Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Entwurf vom: 12.11.2025

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil 3

2. Kommentierung des Gesetzes 6

1. Allgemeiner Teil

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) begrüßt den Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung. Die Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes ist dringend erforderlich, daher befürwortet der vdek ausdrücklich, dass das BMG dem Gesetz in dieser Legislaturperiode Priorität einräumt und nun mit dem Gesetzgebungsprozess startet. Der Entwurf greift Vorschläge der Ersatzkassengemeinschaft auf und weist mit vielen Regelungen in die richtige Richtung.

Ziel der Reform ist die Neustrukturierung der Notfallversorgung. Die zukünftige Versorgung besteht aus den drei Versorgungsbereichen – vertragsärztlicher Notdienst (24/7), Notaufnahmen der Krankenhäuser und rettungsdienstlicher Versorgung. Zur gezielten Steuerung des Leistungsgeschehens soll am Beginn jeder Kontaktaufnahme verpflichtend eine standardisierte Ersteinschätzung erfolgen. Die Leitstellen des Rettungsdienstes (112) und der neu eingerichteten Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) (116 117) sollen besser vernetzt werden und zu einem Gesundheitsleitsystem ausgebaut werden. Auf diese Weise sollen Hilfesuchende zukünftig bedarfsgerecht in die passende medizinische Versorgungsebene vermittelt werden. All diese Vorhaben sind aus Sicht des vdek sinnvoll und geeignet, die Strukturen der Notfallversorgung effizienter aufzustellen und die gegenwärtige Überbeanspruchung der Notaufnahmen in Krankenhäusern bedarfsgerecht zu reduzieren.

Insbesondere die Einführung einer telefonischen oder digitalen Ersteinschätzung ist für die Ersatzkassen das Schlüsselelement, um Patient:innen im Akutfall bedarfsgerecht medizinisch zu versorgen und Notaufnahmen zu entlasten. Sie kann zugleich als Einstieg in ein generelles Ersteinschätzungssystem dienen, das ebenfalls für eine Primärversorgungsstruktur benötigt wird. Der vdek empfiehlt, dabei für Akutleitstellen ebenfalls auf die Vorarbeiten des Gemeinsamen Bundesausschusses für ein Ersteinschätzungsverfahren zuzugreifen (Ersteinschätzungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)). Dies gewährleistet die Einheitlichkeit der Systeme auf allen Ebenen und sorgt dafür, dass die Ersteinschätzung in Akutleitstellen und Krankenhäusern- und Rettungsleitstellen zu identischen Ergebnissen führt. Darüber hinaus empfiehlt der vdek, die Vermittlung der Hilfesuchenden dabei nicht auf die ärztliche Versorgung zu beschränken, sondern ggf. in einem zweiten Schritt auch psychische, soziale und pflegerische Dienste einzubeziehen.

Ebenso ist die geplante umfassende Vernetzung der Leitstellen des Rettungsdienstes (112) und der neuen Akutleitstellen der KVen (116 117) zu einem Gesundheitsleitsystem von erheblicher Bedeutung. Der vdek weist darauf hin, dass die im Entwurf fehlende verbindliche Verpflichtung für die Träger der Rettungsleitstellen, mit KVen zu kooperieren, die flächendeckende Umsetzung des Konzeptes gefährdet. Mindestens sollte die Zuweisung von Fördermitteln

aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität zur Digitalisierung der Notfallrettung an eine Kooperation mit einer Akutleitstelle gebunden werden. Zudem sind weitere strukturelle Anpassungen erforderlich, wie beispielsweise die Reduzierung der Anzahl der Leitstellen. Sofern dies im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens nicht erfolgen soll, muss eine entsprechende Regelung in einem separaten Verfahren zügig mit den Ländern abgestimmt werden.

Richtig ist auch der verpflichtende Ausbau von Integrierten Notfallzentren (INZ) an für die Notfallversorgung geeigneten Krankenhäusern, die rund um die Uhr geöffnet sind. Es ist positiv zu bewerten, dass die Selbstverwaltungspartner beauftragt werden sollen, bundesweit geltende Standards für die INZ zu definieren, um den Patient:innen eine einheitliche und gleichwertige Notfallversorgung in ganz Deutschland anbieten zu können. Zudem ist positiv hervorzuheben, dass die Zuordnung der INZ-Standorte durch die Selbstverwaltung erfolgen soll. Ergänzend ist eine Klarstellung erforderlich, wonach Krankenhausstandorte, die über kein INZ verfügen, auch nicht an der Notfallversorgung teilnehmen dürfen. Maßgeblich für das Gelingen der Reform ist, dass auch in den INZ standardisierte Ersteinschätzungen zur Steuerung der Patient:innen eingesetzt werden. Dies sieht die gesetzliche Regelung so vor. Die Möglichkeit der bevorzugten Versorgung („Fast Lane“) nach vorheriger telefonischer oder digitaler Ersteinschätzung bietet einen guten Anreiz zur Nutzung der Rufnummer 116 117 oder entsprechender Online-Angebote.

Der vdek begrüßt außerordentlich die Abkehr von der reinen Fahrtkostenerstattung und die Einführung der Verhandlungslösung für die Vergütung der medizinischen Notfallversorgung. Dies ist ein bedeutender Fortschritt. Die geplanten Regelungen für vertragliche Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und Landesbehörden sind sachgerecht, um eine transparente, leistungsbezogene Vergütung auf Basis von Verträgen zu fördern. Die Verwendung elektronisch validierbarer Kalkulationsdaten gewährleistet eine transparente und überprüfbare Kostenkalkulation. Die Integration der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen in die vertraglichen Vereinbarungen stellt einen bedeutenden Fortschritt dar. Indes ist die Rechtslage noch nicht abschließend geklärt. In der Gesetzesbegründung wird weiterhin ausgeführt, dass landes- oder kommunalrechtliche Festlegungen von Entgelten grundsätzlich möglich bleiben. Vor diesem Hintergrund dient die vorgeschlagene Änderung dazu, die Regelung eindeutig zu machen. Es soll gesetzlich festgelegt werden, dass die Vergütung ausschließlich auf vertraglichen Vereinbarungen basiert.

Die Verankerung der Notfallrettung als Sachleistung im SGB V ist grundsätzlich richtig. Es muss darauf geachtet werden, dass die Länder weiterhin ihre verfassungsrechtliche Finanzverantwortung wahrnehmen. Der vorliegende Vorschlag sieht vor, dass bei der Vergütung keine Kosten berücksichtigt werden, die aus einer über den Leistungsanspruch gemäß § 30 SGB V hinausgehenden öffentlichen Aufgabe resultieren. Dies führt dazu, dass die in Artikel 104a des Grundgesetzes verankerte Verantwortung der Länder im Bereich Gesundheitsvorsorge

und Gefahrenabwehr nur eingeschränkt wahrgenommen wird. Besonders relevant ist dies für die Finanzierung der Investitions- und Betriebskosten des Rettungsdienstes, die in den Aufgabenbereich der Länder fällt.

Das BMG rechnet mit jährlichen zusätzlichen Kosten von etwa 140 Millionen Euro für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Diese entstehen durch den Ausbau mobiler Dienste der KVen und erhöhte Ausgaben in den Akutleitstellen. Gleichzeitig erwartet das BMG deutliche Einsparungen, da eine bessere Vernetzung innerhalb der Versorgung die Zahl der Notarzteinsätze verringern soll. Insgesamt geht das Ministerium davon aus, dass die geplante Notfallreform langfristig Einsparungen von rund 1,3 Milliarden Euro pro Jahr bringen wird. Der vdek weist darauf hin, dass die Realisierung der im Entwurf genannten Einsparpotenziale nicht gesichert erscheint. Einsparungen im Bereich der Rettungsdienste und der Notfallversorgung sind nach Einschätzung des vdek nur unter der Voraussetzung möglich, dass die neuen INZ sowie das Ersteinschätzungsverfahren verbindlich implementiert werden, die gegenseitige Fallübernahme zwischen Akutleitstellen und Rettungsdienst konsequent gelebt wird und Parallelstrukturen im Rettungsdienst sowie in den Notaufnahmen von Krankenhäusern ohne INZ konsequent abgebaut werden. Darüber hinaus lassen sich zusätzliche finanzielle Effekte nur dann erzielen, wenn die Strukturen des Rettungsdienstes weiterentwickelt werden, insbesondere durch eine Reduzierung der Anzahl der Leitstellen.

Die ausführliche Kommentierung des Gesetzes erfolgt nachstehend im bereitgestellten Muster.

2. Kommentierung des Gesetzes

Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Datum: 12.11.2025

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 27	Folgeänderung zu § 30 SGB V	**Beabsichtigte Neuregelung** Der Anspruch der Versicherten auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung als Krankenbehandlung wird in § 27 aufgenommen. **Bewertung** Die Aufnahme des Leistungsanspruchs wird begrüßt. **Änderungsvorschlag** Keiner.
2	§ 30	Einführung eines Anspruchs auf medizinische Notfallrettung • Voraussetzung: Definition rettungsdienstlicher Notfall • Leistungsbestandteile: Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung und Notfalltransport • Notfallmanagement als Vermittlung der erforderlichen Hilfe auf der Grundlage einer digitalen standardisierten Abfrage einschließlich telefonischer Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen und	**Beabsichtigte Neuregelung** **Absatz 1** Der Anspruch auf medizinische Notfallrettung besteht nur bei Vorliegen eines rettungsdienstlichen Notfalles. Dieser setzt mindestens voraus, dass eine schwere gesundheitliche Schädigung des Versicherten zu befürchten ist, sofern nicht unverzüglich eine medizinische Versorgung erfolgt. **Bewertung** Der Ausschluss des Leistungsanspruchs auf Behandlung von minderschweren gesundheitlichen Schädigungen oder Schädigungen, die keiner unverzüglichen medizinischen Behandlung bedürfen, wird begrüßt. Die Umschreibung des rettungsdienstlichen Notfalls impliziert, dass hierunter nicht der

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Einbindung von Ersthelfern durch auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme • Notfallmedizinische Versorgung vor Ort und während des Transports durch nichtärztliches Fachpersonal und bei medizinischer Notwendigkeit durch Notärzte • Notfalltransport in nächste geeignete Einrichtung und medizinisch zwingende Verlegungen • Zuzahlung	betreuungspflichtige Krankentransport fällt. Dies ist im Zusammenhang mit der Entgeltfestlegung nach § 133 Absatz 5 von Bedeutung. Ein rettungsdienstlicher Notfall liegt gemäß § 30 Absatz 1 SGB V (n. F.) u. a. vor, wenn aus objektiver Sicht hinreichende Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sich der Versicherte in unmittelbarer Lebensgefahr befindet. Lebensgefahr kann beispielsweise auch beim Brand eines Hauses oder bei Bergnot vorliegen. Die Leistungspflicht der GKV beginnt jedoch erst nach der Bergung. Für die allgemeine Gefahrenabwehr sind die Kommunen zuständig. Es sollte daher zumindest in der Gesetzesbegründung explizit klargestellt werden, dass für die Bergung die Zuständigkeit der Kommunen gegeben ist. Damit soll klargestellt werden, dass der Anspruch auf Notfalltransport nicht die Bergung umfasst. **Absatz 2** Untergliedert die medizinische Notfallrettung in drei Teilbereiche und bestimmt, dass die aufgrund einer digitalen standardisierten Notrufabfrage getroffene Entscheidung zur Veranlassung der medizinischen Notfallrettung als Nachweis des Vorliegens eines rettungsdienstlichen Notfalls gegenüber der Krankenkasse gilt. **Bewertung** Die Regelung ist zu begrüßen, da hiermit zukünftig dem beauftragten Leistungserbringer der Auftrag nach seiner Leistungserbringung nicht mehr mit Verweis auf das Fehlen einer ärztlichen Verordnung entzogen werden kann. Dies führt zu Bürokratieabbau - insbesondere auf Seiten der Leistungserbringer. Durch die entsprechend vorgesehene Anpassung des § 302 Absatz

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			1 Satz 3 SGB V (n.F.) wird sichergestellt, dass die Krankenkasse das Ergebnis der Notfallabfrage mit der Leistungsabrechnung des Notfallmanagements erhält. Die Entscheidung der standardisierten Notrufabfrage als Nachweis für die Indikation einer notfallmedizinischen Versorgung sowie eines Notfalltransportes heranzuziehen, setzt allerdings voraus, dass ein bundesweit standardisiertes und evaluiertes Abfragesystem besteht, das mit einer ärztlichen Entscheidung vergleichbare Ergebnisse zur Einschätzung der medizinischen Behandlungsbedürftigkeit und der geeigneten Versorgungsebene ausgibt. Bundesweite Empfehlungen zur Nutzung der Abfragesysteme, wie sie gemäß § 133b SGB V (neu) vorgesehen sind, können zu einer uneinheitlichen Steuerungspraxis führen. Erforderlich sind daher bundeseinheitliche, verbindliche Regelungen, um eine vergleichbare Umsetzung zu gewährleisten. Bis ein bundeseinheitliches Abfrage- und Disponierungsverfahren vorliegt, führt der Leistungsanspruch absehbar zu höheren Ausgaben für die GKV, da die Patientinnen und Patienten auch im Falle einer ungerechtfertigten Inanspruchnahme keine Kostenbeteiligung mehr fürchten müssen. Bestehende Fehlanreize bezüglich der Inanspruchnahme des Rettungsdienstes dürften sich hiermit verstärken. **Absätze 3 bis 5** Beschreiben die Inhalte der drei Teilbereiche der medizinischen Notfallrettung mit dem Notfallmanagement, der notfallmedizinischen Versorgung und des Notfalltransports. **Bewertung** Die Regelungen werden grundsätzlich begrüßt.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Im Gegensatz zu Krankenfahrten und Krankentransporten wird allerdings der Begriff “Notfalltransport” im Gesetz nicht definiert. Dies sollte vom Gesetzgeber nachgeholt werden. Grundlage für die Begriffsdefinition sollten die Vorgaben von § 5 KT-RL sein. Darüber hinaus wird in Absatz 5 als Zielort eines Notfalltransports der neue Begriff der „grundsätzlich nächsten geeigneten Versorgungseinrichtung“ eingeführt, der ohne weitere Definition unterschiedliche Interpretationen zulässt. Zumindest in der Gesetzesbegründung sollte klargestellt werden, welche Versorgungseinrichtungen unter welchen Voraussetzungen mit einem Notfalltransport angefahren werden können und in welchen Fällen nicht die nächste geeignete Versorgungseinrichtung angesteuert werden muss. In diesem Kontext sollte im Gesetz die Formulierung „nächst erreichbare geeignete Versorgungseinrichtung“ verwendet werden. **Absatz 6** Regelt die Pflicht der Versicherten, zu jeder Leistung der medizinischen Notfallrettung eine Zuzahlung zu leisten. Die Zuzahlung zieht die Krankenkasse vom Versicherten ein. **Bewertung** Aus der vorgesehenen Regelung geht nicht eindeutig hervor, ob die Zuzahlung wie bisher bei den Krankenkassen verbleiben soll oder ob der Leistungserbringer die Zuzahlung einzuziehen hat. Es sollte daher im Gesetzestext klar herausgestellt werden, wer für den Zuzahlungseinzug zuständig ist. An der aktuellen Praxis, wonach die Krankenkassen zuständig sind, sollte festgehalten werden. Die vorgesehene Regelung, dass Leistungen der notfallmedizinischen Versorgung und ein Notfalltransport als eine einzige zuzahlungspflichtige Leistung gelten, wenn sie unmittelbar aufeinanderfolgend erbracht werden, ist sachgerecht. Die avisierte Regelung zur Zuzahlungshöhe, wonach gemäß §

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			61 Satz 1 SGB V 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro vorgesehen sind, wird zu einem höheren bürokratischen Aufwand führen, da Abrechnungen für die medizinische Notfallversorgung vor Ort sowie für den Notfalltransport erwartungsgemäß zu unterschiedlichen Zeitpunkten bei den Krankenkassen eingehen. Dies könnte dazu führen, dass weiterhin zwei Zuzahlungen von Versicherten eingezogen werden müssen. **Änderungsvorschläge** In Artikel 1 Nr. 2 wird § 30 Absatz 5 wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht): „Der Notfalltransport nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 umfasst den aus medizinischer Sicht erforderlichen Transport in die grundsätzlich nächst erreichbare geeignete Versorgungseinrichtung oder die aus zwingenden medizinischen Gründen erforderliche Verlegung von einer Einrichtung in eine andere Einrichtung, bei der aus medizinischer Sicht die Beförderung mit einem qualifizierten boden- oder luftgebundenen Rettungsmittel erforderlich ist. Der Anspruch umfasst nicht den Rücktransport in das Inland; § 18 bleibt unberührt. In Artikel 1 Nr. 2 wird § 30 Absatz 6 wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht): „Versicherte leisten zu ~~jeder~~ Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach Absatz 2 Nummer 2 und 3 eine Zuzahlung in Höhe des Betrages ~~sich~~ nach § 61 Satz 4 ~~1 ergebenden Betrages. D~~, die die Krankenkasse ~~zieht die Zuzahlung~~ vom Versicherten einzieht ~~oder übernimmt die Kosten unter Abzug des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages~~. Erfolgt unmittelbar nach der notfallmedizinischen Versorgung an dem Ort, an dem sich der Versicherte zum Zeitpunkt des medizinischen Notfalls befindet, auch ein Notfalltransport, gelten diese als eine einzige zuzahlungspflichtige Leistung.“

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Darüber hinaus werden folgende Änderungen in § 61 SGB V vorgenommen: • Nach § 61 Satz 3 wird folgender Satz 4 neu eingefügt: „Die Zuzahlung zu Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 Absatz 2 Nummer 2 und 3 beträgt 10 EUR.“ • Die bisherigen Sätze 4 bis 6 werden Sätze 5 bis 7.
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	**Beabsichtigte Neuregelung** Die Neustrukturierung von § 60 SGB V wird begrüßt. **Absatz 1** Die Regelung entspricht inhaltlich dem bisherigen Absatz 1 Satz 1 und 2 mit der Änderung, dass nun ein Anspruch auf Kostenübernahme für Krankentransportflüge eingeführt wird, auf den die Regelungen für bodengebundene Krankentransporte entsprechend angewendet werden soll. **Bewertung** Aus der Gesetzesbegründung wird in Abgrenzung zu den Notfalltransportflügen im Sinne des § 30 SGB V (neu) nicht ersichtlich, welche Sachverhalte hiermit geregelt werden sollen. Da Krankentransportflug deutlich höhere Kosten verursacht als ein Krankentransport, ist das Vorliegen der Voraussetzungen zur Nutzung eines bodengebundenen Krankentransportes allein nicht ausreichend für die Kostenübernahme durch die GKV – dies auch vor dem Hintergrund, dass es sich bei Krankentransportflügen in Abgrenzung zu Notfalltransportflügen um keine zeitkritischen Transporte handeln dürfte. Daher sind die Regelungen zu Krankentransportflügen abzulehnen. Sofern die Regelung beibehalten wird, müsste § 60 Absatz 3 Satz 3 dahingehend ergänzt werden, dass nicht nur Absatz 3, sondern auch Absatz 2 entsprechend für Krankentransportflüge gilt, da anderenfalls der Umfang

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			des Anspruchs nicht definiert wäre. Hierbei wäre jedoch kritisch vom Gesetzgeber zu prüfen, ob tatsächlich ein Anspruch auf Kostenübernahme für Krankentransportflüge für alle unter Absatz 2 aufgeführten Fallgestaltungen (so beispielweise auch zu ambulanten Behandlungen) bestehen soll. **Absatz 2 Satz 1 Nummer 2** Mit Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 wird geregelt, in welchen Sachverhalten ein Anspruch auf Verlegungsfahrten zu Lasten der GKV besteht. **Bewertung** Es sollte eine Gesetzesgrundlage dafür geschaffen werden, dass Krankenhäuser Verlegungsfahrten verordnen dürfen, da bei Verlegungen kein Entlassmanagement erfolgt. **Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a)** Mit der Regelung wird ein Kostenübernahmeanspruch für Verlegungsfahrten eingeführt, wenn es zur Behandlung des Versicherten der besonderen Mittel des Krankenhauses der höheren Stufe nicht oder nicht mehr bedarf und die dortigen Versorgungskapazitäten für andere Patienten benötigt werden. **Bewertung** Die angedachte Regelung wird voraussichtlich dazu führen, dass Verlegungen zunehmend aus ökonomischen Gründen (Erlösoptimierung) erfolgen und somit die angestrebte effizientere Patientenversorgung nicht erzielt wird. Dies würde zu einer finanziellen Mehrbelastung der GKV führen. Daher sollte die geplante Regelung gestrichen werden. Sofern an der Regelung festgehalten wird, sollten Verlegungsfahrten aus Kapazitätsgründen nur dann zu Lasten der GKV erbracht werden, wenn tatsächlich ein Versorgungsengpass im jeweiligen Krankenhaus festgestellt

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			wird. Die Partner der Selbstverwaltung sollten Kriterien festlegen, in welchen Fällen ein Versorgungsengpass, der eine Verlegung rechtfertigt, vorliegt. Entsprechende Regelungen könnten im Fallpauschalen-Katalog vereinbart werden. Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b): Die Regelung sieht vor, dass ein Kostenübernahmeanspruch für eine Fahrt in ein anderes Krankenhaus zur Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a besteht. **Bewertung** Die geplante Erweiterung des Anspruchs auf Verlegungsfahrten in ein anderes Krankenhaus zur Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V zielt mutmaßlich auf die Regelung in § 39 Absatz 1a Satz 7 SGB V ab, wonach das Entlassmanagement auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus umfasst. Mangels Hinweise in der Begründung bleiben jedoch mögliche Anwendungsfälle in Abgrenzung zu den Konstellationen nach § 60 Absatz 2 Nummer 1 und den anderen Verlegungsfahrten nach Nummer 2 unklar, sodass ein Bedarf für die Ergänzung der Nummer 2 Buchstabe b nicht erkennbar ist. **Absatz 2 Satz 1 Nummer 3** Die Regelung nimmt die bisherige Regelung auf, dass ein Anspruch auf Kostenübernahme für Fahrten zu stationsersetzenden Eingriffen besteht. **Bewertung** In der Norm wurde nicht die bisherige Regelung des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V (a. F.) übernommen, wonach ein Fahrkostenanspruch "wie bei ei-

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			ner stationären Krankenhausbehandlung” besteht. Hieraus wurde bisher abgeleitet, dass eine Zuzahlungspflicht nur für die Hin- und für die Rückfahrt besteht. Um diese versichertenfreundliche Regelung beizubehalten und gesetzlich eindeutiger herauszustellen, sollte § 60 Absatz 6 SGB V (neu) dahingehend ergänzt werden, dass für Fahrten nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V nur für die erste und die letzte Fahrt eine Zuzahlungspflicht besteht. **Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 c)** Unter Buchstabe c) ist neu geregelt, dass die Krankenkasse auch die Kosten von Fahrten zu einer ambulanten Operation in einer Vertragsarztpraxis einschließlich der hierzu erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen übernehmen. Die ambulante Operation in Vertragsarztpraxen wird somit der ambulanten Operation im Krankenhaus gleichgestellt. **Bewertung** Die Regelung des Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 sollte gestrichen werden, da sie zu einem unverhältnismäßig hohen Prüfaufwand der Krankenkassen führt, ob in den betreffenden Fällen tatsächlich eine stationäre oder teilstationäre Behandlung medizinisch geboten gewesen wäre und der Eingriff lediglich aus patientenindividuellen Gründen ambulant vorgenommen wird. Es ist absehbar, dass künftig vermehrt Leistungen ambulant erbracht werden, die bislang stationär durchgeführt wurden. Dadurch ist eine eindeutige Abgrenzung zwischen stationärer, stationsersetzender und ambulanter Versorgung zunehmend schwierig. Die Prüfung eines Fahrkostenanspruchs bei ambulanten Leistungen, die eine an sich gebotene Krankenhausbehandlung vermeiden oder verkürzen, wird dadurch zunehmend komplexer und unüberschaubarer. Da solche Eingriffe bezogen auf den einzelnen Versicherten nicht häufig vorgenommen werden, wäre eine finanzielle Belastung der Betroffenen überschaubar und sollte die Versorgung der Betroffenen nicht gefährden.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Der Anspruch auf Fahrkostenübernahme zu vor- und nachstationären Behandlungen gemäß § 115a SGB V könnte in § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V integriert werden, sodass die Nummer 3 in § 60 Absatz 2 Satz 1 SGB V vollständig entfallen könnte. **Absatz 2 Satz 1 Nummer 5** Mit der Regelung wird ein neuer Anspruch auf Übernahme von Kosten für Fahrten zur Versorgung in einem Integrierten Notfallzentrum geschaffen. **Bewertung** Fraglich ist, warum Fahrten zum INZ im Vergleich zu Fahrten zu ambulanten Behandlungen, bei denen nur in Ausnahmefällen eine Fahrkostenanspruch gemäß der KT-RL besteht, privilegiert werden. Während Krankenfahrten zu “normalen” ärztliche Behandlungen grundsätzlich der Eigenverantwortung unterliegen, soll für Fahrten zum INZ ein Fahrkostenanspruch eingeführt werden. Das kann Fehlanreize setzen. Wenn gleichwohl ein Fahrkostenanspruch eingeräumt werden soll, kann die Begrenzung auf Fahrten zu einem INZ nicht nachvollzogen werden. Ausweislich der Begründung zu § 30 Absatz 5 SGB V (neu) können Notfalltransporte zur notdienstlichen Versorgung auch zu vertragsärztlichen Praxen erfolgen, soweit diese rettungsdienstliche Notfälle behandeln können. Warum dies nicht auch für vom Notfallmanagement disponierte Krankenfahrten und Krankentransporte gelten soll, ist unklar. Für den Fall, dass Versicherte mit einem PKW oder öffentlichen Verkehrsmitteln zum INZ fahren, benötigen sie einen Nachweis der Entscheidung des Notfallmanagements oder über die erfolgte Behandlung im INZ, damit sie ihren Leistungsanspruch gegenüber ihrer Krankenkasse geltend machen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			können. Die Regelungen sind sollten daher entsprechend angepasst werden. Analog zu den Vorgaben zu Notfalltransporten in § 30 Absatz 5 SGB V sollte auch für die Fahrten zu einer notdienstlichen Versorgung in einem INZ oder einer vertragsärztlichen Praxis gelten, dass jeweils die nächsterreichbare geeignete Behandlungsstätte angefahren wird. **Absatz 3** Mit der Regelung wird gesetzlich klargestellt, was unter Krankentransporten zu verstehen ist. Krankentransporte zu ambulanten Behandlungen (Ausnahmefälle) bleiben grundsätzlich genehmigungspflichtig. **Bewertung** Die Regelung wird begrüßt. Allerdings sollte die Krankenfahrt als einfachste Beförderungsform ohne medizinische Betreuung vor dem Krankentransport genannt und abgebildet werden. Dementsprechend sind die Absätze 3 und 4 des § 60 SGB V (n.F.) zu tauschen und auch der Titel des Paragrafen in “Krankenfahrten und Krankentransporte” umzubenennen. **Absatz 4** Mit der Regelung wird gesetzlich klargestellt, was unter Krankenfahrten zu verstehen ist. Krankenfahrten sollen zukünftig gemäß Absatz 4 Satz 3 Nummer 1 auch dann der Genehmigungsfiktion unterliegen, wenn ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „TBl“ (taubblind) vorliegt. Neu ist zudem, dass bei Vorliegen der Merkzeichen „Bl“, „H“ und „TBl“ auch die Genehmigung für eine Begleitperson als erteilt gilt.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Bewertung Die Neuregelungen bezüglich der Genehmigungsfiktion bei Vorliegen des Merkzeichens „TBI“ sowie einer Genehmigungsfiktion für Begleitpersonen bei Vorliegen des Merkzeichens „Bl“, „H“ oder „TBl“ stellen Leistungsausweitungen dar. Die Genehmigungsfiktion bei Vorliegen des Merkzeichens “TBI” ist in Anbetracht der Beeinträchtigungen der betroffenen Personen und somit für die Sicherstellung ihrer Gesundheitsversorgung sachgerecht. Die vorgesehene Ausweitung der Genehmigungsfiktion auf eine Begleitperson für Versicherte mit Merkzeichen „Bl“, „H“ oder „TBl“ wird hingegen abgelehnt. Bereits jetzt gibt es vertragliche Regelungen, wonach Begleitpersonen unentgeltlich im Taxi oder Mietwagen mitgenommen werden können. Auch bei der Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln werden Begleitpersonen von Menschen mit Schwerbehinderung und dem Merkzeichen B unentgeltlich befördert. Um Fehlanreize zu vermeiden, sollte die Regelung gestrichen werden. **Absatz 5 Satz 2 Nummer 3** Bisher war in § 60 Absatz 3 Nummer 3 geregelt, dass bei Benutzung eines Krankentransportwagens oder Rettungsfahrzeugs, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel, ein Taxi oder ein Mietwagen nicht benutzt werden kann, der nach § 133 berechnungsfähige Betrag, als Fahrkosten anerkannt werden. Diese Regelung wurde gestrichen, da der Notfalltransport nun in § 30 Absatz 5 SGB V geregelt ist. Dementsprechend werden nun die Kosten für einen Krankentransportwagen oder ein Rettungsfahrzeug nicht mehr bei der Berechnung des Höchstbetrages für die Erstattung von Kosten für die Nutzung eines PKW berücksichtigt.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Bewertung Regelung wird begrüßt. In § 60 Absatz 5 SGB V (n.F.) wird ausgeführt, dass sich die Höhe der Kostenübernahme für Krankentransporte sowie für Taxen und Mietwagen nach § 133 Absatz 6 SGB V (n.F.) bestimmt. Dabei handelt es sich jedoch um eine Übergangsvorschrift, sodass ein Verweis auch auf § 133 Absatz 5 SGB V (n.F.) vorgeschlagen wird. **Absatz 6** Mit der Regelung soll die Einziehung der Zuzahlung geregelt werden. **Bewertung** Die vorgesehene Regelung zum Zuzahlungseinzug ist – wie in § 30 SGB V (neu) – widersprüchlich. Einerseits soll der Einzug bei den Krankenkassen verbleiben. Alternativ sollen Krankenkasse die Kosten unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung übernehmen, sodass der Leistungserbringer die Zuzahlung einzuziehen hat. Hier sollte eine gesetzliche Klarstellung erfolgen, wer die Zuzahlung einzuziehen hat. Bisher sieht § 60 Absatz 2 Satz 2 SGB V (a.F.) vor, dass für Fahrten, die von Rettungsdiensten durchgeführt werden, die Krankenkasse die Zuzahlung von den Versicherten einzieht. Dies können auch Krankentransporte nach § 60 SGB V sein, die von Rettungsdienstunternehmen durchgeführt werden. An der bisherigen etablierten Praxis, sollte festgehalten werden. Insofern scheint es angebracht, den Zuzahlungseinzug für Krankenfahrten und Krankentransporte differenziert zu regeln. Das Gesetz sowie die Begründung sollten entsprechend angepasst werden. Zudem ist der Verweis auf § 61 SGB V zu präzisieren. **Absatz 8** Die Regelung entspricht der bisherigen Regelung.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Entsprechend der aktuellen Praxis erhält der während einer Rehabilitationsmaßnahme mitaufgenommene Elternteil (analog zu Betreuung des erkrankten Kindes im häuslichen Umfeld oder bei der Mitaufnahme während einer stationären Krankenhausbehandlung) regelmäßig Kinderkrankengeld gemäß § 45 Absatz 1a SGB V. Dabei profitieren die Versicherten insbesondere von dem ihnen vertrauten und einheitlich geregelten Antragsverfahren, der elektronischen Übermittlung der notwendigen Entgeltdaten durch den Arbeitgeber sowie der entsprechend schnellen Verarbeitung und Auszahlung durch die Krankenkassen. Durch die Abführung von Beiträgen aus dem Kinderkrankengeld werden zudem Beitragslücken vermieden und der Fortbestand des Versicherungsschutzes auch bei Mitaufnahmen über einen Monat hinaus sichergestellt. Eine alternative Erstattung des Verdienstausfalls auf Grundlage von § 60 Absatz 5 SGB V (bisherige Fassung) i. V. m. § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB IX erfolgt seit Einführung des Anspruchs nach § 45 Absatz 1a SGB V zum 01.01.2024 folglich lediglich in den wenigen Einzelfällen, in denen die Krankenkasse die Mitaufnahme einer Begleitperson während einer stationären Rehabilitation genehmigt, aber die Anspruchsvoraussetzungen des § 45 Absatz 1a SGB V nicht erfüllt sind (z. B. bei Begleitung durch eine andere Bezugsperson als Elternteil). Zur Schaffung von Rechtssicherheit für die Krankenkassen sowie zur Sicherstellung einer einheitlichen Umsetzung in der Praxis sollte das entsprechende Vorrang-Nachrang-Verhältnis auch gesetzlich eindeutig geregelt werden. **Änderungsvorschläge** In Artikel 1 Nr. 3 wird der Titel des § 60 wie folgt angepasst (Änderungen sind kenntlich gemacht): „Krankenfahrten und Krankentransporte~~, Krankentransportflüge und Krankenfahrten~~“

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			In Artikel 1 Nr. 3 wird in § 60 der Absatz 1 wie folgt geändert: „Versicherte haben in dem durch Absatz 2 bestimmten Umfang Anspruch auf Übernahme der Kosten für Krankenfahrten und Krankentransport, ~~Krankentransportflüge und Krankenfahrten,~~ wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Welches Transportmittel genutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall.“ In Artikel 1 Nr. 3 wird in § 60 der Absatz 2 wie folgt geändert: „Die Krankenkasse übernimmt nach Absatz 1 Satz 1 die Kosten für Krankenfahrten und Krankentransporte ~~und Krankenfahrten~~ bei 1. Fahrten zur stationären Behandlung, 2. Fahrten im Zuge einer Verlegung ~~a)~~ in ein anderes Krankenhaus während einer stationären Behandlung, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist ~~oder soweit es zur Behandlung des Versicherten der besonderen Mittel des Krankenhauses der höheren Stufe nicht oder nicht mehr bedarf und die dortigen Versorgungskapazitäten für andere Patienten benötigt werden,~~ b) ~~in ein anderes Krankenhaus zur Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a~~ oder c) in ein wohnortnahes Krankenhaus, wenn die Krankenkasse in die Verlegung eingewilligt hat~~,~~ Eine Verordnung entsprechender Verlegungsfahrten hat durch das Krankenhaus zu erfolgen. 3. Fahrten zu

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			a) einer vor- oder nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach § 115a, ~~b) einer ambulanten Operation im Krankenhaus nach § 115b oder~~ ~~c) einer ambulanten Operation in einer Vertragsarztpraxis einschließlich der hierzu erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen, jeweils innerhalb der in § 115a Absatz 2 Satz 1 bis 3 genannten Fristen,~~ wenn dadurch eine aus medizinischen Gründen erforderliche vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Absatz 1 vermieden oder verkürzt wird ~~oder wenn diese nicht ausführbar ist~~, 4. Fahrten zu ambulanten Behandlungen, wenn a) aus medizinischer Sicht ein Krankentransport zwingend erforderlich ist oder b) ein besonderer Ausnahmefall vorliegt, den der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 festgelegt hat, und 5. Fahrten zur Versorgung in <u>das nächsterreichbare geeignete</u> ~~einem~~ Integrierten Notfallzentrum <u>oder die nächsterreichbare geeignete vertragsärztliche Praxis</u> aufgrund einer mittels digitaler standardisierter Abfrage getroffenen Entscheidung, sofern die Fahrt nach den Umständen des Einzelfalls zwingend erforderlich ist; die Entscheidung mittels digitaler standardisierter Abfrage gilt als Verordnung dieser Leistung. <u>Wird für die Fahrt kein Leistungserbringer nach § 133 Absatz 5 oder 6 in Anspruch genommen, ist ein Nachweis der Entscheidung an den Versicherten auszuhändigen.</u>“

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			In Artikel 1 Nr. 3 wird in § 60 der Absatz 3 zum Absatz 4 und der Absatz 4 zum Absatz 3. In Artikel 1 Nr. 3 wird Absatz 3 (neu; alt: 4) Nummer 1 wie folgt geändert (Änderungen sind kenntlich gemacht): „1. ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder „TBl“, ~~wobei bei Vorliegen der Merkzeichen „Bl“, „H“ und „TBl“ auch die Genehmigung für eine Begleitperson als erteilt gilt,~~“ In Artikel 1 Nr. 3 wird der Absatz 4 (neu; alt: 3) wie folgt geändert (Änderungen sind kenntlich gemacht): „Krankentransporte sind Fahrten mit medizinisch-fachlicher Betreuung, die in Kraftfahrzeugen durchgeführt werden, die über die besondere Einrichtung eines Krankenkraftwagens verfügen. Die fachliche Betreuung in Krankentransportwagen wird nach den maßgeblichen landesrechtlichen Vorschriften durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal gewährleistet. Krankentransporte werden für Versicherte durchgeführt, die einer solchen Betreuung oder Einrichtung während der Fahrt bedürfen oder deren Zustand dies erwarten lässt~~, dass eine solche Betreuung oder Einrichtung während der Fahrt erforderlich ist~~. In den in Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b sowie Nummer 4 genannten Fällen übernimmt die Krankenkasse die Kosten für einen Krankentransport, wenn sie diesen vorher genehmigt hat. ~~Die Regelungen dieses Absatzes gelten entsprechend für Krankentransportflüge~~.“ In Artikel 1 Nr. 3 wird der Absatz 5 wie folgt geändert: „Die Krankenkasse übernimmt ~~die Höhe der~~ nach Absatz 1 Satz 1 ~~zu übernehmenden Kosten für Krankentransporte bestimmt sich nach § 133 Absatz 6. Für Krankenfahrten übernehmen die Krankenkassen~~

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			1. bei der Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels die Kosten in Höhe des Fahrpreises unter Ausschöpfung von Fahrpreisermäßigungen, 2. bei Benutzung eines Taxis oder Mietwagens, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann, die Kosten in Höhe des in einem Vertrag nach § 133 Absatz 5 oder 6 bestimmten Betrages, 3. bei Benutzung eines Krankenkraftwagens, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel, ein Taxi oder ein Mietwagen nicht benutzt werden kann, die Kosten in Höhe des in einem Vertrag nach § 133 Absatz 5 oder 6 bestimmten Betrages, 4~~3~~. bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs die Kosten in Höhe des für jeden gefahrenen Kilometer jeweils aufgrund des Bundesreisekostengesetzes festgesetzten Höchstbetrages für Wegstreckenentschädigung, höchstens jedoch die Kosten, die bei Inanspruchnahme des in Nummer 1 oder Nummer 2 ~~genannten~~ erforderlichen Transportmittels entstanden wären.“ In Artikel 1 Nr. 3 wird der Absatz 6 wie folgt geändert (Änderungen sind kenntlich gemacht): „Die Krankenkasse übernimmt die Kosten nach Absatz 1 Satz 1 unter Abzug des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages. Bei Krankentransporten zieht die Krankenkasse die Zuzahlung nach Satz 1 ~~oder zieht den sich nach § 61 ergebenden Betrag~~ von den Versicherten ein. Für Fahrten nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V besteht nur für die erste und die letzte Fahrt eine Zuzahlungspflicht.“

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			In Artikel 1 Nr. 3 wird der Absatz 8 Satz 1 wie folgt gefasst: "Im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden Reisekosten nach § 73 Absatz 1 und 3 des Neunten Buches übernommen; dies gilt für den Anspruch auf Ausgleich eines Verdienstausfalls nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 des Neunten Buches nur, sofern kein Anspruch nach § 45 Absatz 1a besteht.“
4	§ 73	Folgeänderung zu § 60 SGB V	**Beabsichtigte Neuregelung** Eine Ergänzung um die Krankentransportflüge. Dies ist eine Folgeänderung aufgrund der Aufnahme bzw. Klarstellung der Krankentransportflüge. **Bewertung** Krankentransportflüge sollen aufgrund möglicher Fehlanreize gestrichen werden. **Änderungsvorschlag** Streichung
5	§ 73b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	**Beabsichtigte Neuregelung** Redaktionelle Folgeänderung. **Bewertung** Entfällt. **Änderungsvorschlag** Keiner.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
6	§ 75	Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung • Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung • Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge	**Beabsichtigte Neuregelung** a) aa) Aufgrund der im Rahmen der Notfallreform vorgesehenen Trennung zwischen Terminservicestellen (TSS) und Akutleitstellen werden die telefonischen Erreichbarkeiten der TSS auf Montag bis Samstag beschränkt. Gleichzeitig wird klargestellt, dass alle TSS 24/7 digitale Angebote zur Terminvermittlung bereitstellen müssen. bb) Folgeänderung zur Einführung der Akutleitstellen: Die Vermittlung von Akutfällen wird als Aufgabe der TSS gestrichen. b) (1b) Anstelle der bisherigen Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten wird nun die jederzeit verfügbare Versorgung in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist, Bestandteil des Sicherstellungsauftrages. Sie umfasst die Beteiligung an den Integrierten Notfallzentren (INZ), ein 24/7-Beratungsangebot per Telefon und Video sowie einen 24/7 aufsuchenden Dienst, für den die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) qualifiziertes nichtärztliches Personal unter ärztlicher Verordnung einsetzen und Kooperationen mit dem Träger des Rettungsdienstes sowie mit den Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung eingehen können. Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in INZ können Telekonsile genutzt werden. Außerdem soll die Akutversorgung im ärztlichen Bereich besser mit dem Notdienst der Apotheken abgestimmt werden. Im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung ist die Behandlung ausdrücklich auf eine Erstversorgung der Versicherten begrenzt. Diese beinhal-

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			tet die unaufschiebbar erforderliche Behandlung sowie alle medizinisch gebotenen Maßnahmen der Diagnostik zur Klärung der Dringlichkeit und zum Ausschluss eines dringenden weitergehenden Versorgungsbedarfes sowie die überbrückende Therapie von akuten Beschwerden. Sie kann auch die Feststellung einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit sowie die Verordnung von kurzfristig benötigten Arzneimitteln umfassen. (1c) Die bisherigen Aufgaben der TSS zur Ersteinschätzung und Vermittlung eines Versorgungsangebots in Akutfällen werden auf neu einzurichtende, auf telefonischem und digitalem Weg erreichbare Akutleitstellen übertragen. Diese sind 24/7 über unter derselben bundesweiten Rufnummer erreichbar wie die TSS. Für die Akutleitstellen gelten konkrete gesetzliche Erreichbarkeitsvorgaben für Anrufende, die innerhalb von neun Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes einzuhalten sind. Zusätzlich sind die Akutleitstellen 24 Stunden täglich über digitale Angebote erreichbar. Die Akutleitstelle hat Versicherten in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens (Richtlinie der KBV nach Absatz 7 Satz 1 Nummer 6) in eine unmittelbare ärztliche Versorgung auf der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln; in geeigneten Fällen auch in Form einer telefonischen oder videounterstützten ärztlichen Konsultation. Die Vermittlung soll vorrangig in die Sprechstunden der Praxen zugelassener Ärzte und zugelassener medizinischer Versorgungszentren erfolgen. Für die Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem Facharzt bedarf es im Akutfall keiner Überweisung. cc) *Folgeänderungen zur Einführung der Akutleitstellen und INZ:*

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			• *Wenn bei einer zuvor erfolgten Inanspruchnahme eines INZ die Notwendigkeit einer weiteren Behandlung festgestellt wurde, ist bei Terminvermittlung durch di*e TSS keine Überweisung erforder*lich.* • *Da nunme*hr die Akutleitstellen die Ersteinschätzung durchführen, wird der Entfall des Überweisungserfordernisses in Akutfällen in Absatz 1c überführt. (1d) gesetzliche Grundlage zur Datenverarbeitung und -speicherung für die TSS und die Akutleistellen (1e) Die bestehenden jährlichen Evaluations- und Berichtspflichten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu den Auswirkungen der Tätigkeit der TSS, insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Arztterminen, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme und auf die Vermittlungsquote, werden gesetzlich neu verortet. Anders als die bisherige Regelung in § 75a Satz 18 und 19 sieht der neue Absatz 1e keine jährliche, sondern nur eine einmalige Evaluations- und Berichtspflicht zum 30. Juni 2027 vor. Der Gesetzesentwurf sieht in Artikel 2 aber zugleich eine nochmalige Neufassung des Absatzes 1e vor, die erstmals zum 30. Juni 2028 und dann jährlich erweiterte Evaluations- und Berichtspflichten der KBV gegenüber dem BMG begründet, die neben den TSS auch die Tätigkeit der Akutleitstellen umfassen. (1f) Der kassenzahnärztliche Bereitschaftsdienst zu sprechstundenfreien Zeiten ist von den Neuregelungen in Absatz 1a) bis 1e) nicht umfasst.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Bewertung a) aa) Eine 24/7-Erreichbarkeit der TSS per Telefon ist nicht erforderlich. Allerdings muss gleichzeitig sichergestellt sein, dass auf digitalem Wege das gleiche Vermittlungsangebot bereitgestellt wird wie bei einer Telefonvermittlung. Dies ist in vielen Regionen bei Terminen für bestimmte Fachgruppen derzeit nicht der Fall. Hier wird im Online-Angebot in konkreten Fällen auf die telefonische Vermittlung verwiesen. Damit es durch die Verringerung der Erreichbarkeit nicht zu Einschränkungen im Serviceangebot kommt, sollte hier eine gesetzliche Klarstellung erfolgen. bb) Die Folgeänderung ist sachgerecht. cc) Die Unterstützung der INZ durch die KVen nach dem neuen Satz 18 in Verbindung mit Satz 4 Nummer 2 sollte jedoch nicht auf Fälle beschränkt werden, die bereits in einem INZ versorgt wurden. Vielmehr sollte sich diese Unterstützung zwingend auch auf Patientinnen und Patienten beziehen, für die die Ersteinschätzung im INZ einen vertragsärztlichen Behandlungsbedarf ergeben hat, der jedoch nicht dringlich ist. Für derartige Fälle ist keine Behandlung in INZ erforderlich. Sie hat deshalb auch dort nicht zu erfolgen. dd) Versicherte berichten häufig von erheblichen Wartezeiten, wenn sie versuchen, die TSS telefonisch zu erreichen. Es ist daher sinnvoll, bundesweit einheitliche Vorgaben zu treffen, um eine bessere Erreichbarkeit sicherzustellen. ee) Bislang nutzen nach Auskunft der KBV nur 15 von 17 KVen den elektronischen Terminservice der KBV. Mit der eingefügten Ergänzung wird die

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			bundesweite Einheitlichkeit des durch die Patient:innen zu nutzenden Systems zur Terminvergabe und Erreichbarkeit der Akutleitstelle sichergestellt. ff) Die neue Verortung der Regelung ist sachgerecht. gg) Die Regelung stellt bei Bedarf eine Weiterversorgung ohne erneute Inanspruchnahme der Notdienststrukturen sicher und ist daher sachgerecht. b) (1b) Die Erweiterung der Aufgaben der KVen bei der Sicherstellung des Notdienstes kann sowohl zu einer Entlastung der neuen INZ und auch des Rettungsdienstes führen. Sie sind daher im Grundsatz positiv zu bewerten. Die vom Gesetzgeber erwarteten Einsparpotenziale durch weniger Einsätze im Rettungsdienst können allerdings nur mit zeitlicher Verzögerung erreicht werden. Schließlich kann der Umbau und die Reduzierung von Strukturen erst dann erfolgen, wenn auch die Nachfrage nach Rettungsdienstleistungen zurück geht. Der Ansatz, für den aufsuchenden Dienst auch entsprechend qualifiziertes nichtärztliches Personal einsetzen zu können, ist in jedem Fall zu begrüßen. Anderenfalls wäre unklar, wie die hier notwendigen personellen Ressourcen überhaupt unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots gewonnen werden können. Aus Sicht der Ersatzkassen würden wir jedoch plädieren, das Wort „können“ durch das Wort „sollen“ zu ersetzten, damit der Besuchsdienst im Regelfall durch dieses Personal sichergestellt wird, wie bereits heute eine große Zahl von Hausbesuchen durch nichtärztliche Praxisassistent:innen durchgeführt werden. In der Häuslichkeit der Patient:innen bzw. im Pflegeheim kann bei Bedarf ärztliches Personal in den Akutleitstellen per Video eingebunden werden.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			(1c) Die Einrichtung einer Akutleitstelle zur Vermittlung von Behandlungsterminen in Akutfällen und für die Sicherstellung der notdienstlichen Akutversorgung wird ausdrücklich begrüßt. Die Vorgaben zur Erreichbarkeit und zum Servicelevel sind sinnvoll. Die Vorgaben zur Erreichbarkeit und zum Servicelevel sind sinnvoll. Inwieweit die entsprechenden Vorgaben ausreichend sind, muss im Zeitverlauf beobachtet werden. Bezüglich der Ersteinschätzung muss deutlich gemacht werden, dass es sich hier um das Ersteinschätzungsverfahren gemäß § 75 Abs. 7 Satz 1 Nummer 6 handelt. Vorgaben dazu werden ausschließlich von der KBV erstellt und haben nichts mit dem Ersteinschätzungsverfahren gemäß § 123c (Ersteinschätzungsverfahren für INZ des G-BA) zu tun. Damit würden sich die Ersteinschätzungsverfahren von Akutleitstelle und INZ unterscheiden. Akutleitstellen müssen ein Ersteinschätzungsverfahren nutzen, dass den Vorgaben der Ersteinschätzungsverfahren des G-BA entspricht. Damit wird sichergestellt, dass auf jeder Ebene die Systeme gleich sind und damit dieselben Ergebnisse liefern. (1d) Die Regelungen sind erforderlich. (1e) Angesichts der Relevanz der Thematik ist eine jährliche Evaluation der Tätigkeit der TSS sowie zukünftig auch der Akutleistellen wichtig. Diese wird durch das zeitliche Zusammenspiel der beiden Neufassungen von Abs. 1e sichergestellt. (1f) Die Regelung ist sachgerecht. **Änderungsvorschlag** a) aa) An Satz 2 wird folgender Satz angefügt:

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			„Die digitalen Angebote nach Satz 2 haben das gleiche Service- und Terminangebot vorzuhalten wie die telefonische Terminvermittlung.“ cc) § 75 Abs. 1a Satz 4 Nr. 2 wird wie folgt gefasst: „2. 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.“ b) (1b) § 75 Absatz 1b Satz 6 wird wie folgt gefasst: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen *sollen* zur Durchführung der in Satz 5 Nummer 3 genannten Maßnahme qualifiziertes nichtärztliches Personal, das nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung handelt, einsetzen.“ (1b) § 75 Absatz 1b Satz 3 wird wie folgt gefasst: Die Akutleitstelle hat Versicherten in Akutfällen auf der Grundlage des in § 123c Absatz 2 genannten bundesweit einheitlichen, standardisierten und digitalen Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung auf der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln. (1b) § 75 Absatz 7 Satz 1 Nummer 6 wird gestrichen (1c) Keiner. (1d) Keiner. (1e) Keiner. (1f) Keiner.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
7	§ 76	Folgeänderung zu § 75 SGB V	**Beabsichtigte Neuregelung** Folgeänderung aufgrund der Einrichtung von Akutleitstellen. **Bewertung** Redaktionelle Folgeänderung. **Änderungsvorschlag** Keiner.
8	§ 87	Auftrag an erweiterten Bewertungsausschuss: EBM für komplexe Fälle in INZ	**Beabsichtigte Neuregelung** a) Der ergänzte Bewertungsausschuss soll zusätzliche Regelungen für die Versorgung im Notdienst sowie in Notfällen beschließen. b) Folgeänderung aufgrund der Einrichtung von Akutleitstellen. **Bewertung** a) Die Änderungen sind im gesetzgeberischen Kontext nachvollziehbar. b) Folgeänderung aufgrund der Einrichtung von Akutleitstellen. **Änderungsvorschlag** a) Keiner. b) Keiner.
9	§ 87a	Folgeänderung zu § 75 SGB V	**Beabsichtigte Neuregelung** Folgeänderung aufgrund der Einrichtung von Akutleitstellen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Bewertung Redaktionelle Folgeänderung. **Änderungsvorschlag** Keiner.
10	§ 90	Standortbestimmung für INZ durch erweiterten Landesausschuss	**Beabsichtigte Neuregelung** a) Die Rechtsgrundlagen der erweiterten Landesausschüsse werden entsprechend den Ausführungen in den § 123 Absatz 6, § 123a Absatz 1 und Absatz 4 sowie § 123b Absatz 1 angepasst. b) Die erweiterten Landesausschüsse werden um die Landeskrankenhausgesellschaften erweitert. **Bewertung** a) Hier handelt es sich um eine sachlogische Folgeänderung aus dem Gesetzgebungsprozess. b) Hier handelt es sich ebenfalls um eine Folgeänderung. **Änderungsvorschlag** a) Keiner. b) Keiner.
11	§ 90a	Ergänzung Vertreter des Rettungsdienstes in gemeinsamen Landesgremien nach § 90a	**Beabsichtigte Neuregelung** Das gemeinsame Landesgremium nach § 90a wird um Vertreter der Rettungsdienste erweitert.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Bewertung Diese gesetzliche Erweiterung ist vor dem Hintergrund der Gesetzesarchitektur nachvollziehbar. Die Expertise von Vertretern der Rettungsdienste kann in bestimmten Fragestellungen durchaus gefragt sein. **Änderungsvorschlag** Keiner.
12	§ 92	Klarstellung, dass Richtlinie des G-BA nicht den Notfalltransport umfasst	**Beabsichtigte Neuregelung** Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zukünftig auch die Kompetenz für Richtlinien für Krankentransportflüge und Krankenfahrten. **Bewertung** Diese gesetzliche Erweiterung der Kompetenzen des G-BA ist nachvollziehbar. **Änderungsvorschlag** Keiner.
13	§ 105	Finanzierung der notdienstlichen Strukturen der KVen durch gemeinsam von KV und Krankenkassen zusätzlich zur Verfügung gestellten Betrag, Beitrag der PKV i.H.v. 7 %	**Beabsichtigte Neuregelung** Die Regelungen zum Strukturfonds gemäß § 105 Absatz 1b SGB V werden den neu vorgesehenen Strukturen im Notfalldienst angepasst. Die bisher freiwillig gemeinsam und einheitlich abzuschließende Vereinbarung wird verpflichtend und schiedsfähig. Die für den Aufbau erforderlichen Mittel werden grundsätzlich hälftig von Kostenträgern und KVen aufbracht und unter Beteiligung des PKV-Verbandes verhandelt. Die KVen haben eine detaillierte Kalkulation vorzulegen. Bei den Kosten sind die leistungsbezogenen Vergütungen gemäß dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abzuziehen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die KBV veröffentlicht jährlich einen Bericht über die regionalen Vereinbarungen und die vereinbarten Beträge. **Bewertung** Die geplante Umwandlung der „Kann-Regelung“ in eine „Muss-Regelung“ bei gleichzeitiger Einführung der Schiedsfähigkeit wird abgelehnt. Die aktuelle „Kann-Regelung“ hat sich bewährt. Die Tatsache, dass bereits in allen KV-Regionen entsprechende Vereinbarungen zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes geschlossen wurden, belegt die Leistungsfähigkeit und Verantwortung der Selbstverwaltung. Eine Umwandlung in eine „Muss-Regel“ ist daher sachlich nicht geboten. Ein solcher Schritt würde die Vertragsautonomie untergraben, die notwendige regionale Flexibilität mindern und dem Wirtschaftlichkeitsgebot widersprechen. Eine Beteiligung der privaten Krankenversicherung (PKV) an den anfallenden Kosten für den Umbau der Strukturen der Notfallversorgung ist sachgerecht. Auch die Pflicht der KVen zur Vorlage detaillierter Kalkulationen ist eine Mindestvoraussetzung für eine Kostenbeteiligung der Krankenkassen an den entstehenden Mehrkosten. Allerdings sollte klargestellt werden, dass die Krankenkassen auch ein konkretes Mitspracherecht bei der Ausgestaltung – über die Festlegung der INZ-Standorte im erweiterten Landesausschuss hinaus - erhalten. Auch ist sicherzustellen, dass die KVen im Kontext der Umgestaltung und Erweiterung ihrer Notdienststrukturen nicht bislang von ihnen selbst im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags getragene Finanzierungslasten auf die Kassen verlagern (können). Ergänzend sollte klargestellt werden, wie die KVen ihren hälftigen Anteil aufbringen. In Anlehnung an die Begründung des Kabinettsentwurfs für ein Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP)

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			zu § 105 Absatz 1a SGB V sollte die Finanzierung auch aus extrabudgetären Vergütungen erfolgen. Dies ermöglicht eine gleichmäßige Beteiligung aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringenden an der Finanzierung der für die Notdienststrukturen erforderlichen Mittel. Dies kann aber nur dann geschehen, wenn hier – analog zu den Verwaltungskostenumlagen der KVen – ein entsprechender Betrag von den Arzthonoraren im Rahmen des Honorarbescheides einbehalten wird. Korrespondierend zu § 75 Absatz 1f) sollte klargestellt werden, dass die Regelungen nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung gelten. Anderenfalls könnten Forderungen nach zusätzlicher Finanzierung des vertragszahnärztlichen Notdienstes, der in unveränderter Form durchgeführt wird, aufkommen. **Änderungsvorschlag** § 105 Absatz 1b wird wie folgt gefasst: „(1b) 1Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich können vereinbaren, auf Grundlage der in Satz 8 genannten Kalkulation über die Mittel nach Absatz 1a hinaus, einen zusätzlichen, jährlich von beiden Vertragsparteien in gleicher Höhe aufzubringenden zusätzlichen Betrag zur Finanzierung der in Satz 7 genannten Förderungen bereitzustellen. 2 Der ärzteseitige Finanzierungsanteil ist in Form eines Abschlags auf die Honorarsumme im jeweiligen Honorarbescheid der Arztpraxen aufzubringen. 3Gegenstand der Vereinbarungen nach Satz 1 ist auch die konkrete Ausgestaltung der Strukturen, für die die Mittel verwendet werden müssen. 4Über die Höhe des in Satz 1 genannten Betrags ist mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung sowie mit den Vertragspartnern der Verträge nach § 73b Einvernehmen herzustellen. 5Die privaten Krankenversicherungsunternehmen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an dem von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Satz 1 bereitzustellenden Betrag die Vertragspartner der Verträge nach § 73b im Verhältnis ihres Vergütungsvolumens zu den Gesamtvergütungen nach den §§ 85, 87a. 6Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die privaten Krankenversicherungsunternehmen sowie die Vertragspartner nach § 73b vereinbaren das Nähere zur Bereitstellung des Betrages der in Satz 5 genannten Beteiligung. 7Der in Satz 1 genannte Betrag ist für folgende Zwecke zu verwenden: 1. Sicherstellung der in § 75 Absatz 1b Satz 5 Nummer 2 und 3, § 75 Absatz 1c und § 133a von den Kassenärztlichen Vereinigungen verantworteten Strukturen, 2. Förderung der von den Kassenärztlichen Vereinigungen verantworteten Einrichtungen und Stellen innerhalb der Integrierten Notfallzentren und der Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche. 8Die Kassenärztlichen Vereinigungen legen spätestens vier Wochen vor Beginn der Verhandlungen über die in Satz 1 genannte Vereinbarung zur Gewährleistung der zweckgerechten Verwendung des in Satz 1 genannten Betrags den anderen in Satz 1 genannten Vertragsparteien sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. eine detaillierte Kalkulation der Kosten vor, die bei der Umsetzung der in Satz 7 genannten Zwecke entstehen. 9Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, die bislang für die Sicherstellung des Notdienstes insgesamt aufgewendeten finanziellen Mittel detailliert und transparent nachzuweisen; gleiches gilt für die einzelnen Finanzierungsanteile der jeweiligen Kostenträger. 10Das bislang von der Kassenärztlichen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Vereinigung insgesamt getragene Finanzvolumen ist auch nach Umstellung der Notdienststrukturen weiterhin alleinig von der Kassenärztlichen Vereinigung zu finanzieren dieses weist die Kassenärztliche Vereinigung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen detailliert für sämtliche in den letzten 5 Jahren vor Inkrafttreten dieses Gesetzes entstandenen Kosten nach. 11Im Zusammenhang mit dem Notdienst nach der regionalen Euro-Gebührenordnung oder nach einem Gesamtvertrag abrechenbare Leistungen und Kosten, von der Kassenärztlichen Vereinigung nicht verbrauchte Mittel des Honorarvolumens nach § 87b Absatz 1 Satz 3 sowie sonstige vereinnahmte Entgelte sind von den in Satz 1 genannten Vertragsparteien bei der Vereinbarung des in Satz 1 genannten Betrags in voller Höhe mindernd zu berücksichtigen. 12Die Höhe des jeweils zuletzt nach Satz 1 vereinbarten Betrags ist jährlich von den in Satz 1 genannten Vertragsparteien zu überprüfen und entsprechend der Entwicklung der in Satz 8 genannten Kosten anzupassen; Satz 4 gilt entsprechend. 13Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht jährlich, erstmals bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], barrierefrei im Internet einen Bericht über die Anzahl und den jeweiligen Inhalt der in Satz 1 genannten Vereinbarungen, einschließlich der Höhe der jeweils vereinbarten Beträge. 14Die Sätze 1 bis 13 sind auf die vertragszahnärztliche Versorgung nicht anzuwenden.“
14	§ 115e	Folgeänderung zu §§ 30, 60 SGB V	**Beabsichtigte Neuregelung** Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuregelung der Kostenübernahme für Krankentransporte und Krankenfahrten in § 60 und der gesonderten Regelung des Anspruchs auf Notfalltransport in § 30 Absatz 5 SGB V.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Bewertung Die Folgeänderung ist sachgerecht und wird begrüßt. Die bereits bisher bestehende Regelung wird grundsätzlich beibehalten. Da Rettungsfahrten/-transporte nun nicht mehr unter § 60 SGB V, sondern als Notfalltransporte in § 30 SGB V geregelt werden, sind die vorgenommenen Änderungen sachgerecht. **Änderungsvorschlag** Keiner.
15	§ 116b	Folgeänderung zu § 90 SGB V	**Beabsichtigte Neuregelung** Es handelt sich um eine Folgeänderung der Neuverortung des erweiterten Landesausschusses in § 90 Absatz 4a SGB V. **Bewertung** Folgeänderung. **Änderungsvorschlag** Keiner.
16	§ 120	• Klarstellung zur Vergütung in den Notdienst einbezogener Ärzte aus Gesamtvergütung • Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie (Folgeänderung zu § 123c)	**Beabsichtigte Neuregelung** Es handelt sich um eine Folgeänderung der Anpassung des § 75 Abs. 1b SGB V. **Bewertung** Folgeänderung. **Änderungsvorschlag** Keiner.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
17	§ 123	Integrierte Notfallzentren (INZ) • Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion • Notaufnahme, Notdienstpraxis, Ersteinschätzungsstelle - optional Kooperationspraxis / statt Notdienstpraxis MVZ oder Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Nähe • Ersteinschätzung und Steuerung innerhalb des INZ, gegenseitige Datenübermittlung • Versorgungsvertrag mit Apotheken • Telemedizinische Anbindung an Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie • Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung von INZ	**Beabsichtigte Neuregelung** Absatz 1: INZ setzen sich aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der KV und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle zusammen. Letztere wird fachlich vom Krankenhaus geleitet und steht in dessen Verantwortung. Außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis sollen Kooperationsvereinbarungen mit Vertragsarztpraxen und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) getroffen werden, um die Versorgung von Akutfällen zu übernehmen. Absatz 2: Geregelt wird die Steuerung von Patient:innen innerhalb des INZ. Absatz 3: Verpflichtung der Betreiber, einen Versorgungsvertrag mit einer Apotheke gemäß ApoG § 12b zu schließen. Absatz 4: Ist am Standort des INZ kein INZ für Kinder und Jugendliche vorhanden, haben INZ eine telemedizinische Anbindung an Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendmedizin als auch Psychiatrie und Psychotherapie sicherzustellen, wenn am Standort keine Fachabteilung Psychiatrie vorhanden ist. Der erweiterte Landesausschuss bestimmt die Konzeption und Koordinierung dieser telemedizinischen Unterstützung. Absatz 5: Geregelt wird die Berichtspflicht zur Versorgung in INZ durch Kassenärztliche Vereinigungen bzw. Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Bewertung Die Vorgaben zur räumlichen Vorhaltung und Organisation der INZ sind sinnvoll und nachvollziehbar. Die fachliche Leitung und Verantwortung für die Ersteinschätzungsstelle des INZ soll dem Krankenhaus obliegen, außer der Kooperationsvertrag regelt etwas Abweichendes. Dies ist nachvollziehbar, da davon ausgegangen wird, dass das Krankenhaus im Bedarfsfall auch die ambulante Versorgung sicherstellt. Somit wäre ein INZ 24/7 betriebsbereit. Ebenso ist die Vorgabe einer verpflichtenden Kooperation von KH und KV bei der Ansiedlung eines INZ an einem KH-Standort sinnvoll. Es ist sicherzustellen, dass die Angestellten im Rahmen der Ersteinschätzung keiner Weisung unterliegen. siehe § 123a). **Änderungsvorschlag** Entfällt.
	§ 123a	Einrichtung von INZ • Standortbestimmung nach gesetzlichen Kriterien • Kooperationsvereinbarung, gesetzliche Vorgabe von Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxis, Schiedsregelungen bei Nichtzustandekommen • Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit in INZ durch KBV, DKG und GKV-SV	§ 123a **Beabsichtigte Neuregelung** Absatz 1: Die Bestimmung der Standorte durch den erweiterten Landesausschuss INZ wird geregelt. Als Standort kommen Krankenhausstandorte infrage, die die Voraussetzungen der Notfallstufe „Basisnotfallversorgung“ erfüllen. Bei der Standortfestlegung sind verschiedene, gesetzlich vorgegebene Kriterien zu beachten. Von diesen kann abgewichen werden, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist. Absatz 2:

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Geregelt werden die festzulegenden Inhalte der Kooperationsvereinbarung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhausträger. Zudem werden die Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxis festgelegt. Vertragliche Regelungen zu den vorgesehenen Inhalten der Kooperationsvereinbarungen können auch als Rahmenvertrag landesweit vorgegeben werden. Absatz 3: Regelt den Konfliktlösungsmechanismus für den Fall, dass eine Kooperationsvereinbarung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhausträger nicht rechtzeitig zustande kommt. Absatz 4: Es soll eine dreiseitige Rahmenvereinbarung zur Zusammenarbeit geschlossen werden. Reglungsinhalte sind die Organisation, Vernetzung, Weiterleitung von Hilfesuchenden und Verstöße. Zudem ist ein Streitschlichtungsverfahren vorgesehen. **Bewertung** Absatz 1: Die vorgesehene Möglichkeit der Abweichung von den gesetzlich vorgegebenen Kriterien zur Bestimmung der Krankenhausstandorte ist sinnvoll, um eine Versorgung ländlicher Regionen sicherzustellen. Gleichwohl müssen auch hier die Voraussetzungen der Notfallstufe „Basisnotfallversorgung“ erfüllt sein. Um ein bundeseinheitliches und bedarfsorientiertes Vorgehen bei der Festlegung der KH-Standorte sicherzustellen, sollte der G-BA weitere Planungskriterien für die Auswahl der Standorte festlegen (z.B. Einwohneranzahl je INZ, Erreichbarkeit in PKW-Minuten, etc.).

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Absatz 2: Die Vereinbarung muss regeln, dass INZ im Bereich der Diagnostik jederzeit auf die vorhandene Infrastruktur des Krankenhauses zurückgreifen kann. Zudem sollten die Bundesvorgaben zu Kooperationsvereinbarungen nicht nur Mindestinhalte definieren, die klaren Anforderungen an die Struktur und die Prozesse innerhalb der INZ enthalten sollten. Darauf aufbauend kann ein Kooperationsvertrag standortbezogen erweitert werden. Die Notdienstpraxis sollte zu den Zeiten geöffnet haben, in denen die Kooperationspraxen des INZ geschlossen haben. Die Öffnungszeiten sind entsprechend im Rahmen der Kooperationsvereinbarung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhausträger je INZ-Standort festzulegen. Eine Parallelbetrieb der Notdienstpraxis ist aufgrund der begrenzten personellen ärztlichen Kapazitäten abzulehnen. Zudem wäre die parallele Öffnung unwirtschaftlich, da doppelte Strukturen zu finanzieren wären. Absatz 3: Die Regelung ist sinnvoll. Absatz 4: Die Einbindung der Selbstverwaltungspartner ist zu begrüßen. Mit der Reglung, dass aufgrund lokaler Besonderheiten von der Rahmenvereinbarung abgewichen werden kann, ist keine bundeseinheitliche Umsetzung zu erwarten. Ausnahmetatbestände müssen einheitlich definiert sein. **Änderungsvorschlag** § 123a Absatz 2 Satz 4 Nummer 5 wird wie Folgt geändert: „zur Nutzung der technischen und diagnostischen Einrichtungen des Krankenhauses durch die Notdienstpraxis einschließlich der hierfür zu entrichtenden Entgelte. Hierbei ist zu gewährleisten, dass das INZ im Bereich der

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Diagnostik jederzeit auf die vorhandene Infrastruktur des Krankenhauses zurückgreifen kann.
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	**§ 123b** **Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche** **Beabsichtigte Neuregelung** Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann Standorte zugelassener Krankenhäuser festlegen, an denen Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche eingerichtet werden. Ein Krankenhausstandort kann als Standort für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche festgelegt werden, wenn 1. dieser Krankenhausstandort die in § 25 der „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des SGB V, genannten Kriterien erfüllt und 2. keine berechtigten Interessen des Krankenhauses oder der Kassenärztlichen Vereinigung entgegenstehen, die das Interesse an einer flächendeckenden Versorgung mit Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche überwiegen. **Bewertung** Die Einführung von INZ speziell für Kinder und Jugendliche wird begrüßt. Allerdings sollte der G-BA beauftragt werden, die konkret zu erfüllenden Kriterien festzulegen, um eine bundeseinheitliche Basis für die Versorgung sicherzustellen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Änderungsvorschlag Entfällt.
	§ 123c	Ersteinschätzung • Vergütung ambulanter Behandlung für Krankenhäuser ohne INZ nur noch nach Ersteinschätzung, die die Unzumutbarkeit einer Verweisung an INZ festgestellt hat • Richtlinie des G-BA zu Vorgaben für standardisierte digitale Ersteinschätzung • Richtlinie regelt auch Mindestausstattungsanforderungen für Notdienstpraxen • Berichtspflicht G-BA zu Auswirkungen der Ersteinschätzung • EBM für Ersteinschätzung	§ 123c **Beabsichtigte Neuregelung** Der G-BA soll beauftragt werden, Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten, standardisierten und digitalen Ersteinschätzung zu erarbeiten. Diese ist die Basis für alle Ersteinschätzungen im Rahmen der Notfallversorgung. Es wird zudem klargestellt, dass dieses Ersteinschätzungsverfahren auch anzuwenden ist, wenn ein Patient oder eine Patientin eigenständig einen Krankenhausstandort ohne INZ aufsucht. Der ergänzte Bewertungsausschuss soll den EBM anpassen, um den personellen und technischen Aufwand der Ersteinschätzung angemessen abzubilden. **Bewertung** Die Beauftragung des G-BA wird unterstützt und die beschriebene Fallkonstellation ist praxisrelevant. Daher sind die vorgeschlagenen Regelungen sinnvoll. Grundsätzlich sind die nachfolgenden Änderungen sachlogisch und können ebenfalls nachvollzogen werden. Allerdings muss auf Grundlage der Bewertung des § 75 Abs. 1c eine Folgeänderung hinsichtlich des Regelungsraumes der G-BA Ersteinschätzungsrichtlinie vorgenommen werden, da sie für alle hilfesuchenden Patienten – sowohl in Akutleitstellen als auch Krankenhäusern - Geltung haben soll. **Änderungsbedarf** § 123c Abs 2 Satz Satz 1 und Satz 2 werden neu gefasst:

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt bis zum ...[einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in einer Richtlinie die Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten, standardisierten und digitalen Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs für Hilfesuchende. Für Krankenhausstandorte, die Teil eines Integrierten Notfallzentrums sind, erfolgt auf Basis der Ersteinschätzung eine Entscheidung über die geeignete Versorgungsebene unter Berücksichtigung einer in § 123 Absatz 1 Satz 7 genannten Kooperation.
18	§ 133	Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung • Nur nach Landesrecht vorgesehene oder beauftragte Leistungserbringer • Vergütungsverträge für Leistungen nach SGB V erforderlich • Transparenzpflicht bezüglich Kalkulationen • Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 SGB V • Schiedseinrichtung bei Nichtzustandekommen • Entsprechende Geltung für Krankentransporte • Übergangsregelung	**Beabsichtigte Neuregelung** Der bisher auf Krankentransportleistungen beschränkte Regelungsbereich wird um die medizinische Notfallrettung und Krankenfahrten erweitert **Absatz 1** Medizinische Notfallrettung kann ausschließlich von nach Landesrecht ermächtigten Leistungserbringern erbracht werden. **Bewertung** Die Regelung ist folgerichtig und zu begrüßen. **Absatz 2** Die Vergütung der medizinischen Notfallversorgung wird in Verträgen auf Grundlage vollständiger und nachprüfbarer Kalkulationen vereinbart. **Bewertung** Die Abkehr von der reinen Fahrtkostenerstattung und die Einführung vertraglicher Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und Landesbehörden stellen einen wichtigen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Fortschritt dar und werden ausdrücklich begrüßt. Die geplanten Regelungen sind sachgerecht, um eine transparente, leistungsbezogene Vergütung auf Basis von Verträgen zu fördern. Die Nutzung elektronisch überprüfbarer Kalkulationsdaten ermöglicht eine nachvollziehbare Kostenkalkulation. Die Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen in den Verträgen ist ein Schritt in die richtige Richtung. Gleichwohl ist die Rechtslage nicht abschließend geklärt. In der Gesetzesbegründung wird weiterhin ausgeführt, dass landes- oder kommunalrechtliche Festlegungen von Entgelten grundsätzlich möglich bleiben. Vor diesem Hintergrund erfolgt die vorgeschlagene Änderung, um die Regelung klarzustellen. **Änderungsvorschlag** Es sollte gesetzlich klargestellt werden, dass die Vergütung ausschließlich auf Grundlage vertraglicher Vereinbarungen erfolgt. **Absatz 3** Festsetzung des Vertragsinhalts durch eine Schiedseinrichtung im Falle der Nicht-Einigung. **Bewertung** Dies ist folgerichtig und sachgerecht. Die Zuweisung des Rechtsweges zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit begrüßen wir. **Absatz 4** GKV-Spitzenverband (GKV-SV) erlässt Richtlinie zum Verfahren und Vertragsgestaltung. **Bewertung** Mit Blick auf die möglichst einheitliche Vertragsfestlegung zu begrüßen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Absatz 5 Regelt die Entgeltfestsetzung für (betreuungspflichtige) Krankentransporte und (nicht betreuungspflichtige) Krankenfahrten. **Bewertung** Der erste Halbsatz ist Folge der Nicht-Zuordnung der Krankentransporte zum Bereich der medizinischen Notfallrettung. Folgerichtig müsste es heißen: „Absätze **2** bis 5 ....". Der zweite Halbsatz, " Absätze 2 bis 5 gelten entsprechend für Krankenfahrten nach § 60" i. V. m. dem Folgesatz keinen Sinn. Beides bezeichnet (nicht-betreuungspflichtige) Krankenfahrten. **Änderungsvorschlag** Absätze **2** bis 5 gelten entsprechend für Krankentransporte nach § 60. Für Fahrten nach dem Personenbeförderungsgesetz können die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich auch Verträge mit zur Leistungserbringung geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen abschließen. **Absatz 6** Übergangsvorschrift. **Bewertung** Es sollte eine Frist von mindestens zwei Jahren festgesetzt werden.
	§ 133a	Gesundheitsleitsystem • Kooperationsvereinbarung zwischen Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116117 auf Antrag der Rettungsleitstelle	§ 133a Führt erstmalig ein Gesundheitsleitsystem in das SGB V ein. Kernbestandteil ist die digitale der Vernetzung der Rettungsleitstelle (112) mit der Akutleitstelle der jeweiligen KV (116117).

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Verbindliche Absprache, wer welche Fälle übernimmt, und Abstimmung der Abfragesysteme • Medienbruchfreie Übergabe von Fällen und Daten • Schnittstelle durch KBV zur Verfügung zu stellen • Gemeinsames Qualitätsmanagement der Kooperationspartner • Vermittlung von Krankentransporten und medizinischen komplementären Diensten sowie sonstigen komplementären Diensten für vulnerable Gruppe oder krisenhafte Situationen • Bericht KBV zu Entwicklung der Gesundheitsleitsysteme	**Bewertung** Die digitale Vernetzung der Rettungsleitstelle mit der Akutleitstelle und die Vorgaben für die Kooperationsvereinbarung begrüßen wir ausdrücklich. Mit Absatz 4 wird die Forderung des vdek aufgenommen, Vermittlungen zu weitere Versorgungsdiensten, wie z. B. Soziale Dienste, Palliativversorgung im Sinne einer erweiterten Gesundheitsleitstelle aufzunehmen. Unzureichend ist, dass diese Zusammenschlüsse nicht vom Gesetzgeber verpflichtend für das Bundesgebiet vorgegeben werden, sondern in das Belieben der Träger der Rettungsleitstellen gelegt werden und dies auch nur dann, wenn er über die ebenso unverbindliche vorgegebene digitale standardisierte Notrufabfrage verfügt - siehe § 133b Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung. Dies widerspricht dem grundgesetzlichen Gebot der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse. Änderungsvorschlag Absatz 1 Satz 1 Die Träger der Rettungsleitstellen und die örtlich zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen als Träger der Akutleitstelle sind verpflichtet, eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems zu schließen. • Alternativ könnte ein Anreiz gesetzt werden, dass die Förderung der Investitionen aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes an die Bildung von Gesundheitsleitstellen siehe § 133f genutzt wird.
	§ 133b	Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung • Gremium bei GKV-SV, paritätisches Stimmgewicht zwischen GKV-SV und	§ 133b Ein beim GKV-SV einzurichtendes Gremium bestehend aus Vertretern der Länder, der Krankenkassen, der maßgeblichen Spitzenorganisationen der

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Ländervertretern, nicht stimmberechtigte Vertreter von Spitzenverbänden der Leistungserbringer und Fachverbänden und Fachgesellschaften sowie BMG • Fachliche Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung; bei Nichtzustandekommen Ersatzvornahme BMG • Empfehlungen zur Übermittlung der Daten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung, Rechtsverordnung durch BMG • Spezifikationen für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation unter Beteiligung von KBV, DKG und KIG, Rechtsverordnung durch BMG	Leistungserbringer und der maßgeblichen Fachgesellschaften und Fachverbände beschließen Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallversorgung. Die Beschlussfassungen erfolgen mit einfacher Mehrheit. **Bewertung** Die Vielzahl beteiligter Interessengruppen erschwert die Konsensfindung. Da Beschlüsse mit einfacher Mehrheit getroffen werden können, steht zu erwarten, dass insbesondere überstimmte Länder die Empfehlungen in ihrem Zuständigkeitsbereich nicht umsetzen werden und die Bundeseinheitlichkeit dadurch nicht zu erreichen ist. Dieser Mangel kann behoben werden, wenn der Bund von seiner Regelungskompetenz in Fragen der Qualitätssicherung Gebrauch macht. Gestützt auf das Gutachten von Prof. Dr. Dr. Udo Di Fabio im Auftrag der Björn Steiger Stiftung (2024) und der Ausarbeitung von Krafft et al. in „Notfallversorgung und Rettungsdienst in Deutschland“ (2022) vertreten auch wir die Auffassung, „… dass der Bund einheitliche Vorgaben für Qualitätsparameter der Notfallrettung machen kann“ (Di Fabio). „Implizit liegt diese Aufgabe beim G-BA.“ (Krafft et al.) **Änderungsvorschlag** Der § 92 (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses) wird in Absatz 1 Satz 1 um die Nummer 16 „Richtlinien zur medizinischen Notfallrettung“ ergänzt. Gegenstand der Richtlinie sollen insbesondere die in § 133b Absatz 3 angeführten Nummern 1 bis 9 sein.
	§ 133c	Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende digitale Notfalldokumentation für alle Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung	§§133c bis g **Beabsichtigte Neuregelung** In den §§ 133c bis g werden die in einigen Bundesländern bzw. Kommunen bereits etablierten Instrumente der Digitalisierung und des Datenmanagements mit dem Ziel eines bundesweit einheitlichen Qualitätsmanagementsystems vereinheitlicht und dort wo nötig modernisiert.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätennachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung • Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme	Die an der Versorgung von rettungsdienstlichen Notfällen und in der notdienstlichen Akutversorgung beteiligten Stellen sind zur digitalen Erhebung und Speicherung der für die weitere medizinische Diagnostik und Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten und zu deren Übermittlung an die jeweils weiterversorgende Stelle und zu deren Empfang verpflichtet (digitale Notfalldokumentation). Hierfür sind bundeseinheitlich definierte, digitale Schnittstellen und Standards für die Datensätze einzurichten. Das Gremium nach § 133b erstellt Spezifikationen für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation im Einvernehmen mit der KBV und der DKG e.V. unter Einbezug des KIG nach § 385 SGB V. Sobald die hierzu erforderlichen technischen Voraussetzungen vorliegen und der Standard für die Datensatz nach § 133b Absatz 8 definiert ist, sind für die digitale Notfalldokumentation nach Satz 1 Dienste der Telematikinfrastruktur nach § 311 Absatz 6 zu nutzen. Zusätzlich sind die im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung erhobenen Daten durch die hierzu eingebundenen, zugriffsberechtigten Leistungserbringer unmittelbar nach der erfolgten Versorgung in der elektronische Patientenakte des Versicherten nach § 341 Absatz 2 Nummer 1 zu übermitteln und zu speichern. **Bewertung** Die Regelungen sind insgesamt zu begrüßen, aber in Teilen nicht weitgehend genug. Für die Übermittlung der Daten der digitalen Notfalldokumentation stehen die Kommunikationsdienste Kommunikation im Medizinwesen (KIM) und TI-Messenger (TIM) als Sofortnachrichtendienst zur Verfügung. Der Dienst KIM ist bereits verpflichtend für viele Leistungserbringer vorzuhalten. TIM ist derzeit nicht verpflichtend. Über beide Verfahren können Daten in struktu-

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			rierter oder unstrukturierter Form als Anhänge übermittelt werden. Bei beiden Verfahren muss die konkrete jeweils weiterversorgende Stelle (Telematik-ID aus dem TI-Verzeichnisdienst) bekannt sein. Der Dienst KIM basiert auf einem gesicherten und verschlüsselten E-Mail-verfahren, welches sich überwiegend für die asynchrone Kommunikation zwischen Leistungserbringern eignet. Zur simultanen Übermittlung von relevanten Informationen in Echtzeit könnte der Dienst TIM, als Sofortnachrichtendienst genutzt werden. Dies gilt ebenso für die Integration in mobile Einsatzszenarien der rettungs-dienstlichen Versorgung. Die zusätzliche Übermittlung der erhobenen Daten in die ePA sichert die Verfügbarkeit der Informationen für alle kommenden an der Versorgung des Versicherten Beteiligten. Für die Vollständigkeit und Aktualität der Dokumentation in die ePA sind die jeweiligen Leistungserbringerinstanzen verantwortlich. Eine verbesserte Nutzung der von den Beteiligten eingestellten Informationen könnte durch einen fallbezogenen Identifier erreicht werden. Nur dadurch ergibt sich abschließend ein Gesamtbild des Akut- bzw. Notfalls. Hierfür sollte die gematik die entsprechenden technischen Voraussetzungen bzw. Festlegungen schaffen. **Änderungsvorschläge:** Die gematik sollte damit beauftragt werden, zu prüfen, ob die Dienste der Telematikinfrastruktur nach § 311 Absatz 6 die Anforderungen einer schnellen Weitergabe von Daten für die Notfallrettung (u.a. Bandbreite, Übertragungszeiten, Fehlerbehandlung, Performanz, Servicelevels) erfüllen können und diese entsprechend weiterentwickeln. Die gematik soll die technischen Voraussetzungen bzw. Festlegungen dafür schaffen, dass die einzelnen Notfalldokumentationen in der ePA durch die Leistungserbringerinstanzen fallbezogen, zusammengeführt werden können.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			s.u.
	§ 133d	Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form durch Datenstelle beim GKV-SV	133d **Bewertung** Eine einmal jährliche Datenübermittlung und einen darauf basierenden jährlichen Bericht ist nicht ausreichend, um eine angemessene Bewertung der Versorgungsqualität vorzunehmen. Weiterhin fehlt eine verpflichtende Teilnahme an bestehenden bundesweiten QM-Registern. Soweit erkennbar werden die an der Notfallversorgung beteiligten zugelassenen Krankenhäuser nicht verpflichtet, an der Datenübermittlung zur Qualitätssicherung teilzunehmen. **Änderungsvorschlag** Nach dem Vorbild bereits etablierter QM-Systeme in einzelnen Bundesländern und Kommunen sollte mindestens der Berichtszeitraum jeweils quartalweise erfolgen. Eine verpflichtende Teilnahme an bestehenden Bundesweiten QM-Registern, insb. Trauma- und Reanimationsregister, ist vorzusehen. Eine Integration der klinischen (Outcome-)Daten aus den Krankenhäusern, die die Notfallpatienten behandelt haben, ist nötig.
	§ 133e	Verpflichtender Anschluss an TI für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung und Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten, Finanzierungsvereinbarung von GKV-SV, PKV-Verband sowie maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene	§133e **Beabsichtigte Neuregelung** Die geplante Neuregelung zielt auf die Anbindung der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung an die Telematikinfrastruktur ab. Gleichermaßen wird damit ein Ausgleich der in § 376 SGB V genannten Ausstat-

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			tungs- und Betriebskosten durch die gesetzlichen (und privaten) Krankenkassen verbunden. Der Erstattungsbedarf soll insbesondere die Größe, Anzahl der Fahrzeuge und Beschäftigtenanzahl berücksichtigen. **Bewertung** Die Anbindung der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung an die Telematikinfrastruktur (TI) erscheint sachgerecht, muss aber auf die Ebene der Leistungserbringer- und Trägerorganisationen begrenzt werden. Eine Installation von zusätzlichen (physischen) technischen Komponenten in den Fahrzeugen, die eine Nutzung von Anwendungen in der TI im Rahmen eines Notfalleinsatzes vor Ort zu ermöglichen, muss ausgeschlossen werden. Die Anzahl der Fahrzeuge darf keine Rolle bei der Ermittlung des Erstattungsbedarfs, der von den Krankenkassen zu finanzieren wären, spielen, Gleiches gilt für die Anzahl der Beschäftigten. **Änderungsvorschläge:** § 133e Abs. 1 wird wie folgt gefasst: (1) **Die Leistungserbringer- und Trägerorganisationen der** von **den in** § 133 Absatz 1 erfassten Leistungserbringer haben sich bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünfzehnten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] an die Telematikinfrastruktur anzuschließen. § 133e Abs. 2 wird wie folgt gefasst: (2) Zum Ausgleich der in § 376 genannten Ausstattungs- und Betriebskosten erhalten die **Leistungserbringer- und Trägerorganisationen der** von **den in** § 133 Absatz 1 umfassten Leistungserbringer ab dem […] [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünfzehnten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die in der jeweils geltenden Fassung der Vereinba-

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			rung nach § 378 Absatz 2 für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer vereinbarten Pauschalen von den Krankenkassen. § 133e Abs. 3 wird wie folgt gefasst: (3) Näheres zum Ausgleich nach Absatz 2, dem Zahlungs- und Abrechnungsverfahren sowie der Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen an den Kosten, legen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in einer Finanzierungsvereinbarung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit fest. Dabei ist auch ein von den Erstattungen nach Absatz 2 abweichender Erstattungsbedarf der von § 133 erfassten Leistungserbringer gegenüber den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern aufgrund ihrer Besonderheiten, insbesondere bezogen auf Größe, zu berücksichtigen.
	§ 133f	Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung • Finanzierung von Investitionen in digitale Infrastruktur von 2027 bis 2031 aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes • Abwicklung durch GKV-SV, Richtlinie im Benehmen mit den Ländern zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen	§133f **Bewertung** Das im Raum stehende Investitionsvolumen in Höhe von 225 Millionen Euro p.a. bis 2031 ist nicht ausreichend, um alle genannten Beteiligte und insbesondere die bisher bestehenden über 220 Rettungsleitstellen technologisch zu ertüchtigen. Eine Konzentration der Mittel auf die Leitstellen bei gleichzeitiger erheblicher Reduzierung der Anzahl der bestehenden Leitstellen wäre sinnvoll. Weiterhin sollten auch die Bundesländer zusätzliche Mittel für die Ertüchtigung bereitstellen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Bezeichnete Investitionen können ausschließlich über diesen Weg gefördert werden	**Änderungsvorschlag** Die Zuweisung von Investitionen aus dem Sondervermögen an die Bundesländer sollte an die Bildung einer Gesundheitsleitstelle nach §133a geknüpft werden.
	§ 133g	Koordinierende Leitstelle: Möglichkeit für Landesbehörden, einer einzelnen Leitstelle überregionale Aufgaben zuzuweisen	§133g **Bewertung** Eine landesweite Koordinierungsfunktion für einen umfassenden Aufgabenkatalog, der über die bereits in einigen Bundesländern etablierten Einzelmaßnahmen (z.B. IVENA, TeleNotarzt) hinaus gehen, ist zu begrüßen. **Änderungsvorschlag** Sinnvollerweise sollte auch die Sicherstellung des präklinischen Qualitätsmanagements hier als Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben ergänzt werden. Die koordinierende Leitstelle gibt Ländern die Möglichkeit überregionale Aufgaben zuzuweisen. Damit besteht in Verbindung mit § 6b KHG und Zentrumszuschlägen die Gefahr, dass Doppelstrukturen aufgebaut werden und es zu einer Mehrfachfinanzierung gleicher Leistungen kommt. § 6b KHG, Koordinierungs- und Vernetzungszuschlag, sollte bei Implementierung von § 133g gestrichen werden.
19	§ 140f	Antragsrecht Patientenvertretung	**Beabsichtigte Neuregelung** Die Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten bekommt in Bezug auf die Ersteinschätzungsrichtlinie ebenfalls ein Antragsrecht im G-BA. **Bewertung** Diese Änderung ist sachlogisch und kann nachvollzogen werden. **Änderungsvorschlag** Keiner.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
20	§ 291b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	Dies ist eine Folgeänderung. Sachgerecht.
21	§ 294a	Mitteilungspflicht zu vorrangigen Schadenser-satzansprüchen auch für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung	**Beabsichtigte Neuregelung** Die bisher bestehende Regelung wird auf die Leistungserbringer der medizi-nischen Notfallrettung erweitert. Sie stellt die datenschutzrechtlich erforderli-che gesetzliche Grundlage für Mitteilungspflichten von Leistungserbringern für die Übermittlung von versichertenbezogenen Daten dar, die die Kranken-kassen für die Prüfung von Ersatz- und Erstattungsansprüchen benötigen. **Bewertung** Die Ergänzung ist sachgerecht. **Änderungsvorschlag** Keiner.
22	§ 302	Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Datenübermittlungspflicht	**Beabsichtigte Neuregelung** Die geplante Neuregelung sieht vor, dass künftig bei der Abrechnung von Leistungen der medizinischen Notfallrettung anstelle der ärztlichen Verord-nung inklusive Arztnummer das Ergebnis der Notrufabfrage sowie eine ein-eindeutige Fallidentifikationsnummer anzugeben sind. Die Abrechnung soll ausschließlich auf elektronischem Weg über ein sicheres Übermittlungsver-fahren der Telematikinfrastruktur erfolgen, wenn die Leistungserbringenden an dies angebunden sind. **Bewertung** Der Verzicht auf das Beibringen einer ärztlichen Verordnung im Rahmen der Abrechnung von Leistungen der medizinischen Notfallrettung ist sachge-recht und leistet einen Beitrag zur Entbürokratisierung. Ebenfalls sachge-recht ist die Vorgabe, dass die Abrechnung auf elektronischem Wege erfol-gen soll.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Änderungsvorschlag Keiner
23	§ 354	Fernzugriff auf ePA durch Leitstellen	**Beabsichtigte Neuregelung** Die Regelung soll ermöglichen, dass Zugriffsberechtigte in Behandlungskontexten (bspw. Akutversorgung) auch außerhalb einer Leistungserbringerinstitution auf Daten in der elektronischen Patientenakte zugreifen und erhobene Daten des Versicherten dort speichern können. Die gematik soll die entsprechenden Festlegungen und technischen Voraussetzung hierfür bis zum 31. Dezember 2027 schaffen. Hierbei ist sicherzustellen, dass es sich um ein geeignetes und sicheres technisches Verfahren handelt, welches einen hohen Sicherheitsstandard gewährleistet **Bewertung** Die geplante Neuregelung ist sachgerecht und kann erheblich zu einem verbesserten Versorgungsgeschehen beitragen. Zum Schutz der in der ePA gespeicherten Daten ist ein Zugriff durch zugriffsberechtigte Leistungserbringer nur unter Sicherstellung eines entsprechend hohen Sicherheitsniveaus zulässig. Unter dieser Prämisse ist ein Fernzugriff derzeit nur unter Nutzung der Gesundheits-ID möglich. Andere Verfahren, etwa unter Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte an der Benutzeroberfläche der Versicherten (vgl. CardLink) erfüllen diese Voraussetzungen heutzutage nicht. Daher sollte insbesondere in lebensbedrohlichen Situationen oder bei Lebensgefahr ein Zugriff auf die ePA unter Umgehung eines hohen Schutzniveaus durch ausgewählte an der konkreten Notfallversorgung beteiligte und zugriffberechtigte Leistungserbringer ermöglicht werden (“break the glass”). Der Zugriff ist auf die für die Notfallversorgung erforderlichen Daten zu begrenzen, beispielsweise auf den Notfalldatensatz der elektronischen Patientenkurzakte (vgl. § 341 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c SGB V). Dies

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			ergibt sich ebenfalls aus dem Erwägungsgrund 17 der EHDS-Verordnung (Verordnung (EU) 2024/2847), der als Soll-Vorschrift die Ermöglichung des Zugangs zu personenbezogenen elektronischen Gesundheitsdaten in Notfallsituationen zum Schutz lebenswichtiger Interessen fordert. **Änderungsvorschlag** Der Gesetzgeber soll die Rahmenbedingungen dafür schaffen, dass in Notfallsituationen ein eng umgrenzter Notfallzugriff auf die ePA (“break the glass”) ermöglicht werden kann.
24	§ 370a	Redaktionelle Folgeänderung	**Beabsichtigte Neuregelung** Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. **Bewertung** Keine **Änderungsvorschlag** Keiner
25	§ 377	Redaktionelle Folgeänderung	**Beabsichtigte Neuregelung** Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Angleichung der Terminologie im SGB V Notfallambulanzen werden künftig einheitlich als Notaufnahmen bezeichnet. **Bewertung** Keine **Änderungsvorschlag** Keiner

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
26	§ 394	Errichtung eines bundesweiten, öffentlich zugänglichen Katasters automatisierter externer Defibrillatoren (AED), die für die Benutzung durch Laien vorgesehen sind	**Beabsichtigte Neuregelung** Ziel ist es ein Kataster zu schaffen, in dem alle notwendigen Informationen zu Automatischen externen Defibrillatoren (AED) abrufbar sind, um einen schnellen Einsatz eines solchen im Notfall zu ermöglichen. Der geplante § 17a MPBetreibV regelt die Meldeverpflichtung des Betreibers eines AEDs an das neu zu schaffende Kataster. Der neu zu schaffende § 394 SGB V schafft die formell rechtliche Grundlage für ein bundeseinheitliches, öffentlich zugängliches Kataster von AEDS. Die verlässliche Verfügbarkeit, verlässliche Informationen und die einfache Zugänglichkeit trägt unmittelbar zum Erfolg eines solchen Katasters bei und ist ebenfalls geregelt. **Bewertung** Die systematische Erfassung ermöglicht es einen AED schnell zu lokalisieren und im Ernstfall einzusetzen. Dies unterstützt sinnvoll sowohl Rettungsleitstellen als auch Laien. **Änderungsvorschlag** Keiner.
			Art. 2: Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
	§ 75	Modifizierte Berichtspflichten der KBV aufgrund der Einführung der Akutleitstellen	**Beabsichtigte Neuregelung** Die Regelung sieht umfangreiche Evaluations- und Berichtspflichten der KBV zur Arbeit der Terminservicestellen und Akutleitstellen vor. **Bewertung** Vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen ist eine stärkere Transparenz über die jeweiligen Aktivitäten sinnvoll. Der Bericht sollte auch dem

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt werden, der diesen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ebenfalls bereitstellt. Dies ist allein schon aufgrund der umfangreichen finanziellen Beteiligungspflichten der Krankenkassen geboten. **Änderungsvorschlag** Satz 2 wird wie folgt gefasst: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich, erstmals zum 30. Juni 2028, über die Ergebnisse.”
			Art. 3: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
	§ 12b	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	**Beabsichtigte Neuregelung** Beim Transformationsfonds soll der Fördertatbestand „Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen” durch die Formulierung „Integrierter Notfallzentren nach § 123 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Integrierter Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt werden. **Bewertung** Hierdurch wird nachgeschärft, dass nach diesem Fördertatbestand nur INZ im Sinne dieses Gesetzes gefördert werden dürfen. Diese Konkretisierung wird begrüßt. Bei der Aufnahme der INZ für Kinder handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung. **Änderungsvorschlag** Entfällt.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 4: Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
	§ 3	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	**Beabsichtigte Neuregelung** Siehe oben zu 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 6. **Bewertung** Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung. **Änderungsvorschlag** Entfällt
			Art. 5: Änderung des Apothekengesetzes
1	§ 12b	Versorgungsvertrag zur Versorgung von Notdienstpraxen in INZ mit Arzneimitteln zwischen Apothekeninhaber, KV und beteiligtem Krankenhaus	**Beabsichtigte Neuregelung** Mit der Neuregelung wird eine neue Gruppe von Apotheken geschaffen, die Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln versorgen sollen. Voraussetzung ist ein Vertrag mit dem INZ und die unmittelbare Nähe zur Notdienstpraxis. **Bewertung** Sinnvolle Regelung im Sinne einer zügigen Versorgung, ohne dass unnötig weite Wege zurückzulegen sind. **Änderungsvorschlag** Keiner.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
2	§ 20	Pauschaler Zuschuss für Apotheken mit Versor-gungsvertrag	**Beabsichtigte Neuregelung** Mit der Neuregelung wird eine neue Gruppe von Apotheken geschaffen, die Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln versorgen sollen. Voraus-setzung ist ein Vertrag mit dem INZ und die unmittelbare Nähe zur Not-dienstpraxis. **Bewertung** Sinnvolle Regelung im Sinne einer zügigen Versorgung, ohne dass unnötig weite Wege zurückzulegen sind. **Änderungsvorschlag** Keiner.
3	§ 25	Ordnungswidrigkeit	**Beabsichtigte Neuregelung** Sanktionsregelung zu den vorhergehenden Änderungen. **Bewertung** Folgerichtig. **Änderungsvorschlag** Keiner.
			Art. 6 Änderung der Apothekenbetriebsordnung
1	§ 1a	Notdienstpraxenversorgende Apotheken	**Beabsichtigte Neuregelung** Einführung/Definition der neuen Form neben den bestehenden Formen von Apotheken. **Bewertung** Korrespondiert mit den anderen Artikeln.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Änderungsvorschlag Keiner.
2	§ 3	Vorgaben zum Personal auch für notdienstpra-xenversorgende Apotheken	**Beabsichtigte Neuregelung** s.o. **Bewertung** **Änderungsvorschlag**
3	§ 4	Erlaubnis zweiter Offizin mit Lagerräumen am INZ-Standort	**Beabsichtigte Neuregelung** s.o. **Bewertung** **Änderungsvorschlag**
4	§ 23	Dienstbereitschaft notdienstpraxenversorgender Apotheken	**Beabsichtigte Neuregelung** s.o. **Bewertung** **Änderungsvorschlag**
			Art. 7: Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung
1	§ 12	Folgeänderung zu § 394 SGB V und § 17a Me-dizinprodukte-Betreiberverordnung	**Beabsichtigte Neuregelung**

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Der § 12 Absatz 2 Satz 4 MPBetreib legt fest, dass der Betreiber durch den Hersteller Daten des Automatischen Externen Defibrillators (AED) zur Funktionsfähigkeit, dem Standort und der öffentlichen Zugänglichkeit öffentlich abrufbar zu Verfügung stellen muss. Bei der geplanten Neueinführung des § 17a MPBetreibV wird die Einführung des AED-Katasters geregelt und die damit einhergehenden Verpflichtungen des Betreibers im § 17a MPBetreibV konkretisiert. Geregelt wird auch, wie die Daten öffentlich zur Verfügung gestellt werden müssen. **Bewertung** Die Regelung des geplanten § 17a MPBetreibV machen den §12 Absatz 2 Satz 4 MPBetreibV obsolet. Die Konkretisierung im neuen § 17a MPBetreibV ist sinnvoll. **Änderungsvorschlag** Keine Änderungen.
2	§ 17a	Meldeverpflichtung für Bertreiber von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) an das AED-Kataster	**Beabsichtigte Neuregelung** Der neue § 17a MPBetreibV regelt die Pflichten des Betreibers von Automatisierten Externen Defibrillatoren (AEDs). Dieser muss binnen 30 Tagen nach der Inbetriebnahme des AEDs folgende Angaben an das AED-Kataster gemäß § 394 SGB V melden: 1. Adresse des Aufstellortes des Automatisierten Externen Defibrillators, 2. Geokoordinaten des Aufstellortes nach Nummer 1, 3. Angaben zur Zugänglichkeit des Automatisierten Externen Defibrillators, 4. Name und Kontaktdaten des Betreibers des Automatisierten Externen Defibrillators,

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			5. bei fernüberwachten Automatisierten Externen Defibrillators der Funktionszustand. Änderungen dieser Angaben, müssen ebenfalls binnen 30 Tagen gemeldet werden. In der Regel soll die Schnittstelle des AED-Katasters für die automatische Übermittlung der Daten genutzt werden. Ist dies nicht möglich soll ein elektronisches Meldeformular genutzt werden. Ziel ist es die Überlebenschancen im Falle von Herz-Kreislauf-Notfällen durch den Einsatz von AEDs zu erhöhen. Im Notfall ist es entscheidend, dass AEDs schnell auffindbar sind. Die Hinterlegten Daten im neuen AED-Kataster ermöglichen es Rettungsleitstellen Ersthelfer auf AEDs aufmerksam zu machen. **Bewertung** Es handelt sich um eine sinnvolle Regelung, um im Falle von Herz-Kreislaufnotfällen die schnelle Hilfe durch Laien und die Verwendung von AEDs zu unterstützen. **Änderungsvorschlag** Keine Änderungen.
			Art. 8: Änderung des Betäubungsmittelgesetzes
1	§ 4	Ausnahme von der Erlaubnispflicht für die Ausfuhr und Einfuhr von Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf in angemessenen Mengen	**Beabsichtigte Neuregelung** Es soll der grenzüberschreitende Notfalleinsatz geregelt werden, indem betäubungsmittelrechtliche Vorgaben für die Ausfuhr gelockert werden. Ziel ist, dass auch im Fall eines grenzüberschreitenden Notfalleinsatz Betäubungsmittel mitgeführt (ein- und ausgeführt) werden können.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Bewertung Sinnvolle Regelung ohne direkte Auswirkung für die GKV **Änderungsvorschlag** **Keiner**
2	§ 11	Erweiterung der Verordnungsermächtigung auf Regelungen über das Mitführen von Betäubungsmitteln auf Fahrzeugen des Rettungsdienstes im grenzüberschreitenden Verkehr	**Beabsichtigte Neuregelung** s.o. **Bewertung** **Änderungsvorschlag**
			Art. 9: Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung
1	§ 13	Ausnahme für Durchfuhr einer angemessenen Menge an Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf auf dem Fahrzeug eines ausländischen Rettungsdienstes	**Beabsichtigte Neuregelung** Korrespondierende Regelung zu Artikel 8 **Bewertung** s.o. **Änderungsvorschlag**
2	§ 15	Ausnahme von Ein- und Ausfuhrgenehmigung für Zubereitungen der in den Anlagen II und III des BtMG aufgeführten Stoffe auf einem Fahrzeug des Rettungsdienstes in angemessener Menge als Rettungsdienstbedarf	**Beabsichtigte Neuregelung** **Bewertung** s.o.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Änderungsvorschlag
			Art. 10: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
	§ 19a	Gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe	Nach Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt: „Bei der Festlegung der offenen Sprechstunden haben die in Satz 3 genannten Ärzte das Bedürfnis der Versicherten nach einer vertragsärztlichen Versorgung in Akutfällen durch eine möglichst gleichmäßige zeitliche Verteilung dieser Sprechstunden innerhalb ihrer jeweiligen Arztgruppe im jeweiligen Planungsbereich zu berücksichtigen.“ **Beabsichtigte Neuregelung** Die Verpflichtung bestimmter Facharztgruppen, wöchentlich mindestens fünf offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anzubieten, wird dahingehend konkretisiert, dass bei der Festsetzung der offenen Sprechstunden auch das Bedürfnis der Versicherten nach einer vertragsärztlichen Versorgung in Akutfällen durch eine möglichst gleichmäßige zeitliche Verteilung dieser Sprechstunden innerhalb ihrer jeweiligen Arztgruppe im jeweiligen Planungsbereich zu berücksichtigen ist. **Bewertung** Die Zeiträume für offene Sprechstunden werden derzeit autonom und unkoordiniert von den einzelnen Vertragsärzt:innen festgelegt. Eine stärkere Koordination mit dem Ziel, dass die Patient:innen möglichst an jedem Wochentag während der Sprechstundenzeiten die Möglichkeit haben, bei akutem Behandlungsbedarf auch ohne vorherige Terminvereinbarung eine vertragsärztliche Versorgung in Anspruch nehmen zu können, ist im Sinne der Akutversorgung der Versicherten zu begrüßen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Änderungsvorschlag Keiner. In dem neuen Satz 7 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt. **Beabsichtigte Neuregelung** Redaktionelle Folgeänderung. **Bewertung** Redaktionelle Folgeänderung. **Änderungsvorschlag** Keiner. Nach dem neuen Satz 8 wird der folgende Satz eingefügt: „Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 werden bundeseinheitliche Regelungen zur Verteilung der in Satz 3 genannten Sprechstunden innerhalb der verpflichteten Arztgruppen im jeweiligen Planungsbereich getroffen, durch die eine möglichst gleichmäßige zeitliche Verteilung dieser Sprechstunden gewährleistet wird.“ **Beabsichtigte Neuregelung** Die Partner des Bundesmantelvertrages werden beauftragt, Regelungen zu treffen, damit offene Sprechstunden in den jeweiligen Fachgruppen regional so angeboten werden, dass sie über die Woche möglichst gleichmäßig zur Verfügung stehen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Bewertung Die Regelung ist sinnvoll und verbessert auch die Möglichkeiten für die Akutleitstellen, Versicherte möglichst zeitnah in ein entsprechendes vertragsärztliches Angebot zu steuern. **Änderungsvorschlag** Keiner.
			Art. 11: Inkrafttreten
	Ggf. weitere Anmerkungen		

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 030/2 69 31 - 0
Fax: 030/2 69 31 - 2900
Politik@vdek.com