

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes vom 17.08.2026

zur Anhörung des Gesundheitsausschusses

**zum Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung
auf Drucksache 21/6808**

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Str. 31
10178 Berlin
Tel: 030 34646-2299
info@bv.aok.de

**AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.**

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung.....	5
II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen	12
Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	12
Nr. 1 § 27 Krankenbehandlung	12
Nr. 2 § 30 Medizinische Notfallrettung.....	13
Nr. 3 § 60 Krankenfahrten und Krankentransporte	15
Nr. 4 § 61 Zuzahlungen med. Notfallrettung.....	17
Nr. 5 § 73 Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung.....	18
Nr. 6 § 73b Hausarztzentrierte Versorgung	19
Nr. 7 § 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung	20
Nr. 8 § 76 Freie Arztwahl.....	26
Nr. 9 § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	27
Nr. 10 § 87a Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	29
Nr. 11 § 90 Landesausschüsse.....	30
Nr. 12 § 90a Gemeinsames Landesgremium.....	31
Nr. 13 § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.....	32
Nr. 14 § 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	33
Nr. 15 § 115e Tagesstationäre Behandlung.....	36
Nr. 16 § 116b ASV.....	37
Nr. 17 § 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen	38
Nr. 18 § 123 Integrierte Notfallzentren.....	39
Nr. 18 § 123a Einrichtung von Integrierten Notfallzentren.....	44
Nr. 18 § 123b Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche	49
Nr. 18 § 123c Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ersteinschätzung an Krankenhausstandorten und Anforderungen an ambulante Leistungserbringer des Integrierten Notfallzentrums	50
Nr. 19 § 133 Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung.....	54
Nr. 19 § 133a Gesundheitsleitsystem	56
Nr. 19 § 133b Fachgremium medizinische Notfallrettung	58

Nr. 19 § 133c Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung	59
Nr. 19 § 133d Datenübermittlung zur Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung, Verordnungsermächtigung	60
Nr. 19 § 133e Einbindung der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung in die Telematikinfrastruktur und Finanzierung.....	61
Nr. 19 § 133f Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung....	62
Nr. 19 § 133g Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben.....	63
Nr. 20 § 140f Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten Antragsrecht Patientenvertretung	64
Nr. 21 § 279 Verwaltungsrat und Vorstand.....	65
Nr. 22 § 291b Verfahren zur Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis.....	66
Nr. 23 § 294a Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden	67
Nr. 24 § 302 Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer nach § 302.....	68
Nr. 25 § 354 Festlegungen der Gesellschaft für Telematik für die elektronische Patientenakte: Fernzugriff auf ePA durch Leitstellen	69
Nr. 26 § 370a Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Vermittlung telemedizinischer Angebote durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Verordnungsermächtigung	70
Nr. 27 § 377 Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten.....	71
Artikel 2 Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	72
§ 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung.....	72
Artikel 3 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch.....	73
§ 53d Aufgaben auf Bundesebene	73
Artikel 4 Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung.....	74
Die Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung vom 15. April 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 113) wird wie folgt geändert:.....	74
Artikel 5 Änderung des Arzneimittelgesetzes	75
§ 43 Apothekenpflicht.....	75
Artikel 6 Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung	76
Artikel 7 Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung.....	77
Nr. 1 § 12 Absatz 2 Satz 4	77

Nr. 2 § 17a Besondere Pflichten bei Automatisierten Externen Defibrillatoren....	78
Artikel 8 Änderung des Betäubungsmittelgesetzes	80
Nr. 1 § 4 Absatz 1.....	80
Nr. 2 § 11 Absatz 2 Satz 2	81
Artikel 9 Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung	82
Nr. 1 § 13 Absatz 5 wird der folgende Absatz 6	82
Nr. 2 § 15 Absatz 1	83
Artikel 10 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte	84
Nr. 1 § 19a Absatz 1	84
III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes	85
Nr. 1: Inhaltliche Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages	85
Nr. 2: Sektorenübergreifendes Schiedsgremium, Verordnungsermächtigungen....	87
Nr. 3: MD-QPortal – notwendige Zugriffserweiterungen auf die Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen	89

I. Zusammenfassung

Mit dem Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung soll eine der drängenden Problemstellungen des deutschen Gesundheitswesens gelöst werden: Die Schaffung eines strukturierten und nachvollziehbaren Zugangs in Akut- und Notfällen für Patientinnen und Patienten. Die im Gesetzentwurf enthaltenen Maßnahmen gehen in die richtige Richtung. Sie setzen zum Teil Forderungen um, die von der AOK-Gemeinschaft bereits seit Jahren gefordert werden.

Allerdings haben die entscheidenden Regelungen zur Verbesserung der akut- und notfallmedizinischen Versorgung mit der Reform zwei Schwachstellen auf:

1. Es fehlt nach der Ersteinschätzung eine verbindliche Steuerung von Hilfesuchenden in die reguläre vertragsärztliche Versorgung.
2. Auch Krankenhäuser, die kein Integriertes Notfallzentrum (INZ) sind, können unter bestimmten Voraussetzungen weiterhin ambulante Notfallversorgung erbringen.

Vor diesem Hintergrund ist nicht nachvollziehbar, warum mit großem bürokratischem Aufwand kostenintensive Strukturen (INZ) aufgebaut werden, wenn am Ende keine höherwertige Akut- bzw. Notfallversorgung gewährleistet wird. Solange die benannten Schwachstellen bestehen, werden weiterhin hilfesuchende Menschen in Notaufnahmen von Krankenhäusern versorgt, deren medizinischen Ausstattungen nicht dem notwendigen Standard entspricht. Somit entstehen Kosten, ohne dass eine bessere Versorgung oder eine wirksame Steuerung der Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene erfolgt. Um die Ziele der Notfallreform zu erreichen, müssen die Schwachstellen beseitigt werden.

Zudem ist wichtig, dass diese Reform nicht losgelöst von den parallellaufenden oder noch anstehenden Reformvorhaben, wie der Krankenhausreform, der Gesetzgebung zur Primärversorgung oder auch des Gesetzes für Daten und digitale Innovationen im Gesundheitswesen (GeDIG) umgesetzt wird. Die mit dem Gesetzesvorhaben angestrebten Versorgungsziele und Einspareffekte sind nur dann zu erzielen, wenn die Verlagerung von Patientenpfaden auch in den betroffenen Versorgungsstrukturen durch die notwendigen Anpassungen nachvollzogen wird.

Das heißt,

- sowohl die Krankenhausreform als auch die Ambulantisierung müssen aktiv umgesetzt werden,
- die vertragsärztliche Versorgung muss für die Aufgabenwahrnehmung in der Akutversorgung befähigt und ertüchtigt werden,
- eine spürbare Entlastung der Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im Rettungsdienst ist nur möglich, wenn die verringerte Beanspruchung auch zu strukturellen Veränderungen in Form des Abbaus der bereitzustellenden Ressourcen des Rettungsdienstes führt. Diese eher mittelfristig erhofften Effekte werden durch den Gesetzentwurf aber nicht ermöglicht. Vielmehr werden neue Leistungen zu Lasten der GKV eingeführt, die kurzfristig die Ausgaben im Fahrkostenbereich weiter steigen lassen werden.

Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen um die notdienstliche Akutversorgung

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt, dass mit dem Gesetzesentwurf klargestellt wird, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auch die notdienstliche Akutversorgung umfasst. Die Vertragsärztinnen und -ärzte müssen ihrer bestehenden Verpflichtung für die Akutversorgung der gesetzlich Versicherten stärker als bisher nachkommen, um die Versorgung auch außerhalb der üblichen Sprechstunden langfristig zu gewährleisten. Daher ist es richtig, dass die offenen Sprechstunden innerhalb einer Arztgruppe zukünftig zeitlich aufeinander abgestimmt werden sollen und so die gesamte Sprechstundenzeit abgedeckt wird. Damit Patient/-innen mit unverzüglichem Behandlungsbedarf zielgerichtet in den offenen Sprechstunden versorgt werden können, sollten diese Kontingente verpflichtend für die Terminbuchung in Akutfällen gemeldet werden müssen. Dies ist umso wichtiger, als der mit dem GeDIG über den § 345a SGB V geplante „digitale Versorgungseinstieg“ über die Krankenkassen-App ebenso eine Terminbuchung in Akutfällen vorsieht. Da dort bisher keine Rückkoppelung mit Mitarbeitenden der TSS bzw. der Akutleitstelle vorgesehen ist, droht eine erhebliche Übertriagierung, wodurch die Ziele der Notfallreform gefährdet werden könnten.

Ebenfalls positiv bewertet wird die Präzisierung, dass im Notdienst nur die unaufschiebbaren, kurzfristig notwendigen Maßnahmen zu erbringen sind. Dies gilt für die Möglichkeit der Verordnung kurzfristig benötigter Arzneimittel, der Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) und einer Kind-Krank-Bescheinigung sowie die Verpflichtung der KVen, eine telemedizinische Versorgung bereitzustellen. Hierdurch können viele Behandlungsanlässe abschließend versorgt werden, wodurch die übrigen Strukturen der Notfall- und Regelversorgung maßgeblich entlastet werden.

Die vorgesehene Regelung für eine „jederzeit verfügbaren aufsuchende Dienst“ durch Vertragsärztinnen und -ärzte wird hingegen sehr kritisch bewertet. Mit dem geplanten 24/7-Angebot würde ein konkurrierendes und schwer abgrenzbares zusätzliches Angebot während der Praxisöffnungszeiten geschaffen. Die Festlegung der konkreten Ausgestaltung der notdienstlichen Akutversorgung sollte stattdessen von der gemeinsamen Selbstverwaltung übernommen werden. Hierdurch ließen sich Abgrenzungsprobleme zur Regelversorgung besser auflösen und Ressourcen sparen.

Die im Gesetzesentwurf vorgesehene freiwillige Kooperationsmöglichkeit zwischen Rettungsdienst und KVen für den aufsuchenden Dienst ist zu unverbindlich ausgestaltet. Notwendig ist stattdessen eine verpflichtende Kooperation. Mit der Zusammenführung beider Strukturen könnten erhebliche Synergiepotenziale ausgeschöpft werden.

Integrierte Notfallzentren in Krankenhäusern als zentraler Baustein der Reform

Die Einrichtung Integrierter Notfallzentren (INZ), bestehend aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und einer Ersteinschätzungsstelle, wird von der AOK-Gemeinschaft ausdrücklich begrüßt. Damit wird eine zentrale Anlaufstelle geschaffen, die medizinisch sachgerecht über den weiteren Versorgungsweg entscheidet. Entsprechend sind Elemente, wie zentrale KV-Akutleitstellen und Ersteinschätzungsverfahren, die zu einem einheitlichen Ergebnis führen, unabdingbar, um die Patientinnen und Patienten in das richtige Versorgungsangebot zu leiten.

Hier zeigt der Gesetzentwurf allerdings eine Schwachstelle auf, denn eine Weiterleitung von Hilfesuchenden in den vertragsärztlichen Bereich soll nur unter bestimmten Umständen möglich sein. Des Weiteren ist die vorgesehene Terminvermittlung der INZ in die vertragsärztliche Versorgung, sofern ein Hilfesuchender nach der Ersteinschätzung dies freiwillig wünscht, viel zu unverbindlich.

Zielführender ist es, wenn im Rahmen der Ersteinschätzung Terminbuchungen für Hilfesuchende in die vertragsärztliche Versorgung über die Terminservicestellen (TSS) ermöglicht würden. Im Akutfall bieten sich hier insbesondere die offenen Sprechstunden an. Durch eine konsequente Steuerung in die vertragsärztliche Versorgung werden die dafür vorgehaltenen vertragsärztlichen Ressourcen genutzt und die Notfallstrukturen so nachhaltig entlastet. Zusätzlich kann durch die Inanspruchnahme der dann korrekten Versorgungsebene die Gesundheitssystemkompetenz der Patientinnen und Patienten erhöht werden, sodass eine Fehlinanspruchnahme perspektivisch zurückgeht.

Die Ersteinschätzung muss in die richtigen Versorgungsstrukturen führen

Ausdrücklich zu begrüßen ist, dass unter dem Dach der neu aufzubauenden Akutleitstellen die standardisierte Ersteinschätzung und die Weiterleitung in passende Versorgungsangebote verantwortet wird. Anhand der Ergebnisse der Ersteinschätzung können Mitarbeitende der Akutleitstelle die Hilfesuchenden passgenau in die geeignete Versorgungsebene steuern. Die Möglichkeit der personalisierten Entscheidungsfindung nach Ersteinschätzung ist ein großer Mehrwert der geplanten Akutleitstellen. Hierdurch besteht die Chance, viele Behandlungsanlässe abschließend zu klären. Dies muss auch bei dem parallel laufenden Reformvorhaben im GeDIG beachtet werden. Dort ist bisher die Schnittstelle zur Akutleitstelle bei den geplanten digitalen Zugangswegen für Versicherte nicht beschrieben. Dementsprechend muss mit der „digitalen Bedarfseinschätzung“ nach § 360b SGB V und dem „digitalen Versorgungseinstieg“ nach § 345a SGB V die Möglichkeit der Rückkopplung mit der Akutleitstelle gewährleistet werden. Insbesondere in sprechstundenfreien Zeiten können über die telefonischen und telemedizinischen Angebote der Akutleitstelle die Ergebnisse der digitalen Einschätzung validiert und Behandlungsanlässe ggf. sogar abschließend geklärt werden. Nur dadurch können massive Übertriagierungen und die nicht bedarfsgerechte Steuerung in Versorgungsangebote vermieden werden.

Die Steuerung von Patientinnen und Patienten ist nicht zu Ende gedacht

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll insbesondere eine Entlastung der Notaufnahmen der Krankenhäuser erfolgen. Dies Ziel wird mit den dafür vorgesehenen Maßnahmen nicht erreicht. Zum einen können Krankenhausstandorte ohne INZ weiterhin ambulante Notfallversorgung durchführen. Zum anderen können die Hilfesuchenden, die sich in einem INZ vorstellen, grundsätzlich nur innerhalb des INZ inkl. der Kooperationspraxen versorgt werden. Die Weiterleitung in die reguläre vertragsärztliche Versorgung ist nicht, beziehungsweise nur auf freiwilliger Basis vorgesehen und muss zwingend als verpflichtender Versorgungspfad implementiert werden. Zudem ist bisher nur in der Gesetzesbegründung erläutert worden, dass Hil-

fesuchende, die kein dringendes gesundheitliches Problem schildern, ohne Ersteinschätzung abgewiesen werden können. Diese Regelung muss in den Gesetzestext übernommen werden.

Die Entlastung der Krankenhäuser könnte zudem noch aus einem weiteren Grund geringer ausfallen als prognostiziert: Denn mit der Etablierung von INZ-Standorten mit 24-stündiger Öffnungszeit und fehlender Steuerungsmöglichkeit in die vertragsärztliche Versorgung werden sich viele Hilfesuchende, die bisher zu den Praxisöffnungszeiten in der vertragsärztlichen Regelversorgung versorgt wurden, direkt an die INZs wenden. Dieser Sogeffekt durch die Umgehungsmöglichkeit der vertragsärztlichen Versorgung kann zu einer noch stärkeren Überlastung der notdienstlichen Strukturen in den Krankenhäusern führen und ist unbedingt durch Zugangs- und Steuerungsinstrumente bei der Ersteinschätzung zu verhindern.

Beteiligung der Landesausschüsse nach § 90 SGB V ermöglicht regionale Lösungen

Die konkreten regionalen Versorgungsprobleme können nur vor Ort bewertet und gelöst werden. Es ist daher folgerichtig, die Entscheidung über die Standorte der INZ durch die erweiterten Landesausschüsse treffen zu lassen. Das doppelte Stimmgewicht der Krankenkassen, analog zu den Entscheidungen im G-BA, ist dabei eine wichtige Voraussetzung, um tragfähige Lösungen für die Versorgung sicherzustellen. Anders als im Gesetz vorgesehen, sollten die Kriterien für die Standortplanung bundesweit einheitlich in einer Richtlinie des G-BA festgelegt werden, unter der Berücksichtigung regionaler Anpassungsmöglichkeiten. Allerdings wird die Planung von INZ-Standorten letztlich ausgehebelt, da auch Krankenhausstandorte ohne INZ weiterhin ambulante Notfallversorgung durchführen können. Hier existiert dringender Regelungsbedarf, denn andernfalls besteht die Gefahr, dass nicht bedarfsgerechte und medizinisch nicht ausreichend qualifizierte Parallelstrukturen aufgebaut werden.

Bundesweit einheitliche Standards für die INZ notwendig

Deutlich weitergehende Vorgaben braucht es bei einheitlichen Standards. Beim Aufbau der INZ muss es bundeseinheitliche Vorgaben zur Zusammenarbeit innerhalb der INZ geben. Auch bei der Festlegung von Standorten fehlen bundeseinheitliche Vorgaben, was schlimmstenfalls zu einer Zerfaserung der Versorgung führen kann. Die zentralen Vorgaben sind daher bundeseinheitlich festzulegen, um deutschlandweit eine gleichwertige Versorgungsqualität sicherzustellen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist hierfür das geeignete Gremium.

Gesundheitsleitsysteme

Der geplante Aufbau zentraler Gesundheitsleitsysteme zur systematischen Steuerung der Hilfesuchenden ist aus Sicht der AOK-Gemeinschaft von grundlegender Bedeutung. Zu begrüßen sind die medienbruchfreie Übergabe von Daten zwischen den Leitstellen, die vorgesehenen verbindlichen Absprachen und die Einführung eines gemeinsamen Qualitätsmanagements zu bewerten. Leider bleibt das Reformvorhaben aber zu sehr im Unverbindlichen. Dass der Aufbau eines Gesundheitsleitsystems in das Belieben der jeweiligen Rettungsleitstelle gestellt wird, die den entsprechenden Impuls geben kann oder auch nicht, wird zu einem Flickenteppich führen. Hier sind verbindlichere Vorgaben zur Etablierung der Zusammenarbeit dringend nötig. Die Kooperation zwischen KV-Akuteleitstelle und Rettungsleitstelle muss daher für beide

Seiten verpflichtend vorgegeben werden, um eine wirksame Steuerung der Hilfesuchenden „aus einem Guss“ und die effiziente Nutzung der Versorgungsstrukturen zu bewirken.

Einspareffekte erst langfristig erwartbar

Die im Gesetzentwurf hinterlegten kurzfristigen Einsparungen sind durch die Notfallreform allein nicht erzielbar. Insofern sind die hohen Einsparpotenziale von zukünftig bis zu zwei Milliarden Euro jährlich zu hinterfragen, da es an einer realistischen Berechnungsgrundlage mangelt. Beispielsweise wird angenommen, dass durch die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten mittel- bis langfristig Einsparungen in Höhe von 1,1 Milliarden Euro erzielt werden können. Bisher führte die anhaltende Abnahme der Fallzahlen im Krankenhaus jedoch nicht zur finanziellen Entlastung der GKV. Die Krankenhäuser behandelten im Jahr 2024 zwar durchschnittlich rund 10 Prozent weniger Fälle als im Jahr 2019, trotzdem ist der Anstieg der Krankenhausausgaben ungebrochen. So zeigen die veröffentlichten GKV-Finanzdaten für das Jahr 2025 einen weiteren Anstieg der Krankenhausausgaben um 9,6 Prozent (+ 9,7 Milliarden Euro) im Vergleich zum Vorjahr.

Insbesondere in den Jahren 2027 und 2028 sind Einsparungen völlig illusorisch. Stattdessen ist mit hohen Mehrkosten durch den Aufbau von neuen Strukturen zu rechnen. Die prognostizierten Einsparpotenziale können mittel- und langfristig nur dann erreicht werden, wenn die Notfallreform die weiteren Gesetzesvorhaben, wie die Krankenhausreform und die Einführung eines Primärversorgungssystems, umfassend einbezieht. Nur mithilfe einer wirksamen Krankenhausreform, die einerseits stationäre Überkapazitäten gezielt reduziert und andererseits mit einer qualitätsorientierten Weiterentwicklung bei den ambulanten Versorgungsstrukturen die Sektorengrenzen überwindet, kann die Notfallreform tatsächlich gelingen. Einsparungen und Verbesserungen bei der Versorgung sind in diesem Bereich erst zu erwarten, wenn die Patientensteuerung tatsächlich effizient implementiert ist und die Vorhaltestrukturen entsprechend verschlankt sind. Das heißt konkret, dass Standorte von INZ weit überwiegend an auch mittelfristig für die Versorgung benötigten Krankenhäusern entstehen sollten. Die besonderen Herausforderungen des ländlichen Raums sind dabei zu beachten.

Einsparungen beim Rettungsdienst völlig unrealistisch

Völlig unrealistisch sind auch die in der Gesetzesbegründung genannten Einsparungen für den Rettungsdienst. Der erweiterte Aufgabenrahmen des Notfallmanagements und neue Leistungen wie z. B. die Übernahme der notfallmedizinischen Versorgung vor Ort oder Fahrten zur INZ werden im Gegenteil zu steigenden Ausgaben im Fahrkostenbereich führen. Selbst wenn die engere Kooperation von Rettungsleitstellen mit den KV-Akutleitstellen sehr zügig etabliert und ein sukzessiv steigender Anteil der Versorgung in den ambulanten Bereich verlagert würde, führt dies nicht ohne weiteres und unmittelbar zu entsprechenden Einsparungen. Im Rettungsdienst wird insbesondere die Vorhaltung vergütet, weniger Einsätze führen allenfalls zu marginalen Kostensenkungen. Einsparungen sind allenfalls mittelfristig zu erwarten und nur dann, nachdem Einsatzkapazitäten abgebaut und Rettungsleitstellen zusammengelegt werden konnten. Zwischenzeitlich ist eher mit weiteren Transformationskosten zu rechnen.

Mit der Vorgabe, für Krankenfahrten landesweit einheitliche Preisvereinbarungen zu schließen, werden zudem Wettbewerbselemente abgebaut und höhere Preise etabliert. Deutliche Mehrausgaben für Fahrten mit Taxis oder Mietwagen werden die

Folge sein, wenn anstelle der bisherigen Vertragspreise zukünftig regelhaft die in den Taxitarifordnungen geregelten Entgelte zu übernehmen sind. Zudem werden mit der Übertragung des Zuzahlungseinzugs im Taxibereich auf die GKV neue Bürokratiekosten geschaffen.

Die GKV trägt schon heute ihren Anteil zur Finanzierung der Strukturen im KV-Notdienst

Den im Gesetzentwurf aufgeführten Einsparungspotenzialen stehen neue Verpflichtungen der gesetzlichen Krankenkassen gegenüber. Die Krankenkassen leisten dabei schon heute einen erheblichen finanziellen Beitrag bei der Sicherstellung der Notfallversorgung im Rahmen von freiwilligen Vereinbarungen nach § 105 Abs. 1b SGB V. Dass der Gesetzgeber die Beteiligung an den Strukturen im Notdienst nun als Verpflichtung fest schreibt, ist nicht sachgerecht und wird deshalb durch die AOK-Gemeinschaft abgelehnt. Die regionalen Vereinbarungspartner können wesentlich besser entscheiden, welche Strukturen vor Ort tatsächlich benötigt werden.

Insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen politischen Bemühungen zur Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung durch das Beitragssatzstabilisierungsgesetz ist es umso wichtiger, dass die GKV nicht weiter belastet wird. Diese Bemühungen dürfen durch eine Notfallreform nicht unmittelbar konterkariert werden. Die Festschreibung einer Beteiligung der privaten Krankenversicherung (PKV), wie üblich mit 7 Prozent, wiederum ist sachgerecht, um eine angemessene Beteiligung der PKV sicherzustellen.

Dispensierrecht für Ärzte in Notdienstpraxen

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht vor, dass Patientinnen und Patienten, die von einem Arzt oder einer Ärztin in einer Notdienstpraxis im INZ behandelt werden, im akuten Fall und außerhalb der Geschäftszeiten von Apotheken vor Ort mit Arzneimitteln, arzneimittelähnlichen Medizinprodukten und Verbandmitteln versorgt werden können. Das bedeutet, dass Ärztinnen und Ärzte in wenigen Ausnahmefällen dispensieren dürfen. Der Vorschlag ist grundsätzlich sachgerecht. Im Sinne einer wirtschaftlichen, ressourcenschonenden und transparenten Arzneimittelversorgung ist es zwingend notwendig, die unmittelbare Abgabe von Arzneimitteln streng auf diese wenigen Ausnahmefälle zu beschränken. Zudem kann die Versorgung in den Zentren und generell die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung außerhalb der regulären Geschäftszeiten von öffentlichen Apotheken durch digitale Versorgungsangebote, wie beispielsweise den Einsatz von Telepharmazie und automatisierten Abgabeautomaten, unterstützt bzw. prospektiv ersetzt werden.

Weitergehende Änderungsbedarfe

Mit den intendierten Nachschärfungen des Sicherstellungsauftrages werden bereits wichtige Reformschritte umgesetzt. Bisher beschränken sich die Klarstellungen jedoch nur auf zeitlich-organisatorische Vorgaben. Die inhaltliche Erfüllung des Sicherstellungsauftrages und damit der jeweiligen Versorgungsaufträge bleibt offen. Da sich im angebotenen Leistungsspektrum zunehmend Lücken zeigen und einzelne Leistungen teilweise gar nicht mehr angeboten werden, ist auch eine inhaltliche Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages notwendig, die über eine entsprechende Ergänzung des § 75 SGB V umgesetzt werden kann.

Auch bezogen auf das in § 123a Absatz 4 genannte sektorenübergreifende Schiedsgremiums nach § 89a SGB V gibt es einen weitergehenden gesetzlichen Anpassungsbedarf. Denn aktuell geht die Stimmrechtsverteilung einseitig zu Gunsten der Leistungserbringer aus. Um im sektorenübergreifenden Schiedsgremium eine ausreichende Berücksichtigung der Interessen der Kostenträger zu erreichen, muss die Anzahl der Vertreter der Krankenkassen im dreiseitigen Schiedsgremium auf vier erhöht werden. Nur dann ist Stimmenparität zwischen Kostenträgern und Vertretern der Leistungserbringer gewährleistet.

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 27 Krankenbehandlung

A Beabsichtigte Neuregelung

Ergänzung des § 27 Absatz 1 Satz 2 SGB V um die medizinische Notfallrettung nach § 30 SGB V (neu) (Folgeänderung).

B Stellungnahme

Durch die Ergänzung des § 27 Absatz 1 Satz 2 SGB V wird klargestellt, dass die Notfallrettung zukünftig keine akzessorische Nebenleistung, sondern eine eigenständige Leistung ist.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 2 § 30 Medizinische Notfallrettung

A Beabsichtigte Neuregelung

Einführung eines Anspruchs auf „medizinische Notfallrettung“ mit Definition des rettungsdienstlichen Notfalls. Der Leistungsanspruch umfasst

- das Notfallmanagement zur Vermittlung der erforderlichen Hilfe einschließlich der Notfallberatung sowie der telefonischen Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen. Nach 2 Jahren sind auch Ersthelferalarmierungssysteme und AED-Kataster einzubinden. Es wird eine Übergangszeit von zwei Jahren für den Aufbau einer standardisierten digitalen Notrufabfrage eingeräumt, ansonsten erlischt dieser Leistungsanspruch,
- die notfallmedizinische Versorgung vor Ort und während des Transports durch nichtärztliches Fachpersonal, bei medizinischer Notwendigkeit zusätzlich durch Notärzte auch im Rahmen der Telemedizin,
- den Notfalltransport in die nächste geeignete Versorgungseinrichtung und medizinisch zwingende Verlegungen.

Darüber hinaus werden Regelungen der Zuzahlung festgelegt.

B Stellungnahme

Den Anspruch auf „medizinische Notfallrettung“ dezidiert als eigenständige Leistung im SGB V zu verankern, ist zu begrüßen.

Die Einführung eines standardisierten Notfallmanagements und die damit einhergehende Steuerung der Notfallpatienten in die sachgerechte Versorgungseinrichtung ist essenziell. Das Zielbild eines standardisierten, bundesweit verbindlichen Abfragesystems sollte aber deutlicher herausgearbeitet werden. Für die Übergangsphase ist sicherzustellen, dass auch beim Einsatz unterschiedlicher Abfragesysteme kongruente Ergebnisse erzielt werden.

Dass jetzt die notfallmedizinische Versorgung in den Vordergrund gerückt wird, die auch ausschließlich vor Ort und vorrangig durch nichtärztliches Fachpersonal erfolgen soll, entspricht der Professionalisierung der im Rettungsdienst Tätigen und ist auch zur Vermeidung von rein abrechnungstechnisch motivierten Transporten ins Krankenhaus sinnvoll.

Auch die Einbindung von telemedizinischen Möglichkeiten und Alarmierungssystemen für Ersthelfer ist medizinisch sinnvoll.

Dass ein Notfalltransport nicht ausschließlich ins Krankenhaus, sondern in die nächste geeignete Versorgungseinrichtung erfolgen kann, ist zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 2 wird § 30 Absatz 3 letzter Satz wie folgt gefasst:

Abweichend von Satz 1 ist die Vermittlung der erforderlichen Hilfe ab dem ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] nur noch vom Notfallmanagement umfasst, wenn sie auf der Grundlage **der vom Fachgremium nach § 133b beschlossenen** softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage erfolgt.

Nr. 3 § 60 Krankenfahrten und Krankentransporte

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 60 wird neu strukturiert, dabei wird klarer zwischen Krankenfahrten und Krankentransporten differenziert. Die bisher umfassten Rettungsfahrten sind nicht mehr Teil der Regelung des § 60, sondern werden als Notfalltransport in § 30 geregelt. Die bisher in § 133 verankerten Regelungen zu den Verträgen mit den Leistungserbringern von Krankenfahrten und Krankentransporten werden in den § 60 überführt.

B Stellungnahme

Die Neustrukturierung der Regelung trägt zur Übersichtlichkeit der Norm bei und ist daher grundsätzlich zu begrüßen.

Dass auch Fahrten zur Versorgung in einem INZ übernommen werden, sofern eine standardisierte Abfrage zu dieser Entscheidung geführt hat, ist grundsätzlich zu begrüßen. Da der Notruf sowohl über die 112 wie auch die 116117 kommen kann, ist sicherzustellen, dass die jeweils angewandten Notrufabfragesysteme derart kongruent aufgebaut sind, dass stets einheitliche Entscheidungen hinsichtlich des Transportbedarfs bzw. -mittels getroffen werden. Der Entfall des Erfordernisses zum Ausstellen einer Verordnung für Fahrten in ein INZ, wenn diese Fahrt auf Grundlage des Ergebnisses der Ersteinschätzung nach § 133a als medizinisch notwendig einzustufen ist, ist zu begrüßen.

Die Aufnahme auch von Schwerbehinderten mit dem Merkzeichen TBl (Taubblind) in den Kreis der Krankenfahrtberechtigten sowie die Klarstellung, dass auch eine Begleitperson mitgenommen werden kann, sind zu begrüßen.

Zu deutlichen Mehrausgaben für Krankenfahrten mit Taxis oder Mietwagen wird die in Absatz 5 Nr. 2 vorgesehene Regelung führen, dass regelhaft die nach Personenbeförderungsgesetz bzw. in der Taxitarifordnung geregelten Entgelte zu übernehmen sind. Ohne weitere Erklärung wird der im aktuellen § 133 auf die wirtschaftliche Leistungserbringung gerichtete Fokus aufgegeben, die dort enthaltene Regelung: „Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. Die Preisvereinbarungen haben sich an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten.“ wurde nicht übernommen.

Dies passt nicht in den Gesamtkontext des Gesetzentwurfs. Während für den Bereich der medizinischen Notfallrettung zukünftig das Vertragsprimat gilt wird dieses im Bereich Taxi und Mietwagen zurückgebaut, und das obwohl Krankenfahrten für Taxi- und Mietwagenunternehmen im Vergleich zum Gelegenheitsverkehr deutlich planbarer und damit wirtschaftlicher zu erbringen sind. Im Interesse der Wirtschaftlichkeit und zur Wahrung des Sachleistungsprinzips sollten auch im Taxi und Mietwagenbereich stets Verträge mit den Krankenkassen abzuschließen sein.

Die Regelung widerspricht auch dem Willen, die Digitalisierung zu forcieren und ist im Hinblick auf die verpflichtende Einführung des Datenträgeraustausches bei der Notfallrettung kontraproduktiv. Die Tarife der Taxiordnung haben keinen Bezug zu den Regelungen des Datenträgeraustausch nach § 302 SGB V, was aufwendige

Kostenerstattungsprozesse provozieren würde, bei denen die Patienten zur Vor-
kasse verpflichtet werden.

Die unverändert aus dem aktuell gültigen Gesetz übernommene Regelung des § 60
Abs. 5 Nr. 3 SGB V zur Entschädigung bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeuges im
Rahmen von Krankenfahrten ist hinsichtlich der weiterhin verpflichtend vorgesehe-
nen Vergleichsberechnung zum öffentlichen Verkehrsmittel unnötig bürokratisch
und verspielt letztlich wirtschaftliche Potenziale. Die Vergütung nach dem Reise-
kostengesetz in Höhe von 20 Cent Wegstreckenentschädigung pro Kilometer wird
regelmäßig von öffentlichen Fahrpreisen übertroffen, der Aufwand für eine Ver-
gleichsberechnung ist somit vertan. Unattraktive PKW-Erstattungssätze führen al-
lerdings nicht zum Umstieg auf den ÖPNV, sondern zur verstärkten Nutzung von
deutlich teureren Taxen/Mietwagen. Den Krankenkassen sollte daher die Möglich-
keit eingeräumt werden, durch Auslobung wirtschaftlicher Fahrkostenpauschalen
Anreize zu setzen, von hochpreisigen Taxi/Mietwagen-Fahrten zugunsten einer
selbstorganisierten PKW-Fahrt abzusehen.

Die in Absatz 7 Satz 2 enthaltene Formulierung „Die Krankenkasse übernimmt bei
Krankenfahrten die Kosten nach Absatz 1 Satz 1 unter Abzug der Zuzahlung nach
Satz 1 **oder** zieht die Zuzahlung nach Satz 1 von den Versicherten ein.“ ist zweideu-
tig. Für Krankenfahrten mit Taxi- und Mietwagen ist die bisherige Anwendung wei-
terzuführen, der Zuzahlungseinzug durch den Transporteur hat sich bewährt. Auch
zukünftig sollten die Zuzahlungen vom Transporteur bei der Rechnungsstellung
entsprechend berücksichtigt werden. Eine Änderung des Verfahrens führt zu einem
hohen technischen Aufwand für alle Beteiligten.

C Änderungsvorschlag

§ 60 Abs. 5 Nr. 2 wird wie folgt geändert:

2. bei der Benutzung eines Taxis oder Mietwagens die Kosten in Höhe der nach Satz 2 verein-
barten Entgelte ~~oder bis zum Abschluss einer Vereinbarung nach Satz 2 die nach Personen-~~
~~beförderungsgesetz geregelten Entgelte~~, Änderung der Formulierung in § 60 Absatz 5
Nr. 3:

„bei der Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs die Kosten in Höhe des für jeden
gefahrenen Kilometer jeweils aufgrund des Bundesreisekostengesetzes festgesetz-
ten Höchstbetrages für Wegstreckenentschädigung, sofern die Krankenkasse keine
Fahrkostenpauschalen festgesetzt hat.“

Streichung des Halbsatzes in § 60 Absatz 7 Satz 2 „...oder zieht die Zuzahlung nach
Satz 1 von den Versicherten ein“

Ergänzung eines neuen Absatzes (10), der die bisherige Regelung des § 133 Abs.1
Satz 4 und 5 – sowohl bezogen auf Krankenfahrten als auch Krankentransporte –
beinhaltet:

„Die für Krankenfahrten und Krankentransporte vereinbarten Preise sind Höchst-
preise. Die Preisvereinbarungen haben sich an möglichst preisgünstigen Versorgungs-
möglichkeiten auszurichten.“

Nr. 4 § 61 Zuzahlungen med. Notfallrettung

A Beabsichtigte Neuregelung

Für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 Abs. 2 Nummer 2 und 3 SGB V, für die Zuzahlungen nach § 30 Abs. 6 SGB V zu zahlen sind, wird in § 61 die Zuzahlungshöhe definiert.

B Stellungnahme

Die Ergänzung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 5 § 73 Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung. Es wird ausdrücklich klargestellt, dass Ärztinnen und Ärzte auch Krankenfahrten verordnen können.

B Stellungnahme

Die Ergänzung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 6 § 73b Hausarztzentrierte Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen im Zusammenhang mit den Neuregelungen des Notdienstes.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 7 § 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A Beabsichtigte Neuregelung

a)

In Absatz 1a werden die bisherigen Aufgaben der Terminservicestellen (TSS) im Zusammenhang mit der Einführung der Akutleitstellen angepasst. Hierzu zählt, dass die TSS telefonisch nur noch von Montag bis Samstag zu erreichen sein muss. In den übrigen Zeiten muss die TSS digital erreichbar sein. Die Bundesmantelvertragspartner müssen zukünftig Regelungen zur Gewährung einer einheitlichen Erreichbarkeit der TSS festlegen. Die Regelungen für die Terminvermittlung durch die TSS werden angepasst: Für Fälle, bei denen die Ersteinschätzung zwar einen Behandlungsbedarf, jedoch keinen unverzüglichen Behandlungsbedarf ergeben hat, entfällt die Vermittlung. Die KVen haben den Integrierten Notfallzentren (INZ) zukünftig die Möglichkeit einzuräumen, Termine bei Vertragsärzt/-innen buchen zu können, wenn bei einer zuvor erfolgten Inanspruchnahme eines INZ eine weitere Behandlung notwendig ist.

b)

In den Absätzen 1b ff. wird der Notdienst neu geregelt. Es wird klargestellt, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) eine jederzeit verfügbare Versorgung für Fälle sicherzustellen hat, in denen eine unverzügliche Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist (Akutfall). Wird die Versorgung außerhalb der Sprechstunde im Notdienst erbracht, wird diese als „notdienstliche Akutversorgung“ legaldefiniert. Die notdienstliche Akutversorgung beinhaltet nur die kurzfristig erforderlichen unaufschiebbaren Maßnahmen (Erstversorgung). Hiervon umfasst sind auch die Feststellung und Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit, die Feststellung und Bescheinigung der Betreuung eines erkrankten Kindes sowie die Verordnung von kurzfristig benötigten Arzneimitteln.

Sicherzustellen ist die notdienstliche Akutversorgung für den vertragsärztlichen Bereich insbesondere durch eine verpflichtende Beteiligung an den INZ nach § 123a und § 123b SGB V, durch ein jeweils 24/7 verfügbares telemedizinisches und aufsuchendes Versorgungsangebot. Der aufsuchende Dienst soll erst nach Ausschöpfen aller anderen Angebote greifen. Für den aufsuchenden Dienst kann auch „qualifiziertes nicht-ärztliches Personal“ eingesetzt werden, das nach ärztlicher Anordnung und ärztlicher Verantwortung handelt. Für den aufsuchenden Dienst können die KVen Kooperationen mit dem Rettungsdienst eingehen.

Mit Absatz 1c werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet eine rund-um-die-Uhr verfügbare Akutleitstelle unter Beachtung von Erreichbarkeitsvorgaben einzurichten. Die Akutleitstelle dient unter der Rufnummer 116117 sowie digital als zentrale erste Anlaufstelle im Akutfall zur Vermittlung in die jeweils geeignete Versorgungsebene. Die Versorgung kann auch in Form von telemedizinischen ärztlichen Konsultationen erfolgen. Grundlage der Vermittlung durch die Akutleitstelle stellt ein einheitliches standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren in Form einer KBV-Richtlinie dar. Für die Terminvermittlung bedarf es im Akutfall keiner Überweisung.

Gemäß Absatz 1d dürfen die KVen die erforderlichen Daten zur Erfüllung der Aufgaben der TSS und der Akutleitstelle verarbeiten. Die bisherigen Vorgaben zur Evaluation der TSS werden in Absatz 1e überführt.

Mit Absatz 1f soll klargestellt werden, dass sich am bislang bestehenden Sicherstellungsauftrag der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung für den zahnärztlichen Notdienst und den damit verbundenen Pflichten nichts ändert.

B Stellungnahme

a)

zu Absatz 1a

Die inhaltliche Trennung der Aufgaben zwischen TSS und der Akutleitstelle ist nachvollziehbar. Ein institutioneller Aufbau von Doppelstrukturen ist zu vermeiden. Der Regelungsauftrag an die Bundesmantelvertragspartner zur einheitlichen Erreichbarkeit wird begrüßt. Derzeit wird in vielen Regionen bei Terminen für bestimmte Fachgruppen auf digitalem Wege nicht das gleiche Vermittlungsangebot bereitgestellt wie bei einer telefonischen Vermittlung. Damit es durch die Verringerung der Erreichbarkeit nicht zu Einschränkungen im Serviceangebot kommt, sollte hier eine gesetzliche Klarstellung erfolgen.

Es wird begrüßt, dass den INZ eine Terminvermittlung über die TSS in die vertragsärztliche Versorgung für Fälle ermöglicht wird, bei denen nach der Versorgung im INZ weiterhin eine Behandlungsnotwendigkeit besteht. Für Hilfesuchende, die sich nach der Ersteinschätzung freiwillig anstatt für eine Behandlung im INZ für eine Behandlung in der vertragsärztlichen Versorgung entscheiden, fehlt bisher eine Regelung zur Vermittlung in die vertragsärztliche Versorgung. Dies ist ergänzend zu regeln und sollte sich regelhaft auf alle Hilfesuchende beziehen, bei denen die Ersteinschätzung einen nicht unverzüglichen Behandlungsbedarf festgestellt hat. Für diese Fälle ist keine Behandlung im INZ erforderlich. Die regelhafte Vermittlung solcher Fälle in die vertragsärztliche Versorgung hätte ein großes Potenzial die Notfallstrukturen nachhaltig zu entlasten. In den TSS sind für diese Fälle entsprechende Terminkapazitäten in ausreichendem Maße vorzuhalten. Für akuten Behandlungsbedarf bildet die intendierte zeitliche Abstimmung der offenen Sprechstunden (§ 19a Ärzte-ZV) die entsprechende Grundlage für eine erfolgreiche Weiterleitung.

b)

zu Absatz 1b

Der AOK-Bundesverband begrüßt die Bestrebungen, die ambulante notdienstliche Akutversorgung durch eine Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags zu verbessern. Die Klarstellung, dass im Notdienst nur die unaufschiebbaren, kurzfristig notwendigen Maßnahmen zu erbringen sind, ist sachgerecht. Ein wichtiger Schritt ist die Möglichkeit der Erstaussstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, der Be-

scheinigung einer notwendigen Betreuung eines erkrankten Kindes und der Verordnung kurzfristig benötigter Arzneimittel sowie die Verpflichtung der KVen, eine telemedizinische Versorgung bereitzustellen. Hierdurch können viele Behandlungsanlässe abschließend geklärt werden, wodurch die übrigen Strukturen der Notfall- und Regelversorgung maßgeblich entlastet werden.

Grundsätzlich müssen Parallelstrukturen vermieden und der Vorrang der Versorgung durch Vertragsärzt/-innen und MVZ während der regulären Sprechstundenzeiten stärker bekräftigt werden. Kritisch wird in diesem Zusammenhang der „jederzeit verfügbare aufsuchende Dienst“ durch Vertragsärzt/-innen gesehen. Mit dem geplanten 24/7-Angebot würde ein konkurrierendes und schwer abgrenzbares zusätzliches Angebot während der Praxisöffnungszeiten geschaffen. Die Vorgabe, dass die Versorgung nur auf Fälle beschränkt ist, die nicht anderweitig versorgt werden können, ist nicht ausreichend. Denn es müssten dennoch Doppelstrukturen mit wirtschaftlichen und personellen Ressourcen vorgehalten werden. Die konkrete Ausgestaltung der notdienstlichen Akutversorgung sollte besser von den Partnern der Bundesmantelverträge übernommen werden. Hierdurch ließen sich auch andere Abgrenzungsprobleme zur Regelversorgung besser auflösen. Die im Gesetzentwurf vorgesehene freiwillige Kooperationsmöglichkeit zwischen Rettungsdienst und KVen für den aufsuchenden Dienst ist zu unverbindlich. Notwendig wäre hier eine verpflichtende Kooperation. Mit der Zusammenführung beider Strukturen könnten erhebliche Synergiepotenziale ausgeschöpft werden.

Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen sich als wesentliche Säule der Notfallversorgung INZ etablieren. Die notdienstliche Akutversorgung soll sich an diesen Standorten konzentrieren. Um dies zu fördern, sollte klargestellt werden, dass nur solche Krankenhäuser im Rahmen des Notdienstes an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, die Teil eines INZ sind. Mit der jetzigen Regelung in Satz 13 besteht die Gefahr, dass viele bestehende Kooperationsvereinbarungen zwischen KVen und Krankenhäusern erhalten bleiben und somit an den Krankenhäusern ohne INZ-Beteiligung weiter regelhaft Leistungen ambulant erbracht werden. Damit würde sich faktisch am Status quo wenig ändern.

Positiv zu bewerten ist, dass für den aufsuchenden Dienst auch weitere Gesundheitsprofessionen mit eingebunden werden können. Die Begrenzung auf „unter ärztlicher Anordnung und Verantwortung“ ist aufgrund anderer gesetzlicher Regelungen jedoch nicht notwendig und führt dazu, dass die Lösung hinter dem Potenzial zurückbleibt.

In der Gesetzesbegründung zu Satz 6 wird klargestellt, dass die konkreten Strukturvorgaben (Beteiligung an INZ, 24/7 telemedizinisches und aufsuchendes Angebot) zur Organisation der notdienstlichen Akutversorgung nicht für die zahnärztliche Versorgung im Notdienst gelten soll. Hier muss redaktionell „Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung“ durch „Kassenärztliche Bundesvereinigung“ ersetzt werden. Klarstellend sollte im Satz 5 „Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung“ und „Kassenzahnärztliche Vereinigung“ aufgenommen werden.

Zu Absatz 1c

Die Verpflichtung zum Aufbau von Akutleitstellen als zentrale Anlaufstelle im Akutfall sowie die Nutzung einer standardisierten Ersteinschätzung für alle KVen werden begrüßt. Die Akutleitstelle ist ein wichtiges Element für eine verlässliche Patientensteuerung und verbessert den Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung.

Positiv ist, dass verbindliche Erreichbarkeitsvorgaben für die Akutleitstelle gemacht werden. Die Einhaltung dieser Vorgaben ist eine essenzielle Voraussetzung für eine gelingende Vernetzung zwischen Akutleitstellen und Rettungsleitstellen. Zudem kann darüber hinaus verhindert werden, dass sich Hilfesuchende an andere, nicht zuständige Strukturen wenden.

Die Regelungskompetenzen für die Vorgaben zur Ersteinschätzung in Akutleitstellen und in INZ sind im Gesetzentwurf unterschiedlich ausgestaltet. Während die KBV die Vorgaben für die Ersteinschätzung in den Akutleitstellen bestimmt, soll der G-BA diese ausschließlich für die INZ festlegen. Es sollte jedoch bei der Nutzung beider Instrumente zu übereinstimmenden Bewertungen des Gesundheitszustandes kommen, um eine widerspruchsfreie Weiterleitung der Hilfesuchenden zu gewährleisten. Regelungen hierzu sind in dem Gesetzentwurf nicht vorgesehen. Im Rahmen des GeDIG soll die KBV-Richtlinie zur Ersteinschätzung zukünftig durch eine Vereinbarung zur „Digitalen Bedarfseinschätzung“ nach § 360b SGB V zwischen KBV und GKV-Spitzenverband ersetzt werden. Zusätzlich werden hier maßgebliche Verbände, Fachgesellschaften und der G-BA eingebunden, so dass ein breites Wissen und Interesse in die Vereinbarung einfließen kann. Dies ist ausdrücklich zu begrüßen. Dadurch kann erreicht werden, dass keine Wertungswidersprüche der Instrumente entstehen und eine einheitliche und bedarfsgerechte Steuerung sichergestellt wird.

Dass die Vermittlung von Akutfällen vorrangig in die Sprechstunden der Vertragsärzt/-innen bzw. MVZ vermittelt werden soll und dass es hierfür keiner Überweisung bedarf, bringt den Vorrang der Regelversorgung zum Ausdruck, schont Ressourcen, reduziert den Umfang der Doppelstrukturen und wird daher ausdrücklich begrüßt. Vor dem Hintergrund beschränkter Personalressourcen ist es sachgerecht, dass ein aufsuchender Dienst erst nachrangig nach Ausschöpfen aller anderen notdienstlichen Angebote greifen soll.

Ausdrücklich begrüßt wird, dass unter dem Dach der Akutleitstellen die standardisierte Ersteinschätzung und die Weiterleitung in passende Versorgungsangebote verantwortet wird. Anhand der Ergebnisse der Ersteinschätzung können Mitarbeitende der Akutleitstelle bzw. TSS die Hilfesuchenden passgenau in die geeignete Versorgungsebene steuern. Bei Bedarf kann eine telemedizinische Konsultation mit den diensthabenden Ärzt/-innen erfolgen. Die Möglichkeit der personalisierten Entscheidungsfindung nach Ersteinschätzung ist ein großer Mehrwert der geplanten Akutleitstellen. Hierdurch besteht die Chance, viele Behandlungsanlässe abschließend zu klären. Dies muss auch bei dem parallellaufenden Reformvorhaben im GeDIG beachtet werden. Dort ist bisher die Schnittstelle zur Akutleitstelle bei den geplanten digitalen Zugangswegen für Versicherte nicht beschrieben. Dementsprechend muss mit der geplanten Einführung der „digitalen Bedarfseinschätzung“ nach

§ 360b SGB V und dem „digitalen Versorgungseinstieg“ nach § 345a SGB V die Möglichkeit der Rückkopplung mit der Akutleitstelle gewährleistet werden. Insbesondere in sprechstundenfreien Zeiten können über die telefonischen und telemedizinischen Angebote der Akutleitstelle die Ergebnisse der digitalen Einschätzung validiert und Behandlungsanlässe ggf. sogar abschließend geklärt werden. Nur dadurch können massive Übertriagierungen und die nicht bedarfsgerechte Steuerung in Versorgungsangebote vermieden werden.

Die Krankenkassen sollten bei der Ausgestaltung der Akutleitstellen und deren Angeboten mit einbezogen werden. Durch den engen Kontakt mit ihren Versicherten sind sie in der Lage, die Probleme und Bedarfe der Versicherten bestmöglich einzubringen. Insofern sollten den Krankenkassen Mitwirkungsrechte gesichert werden; bisher fehlt eine derartige Regelung im Gesetzentwurf.

Zu Absatz 1d/e/f

Die Regelungen sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

In § 75 Absatz 1a wird nach Satz 2 folgender Satz angefügt:

„Die digitalen Angebote nach Satz 2 haben das gleiche Service- und Terminangebot vorzuhalten wie die telefonische Terminvermittlung“

Ergänzung des § 75 Abs. 1a Satz 4 Nr. 2 wie folgt:

2. in Fällen, in denen bei einer zuvor erfolgten Inanspruchnahme eines Integrierten Notfallzentrums oder eines Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche die Notwendigkeit einer weiteren Behandlung festgestellt wurde ***oder in Fällen, in denen bei einer zuvor erfolgten Ersteinschätzung in einem Integrierten Notfallzentrum oder in einem Integrierten Notfallzentrum für Kinder- und Jugendliche die Notwendigkeit einer Behandlung in der vertragsärztlichen Versorgung ergeben hat***

§ 75 Abs. 1b Satz 5 bis 7 werden wie folgt gefasst:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung ***sowie die Kassenzahnärztliche Vereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung*** stellen ***jeweils*** die notdienstliche Akutversorgung durch geeignete Strukturen (Notdienst) sicher. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung organisieren den Notdienst insbesondere durch

1. die Beteiligung an Integrierten Notfallzentren und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche,

2. ein telefonisches und videounterstütztes, ~~jederzeit verfügbares~~ ärztliches Versorgungsangebot, auch durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und
3. einen ~~jederzeit verfügbaren~~ aufsuchenden Dienst für Fälle, in denen die in Satz 1 genannte Versorgung nicht anderweitig erbracht werden kann.

Die Partner des Bundesmantelvertrags legen zur wirtschaftlichen Erfüllung der Aufgaben nach Satz 6 Nummer 2 und 3 bundeseinheitliche Kriterien zum zeitlichen Umfang, zur sachlichen und personellen Ausstattung, zur Qualifikation sowie erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen, zum Einzugsgebiet des aufsuchenden Dienstes, zur Kooperation von Kassenärztlichen Vereinigungen untereinander und mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung fest. Zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen Durchführung der in Satz 6 Nummer 2 und 3 genannten Maßnahmen sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen untereinander sowie mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kooperieren.

§ 75 Abs. 1c SGB V wird nach Satz 7 wie folgt ergänzt:

Bei der Ausgestaltung der Akutleitstellen sind die Krankenkassen zu beteiligen. Die Einzelheiten regeln die Partner der Bundesmantelverträge.

Nr. 8 § 76 Freie Arztwahl

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 9 § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Der ergänzte Bewertungsausschuss wird beauftragt, Zuschläge für Versicherte festzulegen, die aufgrund der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behandlungsdagnose einer besonders aufwändigen Betreuung und Überwachung in der Notaufnahme eines Integrierten Notfallzentrums bedürfen. Die Regelung gilt für Einrichtungen für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche gleichermaßen.

b) Es wird eine Folgeänderung aufgrund der Änderungen der Regelung zur Akutleitstelle vorgenommen.

B Stellungnahme

a) Die Regelung ist grundsätzlich sachgerecht.

Mit der Konkretisierung der Art, Schwere und Komplexität über die Behandlungsdagnose lässt sich die adressierte Versichertengruppe klarer identifizieren und definieren. Das ist ausdrücklich zu begrüßen. Gleichzeitig gilt, dass eine eindeutige Abgrenzung aufgrund der Vielzahl der medizinischen Fallkonstellationen und damit verbundenen Abwägungen mit Restriktionen verbunden sein wird.

Richtig ist die ausweislich der Begründung vorgesehene, weiter bestehende Finanzierung aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, um zusätzliche Belastungen der GKV zu vermeiden. Dass jedoch etwaige Verlagerungseffekte von stationären Kurzzeitfällen basiswirksam für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu berücksichtigen sind, ist nicht sachgerecht. Hierbei handelt es sich um Fälle, die bei besseren ambulanten Strukturen nicht die notdienstlichen Strukturen aufgesucht hätten und eigentlich immer schon Teil der vertragsärztlichen Versorgung gewesen wären. Insofern ist eine Finanzierung ohne zusätzliche Mittel aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wie bei regulären Fällen des Notdienstes angezeigt. Ein alleiniger Verweis auf etwaige, neue Strukturen kann nicht die grundsätzliche, vertragsärztliche Finanzierungspflicht negieren.

Anzumerken ist, dass das Stimmengewicht zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern im ergänzten Bewertungsausschuss nicht austariert ist. Notwendig ist eine Stimmenparität, um einen fairen und sachgerechten Interessensausgleich zu ermöglichen.

b) Die Änderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

a) Es wird in § 87 Abs. 2a Satz 21 folgender Halbsatz ergänzt:

„abweichend von § 87 Absatz 5a Satz 1 und 2 gilt das Stimmengewicht der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen doppelt.“

Es wird der Satz 22 (neu) hinzugefügt:

„Wird eine Mehrheit von sechs Stimmen unter Berücksichtigung des doppelten Stimmengewichts der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nicht erreicht, gilt § 87 Absatz 5a Satz 6 und 7 entsprechend.“

b) Kein Änderungsbedarf.

Nr. 10 § 87a Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Vergütung von Vermittlungsfällen durch die Terminservicestelle im Zusammenhang mit den Änderungen zur Akutleitstelle.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 11 § 90 Landesausschüsse

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Norm zum erweiterten Landesausschuss, die bisher durch § 90 SGB V i. V. m. § 116b Abs. 3 SGB geregelt war, wird in einem neuen Absatz 4a verortet. Hierbei werden die bislang geltenden Regelungen u. a. zu Mitgliederzahl, Stimmverhältnis, Berufung des Vorsitzenden und der unparteiischen Mitglieder aus § 116b Abs. 3 SGB V übernommen. Das Land hat, wie im Landesausschuss nach § 90 Abs. 1 auch, im erweiterten Landesausschuss ein Mitberatungsrecht sowie ein Anwesenheitsrecht bei der Beschlussfassung und zusätzlich ein Antragsrecht. Der erweiterte Landesausschuss nimmt nun zusätzlich seine Aufgaben zur Standortbestimmung von INZ und KINZ nach § 123, § 123a und § 123b SGB V wahr. Für die Wahrnehmung der erweiterten Aufgaben erhalten die Vertreter der medizinischen Notfallrettung ein Anhörungsrecht. Für die Aufgaben der INZ/KINZ-Standortbestimmung kann der erweiterte Landesausschuss eine kleinere Gremienbesetzung unter Wahrung seines Besetzungsverhältnisses in seiner Geschäftsordnung festlegen.

B Stellungnahme

Die Normierung des erweiterten Landesausschusses unter § 90 Abs. 4a SGB V wird ausdrücklich begrüßt. Die erweiterten Landesausschüsse sind grundsätzlich ein geeignetes Gremium, um die Aufgaben nach § 123, § 123a und § 123b SGB V und perspektivisch weitere Aufgaben wahrzunehmen. Allerdings sollten die Kriterien für die Standortfestlegung und für die Festlegung geeigneter Planungsregionen durch den G-BA bundesweit einheitlich festgelegt werden. Ein bundesweiter Rahmen durch den G-BA erleichtert die Entscheidungsfindung auf regionaler Ebene. Andernfalls droht ein Flickenteppich. Die Möglichkeit der kleineren Besetzung unter Wahrung des Besetzungsverhältnisses für die Standortfestlegung von INZs bzw. KINZs fördert die Beschlussfähigkeit des Gremiums und wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Änderungsvorschläge zu den Aufgaben der Landesausschüsse, insbesondere zur Einbindung des G-BA, werden in den Kapiteln zu den §§ 123, 123a und 123b SGB V beschrieben.

Nr. 12 § 90a Gemeinsames Landesgremium

A Beabsichtigte Neuregelung

In das gemeinsame Landesgremium können künftig auch Vertreter der medizinischen Notfallrettung einbezogen werden.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Die medizinische Notfallrettung ist einer der wichtigsten Akteure in der Notfallversorgung und sollte daher in das Landesgremium mit eingebunden werden.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 13 § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 14 § 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Kann-Regelung zur Vereinbarung zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes wird durch eine umfassende Neuregelung und Verpflichtung der Vereinbarung ersetzt. Die Finanzierung erfolgt hälftig durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen mit der Beteiligung der privaten Krankenversicherung in Höhe von sieben Prozent. Sie dient der Förderung des Notdienstes unter Berücksichtigung der weiteren Neuregelungen sowie der Integrierten Notfallzentren einschließlich Maßnahmen der digitalen Vernetzung.

Grundlage der Verhandlungen und Entscheidungsfindung ist eine detaillierte Kostenkalkulation der Kassenärztlichen Vereinigungen, die jeweils vier Wochen vor Verhandlungsbeginn zur Verfügung gestellt werden muss. In voller Höhe mindernd zu berücksichtigen sind Kosten, Leistungen, sonstige Entgelte für den Notdienst und Notfall nach § 87b Abs. 1 Satz 3 und nicht ausgeschöpfte Mittel des Honorarvolumens für diese Leistungen. Im Falle der Nicht-Einigung besteht die Möglichkeit der Anrufung des Schiedsamtes nach § 89 SGB V. Der Betrag ist jährlich zu überprüfen und anzupassen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird verpflichtet, jährlich über die Vereinbarungen einschließlich der damit verbundenen Beträge und Verwendungszwecke zu informieren.

Die bisherige Regelung wird durch eine Ergänzung für den vertragszahnärztlichen Bereich fortgeführt.

B Stellungnahme

Es ist zunächst festzustellen, dass der Gesetzgeber weiterhin zusätzliche Mittel für Strukturen und damit in Verbindung stehenden Leistungen vorsieht, für die die Gesamtvergütung unter anderem mit befreiender Wirkung gezahlt wird. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind zur Sicherstellung der Versorgung per se verpflichtet. Es ist daher nicht nachvollziehbar, warum zusätzlich Mittel etwa für aufsuchende Dienste und deren Strukturen ausweislich der Gesetzesbegründung vorzusehen sind. Kritisch ist in dem Zusammenhang anzumerken, dass neben den regulären vertragsärztlichen Strukturen ein aufsuchender Dienst vorgesehen ist, der jederzeit verfügbar sein und von den Krankenkassen mitfinanziert werden soll. Gerade zu den regulären Praxiszeiten sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen ihrem Sicherstellungsauftrag so nachkommen, dass es zusätzlicher Strukturen und Mittel nicht bedarf. Es sind vielmehr bestehende Mittel unter anderem nach § 105 Abs. 1a und 1b SGB V zu verwenden und es muss auf bereits bestehenden Strukturen aufgesetzt werden. Eine Doppelfinanzierung ist zu verhindern.

Die eigentliche Normsetzung hat eine Unschärfe in der Frage, ob die neue Finanzierungspflicht nun ausschließlich für neue oder schon bestehende Strukturen besteht. Gemäß Gesetzesbegründung ist davon auszugehen, dass der Gesetzgeber die zusätzliche Finanzierungspflicht nur für die neu hinzukommenden Strukturen im Zu-

sammenhang mit der Notfallreform vorgesehen hat. Es bedarf daher in der Normsetzung eine entsprechende Klarstellung. Der Gesetzentwurf des GeDIG sieht die Bereitstellung eines elektronischen Systems für eine digitale Bedarfseinschätzung durch die KBV vor (§ 360c SGB V). Dieses System, das ab dem 1. Januar 2031 auch von der Terminservicestelle bzw. der Akutleitstelle einzusetzen ist, soll jeweils hälftig durch die KBV und den GKV-SV finanziert werden. Laut Gesetzesbegründung werden darüber sogar die Kosten für die Schulung des anwendenden Fachpersonals in den Terminservicestellen bzw. Akutleitstellen finanziert. Um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden, dürfen auf Landesebene ab diesem Zeitpunkt keine entsprechenden Kostenbestandteile mehr hierfür ausgewiesen und finanziert werden.

Entgegen den Erläuterungen aus der Gesetzesbegründung bestehen bereits Vereinbarungen auf Grundlage von § 105 Abs. 1b SGB V mit den Kassenärztlichen Vereinigungen. Damit sind für die Krankenkassen Aufwendungen in Höhe eines hohen Millionenbetrages verbunden. Die angedachte implizite Verpflichtung zur Vereinbarung ist daher im Sinne einer Kann-Regelung zu ändern, um den notwendigen Verhandlungsspielraum auf Landesebene zu gewährleisten. Die vorgesehene Schiedsamtregelung ist zu streichen.

Eine Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen ist unabdingbar, weil nur so das Prinzip der Wirtschaftlichkeit gewahrt wird und es der Verpflichtung der Sicherstellung entsprechend Rechnung trägt. Diese wird daher dezidiert begrüßt. Richtig ist auch, dass bereits nach der regionalen Euro-Gebührenordnung abgerechnete Leistungen und Kosten im Zusammenhang mit dem Notdienst, nicht ausgeschöpfte Mittel des Honorarvolumens für die Vergütung der Leistungen nach § 87b Absatz 1 Satz 3 SGB V und sonstige vereinnahmte Entgelte in voller Höhe mindernd berücksichtigt werden. Anzumerken ist, dass ausweislich der Gesetzesbegründung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erhobene Sicherstellungs- und Strukturumlagen zusätzlich mindernd zu berücksichtigen sind. In der eigentlichen Normsetzung fehlt diese Regelung, so dass diese in der Aufzählung zu ergänzen sind.

Wichtig ist jedoch, dass eine Belastung der Kostenträger über Gebühr verhindert wird. Die Ausgaben für die Krankenversicherungen sind daher in Analogie zu § 105 Abs. 1a SGB V auf maximal 0,2 Prozent der nach § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu beschränken. Darüberhinausgehende Mittel sind ausschließlich durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu finanzieren. Dies gilt umso mehr, als dass das angedachte Beitragssatzstabilisierungsgesetz die Ausgabenentwicklung begrenzen soll. Die Notfallreform darf diese Bemühungen nicht konterkarieren.

Positiv hervorzuheben ist die weiterhin angedachte Konkretisierung der Beteiligung der privaten Krankenversicherung in Höhe von sieben Prozent. Dies entspricht der üblichen Praxis. Perspektivisch wird dieser Anteil erhöht werden müssen. Mit dem vorliegenden Entwurf des GeDIG sind bereits zahlreiche digitale Elemente zur Verbesserung der Versorgungssteuerung in der GKV vorgesehen. Spätestens mit der Umsetzung des geplanten Primärversorgungssystems ist davon auszugehen, dass sich weniger GKV-Versicherte an die Akutleitstelle wenden. In der Folge steigt der PKV-Anteil, sodass auch ein höherer Kostenanteil übernommen werden muss. Die

Verpflichtung zur Veröffentlichung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist richtig, um die notwendige Transparenz herzustellen.

Die Fortführung der bisherigen Regelung für den zahnärztlichen Bereich ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Es werden folgende Änderungen in Abs. 1b vorgeschlagen:

Der Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich auf Grundlage der in Satz 6 genannten Kalkulation einen jährlich von den Kassenärztlichen Vereinigungen zum einen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zum anderen in jeweils gleicher Höhe über die nach Absatz 1a bereitzustellenden Mittel hinaus bereitzustellenden Betrag zur Finanzierung der in Satz 5 genannten Förderungen für neue Strukturen und Einrichtungen der neu hinzukommenden Integrierten Notfallzentren vereinbaren.“

Hilfsweise werden in Satz 1 in der Nummerierung 1 nach dem Wort „sicherzustellen“ die Wörter „**neu hinzukommenden**“ sowie in der Nummerierung 2 nach dem Wort „verantworteten“ „**neu geschaffenen**“ ergänzt.

In Satz 7 werden nach „Satz 3“ die Wörter „**sowie durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erhobene Sicherstellungs- und Strukturumlagen**“ ergänzt.

Der Satz 8 wird gestrichen.

Es werden folgende Sätze 10 (neu) und 11 (neu) hinzugefügt:

„Die Mittel sind insgesamt auf höchstens 0,2 Prozent der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen begrenzt. Darüberhinausgehende Aufwendungen sind vollständig durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu tragen.“

Nr. 15 § 115e Tagesstationäre Behandlung

A Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung aufgrund der nunmehr getrennten Regelungen zur Kostenübernahme von Krankentransporten und Krankenfahrten in § 60 SGB V und der gesonderten Regelung des Anspruchs auf Notfalltransport in § 30 SGB V.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 16 § 116b ASV

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neufassung des § 90 Abs. 4a SGB V

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 17 § 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Redaktionelle Anpassung im Zuge der Neufassung von § 75 Absatz 1b, die klarstellt, dass auch Leistungen von Krankenhäusern und Ärztinnen und Ärzten, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, aber in die notdienstliche Versorgung einbezogen sind, nach den für den vertragsärztlichen Bereich geltenden Regelungen aus der Gesamtvergütung zu vergüten sind.
- b) Die Beauftragung des G-BA zur Festlegung einer Richtlinie für eine qualifizierte, standardisierte Ersteinschätzung wird an dieser Stelle aufgehoben und im § 123 c Abs. 1 SGB V neu aufgenommen.

Ersetzt wird der Absatz durch eine Regelung, dass die Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen in Krankenhäusern, die kein INZ / KINZ-Standort sind, nur noch dann erfolgen darf, wenn die Ersteinschätzung nach § 123c Abs. 1 ergeben hat, dass eine Behandlung an dem jeweiligen Krankenhausstandort erfolgen kann und eine Weiterleitung des Hilfesuchenden in das nächstgelegene INZ im Einzelfall nicht zumutbar ist.

B Stellungnahme

- a) Die Regelung ist sachgerecht.
- b) Die beabsichtigte regelhafte Einbindung von Krankenhäusern ohne INZ in die ambulante Notfallversorgung wird kritisch gesehen. INZs sollen laut Gesetzesbegründung als zentrale Anlaufstelle der Notfallversorgung anhand einheitlicher Kriterien an geeigneten Krankenhausstandorten durch die Erweiterten Landessausschüsse geplant werden. Damit sollen die INZs eine flächendeckende und bedarfsgerechte Notfallversorgung im Krankenhausbereich sicherstellen. Könnten Krankenhäuser ohne INZ zusätzlich regelhaft weiter versorgen, würde eine nicht bedarfsgerechte Parallelstruktur aufgebaut. Es muss deshalb sichergestellt werden, dass die Versorgung von Hilfesuchenden in Krankenhäusern ohne INZ nach der Ersteinschätzung die Ausnahme bleibt. Die Vorgaben des G-BA müssen entsprechend eng gefasst werden.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 18 § 123 Integrierte Notfallzentren

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 123 regelt die bundesweit flächendeckende Einrichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ).

Gemäß Absatz 1 bestehen Integrierte Notfallzentren (INZ) aus der Notaufnahme eines zugelassenen Krankenhauses, einer Praxis der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) in unmittelbar räumlicher Nähe zur Notaufnahme des Krankenhauses und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle, die auf Grundlage einer Kooperationsvereinbarung zusammenarbeiten. Wird ein Krankenhaus als Standort für die Einrichtung eines INZ festgelegt, sind der Krankenhausträger und die zuständige KV zum Abschluss einer Kooperationsvereinbarung berechtigt und verpflichtet. Die fachliche Verantwortung und Leitung für die Ersteinschätzungsstelle liegt grundsätzlich beim Krankenhaus. Von der Einrichtung einer Notdienstpraxis kann eine KV absehen, wenn ein in vertragsärztlicher Leistungserbringer in unmittelbar räumlicher Nähe zu den gesetzlich vorgegebenen Zeiten die vertragsärztliche notdienstliche Versorgung sicherstellen kann. Es ist möglich, Kooperationspraxen mit in ein INZ einzubinden. Innerhalb der INZ erfolgt eine digitale Fallübergabe zwischen den beteiligten Leistungserbringern.

Absatz 2 regelt, dass Hilfesuchende, die selbstständig ein INZ aufsuchen, eine Ersteinschätzung erhalten, bei der die Behandlungsdringlichkeit und die geeignete Versorgungsebene innerhalb des INZ festgestellt werden. Die Ersteinschätzung kann im Wege der Delegation durch nichtärztliches Personal erbracht werden. Ab dem in § 123c Abs. 1 Satz 5 Nr. 4 genannten Zeitpunkt hat die Ersteinschätzung mit dem Ersteinschätzungsinstrument nach § 123c Abs. 1 Satz 1 zu erfolgen. Das INZ bietet Hilfesuchenden eine Terminvermittlung in die vertragsärztliche Versorgung an, sofern eine ambulante Weiterbehandlung notwendig ist oder sofern sich Hilfesuchende nach der Ersteinschätzung anstatt für eine Behandlung im INZ für eine Behandlung in der vertragsärztlichen Versorgung entscheiden. In den INZ sind Hilfesuchende, die nachweisen können, dass sie vor der Inanspruchnahme eine telefonische oder digitale Vermittlung durch die Akutleitstelle in das INZ erhalten haben, bei gleicher Behandlungsdringlichkeit grundsätzlich vorrangig zu behandeln.

Nach Absatz 3 haben INZ sicherzustellen, dass für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen telemedizinische oder telefonische Konsile mit entsprechenden Fachärzten durchgeführt werden können, sofern am Standort kein INZ für Kinder und Jugendliche zur Verfügung steht. Die Versorgung von Hilfesuchenden mit psychischen Erkrankungen soll durch telemedizinische oder telefonische Konsile mit entsprechenden Fachärzten sichergestellt werden, sofern am INZ-Standort keine Fachabteilung für Psychiatrie oder Psychosomatik vorhanden ist. Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Abs. 4a Satz 1 kann Empfehlungen für die landesweite Konzeption und Koordinierung dieser Konsile aussprechen; die INZ haben die notwendige technische Ausstattung für eine telemedizinische Anbindung vorzuhalten.

Gemäß Absatz 4 berichten die KVen den für die Sozialversicherung und den für die Krankenhausplanung zuständigen obersten Landesbehörden zukünftig jährlich über

die Versorgungssituation in den INZ. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zukünftig ebenfalls jährlich zum gleichen Sachverhalt.

B Stellungnahme

zu Absatz 1

Die Festlegungen, dass sowohl das als INZ-Standort benannte Krankenhaus als auch die zuständige KV zur Einrichtung eines INZ verpflichtet sind und dass die fachliche Leitung und Verantwortung für die Ersteinschätzungsstelle grundsätzlich bei den Krankenhäusern liegt, ist sachgerecht. Jedoch muss das Ergebnis der Ersteinschätzung bindend und die Weisungsfreiheit des Fachpersonals der zentralen Ersteinschätzungsstelle sichergestellt sein. Gleiches gilt für die möglichen Kooperationen der INZ-Vertragspartner mit Vertragsarztpraxen und MVZ in der näheren Umgebung. Die Versorgung in den Kooperationspraxen darf nicht zu Mehrausgaben für die GKV führen, daher sind monetäre Anreize für diese Kooperationen abzulehnen.

Die Regelung, dass die KVen von der Einrichtung einer Notdienstpraxis absehen können, sofern eine Vertragsarztpraxis oder ein MVZ, die sich in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des Krankenhauses befinden, diese Versorgung während der gesetzlich vorgesehenen Öffnungszeiten übernehmen können, wird begrüßt. Damit wird der Aufbau von Doppelstrukturen vermieden und knappe Personal-Ressourcen können effizient eingesetzt werden.

Die Vorgabe, eine digitale Fallübergabe zwischen allen am INZ-Beteiligten zu implementieren, wird begrüßt. Sie ist notwendig, um die Prozesse im INZ effizient zu gestalten.

zu Absatz 2

Die Ersteinschätzung der Hilfesuchenden, die selbständig ein INZ aufsuchen, mittels einer standardisierten Ersteinschätzung, wird grundsätzlich begrüßt. Die Delegationsmöglichkeit an nichtärztliches Personal ist richtig, jedoch sollten in der G-BA-Richtlinie nach § 123c bundesweite Regelungen zur Qualifizierung des medizinischen Personals in den INZ festgelegt werden. Positiv im Sinne der Vermeidung von Versorgungsbrüchen ist auch, dass die INZ nach der Versorgung von Hilfesuchenden bei Bedarf Termine in die vertragsärztliche Versorgung vermitteln sollen.

Die Bevorzugung von Patientinnen und Patienten, die über die telefonische oder digitale Vermittlung der Akutleitstelle in ein INZ kommen, wird ebenfalls begrüßt. Sie würde einen wichtigen Anreiz setzen, sich bei akuten gesundheitlichen Problemen zunächst immer an die Akutleitstelle zu wenden. Dies ist wünschenswert, weil die Steuerung der Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene am besten bereits bei der Akut- oder Rettungsleitstelle beginnt, um die INZ und damit die Notaufnahme der Krankenhäuser zu entlasten.

In der Gesamtschau sind die vorliegenden Regelungen jedoch wenig zielführend. Eine wirksame Entlastung der Notaufnahmen ist nicht zu erwarten, denn eine Weiterleitung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene soll nur innerhalb des INZ einschließlich der Kooperationspraxen erfolgen können. Die verbindliche, direkte Weiterleitung in die reguläre vertragsärztliche Versorgung ist hingegen nicht vorgesehen. Alle Hilfesuchenden, die eine Ersteinschätzung erhalten haben, müssen unabhängig von ihrer Behandlungsdringlichkeit durch einen Arzt des INZ oder einer Kooperationspraxis untersucht werden und können erst danach an die reguläre vertragsärztliche Versorgung vermittelt werden. Hilfesuchende ohne unmittelbaren Behandlungsbedarf werden somit weiter in den Strukturen der notdienstlichen Akutversorgung behandelt. Die vorgesehene Ausnahme, dass Hilfesuchende nach der Ersteinschätzung *freiwillig* auf eine Behandlung im INZ verzichten (beispielsweise um lange Wartezeiten zu vermeiden) und sich einen Termin für die vertragsärztliche Versorgung vermitteln lassen können, ist viel zu unverbindlich, um eine bedarfsgerechte Weiterleitung in die richtige Versorgungsebene zu erreichen, die ja das eigentliche Reformziel ist.

Das bedeutet, dass, sofern es keine Kooperationspraxis am INZ gibt und/oder die Notdienstpraxis zum Zeitpunkt der Ersteinschätzung geschlossen hat, Hilfesuchende wie bisher nur in der Notaufnahme versorgt werden können, auch wenn die Ersteinschätzung eigentlich einen ambulanten Versorgungsbedarf ermittelt hat. Um das Reformziel, die Notaufnahmen der Krankenhäuser effektiv zu entlasten erreichen zu können, muss die Weiterleitung von Hilfesuchenden, bei denen die Ersteinschätzung keinen unmittelbaren Behandlungsbedarf ergeben hat, in die vertragsärztliche Regelversorgung möglich sein.

Die angestrebte Entlastung der Notaufnahmen kann noch aus einem weiteren Grund scheitern: Mit der Etablierung von INZ-Standorten mit 24-stündiger Öffnungszeit und garantierter Versorgung vor Ort, nach einer Ersteinschätzung unabhängig vom tatsächlichen Versorgungsbedarf, werden sich viele Hilfesuchende, die bisher zu den Praxisöffnungszeiten in der vertragsärztlichen Regelversorgung versorgt wurden, direkt an die INZs wenden. Dieser Sogeffekt durch die Umgehungsmöglichkeit der vertragsärztlichen Versorgung kann sogar zu einer noch stärkeren Überlastung der notdienstlichen Strukturen in den Krankenhäusern führen und ist unbedingt durch die dargestellten Zugangs- und Steuerungsinstrumente bei der Ersteinschätzung zu verhindern.

Darüber hinaus ist bisher nur in der Gesetzesbegründung vorgesehen, dass Hilfesuchende, die kein dringendes gesundheitliches Problem schildern, sondern beispielsweise nur eine Routineuntersuchung wünschen, keine Ersteinschätzung erhalten und abgewiesen werden können. Diese Klarstellung ist zwingend im Gesetzestext aufzunehmen.

zu Absatz 3

Die Regelung, bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie psychisch Erkrankten im INZ bei Bedarf telemedizinische oder telefonische Konsile mit den entsprechenden Fachärztinnen und Fachärzten durchführen zu sollen, wird begrüßt. Die Bestimmung, dass der erweiterte Landesausschuss auf Landesebene die Konzeption

und Koordinierung der telemedizinischen Unterstützung empfehlen kann, ist richtig, greift aber zu kurz. Zur Vermeidung von Individuallösungen einzelner INZ sollte der erweiterte Landesausschuss die Vorgaben zwingend landesweit vorgeben. Auf Landesebene gibt es sehr unterschiedliche Strukturen und Versorgungsangebote im Kinder- und Jugendbereich sowie bei der psychiatrischen Versorgung. Die konzeptionelle Ausgestaltung und die telemedizinische Anbindung können so die landesspezifischen Besonderheiten berücksichtigen.

zu Absatz 4

Die Regelung ist grundsätzlich sachgerecht. Kritisch anzumerken ist jedoch, dass eine Information an die Kostenträger und die erweiterten Landesausschüsse nicht vorgesehen ist. Das ist gerade im Hinblick auf sachgerechte Entscheidungen zu den Einrichtungen der INZ zwingend anzupassen. Die von den KVen und der KBV erstellten Berichte sind auch den Landesverbänden der Krankenkassen/Ersatzkassen bzw. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung zu stellen.

C Änderungsvorschlag

In § 123 Abs. 1 wird nach Satz 4 folgender Satz ergänzt:

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

In § 123 Abs. 2 Satz 3 wird folgender Halbsatz ergänzt:

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

§ 123 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

Für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, trifft die zentrale Ersteinschätzungsstelle eine Entscheidung über die Behandlungsdringlichkeit und über die geeignete Versorgungsebene innerhalb des Integrierten Notfallzentrums unter Berücksichtigung der jeweiligen Kooperationspraxen **oder außerhalb des Integrierten Notfallzentrums in der vertragsärztlichen Regelversorgung bei Fällen mit einem ärztlichen, aber nicht unverzüglichen Behandlungsbedarf; für Hilfesuchende, die kein von ihnen als dringend erachtetes gesundheitliches Anliegen schildern, steht allein die vertragsärztliche Regelversorgung offen.**

§ 123 Abs. 2 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

Das Integrierte Notfallzentrum bietet den Patienten, bei denen nach einer notdienstlichen Akutversorgung im Integrierten Notfallzentrum eine ambulante Weiterbehandlung erforderlich ist, und Hilfesuchenden, **bei denen die Entscheidung der Ersteinschätzungsstelle einen Behandlungsbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung ergibt** die sich nach einer Entscheidung der Ersteinschätzungsstelle nach Satz 1

~~statt für eine Behandlung im Integrierten Notfallzentrum für eine Behandlung bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer entscheiden, die Vermittlung eines Termins für eine solche Behandlung an.~~

§ 123 Abs. 4 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

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

In § 123 Abs. 4 wird nach Satz 2 folgender Satz 3 ergänzt:

„Die Berichte werden auch den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen bzw. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung gestellt.“

Nr. 18 § 123a Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

A Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß Absatz 1 bestimmt der um Mitglieder der Krankenhäuser erweiterte Landesausschuss nach § 90 Abs. 4a Satz 1 SGB V innerhalb von sechs Monaten nach Verkündung des Gesetzes die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser, an denen INZ eingerichtet werden sollen. Bundeswehrkrankenhäuser sind dabei vorrangig zu berücksichtigen. Dazu soll der erweiterte Landesausschuss geeignete Planungsregionen zur flächendeckenden Versorgung mit INZ festlegen, die sich auch über die Landesgrenzen erstrecken können.

Ein Krankenhaus ist grundsätzlich als INZ-Standort geeignet, wenn es mindestens die Notfallstufe der Basisversorgung nach § 136c Abs. 4 SGB V aufweist und keine berechtigten Interessen des Krankenhauses entgegenstehen. Weitere Kriterien für die Standortfestlegung sind die Erreichbarkeit innerhalb von 30 Fahrzeugminuten für mindestens 95 Prozent der Menschen in der Planungsregion, die Zahl der zu versorgenden Menschen in der Planungsregion, die Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Personennahverkehr, das Bestehen einer KV-Praxis zur Sicherstellung des Notdienstes in unmittelbar räumlicher Nähe des Krankenhauses und die vorhandene Möglichkeit der Einbeziehung von Kooperationspraxen.

Sofern mehrere Krankenhäuser in einer Planungsregion diese Kriterien erfüllen, sollen diejenigen Krankenhäuser bevorzugt werden, die eine höhere Notfallstufe oder eine leistungsfähigere Notaufnahme (nach Fallzahl o. ä.) aufweisen, über mehr notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen verfügen oder die bereits eine bestehende KV-Notdienstpraxis am Krankenhausstandort haben.

Der erweiterte Landesausschuss kann davon abweichend einen Krankenhausstandort bestimmen, wenn dies zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung notwendig ist. Sofern die Frist zur Standortbestimmung nicht eingehalten werden kann, kann die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde die Frist einmalig um maximal sechs Wochen verlängern. Nach fruchtlosem Ablauf der Frist hat sie innerhalb von sechs Wochen die Standorte festzulegen.

Der erweiterte Landesausschuss hat die Standortfestlegungen in regelmäßigen Abständen zu überprüfen. Die Bestimmung eines Standorts erfolgt durch Bescheid, gegen den der Rechtsweg vor den Sozialgerichten eröffnet ist, wobei Widerspruch und Klage keine aufschiebende Wirkung haben.

Absatz 2 regelt, dass die zuständige KV und der Krankenhausträger für die Organisation des INZ innerhalb von neun Monaten nach Festlegung des Standortes eine Kooperationsvereinbarung schließen, wobei die Regelungen der Rahmenvereinbarung nach § 123a Abs. 4 zu beachten sind. Sofern die Versorgung von Akutfällen nicht durch eine KV-Notdienstpraxis, sondern durch eine Vertragsarztpraxis in unmittelbar räumlicher Nähe des Krankenhauses oder durch eine Kooperationspraxis erbracht wird, werden auch diese Praxen Parteien der Kooperationsvereinbarung.

Die Parteien der Kooperationsvereinbarung sollen ein gemeinsames Qualitätsmanagement durchführen und dürfen dazu personenbezogene Daten verarbeiten.

Die Kooperationsvereinbarung regelt insbesondere das Nähere zur Ersteinschätzung bis zu dem Zeitpunkt, ab dem die Ersteinschätzung nach § 123c anzuwenden ist, zu den Räumlichkeiten, der Einrichtung und den Verbrauchsmaterialien der Notdienstpraxis und zur Nutzung der technischen und diagnostischen Einrichtungen des Krankenhauses und der hierfür zu zahlenden Entgelte.

Die Notdienstpraxis hat mindestens an Wochenenden und Feiertagen von 9 bis 21 Uhr, Mittwoch und Freitag von 14 bis 21 Uhr und Montag, Dienstag und Donnerstag von 18 bis 21 Uhr zu öffnen. Soweit nachgewiesen werden kann, dass der Betrieb der Notdienstpraxis aufgrund zu geringer Inanspruchnahme nicht bedarfsgerecht ist, können in der Kooperationsvereinbarung auch kürzere Öffnungszeiten vereinbart werden. Für die digitale Fallübergabe sind bundeseinheitlich definierte, digitale Schnittstellen und Standards nach dem Zwölften Kapitel festzulegen.

Absatz 3 legt fest, dass, sofern eine Kooperationsvereinbarung nicht rechtzeitig zustande kommt, eine von den Vertragsparteien zu bestimmende, unabhängige Schiedsperson die Vertragsinhalte innerhalb von drei Monaten festlegt. Die KV und der Krankenhausträger haben diese Schiedsperson innerhalb von einem Monat nach Ablauf der Frist zu bestimmen. Kann sich nicht auf eine Schiedsperson geeinigt werden, legt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde innerhalb eines Monats eine Schiedsperson fest. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragsparteien je zur Hälfte. Klagen haben keine aufschiebende Wirkung und richten sich nicht gegen die Schiedsperson, sondern gegen eine der beiden Vertragsparteien.

Nach Absatz 4 bestimmen die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes in einer Rahmenvereinbarung Vorgaben zur Zusammenarbeit in den INZ. Geregelt werden insbesondere Grundsätze der Organisation in den INZ, zur Organisation und zur personellen Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle einschließlich der Qualifikation und Fort- und Weiterbildungen des Personals, zur Vernetzung und Fallübergaben zwischen allen Parteien des INZ, zu den Voraussetzungen für die Weiterleitung von Hilfesuchenden in eine Kooperationspraxis, für den Fall von schweren und wiederholten Verstößen gegen die Kooperationsvereinbarung und zur Ausgestaltung der Übernahme der Aufgaben der Notdienstpraxen durch eine Vertragsarztpraxis.

Kommt eine Rahmenvereinbarung nicht oder nicht fristgemäß zustande, entscheidet das Schiedsgremium nach § 89a Abs. 2. In der Kooperationsvereinbarung kann von den Regelungen der Rahmenvereinbarung aufgrund regionaler Besonderheiten abgewichen werden.

B Stellungnahme

zu Absatz 1

Die Bestimmung der Standorte durch den erweiterten Landesausschuss nach § 90 Abs. 4a Satz 1 ist sachgerecht. Die Berücksichtigung der Bundeswehrkrankenhäuser bei der Standortwahl ist richtig, allerdings ist hier keine Vorrangigkeit notwendig. Grundsätzlich sollten die Kriterien für die Standortfestlegung und für die Festlegung

geeigneter Planungsregionen jedoch durch den G-BA in einer Richtlinie bundesweit einheitlich festgelegt werden und dabei Handlungsspielräume für regionale Gestaltungsmöglichkeiten belassen. Nur so kann sichergestellt werden, dass bundesweit vergleichbare INZ-Strukturen aufgebaut werden.

Die Anzahl der INZ-Standorte muss sich zudem am tatsächlichen Bevölkerungsbedarf orientieren. Hierzu sind weitergehende Bestimmungen notwendig. Die Regelung, dass bei der Standortbestimmung auf die Erfüllung der Kriterien verzichtet werden kann, wenn anderweitig die flächendeckende Versorgung nicht gesichert werden kann, wird begrüßt. Die Bevorzugung von Krankenhäusern mit einer höheren Notfallstufe und einer besseren Ausstattung bei der Standortauswahl wird im Hinblick auf die Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten ebenfalls begrüßt.

zu Absatz 2

Der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen und die Durchführung eines gemeinsamen Qualitätsmanagements werden grundsätzlich begrüßt. Um allerdings eine einheitliche Ausgestaltung der INZ zu gewährleisten, sollten durch den G-BA entsprechende allgemeine Kriterien festgelegt werden, die bundesweit gelten. Positiv ist, dass übergeordnete Regelungen in einer Rahmenvereinbarung festgelegt werden, da darüber der Aufwand für die Parteien der Kooperationsvereinbarung reduziert werden kann.

Der gemeinsame Betrieb der INZ durch KV und Krankenhausträger ist sachgerecht und im Sinne der sektorenübergreifenden Versorgung notwendig. Die festgelegten Mindestöffnungszeiten für die Notdienstpraxen berücksichtigen nicht das regional unterschiedliche Patientenaufkommen. Besser wäre es, wenn der G-BA bundesweit einheitliche Kriterien für die Öffnungszeiten unter Berücksichtigung des tatsächlichen Patientenaufkommens festlegen würde.

zu Absatz 3

Die Regelungen zum Schiedsverfahren, sofern eine Kooperationsvereinbarung nicht oder nicht fristgerecht zustande kommt, sind sachgerecht.

zu Absatz 4

Die vorgesehene Rahmenvereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene zu einheitlichen Vorgaben zur Zusammenarbeit in den INZ wird grundsätzlich begrüßt. Positiv ist insbesondere, dass hier auch Regelungen zur Organisation und zur personellen Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle sowie zur Qualifikation und Fortbildung des Personals getroffen werden sollen. Die Vorgaben sollten aber besser in einer Richtlinie durch den G-BA bundeseinheitlich festgelegt werden.

Der vorgeschlagene Konfliktlösungsmechanismus über das Schiedsgremium nach § 89 Abs. 2 wird hingegen abgelehnt, da eine ausreichende Berücksichtigung der Interessen der Kostenträger aufgrund des Stimmenübergewichts für die Leistungserbringer nicht gewährleistet ist (siehe dazu auch den Änderungsvorschlag beim ergänzenden Regelungsbedarf).

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 Absatz 6 Satz 2, § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 trifft sowie Vorgaben zur Zusammenarbeit in Integrierten Notfallzentren.“**

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 z. B. eine Planung auf Kreis- bzw. Bezirksebene in Großstädten,**
- 2. eine Kapazitätsplanung mit Bevölkerungsbezug z. B. 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. Vorgaben zur Ermittlung von bedarfsgerechten Mindestöffnungszeiten in Abhängigkeit vom Patientenaufkommen,**
- 4. eine Erreichbarkeit für 95 v. H. der Bevölkerung innerhalb von 30 PKW-Fahrzeitminuten,**
- 5. die Berücksichtigung der Notfallstufe der Krankenhäuser; Voraussetzung ist mindestens die Erfüllung der Anforderungen der Basisnotfallstufe gemäß Abschnitt III der Notfallstufenregelung des G-BA.**

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

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

Die Zusammenarbeit in Integrierten Notfallzentren nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3b umfasst insbesondere folgende Vorgaben:

- 1. Grundsätze der Organisation,**
- 2. Vernetzung und interoperable, digitale Fallübergabe innerhalb und außerhalb des Integrierten Notfallzentrums sowie zwischen dem Integrierten Notfallzentrum und einer Kooperationspraxis und der regulären vertragsärztlichen Versorgung,**
- 3. Voraussetzungen für die Weiterleitung von Hilfesuchenden in eine Kooperationspraxis,**
- 4. Regelungen für den Fall wiederholter und schwerwiegender Verstöße gegen die Kooperationsvereinbarung oder für den Fall, dass eine Notdienstpraxis zu den in Absatz 2 Satz 5 und 6 genannten Zeiten nicht geöffnet ist und**

5. Ausgestaltung der Übernahme der Aufgaben der Notdienstpraxis durch ein krankenhauseigenes hausärztliches medizinisches Versorgungszentrum oder eine hausärztliche Vertragsarztpraxis nach § 123 Absatz 1 Satz 6."

§ 123a Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert: Die Wörter „die Rahmenvereinbarungen nach Absatz 4“ werden ersetzt durch die Wörter: „**die Vorgaben zur Zusammenarbeit in Integrierten Notfallzentren nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3b**“.

§ 123a Absatz 2 Satz 5 wird wie folgt geändert:

„Die Notdienstpraxis ist mindestens an Wochenenden und Feiertagen von 9 bis 21 Uhr, ~~Mittwoch und Freitag von 14 bis 21 Uhr und Montag, Dienstag und Donnerstag von 18 bis 21 Uhr zu öffnen~~ und Montag bis Freitag von 18 bis 21 Uhr zu öffnen.“

§ 123a Absatz 4 wird gestrichen.

Sofern § 123a Abs. 4 beibehalten wird, wird § 89a wie folgt geändert: siehe ergänzender Regelungsbedarf am Ende des Dokuments.

Nr. 18 § 123b Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche

A Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1 regelt, dass der um Mitglieder der Krankenhäuser erweiterte Landesausschuss nach § 90 Abs. 4a SGB V innerhalb von sechs Monaten nach Verkündung des Gesetzes die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser bestimmen kann, an denen Integrierte Notfallzentren für Kinder- und Jugendliche (KINZ) eingerichtet werden sollen. Voraussetzungen für die Eignung eines Krankenhauses als KINZ-Standort ist die Erfüllung der Anforderungen des Moduls „Notfallversorgung Kinder“ gemäß der Notfallstufenregelungen nach § 136c Abs. 4 SGB V und dass keine berechtigten Interessen des Krankenhauses oder der KV entgegenstehen, die das Interesse an einer flächendeckenden Versorgung mit INZ für Kinder und Jugendliche überwiegen.

Gemäß Absatz 2 gelten die Regelungen nach § 123 Absatz 1, 2, 3 Satz 1 Nummer 2, Satz 2 und 3 und Absatz 4 und § 123a Absatz 1 Satz 12 bis 14 und Absatz 2 bis 4 für KINZ entsprechend.

B Stellungnahme

zu Absatz 1:

Die Regelung ist sachgerecht. Die Festlegung der Standorte sollte sich am tatsächlichen regionalen Bevölkerungsbedarf orientieren.

zu Absatz 2:

Siehe dazu die Ausführungen zum § 123 Abs. 1 bis 3 und 5 sowie § 123a Abs. 2 bis 4 sowie § 123c.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 18 § 123c Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ersteinschätzung an Krankenhausstandorten und Anforderungen an ambulante Leistungserbringer des Integrierten Notfallzentrums

A Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß Absatz 1 legt der G-BA innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes in einer Richtlinie Vorgaben für eine qualifizierte standardisierte und softwarebasierte Ersteinschätzung fest. Diese dient der Ermittlung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die selbständig einen Krankenhausstandort aufsuchen. Ist dieses Krankenhaus ein INZ- oder KINZ-Standort, dient die Ersteinschätzung der Ermittlung der Behandlungsdringlichkeit und der geeigneten Versorgungsebene innerhalb des INZ oder KINZ. Bei anderen Krankenhausstandorten dient die Ersteinschätzung der Entscheidung, ob eine Behandlung am Krankenhausstandort erfolgt oder ob eine Weiterleitung an ein INZ oder KINZ möglich ist.

In der Richtlinie ist zudem das Nähere vorzugeben zur Einbeziehung des ärztlichen Personals bei einer Entscheidung über die Weiterleitung eines Hilfesuchenden an ein INZ oder KINZ, zum Nachweis der Einhaltung der Vorgaben der Richtlinie an die eingesetzte Software, zur Form und zum Inhalt des Nachweises über die Durchführung der Ersteinschätzung und zum Zeitpunkt, ab dem die Ersteinschätzung durchzuführen ist. Darüber hinaus legt der G-BA die Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen, der ggf. den Notdienst übernehmenden Vertragsarztpraxen und der Kooperationspraxen fest. Zudem sollen Vorgaben zum Nachweis und zur Kontrolle der Einhaltung dieser Mindestanforderungen festgelegt werden.

Wissenschaftliche Fachgesellschaften können Stellung zur Richtlinie nehmen; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der G-BA prüft bis zum 31.12.2028 die Auswirkungen der Richtlinie in Bezug auf die Inanspruchnahme der Notaufnahmen, der Notdienstpraxen und der in § 123 Abs. 1 Satz 5 genannten Leistungserbringer sowie auf die Patientenversorgung und die Erforderlichkeit zur Anpassung der Regelungen und berichtet dem BMG darüber. Das Nähere zur Umsetzung dieses Auftrages inklusive der Übermittlung der notwendigen Daten an den G-BA wird in der Richtlinie festgelegt.

Absatz 2 regelt, dass der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5a verpflichtet wird, bis zum übernächsten Quartal nach Inkrafttreten des Gesetzes im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) die Vergütung der Ersteinschätzung nach Absatz 1 Satz 1 als unabhängig von der Weiterbehandlung abzurechnende Einzelleistung festzulegen. Darüber hinaus hat er die Auswirkungen dieses Beschlusses auf die Entwicklung der nach dem EBM berechnungsfähigen ambulanten Leistungen der Notaufnahmen, der Notdienst- und Kooperationspraxen sowie der in § 123 Abs. 1 Satz 5 genannten Leistungserbringer auf deren Honorare, auf die Versorgung der Versicherten und auf die Ausgaben der Krankenkassen zu evaluieren und darüber dem Bundesgesundheitsministerium bis zum 31.12.2028 zu berichten.

Der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 3 und der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5a beschließen die für die Evaluation der Entwicklung der Leistungen der Notaufnahmen und Notdienst- und Kooperationspraxen notwendigen Fallkennzeichnungen zur Identifikation von Notaufnahmen, Notdienstpraxen, in § 123 Abs. 1 Satz 5 genannten Leistungserbringern und Kooperationspraxen.

Gemäß Absatz 3 setzt die Vergütung der Ersteinschätzung ab dem vom G-BA in seiner Richtlinie nach § 123c Abs. 1 festgelegten Zeitpunkt voraus, dass die Ersteinschätzung gemäß den Vorgaben des G-BA nach Abs. 1 erfolgt ist.

B Stellungnahme

zu Absatz 1

Es wird begrüßt, dass der G-BA bundesweit einheitlich geltende Vorgaben für die qualifizierte standardisierte Ersteinschätzung in INZs festlegt. Nur so können eine effektive Steuerung der Hilfesuchenden und eine Entlastung der Notaufnahmen der Krankenhäuser gelingen. Dazu ist es jedoch notwendig, dass die Ersteinschätzung auch dazu dient, die Hilfesuchenden insbesondere in die reguläre vertragsärztliche Versorgung außerhalb des INZ weiterleiten zu können (vgl. auch Ausführungen zu § 123 Abs. 2). Das Ersteinschätzungsverfahren muss mit der Festlegung einer sachgerechten Versorgungsebene abschließen und darf dabei nicht auf die INZ-Strukturen beschränkt bleiben. Der AOK-Bundesverband spricht sich daher für die inhaltliche Beibehaltung der Regelung nach § 120 Abs. 3b SGB V aus.

Die Regelung, dass Krankenhäuser ohne INZ weiterhin ambulante Notfallbehandlungen erbringen können, wird kritisch gesehen (siehe hierzu Kommentierung zu § 120).

Begrüßt wird, dass der G-BA Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen, der Leistungserbringer nach § 123 Abs. 1 Satz 5 in INZ und der Kooperationspraxen sowie Vorgaben zum Nachweis der Einhaltung und zur Kontrolle festlegt. Dadurch wird sichergestellt, dass bundesweit eine einheitliche Mindeststrukturqualität in der ambulanten Notfallversorgung in den INZ eingehalten wird. Darüber hinaus muss die Vergütung der Behandlung in den Notdienstpraxen, den Leistungserbringern nach § 123 Abs. 1 Satz 5 in INZ sowie den Kooperationspraxen an die Einhaltung der Mindestanforderungen geknüpft werden.

Die Antrags- und Mitberatungsrechte der Länder und das Stellungnahmeverfahren für die wissenschaftlichen Fachgesellschaften sind sachgerecht. Die Auswirkungenanalyse inklusive der Prüfung der Erforderlichkeit einer Anpassung der Regelungen mit Bericht an das BMG wird begrüßt. Sofern das Ziel, bundesweit eine einheitliche und gleichwertige Notfallversorgung sicherzustellen nicht erreicht wird, muss zeitnah eine Nachsteuerung erfolgen.

zu Absatz 2

Die Regelung ist grundsätzlich sachgerecht. Es herrscht jedoch ein ungleiches Stimmgewicht zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern im ergänzten Bewertungsausschuss, das einer Anpassung bedarf (vgl. Kommentierung und Anpassungsvorschlag zu § 87 SGB V).

zu Absatz 3

Die Regelung wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

- 1. zur Festlegung eines standardisierten, manipulationsresistenten Ersteinschätzungsinstruments,**
- 2. zur Qualifikation des medizinischen Personals, das die Ersteinschätzung vornimmt,**
- 3. zur Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Feststellung des Nichtvorliegens eines unmittelbaren Behandlungsbedarfs,**
- 4. zur Weiterleitung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und medizinische Versorgungszentren,**
- 5. zur Weiterleitung nach Satz 4 an ein Integriertes Notfallzentrum oder zur Behandlung am Krankenhausstandort,**
- 6. zur Form und zum Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung,**
- 7. zum Zeitpunkt, ab dem die Ersteinschätzung zu verwenden ist.“**

Satz 6 wird um folgende neue Nummer 4 ergänzt:

„4. Mindestanforderungen an die personelle Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstellen von Integrierten Notfallzentren nach § 123 Absatz 1 Satz 1 einschließlich der notwendigen Qualifikationen, erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals.“

Nach Satz 8 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Vergütung der Behandlung in den Notdienstpraxen setzt voraus, dass die Einhaltung der G-BA Mindestanforderungen nach Satz 6 Nr. 1 nachgewiesen wurde.“

Nr. 19 § 133 Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Einzelheiten über die Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung sind zukünftig ausschließlich in Verträgen mit den nach Landesrecht vorgesehenen Leistungserbringern zu vereinbaren. Diese Verträge sind von den Landesverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich zu schließen. Die Entgelte sind zu verhandeln, die Kalkulationsdaten sind von den Leistungserbringern bereitzustellen. Bei Nichteinigung entscheidet die Schiedsstelle. Die Richtlinien des GKV-SV zur einheitlichen Ausgestaltung der Verträge sind zu beachten. Die Kosten für die Aufgaben der koordinierenden Leitstelle nach § 133g (Großschadensleitstelle) werden im Umlageverfahren refinanziert. Im Rahmen einer Übergangsphase von zwölf Monaten haben die Versicherten Anspruch auf Übernahme der Kosten in der bisherigen im § 133 vorgesehenen Höhe.

B Stellungnahme

Dass die Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung sowie für Krankenfahrten und -transporte zukünftig ausschließlich über Verträge geregelt werden sollen, ist nachdrücklich zu begrüßen, ebenso die nunmehr gesetzlich geregelte Transparenz der Kalkulationen durch die Verpflichtung zur Offenlegung der entsprechenden Daten. Die Klarstellung, dass über die medizinische Notfallrettung hinausgehende öffentliche Aufgaben, die der Daseinsvorsorge und dem Katastrophenschutz dienen, nicht berücksichtigt werden können, ist essenziell. Wünschenswert wäre, dass auch eine Klarstellung dahingehend vorgenommen wird, dass Investitionskosten und Kosten der Reservevorhaltung, die durch darüber hinausgehende öffentliche Aufgaben bedingt sind, nicht durch die Krankenkassen zu finanzieren sind. Die verpflichtende Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b bei den Vertragsverhandlungen ist positiv zu bewerten. Auch die Implementierung einer Schiedsregelung ist grundsätzlich zu begrüßen.

Kritisch ist die, nunmehr anders als im Referentenentwurf, vorgesehene Refinanzierung der Kosten der koordinierenden Leitstelle nach § 133g in Form eines Umlageverfahrens durch die im Einzugsbereich wohnenden Kassenmitglieder. Damit würde ein bisher unübliches und damit zusätzlichen Verwaltungsaufwand auslösendes Refinanzierungsmodell eingeführt. Die Kosten würden einseitig der Gemeinschaft der gesetzlich Versicherten auferlegt, obwohl die Leistungen auch anderen Kostenträgern wie etwa der Unfallversicherung oder privat Versicherten zu Gute kommen. An der Umlage der Kosten der Leitstelle nach § 133g auf alle Leistungen der Leistungserbringer im Zuständigkeitsbereich sollte festgehalten werden. Zudem ist darauf zu achten, auch hier eine Trennung zwischen der sogenannten Daseinsvorsorge und Leistungen der GKV sicherzustellen.

Die in Absatz 5 vorgesehene Richtlinie des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu wesentlichen Inhalten und zur möglichst einheitlichen Ausgestaltung der Verträge für die Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung wird als vorteilhaft für eine bundesweit einheitliche Versorgung angesehen. Allerdings

wird eine Verlängerung der Übergangsregelungen in Absatz 6 für notwendig erachtet, da die derzeit vorgesehene Übergangsfrist von zwölf Monaten ab Verkündung nicht ausreichen wird, um auch die landesgesetzlichen Voraussetzungen für die Umsetzung zu schaffen (Anpassung der Rettungsdienstgesetze der Länder).

C Änderungsvorschlag

Artikel 1 § 133 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

Bei der Kalkulation der Entgelte dürfen nur Kosten berücksichtigt werden, die der Sicherstellung des Leistungsanspruchs nach § 30 dienen; Investitionskosten und Kosten der Reservevorhaltung die durch darüberhinausgehende öffentliche Aufgaben bedingt sind, dürfen in die Kalkulation nicht einbezogen werden.

§ 133 Absatz 3 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die zur Finanzierung der vereinbarten Pauschale erforderlichen Mittel werden auf alle Entgelte für die Leistungen der Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1 zur Erfüllung der Aufgaben nach § 30 Absatz 1 Nummer 1 des Landes, für die die Leitstelle nach § 133g zuständig ist, umgelegt.“

Artikel 1 § 133 Absatz 6 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

Abweichend von den Absätzen 2 bis 5 können die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 bis zum Ablauf [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] gegenüber den Krankenkassen in Höhe des jeweiligen nach § 133 in der am [Tag der Verkündung] geltenden Fassung berechnungsfähigen Betrages abrechnen.

Nr. 19 § 133a Gesundheitsleitsystem

A Beabsichtigte Neuregelung

Es ist geplant, Gesundheitsleitsysteme durch die Vernetzung der Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 mit den Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen einzurichten.

Sofern der Leistungserbringer des Notfallmanagements über eine softwarebasierte, standardisierte Notrufabfrage verfügt, ist auf Antrag der Rettungsleitstelle 112 eine Kooperationsvereinbarung mit der Akutleitstelle 116117 zu schließen. In der Vereinbarung sind die Abfragesysteme so aufeinander abzustimmen, dass es zu übereinstimmenden Entscheidungen kommt. Weiterhin sind verbindliche Absprachen darüber zu treffen, wer welche Fälle übernimmt und wie die medienbruchfreie Übergabe von Fällen und Daten erfolgt. Ein gemeinsames Qualitätsmanagement der Kooperationspartner ist zu vereinbaren.

Auch Krankentransporte und medizinisch komplementäre Dienste sowie sonstige komplementäre Dienste für vulnerable Gruppe oder krisenhafte Situationen sollen vermittelt werden, soweit diese zur Verfügung stehen und landesrechtliche Regelungen nicht entgegenstehen.

B Stellungnahme

Die Einrichtung von Gesundheitsleitsystemen wird begrüßt. Die damit intendierte bessere Vernetzung zwischen Rettungsleitstellen und den KV-Akutleitstellen mit medienbruchfreier Datenübergabe ist essenziell. Positiv ist, dass in den Kooperationsvereinbarungen, abhängig vom vorhandenen Versorgungsangebot, Regelungen zu den jeweiligen Zuständigkeiten, zum gemeinsamen Qualitätsmanagement und zu einem standardisierten Abfragesystem festzulegen sind. Richtiger wäre auch hier der Rückgriff auf das vom G-BA entwickelte standardisierte Ersteinschätzungsinstrument als Grundlage für die regionalen Kooperationsvereinbarungen. Bundes einheitliche Vorgaben schaffen auf regionaler Ebene Orientierung und fördern Regelungen in den Kooperationsvereinbarungen, die eine Steuerung der Hilfesuchenden ohne Wertungswidersprüche ermöglicht.

Besser wäre es aber, noch mutiger voranzugehen und die Einrichtung von Gesundheitsleitstellen nicht von einem vom Leistungserbringer des Notfallmanagements zu stellenden Antrag abhängig zu machen, sondern stringent vorzugeben. Es ist fraglich, ob die in § 30 Abs. 3 vorgesehene Befristung der Kostenübernahme des Notfallmanagements auf zwei Jahre, sofern keine softwarebasierte standardisierte Notrufabfrage implementiert wird, ausreicht, um die notwendige Kooperationsbereitschaft bundesweit zu erzeugen.

Ohne klares Zielbild besteht zudem die Gefahr, dass die derzeitige kleinteilige Leitstellenstruktur fortgeschrieben wird. Damit vervielfältigen sich die Kosten der Umsetzung, ohne dass bundesweite Standards erfüllt würden. KV-Akutleitstellen und Rettungsleitstellen sollten mit bundeseinheitlichen Vorgaben zur digitalen Vernetzung und Qualitätsstandards zur Kooperation verpflichtet werden, um eine wirk same Steuerung und nachhaltige Entlastung der Strukturen zu bewirken.

C Änderungsvorschlag

§ 133a Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 und die örtlich zuständige Kassenärztliche Vereinigung als Träger der Akutleitstelle schließen bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems.“

Nr. 19 § 133b Fachgremium medizinische Notfallrettung

A Beabsichtigte Neuregelung

Beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird ein Fachgremium medizinische Notfallrettung installiert, das Rahmenempfehlungen für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung beschließen und fortentwickeln soll. Zweck der Regelung ist die Sicherstellung und Förderung einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen, für Patienten sicheren und gleichzeitig wirtschaftlichen medizinischen Versorgung.

B Stellungnahme

Das Ziel, mit einem die Interessenpluralität der Stakeholder abbildenden Gremium überregionale Standards und Qualitätsparameter zur medizinischen Notfallrettung zu entwickeln, ist zu begrüßen. Die im Referentenentwurf noch vorgesehene paritätische Besetzung mit Vertretern der Länder und der Krankenkassen bekommt durch die Erweiterung mit stimmberechtigten Mitgliedern von Leistungserbringern, Fachgesellschaften und Fachverbänden aber ein deutliches Ungleichgewicht. Angesichts der Interessenlagen der neu assoziierten Mitglieder besteht die Gefahr, dass die Wirtschaftlichkeit der Versorgung bei den Beschlüssen des Gremiums nur eine untergeordnete Rolle spielt. Strukturinteressen und Wirtschaftlichkeit sollten sich in der Stimmgewichtung ausgewogen widerspiegeln.

Die vorgesehenen Rahmenempfehlungen für die Nutzung und Anwendung von Abfragesystemen sind unzureichend. Es muss sichergestellt werden, dass die Hilfesuchenden an den unterschiedlichen Kontaktpunkten die gleichen Ergebnisse der Einschätzung der Dringlichkeit und der sachgerechten Versorgungsebene erhalten. Grundlage für die Abfragesysteme sollte deshalb das vom G-BA entwickelte standardisierte Ersteinschätzungsinstrument sein.

Die Finanzierung des Gremiums wird im Gesetzentwurf nicht adressiert. Eine ausschließliche Finanzierung durch die GKV ist abzulehnen. Der Nutzen der Standardisierungsarbeit kommt im besonderen Maße auch den Bundesländern zu Gute. Diese sind daher an den Kosten zu beteiligen; eine einseitige Kostenbelastung der Beitragszahlenden wird abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

§ 133 b Absatz 3 Satz 2 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Die Stimmen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind so zu gewichten, dass insgesamt eine Parität mit denen der Länder besteht. Die Mitglieder aus dem Kreis der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1, der maßgeblichen Fachgesellschaften und Fachverbände haben ein Mitberatungsrecht.“

Nr. 19 § 133c Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufbau einer einheitlichen digitalen Notfalldokumentation bei allen Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung.

Die zuständige Landesbehörde kann eine Stelle benennen, die einen Versorgungskapazitätsnachweis zur Verfügung stellt, zu dessen Nutzung die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung und die an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser verpflichtet werden. Einbindung von Ersthelfern durch digitale Ersthelferalarmierungssysteme.

B Stellungnahme

Die Einführung einer verpflichtenden digitalen Notfalldokumentation und eines Versorgungskapazitätsnachweises wird positiv bewertet, da sie eine medienbruchfreie Weitergabe relevanter Patientendaten ermöglicht und die sektorenübergreifende Versorgung verbessert. Die Nutzung der Telematikinfrastuktur ist sachgerecht, um einheitliche Standards sicherzustellen. Die Einbindung von Ersthelfern über digitale Systeme ist medizinisch sinnvoll, um das interventionsfreie Intervall zu verkürzen. Es sollte sichergestellt werden, dass der Versorgungskapazitätsnachweis von allen Ländern aufgebaut wird.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 19 § 133d Datenübermittlung zur Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband hat eine Datenstelle einzurichten, an die die Leistungserbringer die zur Qualitätssicherung der Leistungsqualität erforderlichen Daten zu übermitteln haben. Die Auswertungen sind jährlich zu veröffentlichen.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 19 § 133e Einbindung der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung in die Telematikinfrastuktur und Finanzierung

A Beabsichtigte Neuregelung

Regelung der Anbindung der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung an die TI und der Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten.

B Stellungnahme

Die Einbindung der Leistungserbringenden wird aus technischer Perspektive grundsätzlich begrüßt. Während die explizite Berücksichtigung der PKV sachgerecht ist, wird die offene Beteiligungsquote der PKV kritisch gesehen. Darüber hinaus wird die vorgeschlagene Abweichung von der bestehenden Finanzierungslogik abgelehnt. Für die Notfallrettung bietet die Vereinbarung zur Finanzierung der den Leistungserbringern entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten für die der Telematikinfrastuktur in § 3 Abs. 10 bereits eine entsprechende Regelung.

C Änderungsvorschlag

§ 133e Abs. 3 wird wie folgt geändert:

„Das Nähere zur Abrechnung der Ausgleichszahlungen nach Absatz 2, [...] in einer Finanzierungsvereinbarung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit fest. ~~In der Finanzierungsvereinbarung kann auch ein von der Ausgleichszahlung nach Absatz 2 abweichender Ausgleichsbetrag festgelegt werden, der sich aufgrund von Besonderheiten der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30, ins besondere bezogen auf Größe, Anzahl der Fahrzeuge und Beschäftigtenanzahl, im Vergleich zu den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern ergibt.~~

§ 133e Absatz 4 wird gestrichen.

Nr. 19 § 133f Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung

A Beabsichtigte Neuregelung

Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung durch Implementierung eines Fördertopfes mit 225 Mio. Euro zur Finanzierung von Investitionen in die digitale Infrastruktur von 2027 bis 2031 aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes. Die Abwicklung erfolgt über den GKV-SV. Die für die Durchführung entstehenden Kosten werden aus dem Fördertopf gedeckt.

B Stellungnahme

Die Regelung schafft eine gezielte Fördermöglichkeit für die Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung und adressiert damit einen zentralen Modernisierungsbedarf im Rettungswesen.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 19 133g Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Die zuständige Landesbehörde soll im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen einem einzelnen Leistungserbringer des Notfallmanagements besondere koordinierende Funktionen und überregionale Aufgaben zuweisen können. Damit soll z. B. dem bei Großschadenslagen entstehende Koordinierungsbedarf, aber auch dem Aufwand durch die Konzeption und Koordinierung von landesweit eingesetzten Informationssystemen und telemedizinischen Versorgungsnetzwerken Rechnung getragen werden.

B Stellungnahme

Die zentrale Bündelung landesweiter Koordinierungsaufgaben bei einer Rettungsleitstelle ist sachgerecht, um Versorgungsprozesse und Kapazitäten effizient zu steuern, insbesondere bei Großschadenslagen. Die vorgesehene Benehmensregelung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ist nicht ausreichend, da sie keine echte Mitwirkung der Krankenkassen sicherstellt und wesentliche Aspekte der gemeinsamen Verantwortung unberücksichtigt lässt.

C Änderungsvorschlag

§ 133 g Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

**Nr. 20 § 140f Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten
Antragsrecht Patientenvertretung**

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird festgelegt, dass die Patientenvertretung im G-BA auch bei Beschlüssen zu Richtlinien nach § 123c ein Antragsrecht hat.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 21 § 279 Verwaltungsrat und Vorstand

A Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine Ausweitung von zwei auf drei Amtszeiten für die Vertreterinnen und Vertreter in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste. Es besteht die Möglichkeit, zukünftig drei Ehrenämter (anstatt bisher zwei Ehrenämter) in Selbstverwaltungsorganen von Versicherungsträgern, Verbänden von Versicherungsträgern, den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst Bund auszuüben.

B Stellungnahme

Die Ausweitung von zwei auf drei Amtszeiten für die Vertreterinnen und Vertreter in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste/Medizinischer Dienst Bund wird begrüßt; auch die Erweiterung von zwei auf drei Ehrenämter wird begrüßt. Die Regelungen tragen dazu bei, die Besetzung der Ehrenämter langfristig zu sichern und stärken damit die Selbstverwaltung. Die gewonnene Expertise der Selbstverwalter wird langfristig genutzt und geht nicht vorzeitig verloren.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 22 § 291b Verfahren zur Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung: Die Einbindung der Notaufnahmen in den Notdienst durch Kooperationsvereinbarungen mit der KV wird nun in § 75 Abs. 1b Satz 13 geregelt.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 23 § 294a Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden

A Beabsichtigte Neuregelung

Erweiterung der Verpflichtung zur Mitteilung von drittverursachten Gesundheitsschäden auf die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung.

B Stellungnahme

Die Ergänzung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 24 § 302 Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer nach § 302

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufnahme der medizinischen Notfallrettung in die Regelungen zur Abrechnung nach § 302. Dabei tritt die im Rahmen des Notfallmanagements vergebene eindeutige Fallidentifikationsnummer an die Stelle der Arztnummer des verordnenden Arztes. Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund in Richtlinien.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht, eine ärztliche Verordnung der Leistung ist bei einer im Rahmen einer standardisierten Notrufabfrage getroffenen Einsatzentscheidung obsolet. Die Richtlinie nach § 302 ist geeignet die Einzelheiten hierzu zu regeln. Die Änderung wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 25 § 354 Festlegungen der Gesellschaft für Telematik für die elektronische Patientenakte: Fernzugriff auf ePA durch Leitstellen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Gesellschaft für Telematik hat die Festlegungen zu treffen oder die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass in besonderen Behandlungskontexten für Leistungserbringerinstitutionen ein Fernzugriff auf die ePA besteht.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist grundsätzlich sachgerecht. Konkrete Festlegungen im Gesetz sind in der Vergangenheit jedoch selten eingehalten worden und haben sich teilweise sogar als kontraproduktiv erwiesen. Vielmehr sollte die Gesellschaft für Telematik im Rahmen der in der Gesellschafterversammlung beschlossenen Roadmap den Einführungszeitpunkt festlegen.

C Änderungsvorschlag

§ 354 Abs. 4 Satz ein wird wie folgt geändert:

„Über die Festlegungen und Voraussetzungen nach Absatz 1 hinaus hat die Gesellschaft für Telematik ~~bis zum 31. Dezember 2027~~ jeweils nach dem Stand der Technik die Festlegungen dafür zu treffen oder die Voraussetzungen dafür zu schaffen, [...]“

Nr. 26 § 370a Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Vermittlung telemedizinischer Angebote durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 27 § 377 Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der redaktionellen Folgeänderung werden Notfallambulanzen im SGB V zukünftig einheitlich als Notaufnahmen bezeichnet.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 2 Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 75 Abs. 1e wird mit Wirkung zum 01.07.2027 neu gefasst. Der bestehende Auftrag zur Evaluation der TSS wird auf die Tätigkeit der neuen Akutleitstelle ausgeweitet. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem BMG jährlich zum 30.06., erstmalig zum 30.06.2028.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Der jährliche Bericht sollte veröffentlicht werden.

C Änderungsvorschlag

Im § 75 Abs. 1e wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:

„Die Ergebnisse nach Satz 2 werden durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung jährlich barrierefrei in einem Bericht veröffentlicht.“

Artikel 3 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 53d Aufgaben auf Bundesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst Bund sorgt für eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung bei den Medizinischen Diensten im Bereich der Sozialen Pflegeversicherung. Der Medizinische Dienst Bund regelt die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste im Bereich der Sozialen Pflegeversicherung in einer Richtlinie.

B Stellungnahme

Es erfolgt eine Ergänzung und Konkretisierung der Aufgaben des Medizinischen Dienst Bund für den Bereich der Sozialen Pflegeversicherung. Damit werden die Befugnisse des Medizinischen Dienst Bund wie bereits für den Bereich des Fünften Sozialgesetzbuches, in § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 10 geregelt, auch für den Bereich der Sozialen Pflegeversicherung normiert. Der Medizinische Dienst Bund soll zukünftig neben der Richtlinienkompetenz sicherstellen, dass die Medizinischen Dienste im Bereich der Sozialen Pflegeversicherung einheitliche Aufgaben wahrnehmen und dementsprechend auch einheitliche Prozesse umsetzen. Damit werden die Befugnisse des Medizinischen Dienst Bund in fachlicher und organisatorischer Hinsicht ausgeweitet. Die gesetzliche Anpassung wird begrüßt, da eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung der Medizinischen Dienste dazu beiträgt, Prozesse der Begutachtung besser vergleichen, steuern und standardisieren zu können. Effizienzgewinne und Kosteneinsparungen können realisiert werden. Softwarelösungen (MD-Branchensoftware) können einheitlich und effizienter eingesetzt werden.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 4 Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung

Die Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung vom 15. April 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 113) wird wie folgt geändert:

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird klargestellt, dass unter integrierten Notfallstrukturen insbesondere Integrierte Notfallzentren nach § 123 SGB V oder Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b SGB V zu verstehen sind.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 5 Änderung des Arzneimittelgesetzes

§ 43 Apothekenpflicht

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt, dass Ärzte einer Notdienstpraxis Arzneimittel an Patienten der Notdienstpraxis für den akuten Bedarf abgeben dürfen. Eine Abgabe direkt durch den Arzt soll vor allem dann erfolgen, wenn eine Therapie unmittelbar begonnen werden muss. Sie darf nur dann erfolgen, wenn diese außerhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten von Apotheken erfolgt oder wenn im unmittelbaren Anschluss an den Tag der Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. Die mögliche Abgabemenge ist beschränkt auf eine zur Überbrückung benötigte Menge für längstens drei Tage. Damit wird eine eng begrenzte, unmittelbare Arzneimittelversorgung entsprechend der Arzneimittelabgabe durch Krankenhausapotheken nach einer Krankenhausbehandlung im Sinne des § 14 Absatz 7 des Apothekengesetzes sichergestellt. Die Notdienstpraxen können die Arzneimittel über den regulären Apothekenvertriebsweg in der Regel als Sprechstundenbedarf beziehen.

B Stellungnahme

Die vorgeschlagene Regelung erscheint für den eng begrenzten Zeitraum und Anwendungsfall noch sachgerecht. Sie kann für Versicherte, vor allem in akuten Fällen, eine sinnvolle Ergänzung zur Versorgung mit Arzneimitteln darstellen, wenn eine Versorgung über die öffentliche Apotheke nicht rechtzeitig möglich ist. Dies sollte jedoch in der Notdienstpraxis eher eine Ausnahme sein. Eine Sicherstellung der Arzneimittelversorgung außerhalb der regulären Öffnungszeiten, insbesondere in strukturschwachen Gebieten, sollte zusätzlich durch digitale Versorgungsansätze unterstützt werden, beispielsweise durch einen telepharmazeutisch unterstützten Abgabeautomaten.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 6 Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung

A Beabsichtigte Neuregelung

In einem Integrierten Notfallzentrum nach § 123 Absatz 1 Satz 1 SGB V dürfen im Rahmen der Notfallversorgung apothekenpflichtige Medizinprodukte für den akuten Bedarf an Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis abgegeben werden. Dies soll dann der Fall sein, wenn eine Therapie sofort begonnen werden muss und die erforderliche Versorgung der Patientin oder des Patienten außerhalb der ortsüblichen Öffnungszeiten einer Apotheke erfolgt, oder wenn im unmittelbaren Anschluss an den Tag der Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. Die Abgabemenge ist auf eine zur Überbrückung benötigte Menge für längstens drei Tage beschränkt.

B Stellungnahme

Die vorgeschlagene Regelung erscheint sachgerecht. Sie kann für Versicherte eine sinnvolle Ergänzung in der Versorgung mit apothekenpflichtigen Medizinprodukten sein, wenn eine Versorgung über die Apotheke, z. B. in strukturschwachen Gebieten, nicht rechtzeitig möglich ist.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 7 Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung

Nr. 1 § 12 Absatz 2 Satz 4

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Satz 4 im 2. Absatz „Die Daten des Automatischen Externen Defibrillators zur Funktionsfähigkeit, dem Standort und der öffentlichen Zugänglichkeit sind vom Betreiber durch den Hersteller öffentlich abrufbar zur Verfügung zu stellen.“ der novellierten Medizinprodukte-Betreiberverordnung soll gestrichen werden.

B Stellungnahme

Mit Blick auf die unter Nr. 2 avisierte Schaffung eines neuen § 17a ist diese Streichung sachlogisch.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 2 § 17a Besondere Pflichten bei Automatisierten Externen Defibrillatoren

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 133h SGB V (neu) gibt vor, ein sogenanntes „AED-Kataster“ zu errichten. Die im AED-Kataster hinterlegten Daten sollen im Rahmen des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 3 Satz 2 verwendet werden. Die erforderlichen Daten soll das AED-Kataster vom Betreiber des AED erhalten.

Daher wird mit Absatz 1 der Betreiber verpflichtet, die Angaben, die durch Absatz 2 näher konkretisiert werden, binnen 30 Tagen nach Inbetriebnahme des AED an das AED-Kataster zu melden. Das AED-Kataster ist gemäß § 133h SGB V bis zum 1. Juli 2028 zu errichten. Um bereits vor diesem Datum in Betrieb genommene AED zu erfassen, sind für diese AED die Angaben nach Absatz 2 spätestens bis zum 1. August 2028 an das AED-Kataster zu melden. Da Betreiber von AED oft ehrenamtlich tätig sind, soll den Betreibern ausreichend Zeit zur Übermittlung der Daten zur Verfügung gestellt werden.

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

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

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

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

B Stellungnahme

Die dezidierte Beschreibung der besonderen Pflichten bei AED, die für die Benutzung durch Laien vorgesehen und zudem niedrighschwellig und standardisiert gestaltet sind, ist - auch und vor allem unter Würdigung aktueller geopolitischer Situationen - zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 8 Änderung des Betäubungsmittelgesetzes

Nr. 1 § 4 Absatz 1

A Beabsichtigte Neuregelung

Bei Grenzübertritten von Rettungsfahrzeugen sollen solche Fahrten mit Betäubungsmitteln zukünftig auf eine eindeutige rechtliche Grundlage gestellt werden. Dabei sollen insbesondere die Einfuhr, Ausfuhr und Durchfuhr des Rettungsdienstbedarfes an Betäubungsmitteln im grenzüberschreitenden Verkehr von Rettungsdienstfahrzeugen dahingehend vereinfacht werden, dass sie von der Anwendung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) und der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung (BtMAHV) ausgenommen werden.

B Stellungnahme

Die Regelung erscheint grundsätzlich sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 2 § 11 Absatz 2 Satz 2

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die neu eingefügte Nummer 4 soll die Verordnungsermächtigung zukünftig explizit um die Möglichkeit erweitert werden, Regelungen über das Mitführen von Betäubungsmitteln auf Fahrzeugen des Rettungsdienstes im grenzüberschreitenden Verkehr zu erlassen. Damit werden die notwendigen Anpassungen der BtMAHV ermöglicht, um die Befreiung solcher Fahrten von den ansonsten gültigen Erlaubnis- und Genehmigungspflichten bei Einfuhr, Ausfuhr und Durchfuhr zu ermöglichen.

B Stellungnahme

Die Regelung zur Erweiterung der Verordnungsermächtigung erscheint grundsätzlich sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 9 Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung

Nr. 1 § 13 Absatz 5 wird der folgende Absatz 6

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Norm des § 13 soll dann keine Anwendung auf die Durchführung einer angemessenen Menge an Betäubungsmitteln finden, wenn diese in angemessener Menge als Rettungsdienstbedarf auf einem Fahrzeug des Rettungsdienstes mitgeführt werden. Voraussetzung bleibt, dass die Betäubungsmittel Bestandteil des Rettungsdienstbedarfs des die Grenze überschreitenden Rettungsdienstfahrzeuges sind. Damit soll der Rettungsdienst von den in Frage kommenden Vorschriften über die Einfuhr und Ausfuhr von Betäubungsmitteln befreit werden.

B Stellungnahme

Die Anpassung der Betäubungsmittelaußenhandelsverordnung erscheint sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 2 § 15 Absatz 1

A Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß des neu eingeführten § 15 Absatz 1 Nummer 2 sind Zubereitungen, die Stoffe aus den Anlagen II und III des Betäubungsmittelgesetzes enthalten, von den Regelungen der §§ 1 und 12 zur Ein- und Ausfuhr von Betäubungsmitteln befreit, sofern sie in angemessener Menge auf einem Rettungsfahrzeug mitgeführt werden und Teil des Rettungsdienstbedarfs sind. Dadurch benötigen weder deutsche noch ausländische Rettungsdienstfahrzeuge beim Grenzübertritt aus dem Bundesgebiet heraus eine Ausfuhrgenehmigung nach § 9 noch beim Grenzübertritt in das Bundesgebiet eine Einfuhrgenehmigung nach § 3.

B Stellungnahme

Die Regelung erscheint sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 10 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Nr. 1 § 19a Absatz 1

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden die Partner des Bundesmantelvertrages beauftragt, bundeseinheitliche Regelungen für eine möglichst gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb ihrer jeweiligen Arztgruppen im jeweiligen Planungsbereich zu vereinbaren.

B Stellungnahme

Eine gleichmäßige Verteilung der offenen Sprechstunden ist eine relevante Voraussetzung, um die ambulante Akutversorgung zu verbessern. Insofern sollte die Regelung noch verbindlicher formuliert werden. Konkret sollte ergänzt werden, dass die Angebote an offenen Sprechstunden an jedem Wochentag vorgehalten werden müssen. Dies ist bisher nur in der Gesetzesbegründung als Ziel formuliert.

Außerdem sollten die Kontingente der offenen Sprechstunde für die Buchung von Terminen im Akutfall zur Verfügung stehen. Es wird vorgeschlagen, in § 75 SGB V eine entsprechende Verpflichtung zur Meldung der Termine der offenen Sprechstunde an die Terminservicestelle aufzunehmen. Nur so kann sichergestellt werden, dass bei einem unverzüglichen Behandlungsbedarf ein passender Termin gebucht werden kann. Dies ist umso wichtiger, als mit dem GeDIG über den „digitalen Versorgungseinstieg“ ebenso Termine gebucht werden können. Dort ist bisher keine Rückkoppelung mit Mitarbeitenden der Terminservicestelle bzw. Akutleitstelle vorgesehen, weswegen von einer Übertriagierung auszugehen ist.

C Änderungsvorschlag

In § 19a Abs. 1 wird der neue Satz 8 wie folgt gefasst:

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

In § 75 Abs. 1a SGB V wird der bisherige Satz 20 wie folgt gefasst;

„Die Vertragsärzte sind verpflichtet, der Terminservicestelle **die Termine zu den Zeiten der offenen Sprechstunden sowie weitere** freie Termine zu melden.“

III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

Nr. 1: Inhaltliche Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages

Sachstand

Der Sicherstellungsauftrag des KV-Systems ist nicht konkret definiert. Minimalkonsens sollte jedoch sein, dass das gesamte GKV-Leistungsspektrum im notwendigen Umfang zur Verfügung gestellt werden muss.

Hier zeigen sich jedoch zunehmend Lücken und Schieflagen. Das betrifft zum einen die Aufteilung von konservativen und operativen Leistungen, aber auch konkrete Leistungen, die im Übermaß und solche, die nicht mehr oder in manchen Planungsbereichen nur als Privatleistung angeboten werden. Ursachen sind vor allem fehlende Vergütungsanreize in Kombination mit inhaltlich nicht definierten Versorgungsaufträgen und einer ausbleibenden inhaltlichen Prüfung.

Änderungsbedarf und Begründung

Zur Lösung des Problems soll der Sicherstellungsauftrag in § 75 SGB V konkretisiert werden. Es ist klarzustellen, dass das gesamte GKV-Leistungsspektrum innerhalb eines zumutbaren Weges und einer angemessenen Frist angeboten werden muss. Dies umfasst auch eine angemessene Verteilung von konservativem zu operativem Leistungsangebot. Die Partner der Bundesmantelverträge sollen entsprechende Korridore festlegen, wobei Spezialisierungen aus Qualitäts- oder Wirtschaftlichkeitsaspekten möglich sein sollen. Bezugsgröße sollte der Planungsbereich der jeweiligen Arztgruppe sein.

Damit die Aufsicht ihrem Prüfauftrag nachkommen kann, sollen die KVen verpflichtet werden, für entsprechende Transparenz zu sorgen. Es geht dabei nicht nur darum, dass z. B. Abrechnungsgenehmigungen erteilt wurden, sondern diese auch tatsächlich genutzt werden. Die KV-Arztsuche ist regelmäßig zu aktualisieren.

Sofern Versicherte oder Krankenkassen Hinweise auf die Nichteinhaltung des Sicherstellungsauftrages geben, hat die Kassenärztliche Vereinigung unverzüglich eine Prüfung vorzunehmen. Die Kassenärztliche Vereinigung ist berechtigt und verpflichtet, Maßnahmen zu ergreifen, sofern Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte der sich aus der Zulassung ergebenden Leistungsverpflichtung nicht nachkommen und dadurch die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags gefährdet ist. Das Nähere regeln die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 81 Abs. 1 Nr. 10 SGB V in Verbindung mit § 81 Abs. 5 SGB V in ihren Satzungen. § 95 Abs. 6 bleibt unberührt.

Perspektivisch müssen die einzelnen Versorgungsaufträge stärker inhaltlich definiert werden.

Änderungsvorschlag

Nach Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen der zuständigen Aufsichtsbehörde jeweils zum 30. Juni eines Jahres Transparenz über das Versorgungsangebot sowie eine Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen übermitteln.“

Absatz 1a Satz 1 wird wie folgt formuliert und danach neue Sätze 2 bis 5:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Rahmen des Sicherstellungsauftrags nach Absatz 1 zu gewährleisten, dass sämtliche in § 73 Abs. 2 genannten Leistungen innerhalb einer angemessenen Frist und eines zumutbaren Weges von den Versicherten in Anspruch genommen werden können. Das umfasst auch eine angemessene Verteilung der Leistungsangebote innerhalb einer Arztgruppe. Bezugsgröße für die Verteilung stellen die jeweiligen Planungsbereiche dar. Die Partner der Bundesmantelverträge legen die zu erreichenden Verteilungen einmalig zum 30.06.2027 fest und passen diese falls erforderlich an. Die Festlegungen sind in regelmäßigen Abständen, spätestens alle fünf Jahre, zu evaluieren.“

Der mit dem Notfallgesetz eingeführte Satz 2 wird zu Satz 6 und das Wort „hierzu“ durch die Wörter ***„Über die Zurverfügungstellung der vertragsärztlichen Versorgung nach Satz 1“*** ersetzt.

Nr. 2: Sektorenübergreifendes Schiedsgremium, Verordnungsermächtigungen

Sachstand

Um im sektorenübergreifendem Schiedsgremium nach § 89a Abs. 2 eine ausreichende Berücksichtigung der Interessen der Kostenträger zu gewährleisten, wird die Anzahl der Vertreter der Krankenkassen im dreiseitigen Schiedsgremium auf vier erhöht. Damit ist Stimmenparität zwischen Kostenträgern und Vertretern der Leistungserbringer gewährleistet.

Änderungsbedarf und Begründung

Das sektorenübergreifende Schiedsgremium besteht aus acht Mitgliedern: je zwei Vertreter der Ärzte, der Krankenhäuser, der Krankenkassen sowie zwei Unparteiische. Entscheidungen kommen mit einer Mehrheit von zwei Dritteln zustande (also mindestens sechs Stimmen). Die Krankenkassenseite ist damit in dem Gremium mit lediglich zwei Vertretern nicht angemessen repräsentiert. Dies gilt insbesondere auf Landesebene, auf der Verträge durch alle Landesverbände bzw. Vertreter der Ersatzkassen gemeinsam abgeschlossen werden.

Auch macht das deutliche Stimmenübergewicht der Leistungserbringer austarierte Entscheidungsfindungen unmöglich. So sind den Gremien auf Bundes- und Landesebene zahlreiche Entscheidungen übertragen, die unmittelbar vergütungsrelevant sind. Hier verfolgen die Ärzte und Krankenhäuser in der Regel gleichgerichtete Interessen, insbesondere dann, wenn die Bedingungen der Leistungserbringung zunehmend harmonisiert werden (sollen). Auch die erforderliche Zweidrittel-Mehrheit beseitigt diese Unwucht nicht. Darüber hinaus können die Unparteiischen nicht gegen einen geschlossenen Leistungserbringerblock entscheiden, selbst wenn die Krankenkassenseite ihren Vorschlag mitträgt.

Nachteilig an der Zweidrittelmehrheit ist ferner, dass die Hürden für eine Einigung im Schiedsgremium insgesamt sehr hoch sind. Dabei ist der auf die Kassenseite wirkende Einigungsdruck wesentlich höher als der aufseiten der Leistungserbringer. Insgesamt gesehen wird die Regelung den tatsächlichen Blockaden in der Entwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung nicht gerecht, sondern schafft neue Hürden. Diese Blockadehaltungen sind zu vermeiden.

Sachgerechter wäre es daher, die Stimmenanteile der Kassenseite bei dreiseitigen Verhandlungen auf vier zu erhöhen (auf dann insgesamt zehn Stimmen) und weiterhin die Mehrheit von sechs Stimmen gelten zu lassen. Auch wenn es sich um ein sektorenübergreifendes dreiseitiges Gremium handelt, so ist es doch sachgerecht, auf der Entscheidungsebene eine Stimmenparität zwischen den Leistungserbringern insgesamt gesehen und den Krankenkassen herzustellen. Die Entscheidungssituation ist hier in vielen Fällen vergleichbar mit den Entscheidungen im Gemeinsamen Bundesausschuss, wo diese Parität auch aus guten Gründen besteht.

Änderungsvorschlag

Absatz 5 Satz 1 wird durch folgenden Satz ersetzt:

„(5) Die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach den Absätzen 1 und 2 bestehen aus je zwei Vertretern der Ärzte ~~und der Krankenkassen~~ und der zugelassenen Krankenhäuser **und vier Vertretern der Krankenkassen** sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied.“

Nr. 3: MD-QPortal – notwendige Zugriffserweiterungen auf die Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen

Sachstand

Nach § 283 Absatz 5 SGB V führt der Medizinische Dienst eine Datenbank u. a. zu den Prüfungen der Erfüllung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen („Leistungsgruppenprüfungen“). Die Datenbank „MD-QPortal“ hat der Medizinische Dienst Bund zum 12.12.2025 in Betrieb genommen. Mit Inkrafttreten der LOPS-Richtlinie sind die Medizinischen Dienste verpflichtet, die Ergebnisse dieser Prüfungen an das MD-QPortal zu übermitteln. Nach Information des MD-Bund sind folgende Institutionen für das MD-QPortal zugangsberechtigt: Die Medizinischen Dienste in den Ländern, die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und seine Landesausschüsse, das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Für die Landesverbände der Krankenkassen ergibt sich die Erforderlichkeit eines Zugriffs auf die Ergebnisse der Leistungsgruppenprüfungen insbesondere

- durch ihre gesetzlich vorgesehene Einbindung bei Leistungsgruppenzuweisungen trotz Nicht-Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 6a Absatz 4 KHG,
- durch ihre weitere Beteiligung an den Krankenhausplanungsprozessen in den Ländern,
- im Hinblick auf die Überprüfung der Erfüllung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen von Krankenhäusern, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht bzw. abgeschlossen werden soll (§ 108 Nr. 3 i. V. m § 109 SGB V) sowie
- durch ihre Verantwortung gegenüber ihren Versicherten für eine qualitativ-hochwertige Versorgung.

Änderungsbedarf und Begründung

Aufgrund der internen Strukturen der AOKs und der technischen Voraussetzungen für einen Abruf der Daten zu den Leistungsgruppenprüfungen, war ein Abruf der Daten durch die meisten AOKs bislang nicht möglich. Eine mögliche Lösung besteht darin, die Daten gebündelt über den AOK-Bundesverband abzurufen, der sie im Anschluss an die AOKs übermittelt. Dies wurde durch den MD-Bund mit Verweis auf die gesetzlich abschließend definierten Adressaten in § 275a Absatz 11 SGB V und § 283 SGB V jedoch abgelehnt. Da die Frist für den Abschluss der erstmaligen Leistungsgruppenprüfungen durch die MDs am 31.07.2026 endete und bis auf Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen alle Länder beabsichtigen, die erstmaligen Zuweisungen der Leistungsgruppen bis Ende des Jahres und teilweise auch bereits vorher abzuschließen, sollte es den Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen ebenfalls ermöglicht werden, für eine Weiterleitung der Daten Zugriff zu erhalten. Von einer solchen Anpassung würden mutmaßlich nicht nur die AOK-Gemeinschaft, sondern auch die anderen Kassenarten profitieren. Die Arbeitsgemeinschaften der

Krankenkassen sollten dementsprechend in § 275a Absatz 4 SGB V sowie in § 283 Absatz 5 SGB V als Empfänger der MD-Gutachten ergänzt werden.

Weiterhin sollte den AOKs Zugriff auf die bundesweiten Daten gewährt werden. Insbesondere in Grenzregionen der Länder versorgen Krankenhäuser Patientinnen und Patienten aus angrenzenden Bundesländern mit. Darüber hinaus sind Versicherte der AOKs auch außerhalb der Länder, in denen sie ihre Landesverbände haben, wohnhaft und werden in Krankenhäusern dieser Länder versorgt. Dementsprechend sollten die AOKs Kenntnis darüber erhalten, inwieweit die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen in diesen Krankenhäusern erfüllt werden. Durch die derzeitigen Regelungen kommt es zu einer Schlechterstellung der AOK-Gemeinschaft gegenüber den bundesweiten Kassen, die Zugriff auf die bundesweiten Daten erhalten. Hierdurch entsteht ein Wettbewerbsnachteil für die AOK-Gemeinschaft, den es zu beseitigen gilt.

Änderungsvorschlag

§ 275a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V wird wie folgt geändert:

2. die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen **oder die von diesen beauftragten Arbeitsgemeinschaften,**

§ 283 Abs. 5 Satz 8 SGB V wird wie folgt geändert:

Der Medizinische Dienst Bund gewährt hinsichtlich der in § 275a Absatz 11 genannten Übermittlungen, Mitteilungen oder Informationen dem jeweiligen Empfänger **oder der beauftragten Arbeitsgemeinschaft** Zugang zu den für ihn entsprechend seiner örtlichen Zuständigkeit relevanten und für die Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben erforderlichen Daten.