



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)64(13)
gel. VB zur öffent. Anh. am
25.02.2026 - NotfallG
24.02.2026

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 23.02.2026

zum Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Reform der
Notfallversorgung und des Rettungsdienstes
(Notfallgesetz – NotfallG)

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

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
Stellungnahme	5
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	5
Nr. 1 – § 27 Krankenbehandlung	5
Nr. 2 – § 30 Medizinische Notfallrettung	6
Nr. 3 – § 60 Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	12
Nr. 4 – § 73 Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung	25
Nr. 6 a) – § 75 Absatz 1a	26
Nr. 6 b) – § 75 Absatz 1b bis 1f	28
Nr. 6c – § 75 Absatz 7	31
Nr. 10 – § 90 Landesausschüsse	32
Nr. 11 – § 90a Gemeinsames Landesgremium	35
Nr. 13 – § 105	36
Nr. 18 – § 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen	38
Nr. 18 – § 123 Integrierte Notfallzentren	39
Nr. 19 – § 123a (neu) Einrichtung von Integrierten Notfallzentren	46
Nr. 19 – § 123b (neu) Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche	52
Nr. 20 – § 133 (neu) Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Krankentransporten, Krankentransportflügen und Krankenfahrten	53
Nr. 21 – § 133a (neu) Gesundheitsleitsystem	55
Nr. 21 – § 133b (neu) Qualitätsausschuss Notfallrettung und § 133c (neu) Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung	57
Nr. 21 – § 133d (neu) Digitale Notfalldokumentation	59
Nr. 21 – § 133e (neu) Datenübermittlung zur Qualitätssicherung	60
Nr. 22 – § 136b Absatz 9 (neu) G-BA-Beschlüsse zur Qualitätssicherung im Krankenhaus	61
Nr. 23 – § 136c Absatz 4 Satz 3 (neu) G-BA-Beschlüsse Qualitätssicherung und Krankenhausplanung	63
Artikel 2 (Änderung SGB V)	64
§ 75 Absatz 1e	64
Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)	65
Nr. 1 - § 12a Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab 2019	65
Nr. 2 - § 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung	66
Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)	67
§ 9 Vereinbarung auf Bundesebene	67
§ 11 Absatz 1 Nummer 5 Vereinbarung auf Bundesebene	68
§ 19a	69
Evaluierung (neu)	70

Vorbemerkung

Mit dem Gesetzentwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN soll die Notfallversorgung bundesweit einheitlich, sektorenübergreifend und ressourcenschonend ausgerichtet werden, sodass Hilfesuchende jederzeit eine gleichwertige, qualitativ hochwertige und am Stand der Wissenschaft orientierte Versorgung erhalten. Der Rettungsdienst soll als eigenständiger Leistungsbereich in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen werden. Sektorale Grenzen sollen überwunden und die Strukturen verbindlich vernetzt werden, damit der Rettungsdienst sein volles Leistungspotenzial entfalten und eine effiziente, wirtschaftliche und bedarfsgerechte Notfallversorgung für alle Patientinnen und Patienten sicherstellen kann. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Zielsetzungen des Gesetzentwurfes.

Stärkung der vertragsärztlichen Akut- und Notfallversorgung

Die geplante Neuordnung des vertragsärztlichen Notdienstes schafft verbindliche Qualitäts- und Erreichbarkeitsstandards für den akuten medizinischen Zugang. Die Einführung einer rund um die Uhr erreichbaren Akutleitstelle mit verpflichtenden Reaktionszeiten und einem einheitlichen Ersteinschätzungsverfahren soll Patientinnen und Patienten besser unterstützen und unnötige Inanspruchnahmen von INZ oder Notaufnahmen vermeiden. Der GKV-Spitzenverband begrüßt diesen Schritt ausdrücklich. In Ergänzung sollte klar geregelt werden, dass der G-BA die Verantwortung für ein bundesweit einheitliches, qualitätsgesichertes Ersteinschätzungsverfahren trägt, um regionale Unterschiede zu verhindern.

Ersteinschätzung und Patientensteuerung

Ein standardisiertes, digital unterstütztes Ersteinschätzungsverfahren ist essenziell, um Hilfesuchende in die richtige Versorgungsebene zu leiten und wird begrüßt. Notwendig ist allerdings die Wiedereinführung bzw. Stärkung eines bundesweiten, einheitlichen Verfahrensstandards, eine zentrale Verantwortlichkeit des G-BA für alle Ersteinschätzungsprozesse – stationär wie ambulant und eine stärkere Verbindlichkeit für Weiterleitung und Terminvermittlung in die Regelversorgung. Der geplante Ausbau der Terminservicestellen (TSS) – einschließlich digitaler Angebote und einheitlicher Erreichbarkeit – ist ein wichtiger Baustein eines modernen Zugangsmanagements und wird ebenfalls begrüßt. Zusätzliche verpflichtende GKV-Beiträge zur Förderung von Notdienststrukturen lehnt der GKV-Spitzenverband jedoch ab, da die GKV diese bereits in erheblichem Umfang finanziert.

Flächendeckende Integrierte Notfallzentren (INZ)

Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich die Einführung bundesweit flächendeckender INZ als zentrale Steuerungs- und Anlaufstellen. Diese sollen Notaufnahme, KV-Notdienst und eine qualifizierte Ersteinschätzung unter einem Dach bündeln – ein zentraler Schritt, um Notaufnahmen zu entlasten und Patienten bedarfsgerecht zu steuern. Kritisch zu bewerten ist jedoch, dass wesentliche Struktur- und Standortentscheidungen den Ländern bzw. erweiterten Landesausschüssen überlassen bleiben. Ohne klare, verbindliche Vorgaben des G-BA drohen regionale Flickenteppiche, unklare Zuständigkeiten sowie ineffiziente Doppelstrukturen. Es bedarf einer bundeseinheitlichen Planungsgrundlage, die medizinische Bedarfe, ärztliche Kapazitäten, Erreichbarkeit und Versorgungsqualität verbindlich regelt – auch für INZ der Kinder- und Jugendmedizin.

Einführung der medizinischen Notfallrettung als eigener Leistungsbereich

Die Abgrenzung der medizinischen Notfallrettung als eigenständige GKV-Leistung wird grundsätzlich begrüßt. Die vorgesehenen Strukturen – Notfallmanagement, Versorgung am Einsatzort, Notfalltransport und spezielle ambulante Notfallversorgung – bilden ein modernes, bedarfsorientiertes System. Die wesentlichen Begriffe wie Notfall, Notfalltransport oder die genaue Eignung der Zielversorgungseinrichtung sollten jedoch genauer definiert werden, um Rechtsunsicherheiten und einen Anstieg ungerechtfertigter Rettungsdienst-Inanspruchnahmen zu vermeiden.

Neuordnung der Fahrkosten- und Transportregelungen

Die Neuordnung der §§ 60 und 30 SGB V mit klarerer Differenzierung zwischen Krankenfahrten, Krankentransporten und Notfalltransporten verbessert grundsätzlich die Transparenz. Verlegungsfahrten aus „Kapazitätsgründen“, die Ausweitung auf Krankentransportflüge sowie unpräzise Zuzahlungsregelungen werden jedoch abgelehnt. Es bedarf einer strikten Differenzierung, klarer Genehmigungsregeln sowie einheitlicher Definitionen, um Fehlanreize und Kostensteigerungen zu vermeiden.

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

Stellungnahme

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 – § 27 Krankenbehandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – § 30 Medizinische Notfallrettung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

Gemäß Absatz 2 umfasst die medizinische Notfallrettung ein Notfallmanagement, die erforderlichen medizinischen Leistungen am Notfallort, den notwendigen Notfalltransport in geeignete Einrichtungen sowie die spezielle ambulante Notfallversorgung. In diesem Zusammenhang wird klargestellt, dass die aufgrund einer Abfrage eines Gesundheitsleitsystems nach § 133a SGBV (neu) getroffene Entscheidung als Nachweis des Vorliegens eines rettungsdienstlichen Notfalls gelten soll.

Absatz 3 gibt vor, was zum Notfallmanagement gehört, welches durch Rettungsleitstellen erbracht werden soll. Das Notfallmanagement soll die Entgegennahme medizinischer Hilfeersuchen sowie die Vermittlung der erforderlichen Hilfe auf Basis einer protokollgestützten, standardisierten, qualitätsgesicherten und softwarebasierten Notrufabfrage umfassen. Die Verpflichtung zur Nutzung einer solchen Notrufabfrage soll am letzten Tag des elften Monats nach Verkündung in Kraft treten. Darüber hinaus beinhaltet das Notfallmanagement eine telefonische und telemedizinische Notfallberatung sowie standardisierte und qualitätsgesicherte Erste-Hilfe-Anweisungen. Hierzu zählt auch die digital unterstützte Alarmierung von Ersthelfern. Zudem soll eine digitale Fallübergabe zwischen den Leistungserbringern des Rettungsdienstes, den an der Notfallversorgung beteiligten Akteuren der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Integrierten Notfallzentren (INZ) erfolgen.

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

Absatz 5 regelt, dass zu den Notfalltransporten der erforderliche Transport vom Notfallort in die grundsätzlich nächst geeignete Versorgungseinrichtung sowie die aus zwingend medizinischen Gründen erforderliche Verlegung zwischen Einrichtungen gehören. Während des Transportes besteht ein Anspruch auf eine notfallmedizinische Versorgung nach Absatz 4. Zudem wird klargestellt, dass kein Anspruch auf Übernahme der Kosten für eine Rettungsfahrt aus dem Ausland ins Inland besteht.

Durch Absatz 6 wird klargestellt, dass die notfallmedizinische Versorgung auch geeignete spezielle ambulante Versorgungsangebote umfasst, etwa notfallpflegerische Leistungen, psychische Notfallhilfen oder die fachgerechte Versorgung außerklinischer geburtshilflicher Notfälle. Diese Leistungen sollen bei Bedarf durch die für das Notfallmanagement zuständigen Stellen vermittelt werden.

Alle Versicherten sollen nach Absatz 7 eine gesetzliche Zuzahlung für die Leistung des medizinischen Notfalltransports zahlen. Dabei soll die Zuzahlung entweder von der Krankenkasse eingezogen werden oder die Krankenkasse soll die Kosten des Notfalltransports unter Abzug der Zuzahlung übernehmen.

B) Stellungnahme

Die Einführung der medizinischen Notfallrettung als eigenständigen Leistungsbereich, die Unterteilung in ein Notfallmanagement, eine notfallmedizinische Versorgung, einen Notfalltransport sowie eine spezielle ambulante Notfallversorgung und die in diesem Kontext vorgesehene Legaldefinition eines rettungsdienstlichen Notfalls werden im Grundsatz begrüßt.

Die vorgesehene Qualifizierung einer digitalen standardisierten Notrufabfrage als Nachweis eines rettungsdienstlichen Notfalls gegenüber der Krankenkasse ist nachvollziehbar, bedarf jedoch weitergehender verbindlicher bundeseinheitlicher Regelungen. Zudem sind Klarstellungen in Bezug auf das Notfallmanagement sowie die Notfallrettung erforderlich.

Die vorgesehenen Zuzahlungsregelungen sind in Bezug auf den Einzug der Zuzahlung unklar.

Zu § 30 Absatz 1

Es wird eine Legaldefinition eines rettungsdienstlichen Notfalls eingeführt. Sofern ein solcher Notfall vorliegt, besteht Anspruch auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung. Die Regelungen sind grundsätzlich nachvollziehbar.

Laut Gesetzeswortlaut soll ein rettungsdienstlicher Notfall vorliegen, wenn sich Versicherte aus ex ante Sicht in unmittelbarer Lebensgefahr befinden oder eine lebensbedrohliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder eine schwere gesundheitliche Schädigung zu befürchten ist, sofern nicht eine sofortige medizinische Versorgung erfolgt. Dadurch würde ein Leistungsanspruch auch entstehen, wenn sich Versicherte aufgrund der örtlichen Gegebenheiten (z.B. Lage) oder Situation in Lebensgefahr befinden. Ein Anspruch auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung sollte jedoch nur bestehen, wenn sich Versicherte allein aufgrund ihres Gesundheitszustands in unmittelbarer Lebensgefahr befinden. Für die Gefahrenabwehr (Bergung) sind die Krankenkassen nicht zuständig, da es sich um eine allgemeine öffentlich-rechtliche Aufgabe in Zuständigkeit der Kommunen handelt. Dies sollte im Gesetzeswortlaut verankert und in der Begründung klarstellend ausgeführt werden. Zudem knüpft der Begriff des „rettungsdienstlichen Notfalls“ an das Erfordernis einer „sofortigen“ medizinischen Versorgung an. Da eine tatsächlich sofortige Leistungserbringung faktisch nicht möglich ist, sollte der Gesetzeswortlaut redaktionell angepasst werden, um Fehldeutungen und unrealistische Anforderungen zu vermeiden.

Zu § 30 Absatz 2

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

Die aufgrund einer Abfrage eines Gesundheitsleitsystems nach § 133a SGB V (neu) getroffene Entscheidung als Nachweis des Vorliegens eines rettungsdienstlichen Notfalls zu qualifizieren und damit einer ärztlichen Verordnung gleichzusetzen, ist aufgrund der besonderen Situation, in der nicht die Zeit für das Einholen einer ärztlichen Verordnung gegeben ist und unter Berücksichtigung, dass dem beauftragten Leistungserbringer nicht nach Leistungserbringung der Auftrag entzogen werden kann, nachvollziehbar und vermeidet unnötigen bürokratischen Aufwand auch bei der Abrechnung der

erbrachten Leistungen durch die Leistungserbringer. Der bürokratische Aufwand durch eine ggf. nachträgliche Ausstellung einer Verordnung entfällt.

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

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

Nach hiesigem Verständnis der neuen Regelungen sollen Notfalltransporte ausschließlich auf Basis der Entscheidung des Gesundheitsleitsystems nach § 133a SGB V (neu) veranlasst werden können. Es wird angeregt, diese Systematik in der Begründung klarer hervorzuheben und darzustellen, dass z. B. eine Vertragsarztpraxis oder ein Krankenhaus eigenständig keinen Notfalltransport (z. B. im Rahmen einer Notverlegung) verordnen und auslösen kann.

In besonderen Fällen soll ein Anspruch auf spezialisierte ambulante Versorgungsangebote bestehen, welche im Rahmen des Notfallmanagements durch das Gesundheitsleitsystem vermittelt werden sollen. Nach dem Gesetzeswortlaut und weiteren Ausführungen in der Begründung zu Absatz 6 können dies u. a. notfallpflegerische oder notfallpalliative Versorgungsangebote sein. Die Etablierung einer solchen speziellen ambulanten Notfallversorgung als weitere Notfallstruktur wird abgelehnt. Fälle eines „pflegerischen Notfalls“ dürften in erster Linie bei Versicherten in Frage kommen, die bereits die Versorgung durch Pflegedienste in Anspruch nehmen; in diesen Fällen entspricht es der Versorgungspraxis, dass sich die Versicherten bei Abweichungen in der Pflegesituation unmittelbar an ihren Pflegedienst wenden, der die Situation am besten einschätzen kann. Daher sollte das Gesundheitsleitsystem bei pflegerischen Notfällen nicht den Rettungsdienst, sondern unmittelbar die zuständige ambulante Versorgungsstruktur, insbesondere den beauftragten Pflegedienst oder die behandelnde Hausärztin bzw. den behandelnden Hausarzt, alarmieren, um die weiteren Schritte im Sinne einer strukturierten Weiterleitung planen zu können. Eine Versorgung vor Ort durch den Rettungsdienst ist in diesen Fällen ohnehin nicht möglich, da es sich um pflegerische Notfälle handelt, für die der Rettungsdienst weder über die erforderlichen Kompetenzen noch über die entsprechenden Versorgungsmöglichkeiten verfügt. Analog sollte bei außerklinischen, geburtshilflichen Notfällen, an die behandelnde Gynäkologin oder den behandelnden Gynäkologen verwiesen werden. Von dort kann, falls erforderlich und vorhanden, eine Abstimmung mit der betreuenden Hebamme erfolgen. Eine Betreuung durch eine freiberufliche Hebamme im geburtshilflichen Notfall ist bereits dadurch

ausgeschlossen, dass Hebammen ausschließlich regelgerechte Schwangerschaftsverläufe betreuen können und bei auftretenden Pathologien in eine ärztliche Behandlung übergeben müssen. Ein Aufbau von Doppelstrukturen ist an dieser Stelle zwingend zu vermeiden.

Zu § 30 Absatz 3

Der Anspruch auf Leistungen des Notfallmanagements soll auch die digitale Fallübergabe zwischen den im Rettungsdienst tätigen Leistungserbringern, den am Notdienst beteiligten Akteuren der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den INZ umfassen. Regelungen zur digitalen Fallübergabe sollten jedoch nicht in einer Norm verankert werden, die den Leistungsanspruch der Versicherten definiert. Eine systematisch stimmigere und rechtlich klarere Verortung wäre im Leistungserbringerrecht vorzunehmen und erfolgt dort bereits in § 133d SGB V (neu).

Zu § 30 Absatz 4

Der Leistungsumfang der medizinischen Notfallversorgung vor Ort soll – je nach medizinischem Bedarf und unter Berücksichtigung des Standes der Wissenschaft – ärztliche, nichtärztliche sowie telefonische oder telemedizinische Leistungen umfassen. Dies scheint sachgerecht, anstelle der Formulierung des Standes der Wissenschaft sollte jedoch der Sprachgebrauch des § 2 Abs. 1 SGB V „nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse“ aufgenommen werden. Die Klarstellung, wonach der Leistungsanspruch auch während eines Notfalltransportes nach Absatz 5 besteht, könnte direkt in Absatz 4 aufgenommen werden.

Zu § 30 Absatz 5

Die Begrifflichkeit „Notfalltransport“ wird neu eingeführt, jedoch weder in § 30 noch in der Begründung näher definiert. So wie in § 60 Absatz 3 und 4 SGB V (n.F.) für die Krankentransporte und Krankenfahrten vorgesehen, sollte auch für den Notfalltransport eine gesetzliche Legaldefinition erfolgen. Grundlage für die Definition sollten die derzeitigen Vorgaben in § 5 KT-RL sein.

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

Zusätzlich sollte zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit im Gesetz klar vorgegeben werden, zwischen welchen Einrichtungen Notverlegungen erfolgen können. Es erscheint angebracht, dass eine Notverlegung stets zu einer höheren oder einer spezialisierteren Versorgungsebene (z. B.

Vertragsarztpraxis zum Krankenhaus, Krankenhaus mit niedriger Versorgungsstufe zu Krankenhaus mit höherer Versorgungsstufe oder zu einem spezialisierten Krankenhaus) zu erfolgen hat.

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

Zu § 30 Absatz 6

Gemäß Absatz 6 soll der Anspruch auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung auch den Anspruch auf Leistungen der speziellen ambulanten Notfallversorgung (SANV) umfassen, der auch die Vermittlung dieser Leistungen durch das Notfallmanagement enthält. Wir verweisen hierzu auf unsere Stellungnahme zu Absatz 2.

Zu § 30 Absatz 7

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

Eine Zuzahlung sollen Versicherte nur für Notfalltransporte leisten. Zur Zuzahlungshöhe wird allgemein auf § 61 SGB V verwiesen. Ausweislich der Begründung soll die Zuzahlungshöhe 10 EUR betragen. Eine solche Zuzahlungshöhe ist in § 61 SGB V für (Notfall-)Transporte bisher nicht vorgesehen, sodass § 61 SGB V sowie der Verweis in Absatz 7 auf die Regelung entsprechend anzupassen ist.

Auch die vorgesehene Regelung zum Zuzahlungseinzug ist nicht widerspruchsfrei. Einerseits soll der Einzug – entsprechend der bisherigen Praxis – bei den Krankenkassen verbleiben. Alternativ ist jedoch vorgesehen, dass die Krankenkasse die Kosten unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung übernimmt, sodass der Leistungserbringer die Zuzahlung einzuziehen hat. Um eine transparente und einheitliche Leistungsgewährung und Praxis des Zuzahlungseinzugs sicherzustellen, ist – analog zu den anderen Leistungen der GKV – klar vorzugeben, wer für den Zuzahlungseinzug zuständig ist. An der bisherigen Praxis, wonach die Krankenkassen zuständig sind, sollte festgehalten werden.

C) Änderungsvorschlag

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

„Ein rettungsdienstlicher Notfall liegt vor, wenn sich der Versicherte allein aufgrund seines Gesundheitszustandes aus ex ante Sicht in unmittelbarer Lebensgefahr befindet oder eine lebensbedrohende Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder eine schwere gesundheitliche Schädigung zu befürchten ist, sofern nicht unverzüglich eine ~~sofortige~~ medizinische Versorgung erfolgt.“

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

„Die medizinische Notfallrettung umfasst:

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

4. die spezielle ambulante Notfallversorgung:

In Artikel 1 Nr. 2 wird § 30 Absatz 3 Satz 3 gestrichen.

In Artikel 1 Nr. 2 wird § 30 Absatz 4 wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„Die notfallmedizinische Versorgung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 umfasst die aus medizinischer Sicht erforderliche Versorgung ~~vor am Notfalloort und während eines Notfalltransports~~ nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse durch ärztliches und nicht-ärztliches Personal, auch telemedizinisch.“

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

„Der Notfalltransport nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 umfasst den aus medizinischer Sicht erforderlichen Transport in die grundsätzlich nächsterreichbare geeignete ~~Versorgungseinrichtung~~ der Notfallversorgung oder die aus zwingenden medizinischen Gründen erforderliche Verlegung von einer Einrichtung der Notfallversorgung in eine andere Einrichtung der Notfallversorgung, bei der aus medizinischer Sicht die Beförderung mit einem qualifizierten boden- oder luftgebundenen Rettungsmittel erforderlich ist, ~~sowie die notfallmedizinische Versorgung nach Absatz 4 während des Transports. Das qualifizierte boden- oder luftgebundene Rettungsmittel muss über die erforderliche medizinisch-fachliche Betreuung und medizinisch-technische Ausstattung verfügen. Notverlegungen nach Satz 1 sind ausschließlich zu Versorgungseinrichtungen einer höheren oder weitergehend spezialisierten Versorgungsebene zulässig.~~ Der Anspruch umfasst nicht den Rücktransport in das Inland. § 18 bleibt unberührt.“

In Artikel 1 Nr. 2 wird § 30 Absatz 6 gestrichen.

In Artikel 1 Nr. 2 wird § 30 Absatz 7 wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„Versicherte leisten zu Leistungen des Notfalltransports nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 eine Zuzahlung in Höhe des ~~Betrages sich nach § 61 Satz 4 ergebenden Betrages. D, die die Krankenkasse zieht die Zuzahlung vom Versicherten einzieht oder übernimmt die Kosten unter Abzug des sich nach § 61 ergebenden Betrages.~~“

Darüber hinaus werden folgende Änderungen in § 61 SGB V vorgenommen:

- Nach § 61 Satz 3 wird folgender Satz 4 neu eingefügt: „Für einen Notfalltransport nach § 30 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 beträgt die Zuzahlung 10 EUR.“
- Die bisherigen Sätze 4 bis 6 werden Sätze 5 bis 7.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 – § 60 Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

In Absatz 2 wird festgelegt, in welchen Fällen ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten besteht. Danach soll künftig ein Anspruch auf Kostenübernahme auch für Verlegungsfahrten aus Kapazitätsgründen sowie zur Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements sowie für Krankenfahrten sowie Krankentransporte zu einer notdienstlichen Versorgung in einem INZ bestehen. Für die Transporte in ein INZ soll die Entscheidung des Gesundheitsleitsystems als ärztliche Verordnung gelten.

Absatz 3 definiert den Begriff „Krankentransport“ und gibt für diesen weitere Anspruchskriterien vor. Das bisher im Gesetz verankerte Genehmigungserfordernis für Krankentransporte zu ambulanten Behandlungen durch die Krankenkasse soll weiterhin bestehen bleiben, außer es handelt sich um einen Krankentransport zu einem INZ. Die Regelungen sollen auch für Krankentransportflüge gelten.

Die weiteren Kriterien für die Übernahme der Kosten von Krankenfahrten sollen in Absatz 4 festgelegt werden. U. a. wird der Begriff „Krankenfahrt“ definiert. Auch Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen bedürfen – wie bisher – regelhaft der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Dies gilt nicht für Fahrten zum INZ. Zudem werden die Regelungen zur Genehmigungsfiktion des § 60 Absatz 1 Satz 5 SGB V (a.F.) übernommen.

Absatz 5 gibt vor, welche Kosten für die einzelnen Beförderungsmittel übernahmefähig sind.

Gemäß Absatz 6 übernehmen Krankenkassen die Kosten für Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten, abzüglich einer gesetzlichen Zuzahlung. Diese soll entweder von der Krankenkasse eingezogen werden oder die Krankenkasse soll die Fahrkosten unter Abzug der Zuzahlung übernehmen.

Der Ausschluss der Kostenübernahme von Rücktransporten aus dem Ausland ins Inland wird in Absatz 7 geregelt.

Regelungen zur Übernahme von Fahr- bzw. Reisekosten im Zusammenhang mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation sollen in Absatz 8 getroffen werden.

Mit Absatz 9 wird ein neuer Anspruch auf Übernahme der Kosten für eine Verlegung mittels Krankentransportflug eingeführt, sofern die besonderen Einrichtungen eines Rettungshubschraubers benötigt werden oder dies zumindest erwartet wird. Ein Anspruch auf Kostenübernahme soll nach ärztlicher Verordnung oder nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse bestehen.

B) Stellungnahme

§ 60 wird neu strukturiert, entspricht inhaltlich in weiten Teilen jedoch der bisherigen Fassung. Künftig ist eine Differenzierung zwischen Krankenfahrten, Krankentransporten und Krankentransportflügen vorgesehen, zu denen eine Definition in die Norm eingeführt wird. Die Neustrukturierung der bisher bestehenden Regelungen zu Krankentransporten und Krankenfahrten, die aufgenommenen Begriffserklärungen sowie die damit verbundene bessere Verständlichkeit der Regelungen werden begrüßt.

Entsprechend des medizinischen Erfordernisses sowie im Sinne einer klaren und kaskadenartigen Systematik der Fahrkostenregelungen sollte die gesetzliche Reihenfolge die abgestufte Anspruchslogik widerspiegeln. Die Krankenfahrt als einfachste Beförderungsform ohne medizinische Betreuung sollte daher vor dem Krankentransport genannt und abgebildet werden. Infolgedessen sollte bereits in der Überschrift sowie auch im weiteren Gesetzeswortlaut die Reihenfolge der Begriffe „Krankenfahrt“, „Krankentransport“ und „Krankentransportflug“ entsprechend angepasst und die Absätze 3 und 4 des § 60 SGB V (n.F.) getauscht werden. Dies schafft eine nachvollziehbare Struktur, erleichtert die Anwendung für Leistungserbringer und Versicherte und folgt dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit.

Die geplante Ausweitung des Anspruchs auf Kostenübernahme einer Verlegungsfahrt für Verlegungen aus „Kapazitätsgründen“ sowie die Aufnahme von Regelungen zu „Krankentransportflügen“ wird abgelehnt.

Zu § 60 Absatz 1

Die vorgesehenen Regelungen schränken den bisherigen Anspruch auf Übernahme von medizinisch notwendigen Krankenfahrten und Krankentransporten nicht ein, sondern erweitern ihn sogar um einen neuen Anspruch auf einen Krankentransportflug.

Der Bedarf, den Anspruch auf einen Krankentransportflug explizit im Gesetz zu regeln, erscheint fraglich. Wir verweisen hierfür auf unsere Stellungnahme zu § 60 Absatz 9.

Zu § 60 Absatz 2

Bisher besteht ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für Verlegungsfahrten gemäß § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 2. Halbsatz SGB V, sofern die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder mit Einwilligung der Krankenkasse bei Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus. Dabei fehlt es an einer expliziten rechtlichen Ermächtigungsgrundlage für Krankenhäuser, Verlegungsfahrten zu verordnen, da in derartigen Fällen kein Entlassmanagement erfolgt. Analog zu den Regelungen im Entlassmanagement oder zu tagesstationären Behandlungen ist dafür eine rechtliche Grundlage zu schaffen, um eine reibungslose Praxis zu gewährleisten.

Die in § 60 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe a geplante Einführung eines Anspruchs auf Kostenübernahme für stationäre Verlegungsfahrten aus „Kapazitätsgründen“ eröffnet Potenzial zur Erlösoptimierung (Aufteilung einer Krankenhausbehandlung auf zwei Standorte aus ökonomischen Gründen).

Erste Ansätze finden sich hier bereits im Bereich der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen. Im Krankenhausentgeltrecht ist zu regeln, wann besondere Ausnahmesituationen bestehen, in denen Verlegungen aus Kapazitätsgründen überhaupt möglich sind.

Künftig soll eine Verlegung kostenübernahmefähig sein, wenn die besonderen Mittel eines Krankenhauses der höheren Versorgungsstufe für die Behandlung des Versicherten nicht oder nicht mehr erforderlich sind und die dortigen Versorgungskapazitäten für andere Patienten benötigt werden.

Zwar verfolgt die geplante gesetzliche Änderung das Ziel, spezialisierte Krankenhauskapazitäten effizienter zu nutzen und Versorgungsengpässe zu vermeiden, jedoch besteht die Gefahr, dass ohne zusätzliche Vorgaben Verlegungen primär aus ökonomischen Gründen erfolgen. Dies könnte zudem zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung, Erhöhung der Komplikations- und Wiedereinweisungsrate und Verlängerung der Krankenhausaufenthalte führen sowie ökonomische Fehlanreize schaffen, die insgesamt zu einer finanziellen Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung führen. Die geplante Regelung ist daher zu streichen.

Hilfsweise sollten Verlegungen aus Kapazitätsgründen nur dann kostenübernahmefähig sein, wenn ein festgestellter Engpass an stationären Versorgungskapazitäten vorliegt. Die Kriterien für das Vorliegen eines Versorgungsengpasses sollten dabei durch die Partner der Selbstverwaltung definiert werden. Diese verfügen über die notwendige fachliche Expertise und sind ohnehin beauftragt, Regelungen zu Verlegungsfällen im Fallpauschalen-Katalog zu vereinbaren.

Um die Einhaltung dieser Kriterien sicherzustellen, ist ein objektiver und nachvollziehbarer Nachweis erforderlich. Als maßgebliche Grundlage sollte z. B. ein Versorgungskapazitätennachweis gemäß § 136b Absatz 8 SGB V dienen. Dabei muss gewährleistet sein, dass die gemeldeten Kapazitäten der tatsächlichen Auslastung entsprechen und nicht durch strategische Abmeldungen seitens der Krankenhäuser beeinflusst werden. Nur so entsteht eine belastbare und transparente Entscheidungsbasis für die Kostenübernahme.

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

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

Nicht nachvollzogen werden kann, weshalb die Aussage des derzeitigen § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V (a.F.) „wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung“ nicht in § 60 Absatz 2 Nummer 3

übernommen wurde. Damit wird bislang sichergestellt, dass Versicherte, die sich für eine solche regelhaft kostengünstigere Behandlung als die notwendige Krankenhausbehandlung entscheiden, eine gesetzliche Zuzahlung nur für die erste und letzte Fahrt leisten müssen und damit hinsichtlich der Fahrkostenübernahme nicht schlechter gestellt werden als bei der Inanspruchnahme einer stationären Krankenhausbehandlung. Hieran sollte auch weiterhin festgehalten werden, sodass im Rahmen von Fahrten zu vor-, teil- oder voll- sowie nachstationären Behandlungen eine Zuzahlung nur für die erste und letzte Fahrt gefordert wird. Um dies gesetzlich eindeutig zu regeln, sollte Absatz 6 dahingehend ergänzt werden, dass für Fahrten nach § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V eine Zuzahlung nur für die erste und die letzte Fahrt zu erheben ist. Ohne eine solche Klarstellung wäre eine Zuzahlung je Fahrt zu erheben, was eine Schlechterstellung der Versicherten zur Folge hätte.

Der Anspruch auf Fahrkostenübernahme zu ambulanten Operationen im Krankenhaus nach § 115b SGB V oder in der Vertragsarztpraxis sollte künftig entfallen. Anlass hierfür ist die fortschreitende Entwicklung der medizinischen Versorgung. Durch diese werden immer mehr Leistungen, die bislang stationär erbracht wurden, (zukünftig) ambulant erbracht. Dadurch verschwimmen die Grenzen zwischen stationärer, stationärsetzender und ambulanter Versorgung zunehmend, so z. B. bei Leistungen, die nach § 115f SGB V sektorenübergreifend einheitlich vergütet werden.

Die Prüfung eines Fahrkostenanspruchs bei ambulanten und zugleich stationärsetzenden Leistungen, die eine an sich gebotene Krankenhausbehandlung vermeiden oder verkürzen, wird dadurch zunehmend komplexer und nicht an objektivierbaren Maßstäben abgrenzbar. Auch unter Berücksichtigung der mittlerweile nicht mehr relevanten, ursprünglichen Zielsetzung bei der Einführung des Fahrkostenanspruchs gemäß § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V (a.F.), falsche Anreize für die Versicherten bei der Leistungsanspruchnahme zu vermeiden, ergibt sich keine abweichende Bewertung. Eine Streichung würde die Prüfung von Fahrkostenansprüchen vereinfachen – auch für zukünftige Leistungen, die derzeit noch stationär erbracht werden, aber perspektivisch ambulant möglich sind. Dies trägt insofern zu einer besseren Transparenz der Leistungsansprüche bei.

Die zu erwartenden Auswirkungen auf die GKV-Versicherten sind insgesamt gering. Ambulante Operationen werden üblicherweise nicht (mehr) als Ersatz für stationäre Behandlungen durchgeführt, sodass bereits aktuell für die überwiegende Zahl an Fällen kein Anspruch auf eine Fahrkostenübernahme besteht. Dauerhaft mobilitätsbeeinträchtigte Versicherte behalten weiterhin einen Anspruch auf Fahrkostenübernahme. Infolge einer Streichung der Buchstaben b und c der Nummer 3 des § 60 Absatz 2 SGB V (n.F., Fahrten zu ambulanten Operationen) würden sich die Regelungen der Nummer 3 künftig auf Fahrten zu einer vor- und nachstationären Behandlung nach § 115a SGB V beschränken. Daher wäre auch die bisherige Voraussetzung zu streichen, wonach eine stationäre Krankenhausbehandlung nicht ausführbar ist. Diese Bedingung wäre nicht mehr sachgerecht, da eine vor- oder nachstationäre Behandlung nach § 115a SGB V stets im Zusammenhang mit einer voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung nach § 39 Absatz 1 SGB V erfolgt.

In Nummer 4 des § 60 Absatz 2 SGB V sollen zwei Fahrten zusammengefasst werden, der erforderliche Krankentransport zu einer ambulanten Behandlung sowie die besonderen Ausnahmefälle für Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen, die der G-BA in der KT-RL festlegt. Beide Leistungsansprüche sollten in der gesetzlichen Norm voneinander getrennt dargestellt werden, da ansonsten die nachfolgenden Regelungen, insbesondere in § 60 Absatz 3 Satz 3 und Absatz 4 Satz 2

SGB V (n.F.), missverstanden werden können. Es ist aus unserer Sicht angezeigt, die unterschiedlichen Begrifflichkeiten und Transportmittel „Krankentransport“ und „Krankenfahrt“ nicht zu vermischen.

Der in § 60 Absatz 2 Nummer 5 SGB V neue Anspruch auf Übernahme der Kosten von Krankenfahrten und Krankentransporten zu einer notdienstlichen Versorgung in einem INZ nach Entscheidung des Gesundheitsleitsystems wirft Fragen im Verhältnis zum Fahrkostenanspruch zu ambulanten Behandlungen auf, zu denen nur in Ausnahmefällen gemäß der KT-RL ein Anspruch auf Fahrkostenübernahme besteht. Einen Anspruch auf Fahrkostenübernahme zu einem INZ einzuräumen, während Krankenfahrten im Rahmen der „normalen“ ärztlichen Behandlung grundsätzlich der Eigenverantwortung unterliegen, kann Fehlanreize setzen.

Wenn gleichwohl ein Fahrkostenanspruch eingeräumt werden soll, kann die Begrenzung auf Fahrten zu einem INZ nicht nachvollzogen werden. Ausweislich der Begründung zu § 30 Absatz 5 SGB V (neu) können Notfalltransporte zur notdienstlichen Versorgung auch zu „ambulanten Versorgern“ erfolgen. Warum dies nicht auch für vom Gesundheitsleitsystem disponierte Krankenfahrten und Krankentransporte gelten soll, ist unklar.

Durch die geplante Neuregelung muss rechtlich zudem die Möglichkeit geschaffen werden, dass im Rahmen des Notfallmanagements neben der Entsendung von Rettungsmitteln im Sinne des § 30 SGB V (neu) auch weitere Transportmittel nach § 60 SGB V (n.F.) wie Taxen, Mietwagen und Krankentransporte, die keine Rettungsmittel sind, disponiert bzw. ausgelöst werden können, sofern diese für die Beförderung zu einer notdienstlichen Versorgung in einem INZ aus medizinischen Gründen ausreichend sind. Für die Leistungserbringer ist auch für die Fahrt zu einem INZ klarzustellen, ob und inwiefern sie ihm Rahmen der Leistungsabrechnung einen Nachweis über die Entscheidung des Gesundheitsleitsystems nutzen können. Wir verweisen hierzu auf unsere Stellungnahme zu § 30.

In Einzelfällen kann es zudem vorkommen, dass Versicherte mit einem PKW oder öffentlichen Verkehrsmitteln zum INZ fahren können. Damit sie ihren Leistungsanspruch gegenüber ihrer Krankenkasse geltend machen können, bedarf es in diesen Fällen eines Nachweises der Entscheidung des Gesundheitsleitsystems oder über die erfolgte Behandlung im INZ. Dabei sollte auch festgelegt werden, wie die Versicherten Zugang zu einem solchem Nachweis erhalten. Die Regelungen sind daher entsprechend anzupassen.

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

Bei einer Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus wird eine Entscheidungsfrist von 24 Stunden nach Antragseingang eingeführt. Eine solche Frist kann insbesondere an Wochenenden oder Feiertagen nicht gehalten werden. Zudem sind aus der Praxis keine Problemanzeigen bekannt, sodass diese Vorgabe nicht erforderlich ist.

Zu § 60 Absatz 3

In Absatz 3 erfolgt eine Definition des Begriffes „Krankentransport“, die sich weitgehend an den Vorgaben des § 6 der KT-RL orientiert. Fraglich ist, warum die Regelung des § 6 Absatz 1 Satz 2 KT-RL,

wonach die fachliche Betreuung nach den maßgeblichen landesrechtlichen Vorschriften durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal zu gewährleisten ist, keine Berücksichtigung gefunden hat. Eine entsprechende Aussage sollte im Gesetz oder zumindest in der Begründung ergänzt werden. Der Anspruch auf Kostenübernahme eines Krankentransports zu einer ambulanten Behandlung soll weiterhin nach der bisherigen Rechtslage nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse gemäß den aktuellen Vorgaben des § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V (a.F.) bestehen. Dies ist sachgerecht.

Die Vorgaben des Absatzes sollen auch für Krankentransportflüge gelten. In der Begründung wird dies als Klarstellung deklariert, ohne dass erkennbar ist, welche Sachverhalte gesetzlich geregelt werden sollen. Da eine luftgebundene Beförderung regelhaft deutlich kostenintensiver als ein bodengebundener Krankentransport ist, ist das Vorliegen der Voraussetzungen zur Nutzung eines bodengebundenen Krankentransportes allein nicht ausreichend für die Kostenübernahme durch die GKV, zumal es sich in Abgrenzung zu Notfalltransportflügen im Sinne des § 30 SGB V (neu) nicht um zeitkritische Transporte handeln dürfte. Daher sind die Regelungen zu Krankentransportflügen abzulehnen.

Zu § 60 Absatz 4

In Absatz 4 erfolgt in enger Anlehnung an § 7 KT-RL die Definition einer Krankenfahrt. Durch das Weglassen der Regelung des § 7 Absatz 1 Satz 2 KT-RL, wonach zu den Mietwagen auch solche gehören, die über eine behindertengerechte Einrichtung verfügen, könnten Irritationen und falsche Interpretationen des gesetzgeberischen Willens entstehen. Eine Klarstellung im Gesetz oder zumindest in der Begründung ist angezeigt.

Für Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen ist – wie bisher auch – eine vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse erforderlich. Es verbleibt zukünftig bei der Genehmigungsfiktion für dauerhaft mobilitätsbeeinträchtigte Versicherte analog zum derzeitigen § 60 Absatz 1 Satz 5 SGB V.

Die gesetzlich geregelte Genehmigungsfiktion für Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen von mobilitätsbeeinträchtigten Versicherten soll auf Personen mit einem Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „TBl“ (Taubblindheit) ausgeweitet werden und bei Vorliegen der Merkzeichen „Bl“, „H“ und „TBl“ auch die Genehmigung für eine Begleitperson umfassen.

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

Die vorgesehene Ausweitung der Genehmigungsfiktion auf eine Begleitperson für Versicherte mit Merkzeichen „Bl“, „H“ oder „TBl“ wird hingegen abgelehnt. Die Beeinträchtigungen der genannten Merkzeichen können unterschiedlich ausgeprägt sein, sodass nicht regelhaft davon ausgegangen werden kann, dass Versicherte stets zu ambulanten Behandlungen begleitet werden müssen. Dies erscheint insbesondere beim Merkzeichen „Bl“ von Relevanz. Der Bedarf einer Begleitperson sollte weiterhin für den Einzelfall geprüft werden. Zudem besteht ein Anspruch auf Begleitung für Menschen mit Behinderung, die die Voraussetzungen für das Merkzeichen „B“ (Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson) gemäß § 229 SGB IX i. V. m. den Vorgaben aus Teil D, Ziffer 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) erfüllen. Danach ist eine Berechtigung für eine ständige Begleitung bei schwerbehinderten Menschen gegeben, bei denen die Voraussetzungen für die Merkzeichen G (erhebliche Gehbehinderung), Gl (Gehörlosigkeit) oder H (Hilfslosigkeit) vorliegen. Die Begleitperson eines Menschen mit Schwerbehinderung und dem Merkzeichen B wird in öffentlichen Verkehrsmitteln unentgeltlich befördert. Bei einer Fahrt in einem Taxi oder Mietwagen ist regelmäßig davon auszugehen, dass die zusätzliche Beförderung einer Begleitperson ohne zusätzliche Kosten möglich ist. Einen solchen Anspruch gesetzlich zu fingieren, kann Fehlanreize erzeugen.

Zu § 60 Absatz 5

Aus Transparenzgründen und im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots sollte analog der derzeitigen Formulierung in § 60 Absatz 3 Nummer 2 und 3 SGB V zur Differenzierung von Krankenfahrten und Krankentransporten weiterhin in § 60 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 SGB V (n.F.) klargestellt werden, dass die Kosten für ein Taxi oder Mietwagen nur übernommen werden können, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann. Gleiches gilt für die Kostenübernahme von Krankentransporten in § 60 Absatz 5 Satz 1 SGB V (n.F.), die analog der Regelung in § 60 Absatz 3 Nummer 3 SGB V (a.F.) nur dann zu übernehmen sind, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel, ein Taxi oder ein Mietwagen nicht benutzt werden kann. Daher sollte im Interesse der gebotenen Wirtschaftlichkeit und einer besseren Übersichtlichkeit die Auflistung zur Höhe der Kostenübernahme der einzelnen Transportmittel wie im derzeitigen § 60 Absatz 3 SGB V dargestellt werden.

Daneben wird in § 60 Absatz 5 SGB V (n.F.) ausgeführt, dass sich die Höhe der Kostenübernahme für Krankentransporte sowie für Taxen und Mietwagen nach § 133 Absatz 2 und 3 SGB V (n.F.) bestimmt.

Zu § 60 Absatz 6

Die vorgesehene Regelung zum Zuzahlungseinzug ist – wie in § 30 SGB V (neu) – widersprüchlich. Einerseits soll der Einzug – entsprechend der bisherigen Praxis – bei den Krankenkassen verbleiben. Alternativ sollen Krankenkasse die Kosten unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung übernehmen, sodass der Leistungserbringer die Zuzahlung einzuziehen hat. Die Regelung steht zudem im Widerspruch zur Begründung, wonach die Krankenkasse die Zuzahlung einziehen soll. Eine klare Vorgabe zum Zuzahlungseinzug ist analog zu den übrigen Leistungen der GKV sicherzustellen. Bisher sieht § 60 Absatz 2 Satz 2 SGB V (a.F.) vor, dass für Fahrten, die von Rettungsdiensten durchgeführt werden, die Krankenkasse die Zuzahlung von den Versicherten einzieht. Dies können auch Krankentransporte nach § 60 SGB V sein, die von Rettungsdienstunternehmen durchgeführt werden. An der bisherigen etablierten Praxis, sollte festgehalten werden. Insofern scheint es angebracht, den Zuzahlungseinzug für Krankenfahrten und Krankentransporte differenziert zu regeln. Das Gesetz sowie die Begründung sollten entsprechend angepasst werden. Zudem ist der Verweis auf § 61 SGB V zu

präzisieren. Nur in der Begründung wird hier auf Satz 1 des § 61 SGB V verwiesen. Dies sollte auch im Gesetz erfolgen.

Zu § 60 Absatz 7

Die Regelungen entsprechen dem bisherigen § 60 Absatz 4 SGB V und sind sachgerecht.

Zu § 60 Absatz 8

Die vorgesehene Regelung in § 60 Absatz 8 Satz 1 SGB V (n.F.) sieht wie die aktuelle Regelung in § 60 Absatz 5 Satz 1 SGB V (a.F.) vor, dass im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Reisekosten nach § 73 Absatz 1 und 3 SGB IX übernommen werden. Dies ist sachgerecht, bedarf jedoch im Hinblick auf die daraus sich ergebende Herleitung eines Anspruchs auf eine Verdienstauffallerstattung für Begleitpersonen während einer stationären Rehabilitationsleistung einer klarstellenden Ergänzung.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften (PflStudStG, BGBl. 2023 I Nr. 359) wurde mit § 45 Absatz 1a SGB V ein neuer, zeitlich unbegrenzter Anspruch auf Kinderkrankengeld für Eltern eingeführt, die nach § 11 Absatz 3 SGB V bei stationärer Behandlung ihres versicherten Kindes aus medizinischen Gründen als Begleitperson mitaufgenommen werden müssen. Voraussetzung ist ferner, dass das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Ausweislich der Gesetzesbegründung besteht der Anspruch auch bei Mitaufnahme im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme (§ 40 Absatz 2 SGB V). Damit reagierte der Gesetzgeber auf die Bedürfnisse betroffener Familien bei längeren stationären Aufenthalten sowie auf die vorherige uneinheitliche Praxis zur Verdienstauffallerstattung bei diesen Begleitfällen.

Neben dem Anspruch auf Kinderkrankengeld besteht nach § 60 Absatz 5 Satz 1 SGB V (a.F.) - und § 60 Absatz 8 Satz 1 SGB V (n.F.) - in Verbindung mit § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB IX ein Anspruch auf Verdienstauffallerstattung für eine wegen Behinderung erforderliche Begleitperson während Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Diese Regelung enthält unter anderem weniger einschränkende Vorgaben zur Begleitperson. Damit können auch andere Angehörige als die Eltern der stationär rehabilitationsbedürftigen Person anspruchsberechtigt sein.

Die Einführung des § 45 Absatz 1a SGB V hat zu Unsicherheiten in der Praxis geführt, in welchem Verhältnis die beiden Ansprüche auf Erstattung von Verdienstauffällen stehen. Aus den Gesetzesmaterialien zum PflStudStG geht nicht hervor, dass der Gesetzgeber mit der Einführung des Kinderkrankengeldanspruchs bei stationärer Mitaufnahme den Anspruch auf Verdienstauffallerstattung im Rahmen von stationären Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 Absatz 2 SGB V gegenüber dem vorherigen Recht beschränken wollte. Folglich kann ein Elternteil, welches sein Kind mit Behinderung während einer stationären Rehabilitationsmaßnahme nach § 40 Absatz 2 SGB V begleitet, bei Erfüllung der jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen sowohl einen Anspruch auf Ausgleich eines Verdienstauffalls in Form des Kinderkrankengeldes nach § 45 Absatz 1a SGB V als auch nach § 60 Absatz 5 Satz 1 SGB V (a.F.) - und § 60 Absatz 8 Satz 1 SGB V (n.F.) - i. V. m. § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB IX haben.

Vor diesem Hintergrund wird zur Schaffung von Rechtsklarheit und Vermeidung von parallelen Ansprüchen vorgeschlagen, in § 60 Absatz 8 Satz 1 SGB V (n.F.) klarzustellen, dass der Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 Absatz 1a SGB V vorrangig ist, wenn die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. 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. Zudem sind die Prozesse zur Gewährung von Kinderkrankengeld etabliert und den betroffenen Familien bekannt. Die gängige Praxis – auch zur Meldung von Entgeltdaten durch den Arbeitgeber im Rahmen des Datenaustauschverfahrens Entgeltersatzleistungen nach § 107 SGB IV – trägt zur effizienten Leistungsgewährung bei.

Gleichzeitig sollte in Fallkonstellationen, in denen Versicherte die Voraussetzungen für den Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 Absatz 1a SGB V nicht erfüllen, weiterhin ein Anspruch auf Reisekosten nach § 60 Absatz 8 Satz 1 SGB V (n. F.) in Verbindung mit § 73 Absatz 1 und 3 SGB IX bestehen, der auch den Anspruch auf eine Verdienstaussfallerstattung gemäß § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB IX umfasst. Der Anspruch erfasst insbesondere Begleitpersonen, die keine Eltern sind oder die ein Kind begleiten, das die Altersgrenze des § 45 Absatz 1a SGB V überschritten hat. So wird verhindert, dass betroffene Familien durch die Einführung des § 45 Absatz 1a SGB V schlechter gestellt werden.

Zu § 60 Absatz 9

Absatz 9 soll ergänzend zu Absatz 3 regeln, unter welchen Voraussetzungen ein Anspruch auf einen Krankentransportflug besteht. Bei der Definition eines Krankentransportfluges greift § 60 Absatz 9 Satz 1 SGB V (n.F.) die Definition eines Krankentransportes gemäß des aktuellen § 60 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V i.V.m. § 6 Abs. 1 KT-RL auf, begründet damit jedoch den Bedarf eines Rettungshubschraubers, was missverständlich ist. Zudem sollen ausweislich der Vorgaben in § 60 Absatz 3 SGB V (n.F.) für den neuen Anspruch auf Krankentransportflüge die Regelung für bodengebundene Krankentransporte entsprechend angewendet werden. In der Begründung zu Absatz 3 wird dies als Klarstellung deklariert. Da eine luftgebundene Beförderung regelhaft deutlich kostenintensiver als ein bodengebundener Krankentransport ist, ist das Vorliegen der Voraussetzungen zur Nutzung eines bodengebundenen Krankentransportes allein nicht ausreichend für die Kostenübernahme durch die GKV, zumal es sich in Abgrenzung zu Notfalltransportflügen im Sinne des § 30 SGB V (neu) nicht um zeitkritische Transporte handeln dürfte. Daher sind die Regelungen zu Krankentransportflügen abzulehnen.

Gemäß dem Gesetzeswortlaut handelt es sich um luftgebundene Verlegungen nach § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 (n.F., Verlegungen während stationären Krankenhausbehandlungen). Unklar ist, was mit der Ausführung in der Begründung gemeint ist „und andere Verlegungen mittels luftgebundener Rettungsmittel“. Der Anspruch auf Krankentransportflüge über Sachverhalte der Verlegung hinaus kann allein durch die Begründung nicht ausgeweitet werden.

Der Anspruch auf Fahrkostenübernahme im Falle von Verlegungen wird bereits in der Norm geregelt. Insofern scheint es dem Gesetzgeber nun noch um die Klarstellung zu gehen, dass ein Krankentransport in diesen Sachverhalten auch mittels eines luftgebundenen Krankentransportmittels erfolgen kann. Hierfür wäre es jedoch ausreichend, wenn der G-BA beauftragt wird, in der KT-RL

ergänzend zu den bisherigen Regelungen zu Krankentransporten in § 6 Vorgaben für Krankentransportflüge in den genannten Sachverhalten zu treffen.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 3 wird der Titel des § 60 wie folgt angepasst (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„Krankenfahrten und Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten“

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

„Versicherte haben unbeschadet der Regelung in § 27 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 in Verbindung mit § 30 nach Absatz 2 Anspruch auf Übernahme der Kosten für Krankenfahrten und Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Welches Transportmittel genutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall.“

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

„Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für Krankenfahrten und Krankentransporte und Krankenfahrten nach Absatz 1 Satz 1 bei

1. Fahrten zur stationären Behandlung,

2. Fahrten im Zuge einer Verlegung

- a) in ein anderes Krankenhaus während einer stationären Behandlung, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder soweit es zur Behandlung des Versicherten der besonderen Mittel des Krankenhauses der höheren Stufe nicht oder nicht mehr bedarf und die dortigen Versorgungskapazitäten für andere Patienten benötigt werden,
- 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.

Eine Verordnung entsprechender Verlegungsfahrten hat durch das Krankenhaus zu erfolgen.

3. Fahrten

- a) zu einer vor- oder nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach § 115a,
- b) zu einer ambulanten Operation im Krankenhaus nach § 115b oder
- c) 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;

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

4. Fahrten zu ambulanten Behandlungen, sofern

- a) aus medizinischer Sicht ein Krankentransport zwingend erforderlich ist oder
- b) sofern ein besonderer Ausnahmefall vorliegt, den der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 festgelegt hat, und

5. Fahrten zur Versorgung in das nächsterreichbare geeignete einem Integrierten Notfallzentrum oder die nächsterreichbare geeignete vertragsärztliche Praxis nach der Entscheidung eines Gesundheitsleitsystems, sofern die Fahrt nach den Umständen des Einzelfalls zwingend erforderlich ist; der Nachweis über die Entscheidung des Gesundheitsleitsystems gilt als Verordnung dieser Leistung. Wird für die Fahrt kein Leistungserbringer nach § 133 in Anspruch genommen, ist ein Nachweis der Entscheidung an den Versicherten auszuhändigen.

Bei einer Verlegung nach Nummer 2 Buchstabe c (Verlegung in ein wortortnahes Krankenhaus) ist über den Antrag auf Genehmigung abweichend von § 13 Absatz 3a Satz 1 innerhalb von 24 Stunden nach Antragsingang zu entscheiden.“

Falls die Streichung in § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a nicht erfolgt, ist folgende ergänzende Regelung in § 9 Krankenhausentgeltgesetz aufzunehmen:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 insbesondere

1. einen Fallpauschalen-Katalog nach § 17b Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zu Verlegungsfällen, **inklusive Kriterien, wann Verlegungen aus Kapazitätsgründen zugelassen sind**, und zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge (effektive Bewertungsrelationen),“

In der Begründung zu § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a sollte dann zum Ausdruck gebracht werden, dass Verlegungen aus Kapazitätsgründen ausschließlich in den in diesen Katalog genannten Fällen möglich sind.

In Artikel 1 Nr. 3 wird in § 60 der Absatz 3 zum Absatz 4 und der Absatz 4 zum Absatz 3.

In Artikel 1 Nr. 3 wird in § 60 der Absatz 3 (neu; alt: 4) nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:

„Zu den Mietwagen zählen auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung.“

Die bisherigen Sätze 2 und 3 werden zu den Sätzen 3 und 4.

In Artikel 1 Nr. 3 wird Absatz 3 (neu; alt: 4) Satz 4 Nummer 1 wie folgt geändert (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„1. ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder „TBl“, wobei bei Vorliegen der Merkzeichen „Bl“, „H“ und „TBl“ auch die Genehmigung für eine Begleitperson als erteilt gilt,“

In Artikel 1 Nr. 3 wird der Absatz 4 (neu; alt: 3) wie folgt geändert (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„Krankentransporte sind Fahrten mit medizinisch-fachlicher Betreuung, die in Kraftfahrzeugen durchgeführt werden, die über die besondere Einrichtung eines Krankenkraftwagens verfügen. Die

fachliche Betreuung in Krankentransportwagen wird nach den maßgeblichen landesrechtlichen Vorschriften durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal gewährleistet. Krankentransporte werden für Versicherte durchgeführt, die einer solchen Betreuung oder Einrichtung während der Fahrt bedürfen oder deren Zustand dies erwarten lässt, dass eine solche Betreuung oder Einrichtung während der Fahrt erforderlich ist. In den in Bei einem Krankentransport zu einer ambulanten Behandlung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe c sowie Nummer 4 Buchstabe a genannten Fällen besteht ein Anspruch auf Kostenübernahme nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse. Die Regelungen dieses Absatzes gelten entsprechend für Krankentransportflüge.“

Der Verweis auf Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe c ist im Falle einer Streichung des § 60 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b (Verlegungsfahrt zur Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements) anzupassen und lautet dann „Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b“.

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

„Die Krankenkasse übernimmt Höhe der nach Absatz 1 Satz 1 übernommenen Kosten für Krankentransporte richtet sich nach § 133 Absatz 2 und 3. Für Krankenfahrten sind als Kosten anerkannt:

1. bei der Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels der Fahrpreis unter Ausschöpfen von Fahrpreisermäßigungen,
2. bei Benutzung eines Taxis oder Mietwagens, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann, die Kosten in Höhe des in einem Vertrag der Betrag nach § 133 Absatz 4 bestimmten Betrages,
3. bei Benutzung eines Krankenkraftwagens, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel, ein Taxi oder ein Mietwagen nicht benutzt werden kann, die Kosten in Höhe des in einem Vertrag nach § 133 Absatz 2 oder 3 bestimmten Betrages,
4. bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs die Kosten in Höhe des für jeden gefahrenen Kilometer der jeweils aufgrund des Bundesreisekostengesetzes festgesetzte Höchstbetrag für Wegstreckenentschädigung, höchstens jedoch die Kosten, die bei Inanspruchnahme des nach Nummer 1 oder Nummer 2 erforderlichen Transportmittels entstanden wären.“

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

„Die Krankenkasse übernimmt die Kosten nach Absatz 1 Satz 1 unter Abzug des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages. Bei Krankentransporten oder zieht die Krankenkasse die Zuzahlung den sich nach Satz 1 § 61 ergebenden Betrag von den Versicherten ein. Für Fahrten nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und 3 besteht eine Zuzahlungspflicht nur für die erste und die letzte Fahrt.“

In Artikel 1 Nr. 3 wird der Absatz 8 Satz 1 wie folgt gefasst:

„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 Ausgleich eines Verdienstaufschlags nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 des Neunten Buches nur, sofern kein Anspruch nach § 45 Absatz 1a besteht.“

In Artikel 1 Nr. 3 wird der Absatz 9 gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 – § 73 Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

Abgelehnt wird hingegen die Ausweitung auf Krankentransportflüge. Hierzu verweisen wir auf unsere Stellungnahme zu § 60 Absatz 9. Die Reihenfolge der Benennung der Transportmittel sollte sich nach dem medizinischen Erfordernis und dem Wirtschaftlichkeitsgebot richten. Dementsprechend sollten Krankenfahrten vor den Krankentransporten benannt werden. Wir verweisen hierfür auf unsere Stellungnahme zum § 60.

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 4 wird wie folgt angepasst (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„In § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 wird ~~nach~~ vor der Angabe „Krankentransporten“ die Angabe „Krankentransportflügen und Krankenfahrten und“ eingefügt.“

Artikel 1 (Änderung SGB V)

Nr. 6 a) – § 75 Absatz 1a

A) Beabsichtigte Neuregelung Absatz 1a - Terminservicestellen

Die bisherige Regelung wird redaktionell um die ehemalige Frist zur Einrichtung der Terminservicestellen bereinigt. Neu geregelt wird, dass die Leistungen der Terminservicestellen auch im Rahmen eines digitalen Angebotes durch Kooperation mit digitalen Dolmetschdiensten und in Gebärdensprache anzubieten sind. Die KBV soll hierzu eine Konkretisierung auf Bundesebene vornehmen.

cc)

bbb) Ersetzen der zuvor erfolgten Ersteinschätzung bei der Inanspruchnahme eines Krankenhauses zur ambulanten Notfallbehandlung durch die zuvor erfolgte Inanspruchnahme eines INZ als Vermittlungsgrund durch die TSS an einen Facharzt ohne Überweisungsvorbehalt.

dd)

bbb) Es wird neu eingefügt, dass die Vertragspartner des Bundesmantelvertrages auf Bundesebene Regelungen für eine einheitliche Erreichbarkeit der Terminservicestelle zu treffen haben.

ff) Es wird geregelt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen den INZ im Bedarfsfall eine Terminbuchung bei Vertragsärzten ermöglichen müssen.

B) Stellungnahme

Der Ausbau der Terminservicestellen wird begrüßt und kann maßgeblich zu einem verbesserten Zugang der Patientinnen und Patienten zu vertragsärztlichen Versorgungsangeboten beitragen.

Zu aa) Die redaktionelle Änderung ist sachgerecht. Die Erweiterung der TSS um digitale Angebote wird begrüßt. Eine verpflichtende Kooperation mit digitalen Dolmetscherdiensten wird dagegen abgelehnt. Dabei handelt es sich nicht um eine Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die durch die Länder und Kommunen für alle Bereiche zentral einzurichten ist, in denen fremdsprachliche Kommunikation erforderlich ist, beispielsweise auch für Sozialämter, die Justiz, die Polizei oder Bürgerämter.

Zu cc) bbb) Die Unterstützung der INZ durch die KVen sollte nicht auf Fälle beschränkt werden, die bereits in einem INZ versorgt wurden. Vielmehr sollte sich diese Unterstützung gerade auch auf Patientinnen und Patienten beziehen, für die die Ersteinschätzung im INZ einen vertragsärztlichen Behandlungsbedarf ergeben hat, der jedoch nicht dringlich ist. Für derartige Fälle ist keine Behandlung in INZ erforderlich. Sie hat deshalb auch dort nicht zu erfolgen.

Zu dd) bbb) Die gesetzliche Vorgabe, dass künftig die Bundesmantelvertragspartner -Ärzte entsprechende Regelungen zur einheitlichen Erreichbarkeit der Terminservicestellen in allen Bundesländern festlegen, wird begrüßt.

Zu ff) Die Regelung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

zu aa) Satz 3 wird gestrichen.

Zu cc) bbb)

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

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

Artikel 1 (Änderung SGB V)

Nr. 6 b) – § 75 Absatz 1b bis 1f

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

Zu Absatz 1b) Der Sicherstellungsauftrag der KVen wird konkretisiert. Er soll künftig eine vertragsärztliche Erstversorgung 24 Stunden täglich beinhalten, in Fällen, in denen eine unverzügliche Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die notdienstliche Akutversorgung wird als neuer Begriff legaldefiniert. Beabsichtigt ist eine fallabschließende Behandlung oder eine Weiterleitung in eine weiterführende ambulante Behandlung. Die notdienstliche Akutversorgung umfasst auch die Feststellung und Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit sowie die Verordnung von Arzneimitteln, Krankenfahrten, Krankentransporten und Apotheken-Botendiensten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch die Beteiligung an Integrierten Notfallzentren nach § 123 und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b, ein telefonisches und videounterstütztes ärztliches Versorgungsangebot 24 Stunden täglich auch durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und einen aufsuchenden Dienst 24 Stunden täglich sicherstellen. Für den aufsuchenden Dienst sollen auch speziell geschulte Angehörige der Gesundheitsfachberufe unter ärztlicher Anordnung und Verantwortung eingesetzt werden können. Der aufsuchende Dienst ist so zu planen, dass 10 Prozent der dringlichen Einsätze innerhalb von einer Stunde, 90 Prozent der weniger dringlichen Einsätze innerhalb von vier Stunden und 100 Prozent der Einsätze in einer Planungsregion innerhalb von sechs Stunden versorgt werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt den Kassenärztlichen Vereinigungen ein einheitliches softwaregestütztes System zur Dokumentation der Versorgung durch den Ärztlichen Bereitschaftsdienst, die Akutleitstellen und die Behandlung in einer Notdienstpraxis eines INZ zur Verfügung, welches die gemeinsame Notfallversorgung der Versicherten sowie eine digitale Fallübergabe sicherstellt. Es ist eine Kompatibilität mit der Telematikinfrastruktur zu gewährleisten.

Zu Absatz 1c) Mit § 75 Absatz 1c wird die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen eingeführt, eine rund um die Uhr erreichbare Akutleitstelle zu betreiben, die unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 116117 sowie über digitale Kanäle erreichbar ist. Diese Akutleitstellen sollen als erste Anlaufstelle für Versicherte dienen, die von einer unmittelbaren medizinischen Behandlungsnotwendigkeit ausgehen. Dabei werden konkrete Erreichbarkeitsvorgaben gemacht: In 75 Prozent der Fälle muss innerhalb von drei Minuten, in 95 Prozent der Fälle innerhalb von zehn Minuten eine Annahme des Anrufs erfolgen. Auf Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens soll die Akutleitstelle eine bedarfsgerechte und unverzügliche Vermittlung in die jeweils geeignete Versorgungsebene sicherstellen – sei es in Form einer sofortigen ärztlichen Behandlung in der Regelversorgung, einer telefonischen oder videobasierten Konsultation oder, falls erforderlich, durch die Organisation eines Krankentransports, einer Krankenfahrt oder eines Apothekenbotendienstes. Die Angebote der Akutleitstelle müssen durch digitale Dolmetschdienste in den wichtigsten Sprachen sowie in Gebärdensprache verfügbar sein. Zudem entfällt für die Vermittlung in die fachärztliche Versorgung im Akutfall das Erfordernis einer Überweisung. Auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle ist die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zur Kooperation nach § 133a Absatz 1 Satz 1 verpflichtet.

Zu Absatz 1e) Nach Absatz 1e führt die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Evaluation der Tätigkeit der Terminservicestellen durch. Bewertet werden insbesondere die Einhaltung der gesetzlichen Vermittlungsfristen, die Häufigkeit der Inanspruchnahme, die Vermittlungsquoten sowie weitere Leistungskennzahlen der Terminvermittlung. Die Ergebnisse sind dem Bundesministerium für Gesundheit regelmäßig in einem Bericht vorzulegen.

B) Stellungnahme

Zu Absatz 1b)

Die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages der KVen im Notdienst wird ausdrücklich begrüßt. Die Neukonzeption der notdienstlichen Akutversorgung hat das Potential zu einer echten Verbesserung des Versorgungsangebotes. Parallelstrukturen und doppelte Ausgaben müssen jedoch vermieden und der Vorrang der Versorgung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie MVZ stärker betont werden.

Im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung ist u. a. eine Feststellung und Erstbescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit vorgesehen. Darüber hinaus sollte es auch ermöglicht werden, eine Erkrankung eines Kindes festzustellen und hierfür eine ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes (Muster 21) auszustellen. Eine Beschränkung auf die (Erst-)Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit wäre für betroffene Versicherte nicht nachvollziehbar und würde den Aufwand in der Praxis erhöhen.

Zu Absatz 1c)

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

Dabei sind folgende Aspekte aus Sicht der GKV maßgeblich. Die in § 75 Absatz 1c vorgesehenen Erreichbarkeits- und Servicelevel-Vorgaben sind sinnvoll und notwendig, um eine verlässliche Steuerungswirkung zu erzielen. Eine professionelle und neutral gesteuerte Ersteinschätzung ist entscheidend für eine bedarfsgerechte Lenkung der Patientinnen und Patienten. Für eine wirksame Patientensteuerung ist es unabdingbar, dass die Akutleitstelle auf ein bundesweit einheitliches, qualifiziertes und standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren zurückgreift. Die GKV hält es für zwingend erforderlich, dass die Regelungskompetenz hierfür beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) liegt. Der G-BA gewährleistet neutrale, qualitätsgesicherte Vorgaben unter Einbindung der Patientenvertretung und stellt sicher, dass regionale Unterschiede in Systematik und Qualität ausgeschlossen werden. Die Vermittlung in die vertragsärztliche Regelversorgung muss Vorrang vor der Behandlung in Integrierten Notfallzentren (INZ) oder anderen Strukturen haben, sofern kein unmittelbarer Behandlungsbedarf besteht. Telefonische oder videogestützte Konsultationen sind ein sinnvoller ergänzender Baustein, um unnötige Inanspruchnahmen anderer Versorgungsbereiche zu vermeiden. Die Weiterleitung an den aufsuchenden Dienst darf nur erfolgen, wenn andere Versorgungsformen nicht möglich oder nicht zumutbar sind. Eine Übersteuerung in notdienstliche Strukturen ist gezielt zu vermeiden. Die Akutleitstelle muss die Aufgabe haben, Patientinnen und Patienten – soweit medizinisch vertretbar – in die regulären Sprechstunden der Praxen zu vermitteln.

Eine verpflichtende Kooperation mit digitalen Dolmetscherdiensten wird dagegen abgelehnt. Dabei handelt es sich nicht um eine Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die durch die Länder und Kommunen für alle Bereiche zentral einzurichten ist, in denen fremdsprachliche Kommunikation erforderlich ist, beispielsweise auch für Sozialämter, die Justiz, die Polizei oder die Bürgerämter.

Zu Absatz 1e)

Die vorgesehene Evaluation der Tätigkeit der Terminservicestelle wird ausdrücklich begrüßt. Die vorgesehene Evaluation ermöglicht eine Erfolgsmessung und gegebenenfalls erforderliche gesetzliche Anpassungen. Die Evaluation sollte veröffentlicht werden.

C) Änderungsvorschlag

Zu 1b)

In Artikel 1 Nr. 6 Buchstabe b wird der Absatz 1b Satz 3 wie folgt gefasst:

„Die notdienstliche Akutversorgung umfasst auch die Feststellung und Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit, **die Feststellung und Bescheinigung einer notwendigen Betreuung, Beaufsichtigung oder Pflege eines erkrankten Kindes** sowie die Verordnung von Arzneimitteln, Krankenfahrten, Krankentransporten und Apotheken-Botendiensten.“

Zu 1c)

§ 75 Absatz 1c Satz 4 wird gestrichen.

Zu 1e)

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

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

Artikel 1 (Änderung SGB V)

Nr. 6c – § 75 Absatz 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

c) § 75 Absatz 7 wird redaktionell angepasst.

B) Stellungnahme

bb) Für ein bundesweit einheitliches, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens ist von zentraler Bedeutung, dass die Steuerung der Patientinnen und Patienten neutral und unter Abwägung einer bedarfsgerechten Versorgung erfolgt; dabei ist der Patientennutzen und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung in den Mittelpunkt zu stellen. Hierfür ist der G-BA das richtige Beratungsgremium, da hier ein Ausgleich der Ärzteschaft und der gesetzlichen Krankenkassen unter Einbindung der Patientenvertretung erfolgt. Folglich wird der bisherige Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zur Regelung eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens auf den G-BA durch eine ergänzende Regelung in § 120 Absatz 3b in der Fassung des GVWG bzw. hilfsweise durch eine ergänzende Regelung in § 123 Absatz 3 Satz 1 Nummer 9 (neu) übertragen. Mit der Übertragung dieser Zuständigkeit ergeben sich redaktionelle Folgeänderungen in § 75.

C) Änderungsvorschlag

bb) In § 75 Absatz 7 Nummer 6 werden vor dem Wort „Richtlinien“ die Wörter „bis zum Inkrafttreten der Richtlinie nach § 120 Absatz 3b (i.d.F. GVWG)“ eingefügt und die Angabe „Absatz 1a Satz 3 Nummer 3“ durch die Angabe „Absatz 1c Satz 3“ ersetzt.

Hilfsweise Regelung:

bb) In § 75 Absatz 7 Nummer 6 werden vor dem Wort „Richtlinien“ die Wörter „bis zum Inkrafttreten der Richtlinie nach § 123 Absatz 3 Satz 1“ eingefügt und die Angabe „Absatz 1a Satz 3 Nummer 3“ durch die Angabe „Absatz 1c Satz 3“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 – § 90 Landesausschüsse

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Es wird klargestellt, dass die zuständigen obersten Landesbehörden auch für die neuen Aufgaben nach § 123 Absatz 6 Satz 2, § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 im erweiterten Landesausschuss beratend mitwirken. Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung und das Recht zur Antragstellung.
- b) Der neue Absatz 4a regelt den erweiterten Landesausschuss und das Verfahren bezüglich seiner Aufgaben.

Der erweiterte Landesausschuss nach dem bisherigen § 116b Absatz 3 erhält mit der Standortfestlegung von INZ und INZ für Kinder und Jugendliche nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 neue Aufgaben und wird systematisch neu verortet. Es kommt auch die Aufgabe nach § 123 Absatz 6 Satz 2, die Konzeption und Koordinierung der telemedizinischen Unterstützung von Integrierten Notfallzentren, an deren Standort kein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche vorhanden ist, hinzu.

Bei Entscheidungen zur Standortfestlegung von INZ nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 ist Einvernehmen mit den obersten Landesplanungsbehörden herzustellen. Vertreter der Leistungserbringer im Rettungsdienst werden mit Mitberatungsrecht eingebunden. Kommt die Standortfestlegung nach § 123a Absatz 1 oder § 123b Absatz 1 ganz oder teilweise nicht fristgemäß zustande, setzt die zuständige oberste Landesbehörde eine Nachfrist. Ist die Nachfrist verstrichen, erfolgt die Festlegung durch die zuständige oberste Landesbehörde innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der Nachfrist. Die Festlegung der Standorte nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 sind regelmäßig zu überprüfen. Bei Veränderungen der tatsächlichen Gegebenheiten, etwa in dem Fall, dass ein Krankenhausstandort Kriterien nach § 123a Absatz 1 Satz 3 bis 5 nicht mehr erfüllt, die für seine Bestimmung wesentlich waren, kann eine neue Standortfestlegung beschlossen werden.

B) Stellungnahme

Die erweiterten Landesausschüsse sind grundsätzlich geeignet, INZ-Standorte festzulegen. Sie sollten diese Entscheidung jedoch auf der Grundlage bundeseinheitlicher Kriterien treffen, die durch den G-BA festgelegt werden sollten. Anderenfalls droht ein regionaler Flickenteppich. Der G-BA hat die Regelungskompetenz für die vertragsärztliche Bedarfsplanung. Da KV-Notdienstpraxen als wesentliches Element der INZ im Sicherstellungsauftrag der KVen liegen, wäre es sinnvoll die Regelungskompetenz des G-BA entsprechend auf die Planung von bedarfsgerechten Kapazitäten für die notdienstliche Akutversorgung zu erweitern. Ein bundeseinheitlicher Rahmen erleichtert die Entscheidungsfindung auf regionaler Ebene. Gleichzeitig beinhaltet die Bedarfsplanung des G-BA immer auch Spielräume für die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten.

Die Kompetenzen der Länder sind im Rahmen des vorgesehenen Konfliktlösungsmechanismus deutlich zu weitgehend und lassen befürchten, dass die Standortbestimmung maßgeblich durch die Länder

beeinflusst wird. Sofern eine Festlegung durch die Länder erfolgt, hat auch diese auf Grundlage der bundeseinheitlichen G-BA Vorgaben stattzufinden.

Um souveräne Entscheidungen der erweiterten Landesausschüsse bei der Festlegung von INZ-Standorten zu gewährleisten, wird das geforderte Einvernehmen mit den obersten Planungsbehörden abgelehnt. Die Neuregelung zum Stimmrecht für die Vertreter der Leistungserbringer im Rettungsdienst wird abgelehnt. Erstens sind die Vertreter der Leistungserbringer im Rettungsdienst nicht einheitlich organisiert und können nicht durch eine zentrale Organisation vertreten werden. Insofern ist eine Einbeziehung in Gremien praktisch schwierig. Hierfür wäre es sinnvoll auf Landesebene zunächst eine gemeinsame Institution zu schaffen, die die Interessen aller Rettungsdienste vertritt. Zweitens haben die Fachempfehlungen unmittelbare Auswirkungen auf die Leistungserbringer und können somit nicht vollständig neutral bewertet werden. Daher sollte die Entscheidung in Konfliktfällen nicht allein durch die betroffenen Akteure getroffen werden. Hinzu kommt, dass die Leistungserbringer durch ihre Beauftragung zur Erbringung rettungsdienstlicher Leistungen in einem engen Verhältnis zu den jeweiligen Bundesländern stehen und primär auf eigene wirtschaftliche und politische Ziele ausgerichtet sind. Es besteht die Gefahr, dass die konstruktive Entwicklung der Qualitätsvorgaben erschwert oder gar gänzlich verhindert wird. Vielmehr sollten Vertreter des Rettungsdienstes von den zuständigen obersten Landesbehörden benannt und von den erweiterten Landesausschüssen im Rahmen der Aufgaben nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 angehört werden.

Um die Beschlussfähigkeit des erweiterten Landesausschusses zu stärken, sollten Beratungen in kleinere Besetzung möglich sein, wenn der erweiterte Landesausschuss dies in seiner Geschäftsordnung entsprechend beschließt.

C) Änderungsvorschlag

§ 90 Absatz 4a Satz 7 wird gestrichen.

§ 90 Absatz 4a Satz 8 wird wie folgt geändert:

~~„Bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach § 123 Absatz 6, § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 erhalten **sind** Vertreter der Leistungserbringer im **des Rettungsdienstes** ein Mitberatungsrecht im Umfang einer Stimme **anzuhören; diese Vertreter des Rettungsdienstes sind von der zuständigen obersten Landesbehörde zu benennen.**~~

„ § 90 Absatz 4a Satz 9 werden nach dem Wort „Landesbehörde“ die Wörter „auf Grundlage der bundeseinheitlichen Vorgaben gemäß § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 (neu)“ eingefügt.

§ 101 Absatz 1 Satz 1 wird um die folgende Nummer 7 ergänzt:

„7. Bundeseinheitliche Vorgaben für die Standortbestimmung von Integrierten Notfallzentren gemäß § 123a und 123b“

Nach § 90 Absatz 4a Satz 6 wird der folgende neuer Satz 7 eingefügt:

„Der erweiterte Landesausschuss kann für die Beschlussfassung in seiner Geschäftsordnung abweichend von Satz 1 die Besetzung mit einer kleineren Zahl von Mitgliedern festlegen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 – § 90a Gemeinsames Landesgremium

A) Beabsichtigte Neuregelung

In das gemeinsame Landesgremium können künftig auch die Rettungsdienste einbezogen werden.

B) Stellungnahme

Die Rettungsdienste sind nicht einheitlich organisiert und können nicht durch eine zentrale Organisation vertreten werden. Insofern ist eine Einbeziehung in Gremien praktisch schwierig. Hierfür wäre es sinnvoll, auf Landesebene zunächst eine gemeinsame Institution zu schaffen, die die Interessen aller Rettungsdienste vertritt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 – § 105

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

Die Verpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einen jährlichen Bericht über die Anzahl und den jeweiligen Stand der Vereinbarungen zu erstellen, wird begrüßt. Allerdings sollte dieser Bericht ergänzend zur Übermittlung an das Bundesministerium für Gesundheit grundsätzlich barrierefrei im Internet von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung veröffentlicht werden.

C) Änderungsvorschlag

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

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich **können** vereinbaren über die Mittel nach Absatz 1a hinaus einen zusätzlichen jährlich von beiden Vertragsparteien in gleicher Höhe bereitzustellenden

zweckgebundenen Betrag zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes **vereinbaren.“**

Nach Satz 1 wird folgender Satz ergänzt:

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

Nach dem bisherigen Satz 6 werden die folgenden Satz ergänzt:

„Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, die in den Jahren 2020 bis einschließlich 2025 für die Sicherstellung des Notdienstes insgesamt aufgewendeten finanziellen Mittel detailliert und transparent nachzuweisen; mindestens ist das im Vorjahreszeitraum von der Kassenärztlichen Vereinigung bereitgestellte Finanzvolumen auch nach Umstellung der Notdienststrukturen weiterhin alleinig von der Kassenärztlichen Vereinigung aufzubringen.“

In § 105 Absatz 1b n.F. wird der bisherige Satz 9 gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 – § 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Redaktionelle Anpassung im Zuge der Neufassung von § 75 Absatz 1b.
- b) Der Auftrag des G-BA zur Festsetzung einer Richtlinie für ein qualifiziertes, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren wird aufgehoben. Die bereits beschlossene, aber beanstandete Ersteinschätzungsrichtlinie des G-BA verliert damit ihre Rechtsgrundlage. Der Auftrag an den G-BA soll mit den beabsichtigten Neuregelungen überführt werden zum Teil in einen neuen Auftrag an den G-BA zur Festlegung von Vorgaben für ein Ersteinschätzungsinstrument sowie zur sachlichen und personellen Ausstattung von Notdienstpraxen in INZ (§ 123 Absatz 3 SGB V (neu)) sowie zum Teil in die Kooperationsvereinbarungen zur Organisation von INZ zwischen Krankenhausträgern und zuständiger KV (§ 123a Absatz 2 SGB V (neu)).

B) Stellungnahme

- a) Die gesetzliche Anpassung verweist auf § 75 Absatz 1b Satz 9 und damit auf Regelungen zu einem gesetzlich definierten Servicelevel des aufsuchenden Dienstes. Es ist zu prüfen, ob hier ein redaktioneller Fehler vorliegt und der Gesetzentwurf auf § 75 Absatz 1b Satz 10 verwiesen sollte und damit auf die dortigen Regelungen zur Unterstützung von INZ durch kinder- und jugendmedizinische telemedizinische und telefonische Konsilien.
- b) Die Aufhebung des Regelungsauftrages des G-BA zur Festsetzung einer Ersteinschätzungsrichtlinie an dieser Stelle sowie die Aufsplittung und Verschiebung des Regelungsauftrags wird abgelehnt. Das ausgerufene Ziel des Gesetzentwurfs zeigt, dass eine qualifizierte Ersteinschätzung für eine sinnvolle Patientensteuerung nach wie vor benötigt wird und dass es sowohl Vorgaben zur Durchführung der Ersteinschätzung (Verfahren) bedarf als auch Vorgaben für eine technische Unterstützung (Instrument) der Ersteinschätzung. Auch sieht der Gesetzentwurf vor, dass in der Ersteinschätzung sowohl der medizinischen Behandlungsbedarf als auch die sachgerechte Versorgungsebene bestimmt werden sollen. Diese Regelungsinhalte waren bereits Bestandteil der im G-BA im Juli 2023 beschlossenen Ersteinschätzungs-Richtlinie. Das Ziel, die Notaufnahmen von nicht akut behandlungsbedürftigen Fällen zu entlasten, kann durch die Regelungen nicht erreicht werden, da die Möglichkeiten zur Weiterleitung von ambulant behandlungsfähigen Patientinnen und Patienten aus der Notaufnahme in die vertragsärztliche Versorgung nicht hinreichend aufgegriffen werden. Durch die beabsichtigten Neuregelungen wird der bisherige G-BA-Auftrag unnötig aufgesplittet in vorrangig technische Vorgaben auf Bundesebene (§ 123 Absatz 3 (neu)) und wichtige strukturelle Vorgaben, wie z. B. die Anforderung an die Qualifikation des Personals, das die Ersteinschätzung von Hilfesuchenden durchführt, auf Ebene der einzelnen INZ (§ 123a Absatz 2 (neu)).

C) Änderungsvorschlag

Für die Vorgaben zur Ersteinschätzung: Beibehaltung von § 120 Absatz 3b in der Fassung des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG).

Für die Vorgaben zum INZ: vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 19 (§ 123a).

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 – § 123 Integrierte Notfallzentren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu geschaffenen § 123 werden Integrierte Notfallzentren (INZ) definiert, die aus einer Notaufnahme eines zugelassenen Krankenhauses, einer Praxis der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zur notdienstlichen Akutversorgung in räumlicher Integration mit der Notaufnahme des betreffenden Krankenhausstandortes sowie der zentralen Ersteinschätzungsstelle in fachlicher Leitung und Verantwortung des Krankenhauses bestehen und bundesweit flächendeckend einzurichten sind. Krankenhäuser, von denen ein Standort als INZ festgelegt wurde, sind zur Kooperation mit der KV verpflichtet. Die notdienstliche Akutversorgung soll insbesondere durch Kooperation und organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern in INZ durch die KV sichergestellt werden. Innerhalb der INZ erfolgt eine digitale Fallübergabe zwischen den Betriebsteilen.

In der Ersteinschätzungsstelle sollen Hilfesuchende, die selbstständig ein INZ aufsuchen, gemäß Absatz 2 der Neuregelung eine Ersteinschätzung erhalten, bei der die Behandlungsdringlichkeit und die geeignete Versorgungsebene festgestellt werden. Die Ersteinschätzung kann im Wege der Delegation durch nichtärztliches Personal erbracht werden. Sofern nach einer notdienstlichen Akutversorgung im INZ eine ambulante Weiterbehandlung erforderlich ist, erfolgt eine Terminvermittlung durch das INZ in die ambulante Regelversorgung und die medizinische Verantwortung für die Versicherten geht in die vertragsärztliche Versorgung über. Hier stellt die Gesetzgebung klar, dass aus Gründen der Patientensicherheit nach einer erfolgten Ersteinschätzung keine Verweisung von Hilfesuchenden aus dem INZ ohne Akutbehandlung vorgesehen ist. Alle Hilfesuchende sollen entweder eine Notfallbehandlung in der Notaufnahme des Krankenhauses oder in der Notdienstpraxis bzw. in einer Kooperationspraxis erhalten. In den INZ sind Hilfesuchende, die nachweisen können, dass sie vor der Inanspruchnahme eine telefonische Vermittlung durch die Akutleitstelle in das INZ erhalten haben, bei gleicher Behandlungsdringlichkeit vorrangig zu behandeln. Das Nähere zum Nachweis der Vermittlung regeln die Bundesmantelvertragspartner.

Absatz 3 der Neuregelung sieht eine neue Richtlinie des G-BA vor, in der insbesondere Vorgaben für ein zukünftiges digitales Ersteinschätzungsinstrument, verschiedene Nachweise und Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen in INZ sowie der Ersteinschätzungsstelle geregelt werden sollen.

Nach Absatz 4 der Neuregelung soll der ergänzte Bewertungsausschuss die für die Vergütung der Leistung der Ersteinschätzung in INZ erforderlichen Anpassungen des EBM beschließen, die Auswirkungen des Beschlusses evaluieren und dem BMG hierüber berichten.

Absatz 5 der Neuregelung sieht die Einbindung psychiatrischer und psychosomatischer Behandlungskompetenz für Hilfesuchende mit Hinweisen auf psychische Erkrankungen vor, die auch durch entsprechende Fachärztinnen und -ärzte oder ein externes Fachkrankenhaus mittels telemedizinischer oder telefonischer Konsile gewährleistet werden kann. Entsprechende Krisendienste sind, wo möglich, einzubeziehen.

Absatz 6 der Neuregelung sieht vor, dass INZ bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen durch telemedizinische oder telefonische Konsilien von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendmedizin unterstützt werden, sofern an einem INZ-Standort kein INZ für Kinder und Jugendliche vorhanden ist. Die erweiterten Landesausschüsse bestimmen die Konzeption und Koordinierung dieser Unterstützung. Die entsprechenden INZ haben die erforderliche technische Ausstattung für die telemedizinische Anbindung vorzuhalten.

Absatz 7 der Neuregelung sieht einen jährlichen Bericht der KV an die Landesplanungsbehörden über die Versorgung in den INZ, die Anzahl der INZ für Kinder und Jugendliche sowie den Anteil der Inanspruchnahme von INZ mit und ohne vorherigen Kontakt zur Akutleitstelle vor. Weiter ist ein jährlicher Bericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) an das BMG vorgesehen.

Absatz 8 der Neuregelung bindet ab Inkrafttreten der neuen G-BA-Richtlinie nach Absatz 3 die Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen zur Behandlung von Notfällen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 an die Nutzung eines Ersteinschätzungsinstruments sowie an die Feststellung eines sofortigen Behandlungsbedarfs. Alternativ soll die Vergütung auch dann zulässig sein, wenn eine Weiterleitung des Hilfesuchenden in die vertragsärztliche Versorgung aus Kapazitätsgründen des nächstgelegenen INZ oder aufgrund des Fehlens eines nächstgelegenen INZ nicht möglich ist. In allen anderen Fällen sieht die Neuregelung eine verpflichtende Weiterleitung des Hilfesuchenden an das nächstgelegene INZ (maximal 30 Minuten Pkw-Fahrzeit) oder die vertragsärztliche Versorgung vor. Erfolgt dennoch eine ambulante Behandlung in der Notaufnahme, sieht die Neuregelung einen Abschlag auf die Vergütung der Leistung nach § 76 Absatz 1 Satz 2 um 50 Prozent vor.

Weiter sieht die Neuregelung in Absatz 9 eine verpflichtende Meldung der Behandlungsdaten der Versicherten in der Notaufnahme durch alle Krankenhäuser mit Notaufnahme an das AKTIN-Notaufnahmeregister vor.

B) Stellungnahme zu Absatz 1

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

Die in Absatz 1 vorgesehene Untergliederung in eine Notaufnahme, eine Notdienstpraxis und eine Ersteinschätzungsstelle unter dem gemeinsamen Dach eines INZ entspricht den langjährigen Vorschlägen des GKV-Spitzenverbandes und wird ausdrücklich begrüßt. Wichtig ist eine engmaschige Überprüfung, ob die Maßnahme tatsächlich in der Lage ist, die Nutzung der Notaufnahmen der Krankenhäuser deutlich zu vermindern und die Anzahl der stationären Aufnahmen signifikant zu senken (der OECD-Durchschnitt scheint als Orientierung geeignet). Soweit diese Ziele nicht erreicht werden, muss eine Nachsteuerung erfolgen.

Die Verortung der fachlichen Leitung und der Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle beim Krankenhaus wird grundsätzlich kritisch bewertet. Die Ersteinschätzungsstelle soll die Zentrale Notaufnahme (ZNA) entlasten und dafür sorgen, dass ambulant behandelbare Fälle auch ambulant versorgt werden. Wichtig ist daher, dass die Ersteinschätzungskraft ihre Entscheidung immer weisungsfrei vom Krankenhaus trifft. Dies sollte durch entsprechende Regelungen in der Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 sichergestellt werden.

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

zu Absatz 2

Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass auch der Gesetzgeber weiterhin die Einführung eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens vorsieht. Gleichwohl ist die vorliegende Regelung im Vergleich zu der bisherigen Regelung in § 120 Absatz 3 und der hierzu beschlossenen Ersteinschätzungs-Richtlinie weniger zielführend. So sieht der Gesetzentwurf keine Möglichkeit vor, Hilfesuchende, bei denen die Ersteinschätzung keinen akuten Behandlungsbedarf ergeben hat, auch ohne Akutbehandlung direkt in die ambulante Regelversorgung außerhalb des INZ und möglicher Kooperationspraxen weiterzuleiten, unterstützt durch das verbindliche Angebot einer Terminbuchung über die Terminservicestelle (TSS). Entscheidende Strukturanforderungen sollen dem Gesetzentwurf nach nicht bundesweit einheitlich, sondern zum Teil krankenhausespezifisch ohne Prüfungsinstanz festgelegt werden, z. B. Anforderungen an das die Ersteinschätzung durchführende Personal (vgl. § 123a Absatz 2). Der GKV-Spitzenverband spricht sich daher für ein Beibehalten der Regelung nach § 120 Absatz 3 in der Fassung des GVG und für ein Inkraftsetzen der vom G-BA beschlossenen Ersteinschätzungsregelung aus bzw. hilfsweise für eine Überführung dieser Regelungen in § 123 Absatz 3.

Positiv hervorzuheben ist, dass die Ersteinschätzung auch durch nichtärztliches Personal in Folge der Delegation erfolgen kann. Ergänzt werden sollten allerdings Regelungen für die Festlegung bundeseinheitlicher Vorgaben zur Qualifikation des Ersteinschätzungspersonals.

Die vorgesehene Terminbuchung für eine ambulante vertragsärztliche Weiterbehandlung ist sinnvoll. Sie sollte jedoch auf Patientinnen und Patienten erweitert werden, für die kein unmittelbarer Behandlungsbedarf im INZ besteht.

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

zu Absatz 3

Der G-BA soll bundeseinheitliche Kriterien für die sächliche und personelle Ausstattung von KV-Notdienstpraxen sowie der Ersteinschätzungsstelle in INZ definieren sowie Vorgaben für ein

standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument festlegen, was ausdrücklich begrüßt wird. Insgesamt erscheint es jedoch nicht sinnvoll, die wesentlichen Strukturanforderungen für INZ auf drei verschiedene Ebenen (G-BA, erweiterte Landesausschüsse, Kooperationsverträge) aufzuteilen. Für eine bundesweit gleichwertige Versorgungsstruktur ist es entscheidend, dass zentrale Vorgaben auf der Bundesebene durch den G-BA festgelegt werden und diese Vorgaben dann in den Regionen als Rahmen für die Entscheidungen der erweiterten Landesausschüsse dienen. Die Kooperationsverträge für die einzelnen INZ sollten verpflichtend diese Vorgaben einhalten und konkret umsetzen müssen.

Die erweiterten Landesausschüsse sollten beauftragt werden, die Einhaltung der Kooperationsvereinbarungen zu prüfen und Verstöße an die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörden zu melden. Diese setzt entsprechende Sanktionsmaßnahmen durch.

Als weiteres Qualitätskriterium für Notdienstpraxen an INZ-Standorten sollten aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes - über Mindestanforderungen an die personelle Ausstattung hinaus - bundeseinheitliche Anforderungen an das ärztliche Personal festgelegt werden, das in einer Notdienstpraxis eingesetzt wird. Es muss bundeseinheitlich sichergestellt werden, dass die eingesetzten Ärztinnen und Ärzte die erforderliche fachliche Eignung aufweisen und zur Behandlung von ambulanten Akutfällen jederzeit in der Lage sind.

Während die Regelungskompetenz für die Erstellung von Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten, standardisierten und digitalen Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs für Hilfesuchende, die selbständig einen Krankenhausstandort aufsuchen dem G-BA obliegt, hat die Kassenärztlichen Bundesvereinigung Richtlinien für ein bundesweit einheitliches standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren im Akutfall nach § 75 Satz 1 Nr. 6 zu regeln. Die unterschiedlichen Regelungskompetenzen sind aufzulösen. Der G-BA sollte künftig den Auftrag erhalten in seiner Richtlinie auch die Ersteinschätzung im Akutfall zu regeln, damit Akutleitstellen Versicherten eine unmittelbare ärztliche Versorgung auf der medizinisch gebotenen Versorgungsebene vermitteln können. Somit erhält der G-BA die Gesamtverantwortung für die Ausgestaltung der Ersteinschätzung über die verschiedenen Versorgungsebenen und gewährleistet einheitliche Regelungen für die Anwendung an ein integratives komplementäres Versorgungssystem im Notfall. Zudem ermöglicht die Verfahrensumstellung, dass neben ärztlichen Interessen auch die Interessen weiterer beteiligter Leistungserbringenden sowie der GKV gleichberechtigt Berücksichtigung finden.

zu Absatz 4

Der Auftrag an den ergänzten Bewertungsausschuss zur Anpassung des EBM zur Abbildung einer Einzelleistung für die Ersteinschätzung ist nachvollziehbar, um der zukünftig andersartigen Leistungsaufteilung zwischen den Trägern eines INZ gerecht zu werden. Hierzu sind die bisherigen Notfallpauschalen entsprechend ausgabenneutral im Hinblick auf die Einzelleistung für die Ersteinschätzung zu differenzieren. Der vorgesehene Evaluationsauftrag an den ergänzten Bewertungsausschuss wird begrüßt.

zu Absatz 5

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Die konkrete Ausgestaltung obliegt dem GBA in der Richtlinie. In Kliniken ohne eigene psychiatrische Fachabteilung wird darüber bei Bedarf eine psychiatrische Mitbehandlung sichergestellt und so die Versorgungsqualität verbessert. Die Konsile sollten jedoch nicht nur durch externe psychiatrische Fachkliniken erfolgen, sondern auch durch externe

psychiatrische Fachabteilungen, die rund 50 % der Versorgung sicherstellen. Eine Einbindung psychologischer Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten wird abgelehnt, da keine medizinischen und psychopharmakologischen Kompetenzen vorliegen.

zu Absatz 6

Die vorgesehene Unterstützung von INZ durch telemedizinische Konsile nach § 367 und telefonische Konsile von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendmedizin, falls der Standort kein INZ für Kinder- und Jugendliche ist, wird begrüßt. Die Kann-Regelung für den erweiterten Landesausschuss, Empfehlungen für die landesweite Konzeption und Koordinierung dieser Unterstützung auszusprechen, ist hingegen nicht zielführend. Zur Vermeidung von Flickenteppichen in der Versorgung und aufgrund der beim G-BA vorhandenen Fachkompetenz, die in den erweiterten Landesausschüssen derzeit so nicht vorliegt, ist eine bundeseinheitliche Lösung über eine Vorgabe des G-BA vorzuziehen, während die Koordinierung durch die erweiterten Landesausschüsse erfolgen kann.

zu Absatz 7

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

zu Absatz 8

Die mit den Regelungen nach Absatz 8 beabsichtigte Klarstellung zur zukünftigen Vergütung ambulanter Krankenhausbehandlung von Notfällen und deren Verknüpfung mit der Durchführung einer Ersteinschätzung und der Vorlage eines entsprechenden Ersteinschätzungsergebnisses eines sofortigen Behandlungsbedarfs wird ausdrücklich begrüßt. Damit wird die Durchführung einer Ersteinschätzung und der Vorlage eines entsprechenden Ersteinschätzungsergebnisses auch für Krankenhausstandorte ohne INZ und damit für alle nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser verpflichtend. Das ist ein wichtiger Schritt in Richtung einer qualitätsgesicherten Patientensteuerung an Krankenhäusern. Mit dem vorgesehenen Aufbau von INZ an ausgewählten Krankenhäusern (§§ 123, 123a) wird eine flächendeckende, bedarfsgerechte ambulante Notfallversorgung an Krankenhäusern sichergestellt. Eine ambulante Notfallversorgung durch Krankenhäuser ohne INZ sollte daher eine absolute Ausnahme darstellen und an die Voraussetzung eines sofortigen ärztlichen Behandlungsbedarfs geknüpft sein. Hierfür braucht es zwingend bundeseinheitliche Vorgaben, die vom G-BA festgelegt werden sollten im Rahmen seiner Richtlinie nach § 123 Absatz 3. Alle anderen ambulanten Notfälle sollten von Krankenhäusern ohne INZ auf Grundlage des Ersteinschätzungsergebnisses an das nächstgelegene INZ verwiesen werden. Der vorgesehene Vergütungsabschlag ist daher sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 wird nach Satz 2 folgender Satz ergänzt:

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

In Absatz 1 wird nach Satz 5 folgender Satz eingefügt:

„Die Nationale Agentur für Digitale Medizin (Gematik), das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) und der Bundesbeauftragte für den Datenschutz legen sechs Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes ein datenschutzkonformes Konzept für die Umsetzung der digitalen Fallübergabe vor.“

In Absatz 2 wird in Satz 3 folgender Halbsatz ergänzt:

„das Ergebnis der Ersteinschätzung ist für die Ersteinschätzungsstelle grundsätzlich verbindlich.“

Zu Absatz 3:

Absatz 3 wird um folgenden neuen Satz 2 ergänzt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in seiner Richtlinie gemäß Satz 1 zusätzlich ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren, auf dessen Grundlage die Vermittlung in Akutfällen nach § 75 Absatz 1c Satz 2 zu erfolgen hat.“

Hilfsweise Ergänzung zum vorliegenden Gesetzentwurf:

Absatz 3 Satz 1 wird um folgende neue Nummer 9 ergänzt:

„ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren, auf dessen Grundlage die Vermittlung in Akutfällen nach § 75 Absatz 1c Satz 2 zu erfolgen hat.“

Für die Vorgaben zur Ersteinschätzung: Beibehaltung von § 120 Absatz 3b in der Fassung des GVWG.

Für die Vorgaben zu INZ: vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 19 (§ 123a).

Absatz 6 Satz 2 wird wie folgt gefasst und durch einen neuen Satz 3 ergänzt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss legt bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in einer Regelung Mindestanforderungen für die telemedizinische Unterstützung, insbesondere zur technischen Ausstattung, zur Erreichbarkeit, zur Qualifikation, zu erforderlichen Schulungen und zu regelmäßigen Fortbildungen fest. Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a koordiniert auf Basis dieser Vorgabe die telemedizinische Unterstützung.“

Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt angepasst:

Nach den Worten „Verwaltungsbehörden der Länder“ werden die Worte **„und den erweiterten Landesausschüssen nach § 90 Absatz 4a“** eingefügt.

Absatz 7 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht jährlich barrierefrei im Internet einen Bericht über die in Satz 1 genannten Sachverhalte, erstmals zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des siebenundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats].“

Absatz 7 wird um den folgenden Satz 3 ergänzt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Landeskrankenhausgesellschaften sind verpflichtet, die Bevölkerung innerhalb von sechs Wochen nach Bestimmung gemäß § 123a Absatz 1 zielgerichtet und wiederholt in Form von analogen und digitalen Werbemaßnahmen über die Angebote der Akutleitstellen und der Terminservicestellen, die Standorte der Integrierten Notfallzentren, ihre Öffnungszeiten und die Inanspruchnahmevoraussetzungen zu informieren.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19 – § 123a (neu) Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im neuen § 123a wird in Absatz 1 geregelt, dass die erweiterten Landesausschüsse innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes die Standorte der INZ bestimmen. Ein Krankenhausstandort ist hierfür festlegbar, sofern mindestens die Notfallstufe Basisnotfallversorgung gemäß den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern erfüllt sind und keine berechtigten Interessen des Krankenhauses der Bestimmung entgegenstehen. Die erweiterten Landesausschüsse haben bei der Standortfestlegung verschiedene Kriterien zu berücksichtigen, auch für den Fall, dass mehrere Krankenhausstandorte für eine Planungsregion geeignet sind. Wenn es zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist, kann von den Kriterien abgewichen werden. Die Standortfestlegung unterliegt einer regelmäßigen Überprüfung durch die erweiterten Landesausschüsse.

Absatz 2 der Neuregelung sieht vor, dass die KV und die Krankenhausträger zur Organisation des INZ gemäß den Vorgaben eine Kooperationsvereinbarung abschließen und ein Organisationsgremium einrichten. Die Mindestinhalte der Kooperationsvereinbarung werden gesetzlich festgelegt. Darüber hinaus wird festgelegt, dass die Notdienstpraxen täglich von 10:00 Uhr bis 22:00 Uhr zu öffnen sind, sofern diese Öffnungszeiten nachweislich nicht bedarfsnotwendig sind.

Absatz 3 regelt die Konfliktlösung für Fälle einer fehlenden Einigung über die Kooperationsvereinbarung nach Absatz 2. In diesen Fällen wird die Kooperationsvereinbarung durch eine unabhängige Schiedsperson festgelegt.

Absatz 4 stellt klar, dass bereits bestehende Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern in INZ zu überführen sind.

B) Stellungnahme zu Absatz 1

Die erweiterten Landesausschüsse sind grundsätzlich geeignete Gremien, um Entscheidungen zu sektorenübergreifenden Fragestellungen zu treffen. Allerdings werden den Ländern weitgehende Rechte zur Festlegung von INZ-Standorten zugewiesen, sofern der erweiterte Landesausschuss nicht innerhalb von sechs Monaten zu einer Mehrheitsentscheidung gekommen ist. Hier ist zu befürchten, dass neben sachbezogenen Erwägungen auch tagespolitische Kriterien für Entscheidungen herangezogen werden. Daher sollte einer Entscheidung der erweiterten Landesausschüsse zwingend eine bundeseinheitliche Planungsgrundlage für die Festlegung von INZ-Standorten durch den G-BA vorgeschaltet werden. Der G-BA hat die Regelungskompetenz für die vertragsärztliche Bedarfsplanung. Da KV-Notdienstpraxen als wesentliches Element der INZ im Sicherstellungsauftrag der KV liegen, ist es nach Dafürhalten des GKV-Spitzenverbandes zwingend, die Regelungskompetenz des G-BA entsprechend auf die Planung von bedarfsgerechten Kapazitäten für die notdienstliche Akutversorgung zu erweitern. Die Bedarfsplanung des G-BA lässt stets auch Spielräume für die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten.

Der Ansatz des Gesetzgebers in Absatz 1 Kriterien vorzugeben sowie die grundsätzliche Auswahl der Kriterien werden begrüßt. Allerdings erscheinen einige Kriterien im Sinne einer bedarfsgerechten Angebotsgestaltung nicht hinreichend ausdifferenziert und in der Folge nicht unmittelbar umsetzbar. So ist der im Gesetzentwurf berücksichtigte Bevölkerungsbezug wichtig. Es fehlt jedoch eine Richtgröße, für wie viele Einwohner einer Planungsregion ein INZ zuständig sein soll, sowie ein Ansatz, um den Bevölkerungsbezug mit der benötigten Zahl an ärztlichen Kapazitäten eines INZ in Verbindung zu bringen (Verhältniszahl). Die Erreichbarkeit ist planungsrelevant, der öffentliche Personennahverkehr (ÖPNV) ist allerdings ungeeignet, weil sich aus der ÖPNV-Abdeckung keine sinnvollen Planungsoptionen für medizinische Versorgungsangebote ableiten lassen. So bedingt eine geringe ÖPNV-Abdeckung in einer dünn besiedelten, ländlichen Region nicht unmittelbar einen höheren Bedarf an INZ. Es wird begrüßt, dass der Regelungsvorschlag bei der Standortauswahl eine Auswahlentscheidung zwischen mehreren geeigneten Kliniken vorsieht. Es fehlen jedoch eine bevölkerungsbezogene Obergrenze sowie eine Kapazitätsbetrachtung der KV-Notdienstpraxen. Neben den Notfallstufen, den Fallzahlen und der Frage, ob am Standort bereits eine KV-Notdienstpraxis besteht, ist es zudem relevant, ob es sich um ein Sicherstellungshaus handelt. Sachgerecht erscheint eine gleichwertige Priorisierung zu bestehenden Notdienstpraxen der KV.

Die Regelung zur Bestimmung von INZ-Standorten abweichend von den genannten Kriterien zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung ist grundsätzlich nachvollziehbar. Es sollte allerdings ermöglicht werden, dass in diesen Fällen neben einem zusätzlichen INZ-Standort gleichfalls auch eine bedarfsgerechte notdienstliche Akutversorgung durch die aufsuchenden Dienste gemäß § 75 Absatz 1b Satz 5 Nummer 3 in Betracht gezogen werden kann. Bei einer geringen Bevölkerungsdichte und fehlenden Krankenhausstandorten dürfte dies vielfach die wirtschaftlichere Versorgungsstruktur darstellen.

Zu Absatz 2

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass eine Vielzahl der Strukturanforderungen, die sinnvoll durch den G-BA im Sinne bundeseinheitlicher Vorgaben zu treffen wären, in hochkomplexen Einzelverträgen zwischen Krankenhausträgern und KV geregelt werden sollen. Die vorgesehene Regelung über Einzelverträge führt zu einer hohen Intransparenz über die Versorgungsangebote in der notdienstlichen Akutversorgung. Für eine bundesweit hoch- und gleichwertige Versorgungsstruktur müssen die zentralen Strukturanforderungen bundeseinheitlich festgelegt werden. Dies betrifft vor allem die Anforderungen an die personelle Ausstattung und Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle von INZ. Der G-BA ist für die Festlegung solcher Vorgaben das geeignete Gremium. Vor dem Hintergrund der hohen Anzahl erforderlicher INZ erscheint es auch nicht praktikabel, für jedes INZ ein eigenes Organisationsgremium zu bilden. Hier wäre es sinnvoller, dessen Funktionen auf höheren regionalen Ebenen (z. B. den KV-Bezirken) durch die KV und Landeskrankenhausgesellschaften zu bündeln.

Die in Satz 5 vorgenommene gesetzliche Vorgabe einer Mindestöffnungszeit von 12 Stunden täglich wird als deutlich zu umfangreich gesehen. Damit werden auch übliche Sprechstundenzeiten der vertragsärztlichen Versorgung mitabgedeckt und es entsteht eine parallele und damit doppelte Versorgungsstruktur für vertragsärztlich zu versorgende Akutfälle. Routinedaten zeigen, dass die Auslastung der bestehenden ärztlichen Bereitschaftsdienstpraxen der KV im Durchschnitt als gering beschrieben werden kann, während sich für einzelne Krankenhausstandorte hohe Auslastungen zeigen. Daher scheint es aus Bedarfs- und Wirtschaftlichkeitsgründen dringend geboten, geeignete bundeseinheitliche Kriterien für die Öffnungszeiten von Notdienstpraxen festzulegen, bei denen das

tatsächliche Patientenaufkommen berücksichtigt wird. Für KV-Notdienstpraxen an INZ-Standorten mit hohen Fallzahlen könnte eine ambulante Notfallversorgung zu Sprechstundenzeiten bedarfsgerecht und pragmatisch durch die Vergabe von regulären vertragsärztlichen Zulassungen (Medizinische Versorgungszentren) erreicht werden. Die bisher vorgesehene Regelung lässt auch offen, wer auf welcher Grundlage die Einhaltung der Öffnungszeiten überprüft und welche Konsequenzen mit einer Nichteinhaltung verbunden wären. Die Sanktionsmöglichkeiten erscheinen unzureichend auf Einzelvertragsebene begrenzt.

zu Absatz 3

Die vorgesehenen Schiedslösungen sind grundsätzlich sachgerecht, allerdings nur bei entsprechender Geltung von bundesweiten Vorgaben und entsprechender Verschlankung der noch offenen Regelungsinhalte realistisch umsetzbar.

zu Absatz 4

Eine Berücksichtigung von bestehenden KV-Notdienstpraxen bei der Festlegung von INZ-Standorten nach Absatz 1 Satz 1 ist sachgerecht, um bereits etablierte und funktionierende Strukturen beizubehalten und in die neuen Versorgungsstrukturen mit INZ zu überführen.

C) Änderungsvorschlag

In § 101 Absatz 1 Satz 1 wird nach der Nummer 3a die folgende Nummer 3b eingefügt:

„3b. Allgemeine Voraussetzungen nach denen der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a Feststellungen gemäß § 123, 123a und 123b trifft.“

In § 101 wird folgender Absatz 7 ergänzt:

„Die Allgemeinen Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3b umfassen insbesondere die folgenden Kriterien:

- 1. eine Planungsregion, zum Beispiel eine Planung auf Kreis- bzw. Bezirksebene in Großstädten,**
- 2. eine Kapazitätsplanung mit Bevölkerungsbezug, zum Beispiel mittels einer Verhältniszahl, die den Bedarf an Ärztinnen und Ärzten für die notdienstliche Akutversorgung der Bevölkerung in KV-Notdienstpraxen abbildet und die Festlegung der maximalen personellen Kapazitäten je KV-Notdienstpraxis,**
- 3. sachliche und personelle Mindestanforderungen für den Betrieb einer KV-Notdienstpraxis einschließlich der Vorgaben zur Ermittlung von bedarfsgerechten Mindestöffnungszeiten in Abhängigkeit vom Patientenaufkommen,**
- 4. eine Erreichbarkeit für 95 v. H. der Bevölkerung innerhalb von 30 Pkw-Fahrzeitminuten, und**
- 5. die Berücksichtigung der Notfallstufe der Krankenhäuser; Voraussetzung ist mindestens die Erfüllung der Anforderungen der Basisnotfallstufe gemäß Abschnitt III der Notfallstufenregelung des Gemeinsamen Bundesausschusses.**

Für die Auswahl der Standorte bei mehreren geeigneten Krankenhäusern erfolgt die Auswahl nach der folgenden Reihenfolge:

1. **Vorrangigkeit von höheren Notfallstufen der Krankenhäuser**
2. **Sicherstellungshäuser**
3. **bestehende KV-Notdienstpraxen**
4. **Vorrangigkeit von höheren stationären Fallzahlen der Krankenhäuser."**

§ 123a Absatz 1 Satz 6 wird wie folgt geändert:

„Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann abweichend von den Sätzen 3 bis 5 einen Krankenhausstandort bestimmen, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist, **und einer Versorgung durch den aufsuchenden Dienst gemäß § 75 Absatz 1b Satz 4 Nummer 3 nicht wirtschaftlicher ist.**“

Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Zur Organisation des Integrierten Notfallzentrums schließen die Kassenärztliche Vereinigung und der Krankenhausträger innerhalb von sechs Monaten, nachdem der Krankenhausstandort als Standort eines Integrierten Notfallzentrums nach Absatz 1 Satz 1 bestimmt worden ist, eine Kooperationsvereinbarung. Die Kooperationsvereinbarung ist von dem zuständigen erweiterten Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a zu genehmigen. In der Kooperationsvereinbarung nach Satz 1 ist insbesondere das Nähere zu vereinbaren

1. **zur Organisation des Integrierten Notfallzentrums sowie zur personellen Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle und der Weisungsfreiheit des Personals,**
2. **zur Ausgestaltung der Ausschreibung des gemäß § 123 Absatz 5 abzuschließenden Versorgungsvertrags nach § 12b Apothekengesetz einschließlich der Möglichkeit der Anmietung oder Gestellung von Räumlichkeiten durch oder für Apotheken,**
3. **zur Nutzung der technischen und diagnostischen Einrichtungen des Krankenhauses durch die Notdienstpraxis einschließlich Nutzungsentgelten und**
4. **zu einem gemeinsamen Qualitätsmanagement nach Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses.**

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt bis zum [xxxx] geeignete bundeseinheitliche Kriterien für die Festlegung der Öffnungszeiten von Notdienstpraxen fest, bei denen das tatsächliche Patientenaufkommen berücksichtigt wird, wobei mindestens an Wochenenden und Feiertagen sowie Montag bis Freitag nach dem Ende der regulären vertragsärztlichen Sprechzeiten Öffnungszeiten vorzusehen sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt weiterhin fest, nach welchen Kriterien an einzelnen Standorten mit über- oder unterdurchschnittlich hohem Notfallaufkommen die Öffnungszeiten der Notdienstpraxen bedarfsgerecht über die sprechstundenfreien Zeiten hinaus zu erweitern bzw. zu reduzieren sind. Vertragliche Regelungen nach Satz 1 und 2 können als Rahmenvertrag in dreiseitigen Verträgen nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 landesweit vorgegeben werden. Die Vorgaben zu den Mindestöffnungszeiten nach § 101 Absatz 7 Nummer 3 sind von dem jeweiligen Integrierten Notfallzentrum einzuhalten. Die Kooperationsvereinbarungen sind den erweiterten Landesausschüssen zur Prüfung gemäß § 90 Absatz 4a Satz 11 (neu) zu übermitteln.“

Sofern eine Vorgabe durch den G-BA abgelehnt wird, sollte die Standortauswahl nach Kriterien erfolgen, die der Gesetzgeber konkreter vorgibt.

Alternativer Formulierungsvorschlag:

§ 123a wird wie folgt gefasst:

“§ 123a

Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

- (1) Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a bestimmt bis zum [...] [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser, an denen Integrierte Notfallzentren eingerichtet werden, auf der Grundlage der folgenden bundeseinheitlichen Vorgaben.**
- (2) Planungsregion für die Festlegung von Standorten für Integrierte Notfallzentren sind die Kreise und kreisfreien Städte. Für Berlin und Hamburg erfolgt die Planung auf der Ebene von Bezirken bzw. Stadtteilen.**
- (3) Für mindestens 95 Prozent der Bevölkerung ist ein Standort für ein Integriertes Notfallzentrum innerhalb von 30 PKW-Fahrtzeitminuten erreichbar.**
- (4) Die Planung erfolgt bevölkerungsbezogen. Die je Planungsregion erforderlichen ärztlichen Kapazitäten für die ambulante Notfallversorgung in den KV-Notdienstpraxen der Integrierten Notfallzentren sind regionalspezifisch zu ermitteln und auf geeignete Standorte gemäß Absatz 5 und 6 zu verteilen.**
- (5) Geeignete Standorte, auf die die erforderlichen ärztlichen Kapazitäten nach Absatz 4 verteilt werden, erfüllen die folgenden Anforderungen:**
 - 1. Die Voraussetzungen der Notfallstufe Basisnotfallversorgung gemäß der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 in der jeweils gültigen Fassung werden erfüllt.**
 - 2. Der Auswahl stehen keine Interessen des Krankenhauses entgegen.**
- (6) Bei der Standortauswahl sind die folgenden Kriterien der Reihenfolge nach anzuwenden:**
 - 1. Auswahl des Krankenhausstandortes mit der höchsten Notfallstufe,**
 - 2. bei gleicher Notfallstufe: Auswahl des Krankenhausstandortes mit Sicherstellungsstatus gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 in der jeweils gültigen Fassung,**

- 3. bei gleicher Notfallstufe und gleichem Sicherstellungsstatus nach Nummer 2: Auswahl des Krankenhausstandortes mit bestehender KV-Notdienstpraxis,**
 - 4. bei gleicher Notfallstufe, gleichem Sicherstellungsstatus, gleichem Vorhandensein einer KV-Notdienstpraxis: Auswahl des Krankenhausstandortes mit der höchsten stationären Fallzahl im Jahr 2023.**
- (7) Die Auswahl der geeigneten Standorte erfolgt nacheinander nach den Kriterien gemäß Absatz 6. Die Anzahl der auszuwählenden Standorte richtet sich nach der zu versorgenden Bevölkerung im Planungsbereich. Ein weiterer Standort sollte jeweils ausgewählt werden, wenn ein Integriertes Notfallzentrum an einem Krankenhaus mit Basisnotfallstufe mehr als 150.000 Einwohner versorgt oder ein Integriertes Notfallzentrum an einem Krankenhaus mit umfassender oder erweiterter Notfallstufe mehr als 350.000 Einwohner versorgt.**
- (8) Der erweiterte Landesausschuss kann begründet von den bundeseinheitlichen Vorgaben gemäß Absatz 7 Satz 3 abweichen, wenn und solange dies für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. Die entscheidungsrelevanten Gründe sind durch die für die Sozialversicherung zuständigen oberste Verwaltungsbehörde des Landes zu veröffentlichen.**
- (9) Die ausgewählten Standorte für Integrierte Notfallzentren sind in den Bedarfsplänen gemäß § 99 abzubilden. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt hierfür im Rahmen seiner Regelungskompetenz gemäß § 101 ein bundeseinheitliches Format fest. Die erweiterten Landesausschüsse übermitteln die ausgewählten Standorte unter Verwendung des vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 2 festgelegten Formates an die Kassenärztlichen Vereinigungen.“**

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19 – § 123b (neu) Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

§ 123b Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst: **„Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann auf Basis der Kriterien nach § 101 Absatz 7 und abhängig von der Verfügbarkeit von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendmedizin Standorte zugelassener Krankenhäuser bestimmen, an denen Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche eingerichtet werden.“**

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20 – § 133 (neu) Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Krankentransporten, Krankentransportflügen und Krankenfahrten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Regelung soll im Wesentlichen die bisherige Rechtslage abbilden und Folgeänderungen zur Aufnahme der medizinischen Notfallrettung als eigenständigen Leistungsbereich vornehmen. Nach der vorgesehenen Regelung können Entgelte weiterhin einseitig auf landes- oder kommunalrechtlicher Grundlage festgelegt werden (Absatz 2). Nur sofern hiervon kein Gebrauch gemacht wird, erhalten die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Möglichkeit, mit den landesrechtlichen Trägern oder Leistungserbringern alternative Vergütungsformen (z. B. Verträge) zu nutzen. Grundlage sollen Kalkulationsdaten sein, die den Krankenkassen vorzulegen sind. Die Kosten sollen die besonderen Anforderungen des Gesundheitsleitsystems nach § 133a sowie die auf Bundesebene beschlossenen Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung berücksichtigen. Absatz 2 widersprechend werden nach Absatz 3 die Entgelte per se auf landes- oder kommunalrechtlicher Grundlage festgelegt.

B) Stellungnahme

Die Abkehr von einer reinen Fahrkostenerstattung für rettungsdienstliche Leistungen ist grundsätzlich sachgerecht und eine transparentere Aufteilung der Kosten wird ausdrücklich begrüßt. Insbesondere sind beispielsweise Investitions- und Vorhaltekosten von Betriebskosten abzugrenzen und ordnungspolitisch nicht der Kostentragung durch die GKV zuzurechnen. Die Möglichkeit, Entgelte einseitig auf landes- oder kommunalrechtlicher Grundlage festzulegen, wird hingegen abgelehnt. Eine solche Regelung ist nicht geeignet, eine transparente und leistungsbezogene Vergütung auf vertraglicher Basis zu fördern und damit eine wirtschaftliche Finanzierung rettungsdienstlicher Leistungen sicherzustellen.

Diesbezüglich besteht ein Regelungskonflikt zwischen den Absätzen 2 und 3. Absatz 2 will das bisherige System grundsätzlich beibehalten, wonach Entgelte vertraglich vereinbart werden können, sofern keine landes- oder kommunalrechtliche Festlegung erfolgt ist. Absatz 3 legt dagegen fest, dass Entgelte immer festgesetzt werden. Für vertragliche Vereinbarungen, an denen die Krankenkassen oder ihre Landesverbände angemessen beteiligt werden, bleibt unter diesem Wortlaut kein Raum mehr. Dies wäre ein enormer Rückschritt zum Ist-Zustand. Ausweislich der Gesetzesbegründung ist keine Abschaffung von Vertragslösungen intendiert. Dies sollte im Normtext mindestens klargestellt werden. Zweckdienlicher wäre es, generell die Entgelte unter Beteiligung der Krankenkassen oder deren Landesverbänden auf Verhandlungswege zu vereinbaren.

Die vorgesehene Verpflichtung zur Vorlage von Kalkulationsdaten im Falle von Vertragslösungen stellt zudem nur einen ersten Schritt in die richtige Richtung dar. Allerdings müssen diese Daten zwingend frühzeitig in die Verhandlungen eingebracht werden und dürfen nicht erst unmittelbar vor Vertragsabschluss vorgelegt werden. Eine so späte Übermittlung würde die Überprüfbarkeit und Nachvollziehbarkeit der Kostendaten erheblich einschränken und eine qualifizierte Bewertung durch die Krankenkassen faktisch verhindern.

Zudem ist eine transparente und eindeutig normierte Abgrenzung der Kosten für Rettungsleitstellen als Teil eines neu geschaffenen Gesundheitsleitsystems erforderlich. Auch hier bedarf es einer Klarstellung, sodass Aufgaben der Daseinsvorsorge nicht zweckfremd durch die GKV finanziert werden. Bei jenen Kosten, die in Verbindung mit einer Krankenbehandlung stehen, kann die Finanzierung außerdem nicht bei der GKV enden. So wäre beispielsweise auch die Kostendeckung für Privatversicherte, die ebenfalls die Rettungsleitstellen kontaktieren, durch die Private Krankenversicherung festzulegen.

Die Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen in den Verträgen ist ein grundsätzlich begrüßenswerter Ansatz. Diese Empfehlungen sollten jedoch verbindlich ausgestaltet werden, um eine bundesweit einheitliche Anwendung der Qualitätsanforderungen sicherzustellen.

C) Änderungsvorschlag

Es sollte gesetzlich geregelt werden, dass die Vergütung ausschließlich auf Grundlage vertraglicher Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den landesrechtlichen Trägern oder Leistungserbringern erfolgt. Hilfsweise sind die Sätze 1 und 2 des Absatzes 3 aufgrund von Regelungskonflikten mit Absatz 2 zu streichen. Absatz 3 Satz 3 sollte dann den Wortlaut des bisherigen § 133 Absatzes 2 Halbsatz 1 übernehmen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21 – § 133a (neu) Gesundheitsleitsystem

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der neu eingeführten Vorschrift des § 133a soll ein Gesundheitsleitsystem geschaffen werden, das Hilfesuchende – unabhängig davon, ob sie sich an die Akutleitstelle der KV (116 117) oder an die Rettungsleitstelle (112) wenden – in die jeweils erforderliche medizinische Versorgung steuert. Auf Antrag eines Trägers der Rettungsleitstelle ist die zuständige KV verpflichtet, eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems abzuschließen. Die Kooperationsvereinbarung soll insbesondere Regelungen zur Abstimmung und Kompatibilität der Abfragesysteme in den Gesundheitsleitsystemen, zu den technischen und strukturellen Anforderungen, zum gemeinsamen Qualitätsmanagement sowie zur verbindlichen Übernahme und unverzüglichen Bearbeitung übergebener Fälle zwischen den Leitstellen enthalten. Von den Aufgaben ausdrücklich nicht umfasst sind die weiteren Aufgaben der jeweiligen Kooperationspartner und insbesondere nicht die weiteren öffentlichen Aufgaben der Leitstellen, die mit der Notrufnummer 112 verbunden sind.

B) Stellungnahme

Die Einführung eines Gesundheitsleitsystems wird grundsätzlich positiv bewertet, da sie die digitale Vernetzung von Rettungsleitstellen (112) und Akutleitstellen (116 117) ermöglicht und damit eine bedarfsgerechte Steuerung der Hilfesuchenden unterstützt. Die gesetzliche Kooperationspflicht der KV, die verbindliche Ausgestaltung der medienbruchfreien Datenübergabe sowie die Vorgaben für ein gemeinsames Qualitätsmanagement werden ausdrücklich begrüßt. Ebenso zu begrüßen sind die Standardisierung der Abfragesysteme und die klare Regelung der jeweiligen Zuständigkeiten für das regionale Versorgungsangebot.

Offen bleibt allerdings, wie eine flächendeckende Vernetzung beider Leitstellen in ein Gesundheitsleitsystem sichergestellt werden kann. Die vorgesehene Regelung, die eine Einrichtung des Gesundheitsleitsystems nur auf Antrag eines Trägers der Rettungsleitstelle vorsieht, könnte die bundesweit flächendeckende Umsetzung erheblich verzögern. Dies birgt die Gefahr, dass bei der Umsetzung der Vorgaben nach § 133a Absatz 2 und 3 (u. a. technische Vernetzung, Bewertung des Gesundheitszustandes auf Basis von Abfragesystemen, Qualitätsmanagement) sehr unterschiedliche Regelungen entstehen. Gleiches gilt für die Vorgaben zur Überprüfbarkeit und kontinuierlichen Kontrolle des Standards der verwendeten Abfragesysteme. Zwar sollen die KV auf möglichst einheitliche Vereinbarungen zur Abstimmung der Abfragesysteme hinwirken. Ob dies aufgrund des Initiativrechts des Trägers der Rettungsleitstellen zur Gründung einer Kooperation gelingen kann, bleibt fraglich.

Die vorgeschlagene Regelung reicht daher nicht aus, um das Ziel einer bundesweit einheitlichen und gleichwertigen Notfallversorgung zu erreichen. Es ist zu befürchten, dass sie lediglich zu einer begrenzten Harmonisierung in einzelnen Rettungsdienstbezirken führt. Eine solche Teilangleichung mag zwar regional begrenzt erfolgreich sein, würde aber nicht den Anforderungen an ein modernes, bundesweit konsistentes System gerecht werden und dürfte erneut erheblichen Reformbedarf auslösen.

C) Änderungsvorschlag

Zur Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen und leistungsfähigen Patientensteuerung sollte die verbindliche Vereinheitlichung der standardisierten Abfragesysteme gesetzlich geregelt werden.

Darüber hinaus ist vorzusehen, dass die Einrichtung des Gesundheitsleitsystems bundesweit verpflichtend und nicht ausschließlich auf Antrag einzelner Rettungsleitstellen erfolgt.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21 – § 133b (neu) Qualitätsausschuss Notfallrettung und § 133c (neu) Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der geplanten Regelung soll beim BMG ein Gremium eingerichtet werden, das insbesondere Empfehlungen zu Qualitätskriterien sowie Vorgaben für interoperable Datensätze und die digitale Notfalldokumentation beschließt. Das Gremium soll aus stimmberechtigten Mitgliedern des GKV-Spitzenverbandes und der Länder mit paritätischer Stimmgewichtung bestehen. Zusätzlich sollen stimmberechtigte Vertreter der Leistungserbringer des Rettungsdienstes, der maßgeblichen Fachgesellschaften und der maßgeblichen Berufsverbände benannt werden.

Das Recht, Themen zur Beratung in den Qualitätsausschuss einzubringen, soll dem BMG und den Ländern vorbehalten sein.

B) Stellungnahme

Die Einführung bundeseinheitlicher Qualitätsempfehlungen wird grundsätzlich begrüßt. Einheitliche Vorgaben können wesentlich dazu beitragen, die Qualität und Verlässlichkeit der rettungsdienstlichen Versorgung bundesweit zu sichern und weiterzuentwickeln. Die vorgesehene paritätische Stimmengewichtung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Ländern ist sachgerecht, da sie eine ausgewogene Entscheidungsfindung gewährleistet. Zu berücksichtigen ist, dass es sich um eine rechtlich nicht vorgesehene Form der Mischverwaltung handelt.

Die Leistungserbringer des Rettungsdienstes sowie die maßgeblichen Fachgesellschaften und Berufsverbände sollten jedoch nicht mit einem Stimmrecht ausgestattet werden. Da die Fachempfehlungen unmittelbare Auswirkungen auf die Tätigkeit und wirtschaftlichen Interessen dieser Leistungserbringer haben, besteht das Risiko, dass Entscheidungen nicht ausreichend neutral getroffen werden. Die enge Verflechtung der Leistungserbringer mit den jeweiligen Landesstrukturen kann zudem dazu führen, dass landespolitische oder wirtschaftliche Erwägungen stärker in die Entscheidungsfindung hineinwirken als fachliche und qualitätsbezogene Gesichtspunkte. Für ein Gremium, dessen Aufgabe die objektive Weiterentwicklung von Qualitätsvorgaben ist, ist dies problematisch.

Zudem ist die vorgesehene Größe des Gremiums angesichts der Vielzahl beteiligter Akteure insgesamt zu umfangreich, um eine effiziente und zielgerichtete Arbeitsweise zu ermöglichen. Die Einbindung fachlicher Expertise ist für die Arbeit des Ausschusses zwar notwendig, kann jedoch in angemessener Weise auch über Stellungnahmeverfahren, Expertenanhörungen oder Workshops eingebracht werden, ohne dass den Beteiligten ein eigenes Stimmrecht eingeräumt werden muss.

Die vorgesehene Beschränkung des Initiativrechts auf das BMG und die Länder ist nicht nachvollziehbar. Als zentrales Mitglied des Gremiums muss der GKV-Spitzenverband ebenfalls die Möglichkeit erhalten, Themen einzubringen. Ohne ein solches Initiativrecht besteht die Gefahr, dass relevante Fragestellungen der GKV nicht ausreichende Berücksichtigung finden. Andernfalls besteht die Gefahr, dass das Gremium im Wesentlichen nur über Themen berät, die im Interesse des BMG oder

der Länder liegen. Dies würde der Intention des Qualitätsausschusses widersprechen und seine Funktionsfähigkeit nachhaltig beeinträchtigen oder gänzlich verfehlen.

C) Änderungsvorschlag

Die Vertreter der Leistungserbringer des Rettungsdienstes sowie der maßgeblichen Fachgesellschaften und Berufsverbände sollten nicht mit einem Stimmrecht ausgestattet werden. Ihre Beteiligung sollte stattdessen in Form eines Mitberatungs- oder Stellungnahmerechts erfolgen.

Die Anzahl der Vertreter der Leistungserbringer sollte zudem auf insgesamt drei Personen begrenzt werden, um die Arbeitsfähigkeit des Gremiums zu gewährleisten.

Darüber hinaus sollte dem GKV-Spitzenverband ein eigenes Initiativrecht eingeräumt werden.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21 – § 133d (neu) Digitale Notfalldokumentation

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Regelung sieht vor, dass alle an der Notfall- und Akutversorgung beteiligten Leistungserbringenden verpflichtet werden, die für die Weiterbehandlung erforderlichen Daten digital zu erheben, zu speichern und zu übermitteln. Hierfür sollen bundeseinheitliche digitale Schnittstellen und Datensatzstandards geschaffen werden. Zudem sollen sowohl die Telematikinfrastruktur als auch die elektronische Patientenakte zur Nutzung bereitstehen und in die Prozesse eingebunden werden.

B) Stellungnahme

Die Einführung einer verpflichtenden digitalen Notfalldokumentation wird ausdrücklich begrüßt. Die digitale, medienbruchfreie Bereitstellung relevanter Patientendaten ist ein zentraler Baustein für eine moderne und sektorenübergreifend abgestimmte Notfallversorgung. Durch die digitale Dokumentation wird nicht nur die Qualität der Versorgung verbessert, sondern auch die zügige Weitergabe entscheidungsrelevanter Informationen an nachfolgende Versorgungsebenen unterstützt.

Positiv hervorzuheben ist zudem die Einbindung der in § 133 genannten Leistungserbringer in die Telematikinfrastruktur und die elektronische Patientenakte. Dies fördert eine konsistente, interoperable und zukunftsfähige Datenverarbeitung und trägt dazu bei, Insellösungen zu vermeiden und digitale Standards bundesweit zu vereinheitlichen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21 – § 133e (neu) Datenübermittlung zur Qualitätssicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Regelung verpflichtet die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, jährlich bis zum 31. März anonymisierte Qualitätsdaten an eine vom GKV-Spitzenverband eingerichtete Bundesdatenstelle zu übermitteln. Ziel ist die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungen nach § 30 systematisch zu erfassen, auszuwerten und weiterzuentwickeln.

Die Bundesdatenstelle soll die übermittelten Daten bis zum 1. Juli in anonymisierter und aggregierter Form veröffentlichen. Darüber hinaus sollen dem BMG, dem Qualitätsausschuss Notfallrettung, den zuständigen Landesbehörden sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen auf Anforderung weitergehende Auswertungen bereitgestellt werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung wird aus fachlicher und technischer Sicht ausdrücklich begrüßt. Der GKV-Spitzenverband verfügt über die notwendigen Kompetenzen und Erfahrungen, um die Qualität der notfallrettungsrelevanten Daten in einer zentralen Bundesdatenstelle zu bündeln, auszuwerten und in geeigneter Form aufzubereiten. Eine solche bundeseinheitliche Datengrundlage ist entscheidend, um Transparenz über die Leistungsfähigkeit der Notfallrettung zu schaffen und eine nachvollziehbare Qualitätsentwicklung zu ermöglichen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 – § 136b Absatz 9 (neu) G-BA-Beschlüsse zur Qualitätssicherung im Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Regelung verpflichtet den G-BA, innerhalb von sechs Monaten eine Richtlinie zur Einrichtung und Umsetzung eines interdisziplinären Echtzeit-Nachweises der Behandlungs- und Versorgungskapazitäten von Krankenhäusern zu erlassen. Das Verzeichnis soll insbesondere verfügbare Ressourcen erfassen und die Steuerung von Patientinnen und Patienten unterstützen.

Die Kosten für die Führung des Verzeichnisses sollen vom GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) jeweils zur Hälfte getragen werden. Sofern das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) mit der Umsetzung beauftragt wird, sollen die Kosten über den Zuschlag nach § 17b Absatz 5 KHG finanziert werden.

B) Stellungnahme

Die Einführung eines verpflichtenden Echtzeit-Nachweises der Behandlungs- und Versorgungskapazitäten wird grundsätzlich begrüßt. Ein solches Verzeichnis ist ein wichtiger Schritt, um die Transparenz über die tatsächliche Verfügbarkeit von Kapazitäten zu erhöhen und eine zügige, zielgerichtete Patientensteuerung im Rahmen einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung zu ermöglichen. Dies gilt insbesondere für zeitkritische Situationen in der Notfallversorgung, in denen schnelle Informationswege entscheidend sind.

Allerdings sieht der Entwurf bislang ausschließlich eine Frist für den Erlass der Richtlinie durch den G-BA vor, nicht jedoch für die anschließende technische Umsetzung und verpflichtende Anbindung der Leistungserbringer. Ohne verbindliche Umsetzungsfristen ist zudem zu erwarten, dass einige Bereiche frühzeitig implementieren, andere deutlich später folgen und wiederum andere gar nicht angebunden werden. Dadurch bliebe das Potenzial des Echtzeit-Nachweises weitgehend ungenutzt und die angestrebte bundesweite Einheitlichkeit wäre nicht zu gewährleisten.

Zudem ist die Beschränkung des Anwendungsbereichs auf Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen unzureichend. Für eine sektorenübergreifend funktionierende Steuerung müssen auch ambulante Notfallstrukturen, wie INZ und vertragsärztliche Notfallversorgung, in das System einbezogen werden. Eine sektorenübergreifende Echtzeit-Erfassung aller geeigneten Versorgungskapazitäten (Krankenhäuser, INZ, Vertragsarztpraxis) ist jedoch unerlässlich, um Patientinnen und Patienten unter Berücksichtigung der jeweiligen Auslastung (z. B. Intensivbetten, OP-Kapazitäten, Großgeräte) zügig und zielgerichtet in die geeignete Versorgungseinrichtung steuern zu können. Nur wenn alle relevanten Leistungserbringer abgebildet sind, kann ein Echtzeit-Kapazitätsnachweis seine Funktion vollständig erfüllen und eine durchgängig koordinierte Versorgung ermöglichen.

Für den Fall, dass ambulante Versorgungsstrukturen in den Kapazitätsnachweis einbezogen werden, sollte zudem eine dreiseitige Finanzierung durch den GKV-Spitzenverband, die DKG und die KBV vorgesehen werden.

C) Änderungsvorschlag

Die ambulanten Notfallversorgungsstrukturen sollten verpflichtend in den Echtzeit-Nachweis der Behandlungs- und Versorgungskapazitäten einbezogen werden. Für den Fall ihrer Einbindung sollte eine dreiseitige Kostentragung durch den GKV-Spitzenverband, die DKG und die KBV vorgesehen werden.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 – § 136c Absatz 4 Satz 3 (neu) G-BA-Beschlüsse Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Regelung soll den G-BA verpflichten, bei der Ausgestaltung und Festlegung der Mindestanforderungen an ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, insbesondere zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen und Notaufnahmen, den Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) zu folgen. Abweichungen von diesen Empfehlungen sind in besonderer Weise zu begründen.

B) Stellungnahme

Bereits in seiner jetzigen Fassung sieht § 136c Absatz 4 ein Stellungnahmeverfahren für medizinische Fachgesellschaften vor. Dieses umfasst somit sowohl die DIVI als auch die DGINA. Die eingehenden Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung durch den G-BA zu berücksichtigen. Dieses Vorgehen ist etabliert und wurde jüngst bei den durchgeführten Stellungnahmeverfahren in den Jahren 2024 und 2025 angewandt. Die Stellungnahmen der DIVI und der DGINA haben dabei maßgebliche Hinweise geliefert, die bei der Ausgestaltung des Beschlusses berücksichtigt wurden.

Die grundsätzliche Ausgestaltung der Notfallstufen-Regelungen obliegt überdies den Trägerorganisationen des G-BA und somit der Selbstverwaltung. Die angedachte eng gefasste Ausgestaltung anhand der Positionen einzelner medizinischer Fachgesellschaften würde dem zuwiderlaufen.

C) Änderungsvorschlag

Die Anpassung wird abgelehnt. Sie ist zu streichen.

Artikel 2 (Änderung SGB V)

§ 75 Absatz 1e

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 75 Absatz 1e wird mit Wirkung von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes neu gefasst. Damit wird der Evaluationsauftrag der KVen in Bezug auf die Auswirkungen der Tätigkeiten von TSS und Akutleitstelle gegenüber der bisherigen Regelung deutlich erweitert.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Aufgrund des weiteren Ausbaus digitaler Angebote der Terminservicestellen sollte die Evaluation gleichfalls die Entwicklungen im Rahmen der Online-Buchungen beinhalten. Der jährliche Bericht der KBV ist darüber hinaus von öffentlichem Interesse und sollte daher veröffentlicht werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 75 Absatz 1e wird folgender Satz 4 ergänzt:

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

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1 - § 12a Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab 2019

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht eine Anpassung in den durch den Krankenhausstrukturfonds nach § 12a förderfähigen Vorhaben vor als Folgeanpassung der Neueinführung von INZ nach den §§ 123 und 123b SGB V.

B) Stellungnahme

Die (Rest-)Mittel des Strukturfonds nach § 12a sind an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zurückzuführen. Eine Förderung von INZ nach den §§ 123 und 123b SGB V mit den Mitteln nach § 12a wird vom GKV-Spitzenverband vor dem Hintergrund der Einführung des Transformationsfonds nach § 12b abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Die Anpassung in § 12a Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 wird gestrichen.

§ 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 6 wird wie folgt geändert:

Die Wörter „integrierter Notfallstrukturen“ werden durch die Wörter **“Integrierter Notfallzentren nach § 123 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Integrierter Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch”** ersetzt.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 - § 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neureglung sieht die bundeseinheitliche Vereinbarung einer Vorhaltefinanzierung der Personalkosten des ärztlichen Personals in der Notfallversorgung nach den Notfallstufen-Regelungen des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vor. Die bisherige Vereinbarung von Zu- und Abschlägen für die Notfallversorgung soll dafür entfallen.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung wird abgelehnt. Der GKV-Spitzenverband hält an dem bisherigen System zur Vereinbarung bundeseinheitlicher Zu- und Abschläge für die Vorhaltung bzw. Nichtvorhaltung von durch den G-BA definierten Notfallstrukturen fest. Wenn die Vorhaltung insbesondere von Personalressourcen in den Krankenhausstandorten mit Notfallstufe mittels der Einführung einer Vorhaltefinanzierung auch in diesem Bereich gestärkt werden soll, darf die Vorhaltevergütung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes keine on-top-Vergütung darstellen. Die über eine Vorhaltevergütung zu finanzierenden Kosten sind dann zwingend vorab aus der leistungsbezogenen DRG-Vergütung auszugliedern.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung in § 17b Absatz 1a Nummer 1 wird gestrichen.

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§ 9 Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung in § 9 Absatz 1a Nummer 5 sieht eine Weiterentwicklung der auf der Bundesebene zu vereinbarenden Zu- und Abschläge an die Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen des G-BA vor. Laut der Gesetzesbegründung soll damit eine regelmäßige Aktualisierung der Regelungen zu den Zu- und Abschlägen in Abhängigkeit von Änderungen der Regelungen des G-BA gewährleistet werden.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt. Der Auftrag an den G-BA zur Festlegung von Regelungen für ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V sieht keine regelmäßige Anpassung der Regelungen vor. Entsprechend bedarf es keines regelmäßigen Weiterentwicklungsauftrags für die Vertragspartner der Bundesvereinbarung über die Zu- und Abschläge.

C) Änderungsvorschlag

Die Anpassung in § 9 Absatz 1a Nummer 5 wird gestrichen.

Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

§ 11 Absatz 1 Nummer 5 Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung in § 11 Absatz 1 Nummer 5 ist eine Anpassung in Folge der Einführung von iNZ nach den §§ 123 und 123b SGB V und der vorgeschlagenen Neuregelung in § 12a Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 KHG (vgl. Kommentierung zu Artikel 3 Nr. 1).

B) Stellungnahme

Die (Rest-)Mittel des Strukturfonds nach § 12a KHG sind an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zurückzuführen. Eine Förderung von Integrierten Notfallzentren nach den §§ 123 und 123b SGB V mit den Mitteln nach § 12a KHG wird vom GKV-Spitzenverband vor dem Hintergrund der Einführung des Transformationsfonds nach § 12b KHG abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Die Anpassung in § 9 Absatz 1a Nummer 5 wird gestrichen.

In § 3 Absatz 6 Satz 1 der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung wird die Angabe „integrierter Notfallstrukturen“ durch die Angabe **„Integrierter Notfallzentren nach § 123 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Integrierter Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“** ersetzt.

Artikel 6 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

§ 19a

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Regelung ist nicht erforderlich. Es ist festzustellen, dass die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) im Jahr 2019 verfolgten Ziele einer schnelleren Terminvergabe und Verkürzung von Wartezeiten in der ambulanten Versorgung durch zusätzliche Vergütungsanreize nicht erreicht wurden. Es gibt keine Belege für die Wirksamkeit dieser kostenintensiven Maßnahmen, welche u.a. auch die Regelungen zur offenen Sprechstunde beinhalten. Den gesetzlichen Krankenkassen entstehen hierdurch jedoch erhebliche Mehrausgaben. In seinem aktuellen Bericht bezifferte der Bundesrechnungshof die durch die TSVG-Maßnahmen seit 2019 entstandenen Mehrausgaben für die GKV auf 2,9 Milliarden Euro. Der GKV-Spitzenverband fordert vor diesem Hintergrund die Streichung dieser Regelungen sowie die Rückführung der in diesem Zusammenhang vorgenommenen Bereinigungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der TSVG-Regelungen.

Artikel 8 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Evaluierung (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Regelung sieht vor, dass die Auswirkungen der §§ 30, 60 sowie 133 bis 133e SGB V spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes evaluiert werden. Der Evaluationsbericht soll vom BMG erstellt und anschließend dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat übermittelt werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Evaluation wird begrüßt, da sie eine systematische Überprüfung der Wirksamkeit der neuen gesetzlichen Vorgaben ermöglicht. Eine solche Evaluation schafft eine belastbare Grundlage, um gegebenenfalls notwendige Anpassungen vorzunehmen und die Qualität der Notfallversorgung langfristig weiterzuentwickeln. Aus Gründen der Transparenz sollte der Evaluationsbericht jedoch über die parlamentarische Unterrichtung hinaus auch einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Dies stärkt die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse und unterstützt die Weiterentwicklung insbesondere der Qualitätsvorgaben des Qualitätsausschusses Notfallrettung.

C) Änderungsvorschlag

Der Evaluationsbericht sollte öffentlich verfügbar gemacht werden.

Hilfsweise sollte er zumindest allen Mitgliedern des Qualitätsausschusses Notfallrettung zugänglich sein.