführung von Sachleistungen der medizinischen Notfallrettung wird für Versicherte in der GKV das Risiko ausgeschlossen, die Kosten für Rettungseinsätze selbst übernehmen zu müssen. Dies ist sachgerecht, da die Entscheidung über einen Rettungseinsatz oft nicht selbst getroffen wird und keine Auswahlmöglichkeit des Leistungserbringers besteht. Das individuelle Risiko ist mit bis zu 2 000 Euro pro Einsatz hoch.

Durch die Neuregelungen reduziert sich für die Bürgerinnen und Bürger der Aufwand im Fall einer notwendigen notdienstlichen Akutversorgung durch eine telefonische oder videounterstützte Versorgung um 3,3 Millionen Stunden und reduziert den Sachaufwand um 4 650 000 Euro.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Durch die Neuregelungen reduziert sich der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft um jährlich 207 576 000 Euro. Es entsteht ein zusätzlicher einmaliger Erfüllungsaufwand von 1 959 000 Euro.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Keine.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Der zusätzliche Erfüllungsaufwand beträgt auf Länderebene inkl. Kommunen jährlich rund 160 000 Euro sowie auf Ebene der Sozialversicherung jährlich bei rund 1 718 000 Euro. Einmalig fällt ein Erfüllungsaufwand von rund 2 329 000 Euro im Bereich der Sozialversicherung an.

F. Weitere Kosten

Keine

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
DER BUNDESKANZLER

Berlin, 1. Juli 2026

An die
Präsidentin des
Deutschen Bundestages
Frau Julia Klöckner
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Sehr geehrte Frau Bundestagspräsidentin,

hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

mit Begründung und Vorblatt (Anlage 1).

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gemäß § 6 Absatz 1 NKRG ist als Anlage 2 beigefügt.

Der Bundesrat hat in seiner 1066. Sitzung am 12. Juni 2026 gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf wie aus Anlage 3 ersichtlich Stellung zu nehmen.

Die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates ist in der als Anlage 4 beigefügten Gegenäußerung dargelegt.

Mit freundlichen Grüßen
Friedrich Merz

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Anlage 1

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 3. Februar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 28) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 27 Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:
   a) In Nummer 6 wird die Angabe „Leistungen.“ durch die Angabe „Leistungen,“ ersetzt.
   b) Nach Nummer 6 wird die folgende Nummer 7 eingefügt:
      „7. Leistungen der medizinischen Notfallrettung.“
2. § 30 wird durch den folgenden § 30 ersetzt:

„§ 30

Medizinische Notfallrettung

(1) Bei Vorliegen eines rettungsdienstlichen Notfalles haben Versicherte Anspruch auf medizinische Notfallrettung durch einen in § 133 Absatz 1 genannten Leistungserbringer. Ein rettungsdienstlicher Notfall liegt vor, wenn hinreichende Anhaltspunkte dafür bestehen, dass

1. sich der Versicherte aufgrund seines Gesundheitszustandes in unmittelbarer Lebensgefahr befindet oder
2. eine lebensbedrohende Verschlechterung seines Gesundheitszustandes oder eine schwere gesundheitliche Schädigung des Versicherten zu befürchten ist, sofern nicht unverzüglich eine medizinische Versorgung erfolgt.

(2) Die medizinische Notfallrettung umfasst

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

(3) Das Notfallmanagement umfasst die Entgegennahme des medizinischen Hilfeersuchens, die Vermittlung der erforderlichen Hilfe und sofern im Einzelfall erforderlich die barrierefreie telefonische oder telemedizinische Notfallberatung einschließlich der telefonischen Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen. Ab dem … [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] umfasst das Notfallmanagement zusätzlich die Benachrichtigung von Ersthelfern durch auf digitalen Anwendungen basierenden Ersthelferalarmierungssystemen insbesondere bei lebensbedrohlichen rettungsdienstlichen Notfällen und die Nutzung des AED-Katasters im Sinne des § 133h Absatz 1 Satz 1 in geeigneten Fällen. Abweichend von Satz 1 ist die Vermittlung der erforderlichen Hilfe ab dem … [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] nur noch

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

vom Notfallmanagement umfasst, wenn sie auf der Grundlage einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage erfolgt.

(4) Die notfallmedizinische Versorgung umfasst die aus medizinischen Gründen erforderliche Versorgung durch nichtärztliches Fachpersonal an dem Ort, an dem sich der Versicherte zum Zeitpunkt des rettungsdienstlichen Notfalls befindet, und während eines Notfalltransports sowie, sofern aus medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich, eine zusätzliche Versorgung durch Notärzte, die auch telemedizinisch erbracht werden kann.

(5) Der Notfalltransport umfasst

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

Der Anspruch auf einen Notfalltransport umfasst nicht den Rücktransport in das Inland; § 18 bleibt unberührt.

(6) Versicherte leisten zu einer notfallmedizinischen Versorgung oder zu einem Notfalltransport eine Zuzahlung in Höhe des sich nach § 61 Satz 4 ergebenden Betrages. Die Krankenkasse zieht die jeweilige Zuzahlung vom Versicherten ein. Erfolgt unmittelbar nach der notfallmedizinischen Versorgung an dem Ort, an dem sich der Versicherte zum Zeitpunkt des rettungsdienstlichen Notfalls befindet, auch ein Notfalltransport oder erfolgt die notfallmedizinische Versorgung während des Transports, leistet der Versicherte nur eine Zuzahlung zur medizinischen Notfallrettung insgesamt.“

3. § 60 wird durch den folgenden § 60 ersetzt:

„§ 60

Krankenfahrten und Krankentransporte

(1) Versicherte haben in dem durch die Absätze 3 und 4 bestimmten Umfang und in der nach den Absätzen 5 oder 6 bestimmten Höhe Anspruch auf Übernahme der Kosten für Krankenfahrten und Krankentransporte, wenn diese im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind.

(2) Krankenfahrten sind Fahrten ohne medizinisch-fachliche Betreuung, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen oder Taxen durchgeführt werden. Krankentransporte sind Transporte mit medizinisch-fachlicher Betreuung, die mit Fahrzeugen durchgeführt werden, die über die für diese medizinisch-fachliche Betreuung notwendige technische Ausstattung verfügen, und die durch Einrichtungen und Unternehmen erbracht werden, die nach Landesrecht dafür vorgesehen oder damit beauftragt worden sind. Welches Verkehrsmittel oder Fahrzeug für die jeweilige Krankenfahrt oder den jeweiligen Krankentransport genutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall.

(3) Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

a) einer vor- oder nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach § 115a Absatz 1,

b) einer der in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten oder nach § 115f Absatz 2 Satz 4 ausgewählten Behandlung oder

c) einer ambulanten Operation in einer Vertragsarztpraxis einschließlich der Krankenfahrten oder Krankentransporte zu hierzu erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen, jeweils innerhalb der in § 115a Absatz 2 Satz 1 bis 3 genannten Fristen,

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

4. Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen, wenn ein besonderer Ausnahmefall vorliegt, den der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 festgelegt hat, oder

5. Krankentransporte zu ambulanten Behandlungen, wenn aus medizinischen Gründen ein Krankentransport zwingend erforderlich ist, oder

6. Krankenfahrten oder Krankentransporte zur Versorgung in einem Integrierten Notfallzentrum, sofern nach dem Ergebnis eines Abfragesystems nach § 133a Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 eine Versorgung in einem Integrierten Notfallzentrum erforderlich ist und die Krankenfahrt oder der Krankentransport nach den Umständen des Einzelfalls aus medizinischen Gründen zwingend erforderlich ist; die auf der Grundlage des Ergebnisses eines Abfragesystems im Sinne des § 133a Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 getroffene Entscheidung gilt als Verordnung dieser Krankenfahrt oder dieses Krankentransports.

(4) In den in Absatz 3 Nummer 4 und 5 genannten Fällen übernimmt die Krankenkasse die Kosten für eine Krankenfahrt oder einen Krankentransport, wenn sie diese oder diesen vorher genehmigt hat. In dem in Absatz 2 Nummer 4 genannten Fall gilt die Genehmigung als erteilt, sofern bei dem Versicherten eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

1. ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder „TBI“,

2. eine Einordnung gemäß § 15 des Elften Buches in den Pflegegrad 3, sofern zusätzlich eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität festgestellt wurde,

3. eine Einordnung gemäß § 15 des Elften Buches in den Pflegegrad 4 oder 5 oder

4. eine gemäß § 15 des Elften Buches in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung bis zum 31. Dezember 2016 erfolgte Einordnung in die Pflegestufe II und eine gemäß § 15 des Elften Buches ab dem 1. Januar 2017 erfolgte Einordnung mindestens in den Pflegegrad 3.

(5) Für Krankenfahrten übernehmen die Krankenkassen

1. bei der Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels die Kosten in Höhe des Fahrpreises unter Ausschöpfung von Fahrpreisermäßigungen,

2. bei der Benutzung eines Taxis oder Mietwagens die Kosten in Höhe der nach Satz 2 vereinbarten Entgelte oder bis zum Abschluss einer Vereinbarung nach Satz 2 die nach Personenbeförderungsgesetz geregelten Entgelte,

3. bei der Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs die Kosten in Höhe des für jeden gefahrenen Kilometer jeweils aufgrund des Bundesreisekostengesetzes festgesetzten Höchstbetrages für Wegstreckenentschädigung, höchstens jedoch die Kosten, die bei Inanspruchnahme des in den Nummern 1 oder 2 genannten Transportmittel entstanden wären.

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

(6) Für Krankentransporte übernehmen die Krankenkassen die Kosten in Höhe der nach Satz 2 vereinbarten Entgelte. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen gemeinsam und einheitlich mit den nach Landesrecht vorgesehenen oder beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen Ver-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

träge über Entgelte für Krankentransporte. § 133 Absatz 2 Satz 2, 6 und 7, Absatz 4, 5 und 6 gilt entsprechend.

(7) Versicherte leisten zu einer Krankenfahrt oder einem Krankentransport eine Zuzahlung in Höhe des sich aus § 61 Satz 1 ergebenden Betrages. Die Krankenkasse übernimmt bei Krankenfahrten die Kosten nach Absatz 1 Satz 1 unter Abzug der Zuzahlung nach Satz 1 oder zieht die Zuzahlung nach Satz 1 von den Versicherten ein. Bei Krankentransporten zieht die Krankenkasse die Zuzahlung nach Satz 1 von den Versicherten ein. Für Krankenfahrten und Krankentransporte nach § 60 Absatz 3 Nummer 3 besteht eine Zuzahlungspflicht nur für die erste und die letzte Krankenfahrt oder für den ersten und den letzten Krankentransport.

(8) Die Kosten eines Rücktransports in das Inland werden von der Krankenkasse nicht übernommen. § 18 bleibt unberührt.

(9) Im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden Reisekosten nach § 73 Absatz 1 und 3 des Neunten Buches übernommen; dies gilt für den Anspruch auf Ersatz des Verdienstausfalls nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 des Neunten Buches nur, sofern kein Anspruch nach § 45 Absatz 1a besteht. Zu den Reisekosten nach Satz 1 gehören bei Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches auch die Reisekosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung Pflegebedürftiger nach § 40 Absatz 3a Satz 1 und 2 entstehen. Die Reisekosten von Pflegebedürftigen, die gemäß § 40 Absatz 3a Satz 2 während einer stationären Rehabilitation ihrer Pflegeperson im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches eine Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches erhalten, hat die Pflegekasse des Pflegebedürftigen der Krankenkasse der Pflegeperson im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches zu erstatten.“

4. Nach § 61 Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die Zuzahlung zu Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 Absatz 2 Nummer 2 und 3 beträgt 10 Euro.“

5. § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 und Satz wird jeweils nach der Angabe „Krankentransporten“ die Angabe „„ Krankenfahrten“ eingefügt.

6. § 73b Absatz 4 Satz 7 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Satz 6 gilt nicht für die Organisation der notdienstlichen Akutversorgung im Sinne des § 75 Absatz 1b Satz 3.“

7. § 75 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Hierzu informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) und richten Terminservicestellen ein, die jeweils von Montag bis Samstag unter einer bundesweit einheitlichen Rufnummer und jederzeit durch digitale Angebote erreichbar sein müssen; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden.“

bb) Satz 3 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 2 wird nach der Angabe „möchten,“ die Angabe „und“ eingefügt.

bbb) In Nummer 3 wird die Angabe „unterstützen und“ durch die Angabe „unterstützen.“ ersetzt.

ccc) Nummer 4 wird gestrichen.

cc) Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Facharzt muss eine Überweisung vorliegen; vorbehaltlich der Regelungen nach Satz 11 Nummer 2 gilt dies nicht

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

1. im Fall der Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt und
2. in Fällen, in denen bei einer zuvor erfolgten Inanspruchnahme eines Integrierten Notfallzentrums oder eines Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche die Notwendigkeit einer weiteren Behandlung festgestellt wurde."

dd) Satz 11 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 5 wird die Angabe „Satz 2." durch die Angabe „Satz 2 und" ersetzt.

bbb) Nach Nummer 5 wird die folgende Nummer 6 eingefügt:

„6. zur Gewährleistung der telefonischen Erreichbarkeit der Terminservicestellen nach Satz 2."

ee) Satz 17 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die in Satz 16 genannte Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement und für ein elektronisch gestütztes Dispositionsmanagement bei der Terminvermittlung bundesweit einheitlich zu nutzen und können darüber hinaus zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Satz 3 auch eigene digitale Angebote bereitstellen."

ff) Die Sätze 18 und 19 werden durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben Integrierten Notfallzentren und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche die Vermittlung von Behandlungsterminen bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern in den in Satz 4 Nummer 2 genannten Fällen zu ermöglichen."

b) Absatz 1b wird durch die folgenden Absätze 1b bis 1f ersetzt:

„(1b) Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die jederzeit verfügbare vertragsärztliche Versorgung in Fällen, in denen eine unverzügliche Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist (Akutfall). Nicht vom Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst ist die notfallmedizinische Versorgung im Sinne des § 30 Absatz 2 Nummer 2 durch Notärzte, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Wird die in Satz 1 genannte Versorgung nicht durch in § 95 Absatz 1 Satz 1 genannte vertragsärztliche Leistungserbringer im Rahmen ihrer Sprechstunden erbracht, umfasst der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 diese Versorgung nur im Umfang der jeweils unaufschiebbar erforderlichen Maßnahmen (notdienstliche Akutversorgung). Im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung kann darüber hinaus auch die Feststellung und Erstbescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit, die Feststellung und Bescheinigung einer notwendigen Betreuung, Beaufsichtigung oder Pflege eines erkrankten Kindes sowie die Verordnung von Arzneimitteln erfolgen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellen die notdienstliche Akutversorgung durch geeignete Versorgungsstrukturen (Notdienst) sicher. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung organisieren den Notdienst insbesondere durch

1. die Beteiligung an Integrierten Notfallzentren und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche,
2. ein telefonisches oder videounterstütztes, jederzeit verfügbares ärztliches Versorgungsangebot, auch durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, und
3. einen jederzeit verfügbaren aufsuchenden Dienst in Fällen, in denen die in Satz 1 genannte Versorgung nicht anderweitig erbracht werden kann.

Zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen Durchführung der in Satz 6 Nummer 2 und 3 genannten Maßnahmen sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen untereinander sowie mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kooperieren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Durchführung der in Satz 6 Nummer 3 genannten Maßnahme qualifiziertes nichtärztliches Personal einsetzen, das nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung handelt. Das Nähere zur erforderlichen Qualifikation des nichtärztlichen Personals sowie zu den von dem qualifizierten nichtärztlichen Personal erb-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

ringbaren Tätigkeiten legen die Partner des Bundesmantelvertrages für Ärzte nach § 28 Absatz 1 Satz 3 fest. Der Bundesärztekammer ist vor der Festlegung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Durchführung der in Satz 6 Nummer 3 genannten Maßnahme Kooperationen mit Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung nach § 30 eingehen. Zusätzlich können die Kassenärztlichen Vereinigungen Integrierte Notfallzentren zur Erfüllung von deren Verpflichtung nach § 123 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin durch telemedizinische oder telefonische Konsilien unterstützen. Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende zugelassene Krankenhäuser und Ärzte, die aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogen sind, sind zur notdienstlichen Akutversorgung berechtigt und nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Satz 13 gilt entsprechend für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte im Rahmen der notfallmedizinischen Versorgung im Sinne des § 30 Absatz 2 Nummer 2 durch Notärzte, soweit durch Landesrecht bestimmt ist, dass auch diese Versorgung vom Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Landesapothekerkammern Informationen über die Organisation des Notdienstes austauschen, um die Versorgung der Versicherten zu verbessern.

(1c) Zur Vermittlung von Behandlungsterminen in Akutfällen und zur Wahrnehmung ihrer in Absatz 1b genannten Aufgaben betreibt jede Kassenärztliche Vereinigung eine Leitstelle, die jederzeit unter der in Absatz 1a Satz 2 genannten bundesweit einheitlichen Rufnummer und über digitale Angebote erreichbar ist (Akutleitstelle). Ab dem … [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] müssen die Akutleitstellen unter der in Absatz 1a Satz 2 genannten bundesweit einheitlichen Rufnummer innerhalb von drei Minuten für 75 Prozent der Anrufenden und innerhalb von zehn Minuten für 95 Prozent der Anrufenden erreichbar sein. Die Akutleitstellen haben Versicherten in Akutfällen auf der Grundlage der nach Absatz 7 Satz 1 Nummer 6 aufzustellenden Richtlinien für ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren eine ärztliche Versorgung auf der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln. Zur Behandlung soll vorrangig in die Praxen zugelassener Ärzte und zugelassener medizinischer Versorgungszentren vermittelt werden, sofern diese als medizinisch gebotene Versorgungsebene in Betracht kommen. In geeigneten Fällen kann eine telefonische oder videounterstützte ärztliche Konsultation vermittelt werden. Für die Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem Facharzt bedarf es im Akutfall keiner Überweisung. Eine Versorgung durch den aufsuchenden Dienst nach Absatz 1b Satz 6 Nummer 3 ist nur in den Fällen zu vermitteln, in denen

1. eine Behandlung des Versicherten durch einen zugelassenen Arzt oder ein zugelassenes medizinisches Versorgungszentrum nicht möglich oder dem Versicherten das Aufsuchen eines zugelassenen Arztes oder eines zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum nicht möglich oder nicht zumutbar ist,
2. dem Versicherten das Aufsuchen eines Integrierten Notfallzentrums nicht möglich oder nicht zumutbar ist und
3. eine telefonische oder videounterstützte ärztliche Konsultation nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Die Akutleitstellen haben Sprachaufzeichnungen der Anrufe anzufertigen und für die Dauer von zehn Jahren zu speichern.

(1d) Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind befugt, die zur Erfüllung ihrer in den Absätzen 1a, 1b, 1c und 1e genannten Aufgaben erforderlichen personenbezogene Daten zu verarbeiten.

(1e) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung evaluiert die Auswirkungen der Tätigkeit der nach Absatz 1a Satz 2 eingerichteten Terminservicestellen insbesondere im Hinblick auf die fristgemäße Vermittlung von Arztterminen, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme und auf die Vermittlungsquote. Über die Ergebnisse der Evaluierung hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. Juni 2027 zu berichten.

(1f) Absatz 1b Satz 3, 6 bis 12 und 14 sowie die Absätze 1c bis 1e sind auf die vertragszahnärztliche Versorgung nicht anzuwenden. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärzt-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

liche Bundesvereinigung stellen den vertragszahnärztlichen Notdienst außerhalb der Sprechstundenzeiten der Vertragszahnärzte sicher. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sollen den vertragszahnärztlichen Notdienst auch durch Kooperation oder eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen, wozu sie entweder vertragszahnärztliche Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einrichten oder Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen informieren die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragszahnärzte und über die Barrierefreiheit."

c) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 4 wird die Angabe „bundeseinheitlichen Telefonnummer" durch die Angabe „bundesweit einheitlichen Rufnummer" ersetzt.

bb) In den Nummern 5 und 6 wird jeweils die Angabe „Absatz 1a Satz 3 Nummer 3" durch die Angabe „Absatz 1c Satz 3" ersetzt.

8. § 76 Absatz 1a wird durch den folgenden Absatz 1a ersetzt:

„(1a) In den Fällen des § 75 Absatz 1a Satz 7 können Versicherte auch zugelassene Krankenhäuser in Anspruch nehmen, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Dies gilt auch, wenn eine Akutleitstelle Versicherte in Akutfällen nach § 75 Absatz 1c Satz 3 in eine Notaufnahme vermittelt. Die Inanspruchnahme umfasst in den Fällen des § 75 Absatz 1a Satz 7 auch weitere auf den Termin folgende notwendige Behandlungen, die dazu dienen, den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen."

9. § 87 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2a Satz 21 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Absatz 5a beschließt im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen

1. Regelungen für die Versorgung im Notdienst sowie für die Versorgung in Notfällen nach § 76 Absatz 1 Satz 2,
2. Regelungen für die Versorgung im Notdienst mit telemedizinischen Leistungen und
3. Zuschläge für die Gruppe der Versicherten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität der Behandlungsdiagnose einer besonders aufwändigen Betreuung und Überwachung in der Notaufnahme eines Integrierten Notfallzentrums nach § 123 Absatz 1 oder eines Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche nach § 123b Absatz 1 bedürfen."

b) In Absatz 2b Satz 3 Nummer 1 und Absatz 2c Satz 3 Nummer 1 wird jeweils die Angabe „Behandlungen im Akutfall nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4, wenn die Behandlung spätestens am Folgetag der Terminvermittlung durch die Terminservicestelle" durch die Angabe „den Fall, dass eine Behandlung spätestens am Folgetag der Terminvermittlung durch eine Akutleitstelle nach § 75 Absatz 1c Satz 3" ersetzt.

10. § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 3 wird durch die folgende Nummer 3 ersetzt:

„3. Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1, sofern es sich nicht um Fälle nach § 75 Absatz 1a Satz 8 handelt, oder die aufgrund der Vermittlung durch eine Akutleitstelle nach § 75 Absatz 1c Satz 3 erbracht werden,".

11. § 90 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „nach § 116b Absatz 3" gestrichen.

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

„(4a) Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen wird für die Wahrnehmung der Aufgaben nach § 116b Absatz 2, § 123 Absatz 3 Satz 2, § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 um Vertreter der Krankenhäuser in der gleichen Zahl erweitert, wie sie nach Absatz 2 Satz 1 und 4 jeweils für die Vertreter der Ärzte vorgesehen ist (erweiterter Landesausschuss). Die Vertreter der Krankenhäuser werden von der Landeskrankenhausgesellschaft bestellt. Über den Vorsitzenden des erweiterten Landesaus-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

schusses und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausgesellschaft einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde im Benehmen mit den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie der Landeskrankenhausgesellschaft berufen. Die Kosten, die dem erweiterten Landesausschuss durch die Wahrnehmung der Aufgaben nach § 116b Absatz 2, § 123 Absatz 3 Satz 2, § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 entstehen, werden zur Hälfte von den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie zu je einem Viertel von den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankenhausgesellschaft getragen. Der erweiterte Landesausschuss beschließt mit einfacher Mehrheit; bei der Gewichtung der Stimmen zählen die Stimmen der Vertreter der Krankenkassen doppelt. Bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 sind von der für die medizinische Notfallrettung zuständigen obersten Landesbehörde für die Belange der medizinischen Notfallrettung zu benennende Vertreter anzuhören. Der erweiterte Landesausschuss kann für die Beschlussfassung über Entscheidungen nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 in seiner Geschäftsordnung abweichend von Satz 1 und von Absatz 2 Satz 1 die Besetzung mit einer kleineren Zahl von Mitgliedern unter Wahrung des Besetzungsverhältnisses festlegen; die Mitberatungsrechte nach Absatz 4 Satz 2 und § 140f Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 bis 4 sowie das Anhörungsrecht nach Satz 7 bleiben unberührt.“

c) Absatz 6 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die von den Landesausschüssen getroffenen Entscheidungen nach § 99 Absatz 2, § 100 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3, § 103 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3, § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 sind der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde vorzulegen.“

12. In § 90a Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „und der Landeskrankenhausgesellschaft“ durch die Angabe „, der Landeskrankenhausgesellschaft und der medizinischen Notfallrettung“ ersetzt.

13. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 wird durch die folgende Nummer 12 ersetzt:

„12. Verordnung von Krankentransporten und Krankenfahrten,“.

14. § 105 Absatz 1b wird durch den folgenden Absatz 1b ersetzt:

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

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

Über die Höhe des in Satz 1 genannten Betrags sowie dessen jeweilige Verwendung ist mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. mit Wirkung für die privaten Krankenversicherungsunternehmen jeweils Einvernehmen herzustellen. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Satz 1 jeweils bereitzustellenden Beträgen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. mit Wirkung für die privaten Krankenversicherungsunternehmen vereinbaren das Nähere zur Bereitstellung des Betrages der in Satz 3 genannten Beteiligung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen legen jährlich spätestens vier Wochen vor Beginn der jeweiligen Verhandlungen über die in Satz 1 genannten Vereinbarungen den anderen in Satz 1 genannten Vereinbarungspartnern sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. eine detaillierte Kalkulation der Kosten vor, die zur Gewährleistung des Aufbaus und des Betriebs der in Satz 1 genannten Strukturen, Einrichtungen und

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Stellen einschließlich der Maßnahmen zur digitalen Vernetzung entstehen. Bei der jeweiligen Vereinbarung des in Satz 1 genannten Betrags haben die in Satz 1 genannten Vereinbarungspartner folgende im Zusammenhang mit der notdienstlichen Akutversorgung im jeweiligen Vorjahr vereinnahmte Entgelte in voller Höhe mindernd zu berücksichtigen:

1. Entgelte für nach der regionalen Euro-Gebührenordnung oder nach einem Gesamtvertrag abrechenbare Leistungen und Kosten und
2. die von der Kassenärztlichen Vereinigung sonstigen vereinnahmten Entgelte

In voller Höhe mindernd zu berücksichtigen sind zudem die von der Kassenärztlichen Vereinigung nicht verbrauchten Mittel des Honorarvolumens nach § 87b Absatz 1 Satz 3. Die Höhe der jeweils zuletzt nach Satz 1 vereinbarten Beträge und deren zweckentsprechende Verwendung sind jährlich von den in Satz 1 genannten Vereinbarungspartnern zu überprüfen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht oder teilweise nicht zustande, setzt das zuständige Schiedsamt auf Antrag eines der in Satz 1 genannten Vereinbarungspartner den Vereinbarungsinhalt nach Maßgabe der Sätze 5 bis 7 fest. § 89 Absatz 3 gilt entsprechend. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht jährlich, erstmals bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], barrierefrei im Internet einen Bericht über die Anzahl und den jeweiligen Inhalt der in Satz 1 genannten Vereinbarungen, einschließlich der Höhe des jeweils vereinbarten Betrags einschließlich seiner Aufteilung auf die einzelnen Verwendungszwecke. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich können vereinbaren, über die Mittel nach Absatz 1a hinaus einen zusätzlichen Betrag zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des vertragszahnärztlichen Notdienstes bereitzustellen.“

15. § 115e Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Im Rahmen der tagesstationären Behandlung besteht ab dem Zeitpunkt der ersten Aufnahme im Krankenhaus kein Anspruch auf Übernahme der Kosten für Krankentransporte und Krankenfahrten nach § 60; ausgenommen ist die Übernahme der Kosten für Krankenfahrten zum Krankenhaus, die im Fall einer ambulanten Behandlung von der Krankenkasse nach § 60 Absatz 3 Nummer 4 übernommen würden.“

b) Nach Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

„Der Anspruch auf einen Notfalltransport im Rahmen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 bleibt unberührt.“

16. § 116b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „nach Maßgabe des Absatzes 3 Satz 1 erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1“ durch die Angabe „erweiterten Landesausschuss im Sinne des § 90 Absatz 4a Satz 1“ ersetzt.

bb) In den Sätzen 4, 5 und 9 wird jeweils die Angabe „Landesausschuss nach Satz 1“ durch die Angabe „erweiterte Landesausschuss im Sinne des § 90 Absatz 4a Satz 1“ ersetzt.

cc) In Satz 8 wird die Angabe „Landesausschuss nach Satz 1“ durch die Angabe „erweiterten Landesausschuss im Sinne des § 90 Absatz 4a Satz 1“ ersetzt.

b) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(3) Der erweiterte Landesausschuss im Sinne des § 90 Absatz 4a Satz 1 kann für die Beschlussfassung über Entscheidungen im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach Absatz 2 Satz 1 in seiner Geschäftsordnung abweichend von § 90 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 4a Satz 1 die Besetzung mit einer kleineren Zahl von Mitgliedern unter Wahrung des Besetzungsverhältnisses festlegen; die Mitberatungsrechte nach § 90 Absatz 4 Satz 2 sowie § 140f Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 bis 4 bleiben unberührt. Der erweiterte Landesausschuss im Sinne des § 90 Absatz 4a Satz 1 ist, auch in der Beset-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

zung nach Satz 1, befugt, geeignete Dritte ganz oder teilweise mit der Durchführung von Aufgaben nach Absatz 2 zu beauftragen, und er kann hierfür nähere Vorgaben beschließen“.

17. § 120 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 75 Absatz 1b Satz 2“ durch die Angabe „§ 75 Absatz 1b Satz 13“ ersetzt.

b) Absatz 3b wird durch den folgenden Absatz 3b ersetzt:

„(3b) Krankenhäuser erhalten für eine ambulante Notfallbehandlung Hilfesuchender, die diese Krankenhausstandorte mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1 Satz 2 selbständig aufgesucht haben, an einem Krankenhausstandort ohne Integriertes Notfallzentrum oder Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche ab dem nach § 123c Absatz 1 Satz 5 Nummer 4 bestimmten Zeitpunkt nur eine Vergütung, wenn die in § 123c Absatz 1 Satz 1 genannte Ersteinschätzung ergeben hat, dass eine Behandlung an dem jeweiligen Krankenhausstandort erfolgen kann. Unabhängig von dem in Satz 1 genannten Ergebnis besteht ein Vergütungsanspruch für die Durchführung der in § 123c Absatz 1 Satz 1 genannten Ersteinschätzung. Die Ersteinschätzung kann als Hilfeleistung nach § 28 Absatz 1 Satz 2 erfolgen.“

18. § 123 wird durch die folgenden §§ 123 bis 123c ersetzt:

„§ 123

Integrierte Notfallzentren

(1) Integrierte Notfallzentren bestehen aus der Notaufnahme eines zugelassenen Krankenhauses, einer in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des betreffenden Krankenhausstandortes gelegenen Praxis der Kassenärztlichen Vereinigung zur notdienstlichen Akutversorgung im Sinne des § 75 Absatz 1b Satz 3 (Notdienstpraxis) und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle, die auf der Grundlage einer in § 123a Absatz 2 Satz 1 genannten Kooperationsvereinbarung zusammenarbeiten. Wird ein Standort eines zugelassenen Krankenhauses nach § 123a Absatz 1 Satz 1 als Standort für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums festgelegt, sind der Träger dieses Krankenhauses und die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zum Abschluss einer Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 Satz 1 und zur Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums berechtigt und verpflichtet. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind in diesem Fall verpflichtet, die Notaufnahme des jeweiligen zugelassenen Krankenhauses aufgrund der Kooperationsvereinbarung unmittelbar in den Notdienst gemäß § 75 Absatz 1b Satz 13 einzubinden. Die fachliche Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle und ihre fachliche Leitung obliegen dem zugelassenen Krankenhaus, wenn in der nach § 123a Absatz 2 Satz 1 abzuschließenden Kooperationsvereinbarung nichts Abweichendes geregelt ist. Die Kassenärztliche Vereinigung kann von der Einrichtung einer Notdienstpraxis absehen, sofern die vertragsärztliche Versorgung von Akutfällen während der in § 123a Absatz 2 Satz 6 genannten Zeiten durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Absatz 1 Satz 1 teilnehmenden zugelassenen Leistungserbringer sichergestellt wird, dessen Praxis sich in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des jeweiligen Krankenhausstandortes befindet. Die Verpflichtung zum Abschluss einer Kooperationsvereinbarung nach Satz 2, die Regelungen dieses Buches, die für die Einrichtung und den Betrieb einer Notdienstpraxis gelten, und § 3 der Medizinprodukte-Abgabeverordnung gelten für diesen Leistungserbringer entsprechend. Die Parteien der Kooperationsvereinbarung können zur Patientenversorgung geeignete, im Umkreis des jeweiligen Krankenhausstandortes gelegene zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren in die Kooperationsvereinbarung einbeziehen (Kooperationspraxen). Eine Kooperationspraxis muss organisatorisch und technisch so mit dem Integrierten Notfallzentrum vernetzt sein, dass ohne jeden zeitlichen Verzug eine rückverfolgbare und digitale Fallübergabe zwischen dem Integrierten Notfallzentrum und der Kooperationspraxis möglich ist.

(2) Für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, trifft die zentrale Ersteinschätzungsstelle eine Entscheidung über die Behandlungsdringlichkeit und über die geeignete Versorgungsebene innerhalb des Integrierten Notfallzentrums unter Berücksichtigung der jeweiligen Kooperationspraxen. Diese Entscheidung

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

kann als Hilfeleistung nach § 28 Absatz 1 Satz 2 getroffen werden. Ab dem nach § 123c Absatz 1 Satz 5 Nummer 4 bestimmten Zeitpunkt erfolgt die Entscheidung nach Satz 1 mittels der in § 123c Absatz 1 Satz 1 genannten Ersteinschätzung. Innerhalb des Integrierten Notfallzentrums erfolgt eine digitale Fallübergabe in einem interoperablen Datenformat. Die Parteien der in § 123a Absatz 2 Satz 1 genannten Kooperationsvereinbarung einschließlich der jeweiligen Kooperationspraxen sind befugt, die für eine bedarfsgerechte Steuerung der Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten der Hilfesuchenden zu verarbeiten und sich wechselseitig zu übermitteln. Das Integrierte Notfallzentrum bietet den Patienten, bei denen nach einer notdienstlichen Akutversorgung im Integrierten Notfallzentrum eine ambulante Weiterbehandlung erforderlich ist, und Hilfesuchenden, die sich nach einer Entscheidung der Ersteinschätzungsstelle nach Satz 1 statt für eine Behandlung im Integrierten Notfallzentrum für eine Behandlung bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer entscheiden, die Vermittlung eines Termins für eine solche Behandlung an. Hilfesuchende, die nachweisen, dass sie das Integrierte Notfallzentrum aufgrund einer telefonischen oder digitalen Vermittlung durch eine Akutleitstelle aufsuchen, sind dort bei gleicher Behandlungsdringlichkeit grundsätzlich vorrangig zu behandeln. Das Nähere zum Nachweis der Vermittlung durch eine Akutleitstelle ist im Bundesmantelvertrag zu vereinbaren.

(3) Integrierte Notfallzentren haben sicherzustellen, dass sie

1. zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin durch telemedizinische oder telefonische Konsilien unterstützt werden, wenn an ihrem Standort kein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche vorhanden ist, und
2. bei Hinweisen auf das Vorliegen psychischer Erkrankungen von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Nervenheilkunde durch telemedizinische oder telefonische Konsilien unterstützt werden, wenn an ihrem Standort keine Fachabteilung für Psychiatrie oder Psychosomatik vorhanden ist.

Der erweiterte Landesausschuss im Sinne des § 90 Absatz 4a Satz 1 kann Empfehlungen für die landesweite Konzeption und Koordinierung der in Satz 1 genannten Unterstützungen aussprechen. In den in Satz 1 genannten Fällen haben Integrierte Notfallzentren die erforderliche technische Ausstattung für eine telemedizinische Anbindung vorzuhalten und die Vorgaben der Vereinbarung nach § 367 Absatz 1 einzuhalten.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen berichten den für die Sozialversicherung und den für die Krankenhausplanung zuständigen obersten Landesbehörden jährlich, erstmals zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], über

1. die Versorgung in den Integrierten Notfallzentren im Hinblick auf
   a) Abweichungen von den in § 123a Absatz 2 Satz 6 genannten Öffnungszeiten der Notdienstpraxis,
   b) die Anzahl der in Absatz 1 Satz 5 genannten Leistungserbringer, der einbezogenen Kooperationspraxen und der eingerichteten Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche und
   c) die Anteile der Inanspruchnahme des Integrierten Notfallzentrums mit und ohne vorherigen Kontakt zu einer Akutleitstelle sowie
2. die Auswirkungen der Versorgung in Integrierten Notfallzentren auf die ambulanten Behandlungen in Notaufnahmen, die nicht Bestandteil eines Integrierten Notfallzentrums sind.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des siebenundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], über die in Satz 1 genannten Sachverhalte.

§ 123a

Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

(1) Der erweiterte Landesausschuss im Sinne des § 90 Absatz 4a Satz 1 legt erstmals bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] unter vorrangiger Berücksichtigung der Bundeswehrkrankenhäuser die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

fest, an denen Integrierte Notfallzentren einzurichten sind. Bei der Festlegung der Standorte sind die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung zu beachten. Zur flächendeckenden Versorgung durch Integrierte Notfallzentren legt der erweiterte Landesausschuss zunächst geeignete Planungsregionen fest, die sich im Einvernehmen mit allen für die Planungsregion zuständigen erweiterten Landesausschüssen auch über Landesgrenzen erstrecken können. Ein Krankenhausstandort kann als Standort für die Einrichtung eines Integriertes Notfallzentrums festgelegt werden, wenn

1. dieser Krankenhausstandort mindestens die Voraussetzungen der Notfallstufe Basisnotfallversorgung gemäß den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), die zuletzt durch den Beschluss vom 18. Juni 2025 (BAnz AT 28.08.2025 B3) geändert worden sind, erfüllt und
2. keine berechtigten Interessen des Krankenhauses entgegenstehen, die das Interesse an einer flächendeckenden Versorgung durch Integrierte Notfallzentren überwiegen.

Bei der Festlegung nach Satz 1 sind insbesondere folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. die Erreichbarkeit des Standorts mit einem Kraftfahrzeug innerhalb einer Fahrzeit von 30 Minuten für mindestens 95 Prozent der zu versorgenden Menschen in der Planungsregion,
2. die Zahl der zu versorgenden Menschen in der Planungsregion,
3. die Erreichbarkeit des Standorts mit dem öffentlichen Personennahverkehr,
4. das Bestehen einer Praxis der Kassenärztlichen Vereinigung zur Sicherstellung des Notdienstes in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des Krankenhausstandortes und
5. die Möglichkeiten der Einbeziehung von Kooperationspraxen zur Patientenversorgung.

Wenn in einer Planungsregion mehrere Krankenhausstandorte für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums gleich geeignet sind, sollen vorrangig Krankenhausstandorte als Standort für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums festgelegt werden,

1. die die Voraussetzungen einer höheren Notfallstufe gemäß den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), die zuletzt durch den Beschluss vom 18. Juni 2025 (BAnz AT 28.08.2025 B3) geändert worden sind, erfüllen oder eine nach anderen Kriterien, insbesondere Fallzahlen, leistungsfähigere Notaufnahme aufweisen,
2. die notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen, insbesondere die Fachabteilungen Chirurgie, Unfallchirurgie, Innere Medizin, Psychiatrie und Psychosomatik zählen, vorhalten und
3. in denen eine Praxis der Kassenärztlichen Vereinigung zur Sicherstellung des Notdienstes in der Notaufnahme besteht oder eine Notdienstpraxis in der Notaufnahme eingerichtet werden kann.

Der erweiterte Landesausschuss im Sinne des § 90 Absatz 4a Satz 1 kann eine Festlegung nach Satz 1 abweichend von den Sätzen 4 bis 6 treffen, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde kann die in Satz 1 genannte Frist einmalig um höchstens sechs Wochen verlängern. Kommt eine erstmalige Festlegung der Krankenhausstandorte nach Satz 1 nicht oder teilweise nicht fristgemäß zustande, so hat die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde die Festlegung der Krankenhausstandorte nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in Satz 1 oder der nach Satz 8 verlängerten Frist festzulegen. Der erweiterte Landesausschuss stellt der für die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde die für die Festlegung der Krankenhausstandorte erforderlichen Informationen, Unterlagen und Stellungnahmen unverzüglich zur Verfügung. Der erweiterte Landesausschuss hat die Festlegungen nach Satz 1 in regelmäßigen Abständen zu überprüfen. Die Festlegung nach den Sätzen 1 und 9 erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben. Widerspruch und Klage gegen den Bescheid haben keine aufschiebende Wirkung.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

(2) Zur Organisation des Integrierten Notfallzentrums schließen die Kassenärztliche Vereinigung und der Krankenhausträger innerhalb von neun Monaten, nachdem der betreffende Krankenhausstandort als Standort für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums festgelegt worden ist, eine Kooperationsvereinbarung; die Rahmenvereinbarungen nach Absatz 4 sind zu beachten. Sofern die vertragsärztliche Versorgung von Akutfällen durch einen in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Leistungserbringer sichergestellt wird oder sofern nach § 123 Absatz 1 Satz 7 Kooperationspraxen einbezogen werden, wird auch dieser Leistungserbringer oder werden auch diese Kooperationspraxen Partei oder Parteien der von der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Krankenhausträger abzuschließenden Kooperationsvereinbarung. Die jeweiligen Parteien der Kooperationsvereinbarung sollen ein gemeinsames Qualitätsmanagement durchführen. Sie sind befugt, die für dieses gemeinsame Qualitätsmanagement erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten. In der in Satz 1 genannten Kooperationsvereinbarung ist insbesondere das Nähere zu vereinbaren zur

1. Vornahme der in § 123 Absatz 2 Satz 1 genannten Entscheidung bis zu dem nach § 123c Absatz 1 Satz 5 Nummer 4 bestimmten Zeitpunkt,
2. Anmietung oder Bereitstellung von Räumlichkeiten, Einrichtung und Verbrauchsmaterial der Notdienstpraxis und
3. Nutzung der technischen und diagnostischen Einrichtungen des Krankenhauses einschließlich der hierfür zu entrichtenden Entgelte.

Die Notdienstpraxis ist mindestens an Wochenenden und Feiertagen von 9 bis 21 Uhr, am Mittwoch und Freitag von 14 bis 21 Uhr und am Montag, Dienstag und Donnerstag von 18 bis 21 Uhr zu öffnen. Kürzere Öffnungszeiten der Notdienstpraxis können in der in Satz 1 genannten Kooperationsvereinbarung festgelegt werden, soweit die Kassenärztliche Vereinigung gegenüber dem Träger des Krankenhauses nachweist, dass der Betrieb der Notdienstpraxis zu den in Satz 6 genannten Öffnungszeiten aufgrund der tatsächlichen Inanspruchnahme der Notdienstpraxis nicht bedarfsgerecht wäre. Für eine digitale Fallübergabe sind bundeseinheitlich definierte, digitale Schnittstellen und Standards nach dem Zwölften Kapitel festzulegen.

(3) Kommt eine Kooperationsvereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 nicht oder teilweise nicht fristgerecht zustande, wird ihr Inhalt durch eine unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten ab deren Bestimmung festgelegt. Die beiden in Absatz 2 Satz 1 genannten Parteien der Kooperationsvereinbarung haben die unabhängige Schiedsperson innerhalb von einem Monat nach Ablauf der in Absatz 2 Satz 1 genannten Frist zu bestimmen. Einigen sie sich nicht oder nicht fristgerecht auf die Bestimmung einer Schiedsperson, so wird diese innerhalb eines Monats nach Ablauf der in Satz 2 genannten Frist von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die beiden in Absatz 2 Satz 1 genannten Parteien der Kooperationsvereinbarung zu gleichen Teilen. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Klagen gegen die Festlegung des Inhalts der Kooperationsvereinbarung richten sich gegen eine der beiden in Absatz 2 Satz 1 genannten Parteien der Kooperationsvereinbarung und nicht gegen die Schiedsperson.

(4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen bis zum … [einsetzen: Datum drei Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 11 Absatz 1] in einer Rahmenvereinbarung Vorgaben zur Zusammenarbeit in Integrierten Notfallzentren insbesondere

1. zu Grundsätzen der Organisation eines Integrierten Notfallzentrums,
2. zur Organisation und zur personellen Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle einschließlich der notwendigen Qualifikationen, erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals,
3. zur Vernetzung und interoperablen, digitalen Fallübergabe innerhalb des Integrierten Notfallzentrums sowie zwischen dem Integrierten Notfallzentrum und einer Kooperationspraxis,
4. zu den Voraussetzungen für die Weiterleitung von Hilfesuchenden in eine Kooperationspraxis,
5. für den Fall wiederholter und schwerwiegender Verstöße gegen die Kooperationsvereinbarung und

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

6. zur Ausgestaltung der Übernahme der Aufgaben der Notdienstpraxis durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Absatz 1 Satz 1 teilnehmenden zugelassenen Leistungserbringer in dem in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Fall.

Kommt eine Rahmenvereinbarung ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a Absatz 2. Die jeweiligen Parteien der Kooperationsvereinbarung können in der Kooperationsvereinbarung ergänzende und, sofern dies aufgrund lokaler Besonderheiten notwendig ist, abweichende Regelungen zu den Vorgaben der Rahmenvereinbarung vorsehen.

§ 123b

Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche

(1) Der erweiterte Landesausschuss im Sinne des § 90 Absatz 4a Satz 1 kann Standorte zugelassener Krankenhäuser festlegen, an denen Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche einzurichten sind. Er hat erstmals bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine Festlegung nach Satz 1 zu treffen oder zu entscheiden, dass in einer von ihm festgelegten Planungsregion an keinem Krankenhausstandort ein Integriertes Notfallzentren für Kinder und Jugendliche einzurichten ist. Ein Krankenhausstandort kann als Standort für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche festgelegt werden, wenn

1. dieser Krankenhausstandort die in § 25 Absatz 2 bis 4 der „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), die zuletzt durch den Beschluss vom 18. Juni 2025 (BAnz AT 28.08.2025 B3) geändert worden sind, genannten Kriterien erfüllt und
2. keine berechtigten Interessen des Krankenhauses oder der Kassenärztlichen Vereinigung entgegenstehen, die das Interesse an einer flächendeckenden Versorgung durch Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche überwiegen.

(2) § 123 Absatz 1, 2, 3 Satz 1 Nummer 2, Satz 2 und 3 und Absatz 4 und § 123a Absatz 1 Satz 12 bis 14 und Absatz 2 bis 4 gelten für Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche entsprechend.

§ 123c

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ersteinschätzung an Krankenhausstandorten und zu Anforderungen an ambulante Leistungserbringer des Integrierten Notfallzentrums

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in einer Richtlinie Vorgaben für eine qualifizierte, standardisierte und softwarebasierte Ersteinschätzung. Diese dient der Ermittlung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig einen Krankenhausstandort aufsuchen. Wird ein Krankenhausstandort aufgesucht, an dem ein Integriertes Notfallzentrum oder ein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche eingerichtet ist, dient die in Satz 1 genannte Ersteinschätzung der in § 123 Absatz 2 Satz 1 genannten Entscheidung. Wird ein anderer Krankenhausstandort aufgesucht, dient die in Satz 1 genannte Ersteinschätzung der Entscheidung, ob eine Behandlung am Krankenhausstandort oder eine Weiterleitung an ein Integriertes Notfallzentrum oder an ein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche erfolgt. In der Richtlinie ist auch das Nähere vorzugeben

1. zur Einbeziehung ärztlichen Personals bei einer Entscheidung über die Weiterleitung eines Hilfesuchenden an ein Integriertes Notfallzentrum oder an ein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche,
2. zum Nachweis der Einhaltung der in der Richtlinie geregelten Vorgaben an die zur Durchführung der Ersteinschätzung eingesetzte Software,

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

3. zur Form und zum Inhalt des Nachweises über die Durchführung der Ersteinschätzung und
4. zum Zeitpunkt, ab dem die Ersteinschätzung durchzuführen ist.

In der Richtlinie nach Satz 1 legt der Gemeinsame Bundesausschuss zudem Folgendes fest:

1. Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen, der in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Leistungserbringer, sofern sie die Aufgaben der Notdienstpraxis in Integrierten Notfallzentren oder in Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche übernehmen, sowie der Kooperationspraxen im Sinne des § 123 Absatz 1 Satz 7,
2. Vorgaben zum Nachweis und zur Kontrolle der Einhaltung der nach Nummer 1 geregelten Mindestanforderungen und
3. die dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Erfüllung seiner Prüf- und Berichtspflichten nach Satz 9 von den in Satz 9 genannten Stellen zu übermittelnden Informationen.

§ 92 Absatz 7e gilt für die Richtlinie nach Satz 1 entsprechend. Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie nach Satz 1 ist den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Auswirkungen der Richtlinie nach Satz 1 auf die Entwicklung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen, der Notdienstpraxen und der in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Leistungserbringer sowie auf die Patientenversorgung und die Erforderlichkeit einer Anpassung der Richtlinie zu prüfen und dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2028 über das Ergebnis dieser Prüfung zu berichten. Die in Satz 9 genannten Stellen übermitteln dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Erfüllung seiner Prüf- und Berichtspflichten nach Satz 9 die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 6 Nummer 3 festgelegten Informationen.

(2) Mit Wirkung zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des übernächsten auf den Tag des Inkrafttretens nach Artikel 11 Absatz 1 folgenden Kalenderquartals] beschließt der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen die für die Vergütung der in Absatz 1 Satz 1 genannten Ersteinschätzung als unabhängig von der Weiterbehandlung zu vergütende Einzelleistung notwendigen Anpassungen. Der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a hat die Auswirkungen dieses Beschlusses auf die Entwicklung der nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen berechnungsfähigen ambulanten Leistungen der Notaufnahmen, der Notdienst- und der Kooperationspraxen sowie der in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Leistungserbringer, auf deren Honorare, auf die Versorgung der Versicherten und auf die Ausgaben der Krankenkassen zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2028 zu berichten. Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen sind die für die Evaluation notwendigen Fallkennzeichnungen zur Identifikation von Notaufnahmen, Notdienstpraxen, in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Leistungserbringern und Kooperationspraxen jeweils durch den Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 3 und den Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a zu beschließen.

(3) Ab dem nach Absatz 1 Satz 5 Nummer 4 bestimmten Zeitpunkt setzt die in Absatz 2 Satz 1 genannte Vergütung der Ersteinschätzung voraus, dass diese gemäß den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 1 erfolgt ist. “

19. § 133 wird durch die folgenden §§ 133 bis 133g ersetzt:

„§ 133

Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung

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

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen gemeinsam und einheitlich mit den nach Landesrecht vorgesehenen Leistungserbringern Verträge über die Entgelte für die einzel-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

nen Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30. Die Leistungserbringer haben den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vor Vertragsschluss die Daten, die der Kalkulation der Entgelte für die einzelnen Leistungen zu Grunde liegen, vor Vertragsschluss elektronisch, vollständig und in nachprüfbarer Form vorzulegen. Bei der Kalkulation der Entgelte dürfen nur Kosten berücksichtigt werden, die der Sicherstellung des Leistungsanspruchs nach § 30 dienen; Kosten für darüber hinausgehende öffentliche Aufgaben dürfen in diese Kalkulation nicht einbezogen werden. Die Vertragsparteien nach Satz 1 berücksichtigen bei den Vertragsverhandlungen die nach § 133b Absatz 1 Satz 2 erstellten Rahmenempfehlungen. Bei der Kalkulation der Entgelte sind die besonderen Anforderungen des Notfallmanagements an Leistungserbringer, die Teil eines Gesundheitsleitsystems nach § 133a sind, angemessen zu berücksichtigen. § 71 Absatz 1 bis 3 ist zu beachten. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermitteln dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam, einheitlich und elektronisch die wesentlichen Inhalte der nach Satz 1 abgeschlossenen Verträge.

(3) Werden einem Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 Vernetzungs- und Koordinierungsaufgaben nach § 133g zugewiesen (koordinierende Leitstelle), hat die koordinierende Leistelle die durch die Wahrnehmung dieser Aufgaben entstehenden Kosten bei der Kalkulation der Pauschale nach Satz 2 gesondert auszuweisen. Zum Ausgleich der durch die Wahrnehmung der nach § 133g Satz 1 zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben entstehenden Kosten vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit dem die koordinierende Leitstelle betreibenden Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 eine Pauschale. § 71 Absatz 1 bis 3 ist zu beachten. Die zur Finanzierung der vereinbarten Pauschale erforderlichen Mittel werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen durch eine Umlage gemäß dem Verhältnis der jeweiligen Anzahl der Mitglieder der Krankenkassen und Ersatzkassen mit Wohnort im Einzugsbereich der koordinierenden Leitstelle aufgebracht. Die Anzahl der nach Satz 4 maßgeblichen Mitglieder ist nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermitteln dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam, einheitlich und elektronisch die wesentlichen Inhalte der Vereinbarungen nach Satz 2.

(4) Kommt ein Vertrag nach Absatz 2 Satz 1 oder eine Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 2 nicht oder teilweise nicht zustande, so bestimmt eine nach Landesrecht errichtete Schiedsstelle den Inhalt des Vertrages oder der Vereinbarung. Absatz 2 und 3 gelten entsprechend. Rechtsbehelfe gegen die Entscheidung der Schiedsstelle haben keine aufschiebende Wirkung. Gegen die Entscheidung der Schiedsstelle ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt in einer Richtlinie das Nähere insbesondere zu den wesentlichen Inhalten und zur möglichst einheitlichen Ausgestaltung der Verträge nach Absatz 2 Satz 1 und der Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 2 sowie das Nähere zur Übermittlung der wesentlichen Inhalte der Verträge nach Absatz 2 Satz 7 und der Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 6. Er berichtet jährlich, erstmals zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], dem Bundesministerium für Gesundheit über die wesentlichen Inhalte der Verträge nach Absatz 2 Satz 1 und der Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 2.

(6) Abweichend von den Absätzen 2 bis 5 können die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 bis zum Ablauf des … [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] gegenüber den Krankenkassen in Höhe des jeweiligen nach § 133 in der am … [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung berechnungsfähigen Betrages abrechnen. Werden die Entgelte für die Inanspruchnahme von 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 diese Leistungen in der in § 133 in der am … [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung vorgesehenen Höhe.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

§ 133a

Gesundheitsleitsystem

(1) Auf Antrag eines Leistungserbringers des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 ist die örtlich zuständige Kassenärztliche Vereinigung als Träger der Akutleitstelle verpflichtet, mit diesem Leistungserbringer eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems zu schließen, wenn der Leistungserbringer über eine softwarebasierte standardisierte Notrufabfrage verfügt. In einem Gesundheitsleitsystem arbeiten die Parteien der Kooperationsvereinbarung durch die Einrichtung und den Betrieb einer digitalen Vernetzung nach Maßgabe der Absätze 2 bis 4 zusammen. Die Parteien der Kooperationsvereinbarung können in der Kooperationsvereinbarung über die Inhalte nach Absatz 2 hinausgehende Kooperationen vereinbaren. Die weiteren Aufgaben der Parteien der Kooperationsvereinbarung bleiben unberührt.

(2) In der in Absatz 1 Satz 1 genannten Kooperationsvereinbarung ist das Nähere über die in Absatz 1 Satz 2 genannte Zusammenarbeit zu vereinbaren, insbesondere

1. wie die Verfahren der softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage und das in § 75 Absatz 7 Satz 1 Nummer 6 genannte bundesweit einheitliche, standardisierte Ersteinschätzungsverfahren der Kassenärztlichen Vereinigungen (Abfragesysteme) so aufeinander abgestimmt werden, dass es zu übereinstimmenden Bewertungen des Gesundheitszustandes eines Hilfesuchenden kommt,
2. welche Partei der Kooperationsvereinbarung aufgrund der infrage kommenden Versorgungsstrukturen für ein Hilfeersuchen entsprechend der möglichen Ergebnisse der Abfragesysteme zuständig ist und
3. eine Verpflichtung der Parteien der Kooperationsvereinbarung zur unmittelbaren Übernahme und unverzüglichen Bearbeitung von Hilfeersuchen, die aufgrund eines Ergebnisses des jeweiligen Abfragesystems und der nach Nummer 2 zu vereinbarenden Zuständigkeit der jeweils anderen Partei der Kooperationsvereinbarung übergeben werden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen wirken darauf hin, dass die nach Satz 1 Nummer 1 zu vereinbarenden Regelungen für alle Gesundheitsleitsysteme einheitlich ausgestaltet werden. Die Parteien der Kooperationsvereinbarung legen für die nach Satz 1 Nummer 2 zu vereinbarende Zuständigkeiten Eintreffzeiten des aufsuchenden Dienstes der Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich fest. Die im Rahmen eines Hilfeersuchens von einer Partei der Kooperationsvereinbarung erhobenen personenbezogenen Daten sind ohne Medienbruch an die jeweils anderen Partei zu übermitteln. Die Parteien der Kooperationsvereinbarung sind bezüglich des Datenaustausches gemeinsame Verantwortliche nach Artikel 26 der Verordnung (EU) 2016/679. Die Parteien der Kooperationsvereinbarung dürfen personenbezogene Daten nur in dem für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Paragrafen erforderlichen Umfang verarbeiten. Für die Einrichtung und den Betrieb der in Absatz 1 Satz 2 genannten Vernetzung ist, sobald die hierfür erforderlichen Dienste und Komponenten flächendeckend zur Verfügung stehen, die Telematikinfrastruktur zu nutzen. Für die digitale Fallübergabe zwischen den Parteien der Kooperationsvereinbarung sind bundeseinheitlich definierte, digitale Schnittstellen und Standards nach dem Zwölften Kapitel festzulegen.

(3) Die Parteien der Kooperationsvereinbarung sind zur ständigen gemeinsamen Evaluation der Abstimmung der Abfragesysteme und der Zuständigkeit für Hilfeersuchen verpflichtet. Sie vereinbaren in der Kooperationsvereinbarung ein gemeinsames Qualitätsmanagement für die Abstimmung der Abfragesysteme und der Zuständigkeit für Hilfeersuchen. Für dieses Qualitätsmanagement haben die Parteien der Kooperationsvereinbarung die einzelnen Prozessabläufe der Abfragen durch ihr jeweiliges Abfragesystem nachverfolgbar zu dokumentieren, mit den entsprechenden Daten der aufsuchenden Leistungserbringer, an die die Hilfesuchenden jeweils vermittelt wurden, zusammenzuführen und auszuwerten. Die in Satz 3 genannten aufsuchenden Leistungserbringer übermitteln der Partei der Kooperationsvereinbarung, welche die jeweiligen Hilfesuchenden an diese Leistungserbringer vermittelt hat, die für die in Satz 3 genannte Zusammenführung und Auswertung erforderlichen personenbezogenen Daten. Die Parteien der Kooperationsvereinbarung sind befugt, die zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach den Sätzen 1 bis 3 erforderlichen personenbezogene Daten zu verarbeiten und sie untereinander auszutauschen. Diese Befugnis gilt auch für aufgrund einer Einwilligung oder auf der Grundlage von landesrechtlichen Befugnisnormen aufgezeichnete Anrufe, soweit deren

Verarbeitung und Austausch zur Erfüllung der in den Sätzen 1 bis 3 genannten Aufgaben von der betreffenden Einwilligung oder der betreffenden landesrechtlichen Befugnisnorm umfasst ist.

(4) Die Parteien der Kooperationsvereinbarung sollen Krankentransporte sowie medizinische komplementäre und sonstige komplementäre Dienste für vulnerable Gruppen und für krisenhafte Situationen vermitteln, soweit Krankentransporte oder die jeweiligen komplementären Dienste verfügbar sind und landesrechtliche Regelungen dem nicht entgegenstehen. Das Nähere zur Vermittlung nach Satz 1 sollen die Parteien der Kooperationsvereinbarung mit den Krankentransportunternehmen und den jeweiligen komplementären Diensten vereinbaren.

(5) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet zum 1. … [einsetzen: Angabe des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eines jeden Kalenderjahres, erstmals zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] dem Bundesministerium für Gesundheit über die Anzahl, den jeweiligen Stand und die wesentlichen Inhalte der in Absatz 1 Satz 1 genannten Kooperationsvereinbarungen sowie über die Ergebnisse der in Absatz 3 Satz 1 genannten Evaluation. Die Kassenärztlichen Vereinigungen berichten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die in Satz 1 genannten Inhalte zum 1. … [einsetzen: Angabe des zehnten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eines jeden Kalenderjahres. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestimmen und veröffentlicht den Bericht spätestens zwei Monate nach Erhalt.

§ 133b

Fachgremium medizinische Notfallrettung

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bildet bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] ein Fachgremium medizinische Notfallrettung. Das Fachgremium medizinische Notfallrettung erstellt Rahmenempfehlungen für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 und entwickelt diese ständig fort. Die Rahmenempfehlungen sollen regionale Besonderheiten hinreichend berücksichtigen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen benennt 16 Mitglieder für das Fachgremium medizinische Notfallrettung. Die Länder können jeweils ein Mitglied benennen. Die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitglieder und die von den Ländern benannten Mitglieder benennen in der ersten Sitzung des Fachgremiums gemeinsam vier weitere Mitglieder aus dem Kreis der maßgeblichen Spitzenorganisationen von in § 133 Absatz 1 genannten Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung nach § 30 auf Bundesebene, zwei weitere Mitglieder aus dem Kreis der maßgeblichen Fachgesellschaften auf Bundesebene und drei weitere Mitglieder aus dem Kreis der maßgeblichen Fachverbände auf Bundesebene. Absatz 3 Satz 1 und 2 gilt entsprechend. Das Bundesministerium für Gesundheit entsendet ein Mitglied in das Gremium.

(3) Beschlussfassungen erfolgen mit einfacher Mehrheit. Die Mitglieder nach Absatz 2 Satz 1 bis 3 haben jeweils eine Stimme. Jedes Mitglied kann sein Stimmrecht auf ein anderes stimmberechtigtes Mitglied übertragen. Das vom Bundesministerium für Gesundheit entsandte Mitglied hat ein Mitberatungsrecht.

(4) Gegenstand der Rahmenempfehlungen nach Absatz 1 Satz 2 sind insbesondere

1. die Nutzung und einheitliche Anwendung von Abfragesystemen im Sinne des § 133a Absatz 2 Satz 1 Nummer 1, die auf der Grundlage der Abfragesysteme erfolgenden Entscheidungen über zu vermittelnde Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 und die telefonische Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen,
2. die Nutzung standardisierter und untereinander vernetzter Einsatzleitsysteme zur Ermöglichung einer auch landkreis-, länder- und leitstellenübergreifenden Alarmierung von Einsatzmitteln, einschließlich der Bereitstellung technischer und organisatorischer Schnittstellen,
3. der qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Einsatz von Telemedizin in der medizinischen Notfallrettung,

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

4. die Einbeziehung von besonderen Einsatzmitteln, die primär auf eine Versorgung vor Ort ausgerichtet sind, in die medizinische Notfallrettung nach § 30, insbesondere bezüglich

   a) der für die Versorgung mit diesen besonderen Einsatzmitteln notwendigen Weiterbildung und

   b) einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Anbindung dieser besonderen Einsatzmittel,

5. Konzepte zur Vermeidung von Einsätzen der medizinischen Notfallrettung durch die Vernetzung der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung mit medizinischen komplementären sowie sonstigen komplementären Diensten für vulnerable Gruppen und für krisenhafte Situationen,

6. der Einsatz und die leitstellenübergreifende Vernetzung von Versorgungskapazitätennachweissystemen im Sinne des § 133c Absatz 2 Satz 1,

7. die Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme hinsichtlich

   a) technischer Anforderungen, insbesondere zu Datensicherheit und Ausfallsicherheit, sowie zu den Mindestinhalten der den Ersthelfern übermittelten Daten und

   b) organisatorischer Anforderungen, insbesondere zur Registrierung der Ersthelfer, zu den für den Einsatz von Ersthelfern geeigneten Notfallbildern, zu den Sicherheitsmaßnahmen zur Minimierung der Gefährdung der Ersthelfer sowie zur Einsatznachsorge,

8. die Entwicklung standardmäßiger Verfahrensweisen für die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäter bei notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen und

9. den zeitlichen Umfang und die Zielsetzung von Fort- und Weiterbildungen für Rettungsfachpersonal.

(5) Jedes Mitglied des Fachgremiums medizinische Notfallrettung kann Themen benennen, über die eine Beratung und Entscheidung erfolgt. Den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen nach § 140f ist bei der Erstellung der Rahmenempfehlungen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind bei der Erstellung der Rahmenempfehlungen zu berücksichtigen. Das Fachgremium medizinische Notfallrettung kann Ausschüsse zur Beratung spezifischer Themen bilden, für die durch das Fachgremium weitere Mitglieder aus dem Kreis der maßgeblichen Fachgesellschaften und Fachverbände auf Bundesebene sowie Einzelsachverständige benannt werden können.

(6) Das Bundesministerium für Gesundheit kann Fristen für die Erstellung der Rahmenempfehlungen festlegen. Werden diese Fristen nicht eingehalten, kann das Bundesministerium für Gesundheit entsprechende Rahmenempfehlungen im Benehmen mit den stimmberechtigten Mitgliedern des Fachgremiums medizinische Notfallrettung erstellen. Absatz 5 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(7) Das Fachgremium medizinische Notfallrettung erstellt bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 folgenden Kalendermonats] Empfehlungen für bundesweit zu erhebende Qualitätsindikatoren der medizinischen Notfallrettung, die für die Ermittlung der Leistungsqualität in der medizinischen Notfallrettung erforderlich sind, und für die Datenübermittlung zur Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung nach § 133d.

(8) Das Fachgremium medizinische Notfallrettung legt das Nähere zu seiner Arbeitsweise und zu seiner Beschlussfassung in einer Geschäftsordnung fest.

(9) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen richtet zur Koordinierung der Tätigkeit des Fachgremiums medizinische Notfallrettung eine Geschäftsstelle ein.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

§ 133c

Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung

(1) Zur Versorgung von rettungsdienstlichen Notfällen im Sinne des § 30 Absatz 1 Satz 2 und Akutfällen im Sinne von § 75 Absatz 1b Satz 1 sind die folgenden Stellen zur digitalen Erhebung und Speicherung der für die weitere medizinische Diagnostik und Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten, zur Übermittlung dieser Daten an die jeweils weiterversorgende Stelle und zu deren Empfang verpflichtet (digitale Notfalldokumentation), sobald die erforderlichen technischen Voraussetzungen vorliegen:

1. die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30,
2. die an der Notfallversorgung beteiligten zugelassenen Krankenhäuser,
3. die zentrale Ersteinschätzungsstelle der Integrierten Notfallzentren nach § 123 und der Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b,
4. die Akutleitstellen und
5. die Ärzte, die im Notdienst im Sinne des § 75 Absatz 1b Satz 5 tätig sind, als oder für einen in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Leistungserbringer oder in einer Kooperationspraxis im Sinne des § 123 Absatz 1 Satz 7 Patienten eines Integrierten Notfallzentrums behandeln.

Für die digitale Notfalldokumentation sind bundeseinheitlich definierte, digitale und interoperable Schnittstellen und Standards für die Datensätze, insbesondere zu der in § 123a Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 genannten Vernetzung und interoperablen digitalen Fallübergabe sowie zu der in § 133a Absatz 2 Satz 6 genannten digitalen Fallübergabe, nach dem Zwölften Kapitel festzulegen. Soweit für die Festlegung nach Satz 2 eine Beauftragung nach § 385 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 erfolgt, ist das Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen nach § 385 bei der Festlegung ins Einvernehmen zu setzen. Sobald die hierfür erforderlichen Komponenten und Dienste flächendeckend zur Verfügung stehen, sind für die digitale Notfalldokumentation Dienste der Telematikinfrastruktur und sicheren Übermittlung nach § 311 Absatz 6 zu nutzen. Zugriffsberechtigte Leistungserbringer und andere zugriffsberechtigte Personen nach § 352, die in der medizinischen Notfallrettung oder im Notdienst tätig sind, haben, soweit die hierzu erforderlichen technischen Zugriffsvoraussetzungen und ein Standard für die Datensätze vorliegen, die von ihnen erhobenen personenbezogenen Daten der digitalen Notfalldokumentation in die elektronische Patientenakte nach § 341 Absatz 2 Nummer 1 zu übermitteln und dort zu speichern.

(2) Die zuständige Landesbehörde kann eine Stelle benennen, die ein softwarebasiertes Informationssystem zur Verfügung stellt, das folgende Angaben erfasst und diese einrichtungsbezogen darstellt und verwaltet (Versorgungskapazitätennachweissystem):

1. in Echtzeit die aktuelle Verfügbarkeit der für die medizinische Weiterbehandlung relevanten Versorgungskapazitäten der Versorgungseinrichtungen und die jeweils erfolgende Patientenzuweisung und
2. im Fall von Ausnahmesituationen mit einer außergewöhnlichen Belastung des Gesundheitssystems zusätzlich die regelmäßig aktualisierte Verfügbarkeit von relevanten Versorgungskapazitäten.

Die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 sind verpflichtet, das Versorgungskapazitätennachweissystem zu nutzen. Die an der Notfallversorgung teilnehmenden zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, ihre Versorgungskapazitäten in Echtzeit an das Versorgungskapazitätennachweissystem zu übermitteln. Eine nach Satz 1 benannte Stelle sowie die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 ermöglichen eine landkreis- und landesgrenzübergreifende Vernetzung der Versorgungskapazitätennachweissysteme. Eine nach Satz 1 benannte Stelle soll Akutleitstellen einen lesenden Zugriff auf das von ihr zur Verfügung gestellte Versorgungskapazitätennachweissystem ermöglichen. Für die Vernetzung der Versorgungskapazitätennachweissysteme untereinander sind bundeseinheitlich definierte, digitale und interoperable Schnittstellen und Standards für die Datensätze nach dem Zwölften Kapitel festzulegen. Die Gesellschaft für Telematik hat bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des zweiundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik Vorgaben zur Informationssicherheit festzulegen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

(3) Eine Einbindung von Ersthelfern durch Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 muss durch auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme erfolgen, die untereinander interoperabel und dem Ziel eines möglichst hohen Verbreitungsgrades sowie einer einfachen Bedienung entsprechend konzipiert sind. Die Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 berücksichtigen bei der Einbindung von Ersthelfern die Rahmenempfehlungen nach § 133b Absatz 4 Nummer 7. Für die Vernetzung der auf digitalen Anwendungen basierenden Ersthelferalarmierungssysteme untereinander sind bundeseinheitlich definierte, digitale und interoperable Schnittstellen und Standards für die Datensätze nach dem Zwölften Kapitel festzulegen.

§ 133d

Datenübermittlung zur Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung, Verordnungsermächtigung

(1) Die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 übermitteln in elektronischer und anonymisierter Form zum 31. März eines jeden Kalenderjahres, erstmals zum 31. März des übernächsten auf den Erlass der Rechtsverordnung nach Satz 2 folgenden Kalenderjahres, für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr die für die Ermittlung der Leistungsqualität in der medizinischen Notfallrettung erforderlichen Daten an die durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Absatz 3 eingerichtete Datenstelle. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die für die Ermittlung der Leistungsqualität in der medizinischen Notfallrettung erforderlichen Daten festzulegen. Das Nähere zum Verfahren der Übermittlung der Daten bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einer Richtlinie.

(2) Die durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Absatz 3 eingerichtete Datenstelle wertet die nach Absatz 1 Satz 1 übermittelten Daten aus und veröffentlicht sie in zusammengefasster und anonymisierter Form und nach Ausschluss der Möglichkeit von Rückschlüssen auf Leistungserbringer und einzelne Einsätze bis zum 1. Juli eines jeden Kalenderjahres gegliedert nach bundes- und landesweiten Ergebnissen. Die Datenstelle hat auf Anforderung für das Bundesministerium für Gesundheit, für das Fachgremium medizinische Notfallrettung, für die zuständigen Landesbehörden, für die Landesverbände der Krankenkassen und für die Ersatzkassen Auswertungen für ihre jeweiligen Belange zu erstellen und die Auswertungen der jeweiligen anfordernden Stelle zur Verfügung zu stellen. Die Datenstelle darf die ihr nach Absatz 1 Satz 1 übermittelten Daten nur in dem zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Absatz erforderlichen Umfang verarbeiten.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen richtet auf Bundesebene eine Datenstelle zur Wahrnehmung der Aufgaben nach den Absätzen 2 und 3 ein.

§ 133e

Einbindung der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung in die Telematikinfrastruktur und Finanzierung

(1) Die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 haben sich bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünfzehnten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] an die Telematikinfrastruktur anzuschließen.

(2) Zum Ausgleich der in § 376 genannten Ausstattungs- und Betriebskosten erhalten die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 ab dem … [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünfzehnten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die durch das Bundesministeriums für Gesundheit nach § 378 Absatz 2 Satz 2 für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer festgelegte TI-Pauschale von den Krankenkassen.

(3) Das Nähere zur Abrechnung der Ausgleichszahlungen nach Absatz 2, insbesondere zu dem Zahlungs- und Abrechnungsverfahren sowie zu der Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen an den Kosten, legen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die maßgeblichen Spitzenorganisationen von in § 133 Absatz 1 genannten Leistungserbringern der me-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

dizinischen Notfallrettung nach § 30 auf Bundesebene bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in einer Finanzierungsvereinbarung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit fest. In der Finanzierungsvereinbarung kann auch ein von der Ausgleichszahlung nach Absatz 2 abweichender Ausgleichsbetrag festgelegt werden, der sich aufgrund von Besonderheiten der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30, insbesondere bezogen auf Größe, Anzahl der Fahrzeuge und Beschäftigtenanzahl, im Vergleich zu den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern ergibt.

(4) Die Parteien der Finanzierungsvereinbarung nach Absatz 3 Satz 1 verhandeln Anpassungen des abweichenden Ausgleichsbetrags nach Absatz 3 Satz 2 im Abstand von jeweils zwei Jahren, sofern dies erforderlich ist. Bis zu einer Anpassung gilt die jeweils bestehende Finanzierungsvereinbarung fort.

§ 133f

Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung

(1) In den Jahren 2027 bis 2031 stellt der Bund aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes insgesamt 225 Millionen zur Förderung von Investitionen in die digitale Infrastruktur der folgenden Vorhaben zur Verfügung:

1. Einrichtung einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage im Rahmen des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1,
2. Bildung eines Gesundheitsleitsystems nach § 133a,
3. Einführung einer digitalen Notfalldokumentation im Sinne des § 133c Absatz 1 Satz 1,
4. Einrichtung eines Versorgungskapazitätennachweissystems im Sinne des § 133c Absatz 2 Satz 1,
5. Einrichtung eines in § 30 Absatz 3 Satz 2 genannten auf digitalen Anwendungen basierenden Ersthelferalarmierungssystems und
6. Errichtung des AED-Katasters im Sinne des § 133h Absatz 1 Satz 1.

Kosten, die Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung nach § 30 durch die Wahrnehmung einer über den Leistungsanspruch nach § 30 hinausgehenden öffentlichen Aufgabe entstehen, sind nicht nach Satz 1 finanzierbar.

(2) 2,5 Millionen Euro von der vom Bund nach Absatz 1 Satz 1 zur Verfügung gestellten Summe werden vom Bundesministerium für Gesundheit verwaltet und insbesondere für Investitionen in die digitale Infrastruktur des AED-Katasters im Sinne des § 133h Absatz 1 Satz 1 verausgabt.

(3) Zur Förderung von in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5 genannten Vorhaben wird beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen in den Jahren 2027 bis 2031 ein Digitalisierungsfonds in Höhe von 222,5 Millionen Euro eingerichtet. Zur Finanzierung des Digitalisierungsfonds stellt der Bund dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in den Jahren 2027 bis 2031 jährlich zum 15. Januar einen Betrag von 44,5 Millionen Euro von der in Absatz 1 Satz 1 genannten Summe zur Verfügung.

(4) Das Fördervolumen des Digitalisierungsfonds eines Kalenderjahres entspricht dem vom Bund nach Absatz 3 Satz 2 in diesem Jahr zur Verfügung gestellten Betrag, abzüglich der in Absatz 8 Satz 1 genannten, im jeweiligen Kalenderjahr notwendigen Aufwendungen des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen für die Verwaltung des Digitalisierungsfonds und die Durchführung der Förderung und zuzüglich der aus dem vorhergehenden Kalenderjahr nach Satz 3 übertragenen oder nach Absatz 7 Satz 2 zurückgezahlten Mittel. Für jedes der Kalenderjahre 2027 bis 2031 können Antragsberechtigte aus einem Land die Zuteilung von Fördermitteln bis zu einer Höhe desjenigen Anteils an dem um den Betrag der nach Satz 3 aus dem jeweils vorhergehenden Kalenderjahr übertragenen Mittel verminderten Fördervolumen beantragen, der sich für das jeweilige Land aus dem Königsteiner Schlüssel für das Jahr 2020 ergibt, zuzüglich der für das jeweilige Land aus dem jeweils vorherigen Kalenderjahr nach Satz 3 übertragenen oder nach Absatz 7 Satz 2 zurückgezahlten Mittel. Für jedes Land und jedes der Kalenderjahre 2027 bis 2031 sind Mittel in der Höhe der Differenz zwischen dem Betrag, bis zu dessen Höhe Antragsteller in dem jeweiligen Land nach Satz 2

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

die Zuteilung von Fördermitteln beantragen können, und dem Betrag, in dessen Höhe den Antragstellern in dem jeweiligen Land im jeweiligen Kalenderjahr Fördermittel nach Absatz 6 zugeteilt werden, zur Zuteilung im jeweils folgenden Kalenderjahr zu übertragen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht auf seiner Internetseite quartalsweise die Höhe der Beträge, bis zu der in den einzelnen Ländern die Zuteilung von Fördermitteln in dem jeweiligen Kalenderjahr noch beantragt werden können.

(5) Antragsberechtigt sind Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 und im Fall der Förderung eines in Absatz 1 Nummer 2 genannten Vorhabens auch die jeweilige an dem Gesundheitsleitsystem nach § 133a beteiligte Kassenärztliche Vereinigung.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen teilt den Antragstellern für jedes der Kalenderjahre 2027 bis 2031 Fördermittel für in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5 genannte Vorhaben bis zur Höhe des Betrags zu, bis zu dem in dem jeweiligen Land die Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 4 beantragt werden kann. Vor der Zuteilung von Fördermitteln an Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Benehmen mit der für die medizinische Notfallrettung zuständigen Landesbehörde herzustellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berücksichtigt die Rahmenempfehlungen nach § 133b Absatz 1 Satz 2. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen informiert die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen quartalsweise über die Zuteilung von Fördermitteln nach Satz 1.

(7) Der jeweilige Antragsteller hat die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen nachzuweisen. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Fördermittel sind von dem jeweiligen Antragsteller unverzüglich an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zurückzuzahlen.

(8) Die für die Verwaltung des Digitalisierungsfonds und für die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen werden aus dem Digitalisierungsfonds gedeckt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2027 nähere Vorgaben zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen in einem einheitlichen Format oder in einer maschinell auswertbaren Form fest. Für die Rechnungslegung und die Bewirtschaftung der Fördermittel durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen gelten die für die Sozialversicherungsträger geltenden Vorschriften entsprechend. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fordert die Fördermittel von dem jeweiligen Antragsteller zurück, soweit die Fördermittel nicht zweckentsprechend verwendet werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit in den Jahren 2028 bis 2032 jeweils bis zum 31. März über die in dem jeweiligen vorangegangenen Kalenderjahr nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5 geförderten Vorhaben, insbesondere über die Höhe, den Verwendungszweck und den Verwendungsort von zugeteilten Fördermitteln sowie über etwaige Rückforderungen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt nach dem 31. Dezember 2031 Fördermittel unverzüglich an das Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität zurück, die

1. nicht durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Absatz 6 Satz 1 zugeteilt wurden oder
2. nach dem 31. Dezember 2031 zu Gunsten des Digitalisierungsfonds nach Absatz 7 Satz 2 zurückgezahlt werden.

(9) Investitionen in die digitale Infrastruktur der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vorhaben sollen nach dieser Vorschrift finanziert werden. Nach Satz 1 geförderte Kosten sind nicht in der Kalkulation der nach § 133 zu vereinbarenden oder zu bestimmenden Entgelten und Pauschalen, des nach § 105 Absatz 1b zu vereinbarenden bereitzustellenden Betrags sowie in anderen Kosten- und Gebührenkalkulationen gegenüber Dritten ansatzfähig.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

§ 133g

Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben

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

1. die landesweite Koordinierung von Versorgungsprozessen und -kapazitäten der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30, insbesondere bei Großschadenslagen, im Zusammenwirken mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde und den Krankenhäusern, denen nach § 6b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Koordinierungs- und Versorgungsaufgaben zugewiesen sind,
2. die landesweite Koordinierung und Abstimmung sämtlicher technischer und organisatorischer Prozesse eines Gesundheitsleitsystems nach § 133a mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung,
3. die Konzeption und die Koordinierung des Einsatzes landesweiter, insbesondere telemedizinischer Versorgungsnetzwerke und informationstechnischer Systeme und digitaler Dienste für die medizinische Notfallrettung, insbesondere der landesweite Betrieb eines Versorgungskapazitätennachweissystems im Sinne des § 133c Absatz 2 Satz 1, die Konzeption einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage im Rahmen des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 und die Wahrnehmung landesweiter Aufgaben zum Anschluss der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 an die Telematikinfrastruktur und
4. die Übernahme von weiteren überregionalen und länderübergreifenden Aufgaben des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 zur bedarfsgerechten Steuerung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30, insbesondere die Koordinierung von Intensivtransporten, der Luftrettung und dem überregionalen Einsatz von speziellen Rettungsmitteln.

Das Nähere zum Inhalt der in Satz 1 genannten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit der zuständigen Landesbehörde oder mit den nach Landesrecht vorgesehenen Leistungserbringern des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1. Bei der Entscheidung über die Erklärung des in Satz 1 genannten Benehmens sowie bezüglich der Vereinbarungen nach Satz 2 handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich. Die zuständige Landesbehörde hat dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft bis zum 31. Oktober eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 31. Oktober 2026, mitzuteilen, welchem Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 sie in Satz 1 genannte Aufgaben zugewiesen hat.

§ 133h

Kataster Automatisierter Externer Defibrillatoren

(1) Zur Förderung des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 errichtet das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Juli 2028 ein Kataster nach Maßgabe der Absätze 2 und 4, das die Standorte von Automatisierten Externen Defibrillatoren, die für die Benutzung durch Laien vorgesehen sind, ausweist (AED-Kataster). Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt eine öffentliche Stelle oder einen privaten Dienstleister mit der technischen Umsetzung, dem Betrieb und der Datenhaltung (AED-Katasterbetreiber).

(2) Das AED-Kataster ist jederzeit verfügbar und gewährleistet eine regelmäßige Datensicherung. Durch bundeseinheitlich definierte, digitale und interoperable Schnittstellen nach dem zwölften Kapitel ermöglicht das AED-Kataster den Datenaustausch mit Leitstellen- und auf digitalen Anwendungen basierenden Ersthelferalarmierungssystemen. Es verfügt über eine über elektronische Netzwerke öffentlich zugäng-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

liche Weboberfläche, in der die Standorte der in Absatz 1 Satz 1 genannten Defibrillatoren durch Suchanfrage ermittelt und in einer Karte dargestellt werden.

(3) Das AED-Kataster stellt mindestens Adresse, Geokoordinaten und Informationen zur Zugänglichkeit der in Absatz 1 Satz 1 genannten Defibrillatoren öffentlich bereit.

(4) Das AED-Kataster verfügt über einheitliche geeignete elektronische Meldeformulare zur Lokalisierung der in Absatz 1 Satz 1 genannten Defibrillatoren und Schnittstellen für die automatische Übermittlung nach § 17a der Medizinprodukte-Betreiberverordnung.

(5) Die Veröffentlichung der Standorte der in Absatz 1 Satz 1 genannten Defibrillatoren auf der Weboberfläche des AED-Katasters und der in Absatz 2 Satz 2 genannte Datenaustausch erfolgen ohne Personenbezug. Der AED-Kataster-Betreiber ist befugt, die zur Erfüllung der Anforderungen an das AED-Kataster nach Absatz 2, 3 und 4 erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten.“

20. § 140f wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 5 wird die Angabe „§ 56 Abs. 1, § 92 Abs. 1 Satz 2, § 116b Abs. 4“ durch die Angabe „§ 56 Absatz 1, § 92 Absatz 1 Satz 2, § 116b Absatz 4, § 123c Absatz 1“ ersetzt.

b) In Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 wird die Angabe „nach § 116b Absatz 3“ durch die Angabe „im Sinne des § 90 Absatz 4a Satz 1“ ersetzt.

21. § 279 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 10 wird die Angabe „zwei“ durch die Angabe „drei“ ersetzt.

bb) In Satz 11 wird die Angabe „einmalig“ durch die Angabe „zweimal“ ersetzt.

b) In Absatz 6 Satz 2 wird die Angabe „ein Ehrenamt“ durch die Angabe „zwei Ehrenämter“ ersetzt.

22. In § 291b Absatz 5 Satz 3 wird die Angabe „§ 75 Absatz 1b Satz 3“ durch die Angabe „§ 75 Absatz 1b Satz 13“ ersetzt.

23. § 294a Absatz 1 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

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

24. § 302 Absatz 1 und 2 wird durch die folgenden Absätze 1 und 2 ersetzt:

„(1) Die Leistungserbringer im Bereich der Heil- und Hilfsmittel sowie der digitalen Gesundheitsanwendungen und die weiteren Leistungserbringer sind verpflichtet, den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen und den Tag der Leistungserbringung sowie die Arztnummer des verordnenden Arztes, die Verordnung des Arztes mit der Diagnose und den erforderlichen Angaben über den Befund und die Angaben nach § 291a Absatz 2 Nummer 1 bis 10 anzugeben; bei der Abrechnung über die Abgabe von Hilfsmitteln sind dabei die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 zu verwenden und die Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten nach § 33 Absatz 1 Satz 9 anzugeben. Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b Absatz 1 und 2 sowie der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c ist zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 die Zeit der Leistungserbringung und nach § 293 Absatz 8 Satz 14 die Beschäftigtennummer der Person, die die Leistung erbracht hat, anzugeben. Bei der Abrechnung der einzelnen Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 sind anstelle der ärztlichen Verordnung die für die Prüfung des Leistungsanspruchs erforderlichen Angaben und anstelle der Arztnummer eine Fallidentifi-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

kationsnummer anzugeben. Der Nachweis über die aufgrund einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage im Rahmen des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 getroffene Entscheidung, Leistungen nach § 30 Absatz 2 Nummer 2 oder 3 zu veranlassen, gilt als Nachweis des Vorliegens eines rettungsdienstlichen Notfalls im Sinne des § 30 Absatz 1 Satz 2. Der Leistungserbringer der notfallmedizinischen Versorgung nach § 30 Absatz 2 Nummer 2 oder des Notfalltransports nach § 30 Absatz 2 Nummer 3 ist verpflichtet, die Angaben nach § 291a Absatz 2 Nummer 1 bis 10 an denjenigen Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 zu übermitteln, der die Entscheidung getroffen hat, die jeweiligen Leistungen nach § 30 Absatz 2 Nummer 2 oder 3 zu veranlassen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt in Richtlinien, die in den Leistungs- oder Lieferverträgen zu beachten sind

1. das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens und
2. bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] das Nähere zu Art und Umfang der nach Absatz 1 Satz 3 und 4 erforderlichen Angaben zur Abrechnung der einzelnen Leistungen nach § 30.

Die Leistungserbringer nach Absatz 1 können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen Rechenzentren in Anspruch nehmen. Die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 dürfen anstelle von Rechenzentren auch zentrale Abrechnungsstellen mit der Abrechnung beauftragen. Die Rechenzentren und die beauftragten zentralen Abrechnungsstellen dürfen die ihnen übermittelten Daten für im Sozialgesetzbuch bestimmte Zwecke und nur in einer auf diese Zwecke ausgerichteten Weise verarbeiten, soweit sie dazu von einer berechtigten Stelle beauftragt worden sind; anonymisierte Daten dürfen auch für andere Zwecke verarbeitet werden. Die Rechenzentren dürfen die Daten nach Absatz 1 den Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln, soweit diese Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 73 Absatz 8 und § 84 erforderlich sind. Soweit die Daten nach Absatz 1 für die Aufgabenerfüllung nach § 305a erforderlich sind, haben die Rechenzentren den Kassenärztlichen Vereinigungen diese Daten auf Anforderung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. § 300 Absatz 2 Satz 5 bis 7 gilt entsprechend. Im Rahmen der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c sowie der medizinischen Notfallrettung nach § 30 sind vorbehaltlich des Satzes 8 von den Krankenkassen und den Leistungserbringern ab dem 1. März 2021 ausschließlich elektronische Verfahren zur Übermittlung von Abrechnungsunterlagen einschließlich des Leistungsnachweises zu nutzen, wenn der Leistungserbringer

1. an die Telematikinfrastruktur angebunden ist,
2. ein von der Gesellschaft für Telematik nach § 311 Absatz 6 zugelassenes Verfahren zur Übermittlung der Daten nutzt und
3. der Krankenkasse die für die elektronische Abrechnung erforderlichen Angaben übermittelt hat.

Die Verpflichtung nach Satz 7 besteht nach Ablauf von drei Monaten, nachdem der Leistungserbringer die für die elektronische Übermittlung von Abrechnungsunterlagen erforderlichen Angaben an die Krankenkasse übermittelt hat.“

25. Nach § 354 Absatz 3 wird der folgen Absatz 4 eingefügt:

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

26. In § 370a Absatz 1 Satz 5 wird die Angabe „Satz 20 und 21“ durch die Angabe „Satz 19 und 20“ ersetzt.

27. In § 377 Absatz 5 wird die Angabe „Notfallambulanzen“ durch die Angabe „Notaufnahmen“ ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Artikel 2

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 75 Absatz 1e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird durch den folgenden Absatz 1e ersetzt:

„(1e) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung evaluiert die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen und der Akutleitstellen insbesondere im Hinblick auf die fristgemäße Vermittlung von Arztterminen, auf die Weiterleitung von Patienten in offene Sprechstunden, auf die Vermittlungsquote von telefonischen oder videounterstützten ärztlichen Beratungen und von Leistungen des aufsuchenden Dienstes, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme der Terminservicestellen und der Akutleitstellen, insbesondere die Gesamtanzahl der Anrufe, die Anzahl der angenommenen Anrufe, die durchschnittliche Wartezeit bis zur Annahme eines Anrufs und die Anzahl der abgebrochenen Anrufe sowie auf die in Absatz 1b Satz 11 genannte Kooperation. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich zum 30. Juni, erstmals zum 30. Juni 2028, über die Ergebnisse der Evaluation. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. Dezember 2027 ein Konzept für die Evaluation vorzulegen.“

Artikel 3

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 9. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 98) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 53d wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

   „Der Medizinische Dienst Bund koordiniert und fördert die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste in pflegefachlichen und organisatorischen Fragen und trägt Sorge für eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung.“

2. Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

   a) In Nummer 6 wird die Angabe „Pflegeversicherung.“ durch die Angabe „Pflegeversicherung sowie“ ersetzt.

   b) Nach Nummer 6 wird die folgende Nummer 7 eingefügt:

      „7. zur in Absatz 1 Satz 1 genannten Zusammenarbeit und einheitlichen Aufgabenwahrnehmung.“

Artikel 4

Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung

Die Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung vom 15. April 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 113), die zuletzt durch Artikel 4 Des Gesetzes vom 9. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 98) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Nach § 3 Absatz 6 Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„Integrierte Notfallstrukturen sind insbesondere Integrierte Notfallzentren nach § 123 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch."

Artikel 5

Änderung des Arzneimittelgesetzes

Das Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 23. Oktober 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 324) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Nach § 43 Absatz 3a wird der folgende Absatz 4 eingefügt:

„(4) Abweichend von den Absätzen 1 bis 3 dürfen Ärzte einer Notdienstpraxis im Sinne des § 123 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Arzneimittel an Patienten der Notdienstpraxis für den akuten Bedarf in einer zur Überbrückung für längstens drei Tage benötigten Menge abgeben, soweit

1. die Abgabe außerhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten von öffentlichen Apotheken erfolgt oder im unmittelbaren Anschluss an den Tag der Behandlung in der Notdienst-praxis ein Wochenende oder ein Feiertag folgt und
2. die Anwendung des Arzneimittels keinen Aufschub erlaubt."

Artikel 6

Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung

Die Medizinprodukte-Abgabeverordnung vom 25. Juli 2014 (BGBl. I S. 1227), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 14. Februar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 38) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 3 wird durch den folgenden § 3 ersetzt:

„§ 3

Apothekenpflicht

(1) Produkte

1. nach § 2 Absatz 1 Nummer 1,
2. die zur Anwendung durch Laien bestimmt sind, soweit sie Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen enthalten, die nach der Verordnung über apothekenpflichtige und freiverkäufliche Arzneimittel apothekenpflichtig sind, oder
3. die in Anlage 2 zu dieser Verordnung aufgeführt sind,

dürfen berufs- und gewerbsmäßig für den Endverbrauch nur durch Apotheken in den Verkehr gebracht werden (apothekenpflichtige Produkte).

(2) Abweichend von Absatz 1 dürfen Ärzte der Notdienstpraxis im Sinne des § 123 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch apothekenpflichtige Medizinprodukte an Patienten der Notdienstpraxis für den akuten Bedarf in einer zur Überbrückung für längstens drei Tage benötigten Menge abgeben, soweit

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

1. die Abgabe außerhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten von öffentlichen Apotheken erfolgt oder im unmittelbaren Anschluss an den Tag der Behandlung in der Notdienstpraxis ein Wochenende oder ein Feiertag folgt und
2. die Anwendung des apothekenpflichtigen Medizinprodukts keinen Aufschub erlaubt.“

Artikel 7

Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung

Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung vom 14. Februar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 38), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 263) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 12 Absatz 2 Satz 4 wird gestrichen.
2. Nach § 17 wird der folgende § 17a eingefügt:

„§ 17a

Besondere Pflichten bei Automatisierten Externen Defibrillatoren, die für die Benutzung durch Laien vorgesehen sind

(1) Der Betreiber eines Automatisierten Externen Defibrillators, der für die Benutzung durch Laien vorgesehen ist, hat binnen 30 Tagen nach Inbetriebnahme des Automatisierten Externen Defibrillators die Angaben nach Absatz 2 an das AED-Kataster im Sinne des § 133h Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu melden. Abweichend von Satz 1 sind für Automatisierte Externe Defibrillatoren, die vor dem 1. Juli 2028 in Betrieb genommen wurden, die Angaben nach Absatz 2 bis zum 1. August 2028 an das AED-Kataster im Sinne des § 133h Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu melden.

(2) Die Meldung nach Absatz 1 hat mindestens folgende Angaben zu enthalten:

1. Adresse des Standortes des Automatisierten Externen Defibrillators,
2. Geokoordinaten des Standortes nach Nummer 1,
3. Angaben zur Zugänglichkeit des Automatisierten Externen Defibrillators,
4. Name und Kontaktdaten des Betreibers des Automatisierten Externen Defibrillators und
5. bei fernüberwachten Automatisierten Externen Defibrillators der Funktionszustand.

(3) Der Betreiber hat zur Meldung der Angaben die Schnittstellen des AED-Katasters nach § 133h Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu nutzen. Verfügt der Automatisierte Externe Defibrillator nicht über kompatible Schnittstellen, so nutzt der Betreiber das elektronische Meldeformular, das vom AED-Kataster zur Verfügung gestellt wird.

(4) Änderungen der nach Absatz 2 gemeldeten Angaben oder die Außerbetriebnahme des Automatisierten Externen Defibrillators sind binnen 30 Tagen nach Eintritt der Änderung oder nach der Außerbetriebnahme an das AED-Kataster zu melden.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Artikel 8

Änderung des Betäubungsmittelgesetzes

Das Betäubungsmittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 19. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 365) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 4 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
   a) Nummer 4 wird durch die folgenden Nummern 4 und 5 ersetzt:
      „4. in Anlage III bezeichnete Betäubungsmittel im Rahmen des grenzüberschreitenden Dienstleistungsverkehrs
         a) als Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt ausführt oder einführt oder
         b) als Rettungsdienstbedarf in angemessener Menge auf einem Fahrzeug des Rettungsdienstes ausführt oder einführt,
      5. in Anlage III bezeichnete Betäubungsmittel auf Grund ärztlicher, zahnärztlicher oder tierärztlicher Verschreibung erworben hat und sie als Reisebedarf ausführt oder einführt,“.
   b) Die bisherigen Nummern 5 und 6 werden zu den Nummern 6 und 7.
2. § 11 Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:
   a) In Nummer 3 wird die Angabe „getroffen und“ durch die Angabe „getroffen,“ ersetzt.
   b) Nach Nummer 3 wird die folgende Nummer 4 eingefügt:
      „4. Regelungen über das Mitführen von Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf auf Fahrzeugen des Rettungsdienstes im Rahmen des grenzüberschreitenden Rettungsdienstes getroffen und“.
   c) Die bisherige Nummer 4 wird zu Nummer 5.

Artikel 9

Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung

Die Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung vom 16. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1420), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 27. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 109) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 13 Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:
   „(6) Die Absätze 1 bis 4 finden keine Anwendung auf die Durchfuhr einer angemessenen Menge an Betäubungsmitteln, wenn diese als Rettungsdienstbedarf auf einem Fahrzeug des Rettungsdienstes mitgeführt werden.“
2. § 15 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
   a) In Nummer 1 wird die Angabe „Mengen oder“ durch die Angabe „Mengen,“ ersetzt.
   b) Nach Nummer 1 wird die folgende Nummer 2 eingefügt:
      „2. als Rettungsdienstbedarf in angemessener Menge auf einem Fahrzeug des Rettungsdienstes oder“.
   c) Die bisherige Nummer 2 wird zu Nummer 3.

Artikel 10

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 14. Februar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 40) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 19a Absatz 1 wird wie folgt geändert:

1. Nach Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

   „Bei der Festlegung der offenen Sprechstunden haben die in Satz 3 genannten Ärzte das Bedürfnis der Versicherten an einer vertragsärztlichen Versorgung in Akutfällen durch eine möglichst gleichmäßige zeitliche Verteilung dieser Sprechstunden innerhalb ihrer jeweiligen Arztgruppe im jeweiligen Planungsbereich zu berücksichtigen."

2. Im neuen Satz 7 wird die Angabe „Satz 5" durch die Angabe „Satz 6" ersetzt.

3. Der neue Satz 8 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

   „Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 werden bundeseinheitliche Regelungen zur zeitlichen Verteilung der in Satz 3 genannten Sprechstunden innerhalb der verpflichteten Arztgruppen im jeweiligen Planungsbereich getroffen, durch die eine möglichst gleichmäßige zeitliche Verteilung dieser Sprechstunden gewährleistet wird."

Artikel 11

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Artikel 2 tritt am 1. Juli 2027 in Kraft.

(3) Artikel 7 tritt am 1. Juli 2028 in Kraft.

EU-Rechtsakte:

Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1; L 314 vom 22.11.2016, S. 72; L 127 vom 23.5.2018, S. 2; L 74 vom 4.3.2021, S. 35)

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Eine gut funktionierende und wirtschaftliche Notfall- und Akutversorgung ist essenzieller Bestandteil einer leistungsfähigen Gesundheitsversorgung. Für Menschen in einer akuten medizinischen Notlage ist es entscheidend, jederzeit unmittelbar Hilfe zu erhalten und hierbei auf eine qualitativ hochwertige Versorgung vertrauen zu können. Dies gilt gleichermaßen für den ambulanten wie auch für den stationären Sektor. Deutschland verfügt grundsätzlich über ein umfassend ausgebautes System der Akut- und Notfallversorgung einschließlich eines gut etablierten Rettungswesens. Die drei Versorgungsbereiche – vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste – sind jedoch besser zu vernetzen und aufeinander abzustimmen. Derzeit kommt es oftmals zu einer Fehlsteuerung, die zu einer Überlastung von Akteuren insbesondere der Notaufnahmen und des Rettungsdienstes führt. Diese werden auch in Fällen in Anspruch genommen, die in der ambulanten Versorgung abschließend hätten versorgt werden können. Gründe für Fehlsteuerungen können die fehlerhafte Einschätzung der Betroffenen sein, aber auch das Fehlen einer stabilen Vernetzung der Strukturen untereinander, die eine geregelte und verlässliche Übernahme von Hilfesuchenden durch andere Akteure erlaubt. Der Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode zwischen CDU/CSU und SPD, sieht daher vor, dass Gesetze zur Notfall- und Rettungsdienstreform auf den Weg gebracht werden (Zeile 3413-3414).

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Es werden gesetzliche Maßnahmen ergriffen, um die Steuerung der Hilfesuchenden zu verbessern. Ziel ist es, durch eine Vernetzung die Notaufnahmen und den Rettungsdienst zu entlasten und Patientinnen und Patienten, die ambulant behandelt werden können, jederzeit in eine geeignete Versorgungsstruktur zu steuern. Die Aufnahme der medizinischen Notfallrettung als Leistungssegment im Fünften Buch Sozialgesetzbuch passt die Rechtslage an die Versorgungsrealität an.

Vernetzung der Rufnummer 116117 und der Notrufnummer 112; Stärkung der Akutleitstelle

Die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Leistungserbringer des Notfallmanagements sollen sich flächendeckend unter Nutzung der Telematikinfrastruktur und ihrer Komponenten und Dienste digital vernetzen und die Übergabe von Hilfesuchenden einschließlich der bereits erhobenen personenbezogenen Daten wechselseitig ermöglichen. Die standardisierten Abfragesysteme müssen im Rahmen der Kooperation so aufeinander abgestimmt sein, dass eine klare und rechtssichere Überleitung von Hilfesuchenden möglich ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, mit den Leistungserbringern des Notfallmanagements zu kooperieren, die eine solche Kooperation anstreben.

Um den mit der Vernetzung mit den Leistungserbringern des Notfallmanagements zukünftig einhergehenden Anforderungen und dem erhöhten Gesprächsaufkommen gerecht zu werden, wird die bundesweit einheitliche Rufnummer 116117 der Kassenärztlichen Vereinigungen in Terminservicestellen und Akutleitstellen aufgeteilt und die damit einhergehende effizientere Steuerung der Hilfesuchenden finanziell weiter gestärkt. Es werden genaue Vorgaben zur Erreichbarkeit für die Akutleitstelle festgelegt und es wird das Angebot von telemedizinischen Leistungen verpflichtend ausgebaut. Zur Förderung des Ausbaus dieser Strukturen stellen die Gesetzliche Krankenversicherung und die Kassenärztlichen Vereinigungen zusätzliche Mittel paritätisch durch eine pauschale Vorhaltefinanzierung bereit. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen müssen entsprechend ihrer Stellung im Krankenversicherungsmarkt an der Vereinbarung der Förderung der Strukturen des Notdienstes und der Bereitstellung des Förderbetrages beteiligt werden.

Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Der neue Begriff der notdienstlichen Akutversorgung umfasst die vertragsärztliche Versorgung in Fällen, in denen eine unverzügliche Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die notdienstliche Versorgung ist durchgängig, das bedeutet 24 Stunden täglich, sicherzustellen. Sie ist jedoch ausdrücklich auf eine Erstversorgung der Versicherten begrenzt.

Zur Sicherstellung einer medizinisch notwendigen Erstversorgung von Patientinnen und Patienten mit akutem ambulanten Behandlungsbedarf werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, sich an den flächendeckend einzurichtenden Integrierten Notfallzentren und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche zu beteiligen. Außerdem werden sie verpflichtet, 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche sowohl eine telemedizinische als auch eine nachrangige aufsuchende notdienstliche Versorgung bereitzustellen. Insbesondere das Angebot einer durchgehend verfügbaren – auch kinder- und jugendmedizinischen – Telemedizin kann andere Notfallstrukturen entlasten und Versorgungslücken schließen.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen wird ermöglicht, den aufsuchenden Dienst durch die Einbindung von qualifiziertem nichtärztlichem Fachpersonal oder durch Kooperationen mit dem Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung zu entlasten und für das telemedizinische Angebot Kooperationen untereinander und mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einzugehen.

Die Konkretisierung des Sicherstellungauftrages trägt zum einem zu einer bundesweit einheitlichen Qualität der notdienstlichen Akutversorgung bei. Zum anderen ermöglicht sie den Ländern, diese Versorgung im Rahmen der Rechtsaufsicht stärker einzufordern.

Einrichtung von Integrierten Notfallzentren und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche

Integrierte Notfallzentren werden flächendeckend etabliert. Zudem können an geeigneten Standorten Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche aufgebaut werden. Sie bestehen aus der Notaufnahme eines zugelassenen Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle und stellen rund um die Uhr eine bedarfsgerechte medizinische Erstversorgung zur Verfügung.

Zugelassene Krankenhäuser und die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen schließen als Kooperationspartner des Integrierten Notfallzentrums Vereinbarungen mit gesetzlich vorgegebenen Inhalten. Die Notaufnahme, die Notdienstpraxis und die Ersteinschätzungsstelle sind digital zu vernetzen, um eine medienbruchfreie Weitergabe von personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten zu ermöglichen.

Wesentliches Element des Integrierten Notfallzentrums ist die zentrale Ersteinschätzungsstelle, die Hilfesuchende der richtigen Struktur innerhalb des Integrierten Notfallzentrums zuweist. Perspektivisch soll dies über eine standardisierte, qualifizierte und digitale Ersteinschätzung geschehen, sobald eine solche als validiertes und patientensicheres Instrument zur Verfügung steht. Die Verantwortung für die Einrichtung der zentralen Ersteinschätzungsstelle obliegt grundsätzlich dem Krankenhaus; abweichende Vereinbarungen sind möglich. Für den Betrieb der zentralen Ersteinschätzungsstelle wird eine gesonderte fallbezogene Vergütung vorgesehen.

Gesetzliche Mindestöffnungszeiten für die Notdienstpraxis gewährleisten eine bundesweit einheitlichere notdienstliche Versorgung: Die Notdienstpraxis ist an Wochenenden und Feiertagen mindestens von 9 Uhr bis 21 Uhr, mittwochs und freitags mindestens von 14 Uhr bis 21 Uhr und montags, dienstags und donnerstags mindestens von 18 Uhr bis 21 Uhr zu öffnen. Verkürzungen der Öffnungszeiten sind im Rahmen der Kooperationsvereinbarung möglich, wenn empirisch nachgewiesen wird, dass eine Öffnung auf Grund geringer Inanspruchnahme unwirtschaftlich ist.

Die ambulante Akutversorgung soll für die Zeiten, in denen die Notdienstpraxis innerhalb der Sprechstundenzeiten der vertragsärztlichen Praxen nicht geöffnet hat, durch eng an das Integrierte Notfallzentrum angebundene Kooperationspraxen abgedeckt werden. Zu Zeiten, in denen weder die Notdienstpraxis noch die Kooperationspraxis geöffnet haben, übernimmt die Notaufnahme des Krankenhauses die gesamte ambulante notdienstliche Versorgung.

Zur bundesweiten Vereinheitlichung und zur Verringerung des bürokratischen Aufwand für die Kooperationspartner eines Integrierten Notfallzentrums vor Ort schließen die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Bundesebene eine Rahmenvereinbarung zur Zusammenarbeit in Integrierten Notfallzentren.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird beauftragt, in einer Richtlinie allgemeine Anforderungen an die sachliche oder personelle Ausstattung der Notdienstpraxen vorzugeben. So wird eine bundesweit einheitliche Qualität der Notdienstpraxen erreicht. Darüber hinaus erhält der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag, Vorgaben für ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument zu beschließen, das Entscheidungen über die Behandlungsdringlichkeit und die richtige Versorgungsebene innerhalb eines Integrierten Notfallzentrums generieren kann. Für Krankenhausstandorte ohne Integriertes Notfallzentrum soll die Ersteinschätzung über die Zumutbarkeit einer Weiterleitung an das nächstgelegene Integrierte Notfallzentrum entscheiden.

Die Standorte für Integrierte Notfallzentren werden von den Selbstverwaltungspartnern nach bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben im erweiterten Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch innerhalb von sechs Monaten ab Inkrafttreten dieses Gesetzes festgelegt. Im Falle nicht fristgemäßer Einigung entscheidet das jeweilige Land über die Standortfestlegung.

An Standorten, an denen die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche etwa aus Kapazitätsgründen nicht möglich ist, wird eine telemedizinische Unterstützung von Integrierten Notfallzentren durch Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin gewährleistet.

Im Arzneimittelgesetz wird ein Abgaberecht zur unmittelbaren Anschlussversorgung mit Arzneimitteln für Ärztinnen und Ärzte der Notdienstpraxis eines Integrierten Notfallzentrums vergleichbar mit der bereits bestehenden Abgabemöglichkeit für Arzneimittel durch Krankenhausapotheken im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung geschaffen. Ärztinnen und Ärzten dieser Notdienstpraxen wird in bestimmten eng begrenzten Fallkonstellationen zur Notfallversorgung ihrer Patientinnen und Patienten die Abgabe von Arzneimitteln für den akuten Bedarf gestattet, wenn die erforderliche Versorgung der Patientin oder des Patienten über eine öffentliche Apotheke nicht ausreichend sichergestellt werden kann. Eine analoge Regelung wird für apothekenpflichtige Medizinprodukte in der Medizinprodukte-Abgabeverordnung geschaffen.

Reform der sozialversicherungsrechtlichen Regelungen des Rettungsdienstes

Bislang hat die gesetzliche Krankenversicherung die medizinische Notfallrettung indirekt als Fahrkostenersatz finanziert. Der Entwurf sieht vor, die medizinische Notfallrettung als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu verankern. Somit werden das Notfallmanagement, die notfallmedizinische Versorgung vor Ort und den Notfalltransport ausdrücklich als Teile der Krankenbehandlung anerkannt und nicht länger allein der Transportauftrag als akzessorische Nebenleistung der Krankenkassen finanziert. Wesentlich ist hierfür die Konkretisierung des Leistungsanspruchs im Fünften Buch Sozialgesetzbuch. Die Länder bleiben für die regionale Planung und Organisation zuständig; parallel dazu werden Krankenkassen mit den geplanten Leistungserbringern Verträge schließen. Diese Kombination aus Planungsverantwortung der Länder und vertraglicher Finanzierungsbasis der Krankenkassen schafft Rechts- und Finanzklarheit für alle Beteiligten.

Zur Herstellung eines einheitlichen Verständnisses sieht der Entwurf die Einsetzung eines Fachgremiums medizinische Notfallrettung vor, in dem vom Spitzenverband der Krankenkassen benannte Mitglieder, Länder und Fachgesellschaften, Fachverbände und Spitzenverbände der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung zusammenarbeiten, um Rahmenempfehlungen für die medizinische Notfallrettung zu erarbeiten. Die Rahmenempfehlungen dienen als Orientierungsrahmen, während die konkrete Ausgestaltung an regionale Besonderheiten angepasst werden kann.

Ein weiterer wichtiger Baustein ist die Digitalisierung und die digitale Vernetzung der nun-mehr geschaffenen Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung mit den anderen Akteuren der Notfall- und Akutversorgung unter Nutzung der Telematikinfrastruktur. Die medizinische Notfallrettung soll technisch so angebunden werden, dass eine digitale, fallbezogene Übergabe an nachfolgende Leistungserbringer möglich ist. Dazu gehören die standardisierte Übermittlung relevanter Falldaten, die Übertragung in die Klinik sowie Schnittstellen zur ambulanten Akutversorgung. Das Notfallmanagement soll die Einbindung von Erstelfern durch untereinander interoperable Ersthelfer-Applikationen beinhalten. Ergänzend wird ein System zur Anzeige der aktuellen Verfügbarkeit von Krankenhausressourcen verbindlich, das die Entscheidungsfindung für Zielkliniken verbessert. Zur Stärkung der Anleitung zur Laienreanimation im Rahmen des Notfallmanagements ist ein zentrales Kataster öffentlicher AED-Standorte vorgesehen, das Leitstellen und Ersthelfern zugänglich gemacht wird.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

III. Alternativen

Keine. Die Ziele können nur durch eine Gesetzesänderung erreicht werden. Andere Alternativen sind weder zielführend noch effektiv. Die Reform ist mit Blick auf die Überlastung von Notaufnahmen und Rettungsdiensten mit steigenden Fallzahlen, die mangelnde Vernetzung der Sektoren im Bereich der Notfallversorgung und angesichts des zunehmenden Mangels an Fachkräften dringend notwendig. Alternative Regelungen, wie etwa die Schaffung eines eigenen Notfallversorgungssektors, sind nicht in gleichem Maße geeignet. Hiermit würden zusätzliche Barrieren zwischen den Sektoren aufgebaut und eine effiziente Fallbearbeitung weiter erschwert. Es besteht daher keine Alternative zu den vorgesehenen Regelungen, welche die Ziele des Gesetzes in gleichem Maße erreichen würden.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 2. Alternative des Grundgesetzes. Danach hat der Bund die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung.

Hinsichtlich etwaiger Berührungspunkte zum Rettungsdienst wird allein die versicherungsbezogene Leistung der medizinischen Notfallrettung, welche in das sozialversicherungsrechtliche Risiko „Krankheit“ fällt, normiert. Der Begriff „Sozialversicherung“ umfasst dabei die beitragspflichtige Versicherung sozialer Risiken, insbesondere der Krankheit. Mit der Reform wird die Aufnahme der versicherungsbezogenen Leistung der „medizinischen Notfallrettung“ in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch vorgesehen. Die Versorgung in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung gehört dabei zum Kernbereich der sozialversicherungsrechtlichen Absicherung durch die Krankenkassen.

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Beteiligung der privaten Krankenversicherung an der Förderung der Strukturen des Notdienstes folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 11 (Privatrechtliches Versicherungswesen) in Verbindung mit Artikel 72 Absatz 2 des Grundgesetzes. Die Regelungen sind erforderlich, weil sich medizinische Notfälle unabhängig vom Versichertenstatus ergeben und hierfür übergreifende Strukturen zur Versorgung aller Versicherten geschaffen werden müssen. Das Nähere ergibt sich aus der jeweiligen Begründungen zu den betroffenen Regelungen.

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelungen in den Artikeln 4 und 5 (Arzneimittelgesetz, Medizinprodukte-Abgabenverordnung sowie der Medizinprodukte-Betreiberverordnung, Betäubungsmittelgesetz) folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 des Grundgesetzes.

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die besondere Berücksichtigung der Bundeswehrkrankenhäuser folgt aus Artikel 73 Absatz 1 Nummer 1 (Verteidigung) des Grundgesetzes und der verfassungsrechtlichen Grundentscheidung für eine wirksame militärische Verteidigung der Bundesrepublik Deutschland und damit für die Sicherung der staatlichen Existenz durch Streitkräfte, die organisatorisch so zu gestalten und personell so auszubilden und auszustatten sind, dass sie ihren militärischen Aufgaben im In- und Ausland gewachsen sind.

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Das Gesetz ist mit dem Recht der Europäischen Union und den völkerrechtlichen Verträgen, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat, vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

Die Notfallversorgung wird durch den Ausbau und die Stärkung ambulanter Notdienststrukturen, die verbindliche Vernetzung der Notrufnummer 112 und der Rufnummer 116117 sowie den flächendeckenden Aufbau von Integrierten Notfallzentren stabiler aufgestellt und insbesondere die Notaufnahmen der Krankenhäuser und der Rettungsdienst werden durch eine effizientere und bedarfsgerechte Patientensteuerung entlastet.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Prozesse der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in der Notfallversorgung sollen bundesweit einheitlich geregelt und vereinfacht werden. Dies wird über die Vernetzung der Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Leistungserbringern des Notfallmanagements mit verlässlichen Überleitungsmöglichkeiten von Hilfesuchenden und die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren, die eine verbindliche Zusammenarbeit von Notaufnahmen der Krankenhäuser und Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen beinhalten, umgesetzt. Der Prozess der Datenübermittlung im System wird digitalisiert (digitale Rettungskette). Die Verordnung einer Krankenbeförderung wird durch die softwarebasierte standardisierte Notrufabfrage ersetzt.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Gesetzentwurf steht im Einklang mit den Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich Gesundheit, Lebensqualität, sozialem Zusammenhalt und sozialer Verantwortung im Sinne der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie, die der Umsetzung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen dient.

Mit den Regelungen des Gesetzentwurfes werden die Strukturen der Notfallversorgung weiterentwickelt und mit Unterstützung digitaler Instrumente zweckmäßig gestaltet. Dadurch ergeben sich Entlastungen der bisher bestehenden Strukturen, beziehungsweise werden die vorhandenen Ressourcen effektiver genutzt. Damit wird mit den Neuregelungen dieses Gesetzentwurfes vor allem das Nachhaltigkeitsziel Nummer 3 der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie („Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“) wirksam unterstützt. Der effektivere Einsatz vorhandener Finanzmittel stärkt das Gesundheitssystem. Durch eine gezieltere Nutzung der Notfalleinrichtungen wird deren Verfügbarkeit für die Patientinnen und Patienten verbessert und die Belastung des Personals reduziert. Vor diesem Hintergrund werden durch den Gesetzentwurf auch die Nachhaltigkeitsziele Nummer 9 („Eine widerstandsfähige Infrastruktur aufbauen, breitenwirksame und nachhaltige Industrialisierung fördern und Innovationen unterstützen“) und Nummer 5 („Sozialen Zusammenhalt in einer offenen Gesellschaft wahren und verbessern“) der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie maßgeblich unterstützt.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Kommunen

Dem Bund entstehen durch die Anschubfinanzierung von Investitionen in die digitale Infrastruktur der Leistungserbringer der Notfallrettung Mehrausgaben in Höhe von 225 Millionen Euro aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität in den Jahren 2027 bis 2031.

Die Haushalte der Länder und Kommunen werden allenfalls geringfügig belastet. Investitionskosten für die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren entstehen den Ländern höchstens in geringfügigem Umfang, da in der Regel auf bereits vorhandene Strukturen in den Krankenhäusern aufgesetzt werden kann. Darüber hinaus stehen Mittel des Krankenhaustransformationsfonds zur Verfügung, wodurch der Anteil des vom Land zu tragenden Betrages reduziert werden kann.

Gesetzliche Krankenversicherung

<u>Mehrausgaben</u>

<u>Ausbau des aufsuchenden Dienstes</u>

Der verpflichtende Ausbau des aufsuchenden Dienstes nach § 75 Absatz 1b Satz 5 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf einen 24-Stunden-Betrieb führt zu maximalen geschätzten Mehrausgaben für die gesetzlichen Krankenkassen von rund 98 Millionen Euro. Laut dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland entstehen den Kassenärztlichen Vereinigungen bereits heute durch die ihnen obliegende Finanzierung und Organisation des fahrenden Dienstes (zum Beispiel durch Kooperation mit externen Dienstleistern) für den ärztlichen Bereitschaftsdienst insgesamt jährliche Kosten von 70 Millionen Euro; bei Ausweitung des fahrenden Dienstes auf 24 Stunden können sich diese Kosten verdreifachen. Davon übernehmen die gesetzliche Krankenversicherung und die privaten Krankenversicherungsunternehmen maximal die Hälfte der Kosten in Höhe von

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

105 Millionen Euro. Abzüglich des Beitrages der privaten Krankenversicherungsunternehmen entfallen auf die gesetzliche Krankenversicherung rund 98 Millionen Euro.

Mehrbedarf Akutleitstelle

Die prognostizierten Mehrausgaben für die Integration der Aufgaben der Akutleitstellen in die Terminservicestellen können mangels konkreter Daten nur geschätzt werden. Legt man die verfügbaren Zahlen und Hochrechnungen zugrunde, werden insgesamt Mehrausgaben von 90 Millionen Euro angenommen. Auf der Basis einer konkreten Schätzung des Personalbedarfs ergibt sich eine Summe von 71,5 Millionen Euro. Diese Summe enthält Mehrbedarfe an ärztlichem Personal (Beratungsärzte rund um die Uhr), eine zusätzliche Führungskraft sowie eine Erhöhung des Personals an den Telefonen der Rufnummer 116117 um 30 Prozent. Unter der Annahme, dass 80 Prozent der Gesamtkosten Personalkosten sind, ergibt sich ein Gesamtbedarf von rund 90 Millionen Euro.

Durch die Vereinbarungen nach § 105 Absatz 1b Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden die durch den Gesetzentwurf verursachten Investitionen sowie die zusätzlichen laufenden Kosten für die Errichtung und der Betrieb der Akutleitstellen, das telemedizinische ärztliche Beratungsangebot, die Vorhaltekosten für den aufsuchenden Fahrdienst sowie die Vernetzung mit den Leistungserbringern des Notfallmanagements gefördert und zu höchstens 50 Prozent von der gesetzlichen Krankenversicherung und den privaten Krankenversicherungsunternehmen getragen. Diese Kosten sind der fallbezogenen Vergütung über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab in der Regel nicht zugänglich, da die Identität der Hilfesuchenden, insbesondere die Krankenkasse, nicht eindeutig geklärt werden kann oder auch Dritte, oft Angehörige, die Akutleitstelle kontaktieren. Da die über § 105 Absatz 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch finanzierten Maßnahmen oder Leistungen allen Hilfesuchenden unabhängig vom Versicherungsstatus zu Gute kommen, werden die privaten Krankenversicherungsunternehmen an der Förderung beteiligt. Eine Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen reduziert den Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung zu tragen hat, um sieben Prozent.

Diese geschätzten maximalen Mehrkosten für die gesetzliche Krankenversicherung könnten auch geringer ausfallen, soweit bereits nach derzeitiger Rechtslage beispielsweise der Betrieb der Terminservicestellen nach § 105 Absatz 1a Satz 3 Nummer 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der fahrende Bereitschaftsdienst nach § 105 Absatz 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über zusätzliche Mittel finanziert wird, die von der gesetzlichen Krankenversicherung den Kassenärztlichen Vereinigungen bereitgestellt werden. Aufgrund unterschiedlicher Fördermodelle in den Kassenärztlichen Vereinigungen sind diese jedoch nicht bundesweit quantifizierbar, aber in jeder Kassenärztlichen Vereinigung bei den Mehrkosten mindernd zu berücksichtigen. Zudem können die Kassenärztlichen Vereinigungen aufgrund bisheriger Rechtslage von den Bereitschaftsdiensten eine Strukturpauschale als Entgelt beziehungsweise als Kostenbeteiligung für die von ihr bereitgestellten Strukturen im ärztlichen Bereitschaftsdienst (Förderung für diensthabende Ärzte, Fahrservice, Leitstellenvermittlung et cetera) in Form eines prozentualen Anteils der erwirtschafteten EBM-Honorare der diensttuenden Ärztinnen und Ärzten einbehalten. Darüber hinaus können die Kassenärztlichen Vereinigungen Sicherstellungsumlagen von allen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erheben. Auch diese Sicherstellungs- und Strukturumlagen sind landesspezifisch unterschiedlich und deshalb bundesweit nicht zu quantifizieren, aber mindernd einzukalkulieren.

Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung

Der Gesetzesentwurf kann zu Mehrausgaben für die Gesetzliche Krankenversicherung im vertragsärztlichen Bereich führen, insbesondere wenn der entbudgetierte (hausärztliche) Versorgungsbereich und die mit extrabudgetären Vergütungen geförderten fachärztlichen Leistungen (z.B. Terminvermittlungen) künftig mehr in Anspruch genommen werden sollten und zudem dann, wenn künftig die Vergütungen für Versicherten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität eine besonders aufwändige Betreuung und Überwachung in der Notaufnahme eines Integrierten Notfallzentrums bedürfen, angehoben werden.

Die kurz- bis mittelfristigen Mehrausgaben sind nicht kalkulierbar, da keine validen Erkenntnisse und Datengrundlagen vorliegen, in welchem Umfang, zu welchen Kosten und in welchem Zeitraum infolge einer besseren Steuerung von Versicherten und durch die Schaffung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen zusätzliche Versicherte von der hausärztlichen, der fachärztlichen oder der Versorgung in der notdienstlichen Akutversorgung übernommen werden können. Auch ist weitestgehend offen, durch welche Leistungen und in welchen Versorgungsformen, die verlagerten Behandlungen wirtschaftlich durchgeführt werden können (ärztlich, nicht-ärztlich, persönlich, telemedizinisch, aufsuchend, in der Praxis).

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Unter Heranziehung einer vorliegenden gesundheitsökonomischen Modellierung zum Kostenfaktor und den im Gesetzentwurf kalkulierten Fallzahlen kann jedoch eine Größenordnung der Mehrkosten abgeschätzt werden, die keinesfalls als exakte Kalkulation zu verstehen ist. So könnten die jährlichen Mehrausgaben für die GKV für die ambulante Versorgung der höheren Anzahl ambulanter Patientinnen und Patienten bei dann höherer durchschnittlicher Vergütung mittelfristig (Zeitraum bis 2031) mit einem hohen zweistelligen bis niedrigen dreistelligen Millionenbetrag pro Jahr beziffert werden.

Die Steigerung wird mit 100 Mio. Euro angenommen. Die Steigerung in den ersten Jahren wird der Dynamik der Abgabe von Hilfeersuchen von den Leistungserbringern des Notfallmanagements angepasst und ist der Tabelle zu entnehmen.

Anschluss der Notfallrettung an die Telematik-Infrastruktur

Die Kosten für den Anschluss der Notfallrettung an die Telematik-Infrastruktur werden in Abstimmung mit der Gematik auf ca. 28 Millionen Euro/Jahr geschätzt. Die Summe basiert auf der Annahme von ca. 33 000 Notfallsanitäterinnen und -sanitätern, die mit einem elektronischen Heilberufsausweis (ca. 540 Euro/5 Jahre, entspricht 3,6 Millionen/Jahr) ausgestattet werden müssen sowie 240 Leitstellen, 2 000 Rettungswachen und ca. 22 000 Einsatzfahrzeugen, die ebenfalls eine Karte (SMC-B), Lesegerät sowie den TI-Gateway benötigen. Dies sind ca. 15 Millionen Euro/Jahr. Ergänzend fallen ca. 10 Millionen Euro/Jahr für die Erweiterung der Anwendungen für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte an. Perspektivisch sinkt dieser Betrag durch die Senkung der Zahlen der Leitstellen und technischen Weiterentwicklungen. Aufgrund einer Beteiligung der Privaten Krankenversicherungen wird der Anteil der Gesetzlichen Krankenversicherung auf 93% (26 Mio. Euro) geschätzt.

Entlastungen

Diesen zusätzlichen Ausgaben stehen jedoch erhebliche finanzielle Entlastungen für die gesetzliche Krankenversicherung aufgrund der Vernetzung der Akutleitstellen mit den Leistungserbringern des Notfallmanagements gegenüber, die sich durch eine verbesserte Steuerung von Versicherten und damit gezieltere Nutzung der Notfalleinrichtungen ergeben. Die Vernetzung der Akutleitstellen mit den Leistungserbringern des Notfallmanagements Vernetzung der führt zu einer deutlich steigenden Abgabe von Fällen an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die zu einem Rettungseinsatz geführt hätten. Die Entlastungen leiten sich wie folgt her: Gegenwärtig werden in den meisten deutschen Rettungsleitstellen fast keine Anrufe an die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen abgegeben. Angenommen wird eine Abgabequote von 1 000 Fällen pro eine Million Einwohner pro Jahr. In gut ausgebauten Systemen wird eine Steigerung dieser Quote auf bis zu 20 000 Fälle pro eine Million Einwohner pro Jahr prognostiziert. Dies entspricht einem möglichen Anteil von bis zu 15 Prozent potenziellen Abgaben an die Kassenärztlichen Vereinigungen. In der Hochrechnung ergibt sich eine Zahl von bundesweit rund 915 000 Fälle pro Jahr (15 Prozent von 6,1 Millionen Rettungswagen-Fällen pro Jahr insgesamt in Deutschland), die von den Leistungserbringern des Notfallmanagements an die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen abgegeben werden können und somit mittelfristig in diesem Bereich zu einer Einsparung von rund 705 Millionen Euro führen.

Die Verwendung einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage durch die Leistungserbringer des Notfallmanagements führt mittelfristig zu einem einheitlichen Niveau von Notarzteinsätzen. In bereits ausgebauten Systemen sind circa 20 Notarzteinsätze pro 1 000 Einwohner pro Jahr ohne Qualitätsverlust erreichbar. Dies führt zu einem Potenzial von rund 300 000 vermeidbaren Notarzteinsätzen und damit einer Einsparung von rund 223 Millionen Euro. Durch den Einsatz von kostengünstigeren Fahrzeugen des Krankentransportes und Krankenfahrten statt Rettungswagen sind weitere Einsparsummen von bis zu 370 Millionen Euro möglich. Verzichtet der Rettungsdienst vor Ort auf einen Transport und belässt den Versicherten zuhause, verkürzt sich die Einsatzzeit des Rettungswagens und er steht schneller wieder zur Verfügung. Daraus wird ein Einsparpotential von bis zu 173 Millionen Euro angenommen.

Da die Vernetzung mit den Akutleitstellen auf Wunsch der Leistungserbringer des Notfallmanagements erfolgt und bei den Leistungserbringern Anpassungen von Prozessen und Betriebsabläufen erforderlich sind, ist nicht davon auszugehen, dass das oben genannte Einsparungspotential kurzfristig in voller Höhe realisiert werden kann. Die geschätzte Steigerungsrate der ersten fünf Jahre nach Inkrafttreten sind der Tabelle zu entnehmen. Bei der Schätzung der Einsparpotenziale im Bereich der medizinischen Notfallrettung ist zu beachten, dass die Vergütungsmodelle bisher in den Ländern sehr unterschiedlich sind, in der Regel auch eine Umlage der Vorhaltevergü-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

tung enthalten und somit die aufgrund der durchschnittlichen Vergütung kalkulierten Einsparpotenziale nur indirekt zu erzielen sind.

Weiteres Einsparpotential ergibt sich durch die telefonischen und telemedizinischen Beratungen durch Ärztinnen und Ärzte in den Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese können in gut ausgebauten Systemen, wie beispielsweise dem der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, bis zu 70 Prozent der Hilfeersuchen fallabschließend beraten, sodass für diese keine weitere Vorstellung in Notdienststrukturen erforderlich wird. Dadurch können sowohl die Zahl der Hausbesuche als auch der Selbstvorstellungen in den Notaufnahmen gesenkt werden.

Weitere kostendämpfende Maßnahmen wie beispielsweise die Alarmierung komplementärer Dienste zur Vermeidung von Einsätzen und die Synergieeffekte durch Standardisierung und Effizienzsteigerung können nicht quantifiziert werden.

Insgesamt kann durch die Maßnahmen, die mit den Regelungen zur Notfallreform vorgesehen werden, langfristig mit jährlichen Einsparungen von 1,2 Milliarden Euro im Jahr gerechnet werden.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege kommt in seinem Gutachten 2024 auf noch höhere Einsparmöglichkeiten durch eine Reform der Notfallversorgung mit bis zu 32 Millionen stationäre Belegungstagen. Aufgrund der komplexen Zusammenhänge wird hier konservativ mittel- bis langfristig ein Potenzial von Minderausgaben in Höhe von 1,1 Milliarden Euro jährlich aufgrund vermiedener stationärer Behandlungen im Krankenhaus geschätzt.

Finanzwirkung der Notfallreform für die GKV (in Millionen Euro, ohne Folgekosten für stationäre Aufnahmen)	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Mehrausgaben					
Ausbau des aufsuchenden Dienstes	98	98	98	98	98
Mehrbedarf Akutleitstelle	42	42	42	42	42
Ausgabensteigerung vertragsärztliche Versorgung	30	60	90	100	100
Anschluss Notfallrettung an die Telematik-Infrastruktur	26	26	26	26	26
Summe Mehrausgaben	**196**	**226**	**256**	**266**	**266**
Einsparungen					
Abgabe Hilfeersuchen an die Kassenärztlichen Vereinigungen	-212	-423	-635	-705	-705
Reduktion von Notarzteinsätzen	-67	-134	-201	-223	-223
Entsendung bedarfsgerechter Transportmittel	-74	-148	-222	-296	-370
Behandlung vor Ort bei fehlender Transportindikation	-87	-173	-173	-173	-173
Summe Einsparungen	**-439**	**-878**	**-1.230**	**-1.397**	**-1.471**
Saldo	**-243**	**-652**	**-974**	**-1.131**	**-1.205**

Private Krankenversicherungsunternehmen

Den privaten Krankenversicherungsunternehmen entsteht durch eine finanzielle Beteiligung an der Förderung des Notdienstes nach § 105 Absatz 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie an der TI-Pauschale für die Kosten der Anbindung an die Telematik-Infrastruktur nach § 133e Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein jährlicher Mehraufwand in Höhe von rund 12 Millionen Euro. Diesen zusätzlichen Ausgaben stehen jedoch erhebliche finanzielle Entlastungen für die private Krankenversicherung gegenüber, die anteilmäßig ungefähr derjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht und sich damit auf rund 103 Millionen Euro beläuft.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

4. Erfüllungsaufwand

4.1 Erfüllungsaufwand der Bürgerinnen und Bürger

Jährlicher Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger					
lfd. Nr.	Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	Unionsrechtliche Vorgabe	Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall (in Minuten bzw. Euro)	Erfüllungsaufwand (in Stunden bzw. Euro)
1.1	Art. 1; § 75 Abs. 1b Satz 5 Nummer 2; Wegfall der Fahrt zur Notfallpraxis oder Notaufnahme durch telefonische oder videounterstützte Versorgung	nein	1.500.000 Besuche	Zeitaufwand - 132 min	- 3,3 Mio. Stunden
1.2	Art. 1; § 75 Abs. 1b Satz 5 Nummer 2; Wegfall der Kosten für die Fahrt zur Notfallpraxis oder Notaufnahme durch telefonische oder videounterstützte Versorgung	nein	1.500.000 Besuche	Wegesachkosten - 3,10 Euro	- 4.650.000 Euro
	Summe Zeitaufwand (in Stunden)		**- 3,3 Mio. Stunden**		
	Summe Sachaufwand (in Euro)		**- 4.650.000 Euro**		

Erläuterung:

Zu 1.1 und 1.2:

Durch die Neuregelungen reduziert sich für die Bürgerinnen und Bürger der Aufwand im Fall einer notwendigen notdienstlichen Akutversorgung durch eine telefonische oder videounterstützte Versorgung. Die Schätzung der Fallzahl von rund 1 500 000 Notaufnahmebesuchen pro Jahr in Deutschland, welche zukünftig auch telefonisch oder videounterstützt versorgt werden könnten, wurde auf der Grundlage der Projekte der Kassenärztlichen Vereinigungen in Berlin und in Niedersachsen vorgenommen. Für den Zeitaufwand wurde eine Wartezeit von 120 Minuten in den Notaufnahmen (Einstufung in die niedrigste Stufe der Dringlichkeitseinschätzung) sowie Wegezeiten von 22 Minuten angesetzt. Hiervon werden 10 Minuten für die Wartezeit beim Anruf der Rufnummer 116117 abgezogen. Die Wegezeiten und die Wegesachkosten wurden aus dem Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung (Auflage Februar 2026) entnommen, dabei wird der Weg zur nächsten Notaufnahme dem Weg zur Kreisbehörde gleichgesetzt.

4.2 Erfüllungsaufwand der Wirtschaft

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Jährlicher Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft						
lfd. Nr.	Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	IP	Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Gesundheitswesen) + Sachkosten (in Euro)	Erfüllungsaufwand (in Euro)
2.1	Art. 1 § 30 Abs. 3 Satz 2 und § 60 Abs. 2 Satz 1 Nummer 5; Leistungserbringer Notfallrettung: Verzicht auf die Verordnung einer Krankenbeförderung	nein	nein	8,1 Mio. Einsätze	Personal: - 5 min * 62 Euro/Stunde (hohes Qualifikationsniveau) sowie – 35 min * 34,20 Euro (mittleres Qualifikationsniveau)	- 203.445.000
2.2	Art. 1 § 30 Abs. 3 Satz 2 und § 60 Abs. 2 Satz 1 Nummer 5; Leistungserbringer Notfallrettung: Verzicht auf die Verordnung einer Krankenbeförderung	nein	nein	8,1 Mio. Einsätze	Sachkosten: - 0,51 Euro	- 4.131.000
2.3	Art. 1 § 90a Abs. 1; Notfallrettung: Aufnahme in § 90a-Gremium	nein	nein	16		geringfügig (geringe Fallzahl)
2.4	Art. 1 § 105 Abs. 1b Satz 2 und 4; PKV-Verband: Herstellung des Einvernehmens mit den KVen	nein	nein	17		geringfügig (geringe Fallzahl)
2.6	Art. 1 § 133b Abs. 1; Leistungserbringer Notfallrettung, Fachgesellschaften und Fachverbände: Mitarbeit im Gremium § 133b	nein	nein	1		geringfügig (geringe Fallzahl)
Summe (Euro)				**- 207.576.000**		
davon aus EU-Vorgaben				**0**		
davon aus Informationspflichten (IP)				**0**		

Erläuterungen:

Zu 2.1 und 2.2:

Mit der Regelung entfällt die bisherige notwendige Verordnung einer Krankenbeförderung (Muster 4) gemäß der Krankentransport-Richtlinie des Gemein-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

samen Bundesausschusses. Diese ist bisher bei jedem der 8,1 Millionen Einsätze (Notarztwagen, Rettungswagen, Flugrettung; Fallzahlen aus der amtlichen GKV-Statistik 2024) erforderlich. Die Papierformulare müssen bereitgestellt, mit der Hand ausgefüllt und sachgerecht gelagert werden, hierfür werden pro Formular insgesamt 35 min Arbeitszeit für medizinisches Fachpersonal (mittleres Qualifikationsniveau, 34,20 Euro/Stunde) und 5 min Arbeitszeit für die ärztliche Kontrolle und Unterschrift (hohes Qualifikationsniveau, 62 Euro/Stunde) angesetzt. Die Lohnkosten sind der Lohnkostentabelle Wirtschaft des in 1.1. genannten Leitfaden entnommen.

Die Sachkosten für die Formulare werden nach Internetrecherche auf 0,51 Euro/Formular geschätzt, etwaige Mengenrabatte werden durch weiteres Büromaterial, datenschutzkonforme Aufbewahrung und ähnliche Zusatzkosten aufgebraucht.

Zu 2.3 bis 2.6:

Es handelt sich um die Aufwände für jährliche Gremiensitzungen mit jeweils deutlich unter 100 000 Euro.

Einmaliger Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft					
lfd. Nr.	Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Gesundheitswesen) + Sachkosten in Euro)	Erfüllungsaufwand (in Euro)
3.1	Art. 1 § 87 Abs. 2a Satz 21; Deutsche Krankenhausgesellschaft: Aufträge an den ergänzten Bewertungsausschuss	nein	1		geringfügig (geringe Fallzahl)
3.2	Art. 1 § 123a Abs. 1 und § 123b Abs. 1; Landeskrankenhausgesellschaften: Aufträge an den erweiterten Landesausschuss	nein	16		geringfügig (geringe Fallzahl)
3.3	Art. 1 § 123a Abs. 4; Deutsche Krankenhausgesellschaft: Rahmenvereinbarung INZ	nein	1		geringfügig (geringe Fallzahl)
3.4	Art. 1 § 123a Abs. 2 und § 123b Abs. 2; Krankenhäuser: Kooperationsvereinbarung INZ	nein	750	Personal: 1440 min (3 Tage) * 62 Euro	1.116.000
3.5	Art. 1 § 133a Abs. 1; Leistungserbringer Notfallmanagement: Kooperationsvereinbarung Gesundheitsleitsystem	nein	240	Personal: 2.400 min (5 Tage) * 62 Euro	595.200
3.6	Art. 1 § 354 Abs. 4; Gematik: Erstellung der	nein	1		geringfügig (geringe Fallzahl)

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Einmaliger Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft					
lfd. Nr.	Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Gesundheitswesen) + Sachkosten in Euro)	Erfüllungsaufwand (in Euro)
	Festlegungen für den Fernzugriff auf die ePA				
3.7	Art. 7 § 17a Abs. 1: Betreiber von AED: Meldung an das AED-Kataster	Nein	20.000 zusätzliche AED	Personal: 20 min * 37,10 Euro (mittleres Qualifikationsniveau Gesamtwirtschaft)	247.334
Summe (Euro)			**1.958.534**		
davon aus EU-Vorgaben			**0**		

Erläuterungen:

Zu 3.1 bis 3.3:

Es handelt sich um einmalige Aufträge an Gremien bzw. Institutionen für die Anpassung von bestehenden Dokumenten bzw. die Erstellung eines Rahmenvertrages mit einem Aufwand von jeweils deutlich unter 100 000 Euro.

Zu 3.4:

Die Anzahl der integrierten Notfallzentren (INZ) wird auf der Grundlage von bestehenden Strukturen und Modellrechnungen auf insgesamt 750 geschätzt. Für den Abschluss der Verträge auf der Basis des Rahmenvertrages (siehe 2.3) wird ein Aufwand von drei Personentage der hohen Qualifikationsebene der Krankenhäuser gemäß des in 1.1 zitierten Leitfadens pro Vertrag angesetzt.

Zu 3.5:

Die Anzahl der Leitstellen in Deutschland mit der Notrufnummer 112 wird auf der Grundlage von bestehenden Übersichten auf insgesamt 240 geschätzt. Für den Abschluss der Verträge wird ein Aufwand von fünf Personentage der hohen Qualifikationsebene der Leistungserbringer des Notfallmanagements gemäß des in 1.1 zitierten Leitfadens pro Vertrag angesetzt.

Zu 3.6:

Es handelt sich um einen einmaligen Auftrag an die Gematik zur Schaffung eines technischen Verfahrens, welches nach fachlicher Einschätzung keinen Aufwand von über 100 000 Euro verursacht.

Zu 3.7:

Für die Meldung des AED an das Kataster wird ein Zeitaufwand von 20 Minuten für Beschäftigte mit mittlerem Qualifikationsniveau (Gesamtwirtschaft) gemäß der Lohnkostentabelle geschätzt. Die Zahl der AED in Deutschland, die gemäß der Vorschrift gemeldet werden müssten, wird auf 20 000 geschätzt.

4.3 Erfüllungsaufwand für die Verwaltung

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Jährlicher Erfüllungsaufwand für die Verwaltung						
lfd. Nr.	Artikel Regelungsentwurf; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	Bund/ Land/SV	Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde) + Sachkosten in Euro)	Erfüllungsaufwand (in Euro)
4.1	Art. 1 § 105 Abs. 1b; Landesverbände der GKV und KVen: Verhandlung über die Mittel des Strukturfonds; Einvernehmen mit PKV-Verband	nein	SV	17		geringfügig (geringe Fallzahl)
4.2	Art. 1 § 105 Abs. 1b Satz 10; KBV: Bericht über die Vereinbarungen nach § 105	nein	SV	1		geringfügig (geringe Fallzahl)
4.3	Art. 1 § 123 Abs. 5; KVen und KBV: Bericht über Vereinbarungen zum INZ	nein	SV	18		geringfügig (geringe Fallzahl)
4.4	Art. 1 § 133a Abs. 5; KVen und KBV: Bericht über gebildete Gesundheitsleitsysteme	nein	SV	18		geringfügig (geringe Fallzahl)
4.5	Art. 1 § 133b Abs. 1; GKV-SV: Mitarbeit im Gremium § 133b	nein	SV	1		geringfügig (geringe Fallzahl)
4.6	Art. 1 § 133b Abs. 1; Länder: Mitarbeit im Gremium § 133b	nein	Land	16	Personal: 8.640 min (18 Tage) * 69,30 Euro	159.667

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Jährlicher Erfüllungsaufwand für die Verwaltung						
lfd. Nr.	Artikel Regelungsentwurf; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	Bund/ Land/SV	Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde) + Sachkosten in Euro)	Erfüllungsaufwand (in Euro)
4.7	Art. 1 § 133b Abs. 1; Bund: Mitarbeit im Gremium § 133b	nein	Bund	1		geringfügig (geringe Fallzahl)
4.8	Art. 1 § 133b Abs. 2; GKV-SV: Geschäftsstelle für Gremium § 133b	nein	SV	1	Personal: 192.000 min (2 Personenjahre) * 73,20 Euro (höherer Dienst) sowie 96.000 min (1 Personenjahr) * 46,30 Euro (gehobener Dienst)	308.320
4.9	Art. 1 § 133b Abs. 2; GKV-SV: Geschäftsstelle für Gremium § 133b	nein	SV	1	Sachausgaben: Aufwand für die Inanspruchnahme Dritter	600.000
4.10	Art. 1 § 133d Abs. 3; GKV-SV: Datensammelstelle Qualitätssicherung	nein	SV	8,1 Mio. Einsätze	Schätzung von 0,10 Euro/Einsatz	810.000
Summe (Euro)				**1.877.987**		
davon Bund				**0**		
davon Land (inklusive Kommunen)				**159.667**		
davon Sozialversicherung (SV)				**1.718.320**		

Erläuterungen:

Zu 4.1 bis 4.5:

Es handelt sich um jährliche Aufträge an Gremien bzw. Institutionen für Verhandlungen von Verträgen und Erstellung von Berichten mit einem Aufwand von jeweils deutlich unter 100 000 Euro.

Zu 4.6:

Für die dauerhafte Mitarbeit der 16 Länder werden insgesamt 18 Personentage (12 Sitzungen im Jahr, zusätzlich Vor- und Nachbereitung) pro Land geschätzt. Die Lohkostenberechnung erfolgt auf der Basis des in 1.1. erwähnten Leitfadens für den höheren Dienst der Länder.

Zu 4.7:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Geringfügiger Aufwand für Gremienteilnahme, deutlich unter 100 000 Euro.

Zu 4.8 und 4.9:

Für die Einrichtung und den Betrieb der Geschäftsstelle wird der Bedarf von zwei Stellen des höheren Dienstes und einer Stelle des gehobenen Dienstes im Bereich der Sozialversicherung angenommen. Die Lohnkosten entstammen ebenfalls der genannten Tabelle. Für den Aufwand für die Inanspruchnahme Dritter (beispielsweise Gutachten, wissenschaftlichen Expertisen, Beratung, Moderation) werden jährlich 600 000 Euro geschätzt.

Zu 4.10:

Zur Schätzung wurde eine Analogie der Finanzierung des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gewählt. Für seine Arbeit erhält das InEK einen Betrag von 0,32 Euro je Fall (2026). Da der Krankenhausfall und der Datensatz nach § 21 KHEntgG deutlich komplexer ist, werden die Kosten für einen Fall der medizinischen Notfallrettung auf 0,10 Euro geschätzt. Dies ergibt bei 8 100 000 Fällen (siehe 1.1) den in der Tabelle genannten Betrag.

Einmaliger Erfüllungsaufwand für die Verwaltung						
lfd. Nr.	Artikel Regelungsentwurf; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	Bund/ Land/SV	Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Erfüllungsaufwand (in Euro)
5.1	Art. 1 § 75 Abs. 1e; KBV: Evaluation Tätigkeit der Terminservicestellen	Nein	SV	1		geringfügig (geringe Fallzahl)
5.2	Art. 1 § 87 Abs. 2a Satz 21; GKV-SV und KBV: Aufträge an den ergänzten Bewertungsausschuss	nein	SV	1		geringfügig (geringe Fallzahl)
5.3	Art. 1 § 123a Abs. 1 und § 123b Abs. 1; Landesverbände GKV und KVen: Aufträge an den erweiterten Landesausschuss	nein	SV	16		geringfügig (geringe Fallzahl)

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Einmaliger Erfüllungsaufwand für die Verwaltung						
lfd. Nr.	Artikel Regelungsentwurf; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	Bund/ Land/SV	Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Erfüllungsaufwand (in Euro)
5.4	Art. 1 § 123a Abs. 4; GKV-SV und KBV: Rahmenvereinbarung INZ	nein	SV	1		geringfügig (geringe Fallzahl)
5.5	Art. 1 § 123a Abs. 2 und § 123b Abs. 2 ; KVen: Kooperationsvereinbarung INZ	nein	SV	750	Personal: 1440 min (3 Tage) * 73,20 Euro	1.317.600
5.6	Art. 1 § 133a Abs. 1; KVen: Kooperationsvereinbarung Gesundheitsleitsystem	nein	SV	240	Personal: 2.400 min (5 Tage) * 73,20 Euro	702.720
5.7	Art. 1 § §133f Abs. 2; GKV-SV: Abwicklung der Förderung des SVIK	nein	SV	1	Personal: 192.000 min (2 Personenjahre) * 73,20 Euro (höherer Dienst) sowie 96.000 min (1 Personenjahr) * 46,30 Euro (gehobener Dienst)	308.320 *(in den Jahren 2027 bis 2031)*
5.8	Art. 1 § 133h Abs. 1; BMG: Errichtung des AED-Katasters	nein	Bund	1		geringfügig (geringe Fallzahl)
Summe (Euro)				**2.328.640**		
davon Bund				**0**		
davon Land (inklusive Kommunen)				**0**		
davon Sozialversicherung (SV)				**2.328.640**		

Erläuterungen:

Zu 5.1 bis 5.4:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Es handelt sich um jährliche Aufträge an Gremien bzw. Institutionen für Verhandlungen von Verträgen und Erstellung von Berichten mit einem Aufwand von jeweils deutlich unter 100 000 Euro.

Zu 5.5:

Die Anzahl der integrierten Notfallzentren (INZ) wird auf der Grundlage von bestehenden Strukturen und Modellrechnungen auf insgesamt 750 geschätzt. Für den Abschluss der Verträge auf der Basis des Rahmenvertrages (siehe 5.4) wird ein Aufwand von drei Personentage des höheren Dienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß des in 1.1 zitierten Leitfadens pro Vertrag angesetzt.

Zu5.6:

Die Anzahl der Leitstellen in Deutschland mit der Notrufnummer 112 wird auf der Grundlage von bestehenden Übersichten auf insgesamt 240 geschätzt. Für den Abschluss der Verträge wird ein Aufwand von fünf Personentage des höheren Dienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß des in 1.1 zitierten Leitfadens pro Vertrag angesetzt.

Zu 5.7:

Für die Verwaltung der Förderung der digitalen Infrastruktur der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität in den Jahren 2027 bis 2031 wird der Bedarf von zwei befristeten Stellen des höheren Dienstes und einer befristeten Stelle des gehobenen Dienstes beim GKV-SV angenommen. Die Lohnkosten entstammen ebenfalls der genannten Tabelle des in 1.1. zitierten Leitfadens.

Zu 5.8:

Es handelt sich um Verwaltungstätigkeiten von deutlich unter 100 000 Euro für die Errichtung des AED-Kataster durch das Bundesministerium für Gesundheit.

5. Weitere Kosten

Keine.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Nachteilige Auswirkungen für Verbraucherinnen und Verbraucher oder nachteilige gleich-stellungspolitische oder demografische Auswirkungen sind nicht zu erwarten. Gleichwertige Lebensverhältnisse werden durch die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen, die flächendeckende Einführung von Gesundheitsleitsystemen und Integrierten Notfallzentren sowie mittelfristig durch die Angleichung der Leistungen in der medizinischen Notfallrettung gefördert.

VII. Befristung; Evaluierung

Eine Befristung erfolgt nicht. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung evaluiert die Tätigkeit der Akutleitstellen einschließlich der Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit über die Anzahl und den Stand der Kooperationsvereinbarungen der eingerichteten Gesundheitsleitsysteme. Die Kassenärztlichen Vereinigungen evaluieren die Versorgung in den Integrierten Notfallzentren. Die Ergebnisse werden über die Kassenärztliche Bundesvereinigung dem Bundesministerium für Gesundheit berichtet.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 27)

Die medizinische Notfallrettung wird als eigenständige Leistung im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehen. Daraus ergibt sich ein Anspruch der Versicherten auf medizinische Notfallrettung. Sie wird zur Klarstellung in den Katalog der Krankenbehandlung nach § 27 aufgenommen. Mit den Neuregelungen des Leistungsrahmens in

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

§ 30 werden die Kosten für die medizinische Notfallrettung (Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung, Notfalltransport) nicht mehr im Sinne von Fahrkosten von der Durchführung eines Transportes abhängig gemacht und sind damit nicht mehr als akzessorische Nebenleistung zu anderen Leistungen der Krankenkassen, sondern als eigener Leistungsbereich anzusehen.

Zu Nummer 2 (§ 30)

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

Zu Absatz 1

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

Ein rettungsdienstlicher Notfall liegt vor, wenn aus objektiver Sicht hinreichende Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sich der Versicherte aufgrund seines Gesundheitszustandes in unmittelbarer Lebensgefahr befindet, sein Gesundheitszustand eine lebensbedrohende Verschlechterung erwarten lässt oder schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, sofern nicht unverzüglich eine medizinische Versorgung erfolgt. Dies gilt auch, wenn die Notwendigkeit einer präklinischen Notfallversorgung medizinisch nicht ausgeschlossen werden kann. Für die Beurteilung des Vorliegens eines rettungsdienstlichen Notfalls wird deshalb eine objektivierte ex ante-Betrachtung zugrunde gelegt. Maßstab ist immer ein gut ausgebildeter Durchschnittsdisponent, -notarzt oder -notfallsanitäter in der konkreten Situation.

Zu Absatz 2

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

Zu Absatz 3

Absatz 3 definiert den Anspruch auf Leistung eines Notfallmanagements, der durch einen nach § 133 Absatz 1 zugelassenen Leistungserbringer erfüllt wird. Dies ist unabhängig davon, ob der Leistungsbringer Teil eines Gesundheitsleitsystems nach § 133a ist oder nicht. In Betracht kommende Leistungsbringer sind Rettungsleitstellen als Notrufannahmestellen der europaeinheitlichen Notfallnummer nach § 164 Absatz 1 des Telekommunikationsgesetzes und Artikel 109 der Richtlinie (EU) 2018/1972 (Notrufnummer 112). Auch wenn mittlerweile die medizinischen Leistungen der Rettungsleitstellen gemeinsam mit anderen Organisationen und Behörden, insbesondere Feuerwehren, in sogenannten „integrierten Leitstellen“ und mit Landespolizeien in sogenannten „kooperativen Leitstellen“ erfolgt, soll mit der Begrifflichkeit „Rettungsleitstelle“ zum Ausdruck gebracht werden, dass die Leistung des Notfallmanagements ausschließlich die Notrufannahmestelle für den medizinischen Notruf umfasst. Aufgrund der strengen Zweckbindung der Sozialversicherungsbeiträge beschränken sich der Anspruch und die zur Erfüllung dieses Anspruchs ansatzfähigen Kosten ausdrücklich nur auf die medizinischen Hilfeersuchen und erstrecken sich nicht etwa auf andere bei diesen Leitstellen eingehenden (Teil-)Hilfeersuchen (z.B. eingehende Brandmeldungen, Polizeinotruf etc.). Nicht eindeutig zuordenbare Kosten werden entsprechend dem Maß der Inanspruchnahme auf die wahrgenommenen Aufgabenbereiche verteilt. Das Maß der Inanspruchnahme bemisst sich nicht nur nach der Anzahl der Anrufe, sondern beispielswiese auch nach der Komplexität der Hilfeersuchen. Die Einzelheiten sind in den Verträgen nach § 133 festzulegen. Das Notfallmanagement umfasst die Entgegennahme des Hilfeersuchens sowie die Vermittlung der erforderlichen Hilfe. Eine nach einer für die technische Bereitstellung erforderlichen Übergangsphase von zwei Jahren verpflichtend zu nutzende softwarebasierte standardisierte Notrufabfrage bedient sich eines digitalen Systems, um den Disponenten durch einen fest definierten, wissenschaftlich geprüften Fragenkatalog zu leiten. Gemeinsam mit einem integrierten Qualitätsmanagementsystem wird dadurch sichergestellt, dass jeder Notruf unabhängig von der Bearbeiterin oder dem Bearbeiter nach

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

exakt denselben objektiven Kriterien bewertet wird. Die Software agiert dabei als intelligenter Assistent, der basierend auf den Antworten des Anrufers dynamisch die nächsten logischen Schritte vorgibt, automatisch die passende Stufe der Dringlichkeit und den qualitativen Versorgungsbedarf (z.B. erweiterte Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, Notärztinnen und Notärzte) ermittelt sowie dem Disponenten direkt am Bildschirm Anweisungen für lebensrettende Erste-Hilfe-Maßnahmen einblendet. Der Anspruch umfasst bei medizinischer Notwendigkeit eine barrierefreie telefonische oder telemedizinische Notfallberatung und die telefonische Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen. Die barrierefreie Gestaltung der Leistung erfolgt gemäß der Harmonisierten Europäischen Norm (EN) 301 549. Das Notfallmanagement umfasst nach einer für die technische Bereitstellung erforderlichen Übergangsphase von zwei Jahren auch die auf digitalen Anwendungen basierende Benachrichtigung von Ersthelferinnen und Ersthelfern insbesondere bei besonders lebensbedrohlichen Notfällen (Ersthelfer-App). Die Benachrichtigung von Ersthelferinnen und Ersthelfern durch auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme umfasst insbesondere die technische Anbindung von auf dem Markt befindlichen Systemen und die Nutzerverwaltung in eigener Verantwortung oder durch entsprechende Dienstleister. Da die Tätigkeit der Ersthelferinnen und Ersthelfer bei der Aktivierung des Systems freiwillig erfolgt, entsteht kein Anspruch des Versicherten auf eine Aktivierung oder ein Eintreffen einer Person zur Durchführung von lebensrettenden Maßnahmen. Diese Systeme müssen interoperabel zueinander sein, sodass unerheblich ist, wo sich die Ersthelferin oder der Ersthelfer zum Zeitpunkt der Alarmierung befindet. All dies findet nach einer Übergangsphase von zwei Jahren auch mit Hilfe des in § 133h vorgesehenen AED-Katasters statt. In geeigneten Fällen soll der Leistungserbringer des Notfallmanagements den Ersthelferinnen und Ersthelfern oder den Anrufenden unter Nutzung des AED-Katasters den Standort des nächsten verfügbaren automatisierten externen Defibrillators, der für die Benutzung durch Laien bestimmt ist, mitteilen.

Zu Absatz 4

Absatz 4 definiert den Umfang der notfallmedizinischen Versorgung von Versicherten am Notfallort. Die Versicherten haben bei Vorliegen eines rettungsdienstlichen Notfalles Anspruch auf eine notfallmedizinische Versorgung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft, die grundsätzlich von Rettungsfachpersonal durchgeführt wird. Das Rettungsfachpersonal übt dabei die Tätigkeiten gemäß seiner Befähigung aus. Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter übernehmen die Aufgaben, für die sie nach § 4 Notfallsanitätergesetz ausgebildet worden sind. Das weitere Rettungsfachpersonal, etwa Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter, unterstützt die Tätigkeiten von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern entsprechend seiner Befähigung. Über die Befähigung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter hinausgehende Tätigkeiten üben zusätzlich Notärztinnen und Notärzte aus, wenn dies medizinisch notwendig ist. Eine notärztliche Versorgung kann in geeigneten Fällen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter durchgeführt werden, wenn diese im Sinne des § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c Notfallsanitätergesetz von einer Ärztlichen Leitung durch Arbeitsanweisungen standardmäßig vorgegeben, überprüft und verantwortet werden. Die Empfehlungen des Fachgremiums medizinische Notfallrettung nach § 133b sind dabei zu berücksichtigen. Ist dies nicht möglich, kommt auch eine telemedizinische Behandlung durch Notärztinnen und Notärzte in Betracht. Wenn dies ebenfalls nicht möglich ist, müssen Notärztinnen und Notärzte, in Regel mit eigenen Einsatzmitteln, vor Ort tätig werden. Über den Einsatz von Notärztinnen und Notärzten entscheiden die Einsatzkräfte vor Ort oder die Leistungserbringer des Notfallmanagements, wenn dies bereits beim Notruf erkennbar ist.

Die notfallmedizinische Versorgung endet entweder mit einem sich anschließenden Notfalltransport in eine geeignete Gesundheitseinrichtung, der Vermittlung in die ärztliche Weiterbehandlung oder – wenn keine Behandlungsnotwendigkeit festgestellt wurde – mit dieser Feststellung oder der Weitervermittlung in komplementäre Hilfesysteme.

Die notfallmedizinische Versorgung umfasst auch die Versorgung durch besondere Einsatzmitteln, die primär auf eine Versorgung vor Ort ausgerichtet sind, soweit diese bestehen. Diese können zum Einsatz kommen, wenn zwar beim Notruf eine unmittelbare Lebensbedrohung, aber kein rettungsdienstlicher Notfall ausgeschlossen werden konnte. Auf die Transferempfehlung des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Projekt ILEG (Inanspruchnahme, Leistungen und Effekte des Gemeindenotfallsanitäters) wird hingewiesen.

Zu Absatz 5

Falls medizinisch erforderlich, haben Versicherte Anspruch auf einen Transport in eine geeignete Versorgungseinrichtung sowie eine notfallmedizinische Versorgung während des Transports. Geeignete Einrichtungen sind regelmäßig Krankenhäuser, können im Einzelfall jedoch auch andere Gesundheitseinrichtungen – wie zum Bei-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

spiel vertragsärztliche Praxen – sein, soweit diese rettungsdienstliche Notfälle behandeln können. Mit der geeigneten Versorgungseinrichtung ist diejenige Einrichtung gemeint, die in vertretbarer Fahrzeit erreicht werden kann und sowohl über die grundsätzlich notwendige medizinische Versorgungsmöglichkeit (wie beispielsweise das Vorhandensein einer speziellen Fachrichtung oder Leistungsgruppe wie einer Stroke Unit) als auch über freie Kapazitäten im Einzelfall für das spezifische Notfallbild verfügt. Beides wird idealerweise durch das Versorgungskapazitätennachweissystem nach § 133c Absatz 2 ermittelt. Dabei muss die medizinische Qualität der Behandlung Vorrang vor der reinen Distanz haben, wobei ein berechtigter Patientinnen- und Patientenwunsch (etwa aufgrund von Vorbehandlungen) im Rahmen der Verhältnismäßigkeit und der einsatztaktischen Verfügbarkeit des Rettungsmittels zu berücksichtigen ist. Das Transportmittel richtet sich nach der medizinischen Erforderlichkeit im Einzelfall und kann in geeigneten Fällen auch beispielsweise ein Notfallkrankentransportwagen sein. Für die notfallmedizinische Versorgung während des Transports gelten die Regelungen des Absatz 4. Der Transport kann bei medizinischer Notwendigkeit auch mit luftgebundenen Rettungsmitteln erfolgen. Der Notfalltransport und damit auch die medizinische Notfallrettung enden mit der Übergabe (physische Übergabe inklusive der relevanten Informationen) der transportierten Person an das Fachpersonal der zur Weiterbehandlung bestimmen Gesundheitseinrichtung.

Zu den Leistungen des Notfalltransportes zählen auch aus zwingenden medizinischen Gründen erforderliche Transporte, also medizinisch keinen Aufschub duldende Beförderungen von Patientinnen und Patienten aus einer Gesundheitseinrichtung in eine andere Gesundheitseinrichtung, die über die Möglichkeit einer besseren medizinischen Versorgung verfügt. Diese in der Regel als Sekundäreinsätze bezeichneten Intensivtransporte oder -verlegungen müssen zur Abwehr einer Lebensgefahr oder zur Abwendung von schweren gesundheitlichen Schäden der transportierten Person unter fachgerechter und erforderlichenfalls auch ärztlicher Betreuung, einschließlich der Erhaltung und Überwachung der lebenswichtigen Körperfunktionen, erfolgen. Hierzu zählen im Sinne dieses Gesetzes auch dringliche und planbare Intensivtransporte, wenn hierfür qualifizierte Einsatzmittel der medizinischen Notfallrettung wie Rettungswagen, Notarztfahrzeuge und Rettungshubschrauber oder spezielle Rettungsmittel wie zum Beispiel Intensivtransportwagen und -hubschrauber erforderlich sind. Zielsetzung ist eine möglichst effiziente Auslastung dieser Einsatzmittel. Der Anspruch umfasst nicht einen Rücktransport aus dem Ausland in das Inland.

Zu Absatz 6

Absatz 6 regelt Zuzahlungen in Höhe der in § 61 genannten Höhe, die Versicherte für jede Leistung nach Absatz 2 Nummer 2 und 3 leisten müssen. Erfolgt im unmittelbaren Anschluss an eine notfallmedizinische Versorgung vor Ort auch ein Notfalltransport, ist nur eine einzige Zuzahlung zu leisten. Auch für die notfallmedizinische Versorgung während des Transports ist keine zusätzliche Zuzahlung zu leisten.

Zu Nummer 3 (§ 60)

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

Es wird nun klar zwischen Krankenfahrten und Krankentransporten differenziert, die in den Absatz 2 definiert werden. Die bisher umfassten Rettungsfahrten sind nicht mehr Teil der Regelung des § 60, sondern als Notfalltransport in § 30 geregelt.

Zu Absatz 1

Absatz 1 entspricht inhaltlich dem bisherigen Absatz 1 Satz 1.

Zu Absatz 2

Satz 1 definiert die Krankenfahrt als Fahrt ohne medizinisch-fachliche Betreuung, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen oder Taxen durchgeführt wird.

Als Krankentransport anzusehen sind nach Satz 2 Fahrten mit medizinisch-fachlicher Betreuung, die mit Fahrzeugen durchgeführt werden, die über die technische Ausstattung verfügen, die für diese medizinisch-fachliche Betreuung notwendig ist. Dies sind insbesondere die besondere Einrichtung eines Krankenkraftwagens oder eines Luftfahrzeugs, das für die medizinisch-fachliche Betreuung eingerichtet ist. Versicherte, die einer solchen Betreuung oder Einrichtung während der Fahrt bedürfen oder deren Zustand die Erforderlichkeit während der Fahrt erwarten lässt, haben Anspruch auf Kostenübernahme für einen Krankentransport.

Zu Absatz 3

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Absatz 3 regelt, wie der bisherige Absatz 2, für welche Fahrten die Kosten durch die Krankenkasse übernommen werden. Absatz 3 gilt grundsätzlich sowohl für Krankentransporte als auch für Krankenfahrten, soweit sich aus den einzelnen Regelungen nichts anderes ergibt. Die Wahl des Transportmittels hängt von den Bedarfen des Einzelfalles ab.

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

Die Nummer 3 nimmt die Regelungsgegenstände der bisherigen Nummer 4 in Absatz 2 auf. In Nummer 3 ist lediglich Buchstabe c neu, der Fahrten zu einer ambulanten Operation in einer Vertragsarztpraxis einschließlich der hierzu erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen innerhalb der Fristen des § 115a Absatz 2 Satz 1 bis 3 vorsieht. Die ambulante Operation in Vertragsarztpraxen wird somit der ambulanten Operation im Krankenhaus gleichgestellt. Neu ist auch der Transport hin zu einer nach § 115f Absatz 2 Satz 4 ausgewählten Behandlung.

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

Für Krankentransporte zu ambulanten Behandlungen wird in Nummer 5 auf die zwingende medizinische Erforderlichkeit abgestellt. Der Patient muss aufgrund seiner Erkrankung auf die medizinisch-fachliche Betreuung beziehungsweise die besondere Einrichtung eines Krankenkraftwagens angewiesen sein, um den Ort der ambulanten Behandlung sicher aufsuchen zu können.

Nummer 6 bildet die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren ab. Es werden die Kosten für Krankenfahrten und -transporte zu einer notdienstlichen Versorgung in einem Integrierten Notfallzentrum nach § 123 Absatz 1 Satz 1 nach Entscheidung eines Kooperationspartners eines Gesundheitsleitsystems von der Krankenkasse übernommen. Die Behandlung in einem Integrierten Notfallzentrum entspricht einer gesetzlich vorgesehenen Hauptleistung, sodass Fahrkosten, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme dieser Leistung anfallen, erstattet werden können. Die Gesundheitsleitsysteme können insofern auch über Krankenfahrten und -transporte, bei denen zwar kein rettungsdienstlicher Notfall im Sinne des § 30 Absatz 1 vorliegt, aber ein Transport des Hilfesuchenden aus medizinischer Sicht geboten und auch unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls erforderlich ist, disponieren. Dabei ist beispielsweise entscheidend, ob sich der Hilfesuchende in der Öffentlichkeit befindet und möglicherweise den Wetterbedingungen ausgesetzt ist, oder ob die Fahrt auch durch eine dritte Person durchgeführt werden könnte. Insgesamt soll die Disposition von bedarfsgerechten Transportmitteln gefördert werden. Ebenso können die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechende Kooperationen eingehen und gegebenenfalls Krankentransporte zur vertragsärztlichen Versorgung disponieren. Bislang war die Durchführung erstattungsfähiger Krankentransporte zur ambulanten Erstversorgung nicht ohne weiteres möglich.

Erfolgt die Krankenfahrt oder der Krankentransport aufgrund der Entscheidung im Rahmen einer standardisierten softwarebasierten Abfrage eines Gesundheitsleitsystems, steht diese Entscheidung der ärztlichen Verordnung dieser Leistung gleich. Die ärztliche Verordnung wird folglich auf Grundlage des verbindlichen Ersteinschätzungsverfahrens als qualifizierte medizinische Entscheidung ersetzt. Diese Fiktion ist sachgerecht, da die Abfragesysteme aus medizinischer Sicht unter Berücksichtigung aller Umstände des jeweiligen Einzelfalls die Frage beantworten, in welchen Fällen eine Krankenfahrt oder ein Krankentransport zu einer notdienstlichen Versorgung erfolgen soll. Der beauftragte Leistungserbringer muss sich darauf verlassen können, dass er die Leistung nicht „umsonst“ erbringt. Im Übrigen gilt es, unnötigen bürokratischen Aufwand zu vermeiden.

Zu Absatz 4

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

In Absatz 4 Satz 1 wird der Genehmigungsvorbehalt für Krankenfahrten und -transporte zu ambulanten Behandlungen geregelt.

So besteht ein Anspruch auf Kostenübernahme bei einem Krankentransport zu einer ambulanten Behandlung nach Absatz 3 Nummer 5 nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse.

Für Krankenfahrten gilt der Genehmigungsvorbehalt gemäß Satz 2 nicht, wenn ein Ausnahmetatbestand nach den Nummern 1 bis 4 vorliegt. Die Nummern 1 bis 4 erlauben eine Krankenfahrt ohne vorherige Genehmigung der Krankenkasse, sofern die Versicherten einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder „TBI“ besitzen, gemäß § 15 des Elften Buches in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 eingeordnet wurden und bei Einordnung in den Pflegegrad 3 zusätzlich eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität festgestellt wurden oder sie bis zum 31. Dezember 2016 eine Einordnung in die Pflegestufe 2 erhalten haben.

Zu Absatz 5

Die Absätze 5 und 6 entsprechen dem bisherigen Absatz 3. In Absatz 5 wird geregelt, in welcher Höhe Kosten für Krankenfahrten erstattet werden können. Die anerkannten Kosten richten sich bei öffentlichen Verkehrsmitteln nach dem Fahrpreis, wobei Fahrpreisermäßigungen auszuschöpfen sind und bei privaten Kraftfahrzeugen nach dem durch das Bundesreisekostengesetz vorgegebenen Kilometergeld. Für die Benutzung von Taxi oder Mietwagen, die keine Krankenkraftwagen im Sinne von § 1 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 Personenbeförderungsgesetz sind und damit dem Geltungsbereich des Personenbeförderungsgesetzes unterfallen, können die Krankenkassen oder ihre Landesverbände Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen abschließen. Es bleibt also auch weiterhin möglich, dass Krankenkassen auf regionaler Ebene Verträge mit geeigneten Einrichtungen und Unternehmen abschließen. Dies kann im Einzelfall wirtschaftlich sein. § 133 Absatz 2 Satz 2 und 6 sowie Absatz 5 und 6 gelten entsprechend. Wurden keine solchen Verträge abgeschlossen, entsprechen die anerkannten Kosten für Taxi und Mietwagen den nach §§ 51, 51a des Personenbeförderungsgesetzes durch Landesrecht geregelten Entgelten.

Zu Absatz 6

Absatz 6 regelt die Höhe der Kosten für Krankentransporte, die von den Krankenkassen übernommen werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich schließen hierfür mit den nach Landesrecht vorgesehenen oder beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen Verträge über Entgelte. Hier gelten § 133 Absatz 2 Satz 2, 6 und 7 sowie Absatz 4 bis 6 entsprechend.

Zu Absatz 7

Gemäß Absatz 7 sind Versicherte bei Krankentransporten und Krankenfahrten zur Zuzahlung in der nach § 61 Satz 1 vorgesehenen Höhe verpflichtet. Der Einzug erfolgt durch die Krankenkasse. Die bereits bisher bestehende Regelung, dass Versicherte bei Krankenfahrten und Krankentransporten nach § 60 Absatz 3 Nummer 3 nur eine Zuzahlung nur für die erste und die letzte Krankenfahrt beziehungsweise den entsprechenden Krankentransport leisten, wird in Satz 4 leichter verständlich geregelt. So werden die Versicherten nicht schlechter gestellt als bei der Inanspruchnahme einer stationären Krankenhausbehandlung.

Zu Absatz 8

Absatz 8 entspricht dem bisherigen Absatz 4.

Zu Absatz 9

Nach bisheriger Rechtslage besteht für Eltern, die die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen, neben dem Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 Absatz 1a ein Anspruch nach § 60 Absatz 5 Satz 1 (a.F.) in Verbindung mit § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) auf Verdienstausfallerstattung für eine wegen Behinderung erforderliche Begleitperson während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation. In diesen Fallkonstellationen hat die Einführung des § 45 Absatz 1a zu Unsicherheiten in der Praxis geführt, in welchem Verhältnis die beiden Ansprüche auf Erstattung von Verdienstausfällen stehen.

Zur Schaffung von Rechtsklarheit wird in § 60 Absatz 9 Satz 1, 2. Halbsatz daher klargestellt, dass der Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 Absatz 1a gegenüber dem Anspruch auf Ersatz des Verdienstausfalls nach Absatz 1 Satz § 73 Absatz 2 Nummer 2 SGB IX vorrangig ist, wenn die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Damit wird gewährleistet, dass Eltern, die ihr erkranktes Kind betreuen und daher ihrer Erwerbstätigkeit fernbleiben müssen, einen einheitlichen Ausgleich für ihre Entgeltausfälle erhalten, unabhängig davon, ob das Kind zu Hause oder während einer stationären Behandlung betreut werden muss. Daneben können Versicherte, die die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 Absatz 1a nicht erfüllen weiterhin einen Anspruch auf Reisekosten nach § 60 Absatz 9 Satz 1 (n. F.) in Verbindung mit § 73 Absatz 1 und 3 SGB IX geltend machen, der auch den Anspruch auf eine Verdienstausfallerstattung gemäß § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB IX umfasst. Darunter fallen zum Beispiel Personen, die keine Eltern sind, die ein Kind begleiten, dass die Altersgrenzen des § 45 Absatz 1a überschritten haben oder diejenigen Eltern, die auf Minijobber Basis tätig sind und mithin nicht mit einem Anspruch auf Krankengeld versichert sind.

Im Übrigen entspricht Absatz 9 dem bisherigen Absatz 5.

Zu Nummer 4 (§ 61)

Für die Inanspruchnahme der Leistungen der notfallmedizinischen Versorgung und des Notfalltransports wird künftig eine einheitliche Zuzahlung in Höhe von zehn Euro vorgesehen statt wie bisher zehn Prozent der Kosten, jedoch mindestens fünf und höchstens zehn Euro.

Dies dient der Vermeidung von Verwaltungsaufwänden aufseiten der Krankenkassen. Solche könnten ohne die Regelung etwa entstehen, wenn die Rechnungen für die Leistungen der notfallmedizinischen Versorgung und des Notfalltransports zu unterschiedlichen Zeitpunkten bei der Krankenkasse eingehen. Sofern der nach bisheriger Rechtslage zu entrichtende Höchstbetrag von zehn Euro durch die erste Rechnung noch nicht erreicht wurde, wäre eine weitere Zuzahlungsanforderung erforderlich, die auch bei den Versicherten zu Unannehmlichkeiten und Unverständnis führen würde.

Da die bisher als Zuzahlung veranschlagte Summe von zehn Prozent der Kosten für die notfallmedizinische Versorgung und den Notfalltransport die nun pauschal angenommene Summe von zehn Euro stets erreichen dürfte, liegt hierin auch keine Mehrbelastung für die Versicherten.

Zu Nummer 5 (§ 73)

In § 60 wird nunmehr explizit ein Anspruch auf Kostenübernahme von Krankentransporten und Krankenfahrten geregelt. Daher wird ausdrücklich klargestellt, dass Ärztinnen und Ärzte auch letztere verordnen können.

Zum Nummer 6 (§ 73b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Die Einbindung von Notaufnahmen im Rahmen Integrierter Notfallzentren in den Notdienst wird nunmehr in § 123 Absatz 1 Satz 3 geregelt.

Zu Nummer 7 (§ 75)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich insgesamt um Folgeänderungen zu der Einführung der neuen Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen nach Absatz 1c, eine Akutleitstelle zu betreiben.

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Neufassung wird eine redaktionelle Anpassung vorgenommen, da auf das Datum zur Einführung der Terminservicestelle verzichtet werden kann und die Terminservicestellen bereits seit dem Jahr 2020 aktiv sind. Aufgrund der organisatorischen Trennung der Aufgaben der Terminservicestellen und der Akutleitstellen ist eine tägliche Erreichbarkeit der Terminservicestellen an 24 Stunden künftig nicht mehr erforderlich. Daher wird zur Entlastung der Kassenärztlichen Vereinigungen geregelt, dass die Terminservicestellen an Werktagen unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 116117 erreichbar sein müssen. Bei Anrufen zu der Rufnummer 116117 handelt es sich nicht um eine Notrufverbindung im Sinne des § 164 Absatz 1 Satz 1 des Telekommunikationsgesetzes. Die Kassenärztlichen Vereinigungen bieten zudem überwiegend auch digitale Angebote an. Damit jedoch alle Versicherten unabhängig vom Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zu den gleichen Bedingungen die Möglichkeit haben, Termine zu buchen, wird eine Konkretisierung hinsichtlich der digitalen Angebote vorgenommen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Da nunmehr eine Verpflichtung der Akutleitstellen zur Kooperation mit den Leistungserbringern des Notfallmanagements in § 133a Absatz 1 Satz 1 vorgesehen ist, entfällt die Regelung der Kooperationsmöglichkeit der Terminservicestellen mit Rettungsleitstellen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Akutleitstellen. Bisher hatten die Terminservicestellen die Aufgabe, Versicherten in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene, in geeigneten Fällen auch in Form einer telefonischen ärztlichen Konsultation, zu vermitteln. Diese Aufgabe wird nunmehr der neuen Akutleitstelle nach Absatz 1c übertragen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Regelung, wann für die Vermittlung eines Termins bei einer Fachärztin oder bei einem Facharzt durch die Terminservicestelle ausnahmsweise auf eine Überweisung verzichtet werden kann, wird sprachlich angepasst. Künftig entfällt das Überweisungserfordernis nach einer Behandlung in einem Integrierten Notfallzentrum. Inhaltlich bleibt es die Aufgabe der Terminservicestelle, Versicherten ohne Überweisungserfordernis Termine zu vermitteln, sollte sich nach Inanspruchnahme eines Integrierten Notfallzentrums ein weiterer Behandlungsbedarf ergeben haben. Dies ist eine Folgeanpassung zur flächendeckenden Einführung von Integrierten Notfallzentren.

Da nunmehr die Akutleitstellen die Ersteinschätzung durchführen, wird der Entfall des Überweisungserfordernisses in Absatz 1c überführt.

Zu Doppelbuchstabe dd

Um die Erreichbarkeit der Terminservicestellen patientenfreundlich in allen Bundesländern einheitlich und auf einem hohen Niveau zu gewährleisten, werden die Vertragsparteien des Bundesmantelvertrags-Ärzte verpflichtet, entsprechende Regelungen dort festzulegen.

Zu Doppelbuchstabe ee

Nach Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nutzen insgesamt 15 von 17 Kassenärztlichen Vereinigungen den elektronischen Terminservice nach Satz 16 zur digitalen Terminbuchung über die Terminservicestelle. Damit bundesweit einheitlich agiert wird und folglich allen Versicherten die gleichen barrierefreien Möglichkeiten zur Terminbuchung (digital und telefonisch) über die Terminservicestelle zur Verfügung stehen, werden nun alle Kassenärztlichen Vereinigungen zur Nutzung des elektronischen Terminservice der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verpflichtet. Eigene digitale Angebote der Kassenärztlichen Vereinigungen können weiterhin zusätzlich angeboten werden. Darüber hinaus wird damit gewährleistet, dass Regelungen, die an den elektronischen Terminservice anknüpfen (zum Beispiel § 370a), bundesweit einheitlich greifen können und eine Stärkung der Barrierefreiheit bei der bundesweiten Terminbuchung ermöglicht wird.

Bereits nach der bisherigen Regelung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die in Satz 16 genannten elektronischen Angebote, die aus Strukturen für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement und für ein elektronisch gestütztes Dispositionsmanagement bestehen, zu nutzen. Mit der eingefügten Ergänzung wird die bundesweite Einheitlichkeit des durch die Patientinnen und Patienten zu nutzenden Systems zur Terminvergabe und Erreichbarkeit der Akutleitstelle sichergestellt und eine sprachliche Anpassung der Formulierung vorgenommen.

Zu Doppelbuchstabe ff

Die Regelungen der bisherigen Sätze 18 und 19 werden in den neuen Absatz 1e überführt.

In dem neuen Satz 18 wird geregelt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen Integrierten Notfallzentren im Bedarfsfall eine Terminbuchung bei Vertragsärzten ermöglichen müssen. Ziel ist es, die notwendige Weiterversorgung sicherzustellen, indem die Patientinnen und Patienten bereits beim Verlassen des Integrierten Notfallzentrums über einen Behandlungstermin verfügen und damit eine erneute Inanspruchnahme der Notdienststrukturen zu vermeiden. Den Kassenärztlichen Vereinigungen sollen dabei über die Art und Weise, wie die Vermittlung eines Behandlungstermins erfolgt, selbst entscheiden.

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 1b

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst mit der Konkretisierung des Absatzes 1b eine jederzeit verfügbare vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung in Akutfällen. Akutfälle sind Fälle, in denen eine unverzügliche Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Diese Versorgung ist durchgängig sicherzustellen, das bedeutet 24 Stunden täglich an sieben Tagen der Woche. Sie kann und soll wie bisher vorrangig innerhalb der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Sprechstunden einschließlich Hausbesuchen erbracht werden. In diesem Fall ist die vertragsärztliche Behandlung nicht auf bestimmte Maßnahmen begrenzt und kann über das zur Erstversorgung Notwendige hinausgehen. Sofern die vertragsärztliche Versorgung jedoch nicht durch vertragsärztliche Leistungserbringer im Rahmen ihrer Sprechstunden erbracht wird, wird sie künftig als notdienstliche Akutversorgung legaldefiniert. In diesem Fall ist die Behandlung ausdrücklich auf eine Erstversorgung der Versicherten, also auf die unaufschiebbar erforderliche Behandlung sowie alle medizinisch gebotenen Maßnahmen der Diagnostik zur Klärung der Dringlichkeit und zum Ausschluss eines dringenden weitergehenden Versorgungsbedarfes und der überbrückenden Therapie von akuten Beschwerden, begrenzt. Darüber hinaus kann auch die Erstbescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit, die Bescheinigung einer notwendigen Betreuung, Beaufsichtigung oder Pflege eines erkrankten Kindes sowie die Verordnung von kurzfristig benötigten Arzneimitteln erfolgen. Darüber hinausgehende Maßnahmen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen notdienstlichen Akutversorgung nicht durchgeführt und abgerechnet werden. Folgebehandlungen sowie die Ausstellung von Folgebescheinigungen werden im regulären vertragsärztlichen Bereich erbracht.

Entsprechend der bisherigen Rechtslage wird die notdienstliche Akutversorgung als vertragsärztliche Leistung erbracht.

Satz 5 bestimmt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung eine notdienstliche Akutversorgung durch geeignete Versorgungsstrukturen, den Notdienst, sicherzustellen haben.

In Satz 6 wird ausschließlich für den vertragsärztlichen Bereich konkretisiert, welche Strukturen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Rahmen des Notdienstes im Besonderen gewährleisten müssen. Sie haben die notdienstliche Akutversorgung künftig insbesondere durch die Beteiligung an Integrierten Notfallzentren sowie durch ein telemedizinisches und ein aufsuchendes Versorgungsangebot sicherzustellen. Mit diesen Angeboten werden neben den zugelassenen und ermächtigten Leistungserbringern zusätzliche zentrale Anlaufstellen der vertragsärztlichen Versorgung in Akutfällen geschaffen. Damit bleibt aber unberührt, dass in Akutfällen die Behandlung prioritär durch verfügbare zugelassene und ermächtigte Leistungserbringer in der Regelversorgung umfassend erfolgt. Nur bei Inanspruchnahme der aufgrund von Satz 5 geschaffenen Strukturen des Notdienstes ist die Behandlung auf eine Erstversorgung beschränkt. Durch die Formulierung „insbesondere“ in Satz 6 wird klargestellt, dass es neben diesen nicht abschließend aufgezählten Versorgungsangeboten weiterhin den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung obliegt, einen hinreichenden fachärztlichen Notdienst, zum Beispiel durch Augenärztinnen und -ärzte, zu gewährleisten. Soweit eine entsprechende Versorgung durch die in Satz 6 aufgezählten Angebote nicht sichergestellt werden kann, sind (fachärztliche) Notdienststrukturen – insbesondere zu den sprechstundenfreien Zeiten – zu schaffen oder aufrecht zu erhalten.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, sich an flächendeckend einzurichtenden Integrierten Notfallzentren nach den Maßgaben der §§ 123 ff. zu beteiligen, also entsprechend Kooperationsverträge abzuschließen und die jeweilige Notaufnahme des zugelassenen Krankenhauses unmittelbar in den ambulanten Notdienst gemäß § 123 Absatz 1 Satz 3 einzubinden (Nummer 1). Wie bereits heute gilt dann das jeweilige zugelassene Krankenhaus als zur vertragsärztlichen Versorgung gehörig und unterliegt diesbezüglich nicht den Einschränkungen des § 76 Absatz 1 Satz 2; es kann selbständig eine notdienstliche ambulante Erstversorgung erbringen und diese auch vertragsärztlich abrechnen; dies ergibt sich aus Absatz 1b Satz 13.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben darüber hinaus sicherzustellen, dass jederzeit Ärztinnen und Ärzte für eine telefonische oder videounterstützte Versorgung erreichbar sind. Dabei kann es sich um Ärztinnen und Ärzte der Akutleitstelle (Beratungsärztinnen und -ärzte) oder anderer Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung handeln (Nummer 2). Die Versorgung erfolgt durch einen über die Akutleitstelle vermittelten telefonischen oder videounterstützten Kontakt. Sie kann als Videosprechstunde nach § 365 erbracht und nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab abgerechnet werden. Zur Finanzierung des Ausbaus der technischen und personellen Ausstattung und einer rund um die Uhr zu gewährleistenden telefonischen oder videounterstützten ärztlichen Beratungsleistung müssen die entsprechenden Selbstverwaltungspartner gegebenenfalls zusätzliche Mittel gemäß der

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

nunmehr schiedsfähigen Verpflichtung nach § 105 Absatz 1b zur Verfügung stellen. Zur weiteren Entlastung der Kassenärztlichen Vereinigungen und zur Erreichung von Synergieeffekten sollen diese untereinander und mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kooperieren, da entsprechende Leistungen auch dezentral erbracht werden können. Die Akutleitstelle kann Integrierten Notfallzentren nach § 123 durch die Angebote telefonischer Konsilien oder telemedizinischer Konsilien nach § 367 bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen unterstützen. Diese zusätzlichen Angebote führen insgesamt zu einer erheblichen Entlastung sonstiger Notfallstrukturen.

Speziell mit Blick auf die demographische Bevölkerungsentwicklung ist neben dem telefonischen beziehungsweise videounterstützten Versorgungsangebot ein aufsuchender Dienst für Fälle, in denen die Versorgung nach Satz 1 nicht auf anderem Wege erbracht werden kann, notwendig, der täglich 24 Stunden angeboten werden muss (Nummer 3). Insbesondere soll diese Versorgung auch auf die besonderen Belange von Pflegebedürftigen eingehen und Versorgungslücken insbesondere für immobile Patientinnen und Patienten oder solche mit unabdingbaren Betreuungsverpflichtungen schließen. Unter anderem können dadurch (etwa durch Klärung der Transportnotwendigkeit oder Behandlung vor Ort) Fahrten in die Notaufnahmen der Krankenhäuser und nicht bedarfsgerechte Einsätze der medizinischen Notfallrettung reduziert werden. Die Organisation der notdienstlichen Versorgung obliegt der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Zur personellen und wirtschaftlichen Entlastung wird den Kassenärztlichen Vereinigungen zum einen ermöglicht, hierzu Kooperationen mit Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung einzugehen. Zum anderen wird den Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht, diese Leistung auch durch nichtärztliches Personal zu erbringen, welches aufgrund seiner beruflichen Qualifikation die notwendigen Fähigkeiten, Kenntnisse und Erfahrungen erworben hat, um im Rahmen ärztlicher Delegation nach § 28 Absatz 1 tätig zu werden. Die Partner des Bundesmantelvertrages für Ärzte legen in der Vereinbarung nach § 28 Absatz 1 Satz 3 (Delegations-Vereinbarung, Anlage 24 BMV-Ä) ergänzend das Nähere insbesondere zur Qualifikation, Umfang des Einsatzes sowie Anforderungen an die Erbringung von Leistungen beim Einsatz von nichtärztlichem Personal fest. Der Bundesärztekammer ist dabei vor der Festlegung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Satz 13 und 14 entsprechen Absatz 1b Satz 5 und 6 des geltenden Rechts.

Satz 15 entspricht Absatz 1b Satz 7 des geltenden Rechts. Damit wird an der Vorgabe festgehalten, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch treten sollen. Auch im Rahmen der Organisation der notdienstlichen Versorgung muss es das Ziel sein, die Versorgung von Versicherten mit Arzneimitteln nach Möglichkeit zu erleichtern.

Zu Absatz 1c

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben nunmehr unter derselben bundesweiten Rufnummer nach Absatz 1a Satz 2 zusätzlich zu den Terminservicestellen sogenannte Akutleitstellen nach Absatz 1c einzurichten. Diese dienen als zentrale erste Anlaufstelle für Personen, die von einer unverzüglichen ambulanten Behandlungsnotwendigkeit ausgehen. Als Trägerin der Akutleitstellen sind die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 133a Absatz 1 Satz 1 verpflichtet, Kooperationen nach § 133a mit den Leistungserbringern des Notfallmanagements einzugehen, um bedarfsgerecht in die angemessene Versorgungsstruktur zu steuern.

Es handelt sich bei Anrufen zu den Akutleitstellen nicht um Notrufverbindungen im Sinne des § 164 Absatz 1 Satz 1 des Telekommunikationsgesetzes (TKG). Es ist auch nicht geplant, dass die Akutleitstellen eine Filterfunktion für die Notrufnummer 112 wahrnehmen. Beide Nummern bleiben weiter bestehen.

Als entscheidende Voraussetzung, dass eine Vernetzung mit den Leistungserbringern des Notfallmanagements gelingen kann, werden konkrete Erreichbarkeitsvorgaben für die Akutleitstelle in den Sicherstellungsauftrag aufgenommen. Es wird gesetzlich festgelegt, dass bei der Akutleitstelle die Wartezeit auf eine Ersteinschätzung maximal drei Minuten in 75 Prozent aller Anrufe und maximal zehn Minuten in 95 Prozent aller Anrufe betragen darf. Letztgenanntes verhindert, dass Anrufende sich lediglich aufgrund zu langer Wartezeiten („Warteschleife“) an den Notruf 112 wenden. Es obliegt der Rechtsaufsicht der Länder, diese Vorgaben zu kontrollieren. Zusätzlich sind die Akutleitstellen 24 Stunden täglich über digitale Angebote erreichbar. Zur Anpassung an die Neuregelung der Erreichbarkeit ist ein Übergangszeitraum von zwölf Monaten notwendig. Diese Übergangsfrist soll es den Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglichen, das für die vorgeschriebenen Erreichbarkeitszeiten gegebenenfalls erforderliche zusätzliche Personal bereitzustellen.

Die Akutleitstellen vermitteln auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens bei unverzüglicher Behandlungsbedürftigkeit und in geeigneten Fällen primär in die vertragsärztliche

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Regelversorgung (Akuttermin bei einer in zumutbarer Nähe gelegenen Praxis, Termin zur Videosprechstunde bei einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt, Vermittlung in offene Sprechstunden, Hausbesuche). Eine Überweisung oder ein Vermittlungscode sind in diesen Fällen nicht notwendig. Die Veranlassung der Versorgung durch den aufsuchenden Dienst kommt nur in Betracht, wenn es den Patientinnen und Patienten einerseits aufgrund ihrer Beschwerden oder bestehender Immobilität oder Betreuungsverpflichtungen nicht möglich oder nicht zumutbar ist, eine verfügbare Vertragsarztpraxis oder ein Integriertes Notfallzentrum aufzusuchen beziehungsweise auch ein Hausbesuch nicht möglich ist und andererseits die telemedizinische Versorgung mangels technischer Voraussetzungen, fehlender Einwilligung oder mangels medizinischer Geeignetheit der Beschwerden nicht möglich oder nicht ausreichend ist. Durch die Ergänzung, dass das Ersteinschätzungsverfahren bundesweit einheitlich zu nutzen ist, wird klargestellt, dass eine Nutzung des standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens in der gesamten Bundesrepublik einheitlich erfolgt und zwar unabhängig von der jeweils für die Akutleitstelle zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.

Wenn durch die Akutleitstelle keine rechtzeitige oder zumutbare ambulante Behandlung in der vertragsärztlichen Regelversorgung vermittelt werden kann, stehen die nach Absatz 1b Satz 5 vorgesehenen Strukturen für eine notdienstlichen Akutversorgung zur Verfügung. Hier wird die bereits bestehende Verpflichtung, in geeigneten Fällen eine telefonische ärztliche Konsultation anzubieten, erweitert auf videounterstützte Verfahren. In den Ausnahmefällen, in denen ein lebensbedrohlicher Notfall vorliegt und der Anrufende eigentlich die Notrufnummer 112 hätte wählen müssen, leitet die Akutleitstelle den Anrufenden unmittelbar an die Rufnummer 112 weiter. In diesen Fällen findet keine Übermittlung der Standortangaben statt, da es sich bei der weitergeleiteten Verbindung nicht um eine Notrufverbindung im Sinne des § 164 Absatz 1 Satz 1 TKG handelt.

Ergibt die Ersteinschätzung keine unverzügliche Behandlungsbedürftigkeit beziehungsweise einen Akutfall, so gilt bei einem sonstigen Behandlungsbedarf nach wie vor Absatz 1a.

Die Akutleitstellen sind darüber hinaus verpflichtet, Sprachaufzeichnungen der Anrufe zu fertigen. Da es in der Akutleitstelle nicht nur um reine Terminvermittlung, sondern auch um die Weiterleitung von Notfällen an die Notrufnummer 112, die Vermittlung von Akutfällen und die medizinische Beratung durch Beratungsärztinnen und -ärzte geht, sind die aufgenommenen personenbezogenen Daten einschließlich der Sprachaufzeichnungen für die Dauer von zehn Jahren zu speichern. Diese Daten können beispielsweise zur Klärung von Haftungsfällen, für das gemeinsame Qualitätsmanagement nach § 133a Absatz 3 oder zum besseren Umgang mit und zur Identifikation von häufig Anrufenden dienen.

Zu Absatz 1d

Der neue Absatz 1d stellt klar, dass sowohl die Terminservicestellen als auch die Akutleitstellen personenbezogene Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben verarbeiten dürfen.

Zu Absatz 1e

Absatz 1e entspricht Absatz 1a Satz 18 und 19 des geltenden Rechts.

Zu Absatz 1f

Absatz 1f regelt insbesondere den vertragszahnärztlichen Notdienst. Die vertragszahnärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (zahnärztlicher Notdienst) bleibt von der Neuregelung der notdienstlichen Akutversorgung und des Notdienstes in den Absätzen 1b bis 1e überwiegend unberührt. Insbesondere finden die Regelungen über den Umfang des Sicherstellungsauftrages in Absatz 1b Satz 3 sowie zu den in Absatz 1b Satz 5 ausdrücklich genannten Versorgungsstrukturen keine Anwendung. Eine Änderung des bislang bestehenden Sicherstellungsauftrags der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung für den zahnärztlichen Notdienst und der damit verbundenen Pflichten erfolgt nicht.

Darüber hinaus wird lediglich klargestellt, dass die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Versicherten dennoch bundesweit einheitlich im Internet über die Sprechstundenzeiten sowie barrierefreie Zugangsmöglichkeiten zu informieren haben.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Anpassung ist eine Folgeänderung und dient der einheitlichen Verwendung des Begriffs „bundesweit einheitliche Rufnummer“ in § 75.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Verweisanpassung als Folgeänderung.

Zu Nummer 8 (§ 76)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neuregelung der Akutleitstelle in § 75 Absatz 1c. Zudem soll die Inanspruchnahme einer Notaufnahme für auf die Erstversorgung folgende weitere Behandlungen nur noch im Fall der Vermittlungen der Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 7 in eine Notaufnahme möglich sein.

Zu Nummer 9 (§ 87)

Zu Buchstabe a

Die Neuregelung trägt der besseren Vernetzung und Abstimmung der Versorgungsbereiche des vertragsärztlichen Notdienstes und der Notaufnahmen der Krankenhäuser im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) Rechnung. Weiterhin ist für die Bestimmung des Inhalts der von den Leistungserbringern nach EBM abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander der ergänzte Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung mit Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes zuständig. Durch eine Aufzählung der Aufträge wird die Regelung übersichtlicher. Der ergänzte Bewertungsausschuss ist nach Nummer 1 weiter verpflichtet, die Gebührenordnungspositionen des EBM für die Versorgung im Notdienst sowie in Notfällen zu beschließen. Dabei wird der bisherige Auftrag, eine nach dem Schweregrad differenzierte Regelung zu treffen, durch die Neuregelung nach Nummer 3 ersetzt. Der bisher im Satz 21 enthaltene Begriff „Notfall“ wird zur Vermeidung von Abgrenzungsfragen zum neuen Leistungsanspruch der medizinischen Notfallrettung, der auch die notfallmedizinische Versorgung umfasst (vergleiche § 30 in Verbindung mit § 133), deren Leistungsvergütung nicht im EBM abgebildet ist, durch den Verweis auf die Regelung nach § 76 Absatz 1 Satz 2 konkretisiert. Eine Vergütung von ärztlichen Leistungen bei Vorliegen eines rettungsdienstlichen Notfalles nach EBM ist daher ausgeschlossen. In Nummer 2 wird der bisherige Auftrag zur Regelung der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notdienst mit telemedizinischen Leistungen fortgeführt. Nach Nummer 3 sind nunmehr Zuschläge für die Behandlung Versicherter neu zu beschließen, die aufgrund von Art, Schwere und Komplexität der Diagnose einer besonders aufwändigen Versorgung in den Notaufnahmen von Integrierten Notfallzentren oder Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche bedürfen. Die im geltenden EBM bereits vorgesehenen Zuschläge zu Notfallpauschalen sollen insoweit überprüft und weiterentwickelt werden. Dies umfasst auch eine im Einzelfall erforderliche stundenweise Betreuung und Überwachung der Patienten in der Notaufnahme eines Integrierten Notfallzentrums oder eines Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche zur Vermeidung einer nicht bedarfsgerechten stationären Behandlung. Die Zuschläge sind nicht für Fälle vorzusehen, die durch Vertragsärzte versorgt werden können und die nicht der Hintergrundsicherheit eines Integrierten Notfallzentrums oder eines Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche bedürfen. Die Vergütung der ambulanten Leistungen erfolgt weiterhin innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, unabhängig davon, ob sie von Vertragsärzten oder Krankenhäusern erbracht werden. Mögliche Verlagerungen von stationären Kurzzeitfällen in die ambulante Versorgung durch Integrierte Notfallzentren oder Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche sind entsprechend der Regelung in § 87a Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 zu berücksichtigen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Regelung der Akutleitstelle in § 75 Absatz 1c.

Zu Nummer 10 (87a)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung der Akutleitstelle in § 75 Absatz 1c.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 11 (§ 90)

Zu Buchstabe a

Die zuständigen obersten Landesbehörden wirken auch für die neuen Aufgaben im erweiterten Landesausschuss beratend mit. Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung und das Recht zur Antragstellung, damit die zuständige oberste Landesbehörde ihre versorgungs- und planungsrelevanten Erkenntnisse bestmöglich in die Beratungen einbringen kann.

Zu Buchstabe b

Der neue Absatz 4a regelt den erweiterten Landesausschuss und das Verfahren bezüglich seiner Aufgaben.

Der erweiterte Landesausschuss nach dem bisherigen § 116b Absatz 3 erhält mit der Standortfestlegung von Integrierten Notfallzentren und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche neue Aufgaben und wird systematisch neu verortet. Es kommt auch die Aufgabe, die Konzeption und Koordinierung der telemedizinischen Unterstützung von Integrierten Notfallzentren, an deren Strandort kein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche vorhanden ist, hinzu.

Der Landesausschuss nach Absatz 1 wird als erweiterter Landesausschuss um Vertreter der Krankenhäuser in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und die Vertreter der Ärzte vorgesehen ist. Die dem erweiterten Landesausschuss durch die Wahrnehmung seiner neuen Aufgaben entstehenden Kosten werden zur Hälfte von den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie zu je einem Viertel von den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankenhausgesellschaft getragen.

Im Zusammenhang mit den Aufgaben nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 sind Vertreter für die Belange der medizinischen Notfallrettung anzuhören. Diese werden von der zuständigen obersten Landesbehörde benannt. Der erweiterte Landesausschuss kann zur Sicherstellung seiner Arbeitsfähigkeit für die Beschlussfassung über Entscheidungen nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 in seiner Geschäftsordnung die Besetzung mit einer kleineren Zahl von Mitgliedern festlegen; die Mitberatungs- und Anhörungsrechte bleiben unberührt.

Zu Buchstabe c

Die Entscheidungen des erweiterten Landesausschusses sind der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde vorzulegen. Diese prüft die getroffenen Entscheidungen im Rahmen ihrer Rechtsaufsicht und kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden.

Zu Nummer 12 (§ 90a)

Vertreter der medizinischen Notfallrettung werden explizit als mögliche Mitglieder in die Regelung der gemeinsamen Landesgremien nach § 90a aufgenommen. Dies geschieht, um Expertise zur medizinischen Notfallrettung insbesondere bei Empfehlungen zur sektorenübergreifenden Notfallversorgung mit einzubinden und die Mitspracherechte für wichtige Akteure der Notfallversorgung zu erweitern. Aufgrund der unterschiedlichen landesrechtlichen organisatorischen Ausgestaltung der medizinischen Notfallrettung obliegt es den Ländern, die konkreten Mitglieder zu benennen.

Zu Nummer 13 (§ 92)

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

Zu Nummer 14 (§ 105)

Grundsätzlich sind Förderungen von Eigeneinrichtungen nach Absatz 1c – wozu auch die Eigeneinrichtungen des Notdienstes zählen – bereits über Absatz 1a Satz 3 Nummer 4 über den Strukturfonds möglich. Nach Absatz 1b können zudem bereits jetzt zusätzliche Mittel zweckgebunden zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes bereitgestellt werden. Von dieser bloß freiwilligen Möglichkeit ist aber nur in geringem Umfang Gebrauch gemacht worden. Vor dem Hintergrund des Ausbaus und der Vernetzung der Leitstellen, der Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages und der Einrichtung sektorenübergreifender Behandlungsstrukturen wird diese Förderung nunmehr verbindlich, sodass künftig die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich zusätzliche Mittel und deren Verwen-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

dung zur Sicherstellung der neuen und auszubauenden Strukturen des Notdienstes vereinbaren müssen. Die Finanzierung der Förderung wird dadurch begrenzt, dass der Betrag in gleicher Höhe von den beiden Vertragsparteien bereitzustellen ist.

Die Einbeziehung der privaten Krankenversicherungsunternehmen bezweckt dabei, dass die dauerhafte Finanzierung der vorgenannten Strukturen durch planbare Einnahmen sichergestellt bleibt und dabei keine eindimensionale und damit unverhältnismäßige Finanzierungsbelastung durch die gesetzlich Versicherten stattfindet. Medizinische Notfälle ergeben sich nämlich unabhängig vom Versicherungsstatus. Zwar dienen die Regelungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch und damit Maßnahmen in Absatz 1b Satz 5 zunächst der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung von gesetzlich Versicherten und sind insofern nicht unmittelbar den Versicherten der privaten Krankenversicherungsunternehmen gewidmet. Dennoch ist es Realität, dass Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen, die ihren Versicherten gegenüber gesetzlich zum Aufwendungsersatz für medizinisch notwendige Heilbehandlungen verpflichtet sind, aber weder regelmäßig noch flächendeckend eigene Notfallversorgungsstrukturen vorhalten, auf die Sicherstellungsstrukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen zurückgreifen. Auch zukünftig sollten die mit diesem Gesetz verbesserten Strukturen der Notfallversorgung, wie beispielsweise die Akutleitstelle, für diesen Personenkreis nutzbar sein. Auch zur Gleichbehandlung ist notwendig, übergreifende Strukturen zur Versorgung aller Versicherten zu schaffen, die der allgemeinen Krankenversicherungspflicht unterliegen. Für die privaten Krankenversicherungsunternehmen können sich darüber hinaus mit den verbesserten Notfallversorgungsstrukturen Einsparpotentiale ergeben. Weil diese Infrastruktur also regelmäßig und unmittelbar den privat Versicherten offen steht und ihnen konkrete organisatorische und medizinische Vorteile verschafft, trägt der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. auf Bundesebene eine anteilige Finanzierungsverantwortung in Höhe eines Anteils von sieben Prozent; die Verpflichtung ist zweckgebunden und ausdrücklich auf die Finanzierung der genannten Maßnahmen begrenzt und soll verhindern, dass die systemischen Fixkosten dieser gemeinschaftlich genutzten Maßnahmen allein von den Trägern des anderen Versicherungssystems zu übernehmen sind. Die Festsetzung des Pauschalbetrags basiert auf der bewährten, um Beihilfeanteile bereinigten Marktanteilsrelation und dient der schnellen, verlässlichen Umsetzung der Finanzierung ohne aufwändige Einzelberechnungen. Die pauschale Beteiligung ist geeignet, weil sie planbare, wiederkehrende und zweckgebundene Einnahmen bereitstellt. Sie ist insbesondere erforderlich, weil ausschließlich fallbezogene Abrechnungen (beispielsweise nach der Gebührenordnung für Ärzte), freiwillige Vereinbarungen oder einmalige Zuschüsse die dauerhaften fallunabhängigen (Vorhalte-)Fixkosten der flächendeckenden Erreichbarkeit und des Betriebs nicht mit gleicher Verlässlichkeit decken. Die Angemessenheit des Umfangs ergibt sich daraus, dass die Belastung von sieben Prozent der bewährten Relation des um Beihilfeanteile bereinigten Krankenversicherungsmarkt-Anteils entspricht, auf die Finanzierung der gesetzlichen Maßnahmen klar begrenzt und durch eine gesetzlich vorgesehene Evaluierung des Fondsvolumens überprüfbar bleibt. Außerdem ist über die Höhe des gesamten Fördervolumens mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. Einvernehmen herzustellen. Die Mittel sind also strikt zweckgebunden zu verwenden, die Kassenärztlichen Vereinigungen legen spätestens vier Wochen vor Beginn der Verhandlungen dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. eine detaillierte Kalkulation der Kosten vor, die Förderhöhe ist jährlich zu überprüfen und entsprechend der Entwicklung der Kosten anzupassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat jährlich einen Bericht über die Anzahl und den jeweiligen Inhalt der Vereinbarungen, einschließlich der Höhe der jeweils vereinbarten Beträge, zu veröffentlichen. Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren zusätzlich das Nähere zur Bereitstellung des Finanzierungsanteils der privaten Krankenversicherungsunternehmen. Die vorzugsweise an den Versichertenzahlen zu orientierende interne Umlage des Beitrags der privaten Krankenversicherungsunternehmen bleibt deren interner Disposition überlassen. Der Betrag, den die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam zur Verfügung stellen müssen, wird um den Betrag gemindert, den die privaten Krankenversicherungsunternehmen bereitstellen.

Förderfähig sind dabei zunächst die Strukturen nach §§ 75 Absatz 1b Satz 5 Nummer 2 und 3, 75 Absatz 1c und 133a; hierzu zählen insbesondere die Errichtung und der Betrieb der Akutleitstellen, inklusive der Vorhaltung des Personals zur Ersteinschätzung und von Beratungsärztinnen und -ärzten, der aufsuchende Dienst und Maßnahmen zur digitalen Vernetzung der Akutleitstelle mit den Leistungserbringern des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1. Darüber hinaus sind die integrierten Notfallstrukturen nach §§ 123 bis 123b förderfähig; hierzu zählen insbesondere die Errichtung und Vorhaltung von Notdienstpraxen und Maßnahmen zur digitalen Vernetzung.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Kooperationspraxen der Integrierten Notfallzentren können durch Mittel aus dem Strukturfonds nach Absatz 1a gefördert werden.

Zur Bestimmung der Beträge zur Finanzierung der Förderung und deren Verwendung müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen den Vertragsparteien eine hinreichend detaillierte Kalkulation für ihren Bedarf vorlegen. Die Positionen sind auch dahingehend zu begründen, warum über die Mittel nach Absatz 1a hinaus ein Finanzierungsbedarf besteht. Um eine Doppelfinanzierung im Zusammenhang mit dem Notdienst zu vermeiden, soll der Betrag zur Finanzierung der Förderung um die bereits nach der regionalen Euro-Gebührenordnung oder einem Gesamtvertrag abgerechneten Leistungen und Kosten, sonstige Entgelte sowie nicht ausgeschöpfte Mittel des Honorarvolumens für die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst nach § 87b Absatz 1 Satz 3 gemindert werden. Aufgrund dieser Kalkulation finden die Vertragsverhandlungen statt. Erfolgt keine Einigung, so entscheidet das zuständige Schiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung nach § 89, sobald dort ein entsprechender Antrag gestellt wird. Der Betrag zu Finanzierung der Förderung ist jährlich anhand des Bedarfs und der Kalkulationen zu evaluieren und demgemäß anzupassen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat jährlich einen Bericht über die Anzahl und den jeweiligen Inhalt der Vereinbarungen einschließlich der Höhe der vereinbarten Beträge bezogen auf die einzelnen Förderzwecke zu veröffentlichen.

Für den vertragszahnärztlichen Notdienst wird in Satz 11 die bisherige Regelung des § 105 Absatz 1b beibehalten.

Zu Nummer 15 (§ 115e)

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

Zu Nummer 16 (116b)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um Folgeänderungen zu der Neuverortung des erweiterten Landesausschusses in § 90 Absatz 4a.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Neuverortung des erweiterten Landesausschusses in § 90 Absatz 4a.

Zu Nummer 17 (§ 120)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine klarstellende Regelung dahingehend, dass auch Leistungen von Krankenhäusern und Ärztinnen und Ärzte, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, die jedoch im Rahmen der Zusammenarbeit in den Notdienst einbezogen sind, nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der Gesamtvergütung zu vergüten sind.

Zu Buchstabe b

Der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss zum Erlass einer Richtlinie, die Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 an ein Krankenhaus wenden, beinhaltet, wird aufgehoben. Damit verliert die bereits beschlossene, aber wegen Beanstandung nicht in Kraft getretene Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ihre Rechtsgrundlage und ist hinfällig. Ein neuer angepasster Auftrag wird in § 123c aufgenommen.

Die Versorgung ambulanter Not- und Akutfälle soll zur optimalen Nutzung der personellen und einrichtungsbezogenen Ressourcen sowie zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung aller Hilfesuchenden gesteuert und in den dafür vorgesehenen Strukturen erfolgen.

Für den Fall, dass Hilfesuchende dennoch selbständig Krankenhausstandorte ohne Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, wird die dort erbrachte ambulante Behandlung nicht in allen Fällen vergütet. Nach § 76 Absatz 1 Satz 2 sind ambulante Leistungen von nicht in die vertragsärztliche Versorgung einbezogenen Krankenhäusern bereits nach geltendem Recht nur dann abrechenbar, wenn es sich um einen Notfall handelt, also wenn nach ständiger

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung des Patienten notwendig ist und ein Vertragsarzt nicht in der notwendigen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann. Diese Feststellung ist in der Praxis oft schwierig und führt zu Rechtsunsicherheiten und uneinheitlicher Handhabung. Mit der vorliegenden Änderung wird die Abrechenbarkeit einer ambulanten Behandlung an einem Krankenhausstandort ohne Integriertes Notfallzentrum an die Voraussetzung geknüpft, dass die neue vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 123c zu regelnde Ersteinschätzung eine Entscheidung zur Behandlung am Krankenhausstandort getroffen und somit festgestellt hat, dass eine Verweisung an das nächstgelegene Integrierte Notfallzentrum im Einzelfall nicht zumutbar ist. Dadurch wird den Krankenhäusern, die kein Integriertes Notfallzentrum betreiben (auch solchen, die nicht an der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmen), die Ersteinschätzung nach § 123c zur Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen aufgegeben. Die Regelung gilt ab dem Zeitpunkt, in dem der Gemeinsame Bundesausschuss die Durchführung einer Ersteinschätzung für verbindlich erklärt hat. Die Ersteinschätzung kann im Wege der Delegation durch nichtärztliches Personal erbracht werden. Die Ersteinschätzung wird unabhängig von ihrem Ergebnis vergütet, wenn die Richtline nachweislich eingehalten wurde.

Zu Nummer 18 (§§ 123 bis 123c)

Zu § 123 (Integrierte Notfallzentren)

§ 123 regelt die bundesweit flächendeckende Einrichtung von Integrierten Notfallzentren.

Zu Absatz 1

Absatz 1 beschreibt die Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion von Integrierten Notfallzentren. Diese bestehen aus der Notaufnahme eines zugelassenen Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des Krankenhausstandortes und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle. In unmittelbarer räumlicher Nähe bedeutet, dass Notaufnahme und Notdienstpraxis in kurzer fußläufiger Entfernung zueinander liegen. Im Sinne der Flexibilisierung und zur Vermeidung etwaiger Doppelstrukturen kann die Kassenärztliche Vereinigung von der Einrichtung einer Notdienstpraxis absehen, wenn die Versorgung von Akutfällen in der Praxis einer zugelassenen Ärztin beziehungsweise eines zugelassenen Arztes oder eines zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des Krankenhausstandortes sichergestellt ist. In diesen Fällen ist die Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 Satz 1 zwischen dem Krankenhausträger, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie dem die Versorgung von Akutfällen übernehmenden Leistungserbringer abzuschließen. Eine solche Regelung kann den Vorteil haben, dass die personellen Ressourcen der Kassenärztlichen Vereinigung geschont und Einrichtungs- und Betriebskosten für eine Notdienstpraxis eingespart werden sowie eine Weiterleitung gegebenenfalls unbürokratischer erfolgen kann. Die Regelung dient auch der Fortführbarkeit bereits bestehender Modelle. Die gesetzlichen Regelungen zur Einrichtung und zum Betrieb der Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung, etwa zu Datenverarbeitungs- und Datenübermittlungsbefugnissen, zu den Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung, zum Umfang der Versorgung innerhalb der notdienstlichen Akutversorgung gemäß § 75 Absatz 1b Satz 3 und zu den Öffnungszeiten, gelten in diesem Fall entsprechend.

Die fachliche Leitung und die Verantwortung für die Ersteinschätzungsstelle obliegt grundsätzlich dem Krankenhaus. Dieses ist auch außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vor Ort vertreten. In der Kooperationsvereinbarung, die die Kassenärztliche Vereinigung und das Krankenhaus nach § 123a Absatz 2 Satz 1 schließen, kann jedoch etwas Abweichendes vereinbart werden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden durch die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags verpflichtet, die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch Kooperation und organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern in Integrierten Notfallzentren sicherzustellen und die Notaufnahme des Krankenhauses unmittelbar in den Notdienst einzubeziehen. Dies ist in der Kooperationsvereinbarung zu regeln. Wie bereits heute gilt dann das jeweilige zugelassene Krankenhaus als zur vertragsärztlichen Versorgung gehörig und unterliegt diesbezüglich nicht den Einschränkungen des § 76 Absatz 1 Satz 2; es kann selbständig eine notdienstliche ambulante Erstversorgung erbringen und diese auch vertragsärztlich abrechnen. Dies ergibt sich aus § 75 Absatz 1b Satz 13. Damit besteht auch die Möglichkeit, eine Erstbescheinigung der Arbeitsunfähigkeit oder eine Bescheinigung einer notwendigen Betreuung, Beaufsichtigung oder Pflege eines erkrankten Kindes auszustellen und Arzneimittel zu verordnen. Reziprok werden zugelassene Krankenhäuser, an deren Standort ein Integriertes Notfallzentrum eingerichtet werden soll, zur Kooperation im Rahmen des Integrierten Notfallzentrums verpflichtet. Hier-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

mit wird an die bereits jetzt aufgrund von § 75 Absatz 1b Satz 3 des geltenden Rechts bestehende Rechtslage angeknüpft, aber diese für zugelassene Krankenhäuser, deren Standort als Standort für ein Integriertes Notfallzentrum festgelegt wurde, und für die Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich. Gleichzeitig wird der kooperative Charakter eines Integrierten Notfallzentrums betont, dass Notaufnahme und Ersteinschätzungsstelle grundsätzlich in Trägerschaft des zugelassenen Krankenhauses beziehungsweise die Notdienstpraxis in Trägerschaft der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung verbleiben. Eine gemeinsame Trägerschaft zwischen Krankenhaus und Kassenärztlicher Vereinigung ist gesetzlich nicht vorgeschrieben. Integrierte Notfallzentren dürfen nur an den Standorten errichtet werden, die vom erweiterten Landesausschuss bestimmt worden sind.

Nach Satz 7 sollen zusätzlich zu der Notaufnahme und der Notdienstpraxis auch geeignete, im Umkreis des Krankenhausstandortes gelegene Kooperationspraxen in die Kooperationsvereinbarung des Integrierten Notfallzentrums eingebunden werden. Dies können selbständige Vertragsarztpraxen und medizinische Versorgungszentren sein, die während der regulären vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten, zu denen die Notdienstpraxis im Integrierten Notfallzentrum nicht geöffnet hat, die Versorgung von Akutfällen übernehmen. Hierzu sollen alle geeigneten Facharztgruppen in Betracht gezogen werden, etwa Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin, für Orthopädie, für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde sowie für Psychiatrie und Psychosomatik. Die Kooperationspraxis muss derart mit dem Integrierten Notfallzentrum vernetzt sein, dass eine rückverfolgbare und digitale Fallübergabe ohne jeden zeitlichen Verzug in dem für das Integrierte Notfallzentrum geltenden interoperablen Format sichergestellt ist. Dies ist erforderlich, um eine ärztlich verantwortbare Weiterleitung und eine sichere und unmittelbare Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, die von der Ersteinschätzungsstelle des Integrierten Notfallzentrum in eine Kooperationspraxis überwiesen werden. Die Versorgung in den Kooperationspraxen ist dabei nicht auf die notdienstliche Erstversorgung beschränkt, da es sich bei diesen nicht um eine Struktur des Notdienstes handelt.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Steuerung innerhalb des Integrierten Notfallzentrums. Die zentrale Ersteinschätzungsstelle trifft für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, eine Entscheidung dazu, welche Dringlichkeit die Behandlung hat. Für die Zeiten, in denen die Notdienstpraxis, ein Leistungserbringer nach Absatz 2 Satz 5 oder eine Kooperationspraxis geöffnet hat, entscheidet sie außerdem, in welcher Versorgungsebene des Integrierten Versorgungszentrums, also Notaufnahme oder Notdienstpraxis beziehungsweise Leistungserbringer nach Absatz 1 Satz 5 oder bei einer bestehenden Kooperation in den entsprechenden Zeiten eine Kooperationspraxis, die Patientin oder der Patient am besten versorgt werden kann. Hilfesuchende, die aufgrund einer ärztlichen Verordnung von Krankenhausbehandlung ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, fallen nicht unter diese Regelung. Patientinnen und Patienten, die durch den Rettungsdienst beziehungsweise Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung eingeliefert werden, fallen ebenfalls nicht unter die Regelung, da bei ihnen bereits durch diese eine Behandlungsnotwendigkeit in der Notaufnahme festgestellt wurde. Eine qualifizierte Übergabe an die Notaufnahme einschließlich Befunden erfolgt künftig direkt über die digitale Notfalldokumentation. Für Hilfesuchende, welche bereits kein von ihnen als dringend erachtetes gesundheitliches Anliegen schildern, beispielsweise eine Routineuntersuchung wünschen, steht demgegenüber allein die vertragsärztliche Regelversorgung offen; sie können zum Beispiel auf die Rufnummer 116117 verwiesen werden. Eine Ersteinschätzung findet nicht statt. Aus Gründen der Patientensicherheit ist nach einer bloßen Ersteinschätzung eine Verweisung aus den Räumlichkeiten des Integrierten Notfallzentrums heraus für Patientinnen und Patienten nur nach einer separat zu vergütenden tatsächlichen Untersuchung durch eine Ärztin beziehungsweise einen Arzt entweder in der Notdienstpraxis oder der Notaufnahme möglich. Etwas anderes gilt nur unter der Voraussetzung, dass die Patientin oder der Patient von der Ersteinschätzungsstelle in eine Kooperationspraxis mit der entsprechenden engen Vernetzung weitergeleiten werden kann. Durch die enge Verknüpfung der Kooperationspraxis mit dem Integrierten Notfallzentrum ist gewährleistet, dass die vermittelten Patientinnen und Patienten dort ebenso zeitnah und verlässlich versorgt werden wie in einer Notdienstpraxis. Alternativ besteht nach der Entscheidung der Ersteinschätzungsstelle für die Hilfesuchenden die Möglichkeit, sich statt einer Versorgung im Integrierten Notfallzentrum über das System der Terminservicestelle einen Behandlungstermin in der ambulanten Regelversorgung während der Sprechstundenzeiten vermitteln zu lassen, einschließlich einer telefonischen oder videounterstützten Versorgung. Dies bietet sich etwa an, um bei weniger dringlichen Beschwerden Wartezeiten im Integrierten Notfallzentrum zu umgehen und von der nicht auf eine Erstversorgung beschränkten Behandlung in der Regelversorgung zu profitieren. Die Entscheidung der Hilfesuchenden erfolgt freiwillig; eine Erstversorgung im Integrierten Notfallzentrum bleibt unbenommen. Die Erst-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

einschätzung kann im Wege der Delegation durch nichtärztliches Fachpersonal erbracht werden. Ab dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach § 123c Absatz 1 Satz 5 Nummer 4 bestimmten Zeitpunkt erfolgt die Ersteinschätzung auf der Grundlage eines digitalen standardisierten Instruments. Das Ergebnis des Ersteinschätzungsinstruments dient der Ersteinschätzungsstelle als maßgebliche Entscheidungsgrundlage.

Innerhalb des Integrierten Notfallzentrums werden bei der Fallübergabe zwischen den Parteien der Kooperationsvereinbarung alle verfügbaren und für die weitere Behandlung erforderlichen Daten in einem standardisieren Datenformat wechselseitig digital übermittelt. Für die Steuerung der Patientinnen und Patienten im Integrierten Notfallzentren sind die Parteien der Kooperationsvereinbarung einschließlich der Kooperationspraxis befugt, die hierfür notwendigen personenbezogenen Daten zur verarbeiten und auszutauschen. Eine entsprechende Rechtsgrundlage wird vorgesehen.

Sollte nach erfolgter notdienstlicher Akutversorgung im Integrierten Notfallzentrum die medizinische Erforderlichkeit einer Weiterbehandlung bestehen, wird den Patientinnen und Patienten die Vermittlung eines Termins in der ambulanten Regelversorgung, einschließlich einer telefonischen oder videounterstützten Versorgung, über das System der Terminservicestelle angeboten.

Die Bewertung der Behandlungsdringlichkeit im Rahmen der Ersteinschätzung nach Satz 1 erfolgt in mehreren Dringlichkeitsstufen. Die Steuerung von Hilfesuchenden über die Akutleitstelle beziehungsweise das Gesundheitsleitsystem nach § 133a ist entscheidend für eine zielgerichtete und bedarfsgerechte Akut- und Notfallversorgung. Um einen Anreiz für eine Kontaktaufnahme mit der Akutleitstelle zu schaffen, wird vorgesehen, dass Hilfesuchende, die das Integrierte Notfallzentrum auf der Grundlage einer telefonischen Vermittlung durch die Akutleitstelle aufsuchen, dort bei gleicher medizinischer Behandlungsdringlichkeit innerhalb derselben Dringlichkeitsstufe grundsätzlich vorrangig behandelt werden. Dies gilt auch für Fälle, in denen Hilfesuchende für die Vermittlung durch die Akutleitstelle die digitale Benutzeroberfläche der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (116117 App) nutzen. Das Nähere zum Nachweis der Vermittlungen der Akutleistellte regelt der Bundesmantelvertrag-Ärzte. Neben der medizinischen Behandlungsdringlichkeit können weitere Faktoren zur Vermeidung sozialer Härten wie zum Beispiel Aufgaben der Kinderbetreuung oder Pflege in die Entscheidung über die Behandlungsreihenfolge mit einbezogen werden.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt die telemedizinische Anbindung von Integrierten Notfallzentren an Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie an Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Nervenheilkunde.

Integrierte Notfallzentren haben dafür zu sorgen, dass sie durch telemedizinische und telefonische Konsilien von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendmedizin unterstützt werden, wenn an ihrem Standort kein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche vorhanden ist. Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann Empfehlungen für eine landesweite Konzeption und Koordinierung dieser telemedizinischen Unterstützung aussprechen. Dies kann durch Nutzung des telemedizinischen kinder- und jugendärztlichen Notdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung, durch Kooperationen mit Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche oder mit anderen Leistungserbringern mit kinder- und jugendmedizinischem Schwerpunkt erfolgen.

Eine nicht geringe Anzahl von Patientinnen und Patienten, die die Notfallstrukturen aufsuchen, leiden unter psychischen Erkrankungen. Zur angemessenen Versorgung sowohl von Patientinnen und Patienten in einem akuten psychiatrischen Notfall als auch für Patientinnen und Patienten mit psychischen Vorerkrankungen in einem somatischen Notfall muss ein Integriertes Notfallzentrum rund um die Uhr eine psychiatrische Behandlungskompetenz sicherstellen. Dies kann durch eine am Krankenhausstandort vorhandene Fachabteilung für Psychiatrie oder Psychosomatik erfolgen. Ist eine solche nicht vorhanden, muss die entsprechende Behandlungskompetenz durch telemedizinische oder telefonische Konsilien mit Fachärztinnen oder -ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Nervenheilkunde sichergestellt werden. Auch für die telemedizinischen und telefonischen Konsilien mit Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Nervenheilkunde soll der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a Empfehlungen für die landesweite Konzeption und Koordinierung dieser Unterstützung aussprechen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die zu unterstützenden Integrierten Notfallzentren haben in jedem Fall die erforderliche technische Ausstattung für eine telemedizinische Anbindung vorzuhalten. Die Vorgaben der Vereinbarung nach § 367 Absatz 1 sind dabei einzuhalten.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Berichtspflichten zur Versorgung in den Integrierten Notfallzentren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen berichten den zuständigen obersten Landesbehörden jährlich über die Versorgung in den Integrierten Notfallzentren in Hinblick auf Abweichungen von den gesetzlichen Öffnungszeiten der Notdienstpraxis, auf die Anzahl der Leistungserbringer nach Absatz 1 Satz 5 und der eingerichteten Kooperationspraxen und der eingerichteten Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche, auf die Anteile der Inanspruchnahme des Integrierten Notfallzentrums mit und ohne vorherigen Kontakt zur Akutleitstelle sowie über die Auswirkungen der Versorgung in Integrierten Notfallzentren auf die Notaufnahmen, die nicht Teil eines Integrierten Notfallzentrums sind. Informationen zu den Auswirkungen der Reform auf die Notaufnahmen, die nicht Teil eines Integrierten Notfallzentrums sind, insbesondere zu Art und Umfang der Inanspruchnahme, sind wichtig für eine Evaluation der Regelungen zur Steuerung der Patientinnen und Patienten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich.

Zu § 123a (Einrichtung von Integrierten Notfallzentren)

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Bestimmung der Standorte für Integrierte Notfallzentren. Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a Satz 1 legt die Standorte von Integrierten Notfallzentren erstmals innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes fest. Die Planung soll eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte flächendeckende Versorgung mit gleichmäßigem Zugang der Bevölkerung zu Integrierten Notfallzentren als zentrale Anlaufstelle der Notfallversorgung an dafür geeigneten Standorten sicherstellen. Die Standortfestlegung unterliegt einer regelmäßigen Überprüfung; bei veränderten Tatsachen, wie etwa dem Wegfall von Voraussetzungen für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums, kann eine neue Standortfestlegung erforderlich sein.

Der erweiterte Landesausschuss bestimmt hierzu zunächst Planungsregionen zur flächendeckenden Versorgung mit Integrierten Notfallzentren. Die Festlegung von Planungsregionen durch den erweiterten Landesausschuss stellt sicher, dass die Ansiedlung von Integrierten Notfallzentren nicht isoliert, sondern bedarfsgerecht, fachlich und sektorenübergreifend koordiniert erfolgt. Die Definition spezifischer Planungsregionen verhindert unter anderem, dass lokale Versorgungsdefizite in ländlichen Räumen durch Standorte in Ballungszentren rechnerisch ausgeglichen werden. Die ausdrückliche Option für grenzüberschreitende Planungsregionen bricht dabei starre Verwaltungsgrenzen auf und orientiert sich strikt an den realen Patientenströmen sowie der regionalen Infrastruktur, um eine effiziente und lückenlose Notfallversorgung sicherzustellen. Planungsregionen, die Landesgrenzen überschreiten sind im Einvernehmen mit allen erweiterten Landesausschüssen festzulegen, die für die Planungsregion zuständig sind.

Die Bundeswehrkrankenhäuser sind vom erweiterten Landesausschuss bei der Festlegung der Standorte der Integrierten Notfallzentren nach Satz 1 vorrangig zu berücksichtigen. Diese gesetzliche Festlegung trägt der besonderen Bedeutung der Bundeswehrkrankenhäuser Rechnung. Bundeswehrkrankenhäuser sind medizinische, stationäre Behandlungseinrichtungen der Bundeswehr mit dem besonderen Auftrag, die jederzeitige Abstellung von ärztlichem und nichtärztlichem medizinischen Fachpersonal für Einsätze der Bundeswehr – einschließlich der Landes- und Bündnisverteidigung – sicherzustellen. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, ist es erforderlich, dass die Bundeswehrkrankenhäuser und die bei ihnen tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte ein möglichst breites Leistungsspektrum zur Vorbereitung auf den Einsatzfall der Bundeswehr erbringen. Dies schließt insbesondere die Einschätzung und Versorgung von Not- und Akutfällen ein. Indem der erweiterte Landesausschuss bei der Standortfestlegung die Bundeswehrkrankenhäuser vorrangig zu berücksichtigen hat, wird sein Ermessen dahingehend beschränkt. Dies steht im Einklang mit der verfassungsrechtlichen Grundentscheidung für eine wirksame militärische Verteidigung der Bundesrepublik Deutschland und damit für die Sicherung der staatlichen Existenz durch Streitkräfte, die organisatorisch so zu gestalten und personell so auszubilden und auszustatten sind, dass sie ihren militärischen Aufgaben im In- und Ausland gewachsen sind, Artikel 73 Nummer 1 des Grundgesetzes.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Damit nur solche Krankenhausstandorte festgelegt werden können, die über die erforderliche personelle und sachliche Ausstattung für die Erbringung einer stationären Notfallversorgung verfügen, muss ein Krankenhausstandort mindestens die Anforderungen der Notfallstufe 1 Basisnotfallversorgung nach den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses erfüllen. Ein weiteres Kriterium ist, dass kein überwiegendes berechtigtes Interesse des Krankenhauses entgegensteht. Dabei ist das Interesse an einer flächendecken Versorgung durch Integrierte Notfallzentren gegen das berechtigte Interesse des Krankenhauses abzuwägen. Als berechtigte Interessen in Betracht kommen beispielsweise geplante Schließungen des Krankenhausstandortes oder anstehende Strukturveränderungen in der Notfallversorgung, sodass der Standort die weiteren Standortkriterien nicht mehr erfüllen könnte. Dies gilt auch, wenn das Krankenhaus nachweist, dass es die mit der Bestimmung als Standort eines Integrierten Notfallzentrums verbundenen neuen Aufgaben personell oder finanziell nicht erfüllen kann.

Bei der Standortwahl müssen die Ziele der Raumordnung, Landes- und Krankenhausplanung beachtet werden. Die zuständige Aufsichtsbehörde stellt sicher, dass insbesondere Entscheidungen zur Notfallversorgung berücksichtigt werden, um eine Zersplitterung der Strukturen zu vermeiden. Durch das Beanstandungsrecht können die Länder eine Standortbestimmung verhindern, die der Krankenhausplanung zuwiderläuft. Integrierte Notfallzentren können beispielsweise Einfluss auf Patientenströme haben, da sie Anlaufstelle für den Fall akuter Beschwerden sind.

Der erweiterte Landesausschuss muss bei seiner Planung die gesetzlich festgelegten Kriterien berücksichtigen. Dabei ist insbesondere die Erreichbarkeit von Integrierten Notfallzentren zu berücksichtigen. Diese ist geprägt durch die Entfernung zu einem Standort und die benötigte Zeit zur Überbrückung dieser Entfernung. Gesetzlich sind daher Erreichbarkeitsvorgaben festgelegt wie zum Beispiel eine Fahrzeit von 30 Minuten mit einem Kraftfahrzeug sowie die Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr. Auch die allgemeine verkehrstechnische Anbindung, zum Beispiel die Parkplatzsituation, kann berücksichtigt werden. Neben der Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug wird auch der Zielerreichungsgrad angegeben, der angibt, für wie viel Prozent der Einwohnerinnen und Einwohner in einer Planungsregion eine längere Anfahrt als die generell vorgegebenen Fahrzeiten mit einem Kraftfahrzeug zumutbar ist. Auch die Zahl der zu versorgenden Menschen in der Planungsregion ist zu berücksichtigen. Dies kann dazu führen, dass eine gegenüber der Vorgabe nach Nummer 1 höhere Dichte an Integrierten Notfallzentren nötig ist, weil beispielsweise in Ballungszentren aufgrund der Bevölkerungsdichte ein höherer Versorgungsbedarf besteht. Zudem ist mit in die Berücksichtigung einzubeziehen, ob bereits geeignete Praxen (beispielsweise sogenannte „Portalpraxen“) der Kassenärztlichen Vereinigung in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme eines Krankenhausstandortes vorhanden sind, um bereits etablierte Versorgungsangebote möglichst zu erhalten und insoweit auch Ressourcen zu schonen. Bei der Auswahl der Standorte ist auch zu berücksichtigen, ob grundsätzlich die Möglichkeit besteht, das Integrierte Notfallzentrum mit Kooperationspraxen zu vernetzen.

Wenn nach diesen Kriterien in einer Planungsregion mehrere Krankenhausstandorte infrage kämen, sind solche als Standort für ein Integriertes Notfallzentrum zu bevorzugen,

1. die die höhere Notfallstufe nach den Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung oder die nach anderen messbaren Parametern, insbesondere Fallzahlen, leistungsfähigere Notaufnahme aufweisen,

2. die notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen vorhalten; dies sind insbesondere Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie, Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychosomatik

3. in denen Praxen unmittelbar in der Notaufnahme eingerichtet werden können oder dort bereits bestehen, da eine solche räumliche Nähe mehr Effizienz und verwaltungstechnische Synergien sowie Vorteile für die Patientinnen- und Patientensicherheit ermöglicht.

Die Nennung der Psychiatrie und der Psychosomatik als notfallmedizinisch relevante Fachabteilung zur angemessenen Versorgung des nicht geringen Anteils an Hilfesuchenden in der Notfallversorgung mit psychischen Erkrankungen erfolgt auch deshalb zur Klarstellung, da die Psychiatrie in den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch keine Berücksichtigung findet.

Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a Satz 1 kann in Hinblick auf die Sicherstellung der Versorgung von den Sätzen 4 bis 6 abweichende Standortentscheidungen treffen, wenn dies zur Sicherstellung einer

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

flächendeckenden Versorgung erforderlich ist, etwa, wenn nach den dort genannten Kriterien in einer Planungsregion aufgrund von regionalen Besonderheiten kein Krankenhaus in Betracht kommt. Dies ermöglicht in solchen Planungsregionen eine möglichst flexible Festlegung, damit im Ergebnis auch in strukturschwachen und ländlichen Gebieten eine Notfallversorgung sichergestellt werden kann.

Kommt die Festlegung der Standorte ganz oder teilweise nicht fristgemäß zustande, kann die zuständige oberste Landesbehörde die Frist einmalig um höchstens sechs Wochen verlängern. Ist die Frist oder die verlängerte Frist ergebnislos verstrichen, erfolgt die Festlegung durch die zuständige oberste Landesbehörde innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der Frist beziehungsweise bei Verlängerung der Frist innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der verlängerten Frist. Der erweiterte Landesausschuss stellt die für die Festlegung des Krankenhausstandortes erforderlichen Informationen, Unterlagen und Stellungnahmen unverzüglich zur Verfügung. Der Ablauf der Frist zur Ersatzvornahme wird bis zum Eingang der angeforderten Informationen, Stellungnahmen und Unterlagen unterbrochen.

Die Festlegung eines Standortes für ein Integriertes Notfallzentrum erfolgt durch Verwaltungsakt gegenüber dem betroffenen zugelassenen Krankenhaus und der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung. Gegen diese Entscheidung steht der Rechtsweg vor den Sozialgerichten offen. Widerspruch und Klage haben hierbei keine aufschiebende Wirkung.

Die Festlegung der Standorte sind regelmäßig zu überprüfen. Bei Veränderungen der tatsächlichen Gegebenheiten, etwa in dem Fall, dass ein Krankenhausstandort Kriterien nicht mehr erfüllt, die für seine Bestimmung wesentlich waren, kann eine neue Standortfestlegung beschlossen werden.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Kooperationsvereinbarung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhausträger. Sofern statt einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung ein anderer Leistungserbringer die Versorgung von Akutfällen im Integrierten Notfallzentrum übernimmt, wird dieser zusätzliche Partei der Kooperationsvereinbarung. Für die Organisation des Integrierten Notfallzentrums ist diese innerhalb von neun Monaten, nachdem der Krankenhausstandort als Standort eines Integrierten Notfallzentrums festgelegt worden ist, zu schließen. Den Vereinbarungspartnern soll ausreichend Zeit für den Abschluss der umfänglichen Kooperationsvereinbarungen, einschließlich der möglichen Einbindung von Kooperationspraxen als weiterer Partei der Kooperationsvereinbarung, eingeräumt werden.

Es soll ein gemeinsames (sektorenübergreifendes) Qualitätsmanagement eingerichtet werden, das alle erforderlichen Maßnahmen zur Planung, Umsetzung, Sicherung, Überprüfung und Verbesserung von Prozessen sowie ihrer Leistungsbedingungen im Integrierten Notfallzentrum umfasst. Hierzu kann auch ein Beschwerdemanagement oder eine Patientenbefragung gehören. Das gemeinsame Qualitätsmanagement kann beispielsweise Symptome oder Diagnosen ersteingeschätzter Patientinnen und Patienten vergleichen, sodass die Ersteinschätzungsstelle eine Rückkopplung zur Qualität der Ersteinschätzung erhält. Damit können die Kooperationspartner sicherstellen, dass fehlerhafte Weiterleitungen in eine ungeeignete Versorgungsebene im Sinne der Patientensicherheit vermieden werden. Die für das gemeinsame Qualitätsmanagement erforderlichen Daten dürfen von den Kooperationspartnern zu diesem Zweck verarbeitet werden. Die Verpflichtungen zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung nach den §§ 135a ff. bleiben unberührt.

In der Kooperationsvereinbarung ist insbesondere das Nähere zu den folgenden Punkten zu regeln:

1. Die Kooperationsvereinbarung muss Regelungen zur Durchführung der Ersteinschätzung vor dem in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 123c Absatz 1 Satz 5 Nummer 4 festgelegten Zeitpunkt enthalten. Ab diesem Zeitpunkt muss die Ersteinschätzung nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses erfolgen. In der Kooperationsvereinbarung ist zu bestimmen, wie eine Entscheidung zu treffen ist, in welche Versorgungsebene die Hilfesuchenden gesteuert werden und welche Dringlichkeit ihr Anliegen hat.

2. Auch die Anmietung oder Bereitstellung von Räumlichkeiten, Einrichtung und Verbrauchsmaterial der Notdienstpraxis sind zu regeln. Dies umfasst insbesondere die Vereinbarung der Höhe der Miete, der Nutzungsentgelte oder der Entgelte.

3. Ebenso ist die Nutzung der technischen und diagnostischen Einrichtungen des Krankenhauses, einschließlich der entsprechenden Nutzungsentgelte, Gegenstand der Kooperationsvereinbarung.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

In der Kooperationsvereinbarung ist sicherzustellen, dass bei der Finanzierung durch die Länder das EU-Beihilfenrecht berücksichtigt wird.

Für die Notdienstpraxis werden Mindestöffnungszeiten vorgegeben, um für die Patientinnen und Patienten ein ausreichendes Versorgungsangebot in Akutfällen vorzuhalten. Dies umfasst mindestens Öffnungszeiten an Wochenenden und Feiertagen von 9 bis 21 Uhr, Mittwoch und Freitag von 14 bis 21 Uhr und Montag, Dienstag und Donnerstag von 18 bis 21 Uhr. Kürzere Öffnungszeiten der Notdienstpraxis können auch in der Kooperationsvereinbarung festgelegt werden, soweit die Kassenärztliche Vereinigung dem Träger des Krankenhauses belegen kann, dass die vorgegebenen Öffnungszeiten aufgrund der tatsächlichen Inanspruchnahme vor Ort nicht bedarfsgerecht sind.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt den Konfliktlösungsmechanismus für den Fall, dass eine Kooperationsvereinbarung nicht oder nicht fristgerecht zustande kommt. In diesem Fall wird der Vertragsinhalt durch eine von der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Träger des Krankenhauses gemeinsam zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Einigen sie sich nicht auf eine Schiedsperson, wird diese innerhalb eines Monats nach Ablauf der Frist von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Kassenärztliche Vereinigung und der Träger des Krankenhauses zu gleichen Teilen. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen die Kassenärztliche Vereinigung oder den Träger des Krankenhauses, nicht gegen die Schiedsperson.

Zu Absatz 4

Zur bundesweiten Vereinheitlichung und zur Verringerung des bürokratischen Aufwandes für die Vertragsparteien einer Kooperationsvereinbarung eines Integrierten Versorgungszentrums vor Ort schließen die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Bundesebene eine Rahmenvereinbarung zur Zusammenarbeit in Integrierten Notfallzentren. Die jeweiligen Parteien der Kooperationsvereinbarung vor Ort können in ihrer Kooperationsvereinbarung ergänzende Regelungen vorsehen. Sofern dies aufgrund lokaler Besonderheiten notwendig ist, dürfen sie auch von den Vorgaben der Rahmenvereinbarung abweichende Regelungen treffen.

Die Rahmenvereinbarungen enthalten insbesondere Vorgaben zu Grundsätzen der Organisation des Integrierten Notfallzentrums. Hierbei sind die verschiedenen Möglichkeiten der Zusammensetzung eines Integrierten Notfallzentrums zu beachten, also eine Beteiligung neben der Notaufnahme des Krankenhauses durch eine Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung oder durch ein medizinisches Versorgungszentrum oder eine Vertragsarztpraxis sowie optional Kooperationspraxen.

Inhalt sind auch Vereinbarungen zur Organisation sowie zur personellen Besetzung der Ersteinschätzungsstelle einschließlich der erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals.

Des Weiteren sollen Vorgaben umfasst sein zur Umsetzung der Vernetzung und interoperablen, digitalen Fallübergabe innerhalb des Integrierten Notfallzentrums sowie zwischen dem Integrierten Notfallzentrum und einer Kooperationspraxis.

Die Organisation und die Verantwortlichkeiten in Hinblick auf die Weiterleitung von Hilfesuchenden in eine Kooperationspraxis sind zu regeln. Hier sind klare Verantwortungen für die Weiterleitung in Kooperationspraxen festzulegen.

Es sollen zudem Regelungen für den Fall wiederholter und schwerwiegender Verstöße gegen die Kooperationsvereinbarung gefunden werden. Dies können etwa Ausgleichszahlungen, Vertragsstrafen oder andere Sanktionen sein. Schwerwiegende Verstöße sind insbesondere solche der Nichteinhaltung von Öffnungszeiten und Besetzungspflichten der Ersteinschätzungsstelle.

Darüber hinaus sind Ausgestaltungsvorgaben für diejenigen Integrierten Notfallzentren zu machen, in denen die Aufgaben die Notdienstpraxis nicht durch die Kassenärztliche Vereinigung, sondern einen anderen Leistungserbringer übernommen werden.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a Absatz 2.

Zu § 123b (Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche)

§ 123b regelt Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Standortbestimmung für Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche. Der erweiterte Landesausschuss kann nach § 90 Absatz 4a die Krankenhausstandorte bestimmen, an denen diese einzurichten sind.

Voraussetzung ist, dass es sich um Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin oder Krankenhäuser mit einer pädiatrischen Abteilung handelt, welche die Voraussetzungen des Moduls Notfallversorgung Kinder gemäß den Regelungen zur Notfallversorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses erfüllen, und, dass keine berechtigten Interessen des Krankenhauses oder der Kassenärztlichen Vereinigung entgegenstehen, die das Interesse an einer flächendeckenden Versorgung mit Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche überwiegen. Seitens der Kassenärztlichen Vereinigung kann ein berechtigtes Interesse insbesondere darin bestehen, dass die regional unterschiedlich verteilten und teilweise begrenzten Kapazitäten von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder und Jugendmedizin für einen Betrieb eines Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche zusätzlich zu der ambulanten Versorgung in den Arztpraxen nicht ausreichend vorhanden sein können. Die zusätzliche Beanspruchung der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte durch den Einsatz in Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche muss für die regional verfügbare Fachärzteschaft zumutbar sein und darf deren Leistungsfähigkeit nicht überschreiten. Die Versorgung in den Vertragsarztpraxen muss gewahrt bleiben. Diese Kriterien sind bei der Entscheidung, ob ein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche eingerichtet wird oder eine telemedizinische Anbindung nach § 123 Absatz 3 ausreicht, zu beachten.

Es wird eine gesetzliche Frist für die erstmalige Entscheidung festgelegt, ob innerhalb der Planungsregion ein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche errichtet wird und bei positiver Entscheidung, an welchem Standort oder bei einer Entscheidung für mehrere Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche innerhalb der Planungsregion, an welchen Standorten diese errichtet werden.

Zu Absatz 2

Die übrigen Regelungen für die Integrierten Notfallzentren nach § 123 Absatz 1, 2 und 3 Satz 1 Nummer 2, Satz 2 und 3 sowie Absatz 4 sowie § 123a Absatz 1 Satz 12 bis 14 sowie Absatz 2 bis 4 gelten entsprechend. Dies umfasst alle Regelungen außer jenen zur telemedizinischen Unterstützung von Integrierten Notfallzentren durch Kinderärztinnen und Kinderärzte und zur Standortbestimmung, die für Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche in Absatz 1 gesondert normiert ist.

Zu § 123c (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ersteinschätzung an Krankenhausstandorten und zu Anforderungen an Notdienstpraxen)

Der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss zum Erlass einer Richtlinie, die Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 an ein Krankenhaus wenden, beinhaltet, wird aufgehoben. Damit verliert die bereits beschlossene, aber wegen Beanstandung nicht in Kraft getretene Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ihre Rechtsgrundlage und ist hinfällig. Der bisherige Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 120 Absatz 3b wird hier an die neuen gesetzlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen angepasst. Dennoch können wesentliche Vorarbeiten des Gemeinsamen Bundesausschusses hinsichtlich der Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung (Beschluss über eine Erstfassung vom 6. Juli 2023) mit in die Richtline einfließen.

Mit dem neuen § 120 Absatz 3b, der unmittelbar mit dieser Reglung in Zusammenhang steht, wird die Abrechenbarkeit einer ambulanten Behandlung an einem Krankenhausstandort ohne Integriertes Notfallzentrum an die Voraussetzung geknüpft, dass die nach dieser Vorschrift zu regelnde Ersteinschätzung eine Entscheidung zur Behandlung am Krankenhausstandort getroffen und somit festgestellt hat, dass eine Verweisung an das nächstgelegene Integrierte Notfallzentrum im Einzelfall nicht zumutbar ist. Dadurch wird den Krankenhäusern, an denen kein Integriertes Notfallzentrum errichtet wurde (auch solchen, die nicht an der gesetzlichen Krankenversicherung

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

teilnehmen), die Ersteinschätzung nach § 123c zur Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 aufgegeben.

Im Übrigen ist die Einhaltung der Vorgaben zur Ersteinschätzung zusätzlich Voraussetzung zur Abrechnung der Ersteinschätzung selbst, was sich aus Absatz 3 ergibt. Dies gilt auch für Integrierte Notfallzentren.

Zu Absatz 1

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten in einer Richtlinie Vorgaben für eine qualifizierte, standardisierte und softwarebasierte Ersteinschätzung. Diese dient der Ermittlung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig einen Krankenhausstandort aufsuchen. Für Integrierte Notfallzentren oder Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche umfasst die Ersteinschätzung die in § 123 Absatz 2 Satz 1 genannte Entscheidung, welche die Steuerung und Behandlungspriorisierung innerhalb eines Integrierten Notfallzentrums oder Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung von Kooperationspraxen beinhaltet. Für alle übrigen Krankenhausstandorte umfasst die Ersteinschätzung die Entscheidung darüber, ob eine Behandlung am Krankenhausstandort oder eine Weiterleitung an ein Integriertes Notfallzentrum oder ein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche erfolgt. So sind unter anderem Kriterien zu entwickeln, nach denen eine Weiterleitung an ein Integriertes Notfallzentrum oder ein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche im Einzelfall medizinisch unzumutbar ist.

In der Richtline ist ein Ersteinschätzungsverfahren vorzugeben, das auf der Grundlage einer Software stattfindet. Das Ergebnis der Software soll im Verfahren grundsätzlich verbindlich sein, wobei Abweichungen fallbezogen zu dokumentieren und bei der Abrechnung zu begründen wären.

Die Richtline umfasst auch die Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Weiterleitung an ein Integriertes Notfallzentrum oder ein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche.

Die Richtlinie beinhaltet zudem Vorgaben zum Nachweis der Einhaltung der Vorgaben an die Software, die zur Durchführung der Ersteinschätzung eingesetzt wird. Es soll bestimmt werden, wie und durch welche Stellen die Konformität mit den Anforderungen festgestellt wird.

Das Verfahren und die Software müssen validiert und patientensicher sein. Die besonderen Bedürfnisse von Kindern, Menschen mit Pflegebedarf, Menschen mit Behinderung und psychisch Erkrankten sind zu berücksichtigen. Die Vorgaben sind mit den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ (Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung) abzustimmen. Die neu zu entwickelnden Vorgaben sind mit den bereits derzeit nach diesen Regelungen in den Notaufnahmen zur Anwendung kommenden Systemen zur Behandlungspriorisierung, wie zum Beispiel dem Manchester Triage System (MTS), in Einklang zu bringen. Diese Systeme sollen ein Bestandteil der neuen Ersteinschätzung sein.

Ebenfalls festzulegen sind Vorgaben zur Form und zum Inhalt des Nachweises der richtlinienkonformen Durchführung der Ersteinschätzung für die Abrechnung entweder der Einzelleistung nach Absatz 2 für alle Stellen oder zusätzlich für die Abrechnung nach § 120 Absatz 3b für Krankenhausstandorte ohne Integriertes Notfallzentrum.

Es ist ein Zeitpunkt festzulegen, ab dem die Vorgaben dieser Richtline einzuhalten sind. Der Zeitpunkt hängt davon ab, ob zumindest eine Software, welche die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses erfüllt, tatsächlich auf dem Markt zur Verfügung steht und der Nachweis der Konformität mit den Vorgaben erbracht wurde. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat diese Vorgabe regelmäßig zu prüfen und gegebenenfalls den festgelegten Zeitpunkt anzupassen.

Die Anforderungen an das Personal der Ersteinschätzung ist nicht Bestandteil des Richtlinienauftrags, um flexible Lösungen vor Ort zu ermöglichen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Richtlinie außerdem Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen und der in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Leistungserbringer in Integrierten Notfallzentren sowie der Kooperationspraxen. Die Mindestanforderungen sollen sich an der üblichen personellen und sachlichen Ausstattung einer Hausarztpraxis orientieren und sollen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Die Festlegungen sind erforderlich für die Bewertung, welche Art und Schwere von medizinischen Hilfeersuchen dort behandelt werden können. Zur Sicherstellung der Einhal-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

tung der Mindestanforderungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Richtlinie auch ein aufwandsarmes Nachweis- und Kontrollverfahren zu bestimmen.

Die Länder erhalten ein Antrags- und Mitberatungsrecht entsprechend § 92 Absatz 7e. Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie ist den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann auch die Expertise der jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des Gemeinsamen Bundesausschusses einfließen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Auswirkungen der Richtlinie zur Ersteinschätzung auf die Entwicklung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen, der Notdienstpraxen und der in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Leistungserbringer sowie auf die Patientenversorgung und die Erforderlichkeit einer Anpassung der Richtlinie zu prüfen und dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2028 über das Ergebnis dieser Prüfung zu berichten. Das Nähere zur Umsetzung dieses Evaluations- und Berichtsauftrags, insbesondere auch zur Übermittlung der hierzu erforderlichen Informationen an den Gemeinsamen Bundesausschuss durch die jeweiligen Stellen, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss nach Satz 6 Nummer 3 in seiner Richtlinie.

Zu Absatz 2

Der ergänzte Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a beschließt innerhalb einer gesetzlich vorgegebenen Frist die notwendigen Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen. Ziel ist es, den personellen und technischen Aufwand durch eine Ersteinschätzung angemessen abzubilden und als Einzelleistung unabhängig von der Weiterbehandlung zu vergüten. Er hat außerdem die Auswirkungen zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2028 zu berichten. Zur Umsetzung des Evaluationsauftrags ist eine Kennzeichnung der Leistungen nach Erbringungsort erforderlich. Da die eindeutige Zuordnung mit derzeitigen Abrechnungsdaten nicht möglich ist, werden der Bewertungsausschuss (für Kooperationspraxen und der in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Leistungserbringer) und der ergänzte Bewertungsausschuss (für Notaufnahmen und Notdienstpraxen) ergänzend mit einer Vorgabe zur Kennzeichnung der Fälle nach Erbringungsort beauftragt.

Zu Absatz 3

Die Einhaltung der Vorgaben zur Ersteinschätzung ist ab dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmten Zeitpunkt zusätzlich Voraussetzung zur Abrechnung der Ersteinschätzung selbst. Dies gilt auch für diejenige Stelle des Integrierten Notfallzentrums, welche dort die Ersteinschätzung durchführt.

Zu Nummer 19 (§§ 133 bis 133g)

Zu § 133 (Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung)

Bislang hat die gesetzliche Krankenversicherung die medizinische Notfallrettung indirekt als Fahrkostenersatz finanziert. Da die medizinische Notfallrettung, inklusive des Transports des Versicherten in Notfällen, nunmehr über § 30 ein eigenes Leistungssegment der gesetzlichen Krankenversicherung wird, müssen die Krankenkassen diese Leistungsansprüche durch Abschluss von Verträgen mit den nach Landesrecht vorgesehenen Leistungserbringern erfüllen.

Zu Absatz 1

Absatz 1 stellt klar, dass die Leistungserbringer nach § 30 allein die nach Landesrecht vorgesehen Leistungserbringer, also die nach Landesrecht bestimmten Träger oder mit der Wahrnehmung dieser Aufgaben nach Landesrecht beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen, sind. Dies umfasst auch Zusammenschlüsse von Trägern, wie zum Beispiel Zweckverbände, die einheitliche Verträge mit Landesverbänden schließen. Damit wird berücksichtigt, dass die generelle (Bedarfs-)Planung den Ländern obliegt. Die Aufgabenbereiche der Länder für die Gefahrenabwehr, aber auch für den Katastrophen- oder Bevölkerungsschutz, welche über Leistungen der medizinischen Notfallrettung für Versicherte hinausgehen, sind nicht von diesem Gesetz umfasst. Der Rettungsdienst in den Ländern bleibt, wie auch der Katastrophen- oder Bevölkerungsschutz, im bisherigen Umfang sachlich von der vergaberechtlichen Bereichsausnahme nach § 107 Absatz 1 Nummer 4 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) erfasst.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die konkrete Ausgestaltung (beispielsweise der Trägerschaft) bleibt also den Ländern vor-behalten. Dies gilt auch für die Ausgestaltung der Abrechnung der Leistungserbringung (wie beispielsweise über eine zentrale Abrechnungsstelle), soweit sich aus § 302 nichts anderes ergibt.

Zu Absatz 2

Absatz 2 sieht vor, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den nach Landesrecht vorgesehenen Leistungserbringern Entgelte für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung zu verhandeln haben. Die Abkehr von der bloßen Übernahme von Fahrtkosten für Versicherte und die damit verbundene Aufteilung in Notfallmanagement mit oder ohne Gesundheitsleitsystem, Notfallrettung vor Ort (beispielsweise durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter oder aber auch durch Ärztinnen und Ärzte vor Ort beziehungsweise telemedizinisch) und Notfalltransport (abhängig vom Transportmittel) oder Krankentransport bedingt, dass zukünftig Verträge über Entgelte differenziert nach diesen einzelnen Leistungsbereichen abzuschließen sind. Bei den Entgelten ist in den Verträgen zumindest nach Einsatzmittel und eingesetztem Personal zu differenzieren. Satz 3 stellt klar, dass bei der Kalkulation der Entgelte Kosten berücksichtigt werden dürfen, die der Sicherstellung des Leistungsanspruchs nach § 30 dienen, hierzu gehören wie bisher auch notwendige Vorhalte- und Investitionskosten. Aufgrund der strengen Zweckbindung der Sozialversicherungsbeiträge beschränken sich die ansatzfähigen Kosten außerdem ausdrücklich auf die medizinischen (Teil-)Leistungen aus § 30 und erstrecken sich nicht etwa auf andere von den Trägern der Leistungserbringer möglicherweise wahrgenommene (Teil-)Aufgaben (beispielsweise Brand- oder Katastrophenschutz). Nicht eindeutig zuordenbare Kosten werden entsprechend dem Maß der Inanspruchnahme auf die wahrgenommenen Aufgabenbereiche verteilt. Das Maß der Inanspruchnahme bemisst sich nicht nur nach der Anzahl, sondern beispielswiese auch nach der Komplexität der Hilfeersuchen. Die Einzelheiten sind in den Verträgen festzulegen. Um mehr Transparenz über die Vergütung der medizinischen Notfallrettung zu erreichen, müssen die Leistungserbringer den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vor Vertragsschluss die der Kalkulation der für die Entgelte der einzelnen Leistungen zu Grunde liegenden Daten elektronisch, vollständig und in nachprüfbarer Form vorlegen. Zusätzlich stehen den Krankenkassen zukünftig Qualitäts- und Leistungsdaten nach § 133d zur Verfügung. Sie haben bei Vertragsschluss die Rahmenempfehlungen nach § 133b Absatz 1 Satz 2 zu berücksichtigen. Zwar handelt es sich bloß um Rahmenempfehlungen, dennoch können diese insbesondere Indizwirkung für eine qualitative und gleichzeitig wirtschaftliche Leistung entfalten, sodass sie zumindest initial herangezogen werden müssen. Das Nähere zum Verfahren der Berücksichtigung dieser Empfehlungen kann nach Absatz 5 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln. Hervorzuheben ist, dass die Anforderungen für Leistungserbringer des Notfallmanagements, die Teil eines Gesundheitsleitsystems nach § 133a sind, finanziell beachtet werden. Die Abgabe eines Hilfeersuchens von den Leistungserbringern des Notfallmanagements an die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen erfordert Aufwand, ist aber nicht fallbezogen abrechenbar. Die Regelung soll verhindern, dass durch mangelnde Einzelfallvergütung ein Fehlanreiz entsteht, ein Einsatzmittel der medizinischen Notfallrettung zu entsenden und kein Anreiz für die Vernetzung besteht. Ziel soll es sein, dass das Notfallmanagement für Versicherte nur noch durch Gesundheitsleitsysteme stattfindet. Darüber hinaus ist bei der Bemessung der Entgelte der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach§ 71 Absatz 1 bis 3 zu beachten. Durch die Übersendung der wesentlichen Teile der Entgeltsverträge an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, wozu insbesondere die Höhe der Entgelte für die einzelnen Leistungen zählen, entsteht zusätzliche Transparenz. Das Nähere, insbesondere zu den Zeitpunkten der Vorlage, bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in seiner Richtlinie nach Absatz 5.

Diese Vorschrift verhindert nicht, dass landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen Preise für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes festlegen können; für die Leistungen nach diesem Gesetz (§ 30) sind nunmehr indes zwingend Entgeltverträge mit den Krankenkassen abzuschließen. Ohne entsprechende Verträge mit den Krankenkassen kommen Ansprüche gegenüber den Krankenkassen nicht mehr in Betracht. Landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen zu den Leistungen der Rettungsdienste können also beispielsweise gegenüber privat Krankenversicherten möglich bleiben, aber keine Rechtsbeziehungen mehr innerhalb der Sozialversicherung begründen.

Zu Absatz 3

Die Kosten für die Aufgaben der koordinierenden Leitstelle nach § 133g werden gesondert ausgewiesen, um Transparenz zu schaffen. Zum Ausgleich der Kosten für die zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben verhandelt der die koordinierende Leitstelle betreibende Leistungserbringer des Notfallmanagements mit

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich eine gesonderte Pauschale. Die zur Finanzierung der Aufgaben der koordinierenden Leitstelle erforderlichen Mittel werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen durch eine Umlage aufgebracht, die im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der Krankenkassen mit Wohnort im Einzugsbereich der koordinierenden Leitstelle aufzuteilen ist. Die Zahl der maßgeblichen Mitglieder ist nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen. Das vorgesehene Umlageverfahren bewirkt eine gleichmäßige Kostenbelastung für die Krankenkassen der im gesamten Einzugsbereich der koordinierenden Leistelle wohnhaften Versicherten, die von deren Leistungen auch gleichmäßig profitieren. Auch bei der Bemessung der Pauschale für die koordinierende Leitstelle ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Absatz 1 bis 3 zu beachten. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermitteln dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die wesentlichen Inhalte der Vereinbarungen zur Pauschale für die koordinierende Leitstelle gemeinsam, einheitlich und elektronisch.

Zu Absatz 4

Sofern ein Entgeltvertrag oder eine Vereinbarung über die Pauschale für die koordinierende Leitstelle nicht oder teilweise nicht zustande kommt, wird der Vertragsinhalt durch eine nach landesrechtlichen Bestimmungen errichtete Schiedseinrichtung festgelegt. Im Unterschied zur bisherigen Rechtslage wird nunmehr die Vergütung zwingend zu vereinbaren sein und kann nicht mehr einseitig festgelegt werden. Aufgrund der unterschiedlichen Interessen von Leistungserbringern und Kostenträgern und des damit einhergehenden Konfliktpotentials ist ein Schiedsverfahren unerlässlich. Die bedarfsgerechte Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung wäre gefährdet, sofern ein Entgeltvertrag nicht zustande kommt. Ein solches Schiedsverfahren zeichnet sich dadurch aus, dass es im Konfliktfall sachgerechte Lösungen erzielt. Wesentliches Merkmal ist die gleichberechtigte Berücksichtigung aller beteiligten Interessen, die sich in der Besetzung der Schiedseinrichtung und Ausgestaltung des Schiedsverfahrens niederschlägt. Für die Schiedseinrichtung gelten grundsätzlich die Absätze 2 und 3 entsprechend, sodass etwa auch der Schiedsperson die vollständigen Unterlagen vorliegen müssen und auch hier die Rahmenempfehlungen nach § 133b Absatz 1 Satz 2 Berücksichtigung finden sollen. Das Verfahren soll eine zügige und flexible Festlegung des Vertragsinhalts ermöglichen. Die Wahl der Schiedseinrichtung und die konkrete Ausgestaltung des Schiedsverfahrens obliegen dabei den Ländern. Bereits bestehende Schiedseinrichtungen können weiterhin genutzt bzw. im Sinne eines gleichberechtigten Interessenausgleichs weiterentwickelt werden. Rechtsbehelfe gegen die Entscheidung der Schiedseinrichtung haben angesichts der Notwendigkeit einer funktionierenden Notfallrettung keine aufschiebende Wirkung. Um Klarheit über die sachlich zuständige Gerichtsbarkeit zu erreichen, ist die vorliegende Streitfrage als eine sonstige Angelegenheit der Sozialversicherung ausdrücklich der Sozialgerichtsbarkeit zugeordnet.

Zu Absatz 5

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt in einer Richtlinie das Nähere insbesondere zu den wesentlichen Inhalten und zur möglichst einheitlichen Ausgestaltung der Verträge nach Absatz 2 und der Vereinbarungen der Pauschale für die koordinierende Leitstelle nach Absatz 3. Dies können beispielsweise Musterverträge, Vorgaben für die Berechnungsgrundlagen und Gliederung der Entgelte oder notwendigen Nachweise sein. Diese Richtlinie bindet nur die Krankenkassen und kann diese insbesondere anleiten, wie bei der Gestaltung der Verträge und Vereinbarungen mit Rahmenempfehlungen nach § 133b Absatz 1 Satz 2 umzugehen ist. Eine größtmögliche Einheitlichkeit der Verträge und Vereinbarungen ist auch vor dem Hintergrund wichtig, eine möglichst hohe Transparenz und Vergleichbarkeit der Verträge und Vereinbarungen zu schaffen. Der bisherige vergleichbare Verweis auf die Bildung von Rahmenempfehlungen, entsprechend der Verträge im Hilfsmittelbereich nach § 127 Absatz 9, wird nicht übernommen, da hiervon kein Gebrauch gemacht worden ist. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt in der Richtline außerdem Näheres zum Übermittlungsverfahren nach Absatz 2 Satz 7 und Absatz 3 Satz 7, wozu insbesondere Übermittlungsinhalt und -zeitpunkt gehören. Die Übermittlung der aufbereiteten Ergebnisse der wesentlichen Inhalte der Entgeltverträge und der Vereinbarungen zur Pauschale für die koordinierende Leitstelle hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließlich jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit zur weiteren Transparenz vorzulegen.

Zu Absatz 6

Absatz 6 sieht eine Übergangsvorschrift vor. Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung können im ersten Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes ihre Leistungen gegenüber den Krankenkassen noch in der Höhe des jeweiligen nach bisheriger Rechtslage berechnungsfähigen Betrages abrechnen. Den Leistungserbringern der me-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

dizinischen Notfallrettung soll auf diese Weise eine gesicherte Finanzierung für den Zeitraum der Umstellung des Systems auf Entgeltverträge nach dem Sachleistungsprinzip des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewährleistet und eine Gefährdung der Sicherstellung der medizinischen Notfallrettung somit ausgeschlossen werden. Innerhalb dieser Übergangsfrist müssen die nach dieser Vorschrift vorgesehen Verträge – gegebenenfalls unter Einbeziehung der Schiedseinrichtungen – abgeschlossen werden. Werden die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Notfallrettung durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt, haben Versicherte entsprechend im ersten Jahr nach Inkrafttreten Anspruch auf Übernahme der Kosten für diese Leistungen in der nach bisheriger Rechtslage vorgesehenen Höhe. Die Versicherten trifft somit keine Gefahr, diese Kosten teilweise selbst tragen zu müssen.

Zu § 133a (Gesundheitsleitsystem)

§ 133a regelt die Errichtung des Gesundheitsleitsystems durch die Vernetzung der Leistungserbringers des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 mit den Akutleitstellen.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Bildung von Gesundheitsleitsystemen durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen. Auf Antrag eines Leistungserbringers des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 ist die zuständige Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, mit diesem ein Gesundheitsleitsystem zu bilden. Voraussetzung für eine Kooperation ist allerdings, dass Leistungserbringers des Notfallmanagements über eine softwarebasierte standardisierte Notrufabfrage verfügt, da sonst eine abgestimmte und patientensichere Weiterleitung von Hilfesuchenden innerhalb des Gesundheitsleitsystems nicht möglich ist.

In einem Gesundheitsleitsystem arbeiten die Leistungserbringer des Notfallmanagements und die Kassenärztlichen Vereinigungen zusammen. Das Gesundheitsleitsystem beschränkt sich auf die organisatorische und technische, insbesondere digitale Kooperation. Darüber hinaus können weitere Formen der Zusammenarbeit bis hin zur gemeinsamen Trägerschaft im Einvernehmen der Kooperationspartner in der Kooperationsvereinbarung geregelt werden.

Das Gesundheitsleitsystem übernimmt nicht die weiteren Aufgaben der Kooperationspartner, insbesondere nicht die über die Sicherstellung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung hinausgehenden öffentlichen Aufgaben der Leitstellen mit der Notrufnummer 112. Bei Anrufen zu der Rufnummer 116117 handelt es sich nicht um eine Notrufverbindung im Sinne des § 164 Absatz 1 Satz 1 des Telekommunikationsgesetzes.

Zu Absatz 2

In einer Kooperationsvereinbarung sind die Einzelheiten der Zusammenarbeit festzulegen. Wesentliche Grundlage einer solchen Zusammenarbeit ist insbesondere ein gemeinsames und verbindliches Verständnis zur Einschätzung der Dringlichkeit und des Versorgungsbedarfs. In einer Kooperationsvereinbarung ist daher insbesondere die Abstimmung der von den Kooperationspartnern verwendeten Abfragesysteme zu regeln. Dabei sind die unterschiedlichen Abfragesysteme angemessen zu berücksichtigen und so aufeinander abzustimmen, dass es zu übereinstimmenden Bewertungen des Gesundheitszustandes kommt, damit im Ergebnis eine widerspruchsfreie und rechtssichere Überleitung von Hilfesuchenden gewährleistet ist. Das jeweils verwendete Abfragesystem muss dazu geeignet sein, sowohl lebensbedrohliche Zustände in weniger als einer Minute zu erkennen als auch Behandlungsanlässe mit geringer oder fehlender Dringlichkeit zu identifizieren. Die Einhaltung der Standards der Notrufabfrage müssen überprüfbar sein und einer kontinuierlichen Kontrolle unterliegen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen nutzen das System nach § 75 Absatz 1c Satz 3. Sie wirken darauf hin, dass die Abstimmungen der Abfragesysteme mit den Leistungserbringern des Notfallmanagements möglichst einheitlich sind.

Darüber hinaus ist in der Kooperationsvereinbarung insbesondere der Umgang mit den Abfrageergebnissen zu vereinbaren, also die Entscheidung, welches Versorgungsangebot für ein bestimmtes Abfrageergebnis bedarfsgerecht und welche Rufnummer für die Disponierung dieses Versorgungsangebots zuständig ist. Die Reaktion auf das konkrete Hilfeersuchen erfolgt auf regionaler Ebene unter Berücksichtigung des dort vorhandenen Versorgungsangebotes. Hierzu und zur Zuständigkeit der Rufnummern für die Disponierung der jeweiligen Versorgung sind präzise Festlegungen in der Kooperationsvereinbarung zu treffen.

Für die Zusammenarbeit in einem Gesundheitsleitsystem und die verbindliche Festlegung, welcher Kooperationspartner aufgrund der ihm zur Verfügung stehenden Versorgungsangebote für welche Art von Ergebnissen der Abfragesysteme zuständig sein soll, ist es von erheblicher Wichtigkeit, dass die zur Disposition stehenden Ver-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

sorgungsangebote verlässlich arbeiten und auch eingeschätzt werden kann, wie schnell diese jeweils bei einem Hilfesuchenden eintreffen und die Versorgung beginnen können. Die Eintreffzeiten der aufsuchenden Dienste der Kassenärztlichen Vereinigungen sind bundesweit sehr unterschiedlich. Um die regionalen Besonderheiten und entsprechenden Personalressourcen angemessen berücksichtigen zu können und dennoch eine verbindliche Zusammenarbeit im Gesundheitsleitsystem mit verlässlichen Eintreffzeiten des aufsuchenden Dienstes zu gewährleisten, sind diese Zeiten von den jeweiligen Kooperationspartnern eines Gesundheitsleitsystems selbst in der Kooperationsvereinbarung entsprechend dem tatsächlich Leistbaren verbindlich festzulegen. Es sind hierbei Zeitspannen zu regeln, die eine sinnvolle Differenzierung der Abfrageergebnisse erlauben.

Es ist eine Verpflichtung zur Übernahme und unverzüglichen Bearbeitung von Fällen vorzusehen, die aufgrund des Ergebnisses des jeweiligen Abfragesystems und der erfolgten Festlegungen der Zuständigkeiten an die jeweils andere Partei der Kooperationsvereinbarung übergeben werden. Eine Rücküberweisung ist grundsätzlich nur aufgrund eines veränderten Patientenzustandes oder weiterer medizinischer Erkenntnisse aufgrund einer vertieften Abfrage möglich.

Die Kooperationspartner sind technisch so zu vernetzen, dass eine unmittelbare telefonische Weiterleitung und eine medienbruchfreie Bearbeitung und Übertragung der zum jeweiligen Hilfeersuchen aufgenommenen Daten möglich sind. Die Kooperationspartner sind bezüglich des Datenaustausches gemeinsame Verantwortliche nach Artikel 26 der Datenschutz-Grundverordnung. Um die technische Umsetzung einer sicheren Vernetzung und Kommunikation zu erleichtern und den Aufwand zu reduzieren, soll möglichst auf Dienste der Telematikinfrastruktur zurückgegriffen werden. Zur Sicherstellung eines effektiven Informationsaustauschs zwischen den eingesetzten informationstechnischen Systemen sollten die eingesetzten Schnittstellen entsprechend der Vorgaben des Zwölften Kapitels interoperabel ausgestaltet sein.

Zu Absatz 3

Gemäß Absatz 3 vereinbaren die Kooperationspartner in der Kooperationsvereinbarung ein gemeinsames Qualitätsmanagement, einschließlich der dafür notwendigen Strukturen (wie zum Beispiel einem Review-Gremium), für die ständige Evaluation der Abfragesysteme und der Überprüfung der Zuordnungen von Hilfesuchenden zur jeweiligen Versorgungsebene. Im Rahmen des Qualitätsmanagements sind auch geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der jeweiligen Abfragesysteme und der gemeinsamen Patientensteuerung zu treffen. Hierfür sind die einzelnen Prozessabläufe der Abfrage, insbesondere die Abfrage selbst, nachverfolgbar zu dokumentieren. Die entsprechenden Daten müssen im Sinne einer Feedbackschleife mit den Daten des jeweiligen disponierten Leistungserbringers, wie beispielsweise des Hausbesuchsdienstes, zusammengeführt und ausgewertet werden. So können beispielsweise Symptome oder Diagnosen verglichen werden und die Leitstelle erhält eine Rückkopplung zur Qualität der Abfrage. Damit soll sichergestellt werden, dass fehlerhafte Weiterleitungen in eine ungeeignete Versorgungsebene im Sinne der Patientensicherheit vermieden werden. Hierfür können auch Fehlermeldesysteme etabliert werden, an die alle Beteiligten der Akut- und Notfallversorgung Vorfälle anonymisiert, freiwillig und sanktionsfrei melden, bei denen der Verdacht einer Ersteinschätzungs- beziehungsweise Dispositionsfehlers besteht. Es wird klargestellt, dass der jeweils aufsuchende Leistungserbringer nur derjenigen Partei der Kooperationsvereinbarung die erforderlichen personenbezogenen Daten zurückmeldet, von deren Leitstelle er disponiert wurde. Diese Partei der Kooperationsvereinbarung wertet die Daten dann aus und analysiert sie gemeinsam mit dem Kooperationspartner. Die Kooperationspartner sind befugt, personenbezogene Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Rahmen des gemeinsamen Qualitätsmanagements zu verarbeiten und sie wechselseitig auszutauschen. Dies umfasst auch die Aufzeichnungen der eingehenden Anrufe, die aufgrund von Einwilligungen oder auf der Grundlage von landesrechtlichen Befugnisnormen erhoben wurden, soweit die jeweilige Ermächtigungsgrundlage dies umfasst. Soweit personenbezogene Daten von Beschäftigten der Kooperationspartner verarbeitet werden, sind die Anforderungen des Beschäftigtendatenschutzes zu beachten.

Zu Absatz 4

Die Parteien der Kooperationsvereinbarung sollen Krankentransporte, medizinische komplementäre sowie sonstige komplementäre Dienste für vulnerable Gruppen und für krisenhafte Situationen vermitteln, soweit diese verfügbar sind und landesrechtliche Regelungen dem nicht entgegenstehen. Das Nähere zur Vermittlung nach Satz 1 sollen die Parteien der Kooperationsvereinbarung mit den Krankentransportunternehmen und den jeweiligen komplementären Diensten vereinbaren.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die Verfügbarkeit bezieht sich sowohl auf das grundsätzliche Vorhandensein in dem räumlichen Zuständigkeitsbereich als auch auf die zeitliche Verfügbarkeit (Öffnungszeiten, Jahreszeit etwa bei winterspezifischen Hilfsangeboten). Medizinische komplementäre Dienste sind insbesondere notfallpflegerische, notfallpsychiatrische und notfallpalliative Leistungen, sowie Leistungen einer fachgerechten Versorgung außerklinischer geburtshilflicher Notfälle. Sonstige komplementäre Dienste für vulnerable Gruppen oder krisenhafte Situationen sind alle geeigneten, regional vorhandenen Angebote unabhängig von der Trägerschaft, die Menschen in Not- oder Problemsituationen helfen. Dies schließt auch die vielfältigen soziale Dienstleistungen mit ein, wie beispielsweise einen Kälte-Bus der Obdachlosenhilfe oder einen psychosozialen Dienst. Auch die öffentlichen Gesundheitsdienste mit ihren Sozialpsychiatrischen Diensten leisten je nach Ausstattung einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der Krisenhilfe und gehören ebenfalls zu den komplementären Diensten. Durch die Aufforderung an das Gesundheitsleitsystem, diese komplementären Dienste zu vermitteln, kann auch Hilfesuchenden mit spezifischen Problemlagen bedarfsgerecht geholfen werden. Rettungsmittel können somit zielgerichteter eingesetzt werden. Die Vermittlung durch das Gesundheitsleitsystem beschränkt sich auf Akut- und Notsituationen und hat keine Folge für die Finanzierung des komplementären Dienstes. Diese bleibt ebenso wie die Organisation in der jeweiligen Zuständigkeit. Die nähere Ausgestaltung der Vermittlung vereinbaren die Vertragsparteien mit dem jeweiligen Partner. Wenn durch das Gesundheitsleitsystem über die bloße Weitervermittlung hinausgehende Aufgaben übernommen werden, ist hierfür auch ein finanzieller Ausgleich für das Gesundheitsleitsystem zu vereinbaren.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt Berichtspflichten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Zusammenarbeit in Gesundheitsleitsystemen.

Zu § 133b (Fachgremium medizinische Notfallrettung)

§ 133b sieht vor, dass das Fachgremium medizinische Notfallrettung Rahmenempfehlungen für die medizinische Notfallrettung erstellt und diese fortschreibt. Aus § 133 ergibt sich, dass die Krankenkassen bei dem Abschluss ihrer Entgeltverträge die Rahmenempfehlungen des Fachgremiums medizinische Notfallrettung zu berücksichtigen haben. Zweck der Regelung ist die Sicherstellung und Förderung einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen, für Patienten sicheren und gleichzeitig wirtschaftlichen medizinischen Versorgung.

Zu Absatz 1

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bildet ein Fachgremium medizinische Notfallrettung, das Rahmenempfehlungen für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 beschließt und ständig fortentwickelt. Dabei sollen regionale Besonderheiten hinreichend berücksichtigt werden.

Zu Absatz 2

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen benennt 16 Mitglieder. Die Länder können jeweils ein Mitglied benennen. Die Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Länder benennen in der ersten Sitzung des Gremiums mit einfacher Mehrheit gemeinsam vier weitere Mitglieder aus dem Kreis der maßgeblichen Spitzenorganisationen von Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung auf Bundesebene, zwei weitere Mitglieder aus dem Kreis der maßgeblichen Fachgesellschaften auf Bundesebene und drei weitere Mitglieder der maßgeblichen Fachverbände auf Bundesebene. Das Bundesministerium für Gesundheit entsendet ein Mitglied.

Zu Absatz 3

Beschlussfassungen erfolgen mit einfacher Mehrheit. Jedes Mitglied mit Ausnahme des Vertreters des Bundesministeriums für Gesundheit hat eine Stimme. Jedes stimmberechtigte Mitglied kann seine Stimme auf ein anderes stimmberechtigtes Mitglied übertragen. Dadurch soll eine flexible und effiziente Arbeit des Gremiums mit einer angemessenen Teilnehmerzahl ermöglicht werden. Der Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit hat ein Mitberatungsrecht.

Zu Absatz 4

Absatz 4 beinhaltet eine nicht abschließende Aufzählung von Themen, zu denen das Gremium Rahmenempfehlungen abgeben soll.

Zu Nummer 1

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Rahmenempfehlungen sind danach zur Nutzung und einheitlichen Anwendung von qualitätsgesicherten, standardisierten softwaregestützten Abfragesystemen einschließlich der daraus folgenden Entscheidung über zu vermittelnde Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 Absatz 2 und der Anleitung von Erster Hilfe am Notrufort zu erstellen. Eine einfachere und bedarfsgerechtere Disposition wird durch die Nutzung von qualitätsgesicherten, standardisierten softwaregestützten Abfragesystemen ermöglicht. Durch die Nutzung dieser Systeme kann auch sichergestellt werden, dass die Voraussetzungen für die Errichtung eines Gesundheitsleitsystem nach § 133a seitens der Leitstellen vorliegen. Vorgesehen sind auch Rahmenempfehlungen hinsichtlich der Förderung der Laienreanimation und der Ersten Hilfe durch Laien in anderen zeitkritischen lebensbedrohlichen Situationen (wie beispielsweise das Stoppen von starken Blutungen, Unterstützung der Anwendung von der Patientin oder dem Patienten mitgeführten Auto-Injektoren bei schweren Allergien oder auch die Unterstützung einer Geburt) durch die telefonische Anleitung Anrufender am Notruf. So hat die Praxis gezeigt, dass diesbezüglich teilweise erhebliche Defizite vorliegen und durch entsprechende Maßnahmen Leben gerettet werden können.

Zu Nummer 2

Zusätzlich sind Rahmenempfehlungen zur Nutzung standardisierter und untereinander vernetzter Einsatzleitsysteme (Leitstellensoftware) vorgesehen. Diese Software soll eine landkreis-, länder- und leitstellenübergreifende Alarmierung von Einsatzmitteln ermöglichen. Ebenso soll die Anzeige der Verfügbarkeit von Einsatzmitteln mittels satellitengestützter Positionsbestimmungssysteme leitstellenübergreifend möglich sein. Vorgesehen sind auch Rahmenempfehlungen zur Bereitstellung und Honorierung entsprechender technischer und organisatorischer Schnittstellen. Dies kann beispielsweise der Bildung von Redundanzen sowie der Vernetzung zum Gesundheitsleitsystem nach § 133a dienen.

Zu Nummer 3

Es sind zudem Rahmenempfehlungen zum qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Einsatz von Telenotärztinnen oder Telenotärzten zur Unterstützung oder Sicherstellung einer fachgerechten Patientinnen- und Patientenversorgung zu erstellen.

Zu Nummer 4

Gegenstand der Rahmenempfehlung ist auch die Einbeziehung von besonderen Einsatzmitteln, die primär auf eine Versorgung vor Ort ausgerichtet sind, in die medizinische Notfallrettung. Durch entsprechende Maßnahmen können nicht bedarfsgerechte Einsätze durch kostenintensive Rettungswagen oder Krankenhausaufnahmen vermieden werden. Insbesondere sind hier Systeme zu nennen, die zum Einsatz kommen, wenn zwar am Notruf eine unmittelbare Lebensbedrohung, aber kein Notfall ausgeschlossen werden konnte. Auf die Transferempfehlung des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Projekt ILEG (Inanspruchnahme, Leistungen und Effekte des Gemeindenotfallsanitäters) wird verwiesen. Für diese Systeme sind Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit und Bedarfsgerechtigkeit zu formulieren, um einer ineffizienten Leistungsausweitung vorzugreifen. Wenn diese Systeme Kosten für reguläre Einsatzmittel wie insbesondere Rettungswagen und Notarzteinsatzmittel vermeiden, können diese von Nutzen sein. Hier ist darauf zu achten, dass möglichst Synergien mit aufsuchenden Diensten wie dem der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 75 Absatz 1b gibt. Es sollen ebenfalls Anforderungen an die Weiterbildung für diese Systeme entwickelt werden.

Zu Nummer 5

Das Fachgremium medizinische Notfallrettung soll zudem Rahmenempfehlungen für Konzepte zur Vermeidung von Einsätzen durch die Vernetzung weiterer medizinischer komplementärer sowie sonstiger komplementärer Dienste für vulnerable Gruppen und für krisenhafte Situationen nach § 133a Absatz 4 entwickeln. Hierbei sind die Eruierung der Fälle, in denen eine Vermittlung an die komplementären Dienste sinnvoll erscheint, sowie die Umsetzung der Vermittlung in den Blick zu nehmen. Weiterhin kann dies auch Maßnahmen des sogenannten vorbeugenden Rettungsdienstes umfassen, beispielsweise den Einsatz von Organisationseinheiten, die sich im Rahmen eines Case-Managements um Personen kümmern, die besonders häufig die Notfallrettung alarmieren und dafür sorgen, dass für diese die richtige Versorgungsebene gefunden wird.

Zu Nummer 6

Hinzu kommen Rahmenempfehlungen zum Einsatz und der leitstellenübergreifenden Vernetzung von digitalen Lösungen zur Patientensteuerung und zur Patientenzuweisung mithilfe eines integrierten softwaregestützten Ver-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

sorgungskapazitäten-Nachweises in geeignete Versorgungseinrichtungen. Ziel ist ein schneller Austausch zwischen den Krankenhäusern, den Leistungserbringern des Notfallmanagements, den Gesundheitsbehörden und anderen medizinischen Diensten, wie dem Ärztlichen Notdienst, der Kassenärztlichen Vereinigung oder niedergelassenen Ärzten.

Zu Nummer 7

Gesetzlich intendiert sind auch Rahmenempfehlungen hinsichtlich der Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelfer-Alarmierungssysteme. Dies sind auf der einen Seite technische Anforderungen, insbesondere zu Datensicherheit, Ausfallsicherheit, der Verfügbarkeit von Schnittstellen zu anderen auf digitalen Anwendungen basierenden Ersthelferalarmierungssystemen und den Integrierten Leitstellen sowie den Mindestinhalten der den Ersthelferinnen und Ersthelfern übermittelten Daten. Auf der anderen Seite umfasst dies organisatorische Anforderungen, insbesondere zur Registrierung der Ersthelferinnen und Ersthelfer, den für den Einsatz von Ersthelferinnen und Ersthelfern geeigneten Notfallbildern, den Sicherheitsmaßnahmen zur Minimierung der Gefährdung der Ersthelferinnen und Ersthelfer sowie der Einsatznachsorge,

Zu Nummer 8

Ebenso sollen Rahmenempfehlungen für standardmäßige Verfahrensweisen für die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter bei notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen abgegeben werden. Dies können insbesondere Vorgaben zur Umsetzung der eigenverantwortlichen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäter nach § 4 Absatz 2 Nummer 2c des Notfallsanitätergesetzes sein, ebenso Handlungsempfehlungen auf der Basis aktueller Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften. Damit soll eine gleichwertige Versorgungsqualität erzielt werden. Die Rahmenempfehlungen können dann durch die jeweils verantwortlichen Personen, beispielsweise die Ärztlichen Leitungen, in jeweiligen Verantwortungsbereich in konkrete medizinische bzw. standardisierte Handlungsanweisungen, sogenannte „Standard Operating Procedures (SOP), Behandlungspfade oder Dienstanweisungen umgesetzt werden.

Zu Nummer 9

Schließlich sollen auch Rahmenempfehlungen zum zeitlichen Umfang und zur Zielsetzung von Fort- und Weiterbildungen für Rettungsfachpersonal abgegeben werden. Zu dem Rettungsfachpersonal gehören nicht Ärztinnen und Ärzte. Das Gremium soll ein gemeinsames bundesweites Rahmenverständnis dazu erreichen, für welche Aufgabenbereiche und Tätigkeiten, in welchem Umfang und mit welcher Zielsetzung Fort- und Weiterbildungen für Rettungsfachpersonal erforderlich sind. Der Auftrag beinhaltet insbesondere keine konkreten Inhalte. Die konkrete Ausgestaltung von Fort- und Weiterbildungen obliegt grundsätzlich den Ländern im Rahmen ihrer Gesetzgebungskompetenz.

Zu Absatz 5

Alle Mitglieder des Fachgremiums medizinische Notfallrettung können Themen benennen, über die eine Beratung und Entscheidung erfolgt.

Die Patientenorganisationen nach § 140f sind nicht Teil des Gremiums, sollen jedoch zu Fachempfehlungen, die ihren Bereich betreffen, angehört werden. Ihnen ist bei der Erstellung der Fachempfehlung jeweils Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; diese Stellungnahmen sind bei der Erstellung der Rahmenempfehlungen zu berücksichtigen.

Das Fachgremium medizinische Notfallrettung kann Ausschüsse zur Beratung spezifischer Themen bilden, für die weitere Mitglieder von Fachgesellschaften und Fachverbänden auf Bundesebene sowie Einzelsachverständige mit einfacher Mehrheit benannt werden können.

Zu Absatz 6

Das Bundesministerium für Gesundheit kann Fristen für die Erstellung der Rahmenempfehlungen festlegen. Werden diese Fristen nicht eingehalten, kann das Bundesministerium für Gesundheit entsprechende Empfehlungen im Benehmen mit den Vertretern der Länder, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Leistungserbringer sowie der Fachgesellschaften und Fachverbände aus dem Gremium erstellen. Den Patientenorganisationen nach § 140f ist wiederum eine Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Absatz 7

Das Gremium gibt zudem Empfehlungen zur Übermittlung der Daten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung nach § 133d ab. Dies umfasst Strukturdaten und einsatzspezifische Leistungsdaten sowie Angaben zur Qualifikation des beteiligten Personals. Grundlage hierfür kann etwa der minimale Notfalldatensatz (MIND) der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin sein. Zur Ermittlung der Leistungsqualität in der medizinischen Notfallrettung ist es zudem erforderlich, dass die Daten einer regionalen Einheit zugeordnet werden können. Die Rahmenempfehlungen sollen auch bundesweit zu erhebende Qualitätsindikatoren der medizinischen Notfallrettung umfassen, die für die Ermittlung der Leistungsqualität in der medizinischen Notfallrettung erforderlich sind und in die Veröffentlichung nach § 133d einfließen. Die zu erfassenden statistischen Daten sollen das Leistungsgeschehen in der medizinischen Notfallrettung transparent abbilden und als Grundlage für die Verhandlungen der Entgeltverträge für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung dienen können.

Bundesweit einheitlich zu erfassende Daten der Notfallrettung legen auch die Grundlage für andere Anwendungen wie beispielsweise das Monitoring ungewöhnlicher Häufungen von bestimmten Notfällen durch das vermehrte Auftreten akuter Vergiftungen aufgrund von psychoaktiven Substanzen oder von bislang unbekannten Infektionsfällen. Diese Surveillance- oder Frühwarnsysteme können allerdings nicht über die Datenübermittlung wie in § 133d vorgesehen erreicht werden, da diese nur einmal im Jahr erfolgt. Die Regelungen zur Organisation dieser Surveillance- oder Frühwarnsysteme muss auf einer eigenen landes- oder bundesrechtliche Grundlage gesondert erfolgen; zur Vermeidung einer Mehrfacherfassung und zusätzlichen bürokratischen Aufwandes sollte allerdings die Datengrundlage immer einheitlich sein.

Zu Absatz 8

Das Gremium legt das Nähere zur Arbeitsweise und zur Beschlussfassung in einer Geschäftsordnung fest.

Zu Absatz 9

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann zur Koordinierung der Tätigkeit des Gremiums eine Geschäftsstelle einrichten. Die Geschäftsstelle kann für fachliche Recherchen und die Vorbereitung von Rahmenempfehlungen auch Sachausgaben für die Inanspruchnahme Dritter tätigen.

Zu § 133c (Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung)

Zu Absatz 1

Zur Versorgung von rettungsdienstlichen Notfällen im Sinne des § 30 Absatz 1 Satz 2 und Akutfällen im Sinne von § 75 Absatz 1b Satz 1 der Versicherten ist die Verarbeitung und damit auch die Übermittlung der erhobenen Behandlungsdaten insbesondere für die medizinisch erforderliche Weiterbehandlung durch weiterversorgende Stellen von essentieller Bedeutung. Zu den für die Behandlung erforderlichen Daten gehören auch etwaige Ergebnisse von Ersteinschätzungsverfahren. Diese Datenübermittlung ist eine wesentliche Voraussetzung, um eine erfolgreiche medizinische Behandlung im Rahmen der weitgehend arbeitsteiligen Akut- und Notfallversorgung zu gewährleisten. Unbeschadet der bereits nach geltendem Recht bestehenden Befugnis zur Verarbeitung der für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten durch die jeweiligen Behandler sieht daher § 133c Absatz eine Verpflichtung für die im Gesetz ausdrücklich genannten Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung zur digitalen Notfalldokumentation vor, also zur digitalen Erhebung und Speicherung der für die weitere medizinische Diagnostik und Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten, zur Übermittlung dieser Daten an die jeweils weiterversorgende Stelle und zu deren Empfang bei der Versorgung von rettungsdienstlichen Notfällen und Akutfällen. Die Verpflichtung gilt für die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, die an der Notfallversorgung beteiligten zugelassenen Krankenhäuser, die zentralen Ersteinschätzungsstellen von Integrierten Notfallzentren und von Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche, die Akutleitstellen und die Ärzte, die im Notdienst tätig sind oder für einen Leistungserbringer nach § 123 Absatz 1 Satz 5 oder in einer Kooperationspraxis Patientinnen und Patienten eines Integrierten Notfallzentrums behandeln. Diese Verpflichtung gilt, sobald die erforderlichen technischen Voraussetzungen vorliegen. Für die digitale Notfalldokumentation sind bundeseinheitlich definierte, digitale und interoperable Schnittstellen und Standards für die Datensätze, insbesondere zur Vernetzung und interoperablen digitalen Fallübergabe nach § 123a Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 sowie zur digitalen Fallübergabe zwischen den Parteien der Kooperationsvereinbarung nach § 133a, nach dem Zwölften Kapitel festzulegen. Die Datenübermittlung zwischen Beteiligten soll unter Nutzung der sicheren Übermittlungsverfahren

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

der Telematikinfrastruktur erfolgen. Voraussetzung ist ein Anschluss der jeweiligen Leistungserbringer beziehungsweise der Einrichtung an die Telematikinfrastruktur.

Soweit die hierfür erforderlichen technischen Voraussetzungen bestehen und ein einheitlicher Standard für die Datensätze festgelegt wurde, sind die im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung erhobenen Daten zusätzlich durch die hierzu eingebundenen, zugriffsberechtigten Leistungserbringer unmittelbar nach der erfolgten Versorgung in der elektronische Patientenakte der versicherten Person zu speichern.

Auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten außerhalb der Notdienststrukturen, zum Beispiel durch zugelassene Hausärztinnen und Hausärzte, andere zugelassene Vertragsärztinnen und -ärzte oder in zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren, findet die Vorschrift keine Anwendung.

Zu Absatz 2

Für eine effektive medizinischen Notfallrettung und die Frage, wohin ein Rettungsmittel eine Patientin oder einen Patienten zur Weiterversorgung bringt, ist eine umfassende, detaillierte und jederzeit aktuelle Übersicht über die derzeit verfügbaren Versorgungskapazitäten in Notaufnahmen von zentraler Bedeutung. Die zuständige Landesbehörde kann daher eine Stelle benennen, die ein Versorgungskapazitätennachweissystem zur Verfügung stellt. Dies bezeichnet ein softwarebasiertes Informationssystem zur einrichtungsbezogenen Erfassung, Darstellung und Verwaltung der aktuellen Verfügbarkeit der für die medizinische Weiterbehandlung relevanten Kapazitäten der Versorgungseinrichtungen und die jeweils erfolgende Patientenzuweisung in Echtzeit. Hier ist mindestens ein „Negativnachweis“ zu erbringen, also eine Einschränkung oder Sperrung der Versorgungseinrichtung (Beispiel: Krankenhaus kann nicht angefahren werden, da ein für die Versorgung wesentliches Gerät nicht zur Verfügung steht). Im Fall von Ausnahmesituationen mit einer außergewöhnlichen Belastung des Gesundheitssystems (wie beispielsweise der Massenanfall von Verletzten oder Pandemien) erfasst das Versorgungskapazitätennachweissystem zusätzlich regelmäßig alle relevanten Versorgungskapazitäten im Sinne eines „Positivnachweises“, also beispielweise die Anzahl der noch verfügbaren Intensivbetten. Dies ermöglicht in diesen Ausnahmesituationen auch ein Lagebild und die strategische Steuerung von Patientenzuweisungen. Das Informationssystem enthält insoweit nur einrichtungsbezogene Daten und keine versichertenbezogenen Daten. Die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung werden verpflichtet, ein solches Informationssystem zu nutzen und die an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser werden verpflichtet, ihre jeweils aktuell bestehenden Kapazitäten in Echtzeit an das Versorgungskapazitätennachweissystem zu melden. Die von der zuständigen Landesbehörde benannte Stelle sowie die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung haben alles ihrerseits Erforderliche zu tun, damit das Versorgungskapazitätennachweissystem landesgrenzübergreifend genutzt werden kann und die Leistungserbringer des Notfallmanagements auf Einsatzmittel und Versorgungskapazitäten unabhängig von ihrer organisatorischen Zuordnung zu Landkreisen oder Ländern zugreifen können. Die Akutleitstellen sollen einen lesenden Zugriff auf das Versorgungskapazitätennachweissystem erhalten.

Für die Vernetzung der Versorgungskapazitätennachweissysteme untereinander sind bundeseinheitlich definierte, digitale und interoperable Schnittstellen und Standards für die Datensätze nach dem Zwölften Kapitel festzulegen. Die Gesellschaft für Telematik hat im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik Vorgaben zur Informationssicherheit festzulegen.

Zu Absatz 3

Die Leistungserbringer des Notfallmanagements müssen nach Ablauf einer Übergangsfrist von zwei Jahren ab Inkrafttreten des Gesetzes auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme nutzen. Auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme haben das Ziel, das interventionsfreie Intervall bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand bis zum Eintreffen der Notfallrettung zu verkürzen. Sie koordinieren die in diesem System organisierten Ersthelferinnen und Ersthelfer über eine digitale Alarmierungsanwendung, sodass diese bei einem Notfallereignis möglichst schnell vor Ort sein können und bereits lebensrettende Erste-Hilfe-Maßnahmen durchführen können, bevor die Notfallrettung eintrifft. Die Ersthelferinnen und Ersthelfer erhalten die Informationen über ein Notfallereignis digital von den Leistungserbringern des Notfallmanagements übermittelt. Da es im Bundesgebiet mehrere Anbieter von auf digitalen Anwendungen basierenden Ersthelferalarmierungssystemen gibt und ein Leistungserbringer des Notfallmanagements auf Ersthelferinnen und Ersthelfer unabhängig davon, bei welchem System sie registriert sind, zugreifen können soll, sind solche Systeme zu nutzen, die untereinander interoperabel sind und den Anforderungen der Rahmenempfehlungen nach § 133b Absatz 4 Nummer 7 entsprechen. Diese sehen unter anderem technische und organisatorische Anforderungen vor. Die auf digi-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

talen Anwendungen basierenden Ersthelferalarmierungssysteme sollen zudem so konzipiert sein, dass sie für die Ersthelferinnen und Ersthelfer einfach zu bedienen sind und so einer möglichst großen Verbreitung offenstehen. Für die Vernetzung der auf digitalen Anwendungen basierenden Ersthelferalarmierungssysteme untereinander sind bundeseinheitlich definierte, digitale und interoperable Schnittstellen und Standards für die Datensätze nach dem Zwölften Kapitel festzulegen.

Zu § 133d (Datenübermittlung zur Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung, Verordnungsermächtigung)

Um den jeweiligen Planungsbehörden und -stellen für die medizinische Notfallrettung eine effektive und effiziente Planung und Ausgestaltung der jeweiligen Versorgungsstrukturen zu ermöglichen und das Leistungsgeschehen insgesamt transparenter darzustellen, werden die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung verpflichtet, die für die Ermittlung der Leistungsqualität in der medizinischen Notfallrettung erforderlichen Daten anonymisiert und elektronisch an eine vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen geführte Datenstelle auf Bundesebene zu übermitteln. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt eine Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu erlassen, die die für die Ermittlung der Leistungsqualität in der medizinischen Notfallrettung erforderlichen Daten der Leistungserbringer festlegt.

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

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

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

Die Datenstelle darf die ihr übermittelten Daten ausschließlich zur Erfüllung ihrer Aufgaben verarbeiten und die Daten also auch nicht zu anderen Zwecken an andere Organisationseinheiten des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen übermitteln.

Zu § 133e (Einbindung der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung in die Telematikinfrastruktur und Finanzierung)

Zu Absatz 1 und Absatz 2

Die Regelungen enthalten die Verpflichtung der von § 133 erfassten Leistungserbringer sich bis zum Ablauf von 15 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes an die Telematikinfrastruktur (TI) anzuschließen und die Erstattung der dadurch entstehenden telematikbedingten Ausstattungs- und Betriebskosten. Die Leistungserbringer erhalten die in der Finanzierungsvereinbarung für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in der jeweils geltenden Fassung vereinbarten Erstattungen (TI-Pauschale). Zum Ausgleich der in § 376 genannten Ausstattungs- und Betriebskosten erhalten die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 zunächst grundsätzlich die in der Festlegung des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 378 Absatz 2 Satz 2 für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer vereinbarte TI-Pauschale von den Krankenkassen.

Zu Absatz 3

Um eine angemessene Höhe dieser Ausgleichszahlungen für die von der Regelung erfassten Leistungserbringer zu gewährleisten vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Vereinigungen der entsprechenden Leistungserbringer auf Bundesebene in einer Finanzierungsvereinbarung nicht nur das Nähere zum Ausgleich der Erstattungen, dem Zahlungs- und Abrechnungsverfahren sowie der Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen, sondern auch ein von der Ausgleichszahlung nach Absatz 2 abweichender Ausgleichsbedarf der Leistungserbringer der medizinischen Notfall-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

rettung nach § 30 im Vergleich zu den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern aufgrund ihrer Besonderheiten, insbesondere bezogen auf Größe, Anzahl der Fahrzeuge und Beschäftigtenanzahl. Mit der Telematikinfrastruktur wird eine technisch sichere Basis für die Kommunikation im Gesundheitswesen geschaffen, die zukünftig auch die medizinische Notfallrettung nutzen soll. Weil medizinische Notfälle sich unabhängig vom Versicherungsstatus ergeben, sollen auch privat Versicherte und deren Leistungserbringer in der medizinischen Notfallrettung im Rahmen der privaten Krankenversicherung davon profitieren und die mit diesem Gesetz verbesserten Strukturen der Notfallversorgung einschließlich des Anschlusses an die Telematikinfrastruktur nutzen können. Da die Telematikinfrastruktur einschließlich der Anschluss- und Betriebskosten der Leistungserbringer von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird, ist eine Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen an den Kosten angemessen. Im Zusammenhang mit dem Eintritt der Privaten Krankenversicherung als Gesellschafter in die Gesellschaft für Telematik haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. bereits eine Vereinbarung geschlossen, die unter anderem eine Beteiligung der privaten Krankenversicherung an den entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten im Zusammenhang mit dem Anschluss an die Telematikinfrastruktur regelt. Darin ist eine Erstattung für die Erst- und Folgeausstattung sowie die Betriebskosten der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Hebammen, Physiotherapeuten und die Pflege in Höhe von sieben Prozent der jährlich dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entstehenden Kosten enthalten. Darüber hinaus verpflichtet sich der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., sich in Höhe von sieben Prozent an den Kosten, die dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Rahmen des Anschlusses weiterer Leistungserbringer aus anderen Sektoren an die Telematikinfrastruktur entstehen, zu beteiligen. Dies findet auch auf die Leistungserbringer in der medizinischen Notfallrettung Anwendung. Um insoweit Rechtssicherheit, vor allem im Hinblick auf die Besonderheiten der Leistungserbringer in der medizinischen Notfallrettung zu schaffen, wird die Beteiligung des Verbands der Privaten Krankenversicherung e.V. an den Festlegungen für die Kostenerstattung noch einmal ausdrücklich gesetzlich geregelt. Es handelt sich hierbei nicht um eine Mitfinanzierung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch die private Krankenversicherung, sondern um eine Beteiligung in der Höhe, die der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. verhandelt. Hierbei wird vermutlich der um Beihilfeanteile bereinigte Krankenversicherungsmarkt-Anteil der privaten Krankenversicherung eine Rolle spielen, der auch der oben genannten Vereinbarung mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zugrunde lag. Der Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung zur Finanzierung des Anschlusses an die Telematikinfrastruktur zur Verfügung stellen muss, wird um den Betrag gemindert, den die privaten Krankenversicherungsunternehmen bereit stellen. Durch seine Beteiligung an der Vereinbarung hat der Verband der Privaten Krankenversicherung die Möglichkeit, seine Interessen einzubringen.

Zu Absatz 4

Die Vereinbarungspartner der Finanzierungsvereinbarung nach Absatz 3 verhandeln Anpassungen des abweichenden Ausgleichsbedarf im Abstand von jeweils zwei Jahren, sofern dies erforderlich ist. Wird eine Anpassung nicht innerhalb dieses Zeitraums vereinbart, gilt die jeweils bestehende Finanzierungsvereinbarung fort

Zu § 133f (Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung)

Zu Absatz 1

Investitionen in die digitale Infrastruktur für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung werden in den Jahren von 2027 bis 2031 aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes finanziert. Hierfür stehen in dem Zeitraum insgesamt 225 Millionen Euro zur Verfügung. Absatz 1 benennt konkret die hierfür in Frage kommenden Fördertatbestände. So sollen Investitionskosten für die Beschaffung von softwarebasierten standardisierten Notrufabfragen im Rahmen des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 und für die Errichtung von Gesundheitsleitsystemen nach § 133a gefördert werden. Weitere wesentliche Elemente der Digitalisierung im Rahmen der Notfallversorgung sind die Einführung der digitalen Notfalldokumentation nach § 133c Absatz 1, des Versorgungskapazitätennachweissystems nach § 133c Absatz 2 sowie die auf digitalen Anwendungen basierende Einbindung von Ersthelferinnen und Ersthelfern nach § 133c Absatz 3. Das AED-Kataster nach § 133h wird durch das Bundesministerium für Gesundheit errichtet.

Um sicherzustellen, dass – angesichts der strengen Zweckbindung von Sozialversicherungsbeiträgen – keine Maßnahmen gefördert werden, die außerhalb der Aufgaben der Sozialversicherung stehen, wird klargestellt, dass bei der Förderung von Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung nach § 30 solche Kosten nicht berücksichtigt werden, die durch eine über den jederzeitigen Leistungsanspruch nach § 30 hinausgehende öffentliche Aufgabe bedingt sind. Dies wird zudem auch durch die enge Begrenzung der Förderung auf die genannten kon-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

kreten Vorhaben, die ausschließlich der medizinischen Notfallrettung zuzuordnen sind, sichergestellt. Gefördert werden außerdem ausschließlich Investitionen der aufgeführten Maßnahmen; Verwaltungskosten auf Antragstellerseite, die im Rahmen der jeweiligen Maßnahmen entstehen, können nicht aus Mitteln des Fonds gefördert werden.

Zu Absatz 2

Von der Fördersumme werden im Förderzeitraum von 2027 bis 2031 insgesamt 2,5 Millionen Euro vom Bundesministerium für Gesundheit verwaltet. Aus diesen Mitteln werden insbesondere die für die Errichtung des AED-Katasters nach § 133h notwendigen Investitionskosten finanziert.

Zu Absatz 3

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen übernimmt die Abwicklung der Förderung der Maßnahmen. Für diese Förderungen stellt der Bund dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen im gesamten Förderzeitraum insgesamt 222,5 Millionen Euro zur Verfügung. Die Mittel werden in jährlichen Raten von 44,5 Millionen Euro jeweils bis zum 15. Januar ausgezahlt. Hierfür wird beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen ein Fonds eingerichtet, der die Mittel zweckgebunden verwaltet.

Zu Absatz 4

Für jedes der Kalenderjahre 2027 bis 2031 können die Antragsberechtigten eines Landes den Anteil an den zur Verfügung stehenden Fördermitteln abrufen, der sich für das jeweilige Land aus dem Königsteiner-Schlüssel für das Jahr 2020 ergibt. Von diesen im jeweiligen Kalenderjahr zur Verfügung stehenden Mitteln werden die notwendigen Aufwendungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für die Verwaltung des Fonds und die Durchführung der Förderung abgezogen. In einem Kalenderjahr nicht verausgabte oder zurückgezahlte Fördermittel werden in das jeweils folgende Kalenderjahr übertragen und stehen den Antragsberechtigten zusätzlich zu den Fördermitteln nach dem Königsteiner-Schlüssel zur Verfügung. Damit wird auch sichergestellt, dass die für die Digitalisierung im Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität zur Verfügung gestellten Fördermittel nicht am Jahresende verfallen, sondern durch die Möglichkeit der Übertragung auf das nächste Kalenderjahr vollständig ausgeschöpft werden können. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht quartalsweise auf seiner Internetseite die Höhe der im laufenden Kalenderjahr noch zur Verfügung stehenden Beträge pro Land, sodass die Antragsberechtigten einschätzen können, ob ein Antrag in diesem Jahr noch möglich ist. Die Veröffentlichung dient darüber hinaus der Transparenz, da die Beträge wegen möglicher Mittelüberträge aus dem Vorjahr vom Königsteiner Schlüssel abweichen können.

Zu Absatz 5

Antragsberechtigt sind Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 und Kassenärztliche Vereinigungen, die ein Gesundheitsleitsystem nach § 133a bilden. Die digitale Vernetzung von Kassenärztlichen Vereinigungen mit Leistungserbringern des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 zu einem Gesundheitsleitsystem dient der besseren und effizienteren Patientinnen- und Patientensteuerung sowie der Entlastung der Notfallrettung und stellt eine wesentliche Säule für ein integriertes und digital vernetztes System der Notfallversorgung dar. Die gesetzlichen Vorgaben in § 133a – insbesondere zur Schnittstellengestaltung, Datenübergabe und dem gemeinsamen Qualitätsmanagement – lösen dabei bei beiden Kooperationspartnern einen notwendigen Digitalisierungs- und Investitionsbedarf aus.

Zu Absatz 6

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann den Leistungserbringern eines Landes Fördermittel bis zu dem nach Absatz 4 errechneten Betrag zuteilen.

Vor einer Förderung von Leistungserbringern der medinischen Notfallrettung nach § 30 muss ein Benehmen mit der zuständigen Landesbehörde erzielt werden. Durch die Benehmensherstellung mit den zuständigen Landesbehörden werden diese frühzeitig über die Antragsstellung informiert, so dass gegebenenfalls auch eine landesseitige Steuerung der Investitionskostenförderung, insbesondere durch Priorisierung, unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Fördermittel im Förderjahr erfolgen kann.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen prüft die Anträge, erlässt die Förderbescheide und veranlasst die Auszahlung gegenüber den Antragsberechtigten. Mindestvoraussetzung der Förderung ist zunächst, dass die je-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

weiligen Anforderungen der in Absatz 1 genannten Fördertatbestände eingehalten sind. Die jeweiligen Rahmenempfehlungen nach § 133b Absatz 1 Satz 2 zu den förderfähigen Maßnahmen sind außerdem zu berücksichtigen.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen informiert die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen quartalsweise über die erfolgten Förderungen. Dies dient dem Ausschluss der Doppelfinanzierung nach Absatz 9. Die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen werden dadurch frühzeitig über die Förderung in Kenntnis gesetzt und können so in den jeweiligen Vertragsverhandlungen nach § 105 Absatz 1b und § 133 Absatz 2 eine Doppelfinanzierung möglichst frühzeitig ausschließen.

Zu Absatz 7

Die Antragsberechtigten haben die zweckentsprechende Verwendung der Mittel gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in geeigneter Form nachzuweisen. Sofern die Fördervoraussetzungen nachträglich nicht mehr gegeben sind oder die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden, fordert der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die bereits ausgezahlten Fördermittel zurück.

Zu Absatz 8

Die für die Verwaltung des Digitalisierungsfonds und die Durchführung der Förderungen notwendigen Aufwendungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen werden aus den nach Absatz 3 zur Verfügung gestellten Mitteln gedeckt.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt bis zum 31. März 2027 nähere Vorgaben zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen für die Antragsstellung und den Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung in einem einheitlichen Format oder in einer maschinell auswertbaren Form fest. Die Herstellung eines Einvernehmens mit dem Bundesministerium für Gesundheit ist erforderlich, um sicherzustellen, dass ein ordnungsgemäßes und mit den Zwecken der Förderung übereinstimmendes Verfahren gewährleistet ist. Für die Rechnungslegung und die Bewirtschaftung der Fördermittel gelten die für die Sozialversicherungsträger geltenden Vorschriften entsprechend. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen von den Antragsstellern zurückzufordern. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit in den Jahren 2028 bis 2032 jeweils bis zum 31. März über die in dem jeweiligen vorangegangenen Kalenderjahr geförderten Vorhaben, insbesondere über die Höhe, den Verwendungszweck und den Verwendungsort von zugeteilten Fördermitteln sowie über etwaige Rückforderungen, sodass eine zweckentsprechende Mittelverwendung nachvollzogen und sichergestellt werden kann. Das Bundesministerium für Gesundheit erhält so auch die Möglichkeit, im Rahmen seiner Rechtsaufsicht über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Fördergeschehen eng zu begleiten. Die Berichtspflicht ist für die gesetzlich nach § 10 Gesetz zur Errichtung eines Sondervermögens Infrastruktur und Klimaneutralität vorgeschriebenen Erfolgskontrollen essentiell, da das Bundesministerium für Gesundheit so nachvollziehen kann, in welchem Umfang die gesetzlichen Anforderungen der hier genannten Fördertatbestände umgesetzt und damit auch die Ziele der Förderung durch das Sondervermögen erreicht wurden. Die Berichte sind eine wichtige Grundlage für eine mögliche Evaluation der Förderung oder auch für eine Veröffentlichung der Ergebnisse.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt nach dem 31. Dezember 2031 die nicht verausgabten oder nach dem 31. Dezember zurückgezahlte Fördermittel unverzüglich an das Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität zurück.

Zu Absatz 9

Investitionen nach Absatz 1 sollen nach dieser Vorschrift gefördert werden, weil über das Sondervermögen eine Mittelbereitstellung – anders als beispielsweise eine Refinanzierung über Entgelte nach § 133 Absatz 2 – unmittelbar erfolgen und somit die Digitalisierung schnell und flächendeckend vorangetrieben werden kann. Der Fördertatbestand unterstützt damit das Ziel der digitalen Vernetzung der Versorgungsbereiche und der damit einhergehenden effizienteren Patientinnen- und Patientensteuerung und -versorgung. Für Fälle, in denen eine Finanzierung über das Sondervermögen nicht möglich ist, weil beispielsweise die Mittel im entsprechenden Haushaltsjahr bereits verausgabt sind, bleibt es bei der Möglichkeit der Refinanzierung über § 133 Absatz 2.

Satz 2 verhindert eine Doppelfinanzierung durch die Krankenkassen und andere Kostenträger, wie zum Beispiel private Krankenversicherungsunternehmen. Zweckentsprechend abgerufene und eingesetzte Investitionskosten sind nicht mehr in den Entgelten nach § 133 Absatz 2, der Förderung nach § 105 Absatz 1b sowie in anderweitigen Kosten- und Gebührenkalkulationen gegenüber anderen Kostenträgern ansatzfähig.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu § 133g (Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben)

Die Regelung schafft die Möglichkeit, dass die zuständigen Landesbehörden im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem einzelnen Leistungserbringer des Notfallmanagements im Land besondere koordinierende Funktionen und überregionale Aufgaben zuweisen kann. Zweck der Regelung ist die Bündelung von besonderen Aufgaben in einem Leistungserbringer des Notfallmanagements, um Schnittstellen zu reduzieren und die Effizienz zu erhöhen. Die Aufgaben umfassen insbesondere die folgenden Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben.

Nummer 1 beschreibt die korrespondierende Regelung zum § 6b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, der die Möglichkeit einräumt, eine gleichartige Aufgabe einem Krankenhaus zuzuweisen. Das Zusammenwirken mit einer vom Land bestimmten Rettungsleitstelle ist hier bereits vorgesehen. Der Begriff Großschadenslage bezeichnet medizinische Großschadenslagen mit einer großen Anzahl von verletzten oder erkrankten Menschen; der Katastrophen- oder Bevölkerungsschutz bleibt davon unberührt.

Nummer 2 eröffnet die Möglichkeit, alle überregionalen Vernetzungs- und Koordinierungsaufgaben, die in der Zusammenarbeit mit den Kassenärztlichen Vereinigungen entstehen, der koordinierenden Leitstelle nach dieser Vorschrift zuzuweisen. Dies soll den Kassenärztlichen Vereinigungen, die nach § 133a Absatz 1 verpflichtet sind, ein Gesundheitsleitsystem mit den Leistungserbringern des Notfallmanagements zu bilden, die Abstimmung erleichtern und Schnittstellen reduzieren. Je nach Land bestehen im Zuständigkeitsbereich einer Kassenärztlichen Vereinigung bis zu 30 in Betracht kommende Leistungserbringer.

Nummer 3 ermöglicht eine Konzentration von überregionalen Projekten der Digitalisierung auf einen Leistungserbringer des Notfallmanagements, die diese Informationen und Dienste dann anderen Leistungserbringern des Notfallmanagements im Land zur Verfügung stellen kann. Dies gilt insbesondere für Projekte wie ein interdisziplinäres Versorgungskapazitätennachweissystem, das auch landesweit genutzt werden soll. Gleichzeitig wird die Abstimmung mit den Nachbarländern für diese Projekte erheblich erleichtert. Umfasst ist auch die Konzeption einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage, die dann von allen Leistungserbringern des Notfallmanagements einheitlich genutzt werden kann. Dies kann insbesondere auch die Kommunikation mit der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung umfassen. Ebenso wird die Möglichkeit geschaffen, die technische Infrastruktur (wie beispielsweise ein TI-Gateway) und andere Aufgaben zentral zu koordinieren und zu betreiben.

Nummer 4 beschreibt die Option, Aufgaben zu konzentrieren, die bereits jetzt in vielen Ländern zentral wahrgenommen werden. Dies gilt insbesondere für Koordinierungszentralen für Intensivtransporte, den Einsatz von speziellen Rettungsmitteln (wie beispielsweise Fahrzeuge für den Transport überschwerer Patientinnen und Patienten oder spezieller Infektionsfälle), die überregional zum Einsatz kommen, oder spezifische Anforderungen der Luftrettung.

Das Nähere zum Inhalt der übertragenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit der zuständigen Landesbehörde oder mit den nach Landesrecht vorgesehenen Leistungserbringern. Die zuständige Landesbehörde hat dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft jährlich mitzuteilen, welchem Leistungserbringer des Notfallmanagements sie die Aufgaben der koordinierenden Leitstelle zugewiesen hat.

Zu § 133h (Kataster Automatisierter Externer Defibrillatoren)

Nach § 30 Absatz 3 umfasst das Notfallmanagement auch die telefonische und telemedizinische Notfallberatung, einschließlich der telefonischen Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen, sowie die Nutzung von auf digitalen Anwendungen basierenden Ersthelferalarmierungssystemen und die Nutzung des AED-Katasters nach dieser Vorschrift. Nach dem Beginn einer sofortigen Reanimation ist die Defibrillation eine zentrale Maßnahme beim plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstand. Eine Defibrillation durch Ersthelfer erhöht die Überlebensrate erheblich. Zur Defibrillation sind dementsprechende Geräte für die Anwendung durch Laien, sogenannte automatische externe Defibrillatoren (AED), notwendig. Das Bundesministerium für Gesundheit errichtet daher ein öffentlich zugängliches bundesweites Kataster, das im Rahmen des Notfallmanagements verwendet werden kann und das durch einen zentralen Zugang zu erreichen ist.

Die erforderlichen Daten erhält das Kataster über die Meldeverpflichtung nach einem neuen § 17 a der Verordnung über das Betreiben und Benutzen von Medizinprodukten jeweils per Schnittstelle oder über ein bereitzustel-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

lendes elektronisches Meldeformular. Zur optimalen Nutzung des Katasters ist es entscheidend, dass die übermittelten Daten aktuell gehalten werden. Auch wenn ein tagesaktuelles Kataster wünschenswert ist, könnte eine entsprechende Meldepflicht die Betreiber analoger Geräte überfordern, bei denen es sich häufig auch um private Unternehmen, Vereine und Bildungseinrichtungen handelt. Es sollte vermieden werden, dass die Meldepflicht an das Kataster dazu führt, dass diese Einrichtungen sich gegen die Bereithaltung eines AED entscheiden, und damit der Verbreitung und der Verfügbarkeit von AED entgegengewirkt wird. Aus diesem Grund wird ein monatsaktuelles Kataster angestrebt. Mit zunehmender Verbreitung von Geräten, die automatisiert melden, wird die verzögerte Meldung von AEDs eine immer geringere Rolle spielen.

Zu Absatz 1

Absatz 1 schafft die formelle rechtliche Grundlage für ein bundeseinheitliches, über elektronische Netzwerke öffentlich zugängliches Kataster von AED-Geräten. Ziel ist die systematische Erfassung und Bereitstellung von Informationen, die es Laien, Leistungserbringer und Ersthelfer-Apps ermöglicht, einen Laien Defibrillator schnell digital zu lokalisieren und so die Überlebenschancen von Personen mit außer-klinischem Herzstillstand zu erhöhen. Die Norm lässt eine organisatorische Wahl: Entweder betreibt eine öffentliche Stelle das Kataster oder das Bundeministerium für Gesundheit beauftragt einen fachlich qualifizierten privaten Dienstleister. Diese Flexibilität ist sachgerecht, weil die technische Umsetzung, Skalierung und der Betrieb IT- und Betriebskenntnisse erfordern können.

Zu Absatz 2

Die Wirksamkeit eines AED-Katasters hängt unmittelbar von technischer Verfügbarkeit, Verlässlichkeit und Schnittstellenfähigkeit ab. Die Vorgaben zielen darauf ab, dass das Kataster jederzeit digital öffentlich zugänglich, technisch sicher und in bestehende Rettungsketten integrierbar ist. Nur so kann es in Notfällen schnell und automatisiert genutzt werden (z. B. Einbindung in Leitstellensysteme oder Push-Benachrichtigungen an Ersthelfer).

Die technischen Voraussetzungen für die Schnittstellen werden im Rahmen der Bestellung vom Bundesministerium für Gesundheit vorgegeben. Obwohl die primären Nutzer des AED Katasters die Leistungserbringer des Notfallmanagements sein dürften, ist die öffentliche Weboberfläche weiterzuentwickeln: sie sollte barrierefrei und geeignet für Mobilgeräte sein sowie eine einfache Suchfunktion aufweisen. Zur Verfügbarkeit gehören unter anderem regelmäßige Backups, Redundanz und ein Notfall-Recovery-Plan.

Zu Absatz 3

Absatz 3 beschreibt, welche Informationen veröffentlicht werden müssen. Diese Daten erhält der Katasterbetreiber entweder über die Meldeverpflichtung nach § 12 Absatz 2 der Verordnung über das Betreiben und Benutzen von Medizinprodukte oder aber über freiwillige Meldungen.

Die Adresse und Geokoordinaten sind erforderlich für präzise Navigation und Routing (Leistungserbringer des Notfallmanagements und Helfer brauchen Koordinaten für Navigation). Informationen zur Zugänglichkeit wie Zugangszeiten und Erreichbarkeiten sind erforderlich, da nicht alle AEDs jederzeit öffentlich zugänglich sind.

Zu Absatz 4

Damit das Kataster flächendeckend und aktuell gefüllt wird, braucht es einfache digital gestützte Meldewege (Webformulare, API-Schnittstellen für automatisierte Meldungen von Herstellern, Betreibern, Kommunen). Gleichzeitig ist eine Sicherstellung der Datenqualität entscheidend. Eine stichprobenhafte Plausibilitätsprüfungen und kontinuierliche Qualitätssicherung erhöhen die Zuverlässigkeit. Darunter kann ein Abgleich der Adresse und des Namens der meldenden Einrichtung fallen.

Zu Absatz 5

Absatz 5 stellt klar, dass die öffentliche Bereitstellung der Katasterdaten ohne Personenbezug zu erfolgen hat; das dient dem Datenschutz und minimiert Risiken. Gleichzeitig räumt die Norm dem Katasterbetreiber die Befugnis ein, personenbezogene Daten in dem Umfang zu verarbeiten, wie es zur Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen der Absätze 2 bis 4 erforderlich ist (z. B. Betreiber-Ansprechpartner für Rückfragen oder zur Verifikation neuer Einträge).

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 20 (§ 140f)

Mit der Ergänzung wird geregelt, dass die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss auch bei Beschlüssen zu Richtlinien nach § 123c ein Antragsrecht hat.

Zu Nummer 21 (§ 279)

Die Begrenzung der Amtszeiten für die Vertreterinnen und Vertreter in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste, die von den Selbstverwaltungsorganen der Krankenkassen gewählt werden, wird von zwei auf drei Amtszeiten gelockert. Gleichzeitig wird die Begrenzung der Ehrenämter in Selbstverwaltungsorganen von Versicherungsträgern, Verbänden von Versicherungsträgern und Medizinischen Diensten von zwei auf drei Ehrenämter erweitert. Mit diesen Änderungen wird der zunehmenden Fluktuation der Mitglieder in den Verwaltungsräten entgegengewirkt und ihre Professionalisierung unterstützt. Darüber hinaus werden die sich abzeichnenden Probleme bei der Nachbesetzung von Mitgliedern behoben und damit letztlich die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltungsorgane sichergestellt. Dies gilt über den Verweis in § 282 Absatz 2 Satz 7 auch für den Medizinischen Dienst Bund.

Zu Nummer 22 (§ 291b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Die Einbindung von Notaufnahmen in den Notdienst durch Kooperationsvereinbarungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung wird nunmehr in § 75 Absatz 1b Satz 12 geregelt.

Zu Nummer 23 (§ 294a)

Die bisher bestehende Regelung hat den Zweck, eine datenschutzrechtlich erforderliche gesetzliche Grundlage für Mitteilungspflichten für Ärzte und Zahnärzte, ärztlich geleitete Einrichtungen, Krankenhäuser und Kassenärztliche sowie kassenzahnärztliche Vereinigungen für versichertenbezogene Daten zu schaffen, die die Krankenkassen benötigen, um prüfen zu können, ob sie hinsichtlich ihrer Leistungsaufwendungen Erstattungsansprüche gegenüber vorrangig verpflichteten Leistungsträgern oder Schadensersatzansprüche aus übergegangenem Recht der Versicherten nach § 116 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch geltend machen können. Diese Regelung wird nun auf die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung erweitert. Gerade in Unfallsituationen und bei Verletzungen ist dies meist vergleichsweise einfach erkennbar und macht in der Notfallrettung einen nicht unerheblichen Umfang aus. Eine Prüfung von Erstattungsansprüchen durch die Krankenkasse ist aus diesem Grund sachgerecht.

Zu Nummer 24 (§ 302)

Zu Absatz 1

§ 302 regelt die Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer und somit auch diejenige der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 sowie wie bisher die übrigen Abrechnungen von Krankenfahrten und Krankentransporten nach § 60.

Es besteht insoweit grundsätzlich die Verpflichtung, den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern die erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen und den Tag der Leistungserbringung sowie die Arztnummer des verordnenden Arztes, die Verordnung des Arztes mit der Diagnose und den erforderlichen Angaben über den Befund und die Angaben nach § 291a Absatz 2 Nummer 1 bis 10 anzugeben.

Bei der Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 Absatz 2 sind anstelle der ärztlichen Verordnung die für die Prüfung des Leistungsanspruch erforderlichen Angaben und anstellte der Arztnummer des verordnenden Arztes eine Fallidentifikationsnummer zu übermitteln. Das Nähere zu Art und Umfang der erforderlichen Angaben zur Abrechnung der einzelnen Leistungen nach § 30 Absatz 2 bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen innerhalb von sechs Monaten in seiner Richtline nach Absatz 2 Satz 1. Dabei ist zu beachten, dass der Nachweis über die aufgrund einer in § 30 Absatz 3 Satz 1 genannten softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage getroffenen Entscheidung zur Veranlassung der Leistungen nach § 30 Absatz 2 Nummer 2 und 3 als Nachweis des Vorliegens eines rettungsdienstlichen Notfalls im Sinne des § 30 Absatz 1 Satz 2 gilt. Auch zu diesem Nachweis regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Nähere. Dies ist sachgerecht, da die bisherige Praxis, dass der Transport nach Abschluss des Einsatzes ärztlich verordnet wird, entfällt. Die Regelung adressiert nun an die Leistungserbringer des Notfallmanagements, welche die Indikation

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

für ein Einsatzmittel stellen. Dies erfolgt in der Regel durch die grundsätzliche Festlegung durch die ärztliche Leitung des Leistungserbringers, beispielsweise die ärztliche Leitung. Wenn der Nachweis noch nicht durch die einheitliche und reproduzierbare Ergebnisse der softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage erbracht wird, regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Übergangsregelungen den Nachweis auf andere Weise. Die eineindeutige Fallidentifikationsnummer, deren genaue Ausgestaltung ebenso in der Richtlinie erfolgt, dient der Zuordnung der Einsatzaufträge des Notfallmanagements und der durchgeführten Einsätze der notfallmedizinischen Versorgung und des Notfalltransportes.

Die Vorgaben in der sollten so ausdifferenziert werden, dass einerseits der Verwaltungsaufwand minimiert wird, andererseits eine ausreichende Begründung der Leistung vorliegt. Aufgrund bereits jetzt weitgehend erfolgender elektronischer Datenerfassung auf der Grundlage von bundesweit verbreiteten Datensatzstandards wie etwa dem MIND-Datensatz der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin ist die Ausgestaltung der Vorgaben von Art und Menge der Leistung sowie Angaben zu vorläufiger Diagnose und Befund an diesen auszurichten. Wesentliche Angaben, die eine Prüfung von Qualität, Wirtschaftlichkeit sowie Plausibilität der Leistung zulassen (wie beispielsweise Ort der Versorgung, Art und Anzahl der eingesetzten Rettungsmittel, Qualifikation des eingesetzten Personals) sowie bei erfolgten Transporten auch das Transportziel sind in der Richtlinie zu berücksichtigen. Bei Verlegungen mit Einsatzmitteln der Notfallrettung zwischen Krankenhäusern sollten der Verlegungsgrund oder andere Angaben aufgeführt werden, um den Krankenkassen eine Überprüfung der Leistungspflicht zu ermöglichen.

Der Leistungserbringer der notfallmedizinischen Versorgung oder des Notfalltransports ist verpflichtet, die Angaben nach § 291a Absatz 2 Nummer 1 bis 10 an denjenigen Leistungserbringer des Notfallmanagements zu übermitteln, der die Entscheidung zur Veranlassung der Leistungen nach § 30 Absatz 2 Nummer 2 und 3 getroffen hat. Dies ist notwendig, da den Leistungserbringern des Notfallmanagements regelhaft diese Daten nicht vorliegen und somit keine Abrechnung möglich wäre.

Zu Absatz 2

Der Richtlinie des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gemäß Absatz 2 Satz 1 kommt hier eine besondere Bedeutung zu. Durch die bundesweite Standardisierung der Abrechnungsdaten wird die Etablierung von Schnittstellen beispielsweise zu den Primärsystemen der medizinischen Dokumentation der Leistungserbringer vereinfacht und auch die Vergleichbarkeit von Leistungen und damit die Transparenz zukünftig verbessert. Absatz 2 Satz 7 gibt vor, dass nach Erfüllung der aufgeführten Bedingungen nur noch eine elektronische Datenübermittlung zulässig ist.

Zu Nummer 25 (§ 354)

Die Regelung soll ermöglichen, dass Zugriffsberechtigte auch in besonderen Behandlungskontexten außerhalb einer Leistungserbringerinstitution, beispielsweise im Rahmen einer rettungsdienstlichen Notfallversorgung, einer notdienstlichen Akutversorgung oder im Rahmen einer telemedizinisch unterstützten Versorgung, auf Daten in der elektronischen Patientenakte zugreifen und erhobene Daten des Versicherten dort speichern können. Die Gesellschaft für Telematik wird beauftragt, die hierfür erforderlichen technischen Verfahren festzulegen sowie die notwendigen technischen Voraussetzungen für die elektronische Patientenakte zu schaffen. Hierbei ist sicherzustellen, dass es sich um ein geeignetes und sicheres technisches Verfahren handelt, welches dem Schutz der in der elektronischen Patientenakte gespeicherten Daten mit einem entsprechenden Sicherheitsstandard hinreichend Rechnung trägt.

Zu Nummer 26 (§ 370a)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 27 (§ 377)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Angleichung der Terminologie im Fünften Buch Sozialgesetzbuch. Notfallambulanzen werden künftig einheitlich als Notaufnahmen bezeichnet.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Der neugefasste § 75 Absatz 1e sieht neben den bereits bestehenden und durch Artikel 1 in § 75 Absatz 1e überführten Evaluations- und Berichtspflichten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung weitere Pflichten vor, die

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

mit der Einführung der Akutleitstelle einhergehen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung legt dem Bundesministerium für Gesundheit ein entsprechendes Evaluationskonzept vor.

Artikel 2 tritt am 1. Juli 2027 in Kraft. Dadurch wird bewirkt, dass die bestehende Evaluations- und Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bezüglich der Terminservicestelle bis zum 30. Juni 2027 weiter besteht. Die erweiterte Pflicht zur Evaluation und Bewertung auch der neu geregelten Akutleitstelle nach dem neugefassten § 75 Absatz 1e soll damit erst ein Jahr später, zum 30. Juni 2027, bestehen. Aufgrund der Notwendigkeit, die neuen gesetzlichen Regelungen zur Akutleitstelle erst in der Praxis umzusetzen, würde ein früherer Bericht hierzu kein belastbares Ergebnis bringen.

Zu Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesezbuch)

Es handelt sich um eine neue Richtlinienkompetenz komplementär zu der Ermächtigung zum Erlass der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. So wird gewährleistet, dass sich die Kompetenz des Medizinischen Dienstes Bund zum Richtlinienerlass auch auf die Zusammenarbeit in organisatorischen und pflegefachlichen Fragen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch bezieht. Sowohl die Gremienstruktur als auch die Prozesse zur Zusammenarbeit und einheitlichen Aufgabenwahrnehmung durch die Medizinischen Dienste sind sachgerecht und effizient nur für beide Rechtsbereiche – gesetzliche Krankenversicherung und soziale Pflegeversicherung – übergreifend zu regeln. Diese Klarstellung erfolgt aus systematischen Gründen in § 53d. Sämtliche Regelungen zur Zusammenarbeit durch den Medizinischen Dienst Bund können und sollen aber in einer einheitlichen Richtlinie festgelegt werden.

Artiekl 4 (Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Definition der Integrierten Notfallzentren nach § 123 und der Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendlichen nach § 123b.

Zu Artikel 5 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)

Ärztinnen und Ärzte der Notdienstpraxis eines Integrierten Notfallzentrums nach § 123 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch dürfen nach der vorgesehenen Regelung im Rahmen der Notfallversorgung Arzneimittel für den akuten Bedarf an Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis abgeben, wenn eine Therapie sofort begonnen werden muss, beispielsweise eine Antibiotikatherapie oder eine Schmerztherapie, und die erforderliche Versorgung der Patientin oder des Patienten über eine öffentliche Apotheke nicht ausreichend sichergestellt werden kann. Eine Abgabe darf nur dann erfolgen, wenn diese außerhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten von Apotheken erfolgt, oder wenn im unmittelbaren Anschluss an den Tag der Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. Die mögliche Abgabemenge ist beschränkt auf eine zur Überbrückung benötigte Menge für längstens drei Tage. Damit wird eine eng begrenzte, unmittelbare Arzneimittelversorgung entsprechend der Arzneimittelabgabe durch Krankenhausapotheken nach einer Krankenhausbehandlung im Sinne des § 14 Absatz 7 des Apothekengesetzes sichergestellt. Die Notdienstpraxen können die Arzneimittel über den regulären Apothekenvertriebsweg in der Regel als Sprechstundenbedarf beziehen.

Die Abgabe von verkehrs- und verschreibungsfähigen Betäubungsmitteln nach Anlage III zum Betäubungsmittelgesetz ist grundsätzlich nur im Rahmen des Betriebs einer Apotheke und gegen Vorlage der ärztlichen Verschreibung erlaubt. Entsprechend hat die Versorgung mit Betäubungsmitteln auch im Rahmen einer Konsultation einer Notdienstpraxis weiterhin über eine Apotheke zu erfolgen.

Zu Artikel 6 (Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung)

Ärztinnen und Ärzte der Notdienstpraxis eines Integrierten Notfallzentrums nach § 123 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch dürfen nach der vorgesehenen Regelung im Rahmen der Notfallversorgung apothekenpflichtige Medizinprodukte für den akuten Bedarf an Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis abgegeben, wenn eine Therapie sofort begonnen werden muss und die erforderliche Versorgung der Patientin oder des Patienten über eine öffentliche Apotheke nicht ausreichend sichergestellt werden kann. Eine Abgabe darf nur dann erfolgen, wenn diese außerhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten von Apotheken erfolgt, oder wenn im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. Die mögliche Abgabemenge ist beschränkt auf eine zur Überbrückung benötigte Menge für längstens drei Tage. Damit wird eine eng begrenzte, unmittelbare Versorgung mit apothekenpflichtigen Medizinprodukten entsprechend der Arzneimittelabgabe durch Krankenhausapotheken nach einer Krankenhausbehandlung im Sinne des § 14 Absatz 7 des Apothekenge-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

setzes sichergestellt. Die Notdienstpraxen können die Medizinprodukte über den regulären Apothekenvertriebsweg in der Regel als Sprechstundenbedarf beziehen.

Zu Artikel 7 (Medizinprodukte-Betreiberverordnung)

Zu Nummer 1

Mit § 12 Absatz 2 Satz 4 wurde bisher festgelegt, dass der Betreiber durch den Hersteller Daten des Automatischen Externen Defibrillators (AED) zur Funktionsfähigkeit, dem Standort und der öffentlichen Zugänglichkeit öffentlich abrufbar zur Verfügung zu stellen muss. Durch die Einführung des AED-Katasters in § 133h des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der damit einhergehenden Verpflichtung des Betreibers zur Meldung in § 17a wird konkretisiert, wie die Daten öffentlich zur Verfügung gestellt werden müssen. Der Satz kann daher gestrichen werden.

Zu Nummer 2

AEDs sollen im Falle von Herz-Kreislauf-Notfällen von Laien zur Ersten Hilfe eingesetzt werden. Der Einsatz eines AEDs kann die Überlebenschancen von Personen, die einen Herzinfarkt oder eine Herzrhythmusstörung erleiden, erheblich steigern. Daher ist es entscheidend, dass AEDs im Notfall schnell auffindbar sind. Mit § 133h des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (neu) wird ein AED-Kataster errichtet. Die im AED- Kataster hinterlegten Daten sollen im Rahmen des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 3 Satz 2 verwendet werden. Die erforderlichen Daten soll das AED-Kataster vom Betreiber des AED erhalten. Daher wird mit Absatz 1 der Betreiber verpflichtet, die Angaben, die durch Absatz 2 näher konkretisiert werden, binnen 30 Tagen nach Inbetriebnahme des AED an das AED-Kataster zu melden. Das AED-Kataster ist gemäß § 133h des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bis zum 1. Juli 2028 zu errichten. Um bereits vor diesem Datum in Betrieb genommene AED zu erfassen, sind für diese AED die Angaben nach Absatz 2 spätestens bis zum 1. August 2028 an das AED-Kataster zu melden. Da Betreiber von AED oft ehrenamtlich tätig sind, soll den Betreibern ausreichend Zeit zur Übermittlung der Daten zur Verfügung gestellt werden.

Mit Absatz 2 werden die vom Betreiber zu meldenden Angaben, welche für das AED-Kataster gemäß § 133h SGB V erforderlich sind, festgelegt. Es bedarf standardisierter Datenstrukturen, die es den verschiedenen Systemen der Leistungserbringer des Notfallmanagements, Ersthelfer-Apps und öffentlich zugänglichen Webportalen ermöglichen, die eingetragenen Daten abzurufen um einen AED im Notfall schnellstmöglich zu lokalisieren.

Die Erhebung der Daten beschränkt sich auf das notwendige Minimum, um eine möglichst schlanke Datenstruktur zu gewährleisten. Dies reduziert die Fehleranfälligkeit des Katasters und minimiert die zusätzlichen Belastungen für die Betreiber von AEDs. Die Anforderungen werden bewusst niedrig gehalten, da die Geräte nicht nur im professionellen Gesundheitssektor eingesetzt werden, sondern auch ehrenamtlichen in allen Bereichen mit hohem Publikumsverkehr installiert werden sollen, insbesondere durch Vereine, Bildungseinrichtungen oder Unternehmen. Ziel ist es, die Datensammlung so zu gestalten, dass das AED-Kataster Wirksamkeit entfalten kann und gleichzeitig die Anforderungen für potenzielle Betreiber so niedrigschwellig sind, dass sie nicht von einer Anschaffung abgehalten werden. Die Adresse und die Geokoordinaten sind entscheidend für die präzise Lokalisation des Gebäudes, in dem der AED betrieben wird. Zusätzliche Informationen zur Zugänglichkeit erleichtern die schnelle Auffindbarkeit des Geräts innerhalb des Gebäudes. Der Name und die Kontaktdaten des Betreibers werden für die Verarbeitung im AED-Kataster benötigt. Personenbezogene Angaben werden vom Kataster nicht veröffentlicht.

Absatz 3 beschreibt, in welcher Form der Betreiber die Angaben nach Absatz 2 an das AED-Kataster zu übermitteln hat. Sofern der AED über offene, mit dem Kataster kompatible Schnittstellen verfügt, hat der Betreiber die Angaben mittels dieser Schnittstellen an das AED-Kataster zu melden. Nicht alle auf dem Markt befindlichen AED verfügen über eine solche Schnittstellenoffenheit. In diesem Fall soll die Meldung der Angaben nach Satz 2 über das vom AED-Kataster zur Verfügung gestellte elektronische Meldeformular erfolgen.

Zur optimalen Nutzung des Katasters ist es entscheidend, dass die übermittelten Daten stets aktuell gehalten werden. Der Betreiber des AED ist daher verpflichtet, Änderungen der in Absatz 2 genannten Informationen innerhalb von 30 Tagen an das Kataster zu übermitteln. Auch die Außerbetriebnahme des AEDs muss innerhalb dieses Zeitraums gemeldet werden. Eine Änderung des Funktionszustands von fernüberwachten AEDs sollte, sofern möglich, unverzüglich und automatisiert an das Kataster übermittelt werden.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Artikel 8 (Änderung des Betäubungsmittelgesetzes)

In den Grenzregionen der Bundesrepublik Deutschland kommt es immer wieder zu Grenzübertritten deutscher Rettungsdienstfahrzeuge im Rahmen von Einsatzfahrten ins benachbarte Ausland sowie im Gegenzug zu Fahrten von Fahrzeugen ausländischer Rettungsdienste in, aus und durch das Bundesgebiet. Oft geschieht dies, weil das Durchfahren des fremden Staatsgebietes eine Abkürzung darstellt und somit der schnellen Hilfe für die Patientinnen und Patienten an Bord der Rettungsdienstfahrzeuge dient. Zudem kommt es immer wieder zur Einlieferung oder Verlegung von Patientinnen und Patienten in ein Krankenhaus eines Nachbarstaates, zum Beispiel auf Grund der schnelleren Erreichbarkeit oder der dort vorhandenen speziellen medizinischen Kenntnisse. Der Rettungsdienstbedarf dieser Rettungsdienstfahrzeuge umfasst regelmäßig auch Betäubungsmittel in einer dem Rettungsdienstbedarf angemessenen Menge. Bei den vorgenannten Fahrten sind daher grundsätzlich die Vorschriften über den grenzüberschreitenden Verkehr mit Betäubungsmitteln zu beachten.

Die Fahrten von Rettungsdienstfahrzeugen in den Grenzgebieten der Bundesrepublik Deutschland und den Anrainerstaaten sind bisher Gegenstand verschiedener bilateraler Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland oder einzelner Bundesländer mit den benachbarten Staaten. Die Anpassung des Deutsch-Tschechischen Rahmenabkommens für den grenzüberschreitenden Rettungsdienst ist seit längerer Zeit politisch vereinbart und steht derzeit vor der Unterzeichnung. Das bestehende Abkommen, das seit 2014 in Kraft ist, wird durch die neue Vereinbarung aktualisiert, um insbesondere die Einbeziehung von Betäubungsmitteln in Rettungsdienstfahrzeugen ohne Arztbesetzung rechtskonform zu regeln und so die Benachteiligung grenzüberschreitender Rettungseinsätze zu beseitigen.

Parallel dazu wird aktuell ein ähnliches Abkommen mit Österreich verhandelt, welches vergleichbare Regelungen enthalten soll. Diese Entwicklungen zeigen den fortlaufenden politischen Willen, die grenzüberschreitende Notfallversorgung zum einen rechtlich sicher und zum anderen praxisgerecht zu gestalten. Auch an den übrigen Grenzen wird die Regelungsnotwendigkeit formuliert. Bilaterale Abkommen zur Durchführung des grenzüberschreitenden Rettungsdienstes sind grundsätzlich mit jedem Nachbarstaat denkbar.

Um solche Fahrten zukünftig auf eine eindeutige rechtliche Grundlage zu stellen und dem Wunsch der benachbarten Partnerstaaten nach übereinstimmenden gesetzlichen Regelungen zur Verwaltungsvereinfachung nachzukommen, sollen die Einfuhr, Ausfuhr und Durchfuhr des Rettungsdienstbedarfes an Betäubungsmitteln im grenzüberschreitenden Verkehr von Rettungsdienstfahrzeugen dahingehend vereinfacht werden, dass sie von der Anwendung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) und der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung (BtMAHV) ausgenommen werden. Dies entbindet jedoch die Angehörigen des Rettungsdienstes im Falle einer Grenzüberschreitung nicht von der Verpflichtung, sich über die betäubungsmittelrechtlichen Vorgaben des jeweiligen Anrainerstaates zu informieren und entsprechende Vorsorge zu treffen.

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Mit der neu gefassten Regelung des § 4 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe a) wird die bisherige Ausnahme von der Erlaubnisflicht für den grenzüberschreitenden Dienstleistungsverkehr von Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie Tierärztinnen und Tierärzten fortgeführt. Die Regelung des neu eingeführten Buchstaben b) nimmt nunmehr auch die Ausfuhr und die Einfuhr von Betäubungsmitteln von der Erlaubnispflicht nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 aus, wenn diese als Rettungsdienstbedarf in angemessener Menge auf einem Fahrzeug des Rettungsdienstes grenzüberschreitend mitgeführt werden.

Die bisherige Ausnahmetatbestand von der Erlaubnispflicht für den Reisebedarf von Patienteninnen und Patienten wird unter § 4 Absatz 1 Nummer 5 fortgeführt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe b

§ 11 Absatz 2 ermächtigt die Bundesregierung zum Erlass der BtMAHV, soweit es zur Sicherheit oder Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs, zur Durchführung der internationalen Suchtstoffübereinkommen oder von Rechtsakten der Organe der Europäischen Union erforderlich ist. Durch die neu eingefügte Nummer 4 wird die Verordnungsermächtigung zukünftig explizit um die Möglichkeit erweitert, Regelungen über das Mitführen von Betäubungsmitteln auf Fahrzeugen des Rettungsdienstes im grenzüberschreitenden Verkehr zu erlassen. Damit werden die notwendigen Anpassungen der BtMAHV ermöglicht, um die Befreiung solcher Fahrten von den ansonsten gültigen Erlaubnis- und Genehmigungspflichten bei Einfuhr, Ausfuhr und Durchfuhr zu ermöglichen.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. Zu Nummer 1

Zu Artikel 9 (Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung)

Durch den neu eingefügten § 13 Absatz 6 finden die Absätze 1 bis 4 keine Anwendung auf die Durchfuhr einer angemessenen Menge an Betäubungsmitteln, wenn die Betäubungsmittel als Rettungsdienstbedarf auf einem Fahrzeug des Rettungsdienstes mitgeführt werden. Die Regelung ermöglicht es ausländischen Rettungsdienstfahrzeugen, zukünftig das Bundesgebiet zu durchfahren, ohne die Regelungen der Durchfuhr nach den Absätzen 1 bis 4 einhalten zu müssen. Voraussetzung ist, dass die Betäubungsmittel Bestandteil des Rettungsdienstbedarfs des die Grenze überschreitenden Rettungsdienstfahrzeuges sind.

Die Anwendung von Betäubungsmitteln durch Angehörige des ausländischen Rettungsdienstes an Patientinnen und Patienten richtet sich auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach den Vorschriften des deutschen Betäubungsmittelrechts und damit insbesondere nach § 13 Absatz 1 und 1b BtMG.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Durch die Einfügung des neuen § 15 Absatz 1 Nummer 2 wird das Mitführen von Zubereitungen der in den Anlagen II und III des BtMG aufgeführten Stoffe auf einem Fahrzeug des Rettungsdienstes in angemessener Menge als Rettungsdienstbedarf von den Vorschriften der §§ 1 bis 12 über die Einfuhr und Ausfuhr von Betäubungsmitteln befreit. Dadurch benötigen weder deutsche noch ausländische Rettungsdienstfahrzeuge beim Grenzübertritt aus dem Bundesgebiet heraus eine Ausfuhrgenehmigung nach § 9 noch beim Grenzübertritt in das Bundesgebiet eine Einfuhrgenehmigung nach § 3. Voraussetzung ist auch insoweit, dass die Betäubungsmittel Bestandteil des Rettungsdienstbedarfes des jeweiligen Rettungsdienstfahrzeuges sind. Das Erfordernis einer ausländischen Genehmigung zur Einfuhr in oder zur Ausfuhr aus dem benachbarten Staate berührt dies nicht. Dazu bedarf es zusätzlich einer entsprechenden rechtlichen Regelung in dem betreffenden Anrainerstaat.

Die mit der ehemals Vierten Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften erfolgte explizite Öffnung für Zubereitungen der in der Anlage II des BtMG aufgeführten Stoffe wird auch hier berücksichtigt und ermöglicht dem Rettungsdienst anderer Staaten das Mitführen der in ihren Ländern, nicht aber in Deutschland verkehrs- und verschreibungspflichtigen Betäubungsmittel.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Artikel 10 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Zu Nummer 1

Gemäß Satz 3 in Verbindung mit § 17 des Bundesmantelvertrags-Ärzte sind bestimmte Facharztgruppen verpflichtet, wöchentlich mindestens fünf offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anzubieten und an die jeweilige zur Sicherstellung der Versorgung zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu melden. Diese Regelung wird durch einen neuen Satz 4 konkretisiert, um im Sinne der Reform der Notfallversorgung eine bessere Verteilung der offenen Sprechstunden zu erreichen. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte müssen bei der Festsetzung ihrer offenen Sprechstunden nunmehr explizit auch die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten nach einer ausreichenden Versorgung bei akuter Behandlungsbedürftigkeit berücksichtigen. Ziel muss dabei sein, dass die Patientinnen und Patienten möglichst an jedem Wochentag während der Sprechstundenzeiten die Mög-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

lichkeit haben, bei akutem Behandlungsbedarf auch ohne vorherige Terminvereinbarung eine vertragsärztliche Versorgung (in den zur offenen Sprechstunde verpflichteten Arztgruppen) in Anspruch nehmen zu können. Die gleichmäßige Verteilung der offenen Sprechstunden über die Woche ist nicht durch jede einzelne Vertragsärztin beziehungsweise jeden einzelnen Vertragsarzt, sondern innerhalb der jeweiligen Arztgruppe nach § 17 Absatz 1c Bundesmantelvertrag-Ärzte sicherzustellen. Hierzu bedarf es – abhängig von der bisherigen Planung der betroffenen Arztpraxen – unter Umständen einer durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihres Sicherstellungauftrages koordinierten Abstimmung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte einer Arztgruppe in einem Planungsbereich über die Terminierung der jeweiligen offenen Sprechstunden. Dadurch werden die Möglichkeiten der Akutleitstellen verbessert, Versicherte im Akutfall an offene Sprechstunden zu vermitteln und diese haben somit seltener Anlass, eine Notaufnahme oder eine Notdienststruktur in Anspruch zu nehmen. Auch die Möglichkeiten der Integrierten Notfallzentren, Versicherte nach der Ersteinschätzung in die vertragsärztliche Regelversorgung weiterzuleiten, werden so verbessert.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 1.

Zu Nummer 3

Gemäß dem neuen Satz 8 werden die Bundesmantelvertragspartner nunmehr verpflichtet, bundeseinheitliche Regelungen zur zeitlichen Verteilung der offenen Sprechstunden nach Satz 3 zu treffen. Dabei sollen, anknüpfend an den neuen Satz 4, durch die Regelungen im Bundesmantelvertrag-Ärzte bundeseinheitliche Vorgaben zur Umsetzung einer möglichst gleichmäßigen zeitlichen Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der Arztgruppen in den Planungsbereichen getroffen werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass insbesondere während der Schließzeiten der Integrierten Notfallzentren möglichst umfassend offene Sprechstunden angeboten werden sollen.

Zu Artikel 11 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Das Gesetz tritt vorbehaltlich Absatz 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Zu Absatz 2

Artikel 2 tritt am 1. Juli 2027 in Kraft. Dadurch wird bewirkt, dass die bestehende Evaluations- und Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bezüglich der Terminservicestelle bis zum 30. Juni 2027 weiter besteht. Die erweiterte Pflicht zur Evaluation und Bewertung auch der neu geregelten Akutleitstelle nach dem neugefassten § 75 Absatz 1e soll damit erst ein Jahr später, zum 30. Juni 2028, bestehen. Aufgrund der Notwendigkeit, die neuen gesetzlichen Regelungen zur Akutleitstelle erst in der Praxis umzusetzen, würde ein früherer Bericht hierzu kein belastbares Ergebnis bringen.

Zu Absatz 3

Artikel 7 tritt am 1. Juli 2028 in Kraft. Das Inkrafttreten von Artikel 7 ist auf das Datum abgestimmt, bis zu dem das Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 133h des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das AED-Kataster errichtet.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Anlage 2

Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates (NKR) gem. § 6 Abs. 1 NKRG

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (NKR-Nr. 7882, BMG)

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Regelungsentwurf vom 16. April 2026 mit folgendem Ergebnis geprüft:

I Zusammenfassung

Bürgerinnen und Bürger	
Jährlicher Zeitaufwand *(Entlastung)*:	rund -3,3 Mio. Stunden (-82,5 Mio. Euro)
Jährliche Sachkosten *(Entlastung)*:	rund -4,7 Mio. Euro
Wirtschaft	
Jährlicher Erfüllungsaufwand *(Entlastung)*:	rund -207,6 Mio. Euro
davon aus Bürokratiekosten:	*rund -207,6 Mio. Euro*
Einmaliger Erfüllungsaufwand:	rund 2 Mio. Euro
Verwaltung	
Bund	
Jährlicher Erfüllungsaufwand:	rund 1,7 Mio. Euro
Einmaliger Erfüllungsaufwand:	rund 2,3 Mio. Euro
Länder	
Jährlicher Erfüllungsaufwand:	rund 160 000 Euro
„One in, one out"-Regel	Im Sinne der erweiterten „One in, one out"-Regel der Bundesregierung stellt der **jährliche** Erfüllungsaufwand in diesem Regelungsvorhaben ein „**Out**" von -291,3 Mio. Euro dar. Der einmalige Erfüllungsaufwand stellt **kein „In"** dar, da es sich insgesamt um ein entlastendes Vorhaben handelt.
Nutzen des Vorhabens	Das Ressort hat keinen Nutzen dargestellt.
Digitaltauglichkeit (Digitalcheck)	Das Ressort hat Möglichkeiten zum digitalen Vollzug der Neuregelung (Digitaltauglichkeit) geprüft und hierzu einen Digitalcheck mit nachvollziehbarem Ergebnis durchgeführt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Regelungsfolgen

Der NKR kritisiert, dass ihm ein finaler Regelungsentwurf erst wenige Tage vor der überraschend vorgezogenen Kabinettbefassung zugeleitet wurde und die Frist des § 50 GGO damit zum wiederholten Male nicht eingehalten wurde. Die Darstellung der Regelungsfolgen ist nachvollziehbar und methodengerecht. Der Nationale Normenkontrollrat erhebt hiergegen im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände. Die mit dem Gesetzentwurf beabsichtigten erheblichen Einsparungen bei den Bürokratiekosten werden ausdrücklich begrüßt.

Digitaltauglichkeit

Der NKR begrüßt, dass das Ressort aussagekräftige Visualisierungen angefertigt hat, die die Verständlichkeit der Regelungen fördern.

II Regelungsvorhaben

Der Regelungsentwurf beabsichtigt eine umfassende Neuregelung des Systems der integrierten Notfallversorgung in Deutschland.

Die drei Säulen der Notfallversorgung in Deutschland (vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste) sollen über die Telematikinfrastruktur besser miteinander vernetzt und aufeinander abgestimmt werden. Die digitale Übergabe von Hilfesuchenden, einschließlich bereits erhobener personenbezogener Daten, zwischen den Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen und den Leistungserbringern des Notfallmanagements soll ermöglicht werden, um Hilfesuchende im System der Notfallversorgung (Rettungsstellen der Krankenhäuser, ambulante ärztliche Praxen, telefonische oder videogestützte Notfallversorgung) besser zu steuern.

Die kassenärztlichen Vereinigungen sollen verpflichtet werden, eine durchgehend verfügbare telemedizinische Notfallversorgung sicherzustellen.

Es sollen flächendeckend integrierte Notfallzentren eingerichtet werden, die aus einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigungen, einer Notaufnahme eines zugelassenen Krankenhauses sowie einer zentralen Ersteinschätzungsstelle bestehen.

Die medizinische Notfallrettung soll zukünftig als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherungen eingestuft werden und nicht mehr wie bisher indirekt über „Fahrkostenersatz“ finanziert werden.

Auf die bisher erforderliche papierhafte ärztliche Verordnung einer Krankenbeförderung soll verzichtet werden.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Es soll ein Fachgremium medizinische Notfallrettung etabliert werden, in dem Rahmenempfehlungen für die medizinische Notfallrettung ausgearbeitet werden.

Daneben ist ein Kataster zu den Standorten öffentlicher Defibrillatoren beabsichtigt, das Leitstellen und Ersthelfern zugänglich ist.

Es soll eine Datensammelstelle zur Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung eingerichtet werden.

III Bewertung

Die Neuregelung führt durch die Möglichkeit von telefonischer und videogestützter Notfallversorgung sowie den Verzicht auf eine bisher erforderliche Krankenbeförderungsverordnung zu erheblichen Entlastungen beim Erfüllungsaufwand für die Bürgerinnen und Bürger sowie die Wirtschaft. Die Kostenfolgen hat das Ressort nachvollziehbar und methodengerecht dargestellt.

III.1 Erfüllungsaufwand

Bürgerinnen und Bürger

Die Bürgerinnen und Bürger werden **jährlich** um **Erfüllungsaufwand in Höhe von 3,3 Mio. Stunden (entspricht 82,5 Mio. Euro[1]) entlastet**. Diese erhebliche Entlastung resultiert daraus, dass durch die Anwendung von telemedizinischer ärztlicher Notfallversorgung unnötige Fahrten zu Notfallpraxen oder Rettungsstellen entfallen. Das Ressort schätzt, dass zukünftig rund 1,5 Mio. Fahrten entfallen können. Die Wegekosten für eine Fahrt werden auf 3,10 Euro, der Zeitaufwand auf durchschnittlich 132 Minuten geschätzt.

Wirtschaft

Die Wirtschaft wird **jährlich** um **rund 207,6 Mio. Euro** beim Erfüllungsaufwand **entlaste**t. Es entsteht Einmalaufwand in Höhe von rund 2 Mio. Euro.

- Verzicht auf die Verordnung einer Krankenbeförderung

Die dargestellte erhebliche Entlastung resultiert im Wesentlichen daraus, dass zukünftig regelhaft auf die Ausstellung einer ärztlichen Verordnung einer Krankenbeförderung verzichtet wird, die bisher in Papierform erforderlich war. Dadurch entfallen in 8,1 Mio. Fällen jährlich Zeitaufwände von 5

[1] Für den Zeitaufwand der Bürgerinnen und Bürger nimmt der NKR einen Stundensatz von 25 Euro an.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Minuten für die ärztliche Kontrolle und Unterschrift der Verschreibung bei einem methodengerecht angenommenen Lohnkostensatz von 62 Euro pro Stunde (hohes Qualifikationsniveau) und 35 Minuten für die Ausfertigung der Verordnung durch medizinisches Fachpersonal bei einem Lohnkostensatz von 34,20 Euro (mittleres Qualifikationsniveau). Darüber hinaus werden Sachkosten (Papier) in Höhe von durchschnittlich 0,51 Euro pro Fall eingespart.
Bei den Einsparungen handelt es sich um Bürokratiekosten.

- Abschluss von Kooperationsvereinbarungen über integrierte Notfallversorgungszentren und das Gesundheitsleitsystem

Den Krankenhäusern entstehen für den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit den integrierten Notfallversorgungszentren einmalige Aufwände in Höhe von rund 1,1 Mio. Euro. Dabei nimmt das Ressort an, dass 750 solcher Zentren entstehen werden und auf Seiten der Krankenhäuser Personalaufwand von drei Tagen (1 440 Minuten) bei einem Lohnkostensatz von 62 Euro pro Stunde (hohes Qualifikationsniveau) anfällt.
Den Leistungserbringern des Notfallmanagements (Leitstellen der Rufnummer 112) entsteht einmaliger Aufwand für den Abschluss der Kooperationsvereinbarungen mit dem Gesundheitsleitsystem in Höhe von rund 600 000 Euro. Das Ressort nimmt die Anzahl der Leitstellen in Deutschland mit 240 an und geht davon aus, dass pro Leitstelle ein Personalaufwand von fünf Tagen (2 400 Minuten) bei einem Lohnkostensatz von 62 Euro pro Stunde (hohes Qualifikationsniveau) anfällt.

- Meldung der Betreiber von Defibrillatoren an das neue Defibrillatorenkataster

Bei geschätzt 20 000 meldepflichtigen Defibrillatoren in Deutschland wird der einmalige Erfüllungsaufwand auf rund 250 000 Euro geschätzt (jeweils 20 Minuten Personalaufwand bei einem Lohnkostensatz von 37,10 Euro pro Stunde für ein mittleres Qualifikationsniveau).
Die übrigen Vorgaben verursachen nur geringfügigen Erfüllungsaufwand.

Verwaltung

Für die Verwaltung entsteht auf Bundesebene (Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen) jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 1,7 Mio. Euro und Einmalaufwand von rund 2,3 Mio. Euro. Den Verwaltungen der Länder entsteht jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 160 000 Euro.

Bund

- Geschäftsstelle des Fachgremiums medizinische Notfallrettung

Für den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen fallen Kosten von geschätzt jährlich rund 900 000 Euro an. Dabei geht das Ressort davon aus, dass zwei Beschäftigte hohen Qualifi-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

kationsniveaus und eine Person mittleren Qualifikationsniveaus für den Betrieb der Geschäftsstelle erforderlich sind und Sachausgaben in Höhe von 600 000 Euro (Inanspruchnahme Dritter) anfallen.

- Übermittlung der Daten über die medizinische Notfallrettung an die Datensammelstelle

Es wird eine Datensammelstelle zur Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung eingerichtet. Die gesetzlichen Krankenkassen übermitteln dieser Stelle jährlich Daten über jede Notfallrettung. Es entsteht jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 810 000 Euro. Das Ressort schätzt, dass eine Datenübermittlung in rund 8,1 Mio. Fällen pro Jahr erforderlich wird und schätzt die Kosten dafür (in Anlehnung an vergleichbare erhobene Kosten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus) auf jeweils 10 Cent.

- Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit den integrierten Notfallrettungszentren

Einmalige Kosten für den Abschluss der Kooperationsvereinbarungen entstehen in Höhe von rund 1,3 Mio. Euro. Das Ressort geht davon aus, dass den kassenärztlichen Vereinigungen für die geschätzt 750 integrierten Notfallrettungszentren jeweils ein Zeitaufwand von drei Tagen (1 440 Minuten) bei einem Lohnkostensatz von 73,20 Euro pro Stunde (hohes Qualifikationsniveau) entsteht.

- Abschluss von Kooperationsvereinbarungen zum Gesundheitsleitsystem

Den kassenärztlichen Vereinigungen entsteht Einmalaufwand in Höhe von rund 700 000 Euro. Es gibt in Deutschland geschätzt 240 Leitstellen für die Notrufnummer 112; pro Vertrag entsteht den Vereinigungen geschätzt Personalaufwand von fünf Tagen (2 400 Minuten) bei Lohnkosten in Höhe von 73,20 Euro pro Stunde (hohes Qualifikationsniveau).

- Abwicklung der Förderungen der digitalen Infrastruktur der medizinischen Notfallrettung aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität

In der Sozialversicherung entsteht Einmalaufwand in Höhe von rund 310 000 Euro für die Verwaltung der Förderung aus dem Sondervermögen. Das Ressort geht dabei von einmaligem Zeitaufwand von zwei Personenjahren (192 000 Minuten) bei Lohnkosten von 73,20 Euro pro Stunde (hohes Qualifikationsniveau) und einem Personenjahr (96 000 Minuten) bei 46,30 Euro pro Stunde (mittleres Qualifikationsniveau) aus.

Länder

Den Ländern entsteht für die Mitarbeit im Fachgremium medizinische Notfallrettung jährlicher Erfüllungsaufwand von rund 160 000 Euro (pro Bundesland Zeitaufwand von geschätzt 18 Tagen bei Lohnkosten von 69,30 Euro pro Stunde für ein hohes Qualifikationsniveau).

Die übrigen Vorgaben verursachen nur geringfügigen Erfüllungsaufwand.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

III.2 Digitaltauglichkeit

Der NKR begrüßt die im Rahmen des durchgeführten Digitalchecks angefertigten Visualisierungen, die zum Verständnis der Neuregelung beitragen (siehe Anlagen).

20. April 2026

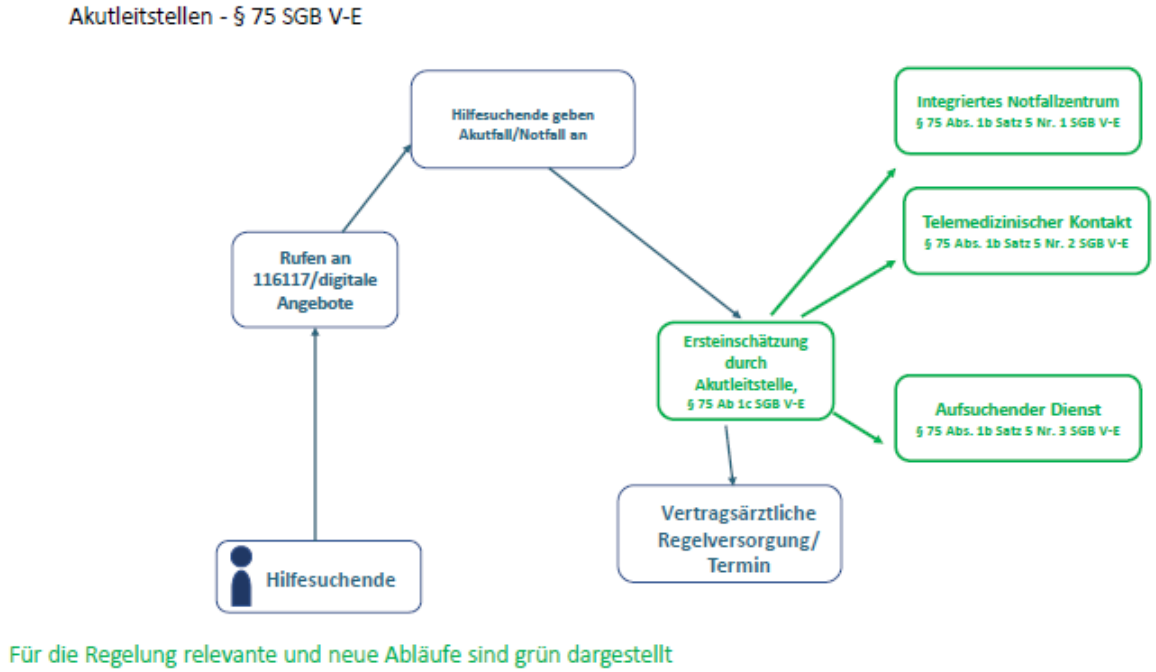
Lutz Goebel
Vorsitzender

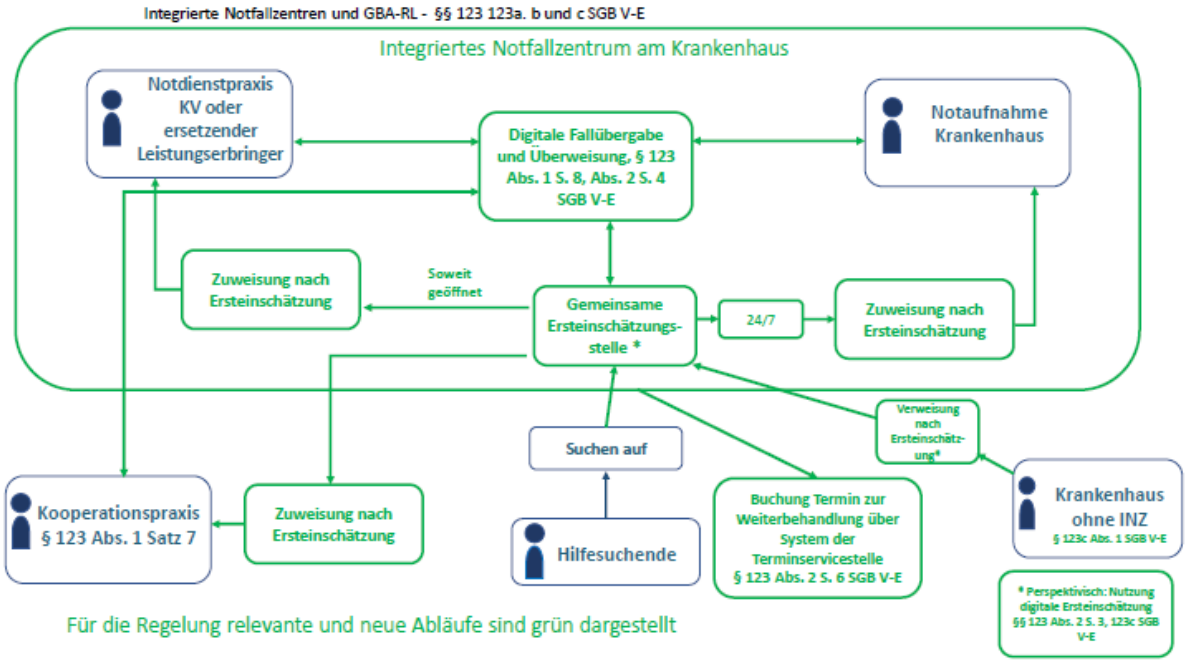
Andrea Wicklein
Berichterstatterin für das Bundesministerium für Gesundheit

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

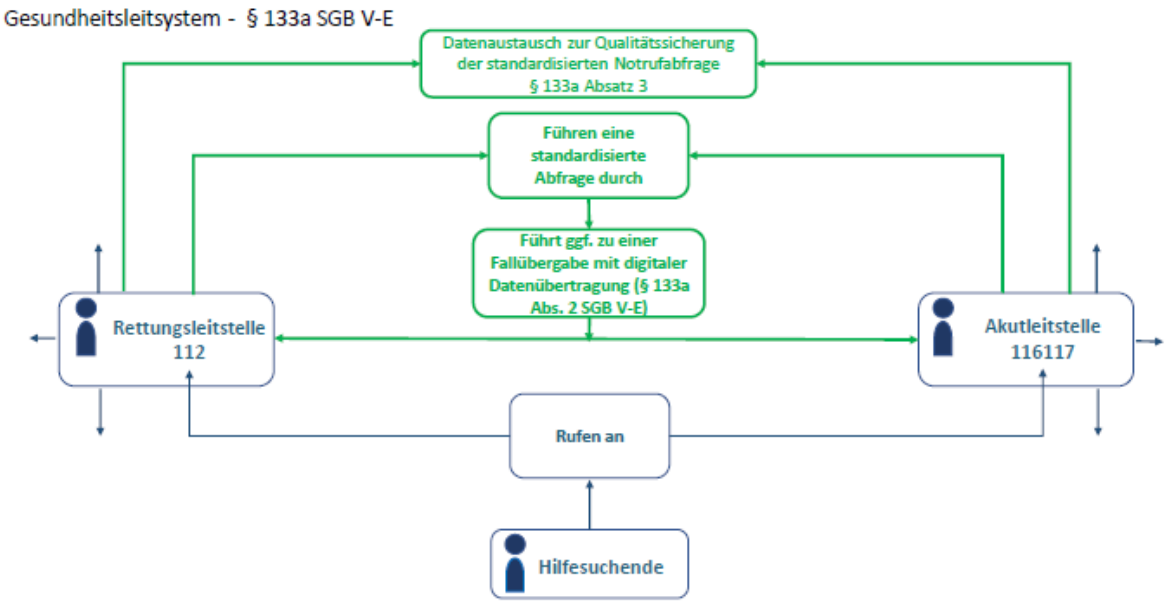
Anlage

Visualisierungen zum Digitalcheck

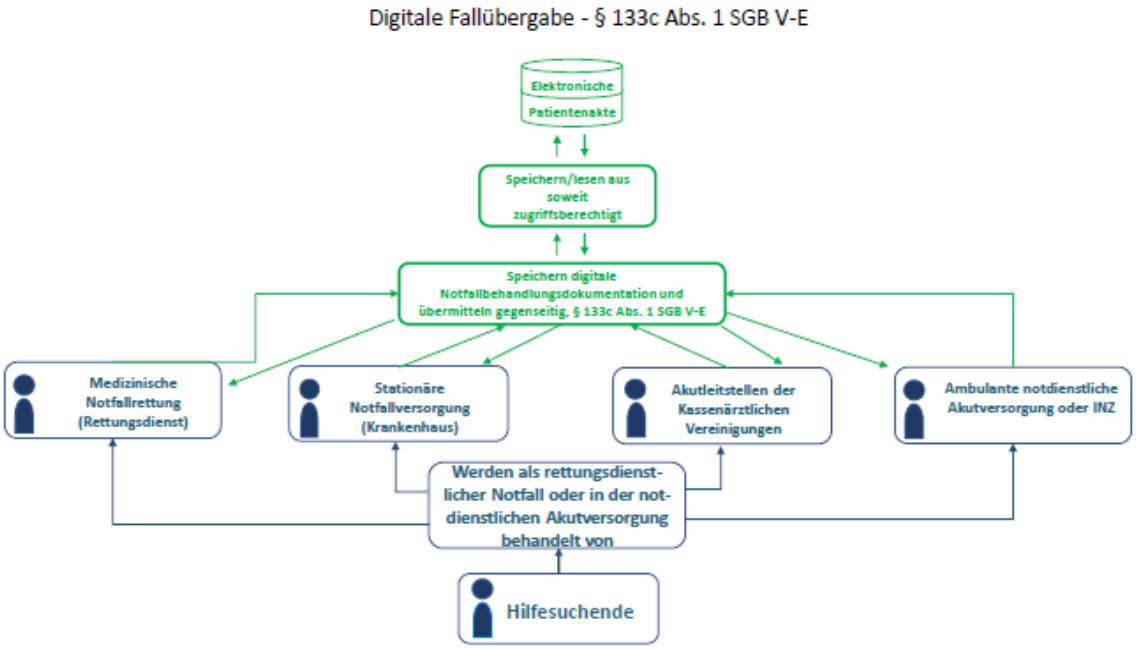




Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

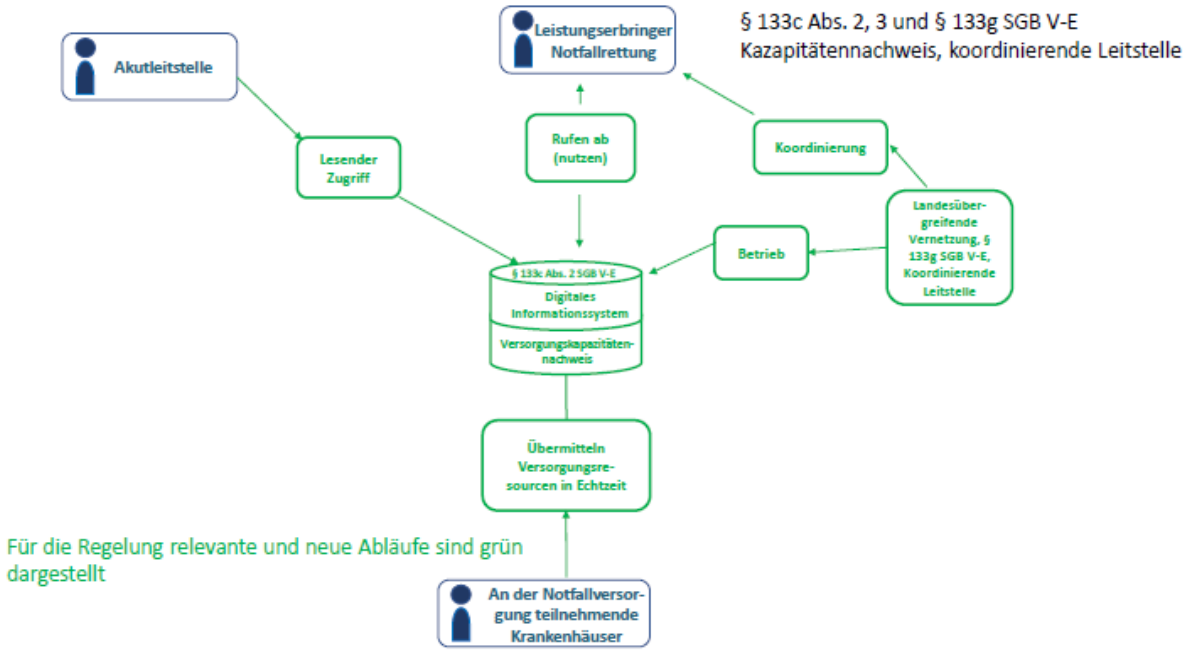


Für die Regelung relevante und neue Abläufe sind grün dargestellt

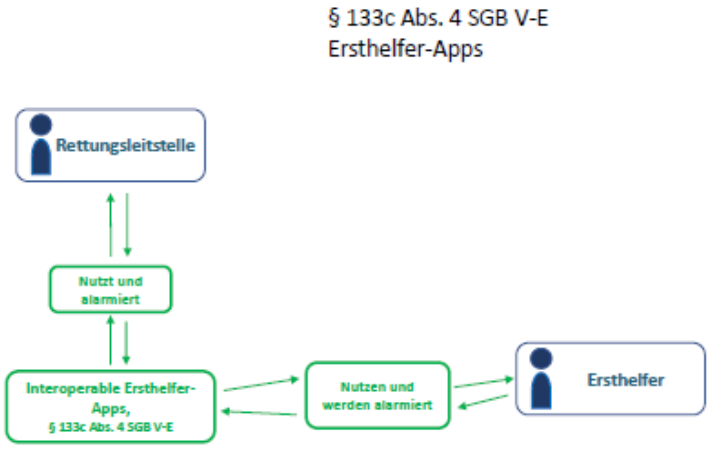


Für die Regelung relevante und neue Abläufe sind grün dargestellt

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.



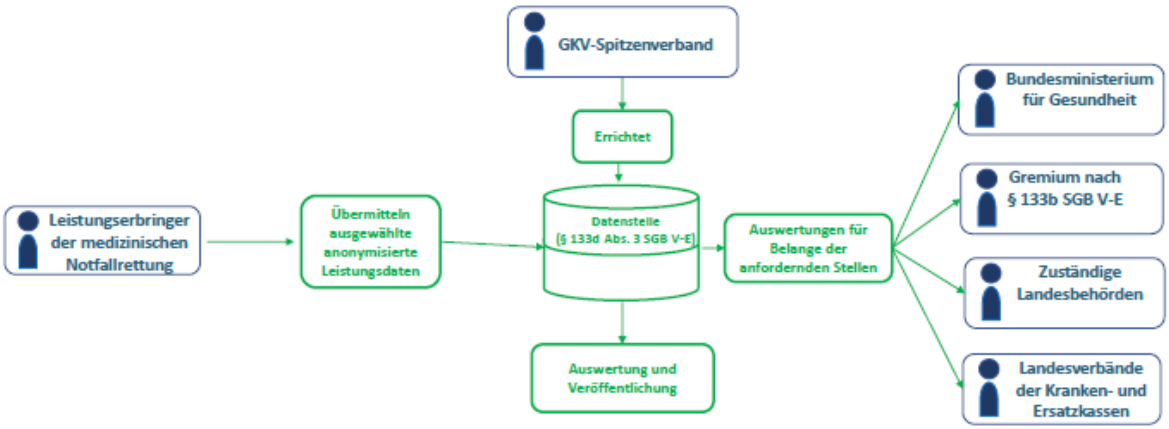
Für die Regelung relevante und neue Abläufe sind grün dargestellt



Für die Regelung relevante und neue Abläufe sind grün dargestellt

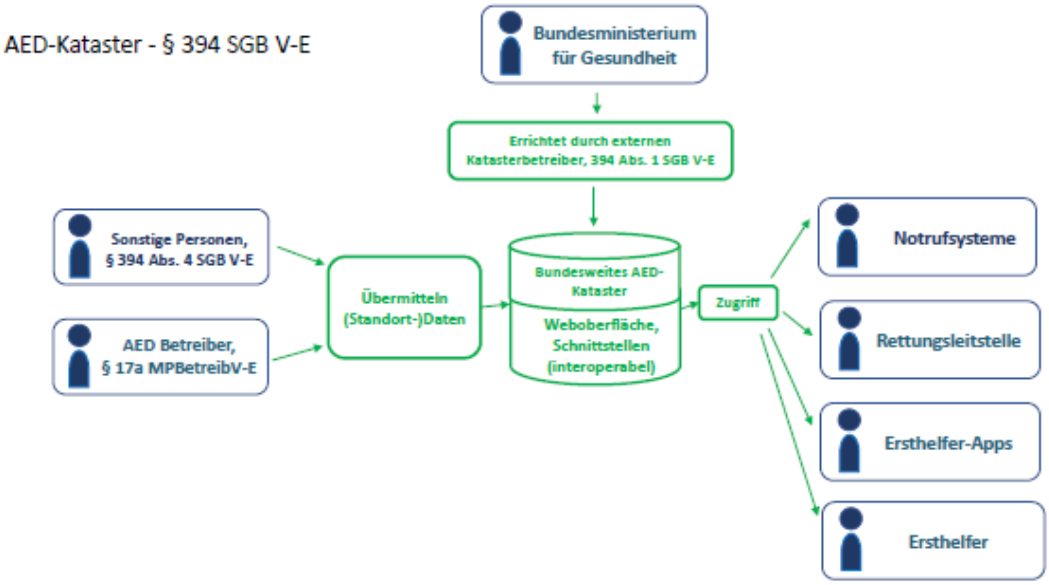
Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung - § 133d SGB V-E



Für die Regelung relevante und neue Abläufe sind grün dargestellt

AED-Kataster - § 394 SGB V-E



Für die Regelung relevante und neue Abläufe sind grün dargestellt

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Anlage 3

Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat hat in seiner 1066. Sitzung am 12. Juni 2026 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 30 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, Nummer 2 und Nummer 3 – neu – SGB V)

   Artikel 1 § 30 Absatz 1 Satz 2 ist wie folgt zu ändern:

   a) In Nummer 1 ist nach der Angabe „seines“ die Angabe „körperlich oder psychischen“ einzufügen und die Angabe „befindet oder“ ist durch die Angabe „befindet,“ zu ersetzen.

   b) In Nummer 2 ist die Angabe „erfolgt.“ durch die Angabe „erfolgt oder“ zu ersetzen.

   c) Nach Nummer 2 ist die folgende Nummer 3 einzufügen:

      „3. aufgrund des Gesundheitszustandes des Versicherten eine schwere gesundheitliche Schädigung für Dritte zu befürchten ist.“

   Begründung:

   Zu Buchstabe a:

   Die Änderung dient der Klarstellung, dass eine Lebensgefahr sowohl aufgrund körperlicher wie auch psychischer Gesundheitszustände bestehen kann.

   Zu Buchstabe c:

   Bei der neuen Regelung zur medizinischen Notfallrettung in § 30 SGB V-E lässt sich der Begründung des Gesetzentwurfs nicht entnehmen, wie die Schnittstelle zu den PsychKHG der Länder gedacht sein soll, die bei einer gegenwärtigen und erheblichen Gefahr der Selbst- und/oder Fremdgefährdung eine fürsorgliche Aufnahme (auch) bei Einlieferung durch den Rettungsdienst mit Anspruch auf Krankenhausbehandlung nach sofortiger Untersuchung bei Aufnahme vorsieht, sofern die ärztliche Leitung des psychiatrischen Krankenhauses die Voraussetzungen einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung bejaht.

   Wenn die Krankenkassen künftig die Kosten der notfallmedizinischen Versorgung nur nach dem engen Begriff von § 30 Absatz 1 SGB V-E übernehmen würden, blieben Fälle von Patienten mit psychischen Erkrankungen, die (vor allem oder nur) wegen Fremdgefährdung als Notfall ins psychiatrische Krankenhaus verbracht werden, vom Anspruch auf medizinische Notfallrettung und damit der Kostenübernahme durch die Krankenkassen ausgeschlossen. In der Definition des Gesetzentwurfs wird allein auf eine Selbstgefährdung der Versicherten abgestellt (= unmittelbare Lebensgefahr des Versicherten, lebensbedrohende Verschlechterung seines Gesundheitszustands oder schwere gesundheitliche Schädigung des Versicherten selbst).

   Ob die medizinische Notfallrettung durch die Annahme einer mittelbaren Eigengefährdung des Versicherten infolge von Fremdgefährdung erweiternd ausgelegt werden könnte, ist zweifelhaft. Auch in diesem Fall würde das Problem bestehen bleiben, dass die Gefahrenbegriffe in den PsychKHG der Länder („erhebliche und gegenwärtige Gefahr“) mit § 30 Absatz 1 SGB V-E nicht vollständig deckungsgleich sind, und dass – insbesondere bei anschließender Ablehnung einer fürsorglichen Aufnahme im psychiatrischen Krankenhaus nach Untersuchung – voraussichtlich Streit über die Übernahme der entstandenen Kosten der notfallmedizinischen Versorgung von Versicherten am Notfallort nach § 30 Absatz 4 SGB V-E und des Notfalltransports zum nächstgelegenen psychiatrischen Krankenhaus nach § 30 Absatz 5 SGB V-E mit den Krankenkassen entstehen würde.

   Daher müsste der medizinische Notfall gesetzlich so definiert werden, dass psychiatrische Notfälle mit Fremdgefährdung umfasst sind.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

2. Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 30 Absatz 3 Satz 3 SGB V) und Nummer 19 (§ 133 Absatz 1 Satz 2 – neu – SGB V)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) Nummer 2 § 30 Absatz 3 Satz 3 ist zu streichen.

b) Nach Nummer 19 § 133 Absatz 1 Satz 1 ist der folgende Satz einzufügen:

„Ab dem [… einsetzen: Datum des ersten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] kann Leistungserbringer für Leistungen des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 nur sein, wer die Vermittlung der erforderlichen Hilfe auf der Grundlage einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage vornimmt."

Begründung:

§ 30 Absatz 3 SGB V-E sieht vor, dass die Leistungserbringer des Notfallmanagements spätestens 24 Monate nach Verkündung des Gesetzes verpflichtend eine softwarebasierte standardisierte Notrufabfrage einsetzen sowie Ersthelfer-Apps und – in geeigneten Fällen – das noch zu errichtende AED-Kataster in ihre Disposition einbinden müssen.

Die gegenwärtige Fassung sieht in § 30 Absatz 3 Satz 3 SGB V-E allerdings den Entfall des Leistungsanspruches der Versicherten auf die Vermittlung der erforderlichen Hilfe im Sinne des § 30 Absatz 3 Satz 1 SGB V-E vor, soweit diese zwei Jahre nach Inkrafttreten der Notfallreform nicht mittels einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage erfolgt.

Dies wird allerdings weder den berechtigten Interessen der Versicherten noch dem Ziel der Notfallreform oder der Systematik des SGB V gerecht. Der Leistungsanspruch der Versicherten darf nicht beeinträchtigt werden oder gar wegfallen. Auch wenn die zeitliche Vorgabe durchaus ambitioniert erscheint, muss die entsprechende Regelung vielmehr im Leistungserbringungsrecht (Viertes Kapitel des SGB V) verankert werden, indem die softwarebasierte standardisierte Notrufabfrage nach Ablauf der Übergangsfrist zur obligatorischen Grundlage der Leistungserbringung gemacht wird.

3. Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 30 Absatz 4 Satz 2 – neu – SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 2 § 30 Absatz 4 Satz 1 ist der folgende Satz einzufügen:

„Leistungen der notfallmedizinischen Versorgung können durch die Länder entsprechend der Dringlichkeit nach einem gestuften Versorgungssystem bedarfsgerecht und ausdifferenziert erbracht werden."

Begründung:

Die einfache Einteilung des Rettungsdienstes in die Bereiche „notfallmedizinische Versorgung" und „Krankentransport" wird den heutigen Anforderungen an die präklinische Versorgung nicht mehr gerecht. Die Einsatzzahlen steigen kontinuierlich, gleichzeitig ist ein großer Teil der Patientinnen und Patienten weder akut lebensbedrohlich erkrankt bzw. verletzt noch für einen klassischen Krankentransport „geeignet". Zwischen diesen beiden Extremen entsteht eine Versorgungslücke, die durch ein gestuften Versorgungssystem z. B. Akuttransportwagen sinnvoll bedient und geschlossen werden kann. Die notfallmedizinische Versorgung muss sich an der tatsächlichen medizinischen Dringlichkeit orientieren. Viele Patientinnen und Patienten benötigen zwar eine zeitnahe medizinische Einschätzung, Überwachung und Behandlung, jedoch keinen hochspezialisierten Rettungswa-

gen mit maximaler notfallmedizinischer Fachkompetenz und Ausstattung. Werden dennoch reguläre Rettungswagen für solche Einsätze gebunden, fehlen diese Ressourcen unter Umständen bei echten akut lebensbedrohlichen medizinischen Notfällen. Dies führt zu längeren Eintreffzeiten, einer höheren Belastung des Rettungsfachpersonals und steigenden Kosten.

Ausdifferenzierte Versorgungssysteme, die bereits in Teilen in den Ländern etabliert sind, stellen hierbei eine wichtige Zwischenstufe dar. Sie ermöglichen die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit mittlerer Dringlichkeit durch qualifiziertes Personal und einer angepassten medizinischen Ausstattung. Dadurch können Rettungswagen und Notarzteinsatzfahrzeuge gezielter für schwere notfallmedizinische Versorgungen eingesetzte werden, während gleichzeitig Patientinnen und Patienten mit weniger kritischen Notfallbildern dennoch eine professionelle und sichere Versorgung erhalten.

Ein gestuftes Versorgungssystem verbessert somit die Effizienz des Rettungsdienstes erheblich. Ressourcen werden bedarfsgerecht eingesetzt, die Leitstellen können differenzierter disponieren und die Versorgung orientiert sich stärker am tatsächlich Versorgungsbedarf. Gleichzeitig trägt das gestufte Versorgungssystem zur Entlastung von Notaufnahmen und Rettungsmitteln bei und erhöht insgesamt die Versorgungssicherheit der Bevölkerung.

Darüber hinaus reagieren viele Länder bereits auf die veränderten Einsatzrealitäten, den demografischen Wandel und die steigenden Anforderungen im Gesundheitswesen mit neuen Rettungsmittel- und Versorgungskonzepten. Das gestufte Versorgungssystem mit Akuttransportwagen ist daher Ausdruck eines modernen, flexiblen und wirtschaftlichen Rettungswesens, das zwischen vitaler Bedrohung und Bagatellfall differenzieren kann.

4. Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 60 Absatz 3 Nummer 2 Buchstabe b, Buchstabe c und Buchstabe d – neu – SGB V)

Artikel 1 Nummer 3 § 60 Absatz 3 Nummer 2 ist wie folgt zu ändern:

a) In Buchstabe b ist die Angabe „§ 39 Absatz 1a oder“ durch die Angabe „§39 Absatz 1a,“ zu ersetzen.

b) In Buchstabe c ist die Angabe „hat,“ durch die Angabe „hat oder“ zu ersetzen.

c) Nach Buchstabe c ist der folgende Buchstabe d einzufügen:

„d) soweit landesrechtliche Vorschriften die örtliche Zuständigkeit eines Krankenhauses regeln,“.

Begründung:

Soweit infolge landesrechtlicher Regelungen nicht das aufgesuchte Krankenhaus örtlich zuständig ist, wird eine Verlegung erforderlich. Die Kostentragung für den entsprechenden Krankentransport ist zu regeln.

An der Schnittstelle zur Einrichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ) stellt sich die Frage, wie die in § 123a Absatz 1 SGB V-E vorgesehene Festlegung von geeigneten Planungsregionen und von Krankenhausstandorten mit der landesrechtlich in verschiedenen Ländern geregelten Pflichtversorgung der psychiatrischen Krankenhäuser in Übereinstimmung gebracht werden soll. Derzeit ist außerhalb von Rettungsdiensteinsätzen in verschiedenen Ländern eine gesetzliche Aufnahmeverpflichtung der psychiatrischen Krankenhäuser in Abhängigkeit vom gewöhnlichen Aufenthalt der Patienten bestimmt.

Würden zukünftig vorrangig Krankhausstandorte mit einer psychiatrischen Abteilung im Sinne des § 123a Absatz 1 SGB V-E als INZ festgelegt, müsste zuvor geklärt werden, ob und welche Patienten mit psychischen Erkrankungen (z. B. psychiatrische Notfälle im engeren Sinne, Notfälle durch körperliche Erkrankungen bei Menschen mit vorbestehender psychischer Erkrankung oder somatische Fälle mit psychischen Begleitsymptomen) den INZ zuzuleiten und welche unmittelbar in psychiat-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

rischen Fachkrankenhäusern der regionalen Pflichtversorgung zur freiwilligen Behandlung aufzunehmen wären. Voraussichtlich wäre auch hier Streit zu erwarten, weil schwierige Patienten mit herausforderndem Verhalten als Akutfälle entweder klar dem INZ-Krankenhaus und oder dem regionalen Pflichtversorger zugewiesen, ggf. zur Verlegung transportiert und in Abhängigkeit vom weiteren Verlauf der psychischen Erkrankung zwecks Vollzugs der öffentlich-rechtlichen Unterbringung jedenfalls in ein beliehenes Krankenhaus verbracht werden müssten.

Um Friktionen zu vermeiden, sollten die landesrechtlichen Regelungen der psychiatrischen Pflichtversorgung in der Richtline berücksichtigt werden.

5. Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 60 Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 SGB V)

Der Bundesrat bittet im Rahmen des weiteren Gesetzgebungsverfahrens bzw. der weiteren geplanten Finanz- und Strukturreformen (z. B. dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) zu prüfen, ob die in § 60 Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 SGB V vorgesehene Entschädigung entsprechend den Regelungen des Bundesreisekostengesetzes in ihrer Höhe noch ausreichend und angemessen erscheint.

Begründung:

Im Gegensatz zu den im Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. BR-Drucksache 256/26) vorgesehenen Anpassungen der gesetzlichen Zuzahlungen soll die Entschädigung für die Nutzung eines privaten Kraftfahrzeuges im Rahmen von Krankenfahrten auch weiterhin unverändert bleiben.

Auch wenn die Auswahl des Beförderungsmittels nach der zwingenden medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu erfolgen hat und insoweit der Gesundheitszustand des Versicherten maßgeblich ist, stellt der Rückgriff auf ein privates Kraftfahrzeug gleichwohl die niederschwelligste Form der Krankenfahrt dar, setzt sie doch den Eigeneinsatz von Versicherten bzw. deren Angehörigen voraus.

Der Rückgriff auf die seit Jahrzehnten unveränderten Erstattungssätze des Bundesreisekostengesetzes macht jedoch gerade in Zeiten steigender Spritpreise die Nutzung privater Kraftfahrzeuge zunehmend unattraktiver und mindert insbesondere die Bereitschaft von Angehörigen, diese für Krankenfahrten zur Verfügung zu stellen.

Gerade weil die Finanzen der GKV mehr als angespannt sind, erscheint diese Maßnahme angebracht. Denn es steht zu erwarten, dass eine angemessene Erhöhung der Entschädigung sich, kompensiert durch eine entsprechende Reduktion alternativ erfolgender Taxi- oder Mietwageneinsätze, zumindest als kostenneutral erweisen wird.

6. Zu Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe b (§ 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe b § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 2 ist nach der Angabe „Jugendmedizin“ die Angabe „und Psychotherapeuten“ einzufügen.

Begründung:

Aus der Begründung des Gesetzentwurfs ergibt sich nicht, warum im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 2 SGB V-E beim 24 Stunden täglich verfügbaren Versorgungsangebot der Kassenärztlichen Vereinigungen nur ein „ärztliches“ Versorgungsangebot genannt wird, und warum nicht auch Psychotherapeuten im Sinne des § 1 PsyThG im Notdienst bei der Erstversorgung von Menschen mit akuten psychischen Krisen oder psychischen Er-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

krankungen mitwirken sollen.

Die Erreichbarkeit für eine telefonische oder videounterstützte Versorgung könnte mit Psychotherapeuten vergleichbar den Beratungsärzten über die Akutleitstelle ebenso sichergestellt werden und eine Versorgung mit Behandlungskompetenz für psychische Erkrankungen vor Ort oder durch telefonischen oder videounterstützten Kontakt erfolgen.

7. Zu Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe b (§ 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 3 SGB V) und Nummer 19 (§ 133a Absatz 2 Satz 3 SGB V)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) In Nummer 7 Buchstabe b § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 3 ist nach der Angabe „kann“ die Angabe „ , es sei denn, dass aufgrund empirischer Daten belegbar ist, dass die Einrichtung eines aufsuchenden Dienstes die vertragsärztlichen Strukturen beeinträchtigt“ einzufügen.

b) In Nummer 19 § 133a Absatz 2 Satz 3 ist die Angabe „verbindlich“ durch die Angabe „als Zielgröße“ zu ersetzen.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Ein aufsuchender Dienst eröffnet für niedrigschwellig Hilfesuchende eine Alternative zum Rettungsdienst, der besonders durch minderschwere Erkrankungs- und Verletzungsbilder belastet wird, für die der Rettungsdienst gar nicht vorgesehen ist. Bei guter Verfügbarkeit ist zu erwarten, dass ein solcher aufsuchender Dienst den Rettungsdienst insbesondere bei minderschweren Erkrankungs- und Verletzungsbildern sowie bei Fehleinsätzen spürbar entlastet.

Gleichzeitig erfordert die im Gesetzentwurf vorgesehene Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen einen hohen Personal- und Ressourceneinsatz. In Zeiten eines sich verstärkenden Mangels an Ärztinnen und Ärzten und der engen Personalkapazitäten im notdienstlichen Bereich ist zu befürchten, dass die Einrichtung eines jederzeit verfügbaren aufsuchenden ärztlichen Dienstes zu einer Einschränkung des regulären Sprechstundenangebots sowie der übrigen notdienstlichen Strukturen führt, obwohl dort die überwiegende Zahl der Akutfälle behandelt wird und die Patientinnen und Patienten in diese Strukturen auch vorrangig vermittelt werden sollen.

Um auszuschließen, dass die Einführung eines grundsätzlich nachrangigen aufsuchenden Dienstes das vorrangige Sprechstundenangebot sowie die vorrangigen übrigen notdienstlichen Strukturen gefährdet, sind Möglichkeiten für die Kassenärztlichen Vereinigungen zu schaffen, von einer Einrichtung des 24/7-Angebots abzuweichen, wenn durch die Kassenärztliche Vereinigung empirisch erwiesen werden kann, dass dadurch eine Einschränkung dieser Strukturen erfolgt. Die Überprüfung erfolgt durch die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder im Weg der Rechtsaufsicht. Auf diese Weise können die unterschiedlichen regionalen Bedarfe ausreichend berücksichtigt und der aufsuchende Dienst bedarfsgerecht ausgestaltet werden.

Zu Buchstabe b:

Bereits die flächendeckende Vorhaltung eines jederzeit verfügbaren aufsuchenden Dienstes stellt eine große personelle Herausforderung dar. Es ist daher erforderlich, dass regionale Bedarfe und Limitationen des aufsuchenden Dienstes ausreichend regional berücksichtigt werden können. Dies gilt insbesondere für die nach § 133a SGB V-E zu bestimmenden verbindlichen Eintreffzeiten.

Feste Eintreffzeiten führen dazu, dass unabhängig von dem zu deckenden Bedarf Personal vorgehalten werden muss, um den aufsuchenden Dienst zeitgerecht durchführen zu können. Hierdurch wird das bereits bestehende Personalproblem weiter verschärft. Die Vorgabe von Eintreffzeiten

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

sollte daher nicht anhand verbindlicher Eintreffzeiten, sondern anhand von Ziel- bzw. Planungsgrößen erfolgen, um möglichen Engpässen, z. B. bei hohem Patientenaufkommen gerecht werden zu können. Erwartungshaltungen an feste Eintreffzeiten sind in den unterschiedlichen Regionen nicht immer erfüllbar; so sind die Anforderungen an städtische Gebiete mit kurzen Fahrzeiten im Gegensatz zu ländlichen Regionen mit ggf. langen Fahrtzeiten und einer weniger gut verfügbaren sonstigen Versorgungsstruktur unterschiedlich zu bewerten. Soweit die Begründung des Gesetzentwurfs hierauf zwar bereits hinweist, ist die Formulierung des § 133a Absatz 2 Satz 3 SGB V-E hinsichtlich der Festlegung „verbindlicher“ Eintreffzeiten nach wie vor einschränkend und steht zur gesetzgeberischen Intention im Widerspruch.

Dem Ziel der Entlastung der Notfallstrukturen von Akutfällen, die auch ambulant versorgt werden können, kann mit den zu vereinbarenden Zielgrößen ausreichend Rechnung getragen werden. Mit dem gemeinsamen Gesundheitsleitsystem wird zudem eine weitere Verbindlichkeit geschaffen, da Anrufende, die bereits in die ambulante Versorgungsebene geleitet worden sind, im System registriert sind und die anhand der medizinischen Ersteinschätzung erfolgte Zuteilung der Versorgungsebene vermerkt ist. Die Gefahr, dass Anrufende bei möglicherweise längeren Wartezeiten trotzdem über die Notfallstrukturen versorgt werden, ist damit faktisch ausgeschlossen.

Hinzuweisen ist auch darauf, dass verbindliche Eintreffzeiten im Widerspruch zur sonstigen Akutversorgung in Bereitschafts- oder Arztpraxen bzw. Integrierten Notfallzentren (INZ) stehen, wo keine Mindestwartezeiten vorgesehen sind. Vielmehr sind Fehlsteuerungen zu befürchten, wenn Patientinnen und Patienten Wartezeiten zu umgehen versuchen und den aufsuchenden Dienst einfordern.

8. Zu Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe b (§ 75 Absatz 1c Satz 7 Nummer 1 und Nummer 2 SGB V)

Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe b § 75 Absatz 1c Satz 7 ist wie folgt zu ändern:

a) In Nummer 1 ist nach der Angabe „oder eines zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum“ die Angabe „aus medizinischen Gründen“ einzufügen.

b) In Nummer 2 ist nach der Angabe „Notfallzentrums“ die Angabe „aus medizinischen Gründen“ einzufügen.

Begründung:

Als Anknüpfungspunkte für die Indikation eines Hausbesuchs formuliert der Gesetzentwurf nur, dass eine andere Versorgung „nicht möglich“ bzw. „nicht zumutbar“ ist. Dies eröffnet einen sehr weiten Interpretationsspielraum und ist daher zu unbestimmt, nicht zuletzt für die Rechtsaufsicht. So lässt die Formulierung eine Auslegung zu, die beispielsweise bloße Unbequemlichkeiten aufgrund eines ausgedünnten ÖPNV zu einem Anlass für einen aufsuchenden Dienst werden lässt.

Unter Bezugnahme auf das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V sollte ein Hausbesuch nur im Falle einer entsprechenden medizinischen Notwendigkeit durchgeführt werden müssen. Neben dem Ergebnis der Ersteinschätzung nach § 75 Absatz 1 Satz 3 SGB V-E sind zur Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit auch das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit oder vergleichbare gesundheitliche Einschränkungen zu berücksichtigen.

9. Zu Artikel 1 Nummer 7a – neu – (§ 75a Absatz 1 Satz 1 und Satz 2, Absatz 5 Satz 1, Absatz 6 Satz 2, Absatz 7 Nummer 2 und Absatz 9 Satz 2 SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 7 ist die folgende Nummer 7a einzufügen:

‚7a. § 75a wird wie folgt geändert:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „Sicherung der hausärztlichen“ die Angabe „und kinderärztlichen“ und nach der Angabe „allgemeinmedizinische“ die Angabe „und kinder- und jugendmedizinische“ eingefügt.

bb) In Satz 2 wird nach der Angabe „Allgemeinmedizin“ die Angabe „und Kinder- und Jugendmedizin“ eingefügt.

b) In Absatz 5 Satz 1 wird nach der Angabe „Förderung der allgemeinmedizinischen“ die Angabe „und kinder- und jugendärztlichen“ eingefügt.

c) In Absatz 6 Satz 2 wird nach der Angabe „für den Bereich der hausärztlichen“ die Angabe „und kinderärztlichen“ eingefügt.

d) In Absatz 7 Nummer 2 wird nach der Angabe „Allgemeinmedizin“ die Angabe „und Kinder- und Jugendmedizin“ eingefügt.

e) In Absatz 9 Satz 2 wird die Angabe „davon mindestens 250 Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendmedizin,“ gestrichen.‘

Begründung:

Für die Sicherung der künftigen flächendeckenden Versorgung spielt die ärztliche Weiterbildungsförderung eine wichtige Rolle. Die Zuständigkeit hierfür liegt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen, die die Kosten der Förderung gemeinsam je zur Hälfte tragen und die förderfähigen Arztgruppen festlegen.

Speziell für die Sicherung der kinder- und jugendmedizinischen Versorgung spielt eine ausreichende Anzahl an Weiterbildungsstellen eine wichtige Rolle. Die Reform der Bedarfsplanung als erster Schritt im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin wurde bereits mit GMK-Beschluss vom 30. Januar 2023 gefordert. Um diese auch effektiv umsetzen zu können und bis dahin eine ausreichende Versorgung sicherstellen zu können, ist eine Ausweitung der Fördermöglichkeiten für Kinder- und Jugendärzte erforderlich.

Nach § 73 Absatz 1a Satz 1 Nummer 3 SGB V nehmen die Kinder- und Jugendärzte an der hausärztlichen Versorgung teil. Als „Hausärztinnen und Hausärzte der Kinder“ sind die Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin unabdingbar für die Sicherstellung der Versorgung der Kinder und Jugendlichen. Dies hebt die Kinder- und Jugendmedizin aus den anderen Facharztgruppen heraus, welche bislang nach § 75a Absatz 9 SGB V gefördert werden können. Aufgrund ihrer herausgehobenen Bedeutung gilt es, die Kinder- und Jugendmedizin bei der Förderung der ambulanten Weiterbildungsabschnitte analog zur Allgemeinmedizin nicht mehr zu begrenzen.

Mit Blick auf die Altersstruktur der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, die aktuell an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sind die Nachbesetzungsbedarfe absehbar kurz- wie mittelfristig sehr groß.

Es gilt darauf hinzuwirken, dass sich die bestehenden regionalen Unterschiede in der kinder- und jugendärztlichen Versorgung nicht verstärken. Die ambulante Weiterbildung stellt eine wichtige Perspektive für pädiatrische Praxen im ländlichen Raum und in strukturschwachen Gebieten dar, ihre Nachfolgerinnen und Nachfolger selbst aufbauen zu können. Diejenigen Praxen, welche diese Nachwuchsstrategie verfolgen wollen, benötigen dafür finanzielle Planungssicherheit, um die Voraussetzungen zu schaffen, Weiterbildungsstellen auszuschreiben und auch besetzen zu können.

Aus diesem Grund sollte die Weiterbildungsförderung der Kinder- und Jugendmedizin gemeinsam mit der Weiterbildungsförderung der Allgemeinmedizin ohne Höchstanzahl an Förderstellen ermöglicht werden.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

10. Zu Artikel 1 Nummer 11 Buchstabe b (§ 90 Absatz 4a Satz 7a – neu –, Satz 7b – neu –, Satz 7c – neu – und Satz 7d – neu – SGB V) und Buchstabe c (§ 90 Absatz 6 Satz 1 SGB V) und Nummer 18 (§ 123a Absatz 1 Satz 8 bis 10 und Satz 12 SGB V)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) Nummer 11 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Buchstabe b § 90 Absatz 4a sind nach Satz 7 die folgenden Sätze einzufügen:

„Bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 ist das Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen obersten Landesbehörde herzustellen. Kommt eine Festlegung nach §123a Absatz 1 oder § 123b Absatz 1 ganz oder teilweise nicht fristgemäß zustande, setzt die für die Krankenhausplanung zuständige oberste Landesbehörde unverzüglich eine Frist zum Nachholen der Festlegung, die sechs Wochen nicht überschreiten darf. Kommt die Festlegung ganz oder teilweise auch innerhalb dieser Frist nicht zustande, erfolgt die Festlegung durch die für die Krankenhausplanung zuständige oberste Landesbehörde innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der zuletzt genannten nach Satz 9 gesetzten Frist. Der erweiterte Landesausschuss stellt der für die Krankenhausplanung zuständigen obersten Landesbehörde die hierfür erforderlichen Informationen, Unterlagen und Stellungnahmen unverzüglich zur Verfügung.“

bb) In Buchstabe c § 90 Absatz 6 Satz 1 ist die Angabe „ , § 103 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3, § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1“ durch die Angabe „und § 103 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3“ zu ersetzen.

b) Nummer 18 § 123a Absatz 1 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Satz 7 ist die Angabe „§ 90 Absatz 4a Satz 1“ durch die Angabe „§ 90 Absatz 4a“ zu ersetzen.

bb) Satz 8 bis Satz 10 ist zu streichen.

cc) In Satz 12 ist die Angabe „den Sätzen 1 und 9“ durch die Angabe „Satz 1 und § 90 Absatz 4a Satz 10“ zu ersetzen.

Begründung:

Die neuen Sätze 7a bis 7d in § 90 Absatz 4a SGB V berücksichtigen, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde sicherstellen kann, dass die im Rahmen der Krankenhausplanung getroffenen Entscheidungen bezüglich der Notfallversorgung bei der Standortbestimmung von Integrierten Notfallzentren (INZ) und INZ für Kinder und Jugendliche angemessen berücksichtigt werden und eine Zersplitterung der Notfallversorgung vermieden wird. Durch die Einführung von INZ wird eine dritte Ebene der Planung von Notfallstrukturen – neben der Landeskrankenhausplanung und dem G-BA – etabliert. Die INZ haben erheblichen Einfluss auf Patientenströme, da sie Anlaufstelle für den Fall akuter Beschwerden sind und dadurch zu erhöhten Krankenhausaufnahmen führen können.

Die Einrichtung von INZ soll mit Fördermitteln aus der Krankenhausförderung erfolgen. Neben erheblichen Bedenken bezüglich des EU-Beihilferechts bei der Investitionsförderung von ambulanten Leistungen ist zu berücksichtigen, dass die Länder – ohne oben dargestellte Änderung – gezwungen sein könnten, Fördermittel zu vergeben, die nicht der krankenhausplanerischen Entscheidung entsprechen.

Durch das Erfordernis eines „Einvernehmens“ mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde können die Länder eine Standortbestimmung verhindern, die der Krankenhausplanung zuwiderläuft. Gleichzeitig besteht nicht die Notwendigkeit, den Ländern ein allgemeines

(Veto-)Stimmrecht im erweiterten Landesausschuss einzurichten.

Entsprechend der bereits im Gesetzentwurf enthaltenen Regelung des § 123a Absatz 1 Satz 8 und Satz 9 SGB V-E erfolgt die Standortbestimmung für INZ durch die Krankenhausplanungsbehörde, wenn eine Einigung im erweiterten Landesausschuss nicht zustande kommt. Dies betrifft auch die Fälle, in denen die Krankenhausplanungsbehörde zuvor das Einvernehmen verweigert hat beziehungsweise eine einvernehmensfähige Einigung nicht zustande kommt. Diese Regelung ist auch auf die Standortbestimmung von INZ für Kinder und Jugendliche auszuweiten. Aus diesem Grund erfolgt die Verschiebung aus § 123a SGB V in § 90 SGB V mit einer Erweiterung der Regelung auf INZ-Standorte für Kinder und Jugendliche.

Die Änderungen des § 90 Absatz 4a SGB V bedingen mit der Ergänzung der Herstellung des Einvernehmens mit der obersten Landesplanungsbehörde eine Streichung der § 123a SGB V und § 123b SGB V aus § 90 Absatz 6 Satz 1 SGB V-E.

11. Zu Artikel 1 Nummer 11 Buchstabe b (§ 90 Absatz 4a Satz 9 – neu – und Satz 10 – neu – SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 11 Buchstabe b § 90 Absatz 4a Satz 8 sind die folgenden Sätze einzufügen:

„Bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 wirkt ein Vertreter der zuständigen Landesapothekerkammer beratend mit. Das Mitberatungsrecht umfasst das Recht zur Antragstellung, soweit Belange der Arzneimittelversorgung oder der Versorgung mit apothekenpflichtigen Medizinprodukten betroffen sind.“

Begründung:

Der Gesetzentwurf erweitert den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für die Wahrnehmung der Aufgaben nach §123a Absatz 1 SGB V-E und §123b Absatz 1 SGB V- E ausdrücklich um Vertreter der Krankenhäuser. Damit erkennt der Gesetzgeber an, dass die Planung und Ausgestaltung der Integrierten Notfallzentren (INZ) nur unter Einbeziehung aller relevanten Versorgungsbereiche sachgerecht erfolgen kann. Die Einrichtung und Standortplanung betrifft jedoch nicht allein die ambulante und stationäre medizinische Versorgung, sondern gleichermaßen die flächendeckende und unterbrechungsfreie Arzneimittelversorgung.

Mit der Festlegung von INZ-Standorten werden insbesondere Patientenströme, Notdienstbelastungen, regionale Versorgungsstrukturen sowie die Organisation der Arzneimittelversorgung einschließlich des Apothekennotdienstes maßgeblich beeinflusst. Die öffentlichen Apotheken gewährleisten die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung einschließlich Nacht-, Wochenend- und Feiertagsversorgung. Der von den Landesapothekerkammern organisierte Apothekennotdienst ist damit wesentlicher Bestandteil der Notfallversorgung.

Die Landesapothekerkammern sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und nehmen gesetzlich übertragene Selbstverwaltungsaufgaben wahr, insbesondere im Bereich der Organisation des Apothekennotdienstes sowie der Überwachung der ordnungsgemäßen Berufsausübung. Sie verfügen daher über besondere Sachnähe und Expertise hinsichtlich der regionalen Versorgungsstrukturen sowie der flächendeckenden und sicheren Arzneimittelversorgung. Ihre beratende Beteiligung (ohne Stimmrecht) ist deshalb erforderlich, um die Auswirkungen der INZ-Planung auf die Arzneimittelversorgung frühzeitig und strukturiert berücksichtigen zu können.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

12. Zu Artikel 1 Nummer 12 (§ 90a Absatz 1 Satz 1 SGB V)

Artikel 1 Nummer 12 ist zu streichen.

Begründung:

Das gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben; hierzu gehören auch Empfehlungen zu einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung. Daher ist die Einbeziehung der medizinischen Notfallrettung sinnvoll.

Einer ausdrücklichen gesetzlichen Klarstellung bedarf es aber nicht, da die Regelung in § 90a Absatz 1 Satz 1 SGB V die Einbeziehung weiterer Mitglieder bereits vorsieht.

Es handelt sich insgesamt um eine „kann"-Bestimmung, so dass den Ländern zudem ein Beurteilungsspielraum eingeräumt ist, ob das Landesgremium gebildet wird oder nicht.

Beispielsweise in Sachsen sind Träger des bodengebundenen Rettungsdienstes die Landkreise, Kreisfreien Städte und Rettungszweckverbände. Diese sind in Sachsen bereits als Gäste (über die Spitzenverbände) im GemLG ständig vertreten; die ärztliche Sicht wird durch die Landesärztekammer, die Sicherstellungsaspekte durch die KV Sachsen und die Kranken- und Ersatzkassen vertreten, die im Gesetz bereits aufgenommen sind. Die Vertreter der Krankenhausseite sind ebenfalls bereits als Mitglieder benannt.

Die Struktur kann in den Ländern durchaus unterschiedlich ausgestaltet sein.

Daher ist es nicht zielführend, allein den Begriff „medizinische Notfallrettung" – wie es die Novellierung vorsieht – hier einzubeziehen.

13. Zu Artikel 1 Nummer 13a – neu – (§ 101 Absatz 4a – neu – SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 13 ist die folgende Nummer 13a einzufügen:

‚13a. Nach § 101 Absatz 4 wird der folgende Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten, die jeweils überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, bilden ab dem … [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine Arztgruppe im Sinne des Absatzes 2. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 31. Dezember 2026 zu ermitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die neuen Verhältniszahlen erstmals bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu beschließen. In den Richtlinien nach Absatz 1 kann der Gemeinsame Bundesausschuss einen Mindestversorgungsanteil für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sowie innerhalb dieses Mindestversorgungsanteils weitere nach Fachgebieten differenzierte Mindestversorgungsanteile aus Versorgungsgründen vorsehen. Der Landesausschuss hat die Feststellungen nach § 103 Absatz 1 Satz 1 erstmals zum Stand vom … [einsetzen: Datum des letzten Tages des elften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu treffen." ‘

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung:

Die Länder nehmen einen ständig zunehmenden Bedarf an psychotherapeutischer Betreuung für Kinder- und Jugendliche wahr. Dies resultiert teilweise aus den Nachwirkungen der Corona-Zeit, den verschieden Krisen im Weltgeschehen, die gerade Kinder- und Jugendliche stark belasten können, Zukunftsängsten, oder schulisch-familiären Problemen. Oft bestehen lange Wartezeiten, auf einen Therapieplatz. Gerade bei Kindern und Jugendlichen ist ein zeitnaher Therapiebeginn erforderlich, um Entwicklungsstörungen so früh wie möglich entgegensteuern zu können.

Es ist bundesgesetzlich geregelt, dass überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten eine Arztgruppe bilden (§ 101 Absatz 4 SGB V). Aufgrund der Versorgungslage wurde für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, eine Mindestquote von 20 Prozent vorgesehen (§ 101 Absatz 4 Satz 5 SGB V).

Die Versorgungspraxis hat jedoch gezeigt, dass diese Mindestquote zur Gewährleistung eines bedarfsgerechten Zugangs für Kinder und Jugendliche nicht mehr ausreichend ist. Daher sieht der aktuelle Koalitionsvertrag auf Bundesebene vor, die Bedarfsplanung im Bereich der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche „anzupassen“ (Rz. 3557f.). Bereits im Rahmen des Gesetzentwurfs des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes war die separate Beplanung der Leistungserbringer vorgesehen, die jeweils überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen (dort als neuer Absatz 4a in § 101 SGB V, BT-Drucksache 20/11853, S. 21).

Die Thematik wurde auch als eine der Empfehlungen (Nummer 5) des Berichts der Länderarbeitsgruppe der AOLG „Instrumente der ambulanten und sektorenübergreifenden Versorgung“ aufgegriffen.

Daher ist es zeitnah erforderlich, § 101 Absatz 4 SGB V dahingehend zu ändern, dem G-BA den Auftrag zu erteilen, eine eigene Arztgruppe für Behandelnde einzuführen, die ausschließlich Kinder- und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen. Dadurch kann eine höhere Zahl an Ärztinnen und Ärzten, die ausschließlich Kinder- und Jugendliche behandeln, zugelassen werden, was die Versorgungslage deutlich verbessern wird.

14. Zu Artikel 1 Nummer 14 Buchstabe a – neu – (§ 105 Absatz 1a Satz 4 Nummer 8 und Nummer 9 – neu – SGB V) und Nummer 14 a – neu – (§ 105a SGB V – neu –)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) Nummer 14 ist durch die folgende Nummer 14 zu ersetzen:

‚14. § 105 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1a Satz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 8 wird die Angabe „Leistungserbringer.“ durch die Angabe „Leistungserbringer,“ ersetzt.

bb) Nach Nummer 8 wird die folgende Nummer 9 eingefügt:

„9. Förderung neuer ambulanter Versorgungsformen nach § 105a.“

b) Absatz 1b wird << … weiter wie Vorlage … >>.‘

b) Nach Nummer 14 ist die folgende Nummer 14a einzufügen:

‚14a. Nach § 105 wird der folgende § 105a eingefügt:

„§ 105a

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Neue ambulante Versorgungsformen

(1) Die Landesausschüsse nach § 90 können neue ambulante Versorgungsformen auf Vorschlag der Kassenärztlichen Vereinigungen oder der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder beschließen. Dadurch wird es Leistungserbringern, die nach § 95 Absatz 1 oder aufgrund einer Kooperationsvereinbarung nach § 75 Absatz 1b Satz 5 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, ermöglicht, an neuen Versorgungsformen teilzunehmen, wenn die Voraussetzungen des Satzes 3 sowie des Absatzes 2 erfüllt sind. Neue ambulante Versorgungsformen sind Versorgungsformen, die die bisherige Regelversorgung modifizieren und einer Befreiung von Regelungen bedürfen sowie insbesondere zum Ziel haben, die

1. Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz zu verbessern,
2. Versorgungsdefizite, insbesondere im ländlichen Raum, zu beheben,
3. die Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen zu optimieren,
4. interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungselemente zu integrieren oder
5. innovative Digitalisierungselemente einzusetzen.

In den Fällen einer Kooperationsvereinbarung nach § 75 Absatz 1b Satz 5 kann die neue ambulante Versorgungsform auch Teil der Kooperationsvereinbarung sein.

(2) Ein Leistungserbringer kann an neuen ambulanten Versorgungsformen nach Absatz 1 teilnehmen, wenn

1. der Landesausschuss nach § 90 einen Beschluss nach Absatz 4 Satz 3 über das Konzept der Kassenärztlichen Vereinigung gefasst hat und
2. die Kassenärztliche Vereinigung mit dem Leistungserbringer einen Vertrag über die neue ambulante Versorgungsform abgeschlossen hat oder dieser nach Absatz 4 Satz 6 fort gilt.

(3) Neue ambulante Versorgungsformen dienen der Sicherstellung und können daher ausschließlich

1. in Gebieten, in denen nach § 100 Absatz 1 Satz 1 festgestellt ist, dass eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht,
2. in weiteren Gebieten zur Vorbeugung von besonderen Versorgungsdefiziten vom Landesausschuss nach § 90 beschlossen werden.

Über die Kriterien und Einstufung eines Gebietes nach Satz 1 Nummer 2 entscheidet der zuständige Landesausschuss nach § 90. Neue ambulante Versorgungsformen können von den Vorschriften dieses Kapitels, sowie von den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen abweichen, insbesondere von der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte oder den Bundesmantelverträgen einschließlich des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes nach § 87 Absatz 1, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 2 erfüllt sind. Nach § 135 getroffene Regelungen bleiben unberührt. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nehmen bis spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes in die Verträge nach § 82 Absatz 1 eine Regelung auf, wonach nach Entscheidung durch den Landesausschuss nach § 90 und aufgrund des Vertrages nach Absatz 2 Nummer 2 entsprechend den Regelungen dieser Vorschrift von den Bundesmantelverträgen abgewichen werden kann; Gleiches gilt für die Selbstverwaltungspartner der Gesamtverträge nach § 82 Absatz 2. Regelungen anderer Gesetze und aufgrund von anderen Kapiteln des SGB V oder anderen Gesetzen erlassene oder vereinbarte Regelungen bleiben davon unberührt.

(4) Die Kassenärztliche Vereinigung legt dem Landesausschuss nach § 90 ein konkretes Konzept mit Kriterien vor, die mindestens erfüllt sein müssen, damit gemäß Absatz 3 von Regelungen abgewichen werden darf. Das Konzept legt unter Angabe von Gründen dar,

1. in welchen Gebieten im Sinne des Absatzes 3 Satz 1 und von welchen der in Absatz 3 Satz 3 aufgeführten Regelungen abgewichen werden darf und

2. dass durch die Abweichung von Regelungen der Patientenschutz nicht gefährdet wird.

Der Landesausschuss nach § 90 prüft das Konzept und entscheidet darüber durch Beschluss. Gegenstand des Beschlusses des Landesausschusses nach § 90 können nur Leistungen sein, die gegenüber Versicherten einer Krankenversicherung erbracht werden, deren zuständiger Landesverband Mitglied des beschließenden Landesausschusses ist. Mit Zustimmung eines Landesverbands, der nicht Mitglied des beschließenden Landesausschusses ist, können Versicherte einer Krankenkasse dieses Landesverbandes Leistungen auch im Rahmen neuer ambulanter Versorgungsformen in Anspruch nehmen. Sofern die Gründe für den Beschluss des Landesausschusses nach § 90 entfallen, kann von den geltenden Vorschriften nach Maßgabe des Beschlusses des Landesausschusses nach § 90 bis zum Ablauf der zwei nachfolgenden Quartale nach Wegfall der Gründe abgewichen werden.

(5) Die Kassenärztliche Vereinigung kann eine Eigeneinrichtung nach § 105 Absatz 1c als neue Versorgungsform betreiben, sofern die Voraussetzung des Absatzes 2 Nummer 1 vorliegt.

(6) § 90 Absatz 6 SGB V gilt für Beschlüsse des Landesausschusses nach § 90 zu neuen ambulanten Versorgungsformen entsprechend.“ ‘

Begründung:

Wesentlicher Baustein zur Entlastung der Notfallversorgung ist eine leistungsfähige und flexible vertragsärztliche Versorgung, deren Sicherstellung den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt (Sicherstellungsauftrag, § 75 Absatz 1 SGB V).

Mit der strukturellen Veränderung der Arbeitswelt und einer zunehmenden Erwerbstätigkeit beider Elternteile im familiären Umfeld steigt auch unter Vertragsärzten das Bedürfnis nach flexibleren Arbeitsmodellen (Anstellung, Teilzeit, etc.). Gleichzeitig ist das Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzte auf mittlerweile ca. 54 Jahre gestiegen, verbunden mit einem hohen Nachbesetzungsbedarf in den kommenden Jahren.

Innovative Konzepte sind ein wichtiger Baustein, um dieser Entwicklung einschließlich dem Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich und der demographischen Entwicklung Einhalt zu gebieten. Ziel ist, eine flächendeckende Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum, auf hohem Niveau aufrechtzuerhalten. Auf Bundes- und Landesebene geförderte innovative Projekte, in deren Rahmen zum Teil von Regelungen abgewichen werden kann, stellen nur temporäre Lösungen dar. Soweit sie in Selektivverträge im Sinne des § 140a SGB V (Besondere Versorgung) münden, profitiert davon nur ein Teil der gesetzlich versicherten Patienten; zudem verschaffen die Verträge den Kassenärztlichen Vereinigungen – anders als den Gesetzlichen Krankenkassen – keine aktive Rolle mit dem Ziel der Abweichung von (sozial)rechtlichen Vorgaben.

Durch die Öffnungsklausel können Kassenärztliche Vereinigungen nunmehr aktiv Leistungserbringern – passgenau für die jeweiligen Regionen – Abweichungen von geltenden Regelungen ermöglichen (z. B. Erhöhung der Obergrenze für angestellte Ärzte, Erhöhung der Obergrenzen für Videosprechstunden oder Flexibilisierung des Arbeitsortes niedergelassener Vertragsärzte).

Zu Buchstabe a (§ 105 Absatz 1a Nummer 9 – neu – SGB V):

Die Ergänzung des § 105 Absatz 1a Nummer 9 SGB V enthält die Klarstellung, dass neue ambulante Versorgungsformen aus Mitteln des Strukturfonds gefördert werden können.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe b (§ 105a SGB V):

Zu Absatz 1:

§ 105 a Absatz 1 Satz 1 SGB V regelt, dass die Regionalgremien der Landesausschüsse nach § 90 SGB V neue ambulante Versorgungsformen auf Vorschlag der Kassenärztlichen Vereinigungen oder der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder beschließen können. Dadurch soll Leistungserbringern unter bestimmten Voraussetzungen aufgrund eines Vertrages mit der Kassenärztlichen Vereinigung regional ermöglicht werden, von Regelungen abzuweichen.

Von dieser Befreiungsmöglichkeit umfasst sind alle Leistungserbringer, die im Wege einer vertragsarztrechtlichen Zulassung oder Ermächtigung vertragsärztlich tätig sind oder aufgrund einer Kooperationsvereinbarung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten am vertragsärztlichen Notdienst teilnehmen. Ziel ist, dass die Kassenärztliche Vereinigung in Erfüllung ihres Sicherstellungsauftrags unter Beteiligung des Landesausschusses für Ärzte und Krankenkassen in Regionen mit Versorgungsdefiziten flexiblere Leistungserbringung rechtssicher ermöglichen kann.

Absatz 1 enthält in Satz 3 zudem eine Begriffsdefinition von neuen ambulanten Versorgungsformen, die an den Begriff der vom Innovationsfonds geförderten neuen Versorgungsformen im Sinne des § 92a SGB V angelehnt, aber für den Zweck dieser Regelung angepasst ist. Die Definition beinhaltet u. a. auch explizit innovative Digitalisierungselemente, z. B. den Einsatz von Künstlicher Intelligenz.

Die Befreiung von Regelungen kann mit einer Förderung verbunden sein, aber auch unabhängig von einer Förderung erfolgen. Im Sinne der Bürokratiesparsamkeit kann die Befreiung bei am vertragsärztlichen Notdienst teilnehmenden Vertragsärzten nach Absatz 1 Satz 4 auch unmittelbar Gegenstand einer Kooperationsvereinbarung sein und muss nicht gesondert erfolgen.

Zu Absatz 2:

§ 105 Absatz 2 SGB V regelt die formellen Voraussetzungen des Einsatzes von neuen ambulanten Versorgungsformen. Dies ist ein Beschluss des Landesausschusses nach Vorlage und auf Basis eines konkreten Konzepts durch die Kassenärztliche Vereinigung sowie im Nachgang der Abschluss eines Vertrages durch die Kassenärztliche Vereinigung mit dem Leistungserbringer. Der Vertrag muss das vom Landesausschuss durch Beschluss freigegebene Konzept beinhalten oder darauf verweisen.

Zu Absatz 3:

§ 105a Absatz 3 Satz 1 und 2 SGB V regeln, in welchen Gebieten eine Abweichung von Vorschriften möglich ist, zudem in Satz 3 – in Anlehnung an § 140a SGB V – von welchen Regelungen abgewichen werden darf. Intention der Regelung ist, neue ambulante Versorgungsformen zu ermöglichen, deren konkretes Konzept aktuell nicht im Einklang mit den geltenden Regelungen steht. Durch die Öffnungsklausel für die Gemeinsame Selbstverwaltung auf Landesebene wird die Möglichkeit für flexible Abweichungen von bestehenden Vorgaben geschaffen – je nachdem, was die konkrete Versorgungsform im Einzelfall, z. B. aufgrund der regionalen Gegebenheiten – erfordert.

Mit Absatz 3 Satz 4 wird klargestellt, dass von Regelungen, die aufgrund von § 135 SGB V erlassen worden sind, nicht abgewichen werden kann.

Mit Absatz 3 Satz 5 Halbsatz 1 erteilt der Bundesgesetzgeber den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene den Auftrag, klarstellend eine entsprechende Regelung in die Verträge nach § 82 Absatz 1 SGB V aufzunehmen, mit der die Abweichungsmöglichkeit explizit in die Verträge aufgenommen wird. Gleichen Auftrag erteilt der Bundesgesetzgeber mit Absatz 3 Satz 5 Halbsatz 2 den Selbstverwaltungspartnern auf Landesebene. Die vom Bundesgesetzgeber auferlegte Abweichungsmöglichkeit gilt per se und kann von den Selbstverwaltungspartnern nicht auf einzelne Vorschriften beschränkt werden.

Absatz 3 Satz 6 stellt klar, dass sonstige Regelungen, z. B. Berufsrecht, Arbeitsrecht, Steuerrecht, Versicherungsrecht oder Arzthaftungsrecht nicht Gegenstand des Beschlusses des Landesausschusses für Ärzte und Krankenkassen sein können, ebenso wenig Regelungen wie die Europäische Ver-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

ordnung über künstliche Intelligenz oder die Datenschutzgrundverordnung. Der Leistungserbringer muss eigenverantwortlich separat prüfen bzw. sich rechtlich, z. B. von der örtlich zuständigen Landesärztekammer, beraten lassen, inwieweit er von diesen oder sonstigen Regelungen abweicht und unter welchen Voraussetzungen Ausnahmen möglich und haftungsrechtlich gedeckt sind.

Zu Absatz 4:

§ 105a Absatz 4 Satz 1 SGB V regelt, dass die Kassenärztliche Vereinigung dem Landesausschuss nach § 90 SGB V ein konkretes Konzept mit Mindestkriterien unter Angabe von Gründen vorlegen muss, um von den in Absatz 3 Satz 3 aufgeführten Regelungen in den in Absatz 3 Satz 1 benannten Gebieten abzuweichen. Die Regelungen, von denen abgewichen werden soll, müssen in dem Konzept konkret bezeichnet sein und zudem darlegen, weshalb davon auszugehen ist, dass bei Einhaltung des Konzepts der Patientenschutz nicht gefährdet wird. Daran orientiert sich im Anschluss das materielle Prüfprogramm und der Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach Absatz 4 Satz 3.

Absatz 4 Satz 4 stellt klar, dass aufgrund der regionalen Zuständigkeit des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen die Abweichung grundsätzlich nur für Patientinnen und Patienten gelten kann, die Mitglieder einer Krankenkasse des zugehörigen Landesverbandes sind, der im zuständigen Landesausschuss mitentschieden hat. Vor diesem Hintergrund ist es in Grenzregionen wünschenswert, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen insbesondere für angrenzende Planungsbereiche landesübergreifende Konzepte entwickeln und diese den jeweils zuständigen Landesausschüssen entsprechend vorgelegt werden. Davon macht Absatz 4 Satz 5 eine Ausnahme, wenn der Landesverband der Mitgliedskrankenkasse der Versicherten zustimmt.

Mit Absatz 4 Satz 6 wird zur Rechtssicherheit für die Leistungserbringer im Wege einer Übergangsvorschrift festgelegt, dass auch bei Wegfall der Gründe für den Beschluss des Landesausschusses nach § 90 SGB V bis zum Ablauf der zwei nachfolgenden Quartale nach Wegfall der Gründe abgewichen werden kann.

Zu Absatz 5:

§ 105a Absatz 5 Satz 5 SGB V ermöglicht, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen auch Eigeneinrichtungen als neue Versorgungsform betreiben können.

Zu Absatz 6:

§ 105a Absatz 6 SGB V regelt die entsprechende Anwendung von § 90 Absatz 6 SGB V, wonach die vom Landesausschuss getroffene Entscheidung den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zur etwaigen Beanstandung vorzulegen ist.

15. Zu Artikel 1 Nummer 14 (§ 105 Absatz 1b SGB V)

a) Der Bundesrat begrüßt das vorgesehene, zusätzlich zu bildende Finanzvolumen für den Aufbau und die Finanzierung der Strukturen für den Akut- und Notdienst, welches hälftig durch die gesetzlichen und privaten Krankenkassen einerseits und die Kassenärztlichen Vereinigungen andererseits zu finanzieren ist.

b) Der Bundesrat sieht angesichts der angespannten Finanzlage der Krankenkassen die vorgesehene Vermeidung von Doppelfinanzierungen als sachgerecht an.

c) Der Bundesrat stellt gleichwohl fest, dass die in § 105 Absatz 1b Satz 6 SGB V-E vorgesehene Verrechnung mit bereits an die Kassenärztlichen Vereinigungen ausgezahlten Mitteln der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung nicht sachgerecht ist, weil dies zu einer Vermischung von Honorarbestandteilen und Strukturkosten führen würde.

d) Der Bundesrat fordert stattdessen eine Regelung, welche die tatsächlich anfallenden Strukturkosten anhand folgender Eckpunkte hälftig auf die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen verteilt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

aa) Die Kassenärztlichen Vereinigungen erstellen nach Abschluss eines Wirtschaftsjahrs einen Bericht über die Verwendung der gemäß § 105 Absatz 1b Satz 1 SGB V-E bereit gestellten Mittel sowie über etwaige weitere von den Krankenkassen für die Finanzierung von Strukturen des Notfalldienstes zur Verfügung gestellten Mittel.

bb) Soweit eine Unterdeckung vorliegt, ist der Fehlbetrag auszugleichen.

cc) Von den Krankenkassen und den privaten Krankenversicherungsunternehmen zur Verfügung gestellte und nicht verwendete Mittel sind in das nächste Wirtschaftsjahr zu übertragen.

Begründung:

Gemäß der Begründung des Gesetzentwurfs intendiert der Gesetzentwurf die Bildung eines zusätzlichen Finanzvolumens für die Vorhaltung und den Aufbau der Strukturen des Akut- und Notdienstes. Dieses Ansinnen wird allerdings verfehlt, wenn die vorgesehene Verrechnung die den Kassenärztlichen Vereinigungen zufließenden Mittel für die ärztlichen Leistungen umfasst, da hierbei die Gefahr besteht, dass das Finanzvolumen zum Aufbau und zur Vorhaltung der Strukturen im Akut- und Notdienst zu einem mehr als hälftigen Anteil durch Haushaltsmittel der Kassenärztlichen Vereinigungen zu finanzieren wäre.

Der bisherige Gesetzentwurf mit den Bezügen zum Honorarvolumen nach § 87b Absatz 1 SGB V-E, zur Euro-Gebührenordnung und zu sonstigen vereinnahmten Entgelten vermischt in nicht trennscharfer Weise die Ebene der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungserbringung mit der Finanzierung von Strukturen des Notfalldienstes wie z. B. der Bereitstellung von Fahrzeugen für den Fahrdienst, der Anmietung von Räumen für Integrierte Notfallzentren (INZ) oder deren Ausstattung.

Um diesen Effekt auszuschließen und zugleich sicherzustellen, dass keine Doppelfinanzierung der Strukturkosten im Notdienst durch die Krankenkassen erfolgt, ist eine Änderung des Gesetzestextes erforderlich.

Dabei sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden, nach Ablauf eines Wirtschaftsjahres einen Bericht über die konkrete Verwendung der Mittel des Notdienstdienstes im Sinne einer Schlussrechnung gegenüber den Krankenkassen vorzulegen. Darin ist der gemäß § 105 Absatz 1b Satz 1 SGB V-E vereinbarte Betrag entsprechend der vorangegangenen Kalkulation aufzuschlüsseln und Transparenz über die tatsächlich entstandenen Kosten und die konkrete Mittelverwendung herzustellen. Durch die Einbeziehung aller für Strukturzwecke bereit gestellten Mittel der Krankenkassen kann eine Doppelfinanzierung durch die Krankenkassen ausgeschlossen werden.

Sollte sich eine Unterdeckung ergeben, ist diese in Bezug auf das betroffene Wirtschaftsjahr auszugleichen. Etwaige Überzahlungen der Krankenkassen werden in die Vereinbarung auf das darauffolgende Wirtschaftsjahr übertragen.

16. Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 123 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 18 § 123 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 ist die Angabe „oder Nervenheilkunde“ durch die Angabe „ , Nervenheilkunde oder von Psychotherapeuten“ zu ersetzen.

Begründung:

Es erschließt sich nicht, warum sich an den INZ nach § 123 Absatz 3 SGB V-E bei Standorten von Krankenhäusern ohne Fachabteilung für Psychiatrie das telemedizinische oder telefonische Konsil allein auf die genannten Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie beschränken sollte.

Beim Verdacht auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung ist es fachlich geboten, für Konsilien auch die Psychotherapeuten im Sinne des § 1 PsyThG einzubeziehen (siehe auch die Stellung-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

nahme des Bundesrates zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung aus dem Jahr 2024 (BR-Drucksache 379/24 (Beschluss), unter Nummer 2 und Nummer 11). Mit einer Erweiterung durch gleichermaßen befähigte Berufsträger könnte die beschränkte Verfügbarkeit von niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie im Sinne von weiterer Kooperation überwunden werden, zumal die telekonsiliarische Beurteilung nach dem EBM (GOP 01671 und 01672) nicht nur für Ärzte, sondern auch für Psychotherapeuten im Sinne des § 1 PsyThG abrechenbar ist.

17. Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 123a Absatz 1 Satz 1 und Satz 3 und § 123b Absatz 1 Satz 2 SGB V)

Artikel 1 Nummer 18 ist wie folgt zu ändern:

a) § 123 a Absatz 1 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Satz 1 ist die Angabe „sechsten“ durch die Angabe „zwölften“ zu ersetzen.

bb) Satz 3 ist zu streichen.

b) In § 123b Absatz 1 Satz 2 ist die Angabe „sechsten“ durch die Angabe „zwölften“ zu ersetzen.

Begründung:

Die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ) wird zur besseren Steuerung der Patientinnen und Patienten in Akut- und Notfällen und einer damit einhergehenden Entlastung der Notfallstrukturen begrüßt. Die Bestimmung geeigneter Standorte ist jedoch komplex und sowohl für den erweiterten Landesausschuss als auch für die zuständigen Landesbehörden mit großem planerischem Aufwand verbunden. Dies gilt in besonderem Maße für Länder mit einer Vielzahl an Krankenhausstandorten und einer Vielzahl von Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen an Krankenhausstandorten, da damit ein erhöhter Auswahl- und Abstimmungsbedarf einhergeht. Vor diesem Hintergrund sind die in § 123a SGB V-E und § 123b SGB V-E vorgesehenen Fristen zu kurz bemessen und werden in der Praxis nicht umsetzbar sein. Um fundierte Entscheidungen über die Standortwahl treffen zu können, sind die Fristen entsprechend zu verlängern.

Darüber hinaus sollte die Vorgabe, dass der erweiterte Landesausschuss zunächst Planungsregionen festlegen muss, gestrichen werden. Dies stellt eine zu detaillierte Vorgabe des Gesetzgebers dar und schafft unnötige Bürokratie. Für die Festlegung der Standorte von INZ ist die vorherige Festlegung von Planungsregionen überdies nicht erforderlich.

18. Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 123a Absatz 1 Satz 3a – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 18 § 123a Absatz 1 ist nach Satz 3 der folgende Satz einzufügen:

„Bei der Festlegung der Planungsregionen für die integrierten Notfallzentren muss die krankenhausplanerische Systematik der betroffenen Länder beachtet werden, insbesondere der Einklang mit gegebenenfalls bestehenden Planungsebenen wie Versorgungsregionen.“

Begründung:

In mehreren Ländern wurden Planungsebenen für die Krankenhausplanung festgelegt. Diese werden zur Umsetzung der Krankenhausplanung herangezogen. Es ist anzustreben, dass die Planungsregionen für Integrierte Notfallzentren (INZ) den in der Krankenhausplanung gegebenenfalls bereits festgelegten Planungsebenen entsprechen. Andernfalls sind die Planungsregionen für die INZ nicht

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

mit den bestehenden Planungsebenen kongruent und behindern eine stringente Versorgungsplanung. Werden in einem Land beispielsweise Versorgungsregionen als Planungsebene der Krankenhausplanung genutzt, wäre es nicht sachgerecht, wenn eine hiervon abweichende Planungsregion für INZ lediglich einen Teil einer Versorgungsregion erfassen würde.

19. Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 123a Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 SGB V)

Artikel 1 Nummer 18 § 123a Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 ist durch die folgende Nummer 1 zu ersetzen:

‚1. dieser Krankenhausstandort mindestens in die Notfallstufe Basisnotfallversorgung gemäß den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), die zuletzt am 18. Juni 2025 (BAnz AT 28.08.2025) geändert worden ist, eingestuft ist und‘

Begründung:

Der Wortlaut des Gesetzentwurfs soll geschärft werden, um Rechtssicherheit und Rechtsklarheit herzustellen. Es erfolgt eine Angleichung an die Begrifflichkeiten der Notfallstufen-Regelungen des G-BA und der Notfallstufenvergütungsvereinbarung. Damit wird klar, dass es auf die Vereinbarung der Notfallstufen im Rahmen der Budgetvereinbarungen und nicht etwa auf eine (positive) Prüfung des Medizinischen Dienstes ankommt. Dass z. B. eine solche Kontrolle des Medizinischen Dienstes noch nicht erfolgt ist, darf dem betreffenden Krankenhaus nicht zum Nachteil gereichen.

20. Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 123a Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 18 § 123a Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 ist die Angabe „30 Minuten“ durch die Angabe „nach Möglichkeit 30, maximal aber 40 Minuten“ zu ersetzen.“

Begründung:

Die vorgeschlagene Neufassung des § 123a Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 SGB V dient der realitätsnahen Etablierung der Integrierten Notfallzentren (INZ) an Krankenhausstandorten.

Die Länder tragen die Planungsverantwortung für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Ausgangspunkt sind nicht nur ländliche Strukturen, die keine ausreichende Berücksichtigung bei der Festlegung der INZ-Standorte finden, sondern auch die Berücksichtigung der Krankenhausstrukturreform und deren qualitativer Ausrichtung. Die Notfallreform muss zwingend gemeinsam und in Einklang mit der Krankenhausstrukturreform gedacht und umgesetzt werden. Damit laufen die im aktuellen Entwurf empfohlenen Kriterien konträr zur Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft.

Durch die ländlich geprägten Teile Deutschlands können nicht allerorts komplexe Strukturen wie diese eines Krankenhauses vorgehalten werden. Daher soll eine realistische Annäherung durch eine Entschärfung des Erreichbarkeitskriteriums herbeigeführt werden. Mindestens 95 Prozent der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion sollen innerhalb von 40 Minuten einen Krankenhausstandort mit Integriertem Notfallzentrum (INZ) erreichen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

21. Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 123a Absatz 1 Satz 6 Nummer 1 SGB V)

Artikel 1 Nummer 18 § 123a Absatz 1 Satz 6 Nummer 1 ist durch die folgende Nummer 1 zu ersetzen:

‚1. die in eine höhere Notfallstufe gemäß den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ in der Fassung vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), die zuletzt am 18. Juni 2025 (BAnz AT 28.08.2025) geändert worden ist, eingestuft sind oder eine nach anderen Kriterien, insbesondere Fallzahlen, leistungsfähigere Notaufnahme aufweisen,‘

Begründung:

Der Wortlaut des Gesetzentwurfs soll geschärft werden, um Rechtssicherheit und Rechtsklarheit herzustellen. Es erfolgt eine Angleichung an die Begrifflichkeiten der Notfallstufen-Regelungen des G-BA und der Notfallstufenvergütungsvereinbarung. Damit wird klar, dass es auf die Vereinbarung der Notfallstufen im Rahmen der Budgetvereinbarungen und nicht etwa auf eine (positive) Prüfung des Medizinischen Dienstes ankommt. Dass z. B. eine solche Kontrolle des Medizinischen Dienstes noch nicht erfolgt ist, darf dem betreffenden Krankenhaus nicht zum Nachteil gereichen.

22. Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 123a Absatz 1 Satz 6 Nummer 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 18 § 123a Absatz 1 Satz 6 Nummer 2 ist nach der Angabe „relevante Fachabteilungen“ die Angabe „oder Leistungsgruppen“ einzufügen und nach der Angabe „insbesondere die“ die Angabe „Fachabteilung“ zu streichen.

Begründung:

§ 123a Absatz 1 Satz 6 Nummer 2 SGB V-E stellt auf „Fachabteilungen“ ab, obwohl die Krankenhausplanung bundesweit auf Leistungsgruppen umgestellt wird. Diese Inkongruenz muss behoben werden.

23. Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 123a Absatz 5 – neu – SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 18 § 123a Absatz 4 ist der folgende Absatz 5 einzufügen:

„(5) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in einer Rahmenvereinbarung Vorgaben zur Abgabe von Arzneimitteln an Patienten der Notdienstpraxis im Sinne des § 123 Absatz 1 Satz 1 für den akuten Bedarf nach § 43 Absatz 4 des Arzneimittelgesetzes insbesondere zu den verordnungsfähigen Arzneimittelgruppen, die im Rahmen der Notdienstversorgung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherungen abgegeben werden dürfen. Kommt eine Rahmenvereinbarung ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet das gemeinsame Schiedsamt nach § 89 Absatz 2. Die jeweiligen Parteien der Kooperationsvereinbarung können in der Kooperationsvereinbarung ergänzende und, sofern dies aufgrund lokaler Besonderheiten notwendig ist, abweichende Regelungen zu den Vorgaben der Rahmenvereinbarung vorsehen.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung:

Bei der geplanten Neuregelung des § 43 Absatz 4 AMG-E verweist die Begründung des Gesetzentwurfes im Hinblick auf die Erstattung der durch ärztliches Personal in der Notdienstpraxis abgegebenen Arzneimittel auf die Abrechnung über den regulären Apothekenvertriebsweg als Sprechstundenbedarf.

Die aktuellen Landesvereinbarungen zum Sprechstundenbedarf umfassen jedoch nicht die für das in der Notfallreform vorgesehene Dispensierrecht notwendigen weitergehenden Regelungen (z. B. dezidierte Arzneimittelliste für den Notfall, Einschränkung der Abgabe auf Notdienstpraxen). Zudem sind die Regelungen zum Sprechstundenbedarf länderübergreifend nicht einheitlich, was zu unterschiedlichen Ausmaßen der Akutversorgung im Rahmen der Behandlung in einer Notdienstpraxis führen kann. Die Anpassungen der Landesvereinbarungen finden derzeit auch nur einmal jährlich statt. Dadurch kann eine zeitliche Lücke zwischen Inkrafttreten des Gesetzes und der Anpassung der Landesvereinbarungen entstehen.

Es wird daher vorgeschlagen, dass zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine bundesweite Rahmenvereinbarung über die Erstattung derer Arzneimittelgruppen getroffen wird, die im Rahmen des Betriebes einer Notdienstpraxis abgegeben werden dürfen. Der Bezug und die Abrechnung dieser Arzneimittel kann dann analog zur bekannten Sprechstundenbedarfsabrechnung über die Vor-Ort-Apotheken der Regelversorgung erfolgen.

24. Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 123b Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 SGB V)

Artikel 1 Nummer 18 § 123b Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 ist durch die folgende Nummer 1 zu ersetzen:

‚1. dieser Krankenhausstandort in das Modul Notfallversorgung Kinder gemäß § 25 der „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), die zuletzt am 18. Juni 2025 (BAnz AT 28.08.2025) geändert worden sind, eingestuft ist und‘

Begründung:

Der Wortlaut des Gesetzentwurfs soll geschärft werden um Rechtssicherheit und Rechtsklarheit herzustellen. Es erfolgt eine Angleichung an die Begrifflichkeiten der Notfallstufen-Regelungen des G-BA und der Notfallstufenvergütungsvereinbarung. Damit wird klar, dass es auf die Vereinbarung der Notfallstufen im Rahmen der Budgetvereinbarungen und nicht etwa auf eine (positive) Prüfung des Medizinischen Dienstes ankommt. Dass z. B. eine solche Kontrolle des Medizinischen Dienstes noch nicht erfolgt ist, darf dem betreffenden Krankenhaus nicht zum Nachteil gereichen.

25. Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 123c Absatz 1 Satz 4a – neu – SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 18 § 123c Absatz 1 Satz 4 ist der folgende Satz einzufügen:

„Landesrechtliche Vorschriften zur Bestimmung eines örtlich zuständigen Krankenhauses sind in der Richtlinie zu berücksichtigen.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung:

An der Schnittstelle zur Einrichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ) stellt sich die Frage, wie die in § 123a Absatz 1 SGB V-E vorgesehene Festlegung von geeigneten Planungsregionen und von Krankenhausstandorten mit der landesrechtlich in verschiedenen Ländern geregelten Pflichtversorgung der psychiatrischen Krankenhäuser in Übereinstimmung gebracht werden soll. Derzeit ist außerhalb von Rettungsdiensteinsätzen in verschiedenen Ländern eine gesetzliche Aufnahmeverpflichtung der psychiatrischen Krankenhäuser in Abhängigkeit vom gewöhnlichen Aufenthalt der Patienten bestimmt.

Würden zukünftig vorrangig Krankhausstandorte mit einer psychiatrischen Abteilung im Sinne des § 123a Absatz 1 SGB V-E als INZ festgelegt, müsste zuvor geklärt werden, ob und welche Patienten mit psychischen Erkrankungen (z. B. psychiatrische Notfälle im engeren Sinne, Notfälle durch körperliche Erkrankungen bei Menschen mit vorbestehender psychischer Erkrankung oder somatische Fälle mit psychischen Begleitsymptomen) den INZ zuzuleiten und welche unmittelbar in psychiatrischen Fachkrankenhäusern der regionalen Pflichtversorgung zur freiwilligen Behandlung aufzunehmen wären. Voraussichtlich wäre auch hier Streit zu erwarten, weil schwierige Patienten mit herausforderndem Verhalten als Akutfälle entweder klar dem INZ-Krankenhaus und/oder dem regionalen Pflichtversorger zugewiesen, ggf. zur Verlegung transportiert und in Abhängigkeit vom weiteren Verlauf der psychischen Erkrankung zwecks Vollzugs der öffentlich-rechtlichen Unterbringung jedenfalls in ein beliehenes Krankenhaus verbracht werden müssten.

Um Friktionen zu vermeiden, sollten die landesrechtlichen Regelungen der psychiatrischen Pflichtversorgung auch in der Richtlinie berücksichtigt werden.

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

In Artikel 1 Nummer 19 § 133 Absatz 2 Satz 3 ist die Angabe „dürfen nur Kosten berücksichtig werden“ durch die Angabe „werden die notwendigen Sach- und Betriebskosten, sowie die notwendigen Vorhalte- und Investitionskosten berücksichtigt“ zu ersetzen.

Begründung:

Die amtliche Begründung zu § 133 Absatz 2 Satz 3 SGB V-E führt aus: „Satz 3 verdeutlicht, dass bei der Bemessung der Entgelte auch solche Kosten einbezogen werden können, die der Gewährleistung des Leistungsanspruchs nach § 30 dienen; hierzu zählen weiterhin auch erforderliche Vorhalte- und Investitionskosten.“ (BR-Drucksache 255/26, Seite 88).

Damit wird ausdrücklich klargestellt, dass sich die Finanzierung nicht auf die unmittelbare Leistungserbringung beschränkt, sondern ebenso Aufwendungen für Vorhaltung und Investitionen umfasst. Diese Aussage ist von besonderer Relevanz, da sie verdeutlicht, dass die gesetzliche Krankenversicherung nicht nur 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 Notfallrettung sowie des Gesundheitsleitsystems betreffen.

Die Klarstellung hinsichtlich der Kostentragung für Vorhalte- und Investitionsaufwendungen ist für die Länder von großer Bedeutung. Sie greift eine zentrale Forderung der Länder auf, wonach eine eindeutige Zuordnung der Kosten mit einer klaren Finanzierungsverantwortung der gesetzlichen Krankenversicherung gesetzlich festgeschrieben werden muss. Vor diesem Hintergrund ist die Aufnahme dieser Aussage in die Begründung ausdrücklich positiv zu bewerten.

Für eine rechtlich verbindliche Absicherung ist es jedoch zwingend erforderlich, diese Klarstellung unmittelbar im Gesetzestext selbst zu verankern. Nur auf diese Weise lässt sich verhindern, dass die Berücksichtigung von Vorhalte- und Investitionskosten später restriktiv ausgelegt wird. Die Problematik ist wesentlich, da eine bloße Aussage in der Begründung des Gesetzentwurfs zwar eine wichtige Auslegungshilfe darstellt, jedoch nicht die gleiche normative Bindungswirkung entfaltet wie der Gesetzeswortlaut.

Soll die Finanzierung von Vorhalte- und insbesondere Investitionskosten dauerhaft und umfassend sichergestellt werden, ist eine ausdrückliche Regelung im Gesetz erforderlich. Andernfalls besteht die Gefahr, dass § 133 SGB V-E enger interpretiert und die Einbeziehung der Investitionskosten im Nachhinein als nicht hinreichend normiert angesehen wird.

Darüber hinaus ist für die zukünftige Anwendung entscheidend, dass die Formulierung „wie bisher“ nicht als Einschränkung verstanden wird. Sie kann lediglich bedeuten, dass die bestehende Kostenlogik fortgeführt wird, nicht jedoch, dass bestimmte Länder oder einzelne Strukturbestandteile ausgenommen werden könnten. Gerade im Hinblick auf Investitionskosten muss eindeutig sein, dass deren Finanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung grundsätzlich vorgesehen ist und nicht auf Einzelfälle oder Sonderkonstellationen beschränkt bleibt. Eine bundesrechtliche Regelung muss daher so ausgestaltet sein, dass sie einheitlich und ohne Vollzugsdefizite Anwendung findet.

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.

Hinsichtlich der Kosten der Leistungserbringung ist grundsätzlich zwischen einsatzabhängigen Kosten und Vorhaltekosten zu differenzieren. Einsatzabhängige Kosten entstehen unmittelbar durch die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes und lassen sich einem konkreten Einsatz zuordnen. Demgegenüber fallen Vorhaltekosten unabhängig vom Einsatzgeschehen an, da sie die kontinuierliche Bereitstellung von Personal, Rettungsmitteln und Leitstellen gewährleisten. Ergänzend treten Investitionskosten hinzu, etwa für den Bau von Rettungswachen und Leitstellen oder die Beschaffung technischer Ausstattung.

In den 16 Ländern bestehen hierzu sehr unterschiedliche Finanzierungsmodelle. Teilweise erfolgt eine vollständige Refinanzierung über Gebühren und Entgelte, wobei Investitionskosten über Abschreibungen berücksichtigt werden. In anderen Fällen werden Mischmodelle angewendet, die öffentliche Fördermittel mit Nutzerentgelten kombinieren, oder es erfolgt teilweise sogar eine vollständige Finanzierung aus Steuermitteln. Die jeweilige Förderpraxis der Länder wirkt sich dabei unmittelbar auf die Höhe der erhobenen Gebühren und Entgelte aus.

Vor diesem Hintergrund ist es besonders kritisch, wenn die Herleitung der umlagefähigen Kosten ausschließlich über die Begründung des Gesetzentwurfes erfolgt. Die Finanzierungsstruktur bliebe unvollständig, da wesentliche Kostenbestandteile nicht eindeutig geregelt wären. Es entstünde eine Situation, in der das Gesetz zur Leistungserbringung verpflichtet, ohne gleichzeitig die notwendigen finanziellen Grundlagen verbindlich zu schaffen – ein klassischer Zielkonflikt ohne klare Auflösung.

Dies führt insbesondere zu einem Mangel an Rechtsklarheit, da die offenen Finanzierungsfragen keine bloßen Umsetzungsdetails darstellen, sondern grundlegende verfassungsrechtliche Fragen der Lastenverteilung im föderalen System berühren.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

27. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 Absatz 2 Satz 3a – neu – und Satz 3b – neu –SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 19 § 133 Absatz 2 Satz 3 sind die folgenden Sätze einzufügen:

„Nicht eindeutig zuordenbare Kosten werden entsprechend dem Maß der Inanspruchnahme auf die wahrgenommenen Aufgabenbereiche verteilt; das Maß der Inanspruchnahme bemisst sich nicht nur nach der Anzahl, sondern auch nach der Komplexität der Hilfeersuchen. Die Vertragsparteien nach Satz 1 können ergänzend zu den Entgelten nach Satz 1 Vereinbarungen über ein gesondertes Budget zur Finanzierung von Investitionskosten der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 treffen."

Begründung:

Die Begründung des Gesetzentwurfs stellt zu § 133 Absatz 2 Satz 3 SGB V-E ausdrücklich fest, dass zu den ansatzfähigen Kosten „wie bisher auch notwendige Vorhalte- und Investitionskosten" gehören. Dieser Grundsatz findet im Normtext keinen Niederschlag. Der Wortlaut des § 133 Absatz 2 Satz 3 SGB V-E beschränkt sich auf den Verweis auf § 30 SGB V-E und die negative Abgrenzung gegenüber anderen öffentlichen Aufgaben, ohne die Kalkulierbarkeit von Vorhalte- und Investitionskosten positiv zu sichern. Dies schafft in der Praxis erhebliche Rechtsunsicherheit: Kostenträger können sich in Verhandlungen und insbesondere in Schiedsstellenverfahren auf den restriktiven Normwortlaut berufen und Vorhalte- sowie Investitionskosten als nicht zwingend gesichert bestreiten. Da gerade Vorhaltekosten im Rettungsdienst – anders als in der kurativen Medizin – einen wesentlichen Anteil der Gesamtkosten ausmachen und die Versorgungssicherheit maßgeblich bestimmen, wäre eine solche Auslegung mit dem Sicherstellungsauftrag unvereinbar. Die ausdrückliche Aufnahme dieser Kostenarten in den Normtext sichert den in der Begründung bereits angelegten Bestandsschutz und überführt ihn in eine für Schiedsstellen verbindliche Kalkulationsgrundlage. Gleiches gilt für die ebenfalls nur in der Begründung enthaltene Aufteilungsregel für Mischkosten.

Die bisherige Finanzierungssystematik – Fahrkostenersatz über landesrechtliche Regelungen – hat die Refinanzierung nahezu aller notwendigen Kosten des Rettungsdienstes in den Landesrechtskreis verwiesen. Der Großteil der Refinanzierung erfolgt beispielsweise in Hessen über die Budgetverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern (GKV). Darüber hinaus gibt es für bestimmte Kostenaspekte, z. B. Kosten der Leitstellen, anteilige Refinanzierungen durch Land und Kommunen. Mit der Überführung des Rettungsdienstes in das SGB V werden diese Kosten nun systematisch dem Entgeltvertragsrecht zugeordnet. Das ist grundsätzlich richtig, birgt aber das Risiko, dass Investitionskosten im Rahmen der regulären Entgeltverhandlungen dem Beitragssatzstabilitätsgebot nach § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V unterworfen werden und damit strukturell unterfinanziert bleiben. Investitionskosten haben einen anderen Finanzierungscharakter als laufende Betriebskosten: Sie fallen unregelmäßig, in hohem Volumen und mit langen Abschreibungszeiträumen an. Eine Einbettung in die laufenden Entgeltverhandlungen bildet diesen Charakter nicht angemessen ab. Ein gesondertes, von den laufenden Entgelten entkoppeltes Investitionsbudget ermöglicht eine planungssichere, bedarfsgerechte und von kurzfristigen Verhandlungszyklen unabhängige Investitionsfinanzierung im Rettungsdienst.

28. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 Absatz 2 Satz 3a – neu – SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 19 § 133 Absatz 2 Satz 3 ist der folgende Satz einzufügen:

„Kosten, die durch Zahlungen des Landes im Rahmen von Förderprogrammen finanziert werden, sind außer

Betracht zu lassen.

Begründung:

Die Einfügung des § 133 Absatz 2 Satz 3a SGB V stellt sicher, dass eine finanzielle Beteiligung der Länder im Rahmen von Förderprogrammen weiterhin möglich ist; diese Kosten jedoch dann bei der Kalkulation außer Acht zu lassen sind.

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

Artikel 1 Nummer 19 § 133 Absatz 2 Satz 6 ist zu streichen.

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht in § 133 Absatz 2 SGB V-E vor, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den nach Landesrecht vorgesehenen Leistungserbringern Entgelte für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung zu verhandeln haben.

Nach § 133 Absatz 2 Satz 6 SGB V-E ist bei der Bemessung der Entgelte der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V zu beachten.

Die systematische Koppelung von Vergütungssteigerungen an die Grundlohnrate wird den besonderen Kostenstrukturen und Vorhalteleistungen im Rettungsdienst nicht gerecht.

Der Rettungsdienst ist durch dynamische Entwicklungen geprägt, die sich unmittelbar am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientieren. Insbesondere die hohen Vorhaltekosten, die unabhängig von der konkreten Einsatzhäufigkeit und bei anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen nicht im gleichen Umfang wie im Rettungsdienst anfallen, stellen eine strukturelle Besonderheit dar, die im vorgesehenen System nicht ausreichend berücksichtigt und von einer starren Budgetlogik nicht hinreichend abgebildet wird. In einem Umfeld steigender Löhne, zunehmender Inflation und wachsender Nachfrage führt eine pauschale Begrenzung der finanziellen Mittel im Rettungsdienst mittel- bis langfristig zu strukturellen Unterdeckungen, erschwert notwendige Investitionen und gefährdet die flächendeckende Versorgung in der Notfallrettung. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der Fall, dass § 71 Absatz 3 Satz 2 SGB V vorsieht, dass in den Jahren 2027 bis 2029 die Grundlohnrate zusätzlich jeweils um einen Prozentpunkt gemindert wird.

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

In Artikel 1 Nummer 19 § 133 Absatz 2 sind nach Satz 6 die folgenden Sätze einzufügen:

„Dabei ist die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung zu gewährleisten. Soweit in den Ländern zentrale Abrechnungsstellen für die medizinische Notfallrettung vorgesehen sind, dürfen für mehrere Leistungserbringer im Sinn von § 30 Absatz 2 einheitliche Vergütungen vereinbart werden, die anhand der kumulierten, nach Satz 3 ansatzfähigen Kosten aller dieser Leistungserbringer kalkuliert werden; dies gilt nur dann, wenn der zentralen Abrechnungsstelle die Befugnis eingeräumt ist, die ihr zugeflossenen einheitlichen Vergütungen nach vorgegebenen Maßstäben, die auf die jeweilige individuelle Kostenstruktur abstellen, auf die einzelnen Leistungserbringer aufzuteilen.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung:

Zu Satz 6a – neu –:

Die vorgeschlagene Ergänzung ist zwingend erforderlich, um die Funktionsfähigkeit der medizinischen Notfallrettung unter den Bedingungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes nachhaltig zu sichern. Sie stellt sicher, dass Vergütungsvereinbarungen der medizinischen Notfallrettung nicht durch eine starre Bindung an die Grundlohnrate inklusive zusätzlicher Dämpfungseffekte zu einer dauerhaften Unterdeckung realer Kosten geführt werden.

Die medizinische Notfallrettung muss im weiteren Gesetzgebungsverfahren ausdrücklich von der starren Bindung an die Grundlohnsummenentwicklung ausgenommen werden, da sie anderen Finanzierungslogiken unterliegt als planbare Versorgungsbereiche. Andernfalls würden reale Mehrkosten etwa für Wartung, Infrastruktur und hochqualifiziertes Personal nicht gedeckt, sodass das Prinzip der Kostendeckung bei wirtschaftlicher Betriebsführung faktisch abgeschafft und durch eine rein an der Grundlohnsummenentwicklung orientierte Notfallrettung ersetzt würde. Dies würde die Funktionsfähigkeit der Notfallrettung unmittelbar gefährden.

Die medizinische Notfallrettung weist hohe, strukturell bedingte Vorhalte- und Investitionskosten auf, die durch langfristige Investitionszyklen in Gebäude, Luftfahrzeuge, Fahrzeugflotten, Wartungsinfrastruktur, Vorhalteeinrichtungen und Technik geprägt sind. Ergänzt werden diese durch dynamische und unvermeidbare Kostensteigerungen aus externen Faktoren wie Tarifentwicklungen im hochqualifizierten Personalbereich, steigenden Energie- und Kraftstoffpreisen (insbesondere Kerosin), höheren Ausgaben für Medikamente, Verbrauchsmaterialien und Fahrzeugtechnik. Diese Kostenentwicklungen übersteigen regelmäßig die Grundlohnsummenentwicklung und lassen sich durch die Leistungserbringer nicht durch Einsparungen im operativen Alltag kompensieren, da die medizinische Notfallrettung unabhängig von der tatsächlichen Einsatzhäufigkeit permanent einsatzbereit vorgehalten werden muss.

Eine Orientierung der Vergütungsvereinbarungen an der Grundlohnsummenentwicklung sowie eine etwaige zusätzliche Dämpfung der Steigerungsraten dürfen nicht zu einer systematischen Unterfinanzierung der medizinischen Notfallrettung führen. Eine pauschale Begrenzung der Vergütungsvereinbarungen würde der besonderen Kosten- und Vorhaltestruktur der medizinischen Notfallrettung nicht gerecht und die verlässliche, flächendeckende Versorgung, vor allem in ländlichen und strukturschwachen Regionen, nachhaltig gefährden. Dies gewänne zusätzliche Dringlichkeit vor dem Hintergrund absehbarer Kostenverlagerungen, etwa durch die Krankenhaus- und Notfallreform mit zunehmender Zentralisierung stationärer Strukturen, die längere Transportwege und einen höheren Bedarf an Primär- und Sekundärtransporten erfordert.

Aus diesem Grund kann bei Vergütungsvereinbarungen für die medizinische Notfallrettung die Vorgabe des § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V nicht als zwingende materielle Obergrenze gelten. Eine grundsätzliche Anwendbarkeit darf nicht zu einer starren Begrenzung werden, die eine sachgerechte, kostendeckende Ausgestaltung der Vergütungsvereinbarungen verhindert. Vielmehr muss hier die gebotene Berücksichtigung der flächendeckenden Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung zu einer Anwendungseinschränkung des § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V führen. Wenn der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht als Leitlinie, sondern als verbindliche materielle Grenze dient, gefährdet dies massiv die wirtschaftliche Grundlage einer funktionsfähigen medizinischen Notfallrettung.

Die vorgeschlagene Ergänzung schafft demgegenüber einen eng gefassten, sachgerechten Ausnahmetatbestand, der den Vertragspartnern, Krankenkassen und Leistungserbringern, ermöglicht, bei Vergütungsvereinbarungen für die medizinische Notfallrettung von den Vorgaben des § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V abzuweichen. Dadurch wird keine pauschale Vergütungserhöhung eröffnet, sondern eine flexible, bedarfsgerechte Anpassung im Rahmen vertraglicher Regelungen gestattet, die weiterhin an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten ist. Dies wahrt das übergeordnete Wirtschaftlichkeitsgebot, reflektiert jedoch die besonderen Anforderungen der Notfall-

versorgung und sichert die flächendeckende medizinische Notfallrettung auch künftig zuverlässig, insbesondere angesichts steigender Anforderungen durch demografische Entwicklungen und strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen.

Zu Satz 6b – neu –:

Die Änderung ermöglicht die Fortführung und Etablierung effizienter, landesweiter Abrechnungsstrukturen für die medizinische Notfallrettung (beispielsweise in Bayern die Zentrale Abrechnungsstelle Bayern) im Rahmen der bundesrechtlichen Vergütungsregelungen des § 133 SGB V-E. Er schafft Rechtssicherheit für bestehende und künftige Bündelungsmodelle und verhindert doppelte Verwaltungsaufwände. Die vorgeschlagene Regelung entspricht damit den Zielsetzungen des Gesetzentwurfs zur Reform der Notfallversorgung, wonach bundesweite Vergütungs- und Vertragsstandards ergänzt und digitalisierte, sektorenübergreifende Strukturen aufgebaut werden sollen. Durch dieses wirtschaftlich äußert effiziente System wird die mehrfache Vorhaltung von Abrechnungsstrukturen bei jedem einzelnen Leistungserbringer vermieden und im Rahmen einer professionellen Bündelung eine Struktur geschaffen, die sowohl die Leistungserbringer von Bürokratie entlastet, als auch die Sozialversicherungsträger, die eigene Strukturen der Leistungserbringer im Rahmen der Entgeltverhandlungen einpreisen müssten, wirtschaftlich entlastet.

31. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 Absatz 2 SGB V)

Der Bundesrat bittet, § 133 Absatz 2 SGB V-E dahingehend anzupassen, dass für die Inanspruchnahme von Leistungen nach § 30 SGB V Entgelte auf Grundlage landes- oder kommunalrechtlicher Bestimmungen festgelegt werden können.

Begründung:

Bislang hat die gesetzliche Krankenversicherung die medizinische Notfallrettung indirekt als Fahrkostenersatz finanziert. Da nach dem Gesetzesentwurf die medizinische Notfallrettung, inklusive des Transports des Versicherten in Notfällen, nunmehr über § 30 SGB V ein eigenes Leistungssegment der gesetzlichen Krankenversicherung wird, sieht die neue Regelung des § 133 Absatz 2 SGB V-E vor, dass für Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach dem SGB V (§ 30) zwingend Entgeltverträge mit den Krankenkassen abzuschließen sind. Ohne entsprechende Verträge mit den Krankenkassen kommen Ansprüche gegenüber den Krankenkassen nicht mehr in Betracht.

Derzeit eröffnet § 133 Absatz 1 SGB V die Möglichkeit, dass für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte Entgelte durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt werden können.

Landesrechtliche und kommunalrechtliche Entgeltbestimmungen für Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte sind in der Regel öffentlich-rechtliche Gebührentatbestände mit festgelegten Gebührensätzen.

Bei einem Gebührenmodell, welche die Gesamtkosten des Rettungsdienstes deckt, handelt es sich um ein bewährtes und tragfähiges Finanzierungssystem, welches einen bedarfsgerechten, effizienten und leistungsfähigen öffentlichen Rettungsdienst gewährleistet.

Das Verfahren, dass Gebühren durch Rechtsverordnung/Gebührensatzung festgesetzt werden, stellt einen hoheitlichen Akt dar, welcher die haushalterische Steuerung und Sicherstellung der Finanzierung des Rettungsdienstes ermöglicht und das Kostendeckungsprinzip gewährleistet. Die Umstellung auf ein vertragliches Vergütungssystem führt zu einem Verlust der alleinigen Steuerungshoheit über die Entgelthöhe und der Bund greift über die sozialgesetzlichen Regelungen des SGB V in die Gebührenhoheit der Länder ein.

Die haushalterische Planbarkeit der Einnahmen wird durch die Regelung des § 133 Absatz 2 SGB V-E erschwert, da die Vergütungsergebnisse von Verhandlungen und Schiedsverfahren abhängen. Dies bringt die Gefahr einer strukturellen Unterfinanzierung im Rettungsdienst mit sich und gefährdet ernsthaft die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der medizinischen

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Notfallrettung.

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

In Artikel 1 Nummer 19 § 133 Absatz 6 Satz 1 und Satz 2 ist jeweils die Angabe „zwölften“ durch die Angabe „sechsunddreißigsten“ zu ersetzen.

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht in § 133 Absatz 6 Satz 1 SGB V-E eine Übergangsfrist vor, nachdem die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung im ersten Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes ihre Leistungen gegenüber den Krankenkassen noch nach der im Zeitpunkt der Verkündung geltenden Rechtslage abrechnen.

Entsprechend haben die Versicherten gem. § 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 des § 133 Absatz 6 Satz 1 SGB V-E dahingehend anzupassen, dass Leistungen gegenüber den Kostenträgern noch mindestens drei Jahre 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 medizinische Notfallrettung ausgeschlossen und die Einhaltung der zentralen Anforderungen an die Gesetzgebung, wie bspw. 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.

33. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 SGB V)

Der Bundesrat bittet, im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens und dem Verfahren zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. BR-Drucksache 256/26) die beiden Gesetzentwürfe so aufeinander abzustimmen, dass § 133 SGB V im führenden Gesetzgebungsverfahren zur Reform der Notfallversorgung beschlossen wird und im Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung vollständig entfällt.

Begründung:

§ 133 SGB V regelt derzeit die Versorgung mit Krankentransportleistungen. Artikel 1 Nummer 19 des vorliegenden Gesetzentwurfs sieht im Rahmen der Reformbestrebungen die vollständige Neustrukturierung des § 133 SGB V-E als Folge der Schaffung des neuen Leistungssegments der medizinischen Notfallrettung vor.

§ 133 SGB V ist allerdings zwischenzeitlich auch Gegenstand eines allgemeineren Gesetzentwurfs

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (vgl. BR-Drucksache 256/26) geworden. Jener Gesetzentwurf verstärkt vor allem die Regelung für die Festsetzung von Festbeträgen durch die Krankenkassen, greift jedoch die eigentlich vorgesehene Strukturreform nicht auf und ist mit der Notfallreform insoweit inkompatibel.

Auch aus systematischen Gründen ergibt es keinen Sinn, § 133 SGB V in der Fassung des Entwurfs eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und im Übrigen die Regelungen des Entwurfs eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung zu beschließen.

Die gegenwärtige Verfahrensweise verunsichert nicht nur die Träger des Rettungsdienstes, sondern erschwert auch die Planung der Kostenträger. Eine rechtssichere und rechtskonforme Umsetzung der zwingend gebotenen Notfallreform setzt ein klares und strukturiertes Gesetzgebungsverfahren voraus, weshalb der gegenwärtige Widerspruch einer umgehenden Auflösung bedarf.

34. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133a Absatz 1 Satz 1 SGB V)

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

„Die örtlich zuständige Kassenärztliche Vereinigung als Träger der Akutleitstelle ist verpflichtet, mit Leistungserbringern des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems zu schließen, sobald der Leistungserbringer über eine softwarebasierte standardisierte Notrufabfrage verfügt; diese ist bis zum 31. Dezember 2029 einzuführen."

Begründung

Der Gesetzesentwurf sieht die Bildung eines Gesundheitsleitsystems bisher nur auf Antrag des Leistungserbringers des Notfallmanagements vor.

Das Gelingen der Steuerungsfunktion in die passende Versorgungsstruktur und die Reduktion von Fehlbeanspruchungen des Rettungsdienstes lassen jedoch keine bloß optionale Lösung zu.

Die große Anzahl der Rettungsleitstellen erschwert bereits heute eine einheitliche Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität. Im Sinne der Patientinnen und Patienten ist eine gleichwertige Versorgung anzustreben; im Sinne der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist daneben eine gleichwertige Ressourcensteuerung unabdingbar. Die softwarebasierte standardisierte Notrufabfrage ist als fachlicher Standard anzusehen. Der Abschluss der Umsetzung dieses Standards in den noch nicht damit ausgestatteten Leitstellen binnen drei Jahren ist realistisch.

35. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Absatz 1 Satz 3 SGB V)

Artikel 1 Nummer 19 § 133b Absatz 1 Satz 3 ist durch den folgenden Satz zu ersetzen:

„Die Rahmenempfehlungen sollen regionale Besonderheiten und bestehende Systeme hinreichend berücksichtigen und dürfen nicht die wesentlichen planerischen und organisatorischen Vorgaben für den Rettungsdienst berühren."

Begründung:

Der Gesetzentwurf verfolgt das Ziel, die sektorenübergreifende Steuerung von Hilfesuchenden zu verbessern und die Versorgungssicherheit zu erhöhen. Dafür sind bundeseinheitliche fachliche Orientierungshilfen (Rahmenempfehlungen) sinnvoll. Die vorgeschlagene Neufassung des § 133b Absatz 1 Satz 3 SGB V-E dient der klaren Zuordnung von Entscheidungsverantwortung und der Her-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

stellung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen Finanzierungsverantwortung und Planungshoheit im Bereich der medizinischen Notfallrettung.

Ausgangspunkt ist die besondere Struktur der Notfallrettung in Deutschland: Die Länder tragen die Planungs- und Gewährleistungsverantwortung für eine bedarfsgerechte und leistungsfähige Notfallrettung. Sie legen insbesondere die rettungsdienstlichen Strukturen fest und sind für deren Ausgestaltung verantwortlich. Gleichzeitig tragen die Krankenkassen als Kostenträger die finanzielle Hauptlast der medizinischen Notfallrettung im Rahmen der Entgeltvereinbarungen.

Eine ausrechende Berücksichtigung bestehender Systeme ist unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten angezeigt und im Hinblick auf die Akzeptanz der Rahmenempfehlungen von besonderer Bedeutung. Neben den regionalen Besonderheiten sollten daher auch bestehende Systeme in gleicher Weise Berücksichtigung finden. Dadurch wird verhindert, dass bewährte und bereits investitionsintensive Modelle auf Landesebene durch pauschale bundesweit wirkende Vorgaben unterlaufen werden. Dadurch werden unnötige Umstellungs- und Investitionskosten sowie Akzeptanzverluste vor Ort vermieden und dem Reformziel einer auch kosteneffizienten Notfallrettung Rechnung getragen.

Die Verpflichtung die wesentlichen planerischen und organisatorischen Vorgaben für den Rettungsdienst unberührt zu lassen ist im Hinblick auf die Länderkompetenz für die Organisation des Rettungsdienstes und damit die Verfassungsmäßigkeit der Regelungen des § 133b Absatz 1 SGB V-E erforderlich.

36. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Absatz 2 Satz 4 und Absatz 3 SGB V)

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

a) Absatz 2 Satz 4 ist zu streichen.

b) Absatz 3 ist durch den folgenden Absatz 3 zu ersetzen:

„(3) Beschlussempfehlungen erfolgen mit zwei Dritteln der stimmberechtigten Mitglieder nach Absatz 2 Satz 1 und 2. Die Mitglieder nach Absatz 2 Satz 1 und 2 haben jeweils eine Stimme. Die Mitglieder nach Absatz 2 Satz 3 und 4 haben ein Mitberatungsrecht.“

Begründung:

Mit Blick auf die Tragweite von Empfehlungen des Fachgremiums medizinische Notfallrettung für einzelnen Länder in der Umsetzung der Rahmenempfehlungen ist sowohl die Anzahl der stimmberechtigten Mitglieder als auch das Quorum (zwei Drittelmehrheit) adäquat anzupassen.

Bei der Anzahl der stimmberechtigten Mitglieder ist ein angemessener Interessenausgleich zwischen dem Ziel einer bundesweiten Förderung einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen Patientenversorgung und der gleichzeitigen wirtschaftlichen medizinischen Versorgung vor dem Hintergrund der Umsetzbarkeit zu schaffen. Gerade letzteres ist Aufgabe der Länder, weshalb die Stimmrechtsverhältnisse hier nicht zu Lasten der Länder durch Aufnahme weiterer stimmberechtigter Mitglieder verschoben werden dürfen. Verschärfend wirkt zudem das Quorum mit nur einfacher Mehrheit. Jedoch zeigt bereits der Bezug zu § 133 Absatz 2 Satz 4 SGB V-E, dass die Krankenkassen bei dem Abschluss der Entgeltverträge diese Rahmenempfehlungen zu berücksichtigen haben, weshalb eine finanzielle Sanktion zu befürchten ist, soweit die Rahmenempfehlungen (noch) nicht umgesetzt sind. Daher ist es sachgerecht, wenn die weiteren Mitglieder (Spitzenorganisationen von Leistungserbringern sowie Fachgesellschaften und Fachverbände auf Bundesebene) in ihrer Expertise beratend mit eingebunden werden.

Darüber hinaus ist es zwingend erforderlich, dass Rahmenempfehlungen mit zwei Dritteln seiner stimmberechtigten Mitglieder gefasst werden.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

37. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Absatz 2 Satz 6 – neu – und Satz 7 – neu –, Absatz 3 Satz 3a – neu –, Absatz 9 Satz 2 – neu – und Absatz 10 – neu – SGB V)

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

a) Nach Absatz 2 Satz 5 sind die folgenden Sätze einzufügen:

„Die von den Ländern benannten Mitglieder wählen aus ihrer Mitte eine Sprecherin oder einen Sprecher, die oder der berechtigt ist, Tagesordnungspunkte für Sitzungen des Fachgremiums einzubringen. Auf Verlangen von mindestens einem Drittel der von den Ländern benannten Mitglieder beruft die Geschäftsstelle innerhalb von vier Wochen eine Sitzung des Fachgremiums ein."

b) Nach Absatz 3 Satz 3 ist der folgende Satz einzufügen:

„Rahmenempfehlungen zu den Gegenständen nach Absatz 4 Nummer 1, 2, 3 und 8 bedürfen, soweit sie Mindestanforderungen an die Organisation, die Qualifikation des Personals oder die technische Ausstattung der medizinischen Notfallrettung festlegen, einer Mehrheit von zwei Dritteln der stimmberechtigten Mitglieder."

c) Nach Absatz 9 Satz 1 ist der folgende Satz einzufügen:

„Die Geschäftsstelle nimmt ihre Aufgaben im Benehmen mit der Sprecherin oder dem Sprecher der von den Ländern benannten Mitglieder nach Absatz 2 Satz 5 wahr; das Nähere, insbesondere zur Erstellung der Tagesordnung und zur Vorbereitung der Beschlussvorlagen, regelt die Geschäftsordnung nach Absatz 8."

d) Nach Absatz 9 ist der folgende Absatz 10 einzufügen:

„(10) Die Rahmenempfehlungen nach Absatz 1 Satz 2 dienen der Festlegung von Mindeststandards für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30. Leistungserbringer und Kostenträger können in Entgeltvereinbarungen nach § 133 Absatz 2 einvernehmlich über die Rahmenempfehlungen hinausgehende Leistungsstandards vereinbaren; die hierfür entstehenden notwendigen Mehrkosten sind bei der Kalkulation der Entgelte nach § 133 Absatz 2 Satz 3 zu berücksichtigen. Landesrechtliche Anforderungen an die Organisation, die Qualität und die Ausstattung der medizinischen Notfallrettung, die über die Rahmenempfehlungen hinausgehen, bleiben unberührt; die zur Erfüllung dieser Anforderungen notwendigen Kosten sind ansatzfähig. Die Rahmenempfehlungen entfalten keine Deckelungswirkung für die Entgelte nach § 133 Absatz 2."

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Das Fachgremium wird vom GKV-Spitzenverband gebildet und dessen Geschäftsstelle koordiniert die Tätigkeit des Gremiums. Damit liegt die Kontrolle über Tagesordnung, Sitzungsladungen und Beschlussvorlagen strukturell beim GKV-Spitzenverband. Die Länder – als Träger der Planungsverantwortung für den Rettungsdienst – haben demgegenüber keine verfahrensrechtlich gesicherte Einflussmöglichkeit auf die Agenda des Gremiums.

Die Einführung eines Länder-Sprechers mit Tagesordnungsrecht sowie eines Minderheitseinberufungsrechts für ein Drittel der Ländermitglieder stellt sicher, dass Themen von Länderinteresse nicht durch Nichtaufnahme in die Tagesordnung de facto blockiert werden können. Dies entspricht dem in der Begründung des Gesetzentwurfs formulierten Anspruch, dass regionale Besonderheiten „hinreichend berücksichtigt" werden sollen.

Zu Buchstabe b:

Die Rahmenempfehlungen des Fachgremiums zu Notrufabfragesystemen (§ 133b Absatz 4 Num-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

mer 1 SGB V-E), vernetzten Einsatzleitsystemen (Nummer 2), Telemedizin (Nummer 3) und heilkundlichen Maßnahmen durch Notfallsanitäter (Nummer 8) greifen unmittelbar in Kernbereiche ein, die durch Landesrettungsdienstgesetze geregelt sind. Werden diese Empfehlungen mit einfacher Mehrheit – bei 16 GKV-Stimmen von 41 – beschlossen, können sie faktisch landesrechtliche Standards präjudizieren, ohne dass die betroffenen Länder dies verhindern könnten.

Eine Zwei-Drittel-Mehrheit für Empfehlungen mit Mindeststandard-Charakter in diesen Kernbereichen schafft eine strukturelle Sperrminorität: 14 Länder könnten gemeinsam eine Empfehlung blockieren, die ihren Landesstandards widerspricht. Dieses Modell ist dem Abstimmungsprinzip des Bundesrates nachgebildet und entspricht dem Grundsatz, dass grundlegende Veränderungen der Landesorganisation des Rettungsdienstes nicht gegen den erklärten Willen einer qualifizierten Ländermehrheit durch ein GKV-dominiertes Gremium festgelegt werden dürfen.

Zu Buchstabe c:

Die Geschäftsstelle des GKV-Spitzenverbands hat als faktischer Verfahrensherr erheblichen Einfluss auf die inhaltliche Vorbereitung von Beschlüssen, die Auswahl von Sachverständigen und die Dokumentation der Gremiumstätigkeit. Die Ergänzung, dass die Geschäftsstelle im Benehmen mit der Ländersprecherin oder dem Ländersprecher handelt und das Nähere in der Geschäftsordnung zu regeln ist, sichert eine strukturelle Mitsprache der Länder auf Verfahrensebene, ohne die organisatorische Zuordnung der Geschäftsstelle zum GKV-SV zu ändern.

Zu Buchstabe d:

Zu Satz 1:

Der Gesetzentwurf bezeichnet die Beschlüsse des Fachgremiums als „Rahmenempfehlungen" und führt in der allgemeinen Begründung aus, sie dienten als „Orientierungsrahmen". Dieser Charakter als Mindestrahmen findet im Normtext keinen Ausdruck. Die vorgeschlagene Klarstellung überführt den Begründungsgedanken in eine für Entgeltverhandlungen und Schiedsstellen verbindliche Aussage und verhindert, dass die in der Begründung zu § 133b Absatz 2 Satz 4 SGB V-E angelegte Indizwirkung zu einer de-facto-Kostendeckelung führt.

Zu Satz 2:

Der Gesetzentwurf regelt nicht, ob Leistungserbringer und Kostenträger einvernehmlich höhere Standards als die Rahmenempfehlungen vereinbaren können. Ohne ausdrückliche Regelung besteht das Risiko, dass Schiedsstellen die Rahmenempfehlungen als abschließenden Wirtschaftlichkeitsmaßstab heranziehen. Die Regelung stellt klar, dass bei einvernehmlicher Vereinbarung höherer Standards die damit verbundenen notwendigen Mehrkosten ansatzfähig sind.

Zu Satz 3:

Der Rettungsdienst ist originäre Landesaufgabe. Die Länder haben kraft ihrer Gesetzgebungskompetenz das Recht, höhere Qualitäts-, Ausstattungs- und Organisationsstandards zu setzen als ein bundesrechtlich eingesetztes Gremium empfiehlt. Ohne ausdrücklichen Landesrechtsvorbehalt entstünde das Risiko, dass Kostenträger in Entgeltverhandlungen die Rahmenempfehlungen als abschließenden Bundesmaßstab setzen und Mehrkosten aus Landesrecht nicht anerkennen. Die Klarstellung sichert die Finanzierbarkeit landesrechtlich gebotener Mehrstandards.

Zu Satz 4:

Dieser Satz adressiert ausdrücklich die in der Begründung zu § 133 Absatz 2 Satz 4 SGB V-E angelegte Indizwirkung. Um zu verhindern, dass diese Begründungspassage in Schiedsstellenverfahren als implizite Kostendeckelung genutzt wird, bedarf es einer ausdrücklichen Gegennorm im Normtext.

38. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Absatz 4 einleitender Satzteil SGB V)

In Artikel 1 Nummer 19 § 133b Absatz 4 einleitender Satzteil ist die Angabe „insbesondere“ zu streichen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung:

Der Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung verfolgt das Ziel, die sektorenübergreifende Steuerung von Hilfesuchenden zu verbessern und die Versorgungssicherheit zu erhöhen. Dafür sind bundeseinheitliche fachliche Orientierungshilfen (Rahmenempfehlungen) sinnvoll. Die vorgeschlagene Neufassung des § 133b SGB V-E dient der klaren Zuordnung von Entscheidungsverantwortung und der Herstellung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen Finanzierungsverantwortung und Planungshoheit im Bereich der medizinischen Notfallrettung.

Ausgangspunkt ist die besondere Struktur der Notfallrettung in Deutschland: Die Länder tragen die Planungs- und Gewährleistungsverantwortung für eine bedarfsgerechte und leistungsfähige Notfallrettung. Sie legen insbesondere die rettungsdienstlichen Strukturen fest und sind für deren Ausgestaltung verantwortlich. Gleichzeitig tragen die Krankenkassen als Kostenträger die finanzielle Hauptlast der medizinischen Notfallrettung im Rahmen der Entgeltvereinbarungen.

Bei der Festlegung von Rahmenempfehlungen gemäß § 133b SGB V-E und der sich aus § 133 Absatz 2 Satz 4 SGB V-E ergebenden Berücksichtigungspflicht im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen verbleibt in den durch Rahmenempfehlungen geregelten Bereichen für die Länderkompetenz im Rettungsdienst faktisch kein eigener Gestaltungsspielraum mehr. Der Katalog der Rahmenempfehlungen ist daher zunächst abschließend zu gestalten. Anderenfalls könnte durch die Möglichkeit des Gremiums nach § 133b Absatz 5 Satz 1 weitere Themen zu benennen und damit eigenständig zum Gegenstand von Rahmenempfehlungen zu machen, sämtliche Bereiche des Rettungsdienstes abschließend geregelt werden. Im Hinblick auf die Länderkompetenz der Länder Regelungen zur Organisation des Rettungsdienstes zu treffen sind daher die Regelungen anzupassen und die Kompetenzen des Gremiums auf die ihm durch den Gesetzgeber verliehenen Kompetenzen zu beschränken.

39. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Absatz 4 Nummer 4 SGB V)

Artikel 1 Nummer 19 § 133b Absatz 4 Nummer 4 ist zu streichen.

Begründung:

Das Fachgremium medizinische Notfallrettung sollte nicht die Befugnis haben, Rahmenempfehlungen nach § 133b Absatz 4 Nummer 4 SGB V zur Einbeziehung von besonderen Einsatzmitteln, die primär auf eine Versorgung vor Ort ausgerichtet sind, in die medizinische Notfallrettung nach § 30 SGB V-E zu erlassen.

Die Länder sind für die Organisation und Durchführung des Rettungsdienstes bzw. der medizinischen Notfallrettung zuständig. Die Prüfung der Notwendigkeit der Einbeziehung von zusätzlichen Rettungsmitteln, die primär auf eine Versorgung vor Ort ausgerichtet sind, in die medizinische Notfallrettung, obliegt daher den Ländern.

Hier muss zudem bei der Ausgestaltung eine Harmonisierung mit und klare Abgrenzung sowohl zu den aufsuchenden Diensten anderer Versorgungssektoren als auch zu anderen Rettungsmitteln mit ähnlicher oder vergleichbarer Zielsetzung erfolgen. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf den aufsuchenden Dienst der kassenärztlichen Vereinigung nach § 75 Absatz 1b SGB V-E oder den in der Einzelbegründung zu § 30 SGB V-E erwähnten Notfallkrankentransportwagen.

Besonders bedeutsam ist dies für den in der Begründung des Gesetzentwurfs zu § 133b Absatz 4 Nummer 4 SGB V-E erwähnten Gemeindenotfallsanitäter (siehe BR-Drucksache 255/26, Seite 95). Dieser ist als aufsuchender Dienst auf die Kompensation von Engpässen in der ambulanten Versorgung ausgerichtet und gehört nicht zu den Aufgaben des Rettungsdienstes bzw. der medizinischen Notfallrettung. Er sollte daher auch nicht mittelbar als solche definiert werden.

40. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Absatz 4 Nummer 8 SGB V)

Artikel 1 Nummer 19 § 133b Absatz 4 Nummer 8 ist durch die folgende Nummer 8 zu ersetzen:

"8. die Entwicklung standardmäßiger Verfahrensweisen für die eigenständige Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter bei notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen gemäß § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c des Notfallsanitätergesetzes sowie die Entwicklung einheitlicher Ausbildungsalgorithmen für die eigenverantwortliche Durchführung medizinischer Maßnahmen der Erstversorgung bei Patientinnen und Patienten im Notfalleinsatz, um einer Verschlechterung der Situation der Patientinnen und Patienten bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder dem Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung vorzubeugen, wenn ein lebensgefährlicher Zustand vorliegt oder wesentliche Folgeschäden zu erwarten sind im Sinne des § 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c in Verbindung mit § 2a des Notfallsanitätergesetzes und"

Begründung:

Die vorgeschlagene Neufassung dient der systematischen Präzisierung sowie der fachlich gebotenen Erweiterung der Aufgaben des Ausschusses zur Qualitätssicherung gemäß § 133b SGB V.

Die bisherige Fassung des § 133b Absatz 4 Nummer 8 SGB V-E bleibt in ihrer rechtlichen Einordnung unklar, da sie unterschiedliche Handlungsregime – insbesondere die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen und die auf Delegation beruhende Leistungserbringung – nicht hinreichend differenziert. Dies widerspricht der Systematik des NotSanG. Die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen gemäß § 2a NotSanG ist an das Vorliegen einer akuten Lebensgefahr oder die konkrete Gefahr wesentlicher Folgeschäden gebunden und stellt eine originäre Handlungskompetenz dar. Demgegenüber beruhen delegierte Maßnahmen gemäß § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c NotSanG auf einer ärztlichen Anordnung für definierte notfallmedizinische Zustandsbilder und folgen damit einem anderen rechtlichen und organisatorischen Steuerungsmodell.

Die Neufassung trägt dieser Zweiteilung Rechnung, indem sie beide Bereiche ausdrücklich benennt und jeweils eigenständig zum Gegenstand der Erstellung von Rahmenempfehlungen macht.

Die Änderung stellt sicher, dass die in der Ausbildung vermittelten Inhalte und die im Einsatz anzuwendenden Maßnahmen in einem klaren sachlichen Zusammenhang stehen. § 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c NotSanG erfasst die Ausbildungsinhalte, nach denen bestimmte Maßnahmen, insbesondere in Form standardisierter Ausbildungsalgorithmen, erlernt werden. Diese Ausbildungsalgorithmen müssen so ausgestaltet sein, dass sie von den Auszubildenden verstanden, eingeübt, sicher beherrscht und in der staatlichen Prüfung überprüft werden können. Damit wird gewährleistet, dass die für den Beruf erforderlichen Handlungsmuster nicht nur theoretisch vermittelt, sondern auch praktisch beherrscht werden.

Die im Rahmen des § 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c NotSanG vermittelten Maßnahmen bilden zugleich die Grundlage für die Anwendung der Kompetenzen nach § 2a NotSanG. Die dort geregelte eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen knüpft an genau diese in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten an. Was in der Ausbildung gelernt und geprüft wird, soll im Einsatz in den nach § 2a NotSanG erfassten Fällen sicher angewandt werden können.

Diese gesetzgeberische Klarstellung ist zudem eine zwingende Konsequenz aus der grundlegenden Reform der Notfallversorgung und der Einführung der Notfallrettung als eigenständiges Leistungs-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

segment. Mit der gesetzlichen Etablierung eines spezifischen Anspruchs der Versicherten auf Leistungen der Notfallrettung wandelt sich das Anforderungsprofil. Die Notfallrettung tritt als strukturierter Leistungsbereich auf, dessen Qualität nicht mehr allein von regionalen Strukturen, sondern von einem bundesweit einheitlichen fachlichen Standard abhängt. Ein solches einheitliches Ausbildungs- und Kompetenzniveau der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter ist daher die fundamentale Voraussetzung für die Einlösung des Leistungsversprechens gegenüber den Versicherten.

Nur durch bundesweit harmonisierte Ausbildungsalgorithmen kann gewährleistet werden, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter ihre Kompetenzen unabhängig vom Einsatzort in fachlich gleichwertiger Qualität entfalten können.

Die Etablierung bundesweiter Rahmenempfehlungen ist zudem von zentraler Bedeutung für die Flexibilität und Mobilität des rettungsdienstlichen Personals.

Eine einheitliche, evidenzbasierte Ausbildung, die den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik widerspiegelt, stellt sicher, dass das Personal bei überregionalen Einsätzen unmittelbar und sicher nach einem gemeinsamen Standard agieren kann. Dies erhöht die Einsatzflexibilität der Rettungsdienstmittel signifikant. Gleichzeitig minimiert die bundesweite Standardisierung regionale Diskrepanzen in der Ausbildung und Einsatzpraxis, was die Rechtssicherheit für das rettungsdienstliche Personal und die Ärztlichen Leitungen nachhaltig stärkt. Die Regelung trägt dazu bei eine effiziente, qualitativ hochwertige und versichertenorientierte Notfallrettung im gesamten Bundesgebiet sicherzustellen.

Zugleich trägt die Regelung dazu bei, Unterschiede in Ausbildung und Praxis zwischen den Regionen zu verringern. Dies stärkt die Rechtssicherheit für das rettungsdienstliche Personal ebenso wie für die Ärztlichen Leitungen und schafft eine verlässliche Grundlage für die Zusammenarbeit aller Beteiligten.

Insgesamt dient die Neufassung dazu, klare Zuständigkeiten zu schaffen, die Qualität der Ausbildung und der Leistungserbringung zu sichern und eine bundesweit gleichwertige, verlässliche Notfallrettung zu gewährleisten.

41. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Absatz 5 Satz 1, Satz 1a – neu – und Satz 1b – neu – SGB V)

Artikel 1 Nummer 19 § 133 Absatz 5 ist wie folgt zu ändern:

a) In Satz 1 ist die Angabe „und Entscheidung“ zu streichen.

b) Nach Satz 1 sind die folgenden Sätze einzufügen:

„Die Mitglieder des Fachgremiums können mit Beschlussfassung nach Absatz 3 das Bundesministerium für Gesundheit auffordern, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die weiteren benannten Themen als Gegenstand einer Rahmenempfehlung zu benennen. Das Bundesministerium für Gesundheit wird hierzu ermächtigt, in einer Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates weitere Themen als Gegenstand einer Rahmenempfehlung zu benennen.“

Begründung:

Der Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung verfolgt das Ziel, die sektorenübergreifende Steuerung von Hilfesuchenden zu verbessern und die Versorgungssicherheit zu erhöhen. Dafür sind bundeseinheitliche fachliche Orientierungshilfen (Rahmenempfehlungen) sinnvoll. Die vorgeschlagene Neufassung des § 133b Absatz 5 SGB V-E dient der klaren Zuordnung von Entscheidungsverantwortung und der Herstellung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen Finanzierungsverantwortung und Planungshoheit im Bereich der medizinischen Notfallrettung.

Ausgangspunkt ist die besondere Struktur der Notfallrettung in Deutschland: Die Länder tragen die Planungs- und Gewährleistungsverantwortung für eine bedarfsgerechte und leistungsfähige Notfall-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

rettung. Sie legen insbesondere die rettungsdienstlichen Strukturen fest und sind für deren Ausgestaltung verantwortlich. Gleichzeitig tragen die Krankenkassen als Kostenträger die finanzielle Hauptlast der medizinischen Notfallrettung im Rahmen der Entgeltvereinbarungen.

Um dem BMG eine angemessene Möglichkeit zur Erweiterung des Katalogs möglicher Rahmenempfehlungen zu geben, sollte dieser durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erweitert werden können. Damit sind auf der einen Seite die Länderkompetenzen im Rettungsdienst durch das Bundesratsverfahren gewahrt, auf der anderen Seite kann das Bundesministerium für Gesundheit, dem selbst kein Stimmrecht in dem Gremium zusteht, als „neutrale“ Instanz eine Selbstermächtigung des Gremiums zur Übernahme immer weiterer Regelungsinhalte ausschließen. Die Ergänzung, den Themenkatalog nur per Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erweitern zu können, stärkt die demokratische Legitimation und die Beteiligung der Länder an Entscheidungen mit strukturpolitischer Wirkung. Sie ist ein geeignetes Verfahren, um Weiterentwicklungen zu ermöglichen, ohne die Länderkompetenz zu schwächen.

Die Änderungen schränken die fachliche Arbeit des Gremiums nicht inhaltlich ein, sondern ordnen sie verfahrens- und kompetenzgerecht ein. Dies erhöht die Umsetzbarkeit und Akzeptanz der Empfehlungen und beugt Kosten durch konfliktträchtige Doppelregelungen oder einer zwangsweisen Umstellung bewährter Systeme vor. Die Maßnahmen wirken kostendämpfend, weil sie unnötige Umstrukturierungen und daraus resultierende Investitionen vermeiden helfen. Sie erhalten die fachliche Steuerung durch das Fachgremium, schaffen jedoch in umsetzungsrelevanten Punkten Klarheit für die Praxisrealität vor Ort. Dadurch wird die Implementierung der Reform in den Ländern erleichtert und Beschluss- sowie Umsetzungsprozesse werden beschleunigt.

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

Artikel 1 Nummer 19 § 133b Absatz 6 ist zu streichen.

Begründung:

Nach § 133b Absatz 6 SGB V-E kann das BMG Fristen für die Erstellung der Rahmenempfehlungen festlegen. Wenn diese Fristen nicht eingehalten werden, kann das BMG entsprechende Empfehlungen im Benehmen mit den Mitgliedern des Fachgremiums medizinische Notfallrettung erlassen.

Für die Festlegung der Fristen sind keinerlei weitere Vorgaben oder Konkretisierungen und auch keinerlei Beteiligung der betroffenen Akteure, insbesondere der Länder und Leistungserbringer vorgesehen, so dass das BMG diese Fristen selbst völlig frei, ggf. auch sehr knapp festlegen könnte.

Bei Nichteinhaltung der Fristen kann das BMG entsprechende Empfehlungen ohne Zustimmung der Mitglieder des Fachgremiums erlassen. § 133 b Absatz 6 SGB V-E ist ersatzlos zu streichen. Der vorgesehene Erlass der Fristen und entsprechender Rahmenempfehlungen durch das BMG ist nicht sach- und fachgerecht.

Denn die Organisation und Verantwortung für den Rettungsdienst und damit für die medizinische Notfallrettung nach § 30 SGB V-E liegt bei den Ländern. Das BMG hat keine fachliche Expertise und Erfahrung hinsichtlich der Ausgestaltung und Durchführung des Rettungsdienstes und der medizinischen Notfallrettung nach § 30 SGB V-E. Das BMG kann angemessene Zeiträume aufgrund fehlender fachlicher Expertise und Erfahrung nicht einschätzen. Insbesondere auch für den Erlass der Rahmenempfehlungen verfügt das BMG über keine fachliche Expertise.

Zur Versorgungssicherung in den Ländern bedarf es keiner Lösung durch das BMG, da die Länder bereits Lösungen und Modelle zu den Gegenständen der Rahmenempfehlungen entwickelt haben.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

43. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b SGB V)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren § 133b SGB V-E so auszugestalten, dass das Fachgremium medizinische Notfallrettung paritätisch mit 16 Vertretern der Kostenträger und der Länder besetzt wird, so dass den föderalen Zuständigkeiten der Länder im Bereich des Rettungsdienstes angemessen Rechnung getragen wird.

Begründung:

Die Besetzung des Fachgremiums medizinische Notfallrettung erfolgt nach § 133b Absatz 2 SGB V-E aus insgesamt 16 Vertretern der Länder, 16 Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherung, vier weiteren Vertretern aus dem Kreis der maßgeblichen Spitzenorganisationen von Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung auf Bundesebene, zwei weiteren Vertretern aus dem Kreis der maßgeblichen Fachgesellschaften auf Bundesebene, drei weitere Vertretern der maßgeblichen Fachverbände auf Bundesebene sowie ein Vertreter des BMG. Nach § 133b Absatz 3 SGB V-E erfolgt die Beschlussfassung mit einfacher Mehrheit, wobei jeder Vertreter mit Ausnahme des Vertreters des Bundesministeriums für Gesundheit eine Stimme hat.

Die Zuständigkeit der Länder umfasst im Bereich des Rettungsdienstes insbesondere die Ausgestaltung der organisatorischen Strukturen, die Festlegung der Durchführungsmodalitäten sowie die Verantwortung für den operativen Vollzug. Vor diesem Hintergrund ist die Einrichtung und Ausgestaltung eines auf Bundesebene vorgesehenen Fachgremiums daran zu messen, ob die föderale Kompetenzverteilung hinreichend gewahrt bleibt. Dies betrifft insbesondere die strukturelle Ausgestaltung des Gremiums und seine Zusammensetzung. Die Zusammensetzung eines solchen Gremiums ist dabei von entscheidender Bedeutung für die Wahrung der Länderkompetenzen. Eine angemessene Beteiligung der Länder muss gewährleistet sein, um sicherzustellen, dass landesspezifische Versorgungsstrukturen, unterschiedliche Organisationsmodelle sowie regionale Besonderheiten der Notfallrettung sachgerecht berücksichtigt werden können. Voraussetzung hierfür ist eine paritätische Besetzung des Gremiums mit jeweils gleich vielen Vertretern der Krankenkassen und der Länder. Eine unausgewogene Prägung des Gremiums führt demgegenüber zu einer faktischen Verschiebung von Entscheidungs- und Steuerungskompetenzen.

44. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133d Absatz 1 Satz 1a – neu – SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 19 § 133d Absatz 1 Satz 1 ist der folgende Satz einzufügen:

„Falls die Länder eine Datenstelle in eigener Zuständigkeit einrichten, sind diese Daten auch an diese Landesdatenstellen zu übermitteln.“

Begründung:

Die durch die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 SGB V-E erhobenen Daten zur Ermittlung der Leistungsqualität in der medizinischen Notfallrettung können für die Länder eine wichtige Grundlage zur Optimierung und Verbesserung der Leistung in der medizinischen Notfallrettung sowie zur notfallmedizinischen Versorgungsforschung sein. Bereits jetzt ist in § 133d Absatz 2 Satz 2 SGB V-E vorgesehen, dass die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen geführte Datenstelle auf Anforderung der zuständigen Landesbehörden Auswertungen für die Belange der Länder zur Verfügung stellt.

Insofern die Länder selbstständig und in eigen Zuständigkeit Auswertungen zu Qualität und Umfang

der Leistungserbringung und bzw. oder zur Versorgungsforschung durchführen wollen und eine landeseigene Datenstelle einrichten, ist die Bereitstellung der Daten durch die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 SGB V-E an diese Landesdatenstelle notwendig.

45. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133f Absatz 1 Satz 1 SGB V)

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

a) In Nummer 1, Nummer 4 und Nummer 5 ist jeweils nach der Angabe „Einrichtung“ die Angabe „oder Weiterentwicklung“ einzufügen.

b) In Nummer 2 ist nach der Angabe „Bildung“ die Angabe „oder Weiterentwicklung“ einzufügen.

c) In Nummer 3 ist nach der Angabe „Einführung“ die Angabe „oder Weiterentwicklung“ einzufügen.

d) In Nummer 6 ist nach der Angabe „Errichtung“ die Angabe „oder Weiterentwicklung“ einzufügen.

Begründung:

Entsprechend der Begründung des Gesetzentwurfs sollen Investitionen in die digitale Infrastruktur für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung in den Jahren von 2027 bis 2031 aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes finanziert werden. Hierbei werden in § 133f Absatz 1 Satz 1 SGB V-E die konkret in Frage kommenden Fördertatbestände aufgeführt. Der Entwurf sieht bislang jedoch nur Investitionskosten für die Etablierung der dort genannten Vorhaben vor. Länder die bereits als positive Beispiele vorangegangen sind und wo solche Systeme bereites zum Einsatz kommen bzw. Instrumente etabliert sind, haben insoweit das Nachsehen. Daher ist es geboten, dass auch die Weiterentwicklung und Verbesserung von bereits eingeführten Vorhaben im Sinne des § 133f Absatz 1 Satz 1SGB V-E ebenfalls förderfähig sind, um so eine qualitativ hochwertige Versorgung und Steuerung von medizinischer Notfallrettung weiterhin gewährleisten zu können.

46. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133g Satz 4 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 19 § 133g Satz 4 ist die Angabe „31. Oktober 2026“ durch die Angabe „31. Dezember 2026“ zu ersetzen.

Begründung:

Die Frist zur Mitteilung des koordinierenden Krankenhauses (31. Oktober 2026) ist angesichts der laufenden Krankenhausübergangsprozesse nicht realisierbar. Eine Synchronisierung mit dem Jahresende ist sachgerecht.

47. Zu Artikel 5 Nummer 1 – neu – (§ 4 Absatz 25b – neu – AMG)

Artikel 5 ist wie folgt zu ändern:

a) Vor dem bisherigen Wortlaut ist die folgende Nummer 1 einzufügen:

‚1. Nach § 4 Absatz 25a wird der folgende Absatz 25b eingefügt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

„(25b) Prüfzentrum ist eine Einrichtung im Sinne des Artikels 50 der Verordnung (EU) Nr. 536/2014, in der Tätigkeiten in klinischen Prüfungen unter Verantwortung eines namentlich festgelegten Prüfers oder Hauptprüfers im Sinne der Definition in § 4 Absatz 25 AMG durchgeführt werden.“ ‘

b) Vor dem bisherigen Wortlaut ist die Angabe „2.“ einzufügen.

Begründung:

Durch die Definition erfolgt eine Klarstellung, dass der in § 42 Absatz 1 und Absatz 2 AMG verwendete Begriff „Prüfzentrum“ dem in der amtlichen deutschen Übersetzung der CLINICAL TRIALS REGULATION (EU) NO 536/2014 (CTR) verwendeten Begriff „Prüfstelle“ entspricht und die in der CTR ausgestalteten Anforderungen an diese anzuwenden sind.

Der Begriff „Prüfzentrum“ wird im AMG ausschließlich in § 42d verwendet, in dem die Bundesregierung ermächtigt wird, nach Anhörung der betroffenen Verbände und Organisationen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Standardvertragsklauseln über die Rechte und Pflichten des Sponsors und des Prüfzentrums bei der Durchführung einer klinischen Prüfung festzulegen.

Der Begriff "Prüfzentrum", wie er im AMG ausschließlich in § 42d AMG in Absatz 1 und Absatz 2 verwendet wird, hat keinerlei Entsprechung im europäischen Recht und ist bislang nicht im AMG definiert. Insofern sind insbesondere Verantwortlichkeiten von natürlichen und juristischen Personen für die Einrichtung „Prüfzentrum“ unklar.

In der derzeitigen Form der Standardvertragsklauseln werden Aufgaben einem „Prüfzentrum“ zugewiesen, ohne dass eine konkrete verantwortliche Person als Adressat für eventuelle Verstöße gegen Rechtsvorschriften (z. B. die Pflicht zur Meldung von schweren unerwünschten Arzneimittelwirkungen oder Verstöße gegen die zugrundeliegende europäische CTR) ableitbar ist, was in der CTR nur für die „Prüfstelle“ ableitbar ist.

Da der Begriff „Prüfzentrum“ im AMG nicht definiert ist, besteht die Notwendigkeit, eine Definition als rechtliches Bindeglied zwischen den im AMG definierten Personen und dem Begriff des Prüfzentrums aufzunehmen. Mit der geplanten Definition des Begriffs „Prüfzentrum“ soll die Verbindung zwischen dem im § 42d AMG genannten Prüfzentrum und dem in der CTR verwendeten Begriff der „Prüfstelle“ geschaffen und klargestellt werden, dass es sich trotz der unterschiedlichen Begrifflichkeiten um ein und dieselbe Einrichtungsart handelt.

Die vorgeschlagene Änderung des AMG folgt der Intention der CTR, die Verantwortung bei der Durchführung klinischer Prüfungen durchgängig entweder dem Sponsor oder dem Prüfer oder Hauptprüfer zuzuweisen.

48. Zu Artikel 5 Nummer 1 – neu – (§ 42d Absatz 1 Satz 2a – neu – AMG)

Artikel 5 ist wie folgt zu ändern:

a) Vor dem bisherigen Wortlaut ist die folgende Nummer 1 einzufügen:

‚1. Nach § 42d Absatz 1 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die Tätigkeiten in klinischen Prüfungen von Arzneimitteln im Prüfzentrum stehen unter Verantwortung eines namentlich festgelegten Prüfers oder Hauptprüfers im Sinne der Definition in § 4 Absatz 25.“ ‘

b) Vor dem bisherigen Wortlaut ist die Angabe „2.“ einzufügen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung:

In § 42d AMG wird die Bundesregierung ermächtigt, nach Anhörung der betroffenen Verbände und Organisationen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Standardvertragsklauseln über die Rechte und Pflichten des Sponsors und des Prüfzentrums bei der Durchführung einer klinischen Prüfung festzulegen.

In der derzeitigen Form der Standardvertragsklauseln werden Aufgaben einem „Prüfzentrum“ zugewiesen und es ist keine konkrete verantwortliche Person als Adressat für eventuelle Verstöße gegen Rechtsvorschriften ableitbar, z. B. Meldung von schweren unerwünschten Arzneimittelwirkungen oder Verstöße gegen die zugrundeliegende europäische CLINICAL TRIALS REGULATION (EU) NO 536/2014 (CTR). Die CTR weist die Verantwortung bei der Durchführung klinischer Prüfungen durchgängig entweder dem Sponsor, dem Hauptprüfer oder Prüfer zu. Zwar können Aufgaben von diesen vertraglich delegiert werden, doch verbleibt die Verantwortung schlussendlich bei ihnen.

Daher ist der Rahmen der Ermächtigung in § 42d AMG so auszugestalten, dass im Sinne der Intention der CTR mit den Formulierungen der Standardvertragsklauseln für alle vertraglich vereinbarten Aufgaben des „Prüfzentrums“ im Rahmen der Durchführung von klinischen Prüfungen eine konkrete Zuweisung der jeweiligen Verantwortlichkeit an einen namentlich festgelegten Prüfer oder Hauptprüfer im Sinne der Definition in § 4 Absatz 25 AMG vorgenommen wird.

49. Zu Artikel 5 (§ 43 Absatz 4 Satz 1 und Satz 2 – neu – AMG)

Artikel 5 § 43 Absatz 4 ist wie folgt zu ändern:

a) In Satz 1 ist nach der Angabe „Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ die Angabe „unter ihrer unmittelbaren fachlichen Verantwortung“ einzufügen und ist die Angabe „in einer zur Überbrückung für längstens drei Tage benötigten Menge“ durch die Angabe „die kleinste im Handel befindliche Packung“ zu ersetzen.

b) Nach Satz 1 ist der folgende Satz einzufügen:

„Die Vorschriften zur Lagerung sowie zur Beratungspflicht nach § 16 und § 20 Absatz 2 der Apothekenbetriebsordnung finden entsprechende Anwendung.“

Begründung:

Durch Aufnahme des ärztlichen Dispensierrechts stellt sich die Frage, inwiefern die Abgabe als solches delegierbar ist. Durch die bereits im § 13 Absatz 2b AMG etablierte unmittelbare fachliche Verantwortung wird die Abgabe grundsätzlich delegierbar. Zugleich wird jedoch deutlich gemacht, dass sie analog zur apothekerlichen Aufsicht in der Offizin stets so von statten gehen muss, dass der Arzt den Abgabevorgang überwacht und jederzeit Einfluss darauf nehmen kann. (vgl. NK-MedR/Brixius, 4. Aufl. 2024, AMG § 13 Rn. 26-29)

Eine effiziente Arzneimittelversorgung wird durch die Abgabe von Fertigarzneimitteln gewährleistet. Eine Begrenzung der Menge ausschließlich für den Verbrauch von drei Tagen hätte zur Folge, dass Ärztinnen und Ärzte im Integrierten Notfallzentrum (INZ) nur zur Abgabe von Teilmengen berechtigt wären. Es sollte jedoch die kleinste im Handel befindliche Packung abgegeben werden.

Die Arzneimittelsicherheit wird durch die Regelungen zur Lagerung und Beratungspflicht sichergestellt. Ein Verweis auf die Apothekenbetriebsordnung schafft Rechtssicherheit.

50. Zu Artikel 7 Nummer 01 – neu – (§ 2 Absatz 2 Satz 1 MPBetreibV)

Vor Artikel 7 Nummer 1 ist die folgende Nummer 01 einzufügen:

‚01. In § 2 Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „durch dessen Beschäftigte“ gestrichen.‘

Begründung:

Die Streichung des Begriffs „durch dessen Beschäftigte“ dient der Klarstellung der Begriffsbestimmung „Betreiber“ im Sinne der MPBetreibV. Dies schließt die bisher bestehende Regelungslücke für selbständige Personen (z. B. Ärzte oder Therapeuten), die ohne Beschäftigte in einer eigenen Gesundheitseinrichtung (z. B. Praxis) tätig sind und Produkte ausschließlich selbst betreiben und benutzen. Im Sinne der Patientensicherheit würde eine umfassendere Regelung sicherstellen, dass alle, die Produkte i. S. d. MPBetreibV betreiben und benutzen – unabhängig von der Anzahl der Beschäftigten – die gleichen rechtlichen Anforderungen erfüllen müssten.

51. Zu Artikel 7 Nummer 01 – neu – (§ 2 Absatz 4 Satz 2 – neu – MPBetreibV)

Vor Artikel 7 Nummer 1 ist die folgende Nummer 01 einzufügen:

‚01. Nach § 2 Absatz 4 Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„Satz 1 gilt nicht für Einrichtungen, Stellen und Institutionen, in denen sonstige dazu befugte Personen Produkte ausschließlich zu nicht-medizinischen Zwecken betreiben oder anwenden.“ ‘

Begründung:

Die Änderung dient dazu, Fitness- und Kosmetikstudios aus dem Anwendungsbereich der MPBetreibV auszunehmen und so deren bürokratische Anforderungen zu verringern, da in diesen Institutionen bereits durch das Recht der nichtionisierenden Strahlen – NiSG und NiSV – für einen ausreichenden Schutz der Kunden gesorgt wird.

Mit der vorgeschlagenen Formulierung wird erreicht, dass die Bereiche des Medizinprodukterechts und des Rechts zum Schutz vor nicht-ionisierender Strahlung eindeutig voneinander abgegrenzt werden, ohne dass die Patientensicherheit verringert wird.

Außerdem sollen auch die Überwachungsbehörden entlastet werden, da mit dem derzeitigen Wortlaut zusätzlich zum NiSG auch das Medizinprodukterecht in diesen Einrichtungen kontrolliert werden müsste. Die Medizinprodukteüberwachungsbehörden sind durch die vorgeschlagene Änderung nicht mehr für die Kosmetik- und Fitnessstudios zuständig.

Diese Abgrenzung gelingt durch den Ausschluss der Anwendung von Produkten durch sonstige befugte Personen zu ausschließlich nicht-medizinischen Zwecken.

Dabei greift diese Ausnahmeregelung nicht, sobald in der Einrichtung, Stelle oder Institution eine der anderen in § 2 Absatz 4 Satz 1 MPBetreibV genannten Personengruppen Produkte anwendet.

Sonstige befugte Personen meint jede Person, die nicht medizinisches Personal oder Person der Pflegeberufe ist. Zu den sonstigen befugten Personen gehören auch ehrenamtlich Tätige. Allerdings sollen ehrenamtlich Tätige nicht grundsätzlich ausgeschlossen sein, weshalb die Anwendung der Produkte ausschließlich nicht-medizinischen Zwecken dienen darf.

Die nicht-medizinischen Zwecke richten sich dabei nach der Definition aus § 2 Absatz 2 Nummer 1 NiSV.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Es muss sich bei dem Umgang mit den Produkten um eine Anwendung im Sinne des Artikel 2 Nummer 37 VO (EU) 2017/745 handeln, da eine Benutzung im Sinne des § 2 Absatz 3 MPBetreibV ein Einsetzen am Patienten erfordert. Dessen Vorliegen wiederum impliziert einen medizinischen Zweck und würde daher zu einem Widerspruch führen.

Von der Ausnahmeregelung werden Ärzte, die in ihren Praxen ausschließlich kosmetische Eingriffe vornehmen, nicht erfasst. Bei ihnen handelt es sich nicht um sonstige befugte Personen, sondern um medizinisches Personal. Diese sind also weiterhin zur Einhaltung der Anforderung der MPBetreibV verpflichtet.

Die Definition der Gesundheitseinrichtungen wird also grundsätzlich beibehalten, aber Betriebe in denen keine Behandlungen zu medizinischen Zwecken erfolgen und in denen nur sonstige befugte Personen tätig sind, werden ausgeschlossen. Damit sind Betreiber von Fitness- und Kosmetikstudios oder rein kosmetisch arbeitende Fußpflegepraxen von den Anforderungen der MPBetreibV ausgenommen, während alle anderen Betriebe, wie medizinische Podologiepraxen, die auch kosmetisch tätig werden, oder Schönheitschirurgien, die ausschließlich kosmetische Behandlungen durchführen, erfasst bleiben.

52. Zu Artikel 7 Nummer 01 – neu – (§ 10 Absatz 2 MPBetreibV)

Vor Artikel 7 Nummer 1 ist die folgende Nummer 01 einzufügen:

‚01. In § 10 Absatz 2 wird die Angabe „fünf“ durch die Angabe „zwei“ und wird die Angabe „Vorschriften“ durch die Angabe „Rechtsvorschriften“ ersetzt.‘

Begründung:

Die Verkürzung der Aufbewahrungsfrist von fünf auf zwei Jahre dient einer früheren Entlastung bei Archivierungspflichten und somit dem Bürokratieabbau. Zudem ist nicht erkennbar, dass eine längere Aufbewahrungsfrist einen praktischen Nutzengewinn mit sich bringt.

Die Ersetzung der Angabe „Vorschriften“ durch die Angabe „Rechtsvorschriften“ ist zur Schaffung von Rechtsklarheit erforderlich. Andernfalls entstünde ein Interpretationsspielraum, ob die Aufbewahrungsfrist von fünf Jahren gemäß der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen als Vorschrift die angestrebte verkürzte Aufbewahrungsfrist von zwei Jahren aufheben würde.

53. Zu Artikel 7 Nummer 1 (§ 12 Absatz 1 Satz 5 MPBetreibV)

Artikel 7 Nummer 1 ist durch die folgende Nummer 1 zu ersetzen:

‚1. § 12 Absatz 1 Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Für andere Produkte und Gegenstände, die mit Produkten nach Anlage 1 verbunden sind, gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend.“ ‘

Begründung:

Die Änderung in § 12 Absatz 1 Satz 5 MPBetreibV dient der Klarstellung des Rechtstextes.

Die Pflicht zur Durchführung einer sicherheitstechnischen Kontrolle (STK) wird auf Produkte nach Anlage 1 und Gegenstände, die mit Produkten nach Anlage 1 verbunden sind, beschränkt. Dadurch werden sowohl bei den Vollzugsbehörden als auch bei den Rechtsunterworfenen Ressourcen einge-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

spart.

Die Änderung ist erforderlich, weil sich aus dem aktuellen Wortlaut des § 12 Absatz 1 Satz 5 MPBetreibV ergibt, dass für alle „anderen Produkte“ eine STK durchgeführt werden muss, was aber nicht dem ursprünglichen Regelungszweck entspricht.

54. Zu Artikel 7 Nummer 1a – neu – (§ 13 Absatz 1 Satz 2 MPBetreibV)

Nach Artikel 7 Nummer 1 ist die folgende Nummer 1a einzufügen:

‚1a. § 13 Absatz 1 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Satz 1 gilt nicht für elektronische Fieberthermometer als Kompaktthermometer einschließlich Infrarot-Fieberthermometern sowie für Blutdruckmessgeräte mit Quecksilber- oder Aneroidmanometer und elektronische Blutdruckmessgeräte mit Manschetten, jeweils zur nichtinvasiven Messung sowie in den Fällen des § 3 Absatz 4.“ ‘

Begründung:

Im Sinne des Bürokratieabbaus sollen die Ausnahmen in § 13 Absatz 1 Satz 2 MPBetreibV in Bezug auf das Führen von Medizinproduktebüchern um Infrarot-Fieberthermometer und elektronische Blutdruckmessgeräte mit Manschetten zur nichtinvasiven Blutdruckmessung erweitert werden.

Die zur eindeutigen Identifikation erforderlichen Angaben der ergänzten aktiven Produkte (Bezeichnung, Seriennummer, Anschaffungsjahr, Hersteller etc.) müssen auch weiterhin im Bestandsverzeichnis nach § 14 MPBetreibV aufgeführt werden.

Die Reduzierung des Bürokratieaufwands (insbesondere auch für Betreiber kleiner und mittelständischer Praxen und Einrichtungen) ermöglicht eine effizientere Nutzung von Ressourcen und sorgt gleichzeitig für eine höhere Praktikabilität und Akzeptanz der Verordnung, ohne den Schutz der Patientensicherheit zu gefährden.

Dies entspricht den Zielen des Bürokratieabbaus und der Verwaltungsvereinfachung.

55. Zu Artikel 7 Nummer 1a – neu – (§ 13 Absatz 3 Satz 2 MPBetreibV)

Nach Artikel 7 Nummer 1 ist die folgende Nummer 1a einzufügen:

‚1a. In § 13 Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „fünf“ durch die Angabe „zwei“ ersetzt.‘

Begründung:

Die Verkürzung der Aufbewahrungsfrist von fünf auf zwei Jahre dient einer früheren Entlastung bei Archivierungspflichten und somit dem Bürokratieabbau. Zudem ist nicht erkennbar, dass eine längere Aufbewahrungsfrist einen praktischen Nutzen mit sich bringt.

56. Zu Artikel 7 Nummer 1a – neu – (§ 14 Absatz 1 Satz 1 MPBetreibV)

Nach Artikel 7 Nummer 1 ist die folgende Nummer 1a einzufügen:

‚1a. In § 14 Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „Betriebsstätte“ die Angabe „mit Ausnahme von Software der Klasse I“ eingefügt.‘

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung:

Diese Änderung dient dem Bürokratieabbau. Sie nimmt Software der Klasse I von der Pflicht aus, im Bestandsverzeichnis aufgeführt zu werden.

Um den Schutz von Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, sollte Software höherer Risikoklassen (Klasse IIa, IIb und III) aber weiterhin im Bestandsverzeichnis aufgeführt werden müssen, da diese nicht wie gegenständliche Medizinprodukte in Gesundheitseinrichtungen direkt sichtbar ist. Würde Standalone-Software höherer Risikoklassen (Klasse IIa, IIb und III) nicht im Bestandsverzeichnis aufgeführt sein, bestände die Gefahr, dass die zuständigen Überwachungsbehörden diese bei Inspektionen nicht erkennen und nicht überprüfen.

57. Zu Artikel 7 Nummer 1a – neu – (§ 17 MPBetreibV)

Nach Artikel 7 Nummer 1 ist die folgende Nummer 1a einzufügen:

„1a. § 17 ist zu streichen.“

Begründung:

Die Durchführung von IT-Sicherheitsüberprüfungen gemäß § 17 MPBetreibV für Software als Medizinprodukt bzw. In-vitro-Diagnostikum bestimmter Klassen wurde mit der Neufassung der MPBetreibV eingeführt und ist seit dem 1. August 2025 anzuwenden. Weder die Inhalte der Prüfungen noch die Anforderungen an die Personen, die diese Tätigkeiten durchführen, wurden jedoch konkret bestimmt. Eine zusätzlich zu protokollierende Prüfung ohne konkrete Vorgaben hinsichtlich der Inhalte ist sowohl ineffizient als insbesondere auch rechtsunsicher.

Grundsätzlich gelten für Betreiber gemäß § 4 MPBetreibV bereits Anforderungen an miteinander verbundene Produkte mit anderen Gegenständen, hier Software als Medizinprodukt bzw. Software als In-vitro-Diagnostikum jeweils mit IT-Infrastruktur. Der Betreiber hat bei der Installation die vom Hersteller der Software an die IT-Infrastruktur gestellten Anforderungen zu berücksichtigen und im weiteren Betrieb ggf. vom Hersteller im Rahmen von Sicherheitskorrekturmaßnahmen veröffentlichte Sicherheitsupdates zu installieren. Insoweit besteht kein zusätzlicher Regelungsbedarf.

Zudem regelt das SGB V die Vorgaben an die IT-Sicherheit in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung (§ 390 SGB V) bzw. an die IT-Sicherheit in Krankenhäusern (§391 SGB V). Insoweit handelt es sich bei der Streichung des § 17 MPBetreibV auch um eine Entflechtung der Rechtsbereiche.

58. Zu Artikel 7 Nummer 2 (§ 17a MPBetreibV)

Artikel 7 Nummer 2 ist zu streichen.

Folgeänderung:

Artikel 7 Nummer 1 ist zu streichen.

Begründung:

Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zur Notfallreform soll mit Artikel 7 die MPBetreibV ge-

ändert werden.

Gemäß Artikel 1 sind umfangreiche Änderungen des SGB V geplant. Mit § 133h SGB V-E wird ein bundesweites Kataster für automatisierte externen Defibrillatoren (AEDs) errichtet. Bei AEDs handelt es sich um aktive Medizinprodukte.

Die erforderlichen Daten soll das AED-Kataster vom Betreiber des AEDs erhalten. Daher wird mit dem neuen §17a Absatz 1 MPBetreibV der Betreiber verpflichtet, die Angaben, die durch den neuen § 17a Absatz 2 MPBetreibV näher konkretisiert werden, innerhalb einer festgelegten Frist an das AED-Kataster zu melden.

Die Verordnungsermächtigung nach § 88 Absatz 1 Nummer 6 MPDG ermächtigt den Bund, Anforderungen an das Errichten, Betreiben, Anwenden und Instandhalten von Produkten und von sonstigen Produkten im Sinne des § 2 Absatz 2 MPDG festzulegen, soweit dies für das sichere Betreiben und die sichere Anwendung oder die ordnungsgemäße Instandhaltung notwendig ist.

Bei der geplanten neuen Regelung eines § 17a MPBetreibV geht es um die Auffindbarkeit der AEDs für Laien, Rettungsleitstellen und Ersthelfer-Apps und nicht um die sichere Anwendung des Produktes oder Möglichkeiten, die Instandhaltung zu verbessern.

Dementsprechend fehlen in der Begründung des Gesetzentwurfs unter Teil A Ziffer IV. „Gesetzgebungskompetenz“ Ausführungen zur Gesetzgebungskompetenz des Bundes für eine Aufnahme des geplanten § 17a MPBetreibV in die MPBetreibV. Sofern eine Meldepflicht für Informationen zu Standort, Zugänglichkeit usw. von AEDs für die Vernetzung der Akteure der Notfallversorgung als erforderlich erachtet wird, sollte dies ebenfalls im Zuge der Änderung des SGB V (konkret § 133h SGB V-E) berücksichtigt werden und nicht in der MPBetreibV.

59. Zum Gesetzentwurf allgemein

a) Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die digitale Einbindung der öffentlichen Apotheken in die Notfallversorgung zu berücksichtigen.

b) Der Bundesrat begrüßt die Bestrebungen der Bundesregierung, die Digitalisierung und Vernetzung in der Notfallversorgung voranzutreiben sowie ein Versorgungskapazitätsnachweissystem zu etablieren. Die Länder bitten die Bundesregierung bei der Entwicklung und Festlegung einer bundeseinheitlich definierten Anwendung zu berücksichtigen, dass einige Länder hier bereits eigene Systeme entwickelt haben und diese bereits angewendet werden. Es ist sicherzustellen, dass diese Systeme auch weiterhin zum Einsatz kommen und ohne kostenintensive Anpassungen zu Lasten der Länder an die künftigen bundeseinheitlich definierten Schnittstellen bzw. Standards angeschlossen werden können.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Die Notfallreform stellt die Digitalisierung als wesentlichen Baustein der Reform heraus. In diesem Zusammenhang sollte auch das Potenzial der öffentlichen Apotheken bei der Arzneimittelversorgung in Notfällen nicht außer Acht gelassen werden.

Der Gesetzentwurf nimmt insbesondere die Perspektive eines ersten Kontakts der Hilfesuchenden mit den Integrierten Notfallzentren (INZ) in den Blick. Dabei stehen Ersteinschätzung, digitale Fallübergabe und Weiterleitung in die geeignete Versorgungsebene im Vordergrund. In der Versorgungspraxis stellen jedoch bisher auch öffentliche Apotheken eine wichtige niederschwellige Anlaufstelle dar. Dort werden Beschwerden geschildert, Therapiemöglichkeiten erkannt und Hinweise auf eine mögliche Dringlichkeit sichtbar. Auch diese Schnittstelle sollte daher im Rahmen der Notfallreform stärker eingebunden werden.

Die digitale Einbindung der öffentlichen Apotheken kann dazu beitragen, Hilfesuchende frühzeitig in die richtige Versorgung zu steuern. Sie können im Bedarfsfall digital Kontakt mit Akutleitstellen

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

aufnehmen. Dadurch kann frühzeitig entschieden werden, ob eine Vorstellung in einem INZ erforderlich ist, ob eine telemedizinische ärztliche Beratung ausreicht oder ob die Patientin oder der Patient über ein E-Rezept und pharmazeutische Beratung in der Apotheke ausreichend versorgt werden kann. So lassen sich vorhandene Kapazitäten effizienter nutzen und unnötige Wege vermeiden. Öffentliche Apotheken sind zudem flächendeckend vorhanden, an die Telematikinfrastruktur angebunden und über den Apothekennotdienst rund um die Uhr in die Versorgung eingebunden. Mit E-Rezept, KIM (Kommunikation im Medizinwesen), telepharmazeutischer Beratung und Botendienst verfügen sie bereits über Instrumente, um die Arzneimittelversorgung auch in digitalen Notfallstrukturen zuverlässig sicherzustellen. Die Versorgung kann bei Bedarf begleitet und durch Botendienst ergänzt werden. Das ermöglicht eine bedarfsgerechte Versorgung auch für immobile Patientinnen und Patienten, bewahrt die Arzneimittelsicherheit, bietet eine lückenlose Versorgung und entlastet ärztliche Strukturen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Anlage 4

Gegenäußerung der Bundesregierung

Die Bundesregierung äußert sich zur Stellungnahme des Bundesrates wie folgt:

Zu Nummer 1 Artikel 1 Nummer 2 (§ 30 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, Nummer 2 und Nummer 3 – neu – SGB V)

Die Bundesregierung lehnt die Vorschläge ab.

Zu Buchstabe a)

Der Begriff Gesundheitszustand in der gesetzlichen Definition des ret-tungsdienstlichen Notfalls in § 30 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V um-fasst sowohl den physischen als auch psychischen Gesundheitszustand.

Zu Buchstaben b) und c)

Maßnahmen aufgrund der Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze der Länder bei einer Gefährdung Dritter infolge ei-ner psychischen Erkrankung ei-ner Person unterfallen der Gefahrenabwehr und nicht dem Recht der Sozialversi-cherung. Jedoch ist die Abgrenzung von Fallkonstellationen der Gefahrenabwehr (Fremdgefährdung) von solchen der (rein medizi-nischen) psychiatrischen Notfallversorgung schwierig und eine Eigen-gefährdung in der Praxis regelmäßig nicht auszuschließen. Fälle, in de-nen (auch) eine Eigengefährdung der psychisch erkrankten Person vor-liegt, sind auch vom Begriff des rettungsdienstlichen Notfalls nach § 30 Absatz 1 Satz 1 SGB V umfasst. Einer ausdrücklichen Regelung bedarf es daher nicht.

Zu Nummer 2 Artikel 1 Nummer 2 (§ 30 Absatz 3 Satz 3 SGB V) und Nummer 19 (§ 133 Absatz 1 Satz 2 – neu – SGB V)

Die Bundesregierung wird prüfen, inwieweit und in welcher Form eine Änderung notwendig ist.

Die Bundesregierung stimmt zu, dass das Vorliegen einer softwareba-sierten standardisierten Notrufabfrage nicht Voraussetzung für einen Anspruch der Versicherten auf medizinische Notfallrettung sein darf.

Zu Nummer 3 Artikel 1 Nummer 2 (§ 30 Absatz 4 Satz 2 – neu – SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die im Gesetzentwurf enthaltene Regelung in § 30 Absatz 5 SGB V um-fasst bereits das Begehren des Antrages. Das im Einzelfall vom Leis-tungsanspruch erfasste Transportmittel richtet sich gemäß § 30 Absatz 5 SGB V nach dem im Einzelfall aus medizinischen Gründen Erforderli-chen. Unter der Voraussetzung, dass im Rahmen einer ex ante-Betrachtung der konkreten Situation ein rettungsdienstlicher Notfall im Sinne des § 30 Absatz 1 Satz 1 SGB V vorliegt, kann beispielsweise ein Notfallkrankentransportwagen oder etwa auch die Entsendung eines Gemeindenotfallsanitäters oder sonstiger Transportmittel vom Leis-tungsanspruch nach § 30 SGB V umfasst sein. Wie sich aus § 30 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB V ergibt, liegt ein rettungsdienstlicher Notfall be-reits dann vor, wenn hinreichende Anhaltspunkte dafür bestehen, dass eine schwere gesundheitliche Schädigung des Versi-cherten zu befürch-ten ist, sofern nicht unverzüglich eine medizinische Versorgung erfolgt.

Zu Nummer 4 Artikel 1 Nummer 2 Artikel 1 Nummer 3 (§ 60 Absatz 3 Nummer 2 Buchstabe b, Buchstabe c und Buchstabe d – neu – SGB V)

Die Bundesregierung lehnt die Vorschläge ab.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Verlegungen sind nach derzeitiger und auch geplanter Rechtslage als medizinisch notwendig erstattungsfähig, sofern das abgebende Kran-kenhaus für die erforderliche sozialversicherungsrechtliche Leistung keinen Versorgungsauftrag besitzt. Verlegungen, die aus rein organisa-torischen Gründen erfolgen, sind hingegen nach dem Recht der Sozial-versicherung nicht übernahme- oder erstattungsfähig und sollen es auch nicht sein.

Zu Nummer 5 Artikel 1 Nummer 3 (§ 60 Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Für eine über die allgemeinen Regelungen des Bundesreisekostengeset-zes hinausgehende Erstattung besteht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung kein finanzieller Spielraum.

Zu Nummer 6 Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe b (§ 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 2 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Der Notdienst ist grundsätzlich fachgebietsübergreifend organisiert und stellt die Versorgung mit den aus medizinischen Gründen jeweils kurz-fristig notwendigen Maßnahmen sicher. Durch die Ausweitung des Not-dienstes auf Psychotherapeutinnen und -therapeuten würden in hohem Maß personelle Kapazitäten gebunden. Zudem sind psychologische Psy-chotherapeutinnen und -therapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsycho-therapeutinnen und -therapeuten sowie Fachpsychotherapeutinnen und -therapeuten berufsrechtlich nicht zur Teilnahme am Notdienst verpflichtet. Da Psychotherapeutinnen und -therapeuten keine Bera-tung zu medikamentöser Erstbehandlung und auch keine Abklärung somatischer Ursachen vornehmen können, kann durch sie nicht immer abschließend behandelt werden, sondern ist zusätzlicher personeller Einsatz von weiterem ärztlichen Fachpersonal notwendig. Schließlich sind in den flächendeckend einzurichtenden Integrierten Notfallzentren psychiatrische Konsilien gewährleistet, sodass im Bedarfsfall dort eine angemessene Versorgung sichergestellt ist.

Zu Nummer 7 Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe b (§ 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 3 SGB V) und Nummer 19 (§ 133a Absatz 2 Satz 3 SGB V)

Zu Buchstabe a)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Sie teilt jedoch das Ziel, dass der aufsuchende Notdienst nicht die ver-tragsärztliche Versorgung gefährden darf. Der aufsuchende Dienst ist als letztes in Betracht kommende Mittel der notdienstlichen Versorgung indes wichtig für die Vernetzung der Notrufnummer 112 mit der Akut-leitstelle unter der Rufnummer 116117 zu einem Gesundheitsleitsystem nach § 133a SGB V. Die Regelung des § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 3 SGB V lässt den Kassenärztlichen Vereinigungen einen weiten Organisa-tionsspielraum. So ist der Einsatz von nicht-ärztlichem Personal oder auch die Kooperation mit den Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung möglich. Je besser die Versorgung in der vertragsärztli-chen Versorgung oder auch durch das in der Akutleitstelle vorzuhalten-de telemedizinische oder telefonische Angebot gelingt, umso geringer ist die Vorhaltung im Bereich des aufsuchenden Dienstes. Die vorgeschla-gene Regelung erscheint im Übrigen wenig praktikabel, da das Kriterium der Beeinträchtigung der vertragsärztlichen Strukturen bzw. die Be-schreibung der notwendigen Datengrundlage sehr vage ist und damit keine belastbare Entscheidungsgrundlage für ein Abweichen von der Regelung zum aufsuchenden Dienst darstellt.

Zu Buchstabe b)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die Vereinbarung von Zielgrößen sieht sie als ausreichend für die Ko-operation an. Eine entsprechende Regelung wird geprüft.

Zu Nummer 8 Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe b (§ 75 Absatz 1c Satz 7 Nummer 1und Nummer 2 SGB V)

Zu Buchstabe a)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Ausweislich der Gesetzesbegründung kann das Aufsuchen einer Ver-tragsarztpraxis auch aus anderen als medizinischen Gründen, etwa auf-grund von Betreuungsverpflichtungen gegenüber Kindern oder Pflege-bedürftigen, unzumutbar sein. Unbequemlichkeiten begründen dagegen keine Unzumutbarkeit.

Zu Buchstabe b)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Ausweislich der Gesetzesbegründung kann das Aufsuchen eines Inte-grierten Notfallzentrums auch aus anderen als medizinischen Gründen, etwa aufgrund von Betreuungsverpflichtungen gegenüber Kindern oder Pflegebedürftigen, unzumutbar sein. Unbequemlichkeiten begründen dagegen keine Unzumutbarkeit.

Zu Nummer 9 Artikel 1 Nummer 7a – neu – (§ 75a Absatz 1 Satz 1 und Satz 2, Absatz 5 Satz 1, Absatz 6 Satz 2, Absatz 7 Nummer 2 und Absatz 9 Satz 2 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Es gehört nicht zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, ärztliche Weiterbildung voll umfassend zu finanzieren. Mit der Förde-rung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V hat der Bundesgesetzgeber ausnahmsweise ein finanzielles Sicherstellungsinstrument in der ver-tragsärztlichen Versorgung für Fachgebiete mit einem bereits bestehen-den besonderen Nachwuchsbedarf geschaffen. Das betrifft die allge-meinmedizinische Versorgung in besonderem Maße. Aber auch die Wei-terbildungsförderung der Kinder- und Jugendmedizin ist bereits explizit herausgehoben. Sofern mehr ambulante Förderstellen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin geschaffen werden sollen, kann die Selbst-verwaltung dies im Rahmen des Förderkontingents für die grundversorgenden Fachgebiete vorsehen, wie in den zurückliegenden Jahren auch geschehen. Die Bundesregierung prüft gegenwärtig den Weiter-entwicklungsbedarf dieses Sicherstellungsinstrumentes und wird in diese Prüfung auch den Vorschlag des Bundesrates einbeziehen. Im Rahmen des vorliegenden Gesetzgebungsverfahrens lehnt die Bundes-regierung den Vorschlag des Bundesrates jedoch ab.

Zu Nummer 10 Artikel 1 Nummer 11 Buchstabe b (§ 90 Absatz 4a Satz 7a – neu –, Satz 7b – neu –, Satz 7c – neu – und Satz 7d – neu – SGB V) und Buchstabe c (§ 90 Absatz 6 Satz 1 SGB V) und Nummer 18 (§ 123a Absatz 1 Satz 8 bis 10 und Satz 12 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Denn dieser beinhaltet die Mitverwaltung der obersten Landesbehörde und dies würde im Widerspruch zu der ihr obliegenden Rechtsaufsicht stehen. Insbesondere die Entscheidung, an welchen Krankenhausstand-orten Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichtet werden, berührt zwar die Aufgaben der Länder im Rahmen der Kran-kenhausplanung. Sie ist aber im Wesentlichen eine Entscheidung der Selbstverwaltungspartner. Der erweiterte Landesausschuss und die mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen Verfahrensregelungen sind daher ge-eignet, die entsprechenden Interessen hinreichend zu berücksichtigen. Die zuständigen obersten Landesbehörden wirken im Ausschuss bera-tend mit, können Anträge stellen und ihre versorgungs- und planungsre-levanten Erkenntnisse in die Beratungen einbringen. Sie legen im Fall einer Nichteinigung im Ausschuss die Standorte fest

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

und haben darüber hinaus auch die Möglichkeit, im Rahmen ihrer Rechtsaufsicht die Ent-scheidungen des Ausschusses zu prüfen. Hierbei kann das jeweilige Land auch prüfen, ob bei der Festlegung der Standorte die Ziele und Er-fordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Kranken-hausplanung beachtet wurden.

Zu Nummer 11 Artikel 1 Nummer 11 Buchstabe b (§ 90 Absatz 4a Satz 9 – neu – und Satz 10 – neu – SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Apotheken in der unmittelbaren Umgebung sind kein gesetzliches Standortkriterium für Integrierte Notfallzentren nach § 123 SGB V. Soll-te der erweiterte Landesausschuss dies dennoch berücksichtigen wol-len, können Experten dazu angehört werden.

Zu Nummer 12 Artikel 1 Nummer 11 Buchstabe b (§ 90 Absatz 4a Satz 9 – neu – und Satz 10 – neu – SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Im Hinblick auf die Bedeutung der medizinischen Notfallrettung im Rahmen der sektorenübergreifenden Notfallversorgung soll die Einbe-ziehung der Vertreter der medizinischen Notfallversorgung im Geset-zeswortlaut ausdrücklich verbindlich vorgegeben werden.

Zu Nummer 13 Artikel 1 Nummer 13a – neu – (§ 101 Absatz 4a – neu – SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Der Bundesrat weist darauf hin, dass im Koalitionsvertrag vereinbart ist, die Voraussetzungen für die gesonderte Bedarfsplanung psychothe-rapeutisch tätiger Ärztinnen und Ärzte sowie der Psychotherapeutin-nen und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kin-der und Jugendliche behandeln, zu schaffen. Die Bundesregierung beab-sichtigt, dem Gesetzgeber zeitnah in einem geordneten Gesetzgebungs-verfahren einen Regelungsvorschlag zur Umsetzung des Koalitionsver-trages vorzulegen. Im Rahmen des vorliegenden Gesetzgebungsverfah-rens lehnt die Bundesregierung den Vorschlag des Bundesrates jedoch ab.

Zu Nummer 14 Artikel 1 Nummer 14 Buchstabe a – neu – (§ 105 Absatz 1a Satz 4 Nummer 8 und Nummer 9 – neu – SGB V) und Nummer 14 a – neu – (§ 105a SGB V – neu –)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Eine regionale Öffnung für neue ambulante Versorgungsformen mit der Zielsetzung, einer Unterversorgung in betroffenen Gebieten zu begeg-nen, bedürfte klarer Festlegungen, von welchen Regelungen in welchem Umfang abgewichen werden kann. Eine solche eindeutige Festlegung fehlt dem Vorschlag des Bundesrates jedoch. Die Fördermöglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen über die Strukturfonds zur Sicherstel-lung der vertragsärztlichen Versorgung sind bereits weit gefasst, inso-fern wird keine Notwendigkeit für eine diesbezügliche Regelung gese-hen. Zudem kann nicht ausgeschlossen werden, dass durch die Einfüh-rung neuer ambulanter Versorgungsformen von dem mit dem Entwurf des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes verfolgten Ziel einer einnah-meorientierten Ausgabenpolitik abgewichen wird.

Zu Nummer 15 Artikel 1 Nummer 14 (§ 105 Absatz 1b SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die nach § 87a Absatz 3 Satz 1 SGB V mit befreiender Wirkung von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung beinhaltet bereits eine Finanzie-rung ambulanter Notdienststrukturen. Darüber hinaus können und werden die von den Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigun-gen zusätzlich bereitgestellten Mittel im Rahmen des Strukturfonds von den Kassenärztlichen Vereinigungen ebenfalls zur Förderung von Struk-turen des Notdienstes genutzt. Eine darüber hinausgehende erforderli-che Förderung der Finanzierung von neuen Strukturen, die Gegenstand der Vereinbarung zwischen jeder Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ist, sollte diese Honorarbestandteile und vereinnahmten Entgelte bei der Festlegung der zusätzlichen erforderlichen Mittel mindernd berücksich-tigen (§ 105 Absatz 1b Satz 6 SGB V). Dies dient der Vermeidung von Doppelfinanzierung, was bei dem Vorschlag nicht sichergestellt ist.

Zu Nummer 16 Artikel 1 Nummer 18 (§ 123 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

In Notfällen mit Hinweisen auf das Vorliegen psychischer Erkrankun-gen sind Telekonsilien durch Psychotherapeutinnen und -therapeuten häufig nicht ausreichend, sondern fachärztliche Konsilien durch Psy-chiater notwendig, um im Notfall zur medikamentösen Erstbehandlung beraten zu können und eine weitere somatische Abklärung vorzuneh-men. Eine zusätzliche Einbindung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten würde damit vielfach nicht zur gewünschten Entlastung der fachärztlichen psychiatrischen Versorgung führen.

Zu Nummer 17 Artikel 1 Nummer 18 (§ 123a Ab-satz 1 Satz 1 und Satz 3 und § 123b Absatz 1 Satz 2 SGB V)

Zu Buchstabe a) und b)

Die Bundesregierung wird prüfen, inwiefern die Fristen verlängert werden können.

Bei der Bemessung der Fristen ist jedoch ein Gleichgewicht zwischen der Berücksichtigung des planerischen Aufwandes und den Erforder-nissen einer möglichst zügigen Umsetzung der Reform zu finden. Dabei ist zu beachten, dass viele Kooperationen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern in aller Regel auf bereits vorhande-nen Strukturen aufsetzen können. Die Planungsregionen sind jedoch beizubehalten, da sie wichtig sind, um flächendeckend und ggf. auch grenzüberschreitend planen zu können.

Zu Nummer 18 Artikel 1 Nummer 18 (§ 123a Ab-satz 1 Satz 3a – neu – SGB V)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag als Klarstellung prüfen.

In § 123a Absatz 1 Satz 2 SGB V ist bereits vorgesehen, dass bei der Fest-legung der Standorte die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung zu beachten sind. Dies schließt die Festlegung der Planungsregionen mit ein.

Zu Nummer 19 Artikel 1 Nummer 18 (§ 123a Ab-satz 1 Satz 4 Nummer 1 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Der Wortlaut in § 123a Absatz 1 Satz 4 SGB V wurde bewusst gewählt. Voraussetzung der Standortzuteilung ist demnach, dass objektiv die Vo-raussetzungen der Notfallstufe Basisnotfallversorgung gemäß der „Re-gelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften Sys-tem der Notfallversorgung in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), die zuletzt durch den Beschluss vom 18. Juni 2025 (BAnz AT 28.08.2025 B3) geändert worden sind“ erfüllt sind. Im Übri-gen ist bewusst offengelassen, wie eine entsprechende Überzeugungs-bildung durch den erweiterten Landesauschuss stattfindet. Sollte eine Prüfung der Voraussetzungen im Kontext einer aktuellen Budgetverein-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

barung zwischen den Vertragsparteien nach § 11 Krankenhausentgelt-gesetz auf der Grundlage der oben genannten Richtline erfolgt sein, kann dies gegenwärtig ausreichen. Für eine Prüfung können aber auch andere Unterlagen, zum Beispiel die Ergebnisse etwaiger Qualitätskon-trollen des Medizinischen Dienstes, herangezogen werden.

Zu Nummer 20 Artikel 1 Nummer 18 (§ 123a Ab-satz 1 Satz 5 Nummer 1 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die Standortkriterien für Integrierte Notfallzentren nach § 123a SGB V wurden in enger Abstimmung mit Ländervertretern entwickelt. Der er-weiterte Landesausschuss kann darüber hinaus nach § 123a Absatz 1 Satz 7 SGB V ohnehin von den Kriterien abweichen, wenn dies zur Si-cherstellung der flächendeckenden Versorgung erforderlich ist.

Zu Nummer 21 Artikel 1 Nummer 18 (§ 123a Ab-satz 1 Satz 6 Nummer 1 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.
Auf die Begründung zu Nummer 19 wird verwiesen.

Zu Nummer 22 Artikel 1 Nummer 18 (§ 123a Ab-satz 1 Satz 6 Nummer 2 SGB V)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu Nummer 23 Artikel 1 Nummer 18 (§ 123a Ab-satz 5 – neu – SGB V)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu Nummer 24 Artikel 1 Nummer 18 (§ 123b Ab-satz 1 Satz 3 Nummer 1 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Auf die Begründung zu Nummer 19 wird verwiesen.

Zu Nummer 25 Artikel 1 Nummer 18 (§ 123c Ab-satz 1 Satz 4a – neu – SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

§ 123c SGB V regelt die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für die Ersteinschätzung fußläufiger Hilfesuchender an der Ersteinschätzungsstelle in Integrierten Notfallzentren nach § 123 SGB V. Die Patientensteuerung auf der Grundlage dieser Richtlinie erfolgt nach § 123 Absatz 2 SGB V nur innerhalb der Integrierten Notfallzen-tren bzw. der in die Patientenversorgung einbezogenen Kooperations-praxen nach § 123 Absatz 1 Satz 7 SGB V. Eine Weiterleitung an andere Stellen außerhalb dieser Struktur Integrierter Notfallzentren ist hier nicht vorgesehen. Gerade für psychisch auffällige Personen dürfte eine Weiterleitung ohne eine Erstversorgung aus medizinischen Gründen nicht angemessen sein.

Zu Nummer 26 Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 Absatz 2 Satz 3 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Mit § 133 SGB V wird die Finanzierung des Leistungsanspruchs von ge-setzlich Versicherten auf medizinischen Notfallrettung als Entgelte ge-regelt, nicht die Finanzierung des Rettungswesens. Der Rettungsdienst übernimmt nach Landesrecht auch andere Aufgaben, die nicht den sozi-alversicherungsrechtlichen Zwecken der gesetzlichen Krankenversi-cherung dienen und erbringt Leistungen für Personen, die nicht gesetz-lich versichert sind. Bei der Finanzierung des sozialversicherungsrecht-lichen Leistungsanspruchs ist stets der vom Bundesverfassungsgericht aufgestellte Grundsatz der strengen Zweckbindung von Sozialversiche-rungsbeiträgen zu berücksichtigen. Daraus folgt, dass bei der Bemes-sung der Entgelte für die Leistungen nach dem Recht der Sozialversi-cherung nur solche Kosten berücksichtigt werden dürfen, die für die Er-füllung des sozialversicherungsrechtlichen Leistungsan-spruchs not-wendig sind. In den engen Grenzen dieser Zweckbindung dürfen daher wie bisher auch Vorhalte- und Investitionskosten anteilig in die Kalkula-tion der Entgelte zur Refinanzierung einfließen. Dies wurde mit einem Satz in der Begründung klargestellt. Eine weitergehende Klarstellung wird abgelehnt.

Zu Nummer 27 Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 Absatz 2 Satz 3a – neu – und Satz 3b – neu –SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Auf die Begründung zu Nummer 26 wird verwiesen.

Zu Nummer 28 Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 Absatz 2 Satz 3a – neu – SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die gesetzliche Regelung verhindert bereits jetzt Förderprogramme der Länder nicht. In diesem Umfang entstehen den Leistungsbringern keine Kosten, die gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Entgeltbemes-sung in Ansatz gebracht werden können. Sie sind also bei der Kalkulation außer Acht zu lassen.

Zu Nummer 29 Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 Absatz 2 Satz 6 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Eine Streichung widerspricht dem Grundsatz und Ziel des Entwurfs des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes. Die Bundesregierung ist der Auf-fassung, dass die flächendeckenden Versorgung mit Leistungen der me-dizinischen Notfallrettung nicht gefährdet ist, da § 71 Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V seit jeher und auch zukünftig eine Ausnahme von der Bindung der Vergütung an die Entwicklung der Einnahmen der Krankenkassen einschließlich der Grundlohnsummenbindung für den Fall vorsieht, dass die notwendige medizinische Versor-gung auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten ist. Sollte also die notwen-dige Versorgung mit Leistungen der medizini-schen Notfallrettung nach § 30 SGB V gefährdet sein, weil die Kosten etwa für Betrieb, Personal und Technik selbst nach maximaler Wirt-schaftlichkeit nicht mehr durch diese starre Grenze gedeckt werden können, erlaubt das Gesetz als Ausnahme Vergütungssteigerungen oberhalb der Grundlohnrate als Obergrenze.

Zu Nummer 30 Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 Absatz 2 Satz 6a – neu – und Satz 6b – neu – SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Satz 1 des Vorschlags ab.

Zur Begründung wird auf die Begründung zu Nummer 29 verwiesen.

Die Möglichkeit der Abrechnung über eine zentrale Abrechnungsstelle ist bereits im Gesetz in § 302 Absatz 2 SGB V und in der Gesetzesbe-gründung zu § 133 Absatz 1 SGB V angelegt. Eine Ergänzung in der vor-geschla-genen Form wird die Bundesregierung prüfen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 31 Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 Absatz 2 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Mit der Aufnahme des neuen Leistungsanspruchs auf medizinische Not-fallrettung in das SGB V ist - insbesondere im Hinblick auf die übliche Vergütungssystematik im SGB V - die Finanzierung der sozialversiche-rungsrechtlichen Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 SGB V auf der Grundlage von Verträgen zwischen den Krankenkas-sen einerseits und den Leistungserbringern der medizinischen Notfall-rettung andererseits essentiell, um mehr Rechtssicherheit und Transpa-renz sowohl für Leistungserbringer als auch die Krankenkassen zu schaffen.

Zu Nummer 32 Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 Ab-satz 6 Satz 1 und Satz 2 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag in dieser konkreten Form ab.

Sie prüft aber eine angemessene Verlängerung der Übergangszeit im Hinblick darauf, dass eine realistische und sachgerechte Umstellung von der Übernahme von Gebühren auf die Vereinbarung von Entgelten mög-lich ist.

Zu Nummer 33 Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 SGB V)

Die Bundesregierung nimmt die Bitte zur Kenntnis.

Eine inhaltliche und zeitliche Abstimmung zwischen dem Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes und der Notfallreform ist er-forderlich und geplant, da beide Vorhaben die Finanzierungsmechanis-men im selben Versorgungsbereich berühren.

Zu Nummer 34 Artikel 1 Nummer 19 (§ 133a Ab-satz 1 Satz 1 SGB V)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Eine verpflichtende Einrichtung von Gesundheitsleitsystemen ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Länder können diese Verpflichtung je-doch auch landesrechtlich umsetzen.

Zu Nummer 35 Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Ab-satz 1 Satz 3 SGB V)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen, ob angesichts des bloß unverbindlichen Rechtscharakters der Rahmenempfehlung eine Rege-lung wie die vorgeschlagene notwendig ist.

Zu Nummer 36 Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Ab-satz 2 Satz 4 und Absatz 3 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Eine Zweidrittelmehrheit dürfte nur selten erreicht werden, sodass das Fachgremium medizinische Notfallrettung nach § 133b SGB V quasi handlungsunfähig wäre, wenn es Beschlüsse nur mit einer Zweidrittel-mehrheit fassen könnte. Die Stimmberechtigung von Fachgesellschaften und Fachverbänden ist wichtig, um die Qualität der Gremienbeschlüsse auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu sichern. Während Leis-tungserbringer, Länder und Krankenkassen die strukturelle, regionale und finanzielle Umsetzung der Versorgung abbilden, bringen Fachgesellschaften die dafür notwendige, evidenzbasierte Kernkompetenz ein. Durch ihr Stimmrecht wird gewährleistet, dass medizinische Leitlinien, neueste Forschungserkenntnisse und Innovationen direkt und gleichbe-rechtigt in

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

die Entscheidungsfindung einfließen. Dies garantiert eine zu-kunftsorientierte Versorgung, die sich konsequent an gesicherten wis-senschaftlichen Standards und der bestmöglichen medizinischen Quali-tät ausrichtet.

Zu Nummer 37 Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Ab-satz 2 Satz 6 – neu – und Satz 7 – neu –, Absatz 3 Satz 3a – neu –, Ab-satz 9 Satz 2 – neu – und Absatz 10 – neu – SGB V)

Zu Buchstabe a) und c)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag einer gewählten Sprecherin oder eines gewählten Sprechers von Seiten der Länder prüfen. Eine sol-che Regelung kann ggf. auch im Rahmen einer Geschäftsordnung des Fachgremium medizinische Notfallrettung erfolgen.

Zu Buchstabe b)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Eine Zweidrittelmehrheit dürfte nur selten erreicht werden, sodass das Fachgremium medizinische Notfallrettung nach § 133b SGB V für die bezeichneten Themen quasi handlungsunfähig wäre.

Zu Buchstabe d)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die Empfehlungen des Fachgremiums medizinische Notfallrettung nach § 133b SGB V sind Fachempfehlungen für die Qualität der Leistungen und keine Mindestanforderungen. Sie sollen auch Indizwirkung für die Wirtschaftlichkeit von Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 SGB V haben.

Zu Nummer 38 Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Ab-satz 4 einleitender Satzteil SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Ein abschließender Katalog an Inhalten würde der Dynamik des medi-zinischen und wissenschaftlichen Fortschritts widersprechen und die Handlungsfähigkeit des Fachgremiums medizinische Notgallrettung oh-ne Not einschränken. Da medizinische Erkenntnisse sich kontinuierlich weiterentwickeln, muss das Gremium flexibel reagieren können, was durch eine starre Vorab-Festlegung der möglichen Gegenstände der von dem Gremium beschlossenen Empfehlungen verhindert würde. Da das Gremium lediglich fachliche Empfehlungen ausspricht, die einen rein fachlichen Konsens widerspiegeln sollen, ist ein abschließender Katalog nicht geboten.

Zu Nummer 39 Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Ab-satz 4 Nummer 4 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Besondere Einsatzmittel, die primär auf eine Versorgung vor Ort ausge-richtet sind, werden bereits heute von den Ländern unter verschiede-nen Bezeichnungen wie Gemeindenotfallsanitäter, Hansesani, Einsatz-sichter, Rettungseinsatzfahrzeug oder Akuteinsatzfahrzeug geplant und auch bereits zum Einsatz gebracht. Der Innovationsausschuss des Ge-meinsamen Bundesausschusses hat als Ergebnis des Projektes „Inan-spruchnahme, Leistungen und Effekte des Gemeindenotfallsanitäters“ eine Transferempfehlung ausgesprochen. Aus Sicht der Bundesregierung können diese Einsatzmittel eine Möglichkeit darstellen, Einsätze und Kosten von regulären Rettungswagen zu verhindern wie auch die Hilfesuchenden bedarfsgerecht zu versorgen, wenn deren Einsatz in der jeweiligen Region bedarfsgerecht und wirtschaftlich ist. Aus diesem Grunde erachtet die Bundesregierung die Erarbeitung von Rahmenemp-fehlungen durch das Fachgremium medizinische Notfallrettung für die Einbeziehung besonde-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

rer Einsatzmittel, die primär auf eine Versorgung vor Ort ausgerichtet sind, in der medizinischen Notfallrettung für erfor-derlich.

Zu Nummer 40 Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Ab-satz 4 Nummer 8 SGB V)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu Nummer 41 Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Ab-satz 5 Satz 1, Satz 1a – neu – und Satz 1b – neu– SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Da die Bundesregierung der Auffassung ist, dass eine abschließende Themenauflistung nicht zweckmäßig ist, soll das Gremium auch eigen-ständig entscheiden, ob es weitere Themen behandelt. Insoweit wird auf die Begründung zu Nummer 38 verwiesen.

Zu Nummer 42 Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Ab-satz 6 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die nach § 133b Absatz 6 SGB V vorgesehene Möglichkeit des Bundes-ministeriums für Gesundheit, für die Erstellung von Rahmenempfehlun-gen Fristen zu setzen und bei Nichteinhaltung der Fristen selbst unter Einbe-ziehung der Expertise der Mitglieder des Gremiums medizinische Notfallrettung entsprechende Rahmenempfeh-lungen zu erstellen, kann und soll die Kompetenz des Gremiums zur Erstellung der Rahmenemp-fehlungen nicht einschränken. Dieser Mechanismus greift nur als ultima ratio für den Fall, dass das Gremium handlungsunfähig ist. Dann soll im Benehmen mit den stimmberechtigten Mitgliedern des Gremiums und auf dem vorliegenden Bearbeitungsstand ein Abschluss der Bearbeitung erfolgen.

Zu Nummer 43 Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Auf die Begründung zu Nummer 37 wird verwiesen.

Zu Nummer 44 Artikel 1 Nummer 19 (§ 133d Ab-satz 1 Satz 1a – neu – SGB V)

Die Bundesregierung wird eine entsprechende Regelung für Landesda-tenstellen prüfen.

Zu Nummer 45 Artikel 1 Nummer 19 (§ 133f Ab-satz 1 Satz 1 SGB V)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Die Bundesregierung unterstützt das Bestreben, auch Weiterentwick-lungen von bereits bestehenden digitalen Systemen zu fördern, damit diese die neuen gesetzlichen Anforderungen erfüllen. Ob hierzu eine ge-setzliche Klarstellung notwendig ist, wird geprüft.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 46 Artikel 1 Nummer 19 (§ 133g Satz 4 SGB V)

Die Bundesregierung wird eine Verlängerung der Frist prüfen.

Zu Nummer 47 Artikel 5 Nummer 1 – neu – (§ 4 Absatz 25b – neu – AMG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Eine Definition des Begriffs „Prüfzentrum“ im nationalen Recht in § 4 des Arzneimittelgesetzes (AMG) ist nicht erforderlich und birgt das Ri-siko von Rechtsunsicherheiten.
Die Definition des Begriffs “Prüfzentrum” in § 4 AMG und die Festle-gung einer Verantwortlichkeit des (Haupt-)Prüfers könnte zu Rechts-unsicherheiten führen, da unklar ist, ob hier Abweichungen von den eu-ropäisch harmonisierten Definitionen und Regelungen in Artikel 2 Ab-satz 2 Nummer 15 und 16 und Artikel 50 der Verordnung (EU) Nr. 536/2014 über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln getroffen werden sollen.

Zu Nummer 48 Artikel 5 Nummer 1 – neu – (§ 42d Absatz 1 Satz 2a – neu – AMG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Eine Ergänzung der Vorschrift § 42d des Arzneimittelgesetzes (AMG) ist nicht erforderlich und birgt das Risiko von Rechtsunsicherheiten. Die Standardvertragsklauseln nach § 42d AMG werden zum Inhalt privat-rechtlicher vertraglicher Vereinbarungen zwischen Sponsoren klini-scher Prüfungen und Prüfzentren, die diese zur Durchführung einer kli-nischen Prüfung treffen schließen. Bei den Sponsoren klinischer Prü-fungen und Prüfzentren als Rechtsanwender bestehen insoweit keine Rechtsunsicherheiten. Davon zu unterscheiden sind die öffentlich-rechtlichen, der Sicherheit der Prüfteilnehmerinnen und Prüfteilneh-mer dienenden Vorgaben des Arzneimittelrechts und die entsprechen-den Eingriffsbefugnisse der Überwachungsbehörden. Die durch die Länder zu überwachenden Vorgaben für Sponsoren, (Haupt-)Prüfer und Prüfstellen und die entsprechenden Verantwortlichkeiten ergeben sich weiterhin unverändert und unmittelbar aus den entsprechenden gesetzlichen Regelungen. Zudem könnte die Definition des Begriffs “Prüfzentrum” in § 4 AMG und die Festlegung einer Verantwortlichkeit des (Haupt-)Prüfers in § 42d Absatz 1 AMG zu Rechtsunsicherheiten führen.

Zu Nummer 49 Artikel 5 (§ 43 Absatz 4 Satz 1 und Satz 2 – neu – AMG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Eine Delegierbarkeit der Abgabe von Arzneimitteln durch Ärztinnen und Ärzte an Personal der Notdienstpraxis eines Integrierten Notfall-zentrums, auch sofern die Abgabe unter unmittelbarer ärztlicher Ver-antwortung erfolgt, hält die Bundesregierung für zu weitreichend. Die eng begrenzte Möglichkeit zur Abgabe akut benötigter Arzneimittel tritt mit der von der Bundesregierung vorgesehenen Vorschrift an die Stelle der ansonsten stattfindenden ärztlichen Verschreibung. Damit darf die Abgabe auch nur durch Ärztinnen oder Ärzte erfolgen.

Eine Abgabe von Arzneimitteln in einer Notdienstpraxis in einer Abga-bemenge, die über drei Tage hinausgeht, hält die Bundesregierung auch dann für zu weitgehend, wenn diese Abgabe auf die kleinste verfügbare Packung beschränkt würde. Die in dem Gesetzentwurf für Notdienst-praxen vorgesehene Abgabemenge für drei Tage orientiert sich an der Regelungen des § 14 Absatz 7 Satz 3 und 4 des Apothekengesetzes. Die entsprechenden Kriterien sollen auch für Notdienstpraxen an Integrier-ten Notfallzentren in gleicher Weise gelten.

Da es sich um zur Überbrückung benötigte Medikation in Akutfällen durch ausgewählte, begrenzte Arzneimittelvorräte handelt, erscheinen zudem die vom Bundesrat vorgeschlagenen umfangreichen Beratungs- und Lagerungspflichten, wie sie für Apotheken gelten, unverhältnismä-ßig. Diese sind im Übrigen auch für andere Behandlungseinrichtungen nicht entsprechend geregelt. Sofern eine Verschreibung weiterer benö-tigter Arzneimittel durch die Notdienstpraxis oder eine weiterbehan-delnde Arztpraxis erfolgt, kann eine umfassende Beratung bei der Abga-be der Arzneimittel durch die Apotheke erfolgen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 50 Artikel 7 Nummer 01 – neu – (§ 2 Absatz 2 Satz 1 MPBetreibV)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die geforderte Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung ist nicht unmittelbar durch die Änderungen im Gesetzesrecht veranlasst und wäre damit unzulässig. Das inhaltliche Anliegen wird aber im Rah-men eines zukünftigen Rechtsetzungsvorhabens zur Entbürokratisie-rung geprüft.

Zu Nummer 51 Artikel 7 Nummer 01 – neu – (§ 2 Absatz 4 Satz 2 – neu – MPBe-treibV)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die geforderte Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung ist nicht unmittelbar durch die Änderungen im Gesetzesrecht veranlasst und wäre damit unzulässig. Das inhaltliche Anliegen wird aber im Rah-men eines zukünftigen Rechtsetzungsvorhabens zur Entbürokratisie-rung geprüft.

Zu Nummer 52 Artikel 7 Nummer 01 – neu – (§ 10 Absatz 2 MPBetreibV)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die geforderte Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung ist nicht unmittelbar durch die Änderungen im Gesetzesrecht veranlasst und wäre damit unzulässig. Das inhaltliche Anliegen wird aber im Rah-men eines zukünftigen Rechtsetzungsvorhabens zur Entbürokratisie-rung geprüft.

Zu Nummer 53 Artikel 7 Nummer 1 (§ 12 Absatz 1 Satz 5 MPBetreibV)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die geforderte Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung ist nicht unmittelbar durch die Änderungen im Gesetzesrecht veranlasst und wäre damit unzulässig. Das inhaltliche Anliegen wird aber im Rah-men eines zukünftigen Rechtsetzungsvorhabens zur Entbürokratisie-rung geprüft.

Zu Nummer 54 Artikel 7 Nummer 1a – neu – (§ 13 Absatz 1 Satz 2 MPBetreibV)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die geforderte Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung ist nicht unmittelbar durch die Änderungen im Gesetzesrecht veranlasst und wäre damit unzulässig. Das inhaltliche Anliegen wird aber im Rah-men eines zukünftigen Rechtsetzungsvorhabens zur Entbürokratisie-rung geprüft.

Zu Nummer 55 Artikel 7 Nummer 1a – neu – (§ 13 Absatz 3 Satz 2 MPBetreibV)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die geforderte Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung ist nicht unmittelbar durch die Änderungen im Gesetzesrecht veranlasst und wäre damit unzulässig. Das inhaltliche Anliegen wird aber im Rah-men eines zukünftigen Rechtsetzungsvorhabens zur Entbürokratisie-rung geprüft.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 56 Artikel 7 Nummer 1a – neu – (§ 14 Absatz 1 Satz 1 MPBetreibV)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die geforderte Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung ist nicht unmittelbar durch die Änderungen im Gesetzesrecht veranlasst und wäre damit unzulässig. Das inhaltliche Anliegen wird aber im Rah-men eines zukünftigen Rechtsetzungsvorhabens zur Entbürokratisie-rung geprüft.

Zu Nummer 57 Artikel 7 Nummer 1a – neu – (§ 17 MPBetreibV)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die geforderte Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung ist nicht unmittelbar durch die Änderungen im Gesetzesrecht veranlasst und wäre damit unzulässig. Das inhaltliche Anliegen wird aber im Rah-men eines zukünftigen Rechtsetzungsvorhabens zur Entbürokratisie-rung geprüft.

Zu Nummer 58 Artikel 7 Nummer 2 (§ 17a MPBe-treibV)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die geplante Einführung eines § 17a Medizinprodukte-Betreiberverordnung ist von der Verordnungsermächti-gung in § 88 Ab-satz 1 Satz 1 Nummer 6 Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz umfasst.

§ 88 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 Buchstabe a Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz ermächtigt ausdrücklich dazu, in einer Rechts-verordnung Anforderungen an das Errichten, Betreiben, Anwenden und Instandhalten von Produkten festzulegen und hierbei u. a. Regelungen über Meldepflichten, das Bestandsverzeichnis sowie weitere Anforde-rungen zu treffen, soweit dies für das sichere Betreiben und die sichere Anwendung notwendig ist. Eine entsprechende Regelung zur Datenmel-dung für Laien-AED ist etwa bereits in § 12 Absatz 2 Satz 4 Medizinpro-dukte-Betreiberverordnung etabliert, wonach „(…) [d]ie Daten des Au-tomatischen Externen Defibrillators zur Funktionsfähigkeit, dem Standort und der öffentlichen Zugänglichkeit (…) vom Betreiber durch den Hersteller öffentlich abrufbar zur Verfügung zu stellen [sind]“. Die-se Meldepflicht zeigt bereits, dass es auch im Verant-wortungsbereich des Betreibers liegt, Daten über Funktionsfähigkeit, Standort und Zu-gänglichkeit der AED be-reitzustellen, um dafür Sorge zu tragen, dass der konkrete AED im Notfall schneller und einfacher zur Verfügung steht.

Die geplante neue Regelung eines § 17a Medizinprodukte-Betreiberverordnung ist eine weitere Konkretisierung der Betreiber-pflichten, die ebenfalls dem sicheren Betreiben und Anwenden dient, weil mit der Regelung Mel-depflichten insbesondere zu Standort und Funktionszustand von Laien-AED festgelegt worden. Funktionszustand, Standort und Standorttransparenz hinsichtlich Laien-AED sind relevant für das sichere Betreiben der AED aber auch hinsichtlich anderer Medi-zinprodukte. Aus diesem Grund ist etwa in § 14 Absatz 2 Nummer 4 Me-dizin-produkte-Betreiberverordnung geregelt, dass der Standort eines Medizinprodukts in das vom Betreiber zu füh-rende Bestandsverzeich-nis aufzunehmen ist. Die Konkretisierung der Betreiberpflichten durch § 17a Medizin-produkte-Betreiberverordnung hat in der Medizinpro-dukte-Betreiberverordnung zu erfolgen, da dort grundsätz-lich die Auf-gaben und Verantwortlichkeiten der Betreiber von Medizinprodukten normiert sind.

Zu Nummer 59 Zum Gesetzentwurf allgemein

Zu Buchstabe a

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zwar begrüßt die Bundesregierung grundsätzlich den Vorschlag des Bundesrates, dass sich Apotheken als niedrigschwellige Anlaufstellen an der Versorgung von Patientinnen und Patienten in Notdienst- und Randzeiten beteiligen. Aus Sicht der Bundesregierung nehmen Apothe-ken diese Aufgabe allerdings bereits wahr: Sie können sowohl apothe-kenpflichtige Arzneimittel abgeben als auch Hinweise für eine gegebe-nenfalls weitere ärztliche Versorgung geben. Auch eine Abstimmung mit weiterversorgenden Einrichtungen kann dabei telefonisch oder digital erfolgen. Jedoch ist damit zu rechnen, dass in erster Linie Patientinnen und Patienten mit geringeren Beschwerden Apotheken aufsuchen, die diese dann auch abschließend versorgen können. Insofern ist aus Sicht der Bundesregierung eine darüber hinaus gehende Einbindung von Apo-theken in die Patientensteuerung nicht notwendig; diese erfolgt nach dem Gesetzentwurf in erster Linie durch Akutleitstellen, Bereitschafts-dienst und Integrierte Notfallzentren.

Zu Buchstabe b

Die Bundesregierung nimmt die Stellungnahme zur Kenntnis und weist darauf hin, dass der Gesetzentwurf so ausgestaltet ist, dass – soweit es nicht einer zwingend geboten bundeseinheitlichen Regelung bedarf – regionale Besonderheiten Berücksichtigung finden können.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.