

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

A. Problem und Ziel

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

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

Es gibt Defizite bei der effizienten Steuerung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene, so dass Hilfesuchende zunächst selbst über den für sie richtigen Versorgungsbereich entscheiden. Erschwerend kommt hinzu, dass derzeit die Steuerung von Hilfesuchenden grundsätzlich durch zwei unterschiedliche telefonische Anlaufstellen erfolgt – einerseits über die Rufnummer 116117 der Kassenärztlichen Vereinigungen, andererseits durch die Notrufnummer 112, unter der Anrufe bei den Rettungsleitstellen entgegengenommen werden.

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

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

Ein neues System der integrierten Notfallversorgung muss auch das medizinische Leistungsspektrum der Rettungsdienste mitdenken. Dieses spielt eine zentrale Rolle bei der Ersteinschätzung und Erstversorgung von Notfällen und beim Transport in die gebotene Weiterversorgung. Schon seit Jahrzehnten entwickelt sich das Rettungsdienstwesen hin zur notfallmedizinischen und notärztlichen Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten am Einsatzort und auf dem Transportweg. Der Rettungsdienst hat insoweit im konkret

wahrgenommenen Aufgabenspektrum das Element der Leistungsverwaltung bei der Gesundheitsversorgung zunehmend deutlich ausgebildet; diese medizinischen Leistungen der Rettungsdienste sind bisher unzureichend im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung als bloßer Fahrkostenersatz abgebildet. Es wird daher seit langem gefordert, jene medizinischen Leistungen als eigenständigen Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung als medizinische Notfallrettung anzuerkennen. Aufgrund der derzeitigen Finanzierung als bloße finanzielle Übernahme von Fahrkosten besteht nicht die Möglichkeit, Hilfesuchende in adäquater Weise gegebenenfalls auch ohne Transport zu versorgen oder an die ambulante Versorgung weiterzuleiten. In der Folge kommt es oftmals zu einer unnötigen Inanspruchnahme von Rettungsmitteln und Notaufnahmen der Krankenhäuser und zu belastenden Situationen für die Patientinnen und Patienten.

Ziel ist es, für alle Hilfesuchenden eine bundesweit einheitliche und gleichwertige Notfallversorgung sicherzustellen.

Der Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode zwischen CDU/CSU und SPD sieht daher die Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für die Notfallversorgung und den Rettungsdienst vor.

B. Lösung

Vor diesem Hintergrund werden gesetzliche Maßnahmen ergriffen, um die Vernetzung der Versorgungsbereiche, die Steuerung der Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene sowie die wirtschaftliche Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Die bisherigen Aufgaben der Terminservicestelle im Bereich der Akutfallvermittlung nimmt zukünftig die sogenannte Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigung wahr. Deren Vernetzung mit den Rettungsleitstellen soll eine bessere Steuerung von Hilfesuchenden ermöglichen. Dabei soll die digitale Fallübergabe mit medienbruchfreier Übermittlung bereits erhobener Daten wechselseitig möglich sein. Im Ergebnis werden durch diese bedarfsgerechte Steuerung sowohl Notaufnahmen als auch Rettungsdienste entlastet. Im Übrigen werden Hilfesuchende weiterhin über die Notrufnummer 112 direkt mit einer Rettungsleitstelle verbunden.

Darüber hinaus wird die notdienstliche Akutversorgung der Kassenärztlichen Vereinigungen durch Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages ausgebaut. Zur Sicherstellung einer medizinisch notwendigen Erstversorgung von Patientinnen und Patienten mit akutem Behandlungsbedarf werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, durchgängig eine telemedizinische und eine aufsuchende Versorgung bereitzustellen. Durch die stärkere Nutzung der Möglichkeiten der Telemedizin kann die Versorgung von Patientinnen und Patienten verbessert und gleichzeitig eine Entlastung von Ärztinnen und Ärzten erreicht werden. Eine aufsuchende und telemedizinische Versorgung trägt der demografischen Entwicklung und dem Wohl immobiler Patientinnen und Patienten Rechnung. Auch Bürgerinnen und Bürger werden durch den Ausbau des telemedizinischen ärztlichen Versorgungsangebotes entlastet, da weniger Fahrten zu KV-Notdienstpraxen oder Notaufnahmen erforderlich sind. Auf der Basis von Modellprojekten wird die Anzahl der durch eine Beratungsärztin oder einen Beratungsarzt fallabschließende Auskünfte und somit nicht mehr notwendige Besuche einer Notdienststruktur auf 1,21 Millionen Fälle im Jahr geschätzt. Berücksichtigt man für diese Fälle die Wege- und Wartezeiten, führt dies zu einer Einsparung von über 2,6 Millionen Stunden und 3,75 Millionen Euro im Jahr für hilfesuchende Bürgerinnen und Bürger.

Integrierte Notfallzentren werden als sektorenübergreifende Notfallversorgungsstrukturen etabliert. In diesen arbeiten zugelassene Krankenhäuser und die Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich so zusammen, dass immer eine bedarfsgerechte ambulante medizinische Erstversorgung bereitsteht. Die Integrierten Notfallzentren bestehen aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung im

oder am Krankenhausstandort und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle. Die Vergütungsstrukturen werden an diese Strukturen entsprechend angepasst.

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

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

Zudem soll die Versorgung von Patientinnen und Patienten von Notdienstpraxen mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten durch die Einführung von Versorgungsverträgen mit öffentlichen Apotheken verbessert werden.

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

Ein weiterer wichtiger Baustein ist die Digitalisierung und die digitale Vernetzung der nunmehr geschaffenen Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung mit den anderen Akteuren der Notfall- und Akutversorgung unter Nutzung der Telematikinfrastruktur und die Etablierung von Prozessen, welche die Entwicklung eines bundesweiten Verständnisses für die Leistungserbringung der medizinischen Notfallrettung unter Einbeziehung aller Akteure und der Länder ermöglichen.

C. Alternativen

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

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bürgerinnen und Bürger

Bürgerinnen und Bürgern entstehen keine Kosten. Die Regelungen für Zuzahlungen für GKV-Versicherte im Bereich Fahrkosten bleiben unverändert.

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

Bund, Länder und Kommunen

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

Gesetzliche Krankenversicherung

Die Mehr- oder Minderausgaben aufgrund der Anpassungen der Vergütungsstrukturen an die Zusammenarbeit in Integrierten Notfallzentren und der zusätzlichen Inanspruchnahme des vertragsärztlichen Systems aufgrund der Weiterleitung von Hilfeersuchen der Rettungsleitstellen sind nicht quantifizierbar. Durch die Vereinbarungen nach § 105 Absatz 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung jährlich geschätzte maximale Mehrausgaben in Höhe von etwa 140 Millionen Euro. Davon entfallen rund 98 Millionen Euro auf den Ausbau des aufsuchenden Dienstes und rund 42 Millionen Euro auf den Mehrbedarf bei den Akutleitstellen.

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

Durch die Vernetzung der Akut- und Rettungsleitstellen wird die Abgabe von Fällen der Rettungsleitstellen an die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht. Hierdurch entsteht bei vorsichtiger Schätzung ein Einsparpotenzial von ungefähr 705 Millionen Euro pro Jahr, welches in wenigen Jahren erreicht wird.

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

Insgesamt kann durch die Notfallreform langfristig mit jährlichen geschätzten Minderausgaben von gut 1,3 Milliarden Euro und weiteren noch nicht kalkulierbaren Effizienzgewinnen gerechnet werden. Berücksichtigt man noch weitere Folgekosten wie die der stationären Behandlung nach nicht bedarfsgerechten Rettungseinsätzen, dürfte sich ein weiteres Potenzial von über einer Milliarde Euro jährlich ergeben.

Finanzwirkung der Notfallreform für die Gesetzliche Krankenversicherung (in Millionen Euro, ohne Folgekosten für stationäre Aufnahmen)	2027	2028	2029	2030	2031
Mehrausgaben					
Ausbau des aufsuchenden Dienstes	98	98	98	98	98
Mehrbedarf Akutleitstelle	42	42	42	42	42
Einsparungen					
Abgabe Hilfeersuchen von Rettungsleitstellen an die Kassenärztlichen Vereinigungen	-212	-423	-635	-705	-705
Reduktion von Notarzteinsätzen	-67	-134	-201	-223	-223
Entsendung bedarfsgerechter Transportmittel	-74	-148	-222	-296	-370
Behandlung vor Ort bei fehlender Transportindikation	-87	-173	-173	-173	-173
Saldo	-299	-738	-1.090	-1.257	-1.331

Private Krankenversicherungsunternehmen

In gleicher Weise entsteht den privaten Krankenversicherungsunternehmen durch die Vereinbarungen nach § 105 Absatz 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein jährlicher Mehraufwand von 10 Millionen Euro, dem langfristig jährliche Minderausgaben von rund 103 Millionen Euro entgegen stehen.

E. Erfüllungsaufwand

Mit den Neuregelungen der Notfallreform wird eine verbesserte Kooperation der drei Leistungsbereiche des Notdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Notaufnahmen der Krankenhäuser und des Rettungsdienstes angestrebt.

Erfüllungsaufwand entsteht durch die Verhandlungen von Kooperationsvereinbarungen für die Bildung von Gesundheitsleitsystemen und Integrierten Notfallzentren sowie die Bildung von Organisationsgremien in den Integrierten Notfallzentren. Daneben wird durch die Erweiterung der Aufgaben von Gremien Erfüllungsaufwand entstehen. Im Bereich des Rettungsdienstes werden erhebliche Einsparkosten im Bereich der Bürokratiekosten erwartet.

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Durch die Neuregelungen reduziert sich für die Bürgerinnen und Bürger der Aufwand durch eine telefonische und videogestützte Versorgung im Falle einer notdienstlichen Akutversorgung.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Durch den Verzicht auf die Verordnung einer Krankenförderung (Neuregelung in § 30 Absatz 2 Satz 2 SGB V) werden in wenigen Jahren Bürokratiekosten in der Höhe von über 200 Millionen Euro im Jahr eingespart.

Weitere einmalige Erfüllungsaufwände zwischen 100 000 und 500 000 Euro ergeben sich für drei Positionen aufgrund des Abschlusses von Kooperationsvereinbarungen und Verträgen. Des Weiteren gibt es vier Positionen mit einem Erfüllungsaufwand unter 100 000 Euro, davon zwei einmalig.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Keine.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsteht ein jährlicher Aufwand von rund 1 Million Euro für die Geschäftsstelle des Gremiums nach § 133b. Hier sind Aufwendungen für externe Beratungsleistungen eingeschlossen.

Für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsteht des Weiteren ein Aufwand von rund 800 000 Euro für die Datensammelstelle der Qualitätsdaten für die medizinische Notfallrettung.

Weitere einmalige Erfüllungsaufwände zwischen 100 000 und 500 000 Euro ergeben sich für drei Positionen aufgrund des Abschlusses von Kooperationsvereinbarungen und Verträgen. Des Weiteren gibt es acht Positionen mit einem Erfüllungsaufwand unter 100 000 Euro, davon drei einmalig.

F. Weitere Kosten

Keine.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 30. September 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 231) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 27 Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 6 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
 - b) Nach Nummer 6 wird die folgende Nummer 7 eingefügt:

„7. Leistungen der medizinischen Notfallrettung“.
2. § 30 wird durch den folgenden § 30 ersetzt:

„§ 30

Medizinischen Notfallrettung

(1) Bei Vorliegen eines rettungsdienstlichen Notfalles haben Versicherte Anspruch auf medizinische Notfallrettung durch einen Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1. Ein rettungsdienstlicher Notfall liegt vor, wenn aus objektiver Sicht hinreichende Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sich der Versicherte in unmittelbarer Lebensgefahr befindet oder eine lebensbedrohende Verschlechterung seines Gesundheitszustandes oder eine schwere gesundheitliche Schädigung des Versicherten zu befürchten ist, sofern nicht unverzüglich eine medizinische Versorgung erfolgt.

(2) Die medizinische Notfallrettung umfasst:

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

Die aufgrund einer digitalen standardisierten Notrufabfrage getroffene Entscheidung zur Veranlassung der medizinischen Notfallrettung gilt als Nachweis des Vorliegens eines rettungsdienstlichen Notfalls nach Absatz 1 Satz 2 gegenüber der Krankenkasse.

(3) Das Notfallmanagement nach Absatz 2 Nummer 1 umfasst die Entgegennahme des medizinischen Hilfeersuchens und die Vermittlung der erforderlichen Hilfe auf der Grundlage einer digitalen standardisierten Abfrage. Es soll auch die telefonische und telemedizinische Notfallberatung, einschließlich der telefonischen Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen, sowie die Einbindung von Ersthelfern durch auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme bei lebensbedrohlichen rettungsdienstlichen Notfällen umfassen.

(4) Die notfallmedizinische Versorgung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 umfasst die aus medizinischer Sicht erforderliche, auch telemedizinische Versorgung an dem Ort, an dem sich der Versicherte zum Zeitpunkt des medizinischen Notfalls befindet, und während eines Notfalltransports nach dem Stand der Wissenschaft durch nicht-ärztliches Fachpersonal und bei medizinischer Notwendigkeit durch Notärzte.

(5) Der Notfalltransport nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 umfasst den aus medizinischer Sicht erforderlichen Transport in die grundsätzlich nächste 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.

(6) Versicherte leisten zu jeder Leistung der medizinischen Notfallrettung nach Absatz 2 Nummer 2 und 3 eine Zuzahlung in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages. Die Krankenkasse zieht die Zuzahlung vom Versicherten ein 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.“

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

„§ 60

Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten

(1) Versicherte haben in dem durch Absatz 2 bestimmten Umfang Anspruch auf Übernahme der Kosten für Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Welches Transportmittel genutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall.

(2) Die Krankenkasse übernimmt nach Absatz 1 Satz 1 die Kosten für 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,

3. Fahrten zu

- 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 einem Integrierten Notfallzentrum 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.

(3) Krankentransporte sind Fahrten mit medizinisch-fachlicher Betreuung, die in Kraftfahrzeugen durchgeführt werden, die über die besondere Einrichtung eines Krankenkraftwagens verfügen. Krankentransporte werden für Versicherte durchgeführt, die einer solchen Betreuung oder Einrichtung während der Fahrt bedürfen oder deren Zustand erwarten lässt, dass eine solche Betreuung oder Einrichtung während der Fahrt erforderlich ist. In dem in Absatz 2 Nummer 4 genannten Fall übernimmt die Krankenkasse die Kosten für einen Krankentransport, wenn sie diesen vorher genehmigt hat. Die Regelungen dieses Absatzes gelten entsprechend für Krankentransportflüge.

(4) Krankenfahrten sind Fahrten ohne medizinisch-fachliche Betreuung, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen oder Taxen durchgeführt werden. In dem in Absatz 2 Nummer 4 Buchstabe b genannten Fall übernimmt die Krankenkasse die Kosten für eine Krankenfahrt, wenn sie diese vorher genehmigt hat. Die Genehmigung gilt als erteilt, sofern eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

- 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,
- 2. eine Einordnung gemäß § 15 des Elften Buches in den Pflegegrad 3, 4 oder 5, bei Einordnung in den Pflegegrad 3 zusätzlich eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität, oder

3. bis zum 31. Dezember 2016 eine Einordnung in die Pflegestufe 2 gemäß § 15 des Elften Buches in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung und seit dem 1. Januar 2017 mindestens eine Einordnung in den Pflegegrad 3.

(5) Die Höhe der nach Absatz 1 Satz 1 zu übernehmenden Kosten für Krankentransporte bestimmt sich nach § 133 Absatz 6. Für Krankenfahrten übernehmen die Krankenkassen

1. bei der Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels die Kosten in Höhe des Fahrpreises unter Ausschöpfung von Fahrpreismäßigungen,
2. bei Benutzung eines Taxis oder Mietwagens die Kosten in Höhe des in einem Vertrag nach § 133 Absatz 6 bestimmten Betrages,
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 Transportmittel entstanden wären.

(6) Die Krankenkasse übernimmt die Kosten nach Absatz 1 Satz 1 unter Abzug des sich nach § 61 ergebenden Betrages oder zieht den sich nach § 61 ergebenden Betrag von den Versicherten ein.

(7) Die Kosten eines Rücktransports in das Inland werden nicht übernommen. § 18 bleibt unberührt.

(8) Im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden Reisekosten nach § 73 Absatz 1 und 3 des Neunten Buches übernommen. Zu den Reisekosten nach Satz 1 gehören bei Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches auch die Reisekosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung Pflegebedürftiger nach § 40 Absatz 3a Satz 1 und 2 entstehen. Die Reisekosten von Pflegebedürftigen, die gemäß § 40 Absatz 3a Satz 2 während einer stationären Rehabilitation ihrer Pflegeperson im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches eine Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches erhalten, hat die Pflegekasse des Pflegebedürftigen der Krankenkasse der Pflegeperson im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches zu erstatten.“

4. In § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 wird nach der Angabe „Krankentransporten“ die Angabe „, Krankentransportflügen und Krankenfahrten“ eingefügt.
5. In § 73b Absatz 4 Satz 7 wird die Angabe „vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten“ durch die Angabe „notdienstlichen Akutversorgung im Sinne des § 75 Absatz 1b“ ersetzt.
6. § 75 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Hierzu informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) und richten Terminservicestellen ein, die jeweils von Montag bis Samstag unter einer bundesweit einheitlichen Rufnummer und 24 Stunden täglich durch digitale Angebote erreichbar sein müssen; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den

Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden.“

bb) Satz 3 wird wie folgt geändert:

- aaa) In Nummer 2 wird nach der Angabe „möchten“ die Angabe „und“ eingefügt.
- bbb) In Nummer 3 wird die Angabe „und“ am Ende durch einen Punkt ersetzt.
- ccc) Nummer 4 wird gestrichen.

cc) Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

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

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

dd) Satz 11 wird wie folgt geändert:

- aaa) In Nummer 5 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
- bbb) Nach Nummer 5 wird die folgende Nummer 6 eingefügt:

„6. zur Gewährleistung der einheitlichen telefonischen Erreichbarkeit der Terminservicestellen.“

ee) Satz 17 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die elektronischen Angebote nach Satz 16 bundesweit einheitlich zu nutzen und können darüber hinaus zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Satz 3 auch eigene digitale Angebote bereitstellen.“

ff) Die Sätze 18 und 19 werden gestrichen.

gg) Nach dem neuen Satz 17 wird der folgende Satz eingefügt:

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

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

„(1b) Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die 24 Stunden täglich verfügbare vertragsärztliche Versorgung in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Wird diese Versorgung

im Notdienst erbracht (notdienstliche Akutversorgung), umfasst der Sicherstellungsauftrag nur die Versorgung im Umfang der jeweils unaufschiebbar erforderlichen Maßnahmen. Im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung kann auch die Feststellung und Erstbescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit sowie die Verordnung von Arzneimitteln erfolgen. Nicht vom Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst ist die notärztliche Versorgung im Rahmen der medizinischen Notfallrettung, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch folgende Maßnahmen (Notdienst) sicher:

1. die Beteiligung an Integrierten Notfallzentren und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche,
2. ein telefonisches und videounterstütztes, 24 Stunden täglich verfügbares ärztliches Versorgungsangebot, auch durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, und
3. einen 24 Stunden täglich verfügbaren aufsuchenden Dienst für Fälle, in denen die Versorgung nach Satz 1 nicht anderweitig erbracht werden kann.

Zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen Durchführung der in Satz 5 Nummer 2 und 3 genannten Maßnahmen sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen untereinander sowie mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kooperieren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Durchführung der in Satz 5 Nummer 3 genannten Maßnahme qualifiziertes nichtärztliches Personal, das nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung handelt, einsetzen. Das Nähere legen die Partner des Bundesmantelvertrages für Ärzte ergänzend in ihrer Vereinbarung nach § 28 Absatz 1 Satz 3 fest; § 28 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Durchführung der in Satz 5 Nummer 3 genannten Maßnahme Kooperationen mit dem Träger des Rettungsdienstes sowie mit den Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung eingehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können Integrierte Notfallzentren auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin durch telemedizinische oder telefonische Konsilien unterstützen. Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende zugelassene Krankenhäuser und Ärzte, die aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogen sind, sind zur Leistungserbringung im Rahmen des Notdienstes berechtigt und nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Satz 11 gilt entsprechend für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte im Rahmen der notärztlichen Versorgung der medizinischen Notfallrettung, soweit durch Landesrecht bestimmt ist, dass auch diese Versorgung vom Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen umfasst ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Landesapothekerkammern Informationen über die Organisation des Notdienstes austauschen, um die Versorgung der Versicherten zu verbessern.

(1c) Zur Vermittlung von Behandlungsterminen in Akutfällen und zur Wahrnehmung ihrer in Absatz 1b genannten Aufgaben betreibt jede Kassenärztliche Vereinigung eine Akutleitstelle, die 24 Stunden täglich unter der in Absatz 1a Satz 2 genannten bundesweit einheitlichen Rufnummer und über digitale Angebote erreichbar ist. Ab dem ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des neunten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] muss die Akutleitstelle unter der in Absatz 1a Satz 2 genannten bundesweit einheitlichen Rufnummer innerhalb von drei Minuten für 75 Prozent der Anrufenden und innerhalb von zehn Minuten für 95 Prozent der Anrufenden erreichbar sein. Die Akutleitstelle hat Versicherten in Akutfällen auf der Grundlage des in Absatz 7 Satz 1 Nummer 6 genannten bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung auf der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu

vermitteln. Die Vermittlung soll vorrangig in die Sprechstunden der Praxen zugelassener Ärzte und zugelassener medizinischer Versorgungszentren erfolgen. In geeigneten Fällen kann eine telefonische oder videounterstützte ärztliche Konsultation vermittelt werden. Für die Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem Facharzt bedarf es im Akutfall keiner Überweisung. Die Versorgung durch den aufsuchenden Dienst ist nur in den Fällen zu vermitteln, in denen weder das Aufsuchen der Praxis eines zugelassenen Arztes oder eines Integrierten Notfallzentrums zumutbar noch eine telefonische oder videounterstützte Konsultation möglich oder ausreichend ist.

(1d) Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind befugt, personenbezogene Daten der Anrufenden zur Erfüllung ihrer in den Absätzen 1a, 1b und 1e genannten Aufgaben zu verarbeiten. Sie sind verpflichtet, personenbezogene Daten der Anrufenden einschließlich Sprachaufzeichnungen zur Erfüllung ihrer in Absatz 1c genannten Aufgaben zu verarbeiten und für die Dauer von zehn Jahren zu speichern.

(1e) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung evaluiert die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Arztterminen, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme und auf die Vermittlungsquote. Über die Ergebnisse hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. Juni 2027 zu berichten.

(1f) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen stellen den vertragszahnärztlichen Notdienst außerhalb der Sprechstundenzeiten sicher und informieren die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragszahnärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit). Die Absätze 1a bis 1e sind auf die vertragszahnärztliche Versorgung nicht anzuwenden.“

c) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 4 wird die Angabe „Telefonnummer“ durch die Angabe „Rufnummer“ ersetzt.

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

7. § 76 Absatz 1a wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Angabe „die Terminservicestelle Versicherte in den Fällen des § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 in eine Notfallambulanz“ durch die Angabe „die Akutleitstelle Versicherte in den in § 75 Absatz 1c Satz 3 genannten Fällen in eine Notaufnahme“ ersetzt.

b) In Satz 2 wird nach der Angabe „Die Inanspruchnahme umfasst“ die Angabe „in den in Satz 1 erster Halbsatz genannten Fällen“ eingefügt.

8. § 87 wird wie folgt geändert:

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

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

1. für die Versorgung im Notdienst sowie in Notfällen nach § 76 Absatz 1 Satz 2,

2. für die Versorgung im Notdienst mit telemedizinischen Leistungen sowie

3. Zuschläge für die Gruppe der Versicherten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität eine besonders aufwändige Betreuung und Überwachung in der Notaufnahme eines Integrierten Notfallzentrums nach § 123 Absatz 1 oder eines Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche nach § 123b Absatz 1 bedürfen.“
- b) Absatz 2b Satz 3 Nummer 1 und Absatz 2c Satz 3 Nummer 1 wird die Angabe „§ 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4“ jeweils durch die Angabe „§ 75 Absatz 1c Satz 3“ ersetzt und wird die Angabe „Terminservicestelle“ jeweils durch die Angabe „Akutleitstelle“ ersetzt.
9. In § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 3 wird die Angabe „§ 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 und 4“ durch die Angabe „§ 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 oder durch die Akutleitstelle nach § 75 Absatz 1c Satz 3“ ersetzt.
10. § 90 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „nach § 116b Absatz 3“ gestrichen.
- b) Nach Absatz 4 wird der folgende Absatz 4a eingefügt:
- „(4a) Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen wird für die Wahrnehmung der Aufgaben nach § 116b Absatz 2, § 123 Absatz 6 Satz 2, § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 um Vertreter der Krankenhäuser in der gleichen Zahl erweitert, wie sie nach Absatz 2 Satz 1 und 4 jeweils für die Vertreter der Ärzte vorgesehen ist (erweiterter Landesausschuss). Die Vertreter der Krankenhäuser werden von der Landeskrankenhausesellschaft bestellt. Über den Vorsitzenden des erweiterten Landesausschusses und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausesellschaft einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch die zuständige oberste Landesbehörde im Benehmen mit den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie der Landeskrankenhausesellschaft berufen. Die dem erweiterten Landesausschuss durch die Wahrnehmung der Aufgaben nach § 116b Absatz 2, § 123 Absatz 6 Satz 2, § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 entstehenden Kosten werden zur Hälfte von den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie zu je einem Viertel von den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankenhausesellschaft getragen. Der erweiterte Landesausschuss beschließt mit einfacher Mehrheit; bei der Gewichtung der Stimmen zählen die Stimmen der Vertreter der Krankenkassen doppelt. Bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 sind Vertreter des Rettungsdienstes anzuhören; diese Vertreter des Rettungsdienstes sind von der zuständigen obersten Landesbehörde zu benennen. Kommt eine Festlegung nach § 123a Absatz 1 oder § 123b Absatz 1 ganz oder teilweise nicht fristgemäß zustande, setzt die zuständige oberste Landesbehörde unverzüglich eine Frist zum Nachholen der Festlegung, die sechs Wochen nicht überschreiten darf. Kommt die Festlegung ganz oder teilweise auch innerhalb dieser Frist nicht zustande, erfolgt die Festlegung durch die zuständige oberste Landesbehörde innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der zuletzt genannten Frist. Der erweiterte Landesausschuss stellt der zuständigen obersten Landesbehörde die hierfür erforderlichen Informationen, Unterlagen und Stellungnahmen unverzüglich zur Verfügung. Der erweiterte Landesausschuss hat die Festlegungen nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 in regelmäßigen Abständen zu überprüfen.“

c) In Absatz 6 Satz 1 wird die Angabe „sowie“ durch ein Komma ersetzt und wird nach der Angabe „§ 103 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3“ die Angabe „sowie § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1“ eingefügt.

11. In § 90a Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „und der Landeskrankenhausgesellschaft“ durch die Angabe „, der Landeskrankenhausgesellschaft und der Rettungsdienste“ ersetzt.
12. In § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 wird nach der Angabe „Krankentransporten“ die Angabe „, Krankentransportflügen und Krankenfahrten“ eingefügt.
13. § 105 Absatz 1b wird durch den folgenden Absatz 1b ersetzt:

„(1b) Die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren auf Grundlage der in Satz 6 genannten Kalkulation einen jährlich von den Kassenärztlichen Vereinigungen zum einen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zum anderen in jeweils gleicher Höhe über die nach Absatz 1a bereitzustellenden Mittel hinaus bereitzustellenden Betrag zur Finanzierung der in Satz 5 genannten Förderungen. Über die Höhe des in Satz 1 genannten Betrags ist mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung Einvernehmen herzustellen. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an dem von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Satz 1 bereitzustellenden Betrag. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die privaten Krankenversicherungsunternehmen vereinbaren das Nähere zur Bereitstellung des Betrages der in Satz 3 genannten Beteiligung. Der 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.

Die 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 5 genannten Zwecke entstehen. Im 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. Die 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 6 genannten Kosten anzupassen; Satz 2 gilt entsprechend. § 89 Absatz 3 ist auf die in Satz 1 genannte Vereinbarung entsprechend anzuwenden, sofern ein entsprechender Antrag beim zuständigen Schiedsamt gestellt wird. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht jährlich, erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], barrierefrei im Internet einen Bericht über die Anzahl und den jeweiligen Inhalt der in Satz 1 genannten Vereinbarungen, einschließlich der Höhe der jeweils vereinbarten Beträge.“

14. § 115e Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Im Rahmen der tagesstationären Behandlung besteht ab dem Zeitpunkt der ersten Aufnahme im Krankenhaus kein Anspruch auf Übernahme der Kosten für Krankentransporte und Krankenfahrten nach § 60; ausgenommen sind Krankenfahrten zum Krankenhaus, die nach § 60 Absatz 2 Nummer 4 Buchstabe b in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 auch zu ambulanten Behandlungen übernahmefähig wären.“

- b) Nach Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

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

15. § 116b wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „nach Maßgabe des Absatzes 3 Satz 1 erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1“ durch die Angabe „erweiterten Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a“ ersetzt.

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

„(3) Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann für die Beschlussfassung über Entscheidungen im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach Absatz 2 in seiner Geschäftsordnung abweichend von § 90 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 4a Satz 1 die Besetzung mit einer kleineren Zahl von Mitgliedern festlegen; die Anhörungsrechte nach § 90 Absatz 4a Satz 7 und die Mitberatungsrechte nach § 140f Absatz 3 bleiben unberührt. Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a ist befugt, geeignete Dritte ganz oder teilweise mit der Durchführung von Aufgaben nach Absatz 2 zu beauftragen und kann hierfür nähere Vorgaben beschließen.“

16. § 120 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 75 Absatz 1b Satz 2“ durch die Angabe „§ 75 Absatz 1b Satz 10“ ersetzt.

- b) Absatz 3b wird gestrichen.

17. § 123 wird durch die folgenden §§ 123 bis 123c ersetzt:

„§ 123

Integrierte Notfallzentren

(1) Integrierte Notfallzentren bestehen aus der Notaufnahme eines zugelassenen Krankenhauses, einer Praxis der Kassenärztlichen Vereinigung zur notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Absatz 1b (Notdienstpraxis) in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des betreffenden Krankenhausstandortes und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle, die auf der Grundlage einer in § 123a Absatz 2 genannten Kooperationsvereinbarung zusammenarbeiten. Wird ein Standort eines zugelassenen Krankenhauses nach § 123a Absatz 1 Satz 1 als Standort eines Integrierten Notfallzentrums festgelegt, sind dieses Krankenhaus und die zuständige Kassenärztlichen Vereinigung zur Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums verpflichtet. Hierfür ist eine Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 abzuschließen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen binden die Notaufnahme des jeweiligen Krankenhauses

unmittelbar in den Notdienst gemäß § 75 Absatz 1b Satz 11 ein. Die fachliche und datenschutzrechtliche Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle und ihre fachliche Leitung obliegen dem Krankenhaus, wenn in der nach Satz 3 abzuschließenden Kooperationsvereinbarung nichts Abweichendes geregelt ist. Die Kassenärztliche Vereinigung kann von der Einrichtung einer Notdienstpraxis nach Satz 1 absehen, soweit die notdienstliche Akutversorgung während der in § 123a Absatz 2 Satz 5 genannten Zeiten durch einen nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zugelassenen Leistungserbringer in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des betreffenden Krankenhausstandortes sichergestellt wird; die Regelungen dieses Gesetzes, des Apothekengesetzes, der Apothekenbetriebsordnung und der Medizinprodukteabgabeverordnung zur Einrichtung und zum Betrieb der Notdienstpraxen gelten in diesem Fall entsprechend. Die Vertragspartner des Integrierten Notfallzentrums können zudem zur Patientenversorgung geeignete, im Umkreis des jeweiligen Krankenhausstandortes gelegene zugelassene Ärzte sowie medizinische Versorgungszentren (Kooperationspraxen) in die Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 einbeziehen. Die jeweilige Kooperationspraxis muss organisatorisch und technisch so mit dem Integrierten Notfallzentrum vernetzt sein, dass eine zeitlich nahtlose, rückverfolgbare und digitale Fallübergabe zwischen dem Integrierten Notfallzentrum und der Kooperationspraxis möglich ist.

(2) Für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, trifft die zentrale Ersteinschätzungsstelle eine Entscheidung über die Behandlungsdringlichkeit und über die geeignete Versorgungsebene innerhalb des Integrierten Notfallzentrums unter Berücksichtigung einer in Absatz 1 Satz 7 genannten Kooperation. Diese Ersteinschätzung kann als eine in § 28 Absatz 1 Satz 2 genannte Hilfeleistung erbracht werden. Ab dem nach § 123c Absatz 2 Satz 4 Nummer 6 bestimmten Zeitpunkt erfolgt die Ersteinschätzung nach Satz 1 auf der Grundlage einer standardisierten digitalen Ersteinschätzung. Innerhalb des Integrierten Notfallzentrums erfolgt eine digitale Fallübergabe in einem interoperablen Datenformat. Die Kooperationspartner des Integrierten Notfallzentrums einschließlich der Kooperationspraxen sind befugt, die für eine bedarfsgerechte Steuerung der Hilfesuchenden erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten und sich wechselseitig zu übermitteln. Wenn nach einer notdienstlichen Akutversorgung im Integrierten Notfallzentrum eine ambulante Weiterbehandlung erforderlich ist, bietet dieses den Patienten die Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer an. Hilfesuchende, die nachweisen, dass sie das Integrierte Notfallzentrum aufgrund einer telefonischen oder digitalen Vermittlung durch die Akutleitstelle aufsuchen, sind dort bei gleicher Behandlungsdringlichkeit grundsätzlich vorrangig zu behandeln. Das Nähere zum Nachweis der Vermittlung durch die Akutleitstelle ist im Bundesmantelvertrag zu vereinbaren.

(3) Zur Sicherstellung der Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten hat die zuständige Kassenärztliche Vereinigung gemeinsam mit dem Träger des Krankenhauses, mit dessen Notaufnahme die Notdienstpraxis ein Integriertes Notfallzentrum bildet, einen in § 12b Absatz 1 Satz 1 des Apothekengesetzes genannten Vertrag mit dem Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke zu schließen.

(4) Integrierte Notfallzentren haben bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen eine Unterstützung durch telemedizinische oder telefonische Konsilien von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin zu gewährleisten, wenn an ihrem Standort kein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche vorhanden ist. Sie haben darüber hinaus bei Hinweisen auf eine vorliegende psychische Erkrankung eine Unterstützung durch telemedizinische oder telefonische Konsilien von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie zu gewährleisten, wenn an ihrem Standort keine Fachabteilung für Psychiatrie vorhanden ist. Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann Empfehlungen für die landesweite Konzeption und Koordinierung der in

Satz 1 und 2 genannten Unterstützung aussprechen. Integrierte Notfallzentren haben in dem in Satz 1 und 2 genannten Fall die erforderliche technische Ausstattung für eine telemedizinische Anbindung vorzuhalten und die Vorgaben der Vereinbarung nach § 367 Absatz 1 einzuhalten.

(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen berichten den für die Sozialversicherung und den für die Krankenhausplanung zuständigen obersten Landesbehörden jährlich, erstmals zum ...[einsetzen: Datum des letzten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], über die Versorgung in den Integrierten Notfallzentren im Hinblick auf Abweichungen von den in § 123a Absatz 2 Satz 5 genannten Öffnungszeiten der Notdienstpraxis, auf die Anzahl der Leistungserbringer nach Absatz 1 Satz 6 sowie der einbezogenen Kooperationspraxen und der eingerichteten Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche, auf die Anteile der Inanspruchnahme des Integrierten Notfallzentrums mit und ohne vorherigen Kontakt zur Akutleitstelle und auf die Anzahl der abgeschlossenen in § 12b Absatz 1 Satz 1 des Apothekengesetzes genannten Verträge sowie über die Auswirkungen auf die ambulanten Behandlungen in Notaufnahmen, die nicht über ein Integriertes Notfallzentrum verfügen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des siebenundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], über die in Satz 1 genannten Sachverhalte.

§ 123a

Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

(1) Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a legt erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser fest, an denen Integrierte Notfallzentren eingerichtet werden. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung sind zu beachten. Zur flächendeckenden Versorgung durch Integrierte Notfallzentren legt er zunächst geeignete Planungsregionen fest; dies kann bei Bedarf auch über Landesgrenzen hinweg geschehen. Ein Krankenhausstandort kann als Standort für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums festgelegt werden, wenn

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

Bei der in Satz 1 genannten Festlegung sollen insbesondere folgende Kriterien berücksichtigt werden:

1. die Erreichbarkeit des Standorts mit einem Kraftfahrzeug innerhalb einer Fahrzeit von 30 Minuten für mindestens 95 Prozent der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion,
2. die Zahl der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion,

3. die Erreichbarkeit des Standorts mit dem öffentlichen Personennahverkehr,
4. das Bestehen einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des Krankenhausstandortes und
5. die Möglichkeiten einer Kooperation nach § 123 Absatz 1 Satz 7 mit Vertragsärzten oder medizinischen Versorgungszentren im Umkreis des Standorts.

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

1. die die Voraussetzungen einer höheren Notfallstufe gemäß den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ in der Fassung vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), der zuletzt am 18. Juni 2025 (BAnz AT 28.08.2025 B3) geändert worden ist, erfüllen oder eine nach anderen Kriterien, insbesondere Fallzahlen, leistungsfähigere Notaufnahme aufweisen,
2. die notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen vorhalten und
3. in denen Notdienstpraxen unmittelbar in der Notaufnahme eingerichtet werden können.

Zu den notfallmedizinisch relevanten Fachabteilungen zählt auch die Psychiatrie. Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann eine in Satz 1 genannte Festlegung abweichend von den Sätzen 5 bis 7 treffen, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist. Die in Satz 1 genannte Festlegung erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben. Widerspruch und Klage gegen den in Satz 9 genannten Bescheid haben keine aufschiebende Wirkung.

(2) Zur Organisation des Integrierten Notfallzentrums schließen die Kassenärztliche Vereinigung und der Krankenhausträger innerhalb von neun Monaten, nachdem der betreffende Krankenhausstandort als Standort eines Integrierten Notfallzentrums festgelegt worden ist, eine Kooperationsvereinbarung; die Rahmenvereinbarungen nach Absatz 4 sind zu berücksichtigen. Die in Satz 1 genannten Vertragsparteien beziehen Leistungserbringer im Sinne von § 123 Absatz 1 Satz 6 in die Kooperationsvereinbarung ein, soweit diese die notdienstliche Akutversorgung sicherstellen. Es soll ein gemeinsames Qualitätsmanagement durchgeführt werden; die Kassenärztliche Vereinigung, der Krankenhausträger sowie die in die Kooperationsvereinbarung einbezogenen Leistungserbringer im Sinne von § 123 Absatz 1 Satz 6 sind befugt, die für dieses gemeinsame Qualitätsmanagement erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten. In der in Satz 1 genannten Kooperationsvereinbarung ist insbesondere das Nähere zu vereinbaren

1. zur Durchführung der Ersteinschätzung bis zu dem nach § 123c Absatz 2 Satz 4 Nummer 6 bestimmten Zeitpunkt,
2. zur Organisation und zur personellen Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle einschließlich der notwendigen Qualifikationen, erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals,
3. zur Anmietung oder Bereitstellung von Räumlichkeiten, Einrichtung und Verbrauchsmaterial der Notdienstpraxis,

4. zur Ausgestaltung der Ausschreibung des gemäß § 123 Absatz 3 abzuschließenden, in § 12b Absatz 1 Satz 1 des Apothekengesetzes genannten Vertrags einschließlich der Möglichkeit der Anmietung oder Bereitstellung von Räumlichkeiten durch oder für Apotheken,
5. zur Nutzung der technischen und diagnostischen Einrichtungen des Krankenhauses durch die Notdienstpraxis einschließlich der hierfür zu entrichtenden Entgelte.

Die Notdienstpraxis ist mindestens an Wochenenden und Feiertagen von 9 bis 21 Uhr, Mittwoch und Freitag von 14 bis 21 Uhr und Montag, Dienstag und Donnerstag von 18 bis 21 Uhr zu öffnen. Kürzere Öffnungszeiten der Notdienstpraxis können in der in Satz 1 genannten Kooperationsvereinbarung festgelegt werden, soweit die Kassenärztliche Vereinigung gegenüber dem Krankenhaus nachweist, dass der Betrieb der Notdienstpraxis zu den in Satz 5 genannten Öffnungszeiten aufgrund der tatsächlichen Inanspruchnahme der Notdienstpraxis nicht bedarfsgerecht wäre. Besteht zur Sicherstellung der Versorgung von Patientinnen und Patienten der Notdienstpraxis ein in § 12b Absatz 1 Satz 1 des Apothekengesetzes genannter Vertrag, sind Änderungen der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis im Einvernehmen mit dem Inhaber der Apotheke, mit dem der in § 12b Absatz 1 Satz 1 des Apothekengesetzes genannte Vertrag besteht, vorzunehmen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt eine Spezifikation einer interoperablen Schnittstelle zu der in Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 genannten digitalen Fallübergabe im Einvernehmen mit dem Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen. Die verbindliche Festlegung der Spezifikationen nach Satz 8 für das Gesundheitswesen erfolgt gemäß § 385 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 durch das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Rechtsverordnung nach § 385 Absatz 1 Satz 1.

(3) Kommt eine in Absatz 2 Satz 1 genannte Kooperationsvereinbarung nicht rechtzeitig zustande, wird ihr Inhalt durch eine von den jeweiligen in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten ab deren Bestimmung festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf die Bestimmung einer Schiedsperson, wird diese innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen von der zuständigen obersten Landesbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die jeweiligen in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien zu gleichen Teilen. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen eine der beiden Vertragsparteien und nicht gegen die Schiedsperson.

(4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen bis zum [...] [3 Monate ab Inkrafttreten] in einer Rahmenvereinbarung zur Zusammenarbeit in Integrierten Notfallzentren Vorgaben insbesondere

1. zu Grundsätzen der Organisation,
2. zur Vernetzung und interoperablen, digitalen Fallübergabe innerhalb des Integrierten Notfallzentrums sowie zwischen dem Integrierten Notfallzentrum und einer Kooperationspraxis,
3. zu den Voraussetzungen für die Weiterleitung von Hilfesuchenden in eine Kooperationspraxis,
4. zu Regelungen für den Fall wiederholter und schwerwiegender Verstöße gegen die Kooperationsvereinbarung oder für den Fall, dass eine Notdienstpraxis, zu den in Absatz 2 Satz 5 und 6 genannten Zeiten nicht geöffnet ist und

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

Kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a Absatz 2. Die Rahmenvereinbarungen können in den Kooperationsvereinbarungen der Kooperationspartner vor Ort ergänzt und aufgrund lokaler Besonderheiten auch hiervon abgewichen werden.

§ 123b

Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche

(1) Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann Standorte zugelassener Krankenhäuser festlegen, an denen Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche eingerichtet werden. Er hat erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] über die in Satz 1 genannte Festlegung zu entscheiden. 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 Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), die zuletzt am 18. Juni 2025 (BAnz AT 28.08.2025 B3) geändert worden sind, genannten Kriterien erfüllt und
2. keine berechtigten Interessen des Krankenhauses oder der Kassenärztlichen Vereinigung entgegenstehen, die das Interesse an einer flächendeckenden Versorgung mit Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche überwiegen.

(2) § 123 Absatz 1 bis 3 und 5, § 123a Absatz 1 Satz 9 bis 11 und Absatz 2 bis 4 sowie § 123c gelten für Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche entsprechend.

§ 123c

Ersteinschätzung, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

(1) Die Vergütung ambulanter Leistungen zur Behandlung von Notfällen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 setzt für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig einen Krankenhausstandort ohne Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, ab dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 2 Satz 4 Nummer 6 festgelegten Zeitpunkt voraus, dass eine Ersteinschätzung nach Absatz 2 Satz 1 durchgeführt wurde und diese ergibt, dass eine Verweisung an ein Integriertes Notfallzentrum im Einzelfall unzumutbar ist. Die Ersteinschätzung nach Absatz 2 Satz 1 kann als eine in § 28 Absatz 1 Satz 2 genannte Hilfeleistung erbracht werden. Die Vergütung der Ersteinschätzung bleibt davon unberührt.

(2) 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, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig

einen Krankenhausstandort aufsuchen. Für Krankenhausstandorte, die Teil eines Integrierten Notfallzentrums sind, erfolgt auf Basis der Ersteinstschätzung eine Entscheidung über die geeignete Versorgungsebene innerhalb des Integrierten Notfallzentrums unter Berücksichtigung einer in § 123 Absatz 1 Satz 7 genannten Kooperation. Für Krankenhausstandorte, die nicht Teil eines Integrierten Notfallzentrums sind, erfolgt auf Basis der Ersteinstschätzung eine Entscheidung über die Weiterleitung an ein Integriertes Notfallzentrum oder die Behandlung am Krankenhausstandort. Dabei ist auch das Nähere vorzugeben

1. zur Steuerung nach Satz 2 und Behandlungspriorisierung innerhalb eines Integrierten Notfallzentrums,
2. zur Weiterleitung nach Satz 3 an ein Integriertes Notfallzentrum oder zur Behandlung am Krankenhausstandort,
3. zur Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Weiterleitung an ein Integriertes Notfallzentrum,
4. zum Nachweis der Einhaltung der nach den Sätzen 1 bis 3 geregelten Vorgaben durch die digitale Ersteinstschätzung,
5. zur Form und zum Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinstschätzung,
6. zum Zeitpunkt, ab dem die Ersteinstschätzung zu verwenden ist.

Die Richtlinie regelt zudem

1. Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen und der Leistungserbringer nach § 123 Absatz 1 Satz 6 in Integrierten Notfallzentren sowie der Kooperationspraxen,
2. Vorgaben zum Nachweis und zur Kontrolle der Einhaltung der nach Nummer 1 geregelten Mindestanforderungen und
3. das Nähere zur Erfüllung der in Satz 9 genannten Prüfungs- und Berichtspflichten des Gemeinsamen Bundesausschusses, einschließlich der Übermittlung der hierzu erforderlichen Informationen von den in Satz 9 genannten an der Notfallversorgung beteiligten Stellen an den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Die „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), der zuletzt am 18. Juni 2025 (BAnz AT 28.08.2025 B3) geändert worden ist, sind beim Erlass der Richtlinie nach Satz 1 zu berücksichtigen. § 92 Absatz 7e gilt für die Richtlinie nach Satz 1 entsprechend. Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie nach Satz 1 ist den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Auswirkungen der Richtlinie nach Satz 1 auf die Entwicklung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen, der Notdienstpraxen und der Leistungserbringer nach § 123 Absatz 1 Satz 6 sowie auf die Patientenversorgung und die Erforderlichkeit einer Anpassung der Richtlinie zu prüfen und dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2028 über das Ergebnis dieser Prüfung zu berichten. Die in Absatz 3 Satz 1 genannte Vergütung der Ersteinstschätzung setzt ab dem nach Satz 4 Nummer 6 bestimmten Zeitpunkt voraus, dass bei der Abrechnung ein Nachweis der Durchführung der in Satz 1 genannten standardisierten digitalen Ersteinstschätzung durch die jeweilige zentrale Ersteinstschätzungsstelle erbracht wird.

(3) Mit Wirkung zum [...] [einsetzen: Datum des ersten Tages des übernächsten auf den Tag des Inkrafttretens nach Artikel 9 Absatz 1 folgenden Kalenderquartals] beschließt der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen die für die Vergütung der Ersteinschätzung nach Absatz 2 Satz 1 als unabhängig von der Weiterbehandlung zu vergütende Einzelleistung notwendigen Anpassungen. Er hat die Auswirkungen des in Satz 1 genannten Beschlusses auf die Entwicklung der Leistungen der Notaufnahmen, der Notdienst- und der Kooperationspraxen sowie der Leistungserbringer nach § 123 Absatz 1 Satz 6 auf die Versorgung und auf die Vergütung zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2028 zu berichten. Der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 3 und der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a beschließen die hierfür notwendigen Fallkennzeichnungen zur Identifikation von Notaufnahmen, Notdienstpraxen, Leistungserbringern nach § 123 Absatz 1 Satz 6 und Kooperationspraxen.“

18. § 133 wird durch die folgenden §§ 133 bis 133g ersetzt:

„§ 133

Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung und Verträge für Krankentransporte und Krankenfahrten

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

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen gemeinsam und einheitlich mit den zuständigen Landesbehörden oder mit den nach den nach Landesrecht vorgesehenen Trägern oder beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen Verträge über die Vergütung der einzelnen Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30. Die für die Kalkulation der Vergütung der einzelnen Leistungen zu Grunde liegenden Daten müssen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vor Vertragsschluss elektronisch, vollständig und in nachprüfbarer Form vorliegen. Bei der Vergütung dürfen Kosten nicht berücksichtigt werden, die durch eine über den jederzeitigen Leistungsanspruch nach § 30 einhergehenden öffentliche Aufgabe bedingt sind. Die Rahmenempfehlungen nach § 133b Absatz 1 Satz 1 sind bei Vertragsschluss zu berücksichtigen. Bei den Verträgen sind die besonderen Anforderungen des Notfallmanagements für Leitstellen, die Teil eines Gesundheitssystems nach § 133a sind, angemessen zu berücksichtigen. Für die Aufgaben zu Koordinierung und Vernetzung nach § 133g schließen die Vertragsparteien nach Satz 1 gesonderte Verträge; die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen handeln hierbei gemeinsam und einheitlich. Die entstehenden Kosten nach diesen Verträgen werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auf alle Entgelte für die Leistungen der Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1 zur Erfüllung der Aufgaben nach § 30 Absatz 1 Nummer 1 des Landes, für die die Leitstelle nach § 133g zuständig ist, umgelegt. § 71 Absatz 1 bis 3 ist zu beachten.

(3) Kommt kein Vertrag zustande, so bestimmt eine nach Landesrecht errichtete Schiedseinrichtung den Vertragsinhalt. Die Schiedseinrichtung muss die Interessen der Versicherten angemessen berücksichtigen. Absatz 3 gilt entsprechend. Rechtsbehelfe gegen die Entscheidung der Schiedseinrichtung haben keine aufschiebende Wirkung. Der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist eröffnet.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt in einer Richtlinie das Nähere zum Verfahren und zur Umsetzung der Vertragsgestaltung.

(5) Absätze 1 bis 5 gelten entsprechend für Krankentransporte nach § 60; Absätze 2 bis 5 gelten entsprechend für Krankenfahrten 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.

(6) Abweichend von den Absätzen 2 bis 6 können die Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 und Krankentransporte und Krankenfahrten nach § 60 bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] auch nach § 133 in der Fassung des Gesetzes vom [...] [Datum und Fundstelle der letzten Volltextveröffentlichung des Stammgesetzes (Erlass oder Neubekanntmachung) angeben!] abgerechnet werden. Werden insoweit die Entgelte durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt, haben Versicherte Anspruch auf Übernahme der Kosten.

§ 133a

Gesundheitsleitsystem

(1) Auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle ist die örtlich zuständige Kassenärztliche Vereinigung als Träger der Akutleitstelle verpflichtet, mit diesem eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems zu schließen, wenn die Rettungsleitstelle über eine digitale standardisierte Notrufabfrage verfügt. In einem Gesundheitsleitsystem arbeiten die Leitstellen durch die Einrichtung und den Betrieb einer digitalen Vernetzung nach Maßgabe der Absätze 2 bis 4 zusammen. Die in Satz 1 genannten Vertragsparteien können weitere Formen der Zusammenarbeit einschließlich einer gemeinsamen Trägerschaft der Leitstellen vereinbaren. Die weiteren Aufgaben der Leitstellen der in Satz 1 genannten Vertragsparteien bleiben unberührt.

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

1. wie die Verfahren der Notrufabfrage der Rettungsleitstelle und das in § 75 Absatz 7 Satz 1 Nummer 6 genannte bundesweit einheitliche, standardisierte Erstein-schätzungsverfahren der Kassenärztlichen Vereinigungen (Abfragesysteme) so aufeinander abgestimmt werden, dass es zu übereinstimmenden Bewertungen des Gesundheitszustandes eines Hilfesuchenden kommt,
2. die für die möglichen Ergebnisse der Abfragesysteme jeweils aufgrund der infrage kommenden Versorgungsstrukturen für ein Hilfeersuchen zuständige Leitstelle einer in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartei und
3. eine Verpflichtung der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien zur unmittelbaren Übernahme und unverzüglichen Bearbeitung von Fällen, die aufgrund eines Ergebnisses des jeweiligen Abfragesystems und der in Nummer 2 genannten Zuständigkeit von der Leitstelle der jeweils anderen in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartei übergeben werden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen wirken darauf hin, dass die in Satz 2 Nummer 1 genannten Vereinbarungen für alle Gesundheitsleitsysteme einheitlich ausgestaltet werden. Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Kooperationspartner legen für die Festlegung der Zuständigkeit für Abfrageergebnisse nach Nummer 2 Eintreffzeiten des aufsuchenden Dienstes der Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich fest. Die im Rahmen eines Hilfeersuchens durch die Leitstelle einer Vertragspartei erhobenen personenbezogenen Daten sind ohne Medienbruch an die Leitstelle der jeweils anderen Vertragspartei zu übermitteln. Die Kooperationspartner sind bezüglich des

Datenaustausches gemeinsame Verantwortliche nach Artikel 26 der Datenschutz-Grundverordnung. Für die Einrichtung und den Betrieb der in Absatz 1 Satz 2 genannten Vernetzung ist, sobald die hierfür erforderlichen Dienste und Komponenten flächendeckend zur Verfügung stehen, die Telematikinfrastruktur zu nutzen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt eine technische und inhaltliche Schnittstelle zur digitalen Fallübergabe zwischen den Leitstellen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien zur Verfügung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt die Spezifikation nach Satz 6 im Einvernehmen mit dem Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen. Die in Satz 7 genannte Spezifikation für das Gesundheitswesen ist durch die Rechtsverordnung nach § 385 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 385 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 verbindlich festzulegen.

(3) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien vereinbaren in der in Absatz 1 Satz 1 genannten Kooperationsvereinbarung ein gemeinsames Qualitätsmanagement für die ständige Evaluation der Abstimmung der Abfragesysteme nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 sowie der Zuordnung von Hilfeersuchen zur jeweils zuständigen Leitstelle nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 2. Für dieses Qualitätsmanagement haben die jeweiligen Leitstellen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien die einzelnen Prozessabläufe der Abfragen durch ihr jeweiliges Abfragesystem nachverfolgbar zu dokumentieren, mit den entsprechenden Daten der aufsuchenden Leistungserbringer, an die die Hilfesuchenden jeweils vermittelt wurden, zusammenzuführen und auszuwerten. Die in Satz 2 genannten aufsuchenden Leistungserbringer übermitteln der Leitstelle, die die jeweiligen Hilfesuchenden an diese Leistungserbringer vermittelt hat, die für die in Satz 2 genannte Zusammenführung und Auswertung erforderlichen personenbezogenen Daten. Die Leitstellen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien sind befugt, die zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach den Sätzen 1 bis 3 erforderlichen personenbezogene Daten zu verarbeiten und sie untereinander auszutauschen. Dies gilt auch für aufgrund einer Einwilligung oder auf der Grundlage von landesrechtlichen Befugnisnormen aufgezeichnete Anrufe, soweit dies von der betreffenden Einwilligung oder dem Zweck der betreffenden landesrechtlichen Befugnisnorm umfasst ist.

(4) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien vermitteln Krankentransporte, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Sie sollen medizinische komplementäre Dienste und sonstige komplementäre Dienste für vulnerable Gruppen oder krisenhafte Situationen vermitteln, soweit diese verfügbar sind.

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

§ 133b

Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bildet ein Gremium, das Rahmenempfehlungen für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 beschließt und ständig fortentwickelt. Die Rahmenempfehlungen sollen regionale Besonderheiten hinreichend berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsendet eine ausreichende Zahl an Vertretern. Die Länder können jeweils einen Vertreter benennen. Die Vertreter nach Satz 3 und 4 benennen mit einfacher Mehrheit gemeinsam zusätzliche Vertreter der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1 und der maßgeblichen Fachgesellschaften und Fachverbände. Das Bundesministerium für Gesundheit entsendet einen Vertreter.

(2) Beschlussfassungen erfolgen mit einfacher Mehrheit. Die Vertreter der Länder haben jeweils eine Stimme. Die Stimmen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind so zu gewichten, dass insgesamt eine Parität mit denen der Länder besteht. Die Vertreter der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1, der maßgeblichen Fachgesellschaften und Fachverbände und des Bundesministeriums für Gesundheit haben ein Mitberatungsrecht. Das Gremium legt das Nähere zur Arbeitsweise und zur Beschlussfassung in einer Geschäftsordnung fest. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann zur Koordinierung der Tätigkeit des Gremiums eine Geschäftsstelle einrichten.

(3) Gegenstand der Rahmenempfehlungen nach Absatz 1 sind insbesondere

1. die Nutzung und einheitliche Anwendung von qualitätsgesicherten, standardisierten softwaregestützten Abfragesystemen einschließlich deren Indikationsstellung für vermittelte Leistungen nach § 30 Absatz 2 und der Anleitung von Erster Hilfe am Notruf,
2. die Nutzung standardisierter und vernetzter Einsatzleitsysteme zur Ermöglichung einer auch länder- und leitstellenübergreifenden Alarmierung von Einsatzmitteln einschließlich der Bereitstellung entsprechender technischer und organisatorischer Schnittstellen,
3. der qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Einsatz von Telemedizin in der Notfallrettung,
4. die Einbeziehung von spezialisierten Formen der ambulanten Notfallversorgung oder weiteren ambulanten Versorgungsformen insbesondere bezüglich
 - a) der hierfür notwendigen Weiterbildung,
 - b) einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Anbindung,
5. bundesweit zu erhebende Qualitätsindikatoren der medizinischen Notfallrettung, die für die Ermittlung der Leistungsqualität in der medizinischen Notfallrettung nach § 133d erforderlich sind,
6. der Einsatz von digitalen Lösungen zur Patientensteuerung und zur Patientenzuweisung in geeignete Versorgungseinrichtungen mithilfe eines integrierten softwaregestützten Behandlungskapazitäten-Nachweises,
7. die Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme hinsichtlich

- a) technischer Anforderungen, insbesondere zu Datensicherheit, Ausfallsicherheit, der Verfügbarkeit von Schnittstellen zu anderen auf digitalen Anwendungen basierenden Ersthelferalarmierungssystemen und den Integrierten Leitstellen und den Mindestinhalten der den Ersthelfern übermittelten Daten und
 - b) organisatorischer Anforderungen, insbesondere zur Registrierung der Ersthelfer, den für den Einsatz von Ersthelfern geeigneten Notfallbildern, den Sicherheitsmaßnahmen zur Minimierung der Gefährdung der Ersthelfer sowie der Einsatznachsorge,
8. Entwicklung von standardmäßigen Vorgaben bei notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen sowie zu deren einheitlichen Umsetzung im Rahmen der medizinischen Notfallrettung sowie
9. die Anforderungen an die Fortbildung- oder Weiterbildung von Rettungsfachpersonal.

(4) Die Vertreter nach Absatz 1 können Themen benennen, über die eine Beratung und Beschlussfassung erfolgen soll. Berufsverbänden und Patientenorganisationen nach § 140f ist bei der Erstellung der Rahmenempfehlungen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit kann Fristen für die Erstellung von Rahmenempfehlungen festlegen. Werden diese Fristen nicht eingehalten, kann das Bundesministerium für Gesundheit entsprechende Empfehlungen im Benehmen mit nach Absatz 1 benannten Vertretern der Länder, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Leistungserbringer erstellen. Absatz 4 gilt entsprechend.

(6) Das Gremium erstellt bis zum [...] [einsetzen: erster Kalendertag des zwölften auf das Inkrafttreten nach Artikel 10 Absatz 1 folgenden Monats] Empfehlungen für die Datenübermittlung zur Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung nach § 133d. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, in einer Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu den für die Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung nach § 133d erforderlichen Daten zu regeln.

(7) Das Gremium erstellt Spezifikationen für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation nach § 133c Absatz 1 auf Grundlage der Spezifikationen nach § 123a Absatz 2 Satz 8 und § 133a Absatz 2 Satz 8 im Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Bei der Erstellung der Spezifikation nach Satz 1 ist das Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen nach § 311 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 in Verbindung mit § 385 einzubeziehen. Die Spezifikation ist dem Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen nach § 385 bis zum [erster Kalendertag des vierundzwanzigsten auf das Inkrafttreten folgenden Monats] vorzulegen. Über die verbindliche Festlegung der Spezifikation nach Satz 1 für nicht ausschließlich in die Zuständigkeit der Länder fallende informationstechnische Systeme, für einen Bereich des Gesundheitswesens oder das gesamte Gesundheitswesen entscheidet gemäß § 385 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Rechtsverordnung nach § 385 Absatz 1 Satz 1. Die Spezifikationen nach Satz 1 sind auf der Plattform nach § 385 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 zu veröffentlichen.

§ 133c

Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung

(1) Zur Versorgung von rettungsdienstlichen Notfällen und in der notdienstlichen Akutversorgung sind die folgenden Stellen 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), sobald die erforderlichen technischen Voraussetzungen vorliegen:

1. Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung,
2. die an der stationären Notfallversorgung beteiligten zugelassenen Krankenhäuser,
3. die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen und
4. die Ärzte, die notdienstliche Akutversorgung gemäß § 75 Absatz 1b erbringen oder die in einer Kooperationspraxis Patienten aus dem Integrierten Notfallzentrum behandeln.

Hierfür sind bundeseinheitlich definierte, digitale Schnittstellen und Standards für die Datensätze einzurichten. Sobald die hierfür erforderlichen Komponenten und Dienste flächendeckend zur Verfügung stehen, sind für die digitale Notfalldokumentation nach Satz 1 Dienste der Telematikinfrastruktur nach § 311 Absatz 6 zu nutzen. Zugriffsberechtigte Leistungserbringer und andere zugriffsberechtigte Personen nach § 352, die im Rahmen einer Tätigkeit nach Satz 1 eingebunden sind, haben, soweit die hierzu erforderlichen technischen Zugriffsvoraussetzungen und ein Standard für die Datensätze vorliegen, die von ihnen im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung erhobenen personenbezogenen Daten der digitalen Notfalldokumentation in die elektronische Patientenakte gemäß § 341 Absatz 2 Nummer 1 zu übermitteln und dort zu speichern.

(2) Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 133 Absatz 1 sind verpflichtet, ein digitales Informationssystem zu nutzen, das

1. in Echtzeit die aktuelle Verfügbarkeit der für die medizinische Weiterbehandlung relevanter Versorgungsressourcen und die entsprechenden Patientenzuweisungen
2. Versorgungsressourcen und Patientenzuweisungen im Rahmen eines Massenfalls von Verletzten oder Erkrankten und als regelmäßige Kapazitätserfassung relevanter Versorgungsressourcen im Rahmen andauernder gesundheitlicher Ausnahmesituationen erfasst und diese einrichtungsbezogen und nicht versichertenbezogen darstellt und verwaltet (Versorgungskapazitätenachweis).

Die an der Notfallversorgung beteiligten zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, ihre Versorgungskapazitäten entsprechend Satz 1 in Echtzeit an den Betreiber des Versorgungskapazitätenachweises einrichtungsbezogen und nicht versichertenbezogen über den Versorgungskapazitätenachweis zu übermitteln. Eine landesgrenzübergreifende Vernetzung zwischen Rettungsleitstellen ist insbesondere für spezialisierte Versorgungsformen zu ermöglichen. Der Akutleitstelle soll ein lesender Zugriff ermöglicht werden.

(3) Die Gesellschaft für Telematik hat bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des zweiundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] Vorgaben zur Interoperabilität der Informationssysteme nach Absatz 2 Satz 1 und im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik Vorgaben zur

Informationssicherheit festzulegen. Dabei ist die Integration in Krankenhaus-Notaufnahme-Systeme, Rettungsdienst-Dokumentations-Systeme und Einsatzleitsysteme systemseitig zu ermöglichen.

(4) Die Einbindung von Ersthelfern nach § 30 Absatz 3 Satz 2 durch Leistungserbringer des Notfallmanagements muss durch auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssystemen erfolgen, die interoperabel zu anderen auf digitalen Anwendungen basierenden Ersthelferalarmierungssystemen sind und dem Ziel eines möglichst hohen Verbreitungsgrades sowie einer einfachen Bedienung entsprechend konzipiert sind. Die Rahmenempfehlungen nach § 133b Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 sind zu beachten.

§133d

Datenübermittlung zur Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung

(1) Die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung übermitteln in elektronischer anonymisierter Form zum 31. März eines jeden Kalenderjahres, erstmals zu dem 31. März des übernächsten auf den Erlass der Rechtsverordnung nach § 133c Absatz 6 Satz 2 folgenden Kalenderjahres, für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr die für die Ermittlung der Leistungsqualität in der medizinischen Notfallrettung gemäß der Rechtsverordnung nach § 133c Absatz 6 Satz 2 erforderlichen Daten an die Datenstelle nach Absatz 3. Das Nähere zur Übermittlung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einer Richtlinie.

(2) Die Datenstelle nach Absatz 3 wertet die nach Absatz 1 Satz 1 übermittelten Daten aus und veröffentlicht sie in zusammengefasster und anonymisierter Form und nach Ausschluss der Möglichkeit von Rückschlüssen auf Leistungserbringer und einzelne Einsätze bis zum 1. Juli eines jeden Kalenderjahres gegliedert nach bundes- und landesweiten Ergebnissen. Die Datenstelle hat für das Bundesministerium für Gesundheit, für das Gremium nach § 133b, für die für den Rettungsdienst zuständigen Landesbehörden sowie für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen auf Anforderung Auswertungen für ihre Belange zu erstellen und sie der jeweiligen anfordernden Stelle zur Verfügung zu stellen.

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

§ 133e

Einbindung der von § 133 Absatz 1 erfassten Leistungserbringer in die Telematikinfrastruktur und deren Finanzierung

(1) Die von § 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.

(2) Zum Ausgleich der in § 376 genannten Ausstattungs- und Betriebskosten erhalten die von § 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 Vereinbarung nach § 378 Absatz 2 für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer vereinbarten Pauschalen von den Krankenkassen.

(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, Anzahl der Fahrzeuge und Beschäftigtenanzahl, zu berücksichtigen.

(4) Die Vereinbarungspartner nach Absatz 3 Satz 1 verhandeln den abweichenden Erstattungsbedarf nach Absatz 3 Satz 2 im Abstand von jeweils zwei Jahren, sofern dies erforderlich ist. Wird eine Änderung nach Satz 1 nicht innerhalb dieser Frist vereinbart, gilt die jeweils bestehende Vereinbarung nach Absatz 3 fort.

§ 133f

Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung

(1) Investitionen in die digitale Infrastruktur nach § 30 Absatz 3 Satz 1, § 133a, § 133c Absatz 1, Absätze 2 und 3 sowie Absatz 4 werden in den Jahren von 2027 bis 2031 aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes finanziert.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen übernimmt die Abwicklung der Förderung. Das Fördervolumen entspricht den im Wirtschaftsplan des Sondervermögens eingestellten Beträgen. Die Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1 stellen entsprechende Anträge bei der zuständigen Landesbehörde. Nach einer Prüfung und Priorisierung leitet diese die Förderanträge an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen weiter. Für jedes der Kalenderjahre 2027 bis 2031 kann jedes Land höchstens den Anteil an den zur Verfügung stehenden Fördermitteln abrufen, der sich für das jeweilige Land aus dem Königsteiner-Schlüssel für das Jahr 2019 ergibt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht auf seiner Internetseite für jedes der Kalenderjahre 2027 bis 2031 die Höhe der Beträge, bis zu denen einzelne Länder die Zuteilung von Fördermitteln beantragen können.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erlässt bis zum 30.06.2027 im Benehmen mit den Ländern unter der Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 133b Absatz 3 eine Richtlinie, die nähere Vorgaben und Bestimmungen zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen enthält. Für die Rechnungslegung und die Bewirtschaftung der Fördermittel gelten die für die Sozialversicherungsträger geltenden Vorschriften entsprechend. Die zweckentsprechende Verwendung der Mittel ist gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen nachzuweisen. Sofern die Fördervoraussetzungen nachträglich nicht mehr gegeben sind oder die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden, ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen befugt, bereits ausgezahlte Mittel zurückzufordern. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum [...], insbesondere über Art, Umfang und Verwendungsort der Mittel, sodass eine zweckentsprechende Mittelverwendung nachvollzogen werden kann.

(4) Investitionen nach Absatz 1 dürfen ausschließlich über die Förderung nach dieser Vorschrift geltend gemacht werden, eine Berücksichtigung der entsprechenden Kosten im Rahmen der Vergütung nach § 133 ist nicht möglich.

§ 133g

Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben

Die zuständige Landesbehörde kann einem Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1 für das Notfallmanagement nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen folgende Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben gemeinsam zuweisen:

1. die landesweite Koordinierung von Versorgungsprozessen und -kapazitäten der Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1, insbesondere bei Großschadenslagen, im Zusammenwirken mit den für Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und den nach § 6b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmten Krankenhäusern,
2. die landesweite Koordinierung und Abstimmung sämtlicher technischer und organisatorischer Prozesse im Gesundheitsleitsystem nach § 133a mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung,
3. die Konzeption und die Koordinierung des Einsatzes landesweiter, insbesondere telemedizinischer Versorgungsnetzwerke sowie informationstechnischer Systeme und digitaler Dienste für die medizinische Notfallrettung. Hierzu gehört insbesondere der landesweite Betrieb eines interdisziplinären Versorgungskapazitäten-nachweises nach § 133c Absatz 2, die digitale standardisierte Notrufabfrage nach § 133a Absatz 1, landesweite Aufgaben zum Anschluss der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung an die Telematikinfrastruktur sowie
4. die Übernahme von weiteren überregionalen und länderübergreifenden Aufgaben der medizinischen Notfallrettung zur bedarfsgerechten Steuerung der Leistungen nach § 30.

Das Nähere zu dem Inhalt der in Satz 1 genannten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben vereinbaren die Vertragsparteien nach § 133 Absatz 2. Bei der Entscheidung über die Erklärung des in Satz 1 genannten Benehmens sowie bezüglich der Vereinbarungen nach Satz 2 handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich. Die zuständige Landesbehörde hat Bedenken, die die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen im Rahmen der Benehmensherstellung zur Entscheidung über die in Satz 1 genannte Zuweisung vortragen, zu berücksichtigen. Die zuständige Landesbehörde hat dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft bis zum 31. Oktober eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 31. Oktober 2026, mitzuteilen, welchen Rettungsleitstellen sie die in Satz 1 genannten Aufgaben zugewiesen hat.“

19. In § 140f Absatz 2 Satz 5 wird die Angabe „§ 116b Abs. 4“ durch die Angabe „§ 116b Absatz 4, § 123c Absatz 2“ ersetzt.
20. In § 291b Absatz 5 Satz 3 wird die Angabe „§ 75 Absatz 1b Satz 3“ durch die Angabe „§ 75 Absatz 1b Satz 10“ ersetzt.
21. In § 294a Absatz 1 wird Satz 1 durch den folgenden Satz ersetzt:

„Liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass eine Krankheit eine Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung oder deren Spätfolgen oder die Folge oder Spätfolge eines Arbeitsunfalls, eines sonstigen Unfalls, einer Körperverletzung, einer Schädigung im Sinne des Vierzehnten Buches, einer Wehrdienstbeschädigung nach § 3 des Soldatenentschädigungsgesetzes ist, oder liegen Hinweise auf drittverursachte

Gesundheitsschäden vor, sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen, die Krankenhäuser nach § 108 sowie die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 133 Absatz 1 verpflichtet, die erforderlichen Daten, einschließlich der Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher, den Krankenkassen mitzuteilen.“

22. In § 302 werden die Absätze 1 und 2 durch die folgenden Absätze ersetzt:

„(1) Die Leistungserbringer im Bereich der Heil- und Hilfsmittel sowie der digitalen Gesundheitsanwendungen und die weiteren Leistungserbringer sind verpflichtet, den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen und den Tag der Leistungserbringung sowie die Arztnummer des verordnenden Arztes, die Verordnung des Arztes mit der Diagnose und den erforderlichen Angaben über den Befund und die Angaben nach § 291a Absatz 2 Nummer 1 bis 10 anzugeben; bei der Abrechnung über die Abgabe von Hilfsmitteln sind dabei die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 zu verwenden und die Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten nach § 33 Absatz 1 Satz 9 anzugeben. Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b Absatz 1 und 2 sowie der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c ist zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 die Zeit der Leistungserbringung und nach § 293 Absatz 8 Satz 14 die Beschäftigtennummer der Person, die die Leistung erbracht hat, anzugeben. Bei der Abrechnung von Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 wird abweichend zu Satz 1 anstatt der Arztnummer des verordnenden Arztes und der Verordnung des Arztes mit der Diagnose und den erforderlichen Angaben über den Befund das Ergebnis der Notrufabfrage sowie eine eindeutige Fallidentifikationsnummer übermittelt. Bei Abrechnungen von Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 Absatz 2 Nummer 2 und 3 ersetzt der Auftrag des Gesundheitsleitsystems oder der Rettungsleitstelle und deren eindeutige Fallidentifikationsnummer nach Satz 3 die Arztnummer des verordnenden Arztes und der Verordnung des Arztes; die vorläufige Diagnose und die erforderlichen Angaben über den Befund werden vom Leistungserbringer selbst übermittelt. Die Leistungserbringer der notfallmedizinischen Versorgung und des Notfalltransportes nach § 30 Absatz 2 Nummer 2 und 3 sind verpflichtet, die Angaben nach § 291a Absatz 2 Nummer 1 bis 10 an die Leistungserbringer des Notfallmanagement nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 weiterzugeben, von denen Sie den Auftrag zur Leistungserbringung erhalten haben. Die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 75 Absatz 1c sind verpflichtet, die Angaben nach § 291a Absatz 2 Nummer 1 bis 10 an die Leistungserbringer des Notfallmanagement nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 weiterzugeben, von denen Sie einen Fall nach § 133a Absatz 2 Nummer 3 erhalten haben.

(2) Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Richtlinien, die in den Leistungs- oder Lieferverträgen zu beachten sind. Die Leistungserbringer nach Absatz 1 können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen Rechenzentren in Anspruch nehmen. Die Rechenzentren dürfen die ihnen hierzu übermittelten Daten für im Sozialgesetzbuch bestimmte Zwecke und nur in einer auf diese Zwecke ausgerichteten Weise verarbeiten, soweit sie dazu von einer berechtigten Stelle beauftragt worden sind; anonymisierte Daten dürfen auch für andere Zwecke verarbeitet werden. Die Rechenzentren dürfen die Daten nach Absatz 1 den Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln, soweit diese Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 73 Absatz 8 und § 84 erforderlich sind. Soweit die Daten nach Absatz 1 für die Aufgabenerfüllung nach § 305a erforderlich sind, haben die Rechenzentren den Kassenärztlichen Vereinigungen diese Daten auf Anforderung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. § 300 Absatz 2 Satz 5 bis 7 gilt entsprechend. Im Rahmen der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, der außerklinischen

Intensivpflege nach § 37c sowie der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 133 Absatz 1 sind vorbehaltlich des Satzes 8 von den Krankenkassen und den Leistungserbringern ausschließlich elektronische Verfahren zur Übermittlung von Abrechnungsunterlagen einschließlich des Leistungsnachweises zu nutzen, wenn der Leistungserbringer

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

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

23. In § 354 wird nach Absatz 3 der folgende Absatz eingefügt:

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

24. In § 370a Absatz 1 Satz 5 wird die Angabe „Satz 20 und 21“ durch die Angabe „Satz 18 und 19“ ersetzt.
25. In § 377 Absatz 5 wird die Angabe „Notfallambulanzen“ durch die Angabe „Notaufnahmen“ ersetzt.
26. Nach § 393 wird der folgende § 394 eingefügt:

„§ 394

Kataster automatisierter externer Defibrillatoren (AED-Kataster)

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit errichtet bis zum 1. Januar 2027 zur Förderung der Laienreanimation nach § 30 Absatz 3 Satz 2 ein öffentlich zugängliches bundesweites Kataster von automatisierten externen Defibrillatoren, die für die Benutzung durch Laien vorgesehen sind, und bestellt eine öffentliche Stelle oder einen privaten Dienstleister zur technischen Umsetzung, zum Betrieb und zur Datenhaltung (AED-Katasterbetreiber).

(2) Der AED-Katasterbetreiber gewährleistet Verfügbarkeit, regelmäßige Datensicherung und nutzt interoperable, dokumentierte Schnittstellen, die vom Bundesministerium für Gesundheit vorgegeben werden, zum Datenaustausch mit Leitstellen-, Notrufsystemen und Ersthelfer-Applikationen. Der AED-Katasterbetreiber unterhält eine über elektronische Netzwerke öffentlich zugängliche Weboberfläche, in welcher die Standorte der automatisierten externen Defibrillatoren durch Suchanfrage ermittelt und in einer Karte dargestellt werden können.

(3) Zu den automatisierten externen Defibrillatoren sind vom AED-Katasterbetreiber mindestens Adresse, Geokoordinaten und Informationen zur Zugänglichkeit bereitzustellen.

(4) Der AED-Katasterbetreiber stellt einheitliche geeignete elektronische Meldeformulare zur Verfügung und bietet Schnittstellen für die automatische Übermittlung der Datensätzen an.

(5) Die Veröffentlichung und der Austausch von Informationen erfolgt ohne Personenbezug. Der AED-Katasterbetreiber ist befugt, die zur Erfüllung dieser Vorschrift erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten.“

Artikel 2

Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 75 Absatz 1e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 1 geändert worden ist, wird durch den folgenden Absatz 1e ersetzt:

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

Artikel 3

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 8a des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

In § 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 6 wird die Angabe „integrierter Notfallstrukturen“ durch die Angabe „Integrierter Notfallzentren nach § 123 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Integrierter Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 4

Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung

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

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

Artikel 5

Änderung des Apothekengesetzes

Das Apothekengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 12a wird der folgende § 12b eingefügt:

„§ 12b

(1) Der Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke kann zur Versorgung von Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten einen Vertrag mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und dem Träger des Krankenhauses, mit dessen Notaufnahme die Notdienstpraxis ein Integriertes Notfallzentrum bildet, schließen. Die Versorgung kann durch die öffentliche Apotheke erfolgen, wenn diese in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis liegt. Liegt die öffentliche Apotheke nicht in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis, kann die Versorgung durch den Betrieb einer zweiten Offizin dieser Apotheke mit Lagerräumen an dem Standort, an dem die Notdienstpraxis betrieben wird, erfolgen, wenn die Räume der zweiten Offizin in angemessener Nähe zu dieser Apotheke liegen.

(2) In einem in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertrag ist insbesondere zu vereinbaren, dass

1. eine ordnungsgemäße Versorgung der Patienten der Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sichergestellt wird,
2. die Patienten und die Angestellten der Notdienstpraxis zu Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten informiert und beraten werden,
3. die Apotheke oder die zweite Offizin der Apotheke während der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis geöffnet ist,
4. eine ordnungsgemäße Lagerung von Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten auch gewährleistet ist, soweit diese in Räumen an dem Standort, an dem die Notdienstpraxis betrieben wird, erfolgt, und der Zugang zu diesen Räumen dem Personal der Apotheke vorbehalten bleibt und

5. die freie Apothekenwahl der Patienten nicht eingeschränkt wird.

(3) Ein in Absatz 1 Satz 1 genannter Vertrag ist der zuständigen Behörde mindestens drei Wochen vor Aufnahme der Versorgung vorzulegen.“

2. In § 20 wird nach Absatz 3 der folgende Absatz 4 eingefügt:

„(4) Apotheken, deren Inhaber einen in § 12b Absatz 1 Satz 1 genannten Vertrag abgeschlossen haben, erhalten unabhängig von pauschalen Zuschüssen nach Absatz 1 einen pauschalen Zuschuss für jede Kalenderwoche, in der sie während der Öffnungszeiten der jeweils betreffenden Notdienstpraxis geöffnet waren. Die in Satz 1 genannten Apotheken haben dem Deutschen Apothekerverband e. V. im Wege einer Selbsterklärung für jedes Kalenderquartal mitzuteilen, dass ein in § 12b Absatz 1 Satz 1 genannter Vertrag besteht, und in wie vielen Kalenderwochen des jeweiligen Kalenderquartals sie während der Öffnungszeiten der jeweils betreffenden Notdienstpraxis geöffnet waren. Der Deutsche Apothekerverband e.V. legt die Form und Näheres zum Inhalt der in Satz 2 genannten Erklärung fest und veröffentlicht diese Festlegungen auf seiner Webseite. Die in Satz 2 genannte Erklärung hat jeweils innerhalb von vier Wochen nach dem Ende des jeweiligen Kalenderquartals zu erfolgen. Absatz 3 und § 19 Absatz 7 gelten entsprechend.“

3. § 25 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird nach Nummer 2a die folgende Nummer 2b eingefügt:

„2b. entgegen § 12b Absatz 3 einen Vertrag nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt,“.

b) In Absatz 3 wird nach der Angabe „Absatzes 1 Nr. 1,“ die Angabe „2b,“ eingefügt.

Artikel 6

Änderung der Apothekenbetriebsordnung

Die Apothekenbetriebsordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. September 1995 (BGBl. I S. 1195), die zuletzt durch Artikel 84 des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 1a wird nach Absatz 18 der folgende Absatz 19 eingefügt:

„(19) Notdienstpraxisversorgende Apotheken sind öffentliche Apotheken, die einen in § 12b Absatz 1 Satz 1 des Apothekengesetzes genannten Vertrag zur Versorgung von Patienten einer Notdienstpraxis abgeschlossen haben.“

2. § 3 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „von Einrichtungen im Sinne von § 12a des Apothekengesetzes“ durch die Angabe „von in den §§ 12a und 12b des Apothekengesetzes genannten Einrichtungen“ ersetzt.

b) In Absatz 6 Satz 2 wird die Angabe „im Sinne des § 12a des Apothekengesetzes“ durch die Angabe „aufgrund eines in § 12a Absatz 1 Satz 1 des Apothekengesetzes genannten Vertrags sowie von Patienten einer zu versorgenden Notdienstpraxis aufgrund eines in § 12b Absatz 1 Satz 1 des Apothekengesetzes genannten Vertrags“ ersetzt.

3. § 4 Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

„(5) Eine notdienstpraxisversorgende Apotheke kann abweichend von Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 zusätzlich Betriebsräume einer zweiten Offizin mit Lagerräumen an dem Standort, an dem die betreffende Notdienstpraxis betrieben wird, umfassen. Die Absätze 2a, 2d und 6 gelten entsprechend.“

4. In § 23 Absatz 1 werden nach Satz 2 die folgenden Sätze eingefügt:

„Abweichend von Satz 2 sind notdienstpraxisversorgende Apotheken während der Öffnungszeiten der jeweils betreffenden Notdienstpraxis zur Dienstbereitschaft verpflichtet. Erfolgt die Versorgung der Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis durch eine zweite Offizin einer notdienstpraxisversorgenden Apotheke, so ist abweichend von Satz 2 und 3 die zweite Offizin während der Öffnungszeiten dieser Notdienstpraxis zur Dienstbereitschaft verpflichtet.“

Artikel 7

Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung

Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung vom 14. Februar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 38), die durch Artikel 1 der Verordnung vom 14. Februar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 39) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

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

„§ 17a

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

(1) Der Betreiber eines Automatisierten Externen Defibrillators, der für die Anwendung durch Laien vorgesehen ist, hat binnen 30 Tagen nach Inbetriebnahme des Automatisierten Externen Defibrillators die Angaben nach Absatz 2 an das AED-Kataster gemäß § 394 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu melden. Abweichend von Satz 1 sind für Automatisierte Externe Defibrillatoren, die vor dem 1. Januar 2027 in Betrieb genommen wurden, die Angaben nach Absatz 2 bis zum 1. Februar 2027 an den AED-Katasterbetreiber gemäß § 394 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu melden.

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

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,
5. bei fernüberwachten Automatisierten Externen Defibrillators der Funktionszustand.

(3) Der Betreiber hat zur Meldung der Daten die Schnittstellen des AED-Katasters gemäß § 394 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die automatische Übermittlung der Datensätzen zu nutzen. Verfügt der Automatisierte Externe Defibrillator nicht über kompatible Schnittstellen, so nutzt der Betreiber das elektronische Meldeformular, dass vom AED- Kataster zur Verfügung gestellt wird.

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

Artikel 8

Änderung des Betäubungsmittelgesetzes

Das Betäubungsmittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 29. November 2024 (BGBl. I S. 358) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 4 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 4 wird durch die folgenden Nummern ersetzt:

4. in Anlage III bezeichnete Betäubungsmittel im Rahmen des grenzüberschreitenden Dienstleistungsverkehrs

a) als Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt

b) als Rettungsdienstbedarf in angemessener Menge auf einem Fahrzeug des Rettungsdienstes

ausführt oder einführt,

5. in Anlage 3 bezeichnete Betäubungsmittel auf Grund ärztlicher, zahnärztlicher oder tierärztlicher Verschreibung erworben hat und sie als Reisebedarf ausführt oder einführt,“.

b) Die bisherigen Nummern 5 und 6 werden zu den Nummern 6 und 7.

2. § 11 Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 3 wird die Angabe „und“ durch ein Komma ersetzt.

b) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 4 eingefügt:

6. Regelungen über das Mitführen von Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf auf Fahrzeugen des Rettungsdienstes im Rahmen des grenzüberschreitenden Rettungsdienstes getroffen und“.

c) Nummer 4 wird zu Nummer 5.

Artikel 9

Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung

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

1. Nach § 13 Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:

„(5) Die Absätze 1 bis 4 finden keine Anwendung auf die Durchführung einer angemessenen Menge an Betäubungsmitteln, wenn diese als Rettungsdienstbedarf auf einem Fahrzeug des Rettungsdienstes mitgeführt werden.“

2. § 15 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 2 eingefügt:

2. auf einem Fahrzeug des Rettungsdienstes in angemessener Menge als Rettungsdienstbedarf oder“.

- b) Nummer 2 wird zu Nummer 3.

Artikel 10

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 19a Absatz 1 wird wie folgt geändert:

1. Nach Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

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

2. In dem neuen Satz 7 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.
3. 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.“

Artikel 11

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Artikel 2 tritt am [...] in Kraft. Artikel 7 tritt am 1. Januar 2027 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

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

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

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

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

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

Um den mit der Vernetzung mit den Rettungsleitstellen zukünftig einhergehenden Anforderungen und dem erhöhten Gesprächsaufkommen gerecht zu werden, wird die bundesweit einheitliche Rufnummer 116117 der Kassenärztlichen Vereinigungen in Terminservicestellen und Akutleitstellen aufgeteilt und die damit einhergehende effizientere Steuerung der Hilfesuchenden finanziell weiter gestärkt. Es werden genaue Vorgaben zur Erreichbarkeit für die Akutleitstelle festgelegt und es wird das Angebot von telemedizinischen Leistungen verpflichtend ausgebaut. Zur Förderung des Ausbaus dieser Strukturen stellen die

Gesetzliche Krankenversicherung und die Kassenärztlichen Vereinigungen zusätzliche Mittel paritätisch durch eine pauschale Vorhaltefinanzierung bereit. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen müssen entsprechend ihrer Stellung im Krankenversicherungsmarkt an der Vereinbarung der Förderung der Strukturen des Notdienstes und der Bereitstellung des Förderbetrages beteiligt werden. Dabei werden die verfassungsrechtlichen Vorgaben an die Zulassung derartiger Sonderabgaben gewahrt.

Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen

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

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

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

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

Einrichtung von Integrierten Notfallzentren und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche

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

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

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

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

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird beauftragt, in einer Richtlinie allgemeine Anforderungen an die sachliche oder personelle Ausstattung der Notdienstpraxen vorzugeben. So wird eine bundesweit einheitliche Qualität der Notdienstpraxen erreicht. Darüber hinaus erhält der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag, Vorgaben für ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument, das Entscheidungen über die Behandlungsdringlichkeit und die richtige Versorgungsebene des Integrierten Notfallzentrums generieren kann, zu beschließen.

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

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

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten von Notdienstpraxen mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten soll durch die Einführung von Versorgungsverträgen mit öffentlichen Apotheken verbessert werden. Diese Apotheken sollen grundsätzlich in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis liegen.

Reform der sozialversicherungsrechtlichen Regelungen des Rettungsdienstes

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

Zur Herstellung eines einheitlichen Verständnisses sieht der Entwurf die Einsetzung eines Fachgremiums vor, in dem Spitzenverband der Krankenkassen und Länder zusammenarbeiten, um Rahmenempfehlungen für die medizinische Notfallrettung zu erarbeiten. Die

Rahmenempfehlungen dienen als unverbindlicher Orientierungsrahmen, während die konkrete Ausgestaltung an regionale Besonderheiten angepasst werden kann.

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

III. Alternativen

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

IV. Gesetzgebungskompetenz

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

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

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

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Änderungen im Apothekengesetz und in der Apothekenbetriebsordnung folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 des Grundgesetzes (Recht des Apothekenwesens).

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

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

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

VI. Gesetzesfolgen

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

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Prozesse der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in der Notfallversorgung sollen bundesweit einheitlich geregelt und vereinfacht werden. Dies wird über die Vernetzung der Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigung und der Rettungsleitstellen mit verlässlichen Überleitungsmöglichkeiten von Hilfesuchenden und die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren, die eine verbindliche Zusammenarbeit von Notaufnahmen der Krankenhäuser und Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen beinhalten, umgesetzt. Der Prozess der Datenübermittlung im System wird digitalisiert (digitale Rettungskette). Die Verordnung einer Krankentransportbeförderung kann durch die Abfrage in einem Gesundheitsleitsystem ersetzt werden.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

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

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

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Mit den Neuregelungen der Notfallreform wird eine verbesserte Kooperation der drei Leistungsbereiche des Notdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Notaufnahmen der Krankenhäuser und des Rettungsdienstes erreicht.

Bund, Länder und Kommunen

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

Die Haushalte der Länder und Kommunen werden durch die Kooperationsvereinbarungen zu den Gesundheitsleitsystemen, die durch eine Vernetzung der Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Rettungsleitstellen der Länder und Kommunen gebildet werden, allenfalls geringfügig belastet. Investitionskosten für die Einrichtung von integrierten Notfallzentren entstehen den Ländern höchstens in geringfügigem Umfang, da in der Regel auf bereits vorhandene Strukturen in den Krankenhäusern aufgesetzt werden kann. Darüber hinaus stehen Mittel des Krankenhaustransformationsfonds zur Verfügung, wodurch der Anteil des vom Land zu tragenden Betrages zusätzlich um die Hälfte reduziert würde.

Gesetzliche Krankenversicherung

Mehrausgaben

Ausbau des aufsuchenden Dienstes

Der verpflichtende Ausbau des aufsuchenden Dienstes nach § 75 Absatz 1b Satz 5 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf einen 24-Stunden-Betrieb führt zu maximalen geschätzten Mehrausgaben für die gesetzlichen Krankenkassen von rund 98 Millionen Euro. Laut dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland entstehen den Kassenärztlichen Vereinigungen bereits heute durch die ihnen obliegende Finanzierung und Organisation des fahrenden Dienstes (zum Beispiel durch Kooperation mit externen Dienstleistern) für den ärztlichen Bereitschaftsdienst insgesamt jährliche Kosten von 70 Millionen Euro; bei Ausweitung des fahrenden Dienstes auf 24 Stunden können sich diese Kosten verdreifachen. Davon übernehmen die gesetzliche Krankenversicherung und die privaten Krankenversicherungsunternehmen maximal die Hälfte der Kosten in Höhe von 105 Millionen Euro. Abzüglich des Beitrages der privaten Krankenversicherungsunternehmen entfallen auf die gesetzliche Krankenversicherung rund 98 Millionen Euro.

Mehrbedarf Akutleitstelle

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

Durch die Vereinbarungen nach § 105 Absatz 1b Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden die durch den Gesetzentwurf verursachten Investitionen sowie die zusätzlichen laufenden Kosten für die Errichtung und der Betrieb der Akutleitstellen, das telemedizinische ärztliche Beratungsangebot, die Vorhaltekosten für den aufsuchenden Fahrdienst

sowie die Vernetzung mit den Rettungsleitstellen gefördert und zu höchstens 50 Prozent von der gesetzlichen Krankenversicherung und den privaten Krankenversicherungsunternehmen getragen. Diese Kosten sind der fallbezogenen Vergütung über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab in der Regel nicht zugänglich, da die Identität der Hilfesuchenden, insbesondere die Krankenkasse, nicht eindeutig geklärt werden kann oder auch Dritte, oft Angehörige, die Akutleitstelle kontaktieren. Da die über § 105 Absatz 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch finanzierten Maßnahmen oder Leistungen allen Hilfesuchenden unabhängig vom Versicherungsstatus zu Gute kommen, werden die privaten Krankenversicherungsunternehmen an der Förderung beteiligt. Eine Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen reduziert den Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung zu tragen hat, um sieben Prozent.

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

Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung

Die Mehr- oder Minderausgaben aufgrund der Anpassungen der Vergütungsstrukturen an die Zusammenarbeit in Integrierten Notfallzentren sind nicht quantifizierbar. Die Abgabe von Einsätzen der Rettungsleitstellen an die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen führt zu einer deutlich erhöhten Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung in der hausärztlichen Versorgung, der fachärztlichen Versorgung und in den Strukturen des Notdienstes nach § 75 Absatz 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, deren Auswirkungen ebenfalls nicht quantifizierbar sind.

Entlastungen

Diesen zusätzlichen Ausgaben stehen jedoch erhebliche finanzielle Entlastungen für die gesetzliche Krankenversicherung aufgrund der Vernetzung der Akut- und Rettungsleitstellen gegenüber, die sich durch eine verbesserte Steuerung von Versicherten und damit gezieltere Nutzung der Notfalleinrichtungen ergeben. Die Vernetzung der Akut- und Rettungsleitstellen führt zu einer deutlich steigenden Abgabe von Fällen der Rettungsleitstellen, die zu einem Rettungseinsatz geführt hätten, an die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Entlastungen leiten sich wie folgt her. Gegenwärtig werden in den meisten deutschen Rettungsleitstellen fast keine Anrufe an die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen abgegeben. Angenommen wird eine Abgabequote von 1 000 Fällen pro eine Million Einwohner pro Jahr. In gut ausgebauten Systemen wird eine Steigerung dieser Quote auf bis zu 20 000 Fälle pro eine Million Einwohner pro Jahr prognostiziert. Dies entspricht einem möglichen Anteil von bis zu 15 Prozent potenziellen Abgaben an die Kassenärztliche Vereinigung. In der Hochrechnung ergibt sich eine Zahl von bundesweit rund 915

000 Fälle pro Jahr (15 Prozent von 6,1 Millionen Rettungswagen-Fällen pro Jahr insgesamt in Deutschland), die von den Rettungsleitstellen an die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen abgegeben werden können und somit mittelfristig in diesem Bereich zu einer Einsparung von rund 705 Millionen Euro führen.

Die Verwendung einer standardisierten Notrufabfrage in den Rettungsleitstellen führt mittelfristig zu einem einheitlichen Niveau von Notarzteinsätzen. In bereits ausgebauten Systemen sind circa 20 Notarzteinsätze pro 1.000 Einwohner pro Jahr ohne Qualitätsverlust erreichbar. Dies führt zu einem Potenzial von rund 300 000 vermeidbaren Notarzteinsätzen und damit einer Einsparung von rund 223 Millionen Euro. Durch den Einsatz von kostengünstigeren Fahrzeugen des Krankentransportes und Krankenfahrten statt Rettungswagen sind weitere Einsparsummen von bis zu 370 Millionen Euro möglich. Verzichtet der Rettungsdienst vor Ort auf einen Transport und belässt den Versicherten zuhause, verkürzt sich die Einsatzzeit des Rettungswagens und er steht schneller wieder zur Verfügung. Daraus wird ein Einsparpotential von bis zu 173 Millionen Euro angenommen.

Da nach § 133a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Vernetzung auf Wunsch der Rettungsleitstellen erfolgt und bei den Leistungserbringern Anpassungen von Prozessen und Betriebsabläufen erforderlich sind, ist nicht davon auszugehen, dass das oben genannte Einsparungspotential kurzfristig in voller Höhe realisiert werden kann. Die geschätzte Steigerungsrate der ersten fünf Jahre nach Inkrafttreten sind der Tabelle zu entnehmen.

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

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

Insgesamt kann durch die Maßnahmen, die mit den Regelungen zur Notfallreform vorgesehen werden, langfristig mit jährlichen Einsparungen von 1,3 Milliarden Euro im Jahr gerechnet werden.

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

Finanzwirkung der Notfallreform für die Gesetzliche Krankenversicherung (in Millionen Euro, ohne Folgekosten für stationäre Aufnahmen)	2027	2028	2029	2030	2031
Mehrausgaben					
Ausbau des aufsuchenden Dienstes	98	98	98	98	98
Mehrbedarf Akutleitstelle	42	42	42	42	42
Summe Mehrausgaben	140	140	140	140	140
Einsparungen					

Abgabe Hilfeersuchen von Rettungsleitstellen an die Kassenärztlichen Vereinigungen	-212	-423	-635	-705	-705
Reduktion von Notarzteinsätzen	-67	-134	-201	-223	-223
Entsendung bedarfsgerechter Transportmittel	-74	-148	-222	-296	-370
Behandlung vor Ort bei fehlender Transportindikation	-87	-173	-173	-173	-173
Summe Einsparungen	-439	-878	-1.230	-1.397	-1.471
Saldo	-299	-738	-1.090	-1.257	-1.331

Private Krankenversicherungsunternehmen

Den privaten Krankenversicherungsunternehmen entsteht durch eine finanzielle Beteiligung an der Förderung des Notdienstes nach § 105 Absatz 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein jährlicher Mehraufwand in Höhe von rund 10 Millionen Euro. Diesen zusätzlichen Ausgaben stehen jedoch erhebliche finanzielle Entlastungen für die private Krankenversicherung gegenüber, die anteilmäßig ungefähr derjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht und sich damit auf rund 103 Millionen Euro beläuft.

4. Erfüllungsaufwand

4.1 Erfüllungsaufwand der Bürgerinnen und Bürger

Bürgerinnen und Bürgern werden durch die Neustrukturierung der medizinischen Notfallversorgung bei der Suche nach Hilfe in medizinischen Akut- und Notfällen entlastet. Wenn im Falle einer notdienstlichen Akutversorgung eine telefonische und videogestützte Versorgung möglich ist, entfällt die Fahrt zur Notdienstpraxis oder der Notaufnahme und die dortige Wartezeit. Dies entspricht einer Zeitersparnis von 3,3 Millionen Stunden im Jahr und reduziert die Wegesachkosten um 4,65 Millionen Euro.

4.2 Erfüllungsaufwand der Wirtschaft

Die Leistungserbringer des Rettungsdienstes werden aufgrund des Wegfalles der Verordnung einer Krankenhäuförderung durch die Entscheidung mittels standardisierter Notrufabfrage (§ 30 Absatz 2 Satz 2) in einer Höhe über 200 Millionen Euro entlastet.

Ergänzend fallen nachfolgende Erfüllungsaufwände an

Erfüllungsaufwand kleiner 500 000 Euro		einmalig	jährlich
Apotheken	Versorgungsverträge INZ	x	
Krankenhäuser	Kooperationsvereinbarung INZ	x	
Leistungserbringer Notfallrettung	Kooperationsvereinbarung Gesundheitssystem	x	
Erfüllungsaufwand kleiner 100 000 Euro			
Deutsche Krankenhausgesellschaft	Rahmenvereinbarung zum INZ	x	
PKV-Verband	Vereinbarung mit Krankenkassen für Beteiligung am Strukturfonds nach § 105 Absatz 1b SGB V	x	

Landeskrankenhausgesellschaften	Erweiterung Aufgaben erweiterter Landesausschuss		x
Leistungserbringer Notfallrettung	Aufnahme in das Landesgremium nach § 90a SGB V		x

4.3 Erfüllungsaufwand für die Verwaltung

Die Einrichtung einer Geschäftsstelle für das Gremium nach § 133b beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen fordert einen Erfüllungsaufwand von geschätzt 1 Million Euro jährlich, dies schließt die Vergabe von externen Evaluierungsaufträgen mit ein. Die Einrichtung einer Datenstelle für die Verarbeitung und Auswertung der Daten zur Qualitätssicherung in der Notfallrettung verursacht einen Aufwand von rund 800 000 Euro im Jahr.

Ergänzend fallen nachfolgende Erfüllungsaufwände an:

Erfüllungsaufwand kleiner 500 000 Euro		einmalig	jährlich
Kassenärztliche Vereinigungen	Versorgungsverträge Apotheke	x	
	Kooperationsvereinbarung INZ	x	
	Kooperationsvereinbarung Gesundheitssystem	x	
Erfüllungsaufwand kleiner 100 000 Euro			
Kassenärztliche Bundesvereinigung	Rahmenvereinbarung INZ	x	
	Evaluation der Tätigkeit der Terminservicestellen		x
	Bericht über die Vereinbarungen zu Gesundheitssystemen		
Spitzenverband Bund der Krankenkassen	Rahmenvereinbarung INZ	x	
	Bericht zum Stand der Vereinbarungen nach § 105 Absatz 1b SGB V		x
	Verwaltung und Bericht zum SVIK nach § 133f		X (bis 2031)
Landesverbände der Krankenkassen	Vereinbarung für Beteiligung am Strukturfonds nach § 105 Absatz 1b SGB V	x	
	Erweiterung der Aufgaben des erweiterten Landesausschusses		
Landeskrankenhausgesellschaften	Erweiterung Aufgaben erweiterter Landesausschuss		x

Kassenärztliche Vereinigungen	Erweiterung der Aufgaben des erweiterter Landesausschuss		x
Leistungserbringer Notfallrettung	Aufnahme in das Landesgremium nach § 90a SGB V		x

5. Weitere Kosten

Keine.

6. Weitere Gesetzesfolgen

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

VII. Befristung; Evaluierung

Eine Befristung erfolgt nicht. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung evaluiert die Tätigkeit der Akutleitstellen nach § 75c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit über die Anzahl und den Stand der Kooperationsvereinbarungen der eingerichteten Gesundheitsleitsysteme. Die Kassenärztlichen Vereinigungen evaluieren die Versorgung in den Integrierten Notfallzentren. Die Ergebnisse werden über die Kassenärztliche Bundesvereinigung dem Bundesministerium für Gesundheit berichtet.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 27)

Die medizinische Notfallrettung wird als eigenständige Leistung im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehen. Daraus ergibt sich ein Anspruch der Versicherten auf medizinische Notfallrettung. Sie wird zur Klarstellung in den Katalog der Krankenbehandlung nach § 27 aufgenommen. Mit den Neuregelungen des Leistungsrahmens in § 30 werden die Kosten für die medizinische Notfallrettung (Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung, Notfalltransport in eine geeignete Einrichtung) nicht mehr im Sinne von Fahrkosten von der Durchführung eines Transportes abhängig gemacht und sind damit nicht mehr als akzessorische Nebenleistung zu anderen Leistungen der Krankenkassen, sondern als eigener Leistungsbereich anzusehen.

Zu Nummer 2 (§ 30)

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

Zu Absatz 1

In Absatz 1 wird festgelegt, dass Versicherte bei Vorliegen eines rettungsdienstlichen Notfalles Anspruch auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung haben. Bisher wurden die

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

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

Zu Absatz 2

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

Soweit ein Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1, der Notfallmanagement nach § 30 Absatz 3 erbringt, die notfallmedizinische Versorgung vor Ort veranlasst hat, gilt dies als Nachweis des Vorliegens eines rettungsdienstlichen Notfalls und eine etwaig untergesetzlich vorgesehene Verordnung ist nicht erforderlich. Die Gleichsetzung mit einer ärztlichen Verordnung ist durch das standardisierte Abfragesystem gerechtfertigt, auf deren Grundlage der Leistungserbringer eine Dispositionsentscheidungen trifft. Voraussetzung ist, dass die Grundsatzentscheidungen beispielsweise zu Indikationsstellungen für den Einsatz von unterschiedlichen Einsatzmitteln (z.B. Rettungswagen, Notarzteinstrumente) im Abfragesystem durch verantwortliche Ärztinnen und Ärzte standardmäßig vorgegeben, überprüft und verantwortet werden.

Zu Absatz 3

Absatz 3 definiert den Anspruch auf Leistung eines Notfallmanagements, der durch zugelassene Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1 erfüllt wird. Dies ist unabhängig davon, ob sie Teil eines Gesundheitssystems sind oder nicht. In Betracht kommende Leistungserbringer sind Rettungsleitstellen als Notrufannahmestellen der europaeinheitlichen Notfallnummer nach § 164 Absatz 1 des Telekommunikationsgesetzes und Artikel 109 der Richtlinie (EU) 2018/1972 (Notrufnummer 112). Auch wenn mittlerweile die medizinischen Leistungen gemeinsam mit anderen Organisationen und Behörden, insbesondere Feuerwehren in sogenannten „integrierten Leitstellen“ und mit Landespolizeien in sogenannten „kooperativen Leitstellen“ erfolgt, soll mit der Begrifflichkeit „Rettungsleitstelle“ zum Ausdruck gebracht werden, dass die Leistung des Notfallmanagements ausschließlich die Notrufannahmestelle für den medizinischen Notruf umfasst. Das Notfallmanagement umfasst die Entgegennahme des Hilfeersuchens sowie die Vermittlung der erforderlichen Hilfe. Es soll bei medizinischer Notwendigkeit eine telefonische oder telemedizinische Notfallberatung und die telefonische Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen umfassen sowie die auf digitalen Anwendungen basierende Entsendung von Ersthelferinnen und Ersthelfern bei besonders lebensbedrohlichen Notfällen (Ersthelfer-App). Die Einbindung von Ersthelferinnen und Ersthelfern durch auf digitalen Anwendungen basierende

Ersthelferalarmierungssysteme umfasst insbesondere die technische Anbindung von auf dem Markt befindlichen Systemen und die Nutzerverwaltung in eigener Verantwortung oder durch entsprechende Dienstleister. Da die Tätigkeit der Ersthelferinnen und Ersthelfer bei der Aktivierung des Systems freiwillig erfolgt, entsteht kein Anspruch des Versicherten auf eine Aktivierung oder ein Eintreffen einer Person zur Durchführung von lebensrettenden Maßnahmen. Diese Systeme müssen interoperabel zueinander sein, sodass unerheblich ist, wo sich die Ersthelferin oder der Ersthelfer zum Zeitpunkt der Alarmierung befindet.

Zu Absatz 4

Absatz 4 definiert den Umfang der notfallmedizinischen Versorgung von Versicherten am Notfallort. Die Versicherten haben bei Vorliegen eines rettungsdienstlichen Notfalles Anspruch auf eine notfallmedizinische Versorgung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft, die grundsätzlich von Rettungsfachpersonal durchgeführt wird. Das Rettungsfachpersonal übt dabei die Tätigkeiten gemäß seiner Befähigung aus. Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter übernehmen die Aufgaben, für die sie nach § 4 Notfallsanitätergesetz ausgebildet worden sind. Über die Befähigung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter hinausgehende notwendige medizinische Tätigkeiten üben zusätzlich Notärztinnen und Notärzte aus. Diese sollen entweder bereits bei Erkennbarkeit der Notwendigkeit am Notruf im Rahmen des Notfallmanagements oder durch die Einsatzkräfte vor Ort hinzugezogen werden. Eine notärztliche Versorgung kann auch in geeigneten Fällen telemedizinisch oder durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter durchgeführt werden, wenn diese im Sinne des § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c Notfallsanitätergesetz von einer Ärztlichen Leitung des Rettungsdienstes durch Arbeitsanweisungen standardmäßig vorgegeben, überprüft und verantwortet werden. Die Empfehlungen des Gremiums nach § 133b Absatz 3 Nummer 8 sind dabei zu berücksichtigen. Das weitere Rettungsfachpersonal, etwa Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter, unterstützt die Tätigkeiten entsprechend seiner Befähigung.

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

Die notfallmedizinische Versorgung umfasst auch die Versorgung durch besonders spezialisierte Systeme der ambulanten Notfallversorgung, soweit diese bestehen. Spezialisierte Systeme der ambulanten Notfallversorgung können zum Einsatz kommen, wenn zwar beim Notruf eine unmittelbare Lebensbedrohung, aber kein Notfall ausgeschlossen werden konnte. Auf die Transferempfehlung des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Projekt ILEG (Inanspruchnahme, Leistungen und Effekte des Gemeindenotfallsanitäters) wird verwiesen.

Zu Absatz 5

Falls medizinisch erforderlich, haben Versicherte Anspruch auf einen Transport in eine geeignete Einrichtung sowie eine notfallmedizinische Versorgung während des Transports. Geeignete Einrichtungen sind regelmäßig Krankenhäuser, können im Einzelfall jedoch auch andere Gesundheitseinrichtungen – wie zum Beispiel vertragsärztliche Praxen – sein, soweit diese rettungsdienstliche Notfälle behandeln können. Für die notfallmedizinische Versorgung während des Transports gelten die Regelungen in Absatz 4. Der Transport kann bei medizinischer Erforderlichkeit auch mit luftgebundenen Rettungsmitteln erfolgen. Der Notfalltransport endet mit der Übergabe der transportierten Person an das Fachpersonal der Gesundheitseinrichtung. Zu den Leistungen des Notfalltransportes zählen auch Notverlegungen, also medizinisch keinen Aufschub duldende Beförderungen von Patientinnen und Patienten aus einer Gesundheitseinrichtung in eine andere Gesundheitseinrichtung, die über die Möglichkeit einer besseren medizinischen Versorgung verfügt. Etwaige Notverlegungen müssen zur Abwehr einer Lebensgefahr oder zur Abwendung von schweren

unmittelbar drohenden gesundheitlichen Schäden unter fachgerechter und erforderlichenfalls auch ärztlicher Betreuung, einschließlich der Erhaltung und Überwachung der lebenswichtigen Körperfunktionen, erfolgen. Hierzu zählen im Sinne dieses Gesetzes auch dringliche und planbare Intensivtransporte, wenn hierfür Einsatzmittel der medizinischen Notfallrettung wie Rettungswagen, Notarztfahrzeuge und Rettungshubschrauber oder Spezialrettungsmittel wie zum Beispiel Intensivtransportwagen und -hubschrauber erforderlich sind. Zielsetzung ist eine möglichst effiziente Auslastung dieser Einsatzmittel. Die hier gesetzlich vorgesehene Verlegung im rettungsdienstlichen Notfall setzt das Erfordernis des Transports durch ein qualifiziertes Rettungsmittel voraus. Der Anspruch umfasst nicht einen Rücktransport aus dem Ausland in das Inland.

Zu Absatz 6

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

Zu Nummer 3 (§ 60)

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

Es wird nun klar zwischen Krankentransporten und Krankentransportflügen sowie Krankenfahrten differenziert, die in den Absätzen 3 und 4 definiert werden. Die bisher umfassten Rettungsfahrten sind nicht mehr Teil der Regelung des § 60, sondern als Notfalltransport in § 30 geregelt.

Zu Absatz 1

Absatz 1 entspricht inhaltlich dem bisherigen Absatz 1 Satz 1 und 2.

Zu Absatz 2

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

Satz 1 Nummer 1 und 2 entsprechend dabei der bisherigen Nummer 1. Neu ist Nummer 2 Buchstabe b, der eine Fahrt in ein anderes Krankenhaus zur Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a vorsieht. Ebenfalls neu ist eine Ergänzung in Nummer 2 Buchstabe a, die eine Verlegung dann als kostenübernahmefähig festsetzt, 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.

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

In Nummer 4 wird die Kostenübernahme für Fahrten zu ambulanten Behandlungen nicht mehr an die notwendige Vermeidung einer voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung geknüpft, da dies für regelmäßig ambulant durchgeführte, ihrer Natur nach häufige

Behandlungen, für die insbesondere Krankenfahrten medizinisch notwendig sein können, nicht passend ist. Es wird nun für Krankenfahrten vielmehr an die Ausnahmetatbestände nach § 8 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 angeknüpft. Ein Ausnahmetatbestand liegt vor, wenn der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist, oder eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist, weil die Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Patienten entsprechend beeinträchtigt.

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

Nummer 5 bildet die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren ab. Es werden die Kosten für Fahrten zu einer notdienstlichen Versorgung in einem Integrierten Notfallzentrum nach Entscheidung eines Gesundheitsleitsystems von der Krankenkasse übernommen. Die Notfallbehandlung entspricht einer gesetzlich vorgesehenen Hauptleistung, sodass Fahrkosten, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme dieser anfallen, erstattet werden können. Die Gesundheitsleitsysteme können insofern auch über Fahrten, bei denen zwar kein rettungsdienstlicher Notfall im Sinne des § 30 Absatz 1 vorliegt, aber ein Transport des Hilfesuchenden aus medizinischer Sicht geboten und auch unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls erforderlich ist, disponieren. Dabei ist beispielsweise entscheidend, ob sich der Hilfesuchende in der Öffentlichkeit befindet und möglicherweise den Wetterbedingungen ausgesetzt ist, oder ob die Fahrt auch durch eine dritte Person durchgeführt werden könnte. Insgesamt soll die Disposition von bedarfsgerechten Transportmitteln gefördert werden. So kann der Rettungsdienst im Rahmen des Notfallmanagements mögliche Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingehen und auf Grundlage des standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens auch Krankentransporte disponieren. Ebenso können die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechende Kooperationen eingehen und gegebenenfalls Krankentransporte zur vertragsärztlichen Versorgung disponieren. Bislang war die Durchführung erstattungsfähiger Krankentransporte zur ambulanten Erstversorgung nicht ohne weiteres möglich. Künftig sollen Rettungstransportwagen nur dann disponiert werden, wenn ein Krankentransport oder eine Krankenfahrt zu einer Notfallbehandlung beziehungsweise eine fallabschließende Versorgung vor Ort im Einzelfall aus medizinischer Sicht nicht ausreicht.

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

Zu Absatz 3

Als Krankentransport anzusehen sind Fahrten mit medizinisch-fachlicher Betreuung, die in Kraftfahrzeugen durchgeführt werden, die über die besondere Einrichtung eines Krankenkraftwagens verfügen. Versicherte, die einer solchen Betreuung oder Einrichtung während der Fahrt bedürfen oder deren Zustand die Erforderlichkeit während der Fahrt erwarten lässt, haben Anspruch auf Kostenübernahme für einen Krankentransport. Ein solcher Anspruch besteht bei einem Krankentransport zu einer ambulanten Behandlung nach Absatz

2 Nummer 4 nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse. Es wird klargestellt, dass alle Regelungen für bodengebundene Krankentransporte ebenso für Krankentransportflüge gelten.

Zu Absatz 4

Absatz 4 definiert die Krankenfahrt als Fahrt ohne medizinisch-fachliche Betreuung, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen oder Taxen durchgeführt wird.

Zu Absatz 5

Absatz 5 entspricht dem bisherigen Absatz 3. Geregelt wird, in welcher Höhe Kosten für Krankentransporte und Krankenfahrten erstattet werden können. Für Krankentransporte wird dabei auf die Beträge verwiesen, die gemäß § 133 Absatz 6 festgesetzt oder vereinbart wurden. Für Krankenfahrten richten sich die anerkannten Kosten bei öffentlichen Verkehrsmitteln nach dem Fahrpreis, wobei Fahrpreisermäßigungen auszuschöpfen sind, bei Taxi oder Mietwagen nach den gemäß § 133 Absatz 6 vereinbarten Preisen und bei privaten Kraftfahrzeugen nach dem durch das Bundesreisekostengesetz vorgegebenen Kilometergeld.

Zu Absatz 6

Gemäß Absatz 6 sind Versicherte bei Krankentransporten und Krankenfahrten zur Zuzahlung in der nach § 61 Satz 1 vorgesehenen Höhe verpflichtet. Der Einzug erfolgt durch die Krankenkasse.

Zu den Absätzen 7 und 8

Die Absätze 7 und 8 entsprechen den bisherigen Absätzen 4 und 5.

Zu Nummer 4 (§ 73)

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

Zum Nummer 5 (§ 73b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Die Einbindung von Notaufnahmen im Rahmen integrierter Notfallzentren in den Notdienst wird nunmehr in § 123 Absatz 1 Satz 4 geregelt.

Zu Nummer 6 (§ 75)

Zu Buchstabe a

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

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Neufassung wird eine redaktionelle Anpassung vorgenommen, da auf das Datum zur Einführung der Terminservicestelle verzichtet werden kann und die Terminservicestellen bereits seit dem Jahr 2020 aktiv sind. Aufgrund der organisatorischen Trennung der Aufgaben der Terminservicestellen und der Akutleitstellen ist eine tägliche Erreichbarkeit der Terminservicestellen an 24 Stunden künftig nicht mehr erforderlich. Daher wird zur Entlastung der Kassenärztlichen Vereinigungen geregelt, dass die Terminservicestellen an Werktagen unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 116117 erreichbar sein müssen.

Bei Anrufen zu der Rufnummer 116117 handelt es sich nicht um eine Notrufverbindung im Sinne des § 164 Absatz 1 Satz 1 des Telekommunikationsgesetzes. Die Kassenärztlichen Vereinigungen bieten zudem überwiegend auch digitale Angebote an. Damit jedoch alle Versicherten unabhängig vom Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zu den gleichen Bedingungen die Möglichkeit haben, Termine zu buchen, wird eine Konkretisierung hinsichtlich der digitalen Angebote vorgenommen.

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

Zu Doppelbuchstabe bb

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Akutleitstellen.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

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

Zu Doppelbuchstabe cc

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

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

Zu Doppelbuchstabe dd

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

Zu Doppelbuchstabe ee

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

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

Zu Doppelbuchstabe ee

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

Zu Doppelbuchstabe gg

Es wird geregelt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen Integrierten Notfallzentren im Bedarfsfall eine Terminbuchung bei Vertragsärzten ermöglichen müssen. Ziel ist es, die notwendige Weiterversorgung sicherzustellen und eine erneute Inanspruchnahme der Notdienststrukturen zu vermeiden.

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 1b

Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst mit der Konkretisierung des Absatz 1b eine jederzeit verfügbare Versorgung in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Diese Versorgung ist durchgängig sicherzustellen, das bedeutet 24 Stunden täglich an sieben Tagen der Woche. Sie kann und soll wie bisher vorrangig innerhalb der vertragsärztlichen Sprechstunden erbracht werden. In diesem Fall ist die Behandlung nicht auf bestimmte Maßnahmen begrenzt und kann über das zur Erstversorgung Notwendige hinausgehen. Sofern die Versorgung jedoch im Rahmen des Notdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen nach Satz 5 erbracht wird, wird sie künftig als notdienstliche Akutversorgung legaldefiniert. In diesem Fall ist die Behandlung ausdrücklich auf eine Erstversorgung der Versicherten, also auf die unaufschiebbar erforderliche Behandlung sowie alle medizinisch gebotenen Maßnahmen der Diagnostik zur Klärung der Dringlichkeit und zum Ausschluss eines dringenden weitergehenden Versorgungsbedarfes und der überbrückenden Therapie von akuten Beschwerden, begrenzt. Sie kann auch die Erstbescheinigung einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit sowie die Verordnung von kurzfristig benötigten Arzneimitteln umfassen. Darüber hinausgehende Maßnahmen dürfen im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung nicht durchgeführt und abgerechnet werden. Folgebehandlungen sowie die Ausstellung von Folgebescheinigungen werden im regulären vertragsärztlichen Bereich erbracht.

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

In Satz 5 wird konkretisiert, welche Strukturen die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen des Notdienstes im Besonderen gewährleisten müssen. Sie haben die notdienstliche Akutversorgung künftig insbesondere durch die Beteiligung an Integrierten Notfallzentren sowie durch ein telemedizinisches und ein aufsuchendes Versorgungsangebot sicherzustellen. Mit diesen Angeboten werden neben den zugelassenen und ermächtigten Leistungserbringern zusätzliche zentrale Anlaufstellen der vertragsärztlichen Versorgung in Not- oder Akutfällen geschaffen. Damit bleibt aber unberührt, dass in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist, die Behandlung prioritär durch verfügbare zugelassene und ermächtigte Leistungserbringer in der Regelversorgung umfassend erfolgt. Nur bei Inanspruchnahme der aufgrund von Satz 5 geschaffenen Strukturen des Notdienstes ist die Behandlung auf eine Erstversorgung beschränkt. Durch die Formulierung „insbesondere“ in Satz 5 wird klargestellt, dass es neben diesen nicht

abschließend aufgezählten Versorgungsangeboten weiterhin den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt, einen hinreichenden fachärztlichen Notdienst, zum Beispiel durch Augenärztinnen und -ärzte, zu gewährleisten. Soweit eine entsprechende Versorgung durch die in Satz 5 aufgezählten Angebote nicht sichergestellt werden kann, sind (fachärztliche) Notdienststrukturen – insbesondere zu den sprechstundenfreien Zeiten – zu schaffen oder aufrecht zu erhalten.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, sich an flächendeckend einzurichtenden Integrierten Notfallzentren nach den Maßgaben der §§ 123 ff. zu beteiligen, also entsprechend Kooperationsverträge abzuschließen und die jeweilige Notaufnahme des zugelassenen Krankenhauses unmittelbar in den ambulanten Notdienst gemäß § 123 Absatz 1 Satz 4 einzubinden (Nummer 1). Wie bereits heute gilt dann das jeweilige zugelassene Krankenhaus als zur vertragsärztlichen Versorgung gehörig und unterliegt diesbezüglich nicht den Einschränkungen des § 76 Absatz 1 Satz 2; es kann selbständig eine notdienstliche ambulante Erstversorgung erbringen und diese auch vertragsärztlich abrechnen; dies ergibt sich aus Absatz 1b Satz 10.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben darüber hinaus sicherzustellen, dass jederzeit Ärztinnen und Ärzte für eine telefonische und videounterstützte Versorgung erreichbar sind. Dabei kann es sich um Ärztinnen und Ärzte der Akutleitstelle (Beratungsärztinnen und -ärzte) oder anderer Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung handeln (Nummer 2). Die Versorgung erfolgt durch einen über die Akutleitstelle vermittelten telefonischen oder videounterstützten Kontakt. Sie kann als Videosprechstunde nach § 365 erbracht und nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab abgerechnet werden. Zur Finanzierung des Ausbaus der technischen und personellen Ausstattung und einer rund um die Uhr zu gewährleistenden telefonischen und videounterstützten ärztlichen Beratungsleistung müssen die entsprechenden Selbstverwaltungspartner gegebenenfalls zusätzliche Mittel gemäß der nunmehr schiedsfähigen Verpflichtung nach § 105 Absatz 1b zur Verfügung stellen. Zur weiteren Entlastung der Kassenärztlichen Vereinigungen und zur Erreichung von Synergieeffekten sollen diese untereinander und mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kooperieren, da entsprechende Leistungen auch dezentral erbracht werden können. Die Akutleitstelle kann Integrierten Notfallzentren nach § 123 durch die Angebote telefonischer Konsilien oder telemedizinischer Konsilien nach § 367 bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen unterstützen. Diese zusätzlichen Angebote führen insgesamt zu einer erheblichen Entlastung sonstiger Notfallstrukturen.

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

insbesondere zur Qualifikation, Umfang des Einsatzes sowie Anforderungen an die Erbringung von Leistungen beim Einsatz von nichtärztlichem Personal fest.

Satz 10 und 11 entsprechen Absatz 1b Satz 5 und 6 des geltenden Rechts.

Satz 12 entspricht Absatz 1b Satz 7 des geltenden Rechts. Damit wird an der Vorgabe festgehalten, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch treten sollen. Auch im Rahmen der Organisation der notdienstlichen Versorgung muss es das Ziel sein, die Versorgung von Versicherten mit Arzneimitteln nach Möglichkeit zu erleichtern.

Zu Absatz 1c

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben nunmehr unter derselben bundesweiten Rufnummer nach Absatz 1a Satz 2 zusätzlich zu den Terminservicestellen sogenannte Akutleitstellen nach Absatz 1c einzurichten. Diese dienen als zentrale erste Anlaufstelle für Personen, die von einer sofortigen ambulanten Behandlungsnotwendigkeit ausgehen. Die Akutleitstellen sind nach § 133a Absatz 2 Satz 1 verpflichtet, Kooperationen nach § 133a mit den Rettungsleitstellen unter der Notrufnummer 112 einzugehen, um bedarfsgerecht in die angemessene Versorgungsstruktur zu steuern.

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

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

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

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

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

Zu Absatz 1d

Der neue Absatz 1d stellt klar, dass sowohl die Terminservicestellen als auch die Akutleitstellen personenbezogene Daten der Anrufenden zur Erfüllung ihrer Aufgaben verarbeiten dürfen. Die Akutleitstellen sind darüber hinaus verpflichtet, Sprachaufzeichnungen zu fertigen. Da es in der Akutleitstelle nicht nur um reine Terminvermittlung, sondern auch um die Weiterleitung von Notfällen an die Rettungsleitstellen, die Vermittlung von Akutfällen und die medizinische Beratung durch Beratungsärztinnen und -ärzte geht, sind die aufgenommenen personenbezogenen Daten einschließlich der Sprachaufzeichnungen für die Dauer von zehn Jahren zu speichern. Diese Daten können beispielsweise zur Klärung von Haftungsfällen, für das gemeinsame Qualitätsmanagement nach § 133a Absatz 3 oder zum besseren Umgang mit und zur Identifikation von häufig Anrufenden dienen.

Zu Absatz 1e

Absatz 1e entspricht Absatz 1a Satz 23 und 24 des geltenden Rechts.

Zu Absatz 1f

Die vertragszahnärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (zahnärztlicher Notdienst) bleibt von der Neufassung der notdienstlichen Akutversorgung in den Absätzen 1a bis 1e unberührt. Eine Änderung des bislang bestehenden Sicherstellungsauftrags der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen für den zahnärztlichen Notdienst und der damit verbundenen Pflichten erfolgt nicht. Es wird lediglich klargestellt, dass die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Versicherten dennoch bundesweit einheitlich im Internet über die Sprechstundenzeiten sowie barrierefreie Zugangsmöglichkeiten zu informieren haben.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Verweisanpassung als Folgeänderung.

Zu Doppelbuchstabe bb

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

Zu Nummer 7 (§ 76)

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

Zu Nummer 8 (§ 87)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Nummer 9 (87a)

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

Zu Nummer 10 (§ 90)

Zu Buchstabe a

Die zuständigen obersten Landesbehörden wirken auch für die neuen Aufgaben nach den §§ 123 Absatz 6 Satz 2, 123a Absatz 1 und 123b Absatz 1 im erweiterten Landesausschuss beratend mit. Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung und das Recht zur Antragstellung, damit die zuständige oberste

Landesbehörde ihre versorgungs- und planungsrelevanten Erkenntnisse bestmöglich in die Beratungen einbringen kann.

Zu Buchstabe b

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

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

Der Landesausschuss nach Absatz 1 wird als erweiterter Landesausschuss um Vertreter der Krankenhäuser in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und die Vertreter der Ärzte vorgesehen ist. Die dem erweiterten Landesausschuss durch die Wahrnehmung seiner neuen Aufgaben entstehenden Kosten werden zur Hälfte von den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie zu je einem Viertel von den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankenhausesellschaft getragen. Im Zusammenhang mit den Aufgaben nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 sind Vertreter der Leistungserbringer im Rettungsdienst anzuhören. Diese werden von der zuständigen obersten Landesbehörde benannt. Kommt die Festlegung nach § 123a Absatz 1 oder § 123b Absatz 1 ganz oder teilweise nicht fristgemäß zustande, setzt die zuständige oberste Landesbehörde unverzüglich eine angemessene Nachfrist, die sechs Wochen nicht überschreiten darf. Ist auch die Nachfrist ergebnislos verstrichen, erfolgt die Festlegung durch die zuständige oberste Landesbehörde innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der Nachfrist. Der erweiterte Landesausschuss stellt die hierfür erforderlichen Informationen, Unterlagen und Stellungnahmen unverzüglich zur Verfügung. Der Ablauf der Frist zur Ersatzvornahme wird bis zum Eingang der angeforderten Informationen, Stellungnahmen und Unterlagen unterbrochen. Die Festlegung der Standorte nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 sind regelmäßig zu überprüfen. Bei Veränderungen der tatsächlichen Gegebenheiten, etwa in dem Fall, dass ein Krankenhausstandort Kriterien nach § 123a Absatz 1 Satz 3 bis 5 nicht mehr erfüllt, die für seine Bestimmung wesentlich waren, kann eine neue Standortfestlegung beschlossen werden.

Zu Buchstabe c

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

Zu Nummer 11 (§ 90a)

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

Zu Nummer 12 (§ 92)

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

Zu Nummer 13 (§ 105)

Grundsätzlich sind Förderungen von Eigeneinrichtungen nach Absatz 1c – wozu auch die Eigeneinrichtungen des Notdienstes zählen – bereits über Absatz 1a Satz 3 Nummer 4 über den Strukturfonds möglich. Nach Absatz 1b können zudem bereits jetzt zusätzliche Mittel zweckgebunden zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes bereitgestellt werden. Von dieser Möglichkeit ist aber nur in geringem Umfang Gebrauch gemacht worden. Vor dem Hintergrund des Ausbaus und der Vernetzung der Leitstellen, der Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages und der Einrichtung sektorenübergreifender Behandlungsstrukturen müssen daher künftig die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich zusätzliche Mittel zweckgebunden zur Sicherstellung der neuen und auszubauenden Strukturen des Notdienstes vereinbaren. Die Finanzierung der Förderung wird dadurch begrenzt, dass der Betrag in gleicher Höhe von den beiden Vertragsparteien bereitzustellen ist.

Die privaten Krankenversicherungsunternehmen müssen in Anlehnung an ihren um Beihilfeanteile bereinigten Anteil am Krankenversicherungsmarkt eine finanzielle Beteiligung in Höhe von 7 Prozent an der unter ihrer Beteiligung bestimmten Förderung der Strukturen des Notdienstes leisten. Dabei werden die verfassungsrechtlichen Vorgaben an die Zulassung derartiger Sonderabgaben (besonderer, über das Finanzierungsanliegen hinausgehender Sachzweck der Finanzierung, spezifische Sachnähe der Herangezogenen und eine gruppennützige Verwendung der Abgaben) gewahrt. Medizinische Notfälle ergeben sich unabhängig vom Versicherungsstatus. Es ist notwendig, übergreifende Strukturen zur Versorgung aller Versicherten zu schaffen, die der allgemeinen Krankenversicherungspflicht unterliegen. Zwar dienen die Regelungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch und damit Maßnahmen in Absatz 1b Satz 5 zunächst der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung von gesetzlich Versicherten und sind insofern nicht unmittelbar den Versicherten der privaten Krankenversicherungsunternehmen gewidmet. Dennoch ist es Realität, dass Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen, die ihren Versicherten gegenüber gesetzlich zum Aufwendungsersatz für medizinisch notwendige Heilbehandlungen verpflichtet sind, aber weder regelmäßig noch flächendeckend eigenen Notfallversorgungsstrukturen vorhalten, auf die Sicherstellungsstrukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen zurückgreifen. Auch zukünftig sollten die mit diesem Gesetz verbesserten Strukturen der Notfallversorgung wie beispielsweise die Akutleitstelle für diesen Personenkreis weiterhin nutzbar sein. Für die privaten Krankenversicherungsunternehmen können sich darüber hinaus mit den verbesserten Notfallversorgungsstrukturen Einsparpotentiale ergeben.

Der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren das Nähere zur Bereitstellung des Finanzierungsanteils der privaten Krankenversicherungsunternehmen. Die vorzugsweise an den Versicherten zu orientierende interne Umlage des Beitrags der privaten Krankenversicherungsunternehmen bleibt deren interner Disposition überlassen. Der Betrag, den die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam zur Verfügung stellen müssen, wird um den Betrag gemindert, den die privaten Krankenversicherungsunternehmen bereitstellen.

Förderfähig sind dabei zunächst die Strukturen nach §§ 75 Absatz 1b Satz 5 Nummer 2 und 3, 75 Absatz 1c und 133a; hierzu zählen insbesondere die Errichtung und der Betrieb der Akutleitstellen, inklusive der Vorhaltung des Personals zur Ersteinschätzung und von Beratungsärztinnen und -ärzten, der aufsuchende Dienst und Maßnahmen zur digitalen

Vernetzung der Akutleitstelle mit den Rettungsleitstellen. Darüber hinaus sind die integrierten Notfallstrukturen nach §§ 123 bis 123b förderfähig; hierzu zählen insbesondere die Errichtung und Vorhaltung von Notdienstpraxen und Maßnahmen zur digitalen Vernetzung.

Kooperationspraxen nach § 123 Absatz 1 Satz 6 können durch Mittel aus dem Strukturfonds nach Absatz 1a gefördert werden.

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

Zu Nummer 14 (§ 115e)

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

Zu Nummer 15 (116b)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Nummer 16 (§ 120)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

Der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss zum Erlass einer Richtlinie, die Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 an ein Krankenhaus wenden, beinhaltet, wird aufgehoben.

Damit verliert die bereits beschlossene, aber wegen Beanstandung nicht in Kraft getretene Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ihre Rechtsgrundlage und ist hinfällig. Ein der neuen gesetzlichen Lage angepasster Auftrag zum Erlass einer Richtlinie mit Vorgaben für ein standardisiertes digitalisiertes Ersteinschätzungsinstrument zur Steuerung der Hilfesuchenden im Rahmen der Strukturen des Integrierten Notfallzentrums wird in § 123c Absatz 2 aufgenommen.

Zu Nummer 17 (§§ 123, 123a, 123b)

Zu § 123

§ 123 regelt die bundesweit flächendeckende Einrichtung von Integrierten Notfallzentren.

Zu Absatz 1

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

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

Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden durch die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags verpflichtet, die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch Kooperation und organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern in Integrierten Notfallzentren sicherzustellen und die Notaufnahme des Krankenhauses unmittelbar in den Notdienst einzubeziehen. Wie bereits heute gilt dann das jeweilige zugelassene Krankenhaus als zur vertragsärztlichen Versorgung gehörig und unterliegt diesbezüglich nicht den Einschränkungen des § 76 Absatz 1 Satz 2; es kann selbständig eine notdienstliche ambulante Erstversorgung erbringen und diese auch vertragsärztlich abrechnen. Dies ergibt sich aus § 75 Absatz 1b Satz 11. Damit besteht auch die Möglichkeit, eine Erstbescheinigung der Arbeitsunfähigkeit auszustellen und Arzneimittel zu verordnen. Reziprok werden zugelassene Krankenhäuser, an deren Standort ein Integriertes Notfallzentrum eingerichtet werden soll, zur Kooperation im Rahmen des Integrierten Notfallzentrums verpflichtet. Hiermit wird an die bereits jetzt aufgrund von § 75 Absatz 1b Satz 3 des geltenden Rechts bestehende Rechtslage angeknüpft, aber diese für zugelassene Krankenhäuser, deren Standort

als Standort für ein Integriertes Notfallzentrum festgelegt wurde, und für die Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich. Gleichzeitig wird der kooperative Charakter eines Integrierten Notfallzentrums betont, dass Notaufnahme und Ersteinschätzungsstelle grundsätzlich in Trägerschaft des zugelassenen Krankenhauses beziehungsweise die Notdienstpraxis in Trägerschaft der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung verbleiben. Eine gemeinsame Trägerschaft zwischen Krankenhaus und Kassenärztlicher Vereinigung ist gesetzlich nicht vorgeschrieben.

Nach Satz 7 sollen zusätzlich zu der Notaufnahme und der Notdienstpraxis auch geeignete, im Umkreis des Krankenhausstandortes gelegene Kooperationspraxen in die Kooperationsvereinbarung des Integrierten Notfallzentrums eingebunden werden. Dies können selbstständige Vertragsarztpraxen und medizinische Versorgungszentren sein, die während der regulären vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten, zu denen die Notdienstpraxis im Integrierten Notfallzentrum nicht geöffnet hat, die Versorgung von Akutfällen übernehmen. Hierzu sollen alle geeigneten Facharztgruppen in Betracht gezogen werden, etwa Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin, für Orthopädie, für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und für Psychiatrie. Die Kooperationspraxis muss derart mit dem Integrierten Notfallzentrum vernetzt sein, dass eine zeitlich nahtlose, rückverfolgbare und digitale Fallübergabe in dem für das Integrierte Notfallzentrum geltenden interoperablen Format sichergestellt ist. Dies ist erforderlich, um eine ärztlich verantwortbare Weiterleitung und eine sichere und unmittelbare Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, die von der Ersteinschätzungsstelle des Integrierten Notfallzentrum in eine Kooperationspraxis überwiesen werden. Die Versorgung in den Kooperationspraxen ist dabei nicht auf die notdienstliche Erstversorgung beschränkt, da es sich bei diesen nicht um eine Struktur des Notdienstes nach § 75 Absatz 1b Satz 5 handelt.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Steuerung innerhalb des Integrierten Notfallzentrums. Die zentrale Ersteinschätzungsstelle trifft für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, eine Entscheidung dazu, welche Dringlichkeit die Behandlung hat. Für die Zeiten, in denen die Notdienstpraxis oder eine Kooperationspraxis geöffnet hat, entscheidet sie außerdem, in welcher Versorgungsebene des Integrierten Versorgungszentrums, also Notaufnahme oder Notdienstpraxis beziehungsweise bei einer bestehenden Kooperation in den entsprechenden Zeiten eine Kooperationspraxis, die Patientin oder der Patient am besten versorgt werden kann. Hilfesuchende, die aufgrund einer ärztlichen Verordnung von Krankenhausbehandlung ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen oder durch den Rettungsdienst eingeliefert werden, fallen nicht unter diese Regelung. Für Hilfesuchende, welche bereits kein von ihnen als dringend erachtetes gesundheitliches Anliegen schildern, beispielsweise eine Routineuntersuchung wünschen, steht demgegenüber allein die vertragsärztliche Regelversorgung offen; sie können zum Beispiel auf die Rufnummer 116117 verwiesen werden. Eine Ersteinschätzung findet nicht statt. Aus Gründen der Patientensicherheit ist nach einer bloßen Ersteinschätzung eine Verweisung aus den Räumlichkeiten des Integrierten Notfallzentrums heraus für Patientinnen und Patienten nur nach einer separat zu vergütenden tatsächlichen Untersuchung durch eine Ärztin beziehungsweise einen Arzt entweder in der Notdienstpraxis oder der Notaufnahme möglich. Etwas anderes gilt nur unter der Voraussetzung, dass die Patientin oder der Patient von der Ersteinschätzungsstelle in eine Kooperationspraxis nach Absatz 1 Satz 7 mit der entsprechenden engen Vernetzung weitergeleitet werden kann. Durch die enge Verknüpfung der Kooperationspraxis mit dem Integrierten Notfallzentrum ist gewährleistet, dass die vermittelten Patientinnen und Patienten dort ebenso zeitnah und verlässlich versorgt werden wie in einer Notdienstpraxis. Die Ersteinschätzung kann im Wege der Delegation durch nichtärztliches Personal erbracht werden. Ab dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach § 123c Absatz 2 Satz 4 Nummer 6 bestimmten Zeitpunkt erfolgt die Ersteinschätzung auf der Grundlage eines digitalen standardisierten Instruments. Das Ergebnis des Ersteinschätzungsinstruments dient der Ersteinschätzungsstelle als maßgebliche Entscheidungsgrundlage.

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

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

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

Zu Absatz 3

Um die Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sicherzustellen, hat die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zusammen mit dem jeweiligen Krankenhausträger einen Versorgungsvertrag nach § 12b des Apothekengesetzes mit einer öffentlichen Apotheke zu schließen.

Die Abgabe von verkehrs- und verschreibungsfähigen Betäubungsmitteln nach Anlage III zum Betäubungsmittelgesetz ist grundsätzlich nur im Rahmen des Betriebs einer Apotheke und gegen Vorlage der ärztlichen Verschreibung vorgesehen. Entsprechend hat die Versorgung mit im Rahmen einer Konsultation einer Notdienstpraxis verschriebenen Betäubungsmitteln über eine nach § 12b des Apothekengesetzes versorgende Apotheke zu erfolgen.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die telemedizinische Anbindung von Integrierten Notfallzentren an Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie an Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

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

Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche oder mit anderen Leistungserbringern mit kinder- und jugendmedizinischem Schwerpunkt erfolgen, etwa durch eine digitale Vernetzung zu einem virtuellen Integrierten Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche.

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

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

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt die Berichtspflichten zur Versorgung in den Integrierten Notfallzentren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen berichten den zuständigen obersten Landesbehörden jährlich über die Versorgung in den Integrierten Notfallzentren in Hinblick auf Abweichungen von den gesetzlichen Öffnungszeiten der Notdienstpraxis, auf die Anzahl der medizinischen Versorgungszentren und Vertragsarztpraxen nach Absatz 1 Satz 6 und der eingerichteten Kooperationspraxen und der eingerichteten Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche, auf die Anteile der Inanspruchnahme des Integrierten Notfallzentrums mit und ohne vorherigen Kontakt zur Akutleitstelle und auf die Anzahl der abgeschlossenen Verträge nach § 12b des Apothekengesetzes sowie über die Auswirkungen auf die Notaufnahmen, die nicht über ein Integriertes Notfallzentrum verfügen. Informationen zu den Auswirkungen der Reform auf die Notaufnahmen, die über kein Integriertes Notfallzentrum verfügen, insbesondere zu Art und Umfang der Inanspruchnahme, sind wichtig für eine Evaluation der Regelungen zur Steuerung der Patientinnen und Patienten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich.

Zu § 123a

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Bestimmung der Standorte für Integrierte Notfallzentren. Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a legt die Standorte von Integrierten Notfallzentren erstmals innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes fest. Die Planung soll eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte flächendeckende Versorgung mit gleichmäßigem Zugang der Bevölkerung zu Integrierten Notfallzentren als zentrale Anlaufstelle der Notfallversorgung an dafür geeigneten Standorten sicherstellen. Die Standortfestlegung unterliegt einer regelmäßigen Überprüfung; bei veränderten Tatsachen, wie etwa dem Wegfall von Voraussetzungen für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums, kann eine neue Standortfestlegung erforderlich sein. Der erweiterte Landesausschuss bestimmt hierzu zunächst Planungsregionen zur flächendeckenden Versorgung mit Integrierten Notfallzentren. Damit nur solche Krankenhausstandorte festgelegt werden können, die über die erforderliche personelle und sachliche Ausstattung für die Erbringung einer stationären Notfallversorgung verfügen, soll ein Krankenhausstandort mindestens die Anforderungen der Notfallstufe 1 Basisnotfallversorgung nach den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses

erfüllen. Ein weiteres Kriterium ist, dass kein überwiegendes berechtigtes Interesse des Krankenhauses entgegensteht. Dabei ist das Interesse an einer flächendeckenden Versorgung durch Integrierte Notfallzentren gegen das berechnete Interesse des Krankenhauses abzuwägen. Als berechnete Interessen in Betracht kommen beispielsweise geplante Schließungen des Krankenhausstandortes oder anstehende Strukturveränderungen in der Notfallversorgung, sodass der Standort die weiteren Standortkriterien nicht mehr erfüllen könnte. Dies gilt auch, wenn das Krankenhaus nachweist, dass es die mit der Bestimmung als Standort eines Integrierten Notfallzentrums verbundenen neuen Aufgaben personell oder finanziell nicht erfüllen kann.

Die Vorgaben nach Satz 2 berücksichtigen, dass die für die Rechtsaufsicht zuständige Landesbehörde sicherstellen kann, dass insbesondere die im Rahmen der Krankenhausplanung getroffenen Entscheidungen bezüglich der Notfallversorgung bei der Standortbestimmung von Integrierten Notfallzentren angemessen berücksichtigt werden und eine Zersplitterung der Notfallversorgung vermieden wird. Durch das Beanstandungsrecht können die Länder eine Standortbestimmung verhindern, die der Krankenhausplanung zuwiderläuft. Integrierte Notfallzentren können beispielsweise Einfluss auf Patientenströme haben, da sie Anlaufstelle für den Fall akuter Beschwerden sind.

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

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

1. die die höhere Notfallstufe nach den Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung oder die nach anderen messbaren Parametern, insbesondere Fallzahlen, leistungsfähigere Notaufnahme aufweisen,
2. die notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen vorhalten; dies sind insbesondere Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie, Allgemeine Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie,
3. in denen Notdienstpraxen unmittelbar in der Notaufnahme eingerichtet werden können, da eine solche räumliche Nähe mehr Effizienz und verwaltungstechnische Synergien sowie Vorteile für die Patientensicherheit ermöglicht.

Die explizite Nennung der Psychiatrie als notfallmedizinisch relevante Fachabteilung zur angemessenen Versorgung des nicht geringen Anteils an Hilfesuchenden in der Notfallversorgung mit psychischen Erkrankungen erfolgt auch deshalb zur Klarstellung, da die Psychiatrie in den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften

System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch keine Berücksichtigung findet.

Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann in Hinblick auf die Sicherstellung der Versorgung von den Sätzen 5 bis 7 abweichende Standortentscheidungen treffen, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist, etwa, wenn nach den dort genannten Kriterien in einer Planungsregion aufgrund von regionalen Besonderheiten kein Krankenhaus in Betracht kommt. Dies ermöglicht in solchen Planungsregionen eine möglichst flexible Festlegung, damit im Ergebnis auch in strukturschwachen und ländlichen Gebieten eine Notfallversorgung sichergestellt werden kann. Die Festlegung eines Standortes für ein Integriertes Notfallzentrum erfolgt durch Verwaltungsakt gegenüber dem betroffenen zugelassenen Krankenhaus. Gegen diese Entscheidung steht der Rechtsweg vor den Sozialgerichten offen. Widerspruch und Klage haben hierbei keine aufschiebende Wirkung.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Kooperationsvereinbarung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhausträger. Für die Organisation des Integrierten Notfallzentrums ist diese innerhalb von neun Monaten, nachdem der Krankenhausstandort als Standort eines Integrierten Notfallzentrums festgelegt worden ist, zu schließen. Den Vereinbarungspartnern soll ausreichend Zeit für den Abschluss der umfänglichen Kooperationsvereinbarungen, einschließlich der möglichen Einbindung von Kooperationspraxen, eingeräumt werden.

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

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

1. Die Kooperationsvereinbarung muss Regelungen zur Durchführung der Ersteinschätzung vor dem in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 123c Absatz 2 Satz 4 Nummer 6 festgelegten Zeitpunkt enthalten. Ab diesem Zeitpunkt muss die Ersteinschätzung durch ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument erfolgen. In dem Zeitraum davor kann die Ersteinschätzung anderweitig erfolgen. In der Kooperationsvereinbarung ist zu bestimmen, wie eine Entscheidung zu treffen ist, in welche Versorgungsebene die Hilfesuchenden gesteuert werden und welche Dringlichkeit ihr Anliegen hat.
2. Vereinbarungen zur Organisation sowie zur personellen Besetzung der Ersteinschätzungsstelle einschließlich der erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals sind zu schließen. Die personelle Besetzung der Ersteinschätzungsstelle wird von den Kooperationspartnern festgelegt. Sie bestimmen eine ausreichende Qualifikation des Personals und regeln, welche Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen erforderlich sind.

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

4. Die Ausgestaltung der Ausschreibung des Versorgungsvertrages nach § 12b des Apothekengesetzes haben die Kooperationsvertragspartner in den Kooperationsvertrag miteinzubeziehen. Da eine notdienstpraxisversorgende Apotheke nach § 12b des Apothekengesetzes auch an dem Standort, an dem die Notdienstpraxis betrieben wird, eine zweite Offizin mit Lagerräumen betreiben kann, sind in die Kooperationsvereinbarung auch die Möglichkeit der Anmietung oder Bereitstellung von Räumlichkeiten einzubeziehen.

5. Ebenso ist die Nutzung der technischen und diagnostischen Einrichtungen des Krankenhauses durch die Notdienstpraxis im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung, einschließlich der entsprechenden Nutzungsentgelte, Gegenstand der Kooperationsvereinbarung.

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

Für die Notdienstpraxis werden Mindestöffnungszeiten vorgegeben, um für die Patientinnen und Patienten ein ausreichendes Versorgungsangebot in Akutfällen vorzuhalten. Dies umfasst mindestens Öffnungszeiten an Wochenenden und Feiertagen von 9 bis 21 Uhr, Mittwoch und Freitag von 14 bis 21 Uhr und Montag, Dienstag und Donnerstag von 18 bis 21 Uhr. Kürzere Öffnungszeiten der Notdienstpraxis können auch in der Kooperationsvereinbarung festgelegt werden, soweit belegbar ist, dass die vorgegebenen Öffnungszeiten aufgrund der tatsächlichen Inanspruchnahme vor Ort nicht bedarfsgerecht sind. Wenn ein Vertrag nach § 12b des Apothekengesetzes besteht, müssen Veränderungen der Öffnungszeiten im Einvernehmen mit der apothekeninhabenden Person festgelegt werden, da die Öffnungszeiten der Notdienstpraxis einen direkten Einfluss auf den Betrieb der notdienstpraxisversorgenden Apotheke haben.

Die Vertragspartner des Integrierten Notfallzentrums können einvernehmlich in der Kooperationsvereinbarung bestimmen, dass die notdienstliche Akutversorgung in der Praxis einer zugelassenen Ärztin beziehungsweise eines zugelassenen Arztes oder eines zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums anstelle der Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung sichergestellt werden soll. Dann wird diese statt einer Notdienstpraxis ein krankenhauseigenes medizinisches Versorgungszentrum oder eine Vertragsarztpraxis Teil des Integrierten Notfallzentrums und ist auch in die Kooperationsvereinbarung einzubeziehen.

Zur Sicherstellung eines effektiven Informationsaustausches zwischen den eingesetzten informationstechnischen Systemen innerhalb des Integrierten Notfallzentrums sowie zwischen dem Integrierten Notfallzentrum und einer Kooperationspraxis nach § 123 Absatz 1 Satz 7 muss die Schnittstelle für die digitale Fallübergabe interoperabel ausgestaltet sein. Zu diesem Zweck soll die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen die technische Spezifikation der Schnittstelle zur Einbindung der digitalen Fallübergabe erstellen. Hierdurch soll eine einheitliche technische Umsetzung der Schnittstelle ermöglicht werden; dies stellt technisch den reibungslosen Austausch der Inhalte der digitalen Fallübergabe sicher.

Die rechtsverbindliche Festlegung der so erstellten Spezifikation findet im Rahmen des IOP-Regelprozesses gemäß § 385 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 durch das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Rechtsverordnung nach § 385 Absatz 1 Satz 1 statt. Dies stellt sicher, dass die Spezifikation widerspruchsfrei zu weiteren Spezifikationen für IT-Systeme im Gesundheitswesen erstellt wird und erleichtert insgesamt auch die sektorübergreifende Kommunikation von Informationen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt den Konfliktlösungsmechanismus für den Fall, dass eine Kooperationsvereinbarung nicht rechtzeitig zustande kommt. In diesem Fall wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, wird diese innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen von der zuständigen obersten Landesbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsperson.

Zu Absatz 4

Zur bundesweiten Vereinheitlichung und zur Verringerung des bürokratischen Aufwandes für die Kooperationspartner eines Integrierten Versorgungszentrums vor Ort schließen die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Bundesebene Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit in Integrierten Notfallzentren. Die Rahmenvereinbarungen können durch die konkret vor Ort abgeschlossenen Kooperationsvereinbarungen ergänzt werden; bei lokalen Besonderheiten kann auch von diesen abgewichen werden.

Die Rahmenvereinbarungen enthalten insbesondere Vorgaben zu Grundsätzen der Organisation des Integrierten Notfallzentrums. Hierbei sind die verschiedenen Möglichkeiten der Zusammensetzung eines Integrierten Notfallzentrums zu beachten, also eine Beteiligung neben der Notaufnahme des Krankenhauses durch eine Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung oder durch ein medizinisches Versorgungszentrum oder eine Vertragsarztpraxis nach § 123 Absatz 1 Satz 6 sowie optional Kooperationspraxen.

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

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

Es sollen zudem Regelungen für den Fall wiederholter und schwerwiegender Verstöße gegen die Kooperationsvereinbarung oder für den Fall getroffen werden, dass eine Notdienstpraxis, ein medizinisches Versorgungszentrum oder eine Vertragsarztpraxis nach § 123 Absatz 1 Satz 6 zu den in Absatz 2 Satz 4 und 5 genannten Zeiten nicht geöffnet ist. Dies können etwa Ausgleichszahlungen, Vertragsstrafen oder andere Sanktionen sein.

Darüber hinaus sind Ausgestaltungsvorgaben für diejenigen Integrierten Notfallzentren zu machen, in denen die Aufgaben die Notdienstpraxis nicht durch die Kassenärztliche Vereinigung, sondern einen anderen Leistungserbringer nach § 123 Absatz 1 Satz 6 übernommen werden.

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

Zu § 123b

§ 123b regelt Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche.

Zu Absatz 1

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

Voraussetzung ist, dass es sich um Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin oder Krankenhäuser mit einer pädiatrischen Abteilung handelt, welche die Voraussetzungen des Moduls Notfallversorgung Kinder gemäß den Regelungen zur Notfallversorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses erfüllen, und, dass keine berechtigten Interessen des Krankenhauses oder der Kassenärztlichen Vereinigung entgegenstehen, die das Interesse an einer flächendeckenden Versorgung mit Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche überwiegen. Seitens der Kassenärztlichen Vereinigung kann ein berechtigtes Interesse insbesondere darin bestehen, dass die regional unterschiedlich verteilten und teilweise begrenzten Kapazitäten von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder und Jugendmedizin für einen Betrieb eines Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche zusätzlich zu der ambulanten Versorgung in den Arztpraxen nicht ausreichend vorhanden sein können. Die zusätzliche Beanspruchung der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte durch den Einsatz in Notfallzentren für Kinder und Jugendliche muss für die regional verfügbare Fachärzteschaft zumutbar sein und darf deren Leistungsfähigkeit nicht überschreiten. Die Versorgung in den Vertragsarztpraxen muss gewahrt bleiben. Diese Kriterien sind bei der Entscheidung, ob ein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche eingerichtet wird oder eine telemedizinische Anbindung nach § 123 Absatz 4 ausreicht, zu beachten.

Es wird eine gesetzliche Frist für die erstmalige Entscheidung festgelegt.

Zu Absatz 2

Die übrigen Regelungen für die Integrierten Notfallzentren nach § 123 Absatz 1 bis 3 und 5 sowie § 123a Absatz 1 Satz 9 bis 11 sowie Absatz 2 bis 4 gelten entsprechend. Dies umfasst alle Regelungen außer jenen zur telemedizinischen Unterstützung von Integrierten Notfallzentren durch Kinderärztinnen und Kinderärzte und zur Standortbestimmung, die für Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche in Absatz 1 gesondert normiert ist.

Zu § 123c

Zu Absatz 1

Die Versorgung ambulanter Not- und Akutfälle soll zur optimalen Nutzung der personellen und einrichtungsbezogenen Ressourcen sowie zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung aller Hilfesuchenden gesteuert und in den dafür vorgesehenen Strukturen erfolgen. Die für die Versorgung mobiler Not- und Akutfälle vorgesehenen Strukturen sind die Integrierte Notfallzentren, die so geplant werden, dass sie innerhalb von 30 Autominuten für mindestens 95 Prozent der Einwohner zu erreichen sind. Hierhin werden Hilfesuchende von den Leitstellen in allen geeigneten Fällen gesteuert.

Für den Fall, dass Hilfesuchende dennoch selbständig eine Notaufnahme eines Krankenhausstandortes ohne Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, wird die dort erbrachte ambulante Behandlung nicht in allen Fällen von den Krankenkassen vergütet. Nach § 76 Absatz 1 Satz 2 sind ambulante Leistungen von nicht in die vertragsärztliche Versorgung einbezogenen Krankenhäusern bereits nach geltendem Recht nur dann abrechenbar, wenn es sich um einen Notfall handelt, also wenn nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung des Patienten notwendig ist und ein Vertragsarzt nicht in der notwendigen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann. Diese Feststellung ist in der Praxis oft schwierig und führt zu Rechtsunsicherheiten und uneinheitlicher Handhabung. Mit der vorliegenden Änderung wird die Abrechenbarkeit einer ambulanten Behandlung an einem Krankenhausstandort ohne Integriertes Notfallzentrum an die Voraussetzung geknüpft, dass mithilfe eines standardisierten digitalen Ersteinschätzungsverfahrens festgestellt wurde, dass eine Verweisung an das nächstgelegene Integrierte Notfallzentrum im Einzelfall nicht zumutbar ist. Dadurch wird auch den

Krankenhäusern, die kein Integriertes Notfallzentrum betreiben, die standardisierte, digitale Ersteinschätzung aufgegeben, welche Versorgungsebene für die Hilfesuchenden bedarfsgerecht ist, und Rechtssicherheit geschaffen. Die Regelung gilt ab dem Zeitpunkt, in dem der Gemeinsame Bundesausschuss die Durchführung einer Ersteinschätzung nach Absatz für verbindlich erklärt hat. Die Ersteinschätzung kann im Wege der Delegation durch nicht-ärztliches Personal erbracht werden. Die Ersteinschätzung wird unabhängig von ihrem Ergebnis vergütet.

Zu Absatz 2

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in einer Richtlinie innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes Vorgaben für ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument fest.

Die Richtlinie soll für Integrierte Notfallzentren Vorgaben an eine standardisierte digitale Ersteinschätzung enthalten, die für Hilfesuchende einerseits die Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs feststellen und andererseits eine Entscheidung, ob sie in der Notaufnahme oder in der Notdienstpraxis/nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zugelassenen Leistungserbringer als Substitut einer Notdienstpraxis beziehungsweise einer geöffneten Kooperationspraxis nach § 123 Absatz 1 Satz 7 zu versorgen sind, generieren kann. Für Krankenhausstandorte ohne Integriertes Notfallzentrum soll die Richtlinie Vorgaben zu einer Ersteinschätzung enthalten, die neben der Aussage zur Behandlungsdringlichkeit auch eine Entscheidung über die Weiterleitung an ein Integriertes Notfallzentrum oder die Behandlung am Krankenhausstandort treffen kann. In der Richtlinie soll auch die Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Weiterleitung an ein Integriertes Notfallzentrum geregelt werden. Die Ersteinschätzung betrifft nur Hilfesuchende, die ein subjektiv als dringlich eingestuftes gesundheitliches Anliegen haben. Das System zur Ersteinschätzung muss validiert und patientensicher sein. Die besonderen Bedürfnisse von Kindern, Menschen mit Behinderung und psychisch Erkrankten sind zu berücksichtigen. Die Vorgaben sind mit den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ (Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung) abzustimmen. Die neu zu entwickelnden Vorgaben sind mit den bereits derzeit nach diesen Regelungen in den Notaufnahmen zur Anwendung kommenden Systemen zur Behandlungspriorisierung, wie zum Beispiel dem Manchester Triage System (MTS), in Einklang zu bringen. Diese Systeme sollen ein Bestandteil der neuen Ersteinschätzung sein.

Die Richtlinie soll zudem Vorgaben zum Nachweis der Einhaltung der Vorgaben an die standardisierte digitale Ersteinschätzung umfassen. Es soll bestimmt werden, wie und durch welche Stellen die Konformität mit den Anforderungen nach den Sätzen 1 bis 3 festgestellt wird.

Ebenfalls festzulegen sind Vorgaben zur Form und zum Inhalt des Nachweises der Verwendung des Ersteinschätzungsinstruments für die Abrechnung entweder der Einzelleistung nach Absatz 3 Satz 1 oder zusätzlich des Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 für Krankenhausstandorte ohne Integriertes Notfallzentrum und ein Zeitpunkt, ab dem die Ersteinschätzungsstellen die Ersteinschätzung durchführen müssen. Der Zeitpunkt hängt davon ab, ob zumindest ein Instrument, welches die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach den Sätzen 1 bis 3 erfüllt, tatsächlich auf dem Markt zur Verfügung steht und ein Nachweis der Konformität nach Satz 4 Nummer 4 erbracht wurde. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat diese Vorgabe regelmäßig zu prüfen und gegebenenfalls den festgelegten Zeitpunkt anzupassen. Ab diesem Zeitpunkt ist der Nachweis der Verwendung des Ersteinschätzungssystems auch Voraussetzung für die Vergütung der Ersteinschätzung nach Absatz 3 Satz 1 innerhalb von Integrierten Notfallzentren. Diese Regelung soll eine bundeseinheitliche Nutzung und gleichmäßige Einführung der beschriebenen Ersteinschätzungssysteme sicherstellen.

Die Anforderungen an das Personal der Ersteinschätzungsstelle legen allein die Kooperationspartner des jeweiligen Integrierten Notfallzentrums in der Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 Satz 4 Nummer 4 fest, um flexible Lösungen vor Ort zu ermöglichen. Anforderungen an das Personal zur Verwendung des Ersteinschätzungsinstruments sind also ausdrücklich nicht von dem Richtlinienauftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss umfasst. Dies gilt auch für Krankenhäuser ohne Integriertes Notfallzentrum.

Der bisherige Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 120 Absatz 3b wird so an die neuen gesetzlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen angepasst. Dennoch können wesentliche Vorarbeiten des Gemeinsamen Bundesausschusses hinsichtlich der Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung (Beschluss über eine Erstfassung vom 6. Juli 2023) mit in die Richtlinie einfließen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Richtlinie außerdem Mindestanforderungen an die sächliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen, medizinischen Versorgungszentren und Vertragsarztpraxen nach § 123 Absatz 1 Satz 6 in Integrierten Notfallzentren und der Kooperationspraxen. Die Mindestanforderungen sollen sich an der üblichen personellen und sachlichen Ausstattung einer Hausarztpraxis orientieren und sollen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Festlegungen zur einheitlichen Ausstattung der Notdienstpraxen sind erforderlich für die Bewertung, welche Art und Schwere von medizinischen Hilfeersuchen dort behandelt werden können. Dasselbe gilt auch für Kooperationspraxen, an die Akutpatientinnen und -patienten weitergeleitet werden. Zur Sicherstellung der Einhaltung der Mindestanforderungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Richtlinie auch ein aufwandsarmes Nachweis- und Kontrollverfahren zu bestimmen.

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Auswirkungen der Richtlinie hinsichtlich der Entwicklung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen und der Notdienstpraxen, medizinischen Versorgungszentren und Vertragsarztpraxen nach § 123 Absatz 1 Satz 6 in Integrierten Notfallzentren, der Auswirkungen auf die Patientenversorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung seiner Regelungen zu prüfen und dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. Dezember [...] hierzu zu berichten. Das Nähere zur Umsetzung dieses Evaluations- und Berichtsauftrags, insbesondere auch zur Übermittlung der hierzu erforderlichen Informationen an den Gemeinsamen Bundesausschuss durch die jeweiligen Stellen, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss nach Satz 5 Nummer 3 in seiner Richtlinie.

Zu Absatz 3

Der ergänzte Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a beschließt innerhalb einer gesetzlich vorgegebenen Frist die notwendigen Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen. Ziel ist es, den personellen und technischen Aufwand durch eine Ersteinschätzung nach Absatz 2 Satz 1 angemessen abzubilden und als Einzelleistung unabhängig von der Weiterbehandlung zu vergüten. Er hat außerdem die Auswirkungen zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2028 zu berichten. Zur Umsetzung des Evaluationsauftrages ist eine Kennzeichnung der Leistungen nach dem Erbringungsort erforderlich. Daher müssen die entsprechenden Abrechnungsdaten mit einer Kennzeichnung versehen werden. Der Bewertungsausschuss und der erweiterte Bewertungsausschuss werden daher beauftragt, die notwendigen Fallkennzeichnungen zu beschließen. Zur Umsetzung des

Evaluationsauftrags ist eine Kennzeichnung der Leistungen nach Erbringungsort (Notaufnahme, Notdienstpraxis, Kooperationspraxis) erforderlich. Da die eindeutige Zuordnung mit derzeitigen Abrechnungsdaten nicht möglich ist, werden der Bewertungsausschuss (für Kooperationspraxen) und der ergänzte Bewertungsausschuss (für Notaufnahmen und Notdienstpraxen) ergänzend mit einer Vorgabe zur Kennzeichnung der Fälle nach Erbringungsort beauftragt.

Zu Nummer 18 (§§ 133 bis 133g)

Zu § 133

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

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

Absatz 2 sieht vor, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den zuständigen Landesbehörden, mit den zuständigen Trägern oder den mit der Wahrnehmung der medizinischen Notfallrettung beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen die Vergütungen für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung zu verhandeln haben. Die Abkehr von der bloßen Übernahme von Fahrtkosten für Versicherte und die damit verbundene Aufteilung in Notfallmanagement mit oder ohne Gesundheitsleitsystem, Notfallrettung vor Ort (beispielsweise durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter oder aber auch durch Ärztinnen und Ärzte vor Ort beziehungsweise telemedizinisch) und Notfalltransport (abhängig vom Transportmittel) oder Krankentransport bedingt, dass zukünftig Verträge differenziert nach diesen einzelnen Leistungen abzuschließen sind. Um mehr Transparenz über die Vergütung der medizinischen Notfallrettung zu erreichen, müssen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vor Vertragsschluss die der Kalkulation der einzelnen Leistungen zu Grunde liegenden Daten transparent vorliegen. Zusätzlich stehen den Krankenkassen zukünftig Qualitäts- und Leistungsdaten nach § 133e zur Verfügung. Sie haben bei Vertragsschluss die Rahmenempfehlungen nach § 133b Absatz 1 Satz 1 zu berücksichtigen. Zwar handelt es sich bloß um Rahmenempfehlungen, dennoch können diese insbesondere Indizwirkung für eine qualitative und gleichzeitig wirtschaftliche Leistung entfalten, sodass sie zumindest initial herangezogen werden müssen. Das Nähere zum Verfahren der Berücksichtigung dieser Empfehlungen kann nach Absatz 5 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln. Hervorzuheben ist, dass die Anforderungen für Leistungserbringer des Notfallmanagements, die Teil eines Gesundheitsleitsystems nach § 133a sind, finanziell beachtet und somit besondere Anreize bestehen müssen, sich entsprechend zu vernetzen. Ziel sollte es sein, dass das Notfallmanagement für Versicherte nur noch durch Gesundheitsleitsysteme

stattfindet. Die Aufgaben für die Leitstellen nach § 133g werden gesondert ausgewiesen, um Transparenz zu schaffen. Ein Umlageverfahren verhindert, dass die Kassen der Versicherten der koordinierenden Leitstellen mit Kosten für landesweite Aufgaben belastet werden.

Diese Vorschrift verhindert nicht, dass Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt werden können; für die Leistungen nach diesem Gesetz sind nunmehr indes Vergütungsverträge zwingend mit den Krankenkassen abzuschließen.

Zu Absatz 3

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

Zu Absatz 4

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt in einer Richtlinie das Nähere zum Verfahren und zur Umsetzung der Vertragsgestaltung nach Absatz 2. Diese Richtlinie kann die Krankenkassen insbesondere anleiten, wie bei der Vertragsgestaltung mit Rahmenempfehlungen nach § 133b Absatz 1 Satz 1 umzugehen ist. Der bisherige vergleichbare Verweis auf die Bildung von Rahmenempfehlungen, entsprechend der Verträge im Hilfsmittelbereich nach § 127 Absatz 9, wird nicht übernommen, da hiervon kein Gebrauch gemacht worden ist.

Zu Absatz 5

Absatz 5 stellt klar, dass, wie bereits heute, auch zur Vergütungshöhe von Krankenfahrten und sonstigen Krankentransporten Vertragsvereinbarungen stattfinden. Für Fahrten nach dem Personenbeförderungsgesetz (beispielsweise Beförderungen mit Taxis) können die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich auch Verträge mit zur Leistungserbringung geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen abschließen.

Zu Absatz 6

Absatz 6 sieht eine Übergangsvorschrift vor. Bis zu diesem Zeitpunkt müssen die nach dieser Vorschrift vorgesehen Verträge – zumindest unter Einbeziehung der Schiedseinrichtungen – vorliegen.

Zu § 133a

§ 133a regelt die Errichtung des Gesundheitsleitsystems durch die Vernetzung der Rettungsleitstellen unter der Notrufnummer 112 mit den Akutleitstellen unter der Rufnummer 116117.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Bildung von Gesundheitsleitsystemen durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen. Auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle ist die zuständige Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, mit diesem ein Gesundheitsleitsystem zu bilden. Um eine flächendeckende Einführung sicherzustellen, können die Länder in ihren Rettungsdienstgesetzen entsprechende landesweite Vorgaben machen. Aber auch einzelne Leitstellen können eine Kooperation im Rahmen eines Gesundheitsleitsystems eingehen. Voraussetzung für eine Kooperation ist allerdings, dass die Rettungsleitstelle über eine digitale standardisierte Notrufabfrage verfügt, da sonst eine abgestimmte und patientensichere Weiterleitung von Hilfesuchenden innerhalb des Gesundheitsleitsystems nicht möglich ist.

In einem Gesundheitsleitsystem arbeiten die Träger der Rettungsleitstellen mit der Notrufnummer 112 und die Kassenärztlichen Vereinigungen als Träger der Akutleitstelle zusammen. Das Gesundheitsleitsystem beschränkt sich auf die organisatorische und technische, insbesondere digitale Kooperation. Darüber hinaus können weitere Formen der Zusammenarbeit bis hin zur gemeinsamen Trägerschaft im Einvernehmen der Kooperationspartner in der Kooperationsvereinbarung geregelt werden.

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

Zu Absatz 2

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

Darüber hinaus ist in der Kooperationsvereinbarung insbesondere der Umgang mit den Abfrageergebnissen zu vereinbaren, also die Entscheidung, welches Versorgungsangebot für ein bestimmtes Abfrageergebnis bedarfsgerecht und welche Rufnummer für die Disponierung dieses Versorgungsangebots zuständig ist. Die Reaktion auf das konkrete

Hilfeersuchen erfolgt auf regionaler Ebene unter Berücksichtigung des dort vorhandenen Versorgungsangebotes. Hierzu und zur Zuständigkeit der Rufnummern für die Disponierung der jeweiligen Versorgung sind präzise Festlegungen in der Kooperationsvereinbarung zu treffen.

Für die Zusammenarbeit der Rettungsleitstellen unter der Notrufnummer 112 und der Akutleitstelle unter der Rufnummer 116117 in einem Gesundheitsleitsystem und die verbindliche Festlegung, welcher Kooperationspartner aufgrund der ihm zur Verfügung stehenden Versorgungsangebote für welche Art von Ergebnissen der Abfragesysteme zuständig sein soll, ist es von erheblicher Wichtigkeit, dass die zur Disposition stehenden Versorgungsangebote verlässlich arbeiten und auch eingeschätzt werden kann, wie schnell diese jeweils bei einem Hilfesuchenden eintreffen und die Versorgung beginnen können. Die Eintreffzeiten der aufsuchenden Dienste der Kassenärztlichen Vereinigungen sind bundesweit sehr unterschiedlich. Um die regionalen Besonderheiten und entsprechenden Personalressourcen angemessen berücksichtigen zu können und dennoch eine verbindliche Zusammenarbeit im Gesundheitsleitsystem mit verlässlichen Eintreffzeiten des aufsuchenden Dienstes zu gewährleisten, sind diese Zeiten von den jeweiligen Kooperationspartnern eines Gesundheitsleitsystems selbst in der Kooperationsvereinbarung entsprechend dem tatsächlich Leistbaren verbindlich festzulegen. Es sind hierbei Zeitspannen zu regeln, die eine sinnvolle Differenzierung der Abfrageergebnisse erlauben.

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

Die Kooperationspartner sind technisch so zu vernetzen, dass eine unmittelbare telefonische Weiterleitung und eine medienbruchfreie Bearbeitung und Übertragung der zum jeweiligen Hilfeersuchen aufgenommenen Daten möglich sind. Die Kooperationspartner sind bezüglich des Datenaustausches gemeinsame Verantwortliche nach Artikel 26 der Datenschutz-Grundverordnung. Um die technische Umsetzung einer sicheren Vernetzung und Kommunikation zu erleichtern und den Aufwand zu reduzieren, soll möglichst auf Dienste der Telematikinfrastruktur zurückgegriffen werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt eine Schnittstelle zur digitalen Fallübergabe zur Verfügung, die auch die notwendigen Datensätze und -formate umfasst. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt die technische Spezifikation der für eine digitale Fallübergabe notwendigen Anforderungen für die eingesetzten informationstechnischen Systeme im Einvernehmen mit dem Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen. Die verbindliche Festlegung der Spezifikationen für das Gesundheitswesen erfolgt gemäß § 385 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 durch das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Rechtsverordnung nach § 385 Absatz 1 Satz 1.

Zu Absatz 3

Gemäß Absatz 3 vereinbaren die Kooperationspartner in der Kooperationsvereinbarung ein gemeinsames Qualitätsmanagement, einschließlich der dafür notwendigen Strukturen (wie zum Beispiel einem Review-Gremium), für die ständige Evaluation der Abfragesysteme und der Überprüfung der Zuordnungen von Hilfesuchenden zur jeweiligen Versorgungsebene. Im Rahmen des Qualitätsmanagements sind auch geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der jeweiligen Abfragesysteme und der gemeinsamen Patientensteuerung zu treffen. Hierfür sind die einzelnen Prozessabläufe der Abfrage, insbesondere die Abfrage selbst, in den Leitstellen nachverfolgbar zu dokumentieren. Die entsprechenden Daten müssen im Sinne einer Feedbackschleife mit den Daten des jeweiligen disponierten Leistungserbringers, wie beispielsweise des Hausbesuchsdienstes, zusammengeführt und ausgewertet werden. So können beispielsweise Symptome oder Diagnosen verglichen werden und die Leitstelle erhält eine Rückkopplung zur Qualität der Abfrage. Damit soll

sichergestellt werden, dass fehlerhafte Weiterleitungen in eine ungeeignete Versorgungsebene im Sinne der Patientensicherheit vermieden werden. Hierfür können auch Fehlermeldesysteme etabliert werden, an die alle Beteiligten der Akut- und Notfallversorgung Vorfälle anonymisiert, freiwillig und sanktionsfrei melden, bei denen der Verdacht einer Ersteinschätzungs- beziehungsweise Dispositionsfehlers besteht. Es wird klargestellt, dass der jeweils aufsuchende Leistungserbringer nur derjenigen Leitstelle die erforderlichen personenbezogenen Daten zurückmeldet, von der er disponiert wurde. Diese Leitstelle wertet die Daten dann aus und analysiert sie gemeinsam mit dem Kooperationspartner. Die Kooperationspartner sind befugt, personenbezogene Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Rahmen des gemeinsamen Qualitätsmanagements zu verarbeiten und sie wechselseitig auszutauschen. Dies umfasst auch die Aufzeichnungen der eingehenden Anrufe, die aufgrund von Einwilligungen oder auf der Grundlage von landesrechtlichen Befugnisnormen erhoben wurden, soweit die jeweilige Ermächtigungsgrundlage dies umfasst. Soweit personenbezogene Daten von Beschäftigten der Kooperationspartner verarbeitet werden, sind die Anforderungen des Beschäftigtendatenschutzes zu beachten.

Zu Absatz 4

Absatz 4 Satz 1 stellt klar, dass je nach Absprache in der Kooperationsvereinbarung des Gesundheitsleitsystems auch die Kassenärztlichen Vereinigungen Krankentransporte vermitteln dürfen, soweit dies durch landesrechtliche Vorschriften ermöglicht wird.

Satz 2 der Vorschrift gibt vor, dass beide Kooperationspartner im Gesundheitsleitsystem medizinische und sonstige komplementäre Dienste vermitteln sollen, soweit diese jeweils verfügbar sind. Die Verfügbarkeit bezieht sich sowohl auf das grundsätzliche Vorhandensein in dem räumlichen Zuständigkeitsbereich als auch auf die zeitliche Verfügbarkeit (Öffnungszeiten, Jahreszeit etwa bei winterspezifischen Hilfsangeboten). Medizinische komplementäre Dienste sind insbesondere notfallpflegerische, notfallpsychiatrische und notfallpalliative Leistungen, sowie Leistungen einer fachgerechten Versorgung außerklinischer geburtshilflicher Notfälle. Sonstige komplementäre Dienste für vulnerable Gruppen oder krisenhafte Situationen sind alle geeigneten, regional vorhandenen Angebote unabhängig von der Trägerschaft, die Menschen in Not- oder Problemsituationen helfen. Dies schließt auch die vielfältigen soziale Dienstleistungen mit ein, wie beispielsweise einen Kälte-Bus der Obdachlosenhilfe oder einen psychosozialen Dienst. Durch die Aufforderung an das Gesundheitsleitsystem, diese komplementären Dienste zu vermitteln, kann auch Hilfesuchenden mit spezifischen Problemlagen bedarfsgerecht geholfen werden. Rettungsmittel können somit zielgerichteter eingesetzt werden. Die Vermittlung durch das Gesundheitsleitsystem beschränkt sich auf Akut- und Notsituationen und hat keine Folge für die Finanzierung des komplementären Dienstes. Diese bleibt ebenso wie die Organisation in der jeweiligen Zuständigkeit.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt Berichtspflichten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Zusammenarbeit in Gesundheitsleitsystemen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich über die Anzahl, den jeweiligen Stand und die wesentlichen Inhalte der Vereinbarungen zu den Gesundheitsleitsystemen einschließlich der Auswertung des gemeinsamen Qualitätsmanagements. Die Kassenärztlichen Vereinigungen berichten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsprechend. Das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht den Bericht spätestens zwei Monate nach Erhalt. Die Veröffentlichung erfolgt über den Internetauftritt des Bundesministeriums für Gesundheit und dient der Transparenz für alle Akteure der Akut- und Notfallversorgung, etwa die Länder, die Träger des Rettungsdienstes sowie die Leistungserbringer im Rettungsdienst. Die Berichte sollen perspektivisch dazu beitragen, unter Einbindung der maßgeblichen Akteure bundeseinheitliche Standards zu entwickeln.

Zu § 133b

§ 133b regelt das Nähere zu den Rahmenempfehlungen Notfallrettung. Aus § 133 ergibt sich, dass die Krankenkassen bei dem Abschluss ihrer Vergütungsverträge die Rahmenempfehlungen Notfallrettung des Gremiums nach Absatz 1 zu berücksichtigen haben. Zu diesem Zweck sieht § 133b vor, dass das Gremium Rahmenempfehlungen für das Notfallmanagement, die medizinische Notfallrettung sowie den Krankentransporten und Krankentransportflügen erstellt und diese fortschreibt. Das Gremium beschließt außerdem Spezifikationen für interoperable Datensätze und informationstechnische Vorgaben für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation sowie Empfehlungen für die Übermittlung der Daten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung nach § 133d. Zweck der Regelung ist die Sicherstellung und Förderung einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen, für Patienten sicheren und gleichzeitig wirtschaftlichen medizinischen Versorgung.

Zu Absatz 1

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bildet ein Gremium, das Rahmenempfehlungen für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 beschließt und ständig fortentwickelt. Dabei sollen regionale Besonderheiten hinreichend berücksichtigt werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsendet eine ausreichende Anzahl an Vertretern. Die Länder können jeweils einen Vertreter benennen. Die Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Länder benennen mit einfacher Mehrheit gemeinsam zusätzliche Vertreter der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1 und der maßgeblichen Fachgesellschaften und Fachverbände. Das Bundesministerium für Gesundheit entsendet einen Vertreter.

Zu Absatz 2

Beschlussfassungen erfolgen mit einfacher Mehrheit. Die Vertreter der Länder haben jeweils eine Stimme. Die Stimmen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind so zu gewichten, dass insgesamt eine Parität mit denen der Länder besteht. Die Vertreter der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1, der maßgeblichen Fachgesellschaften und Fachverbände haben ein Mitberatungsrecht aber kein Stimmrecht. Der Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit hat kein Stimmrecht. Das Gremium legt das Nähere zur Arbeitsweise und zur Beschlussfassung in einer Geschäftsordnung fest. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann zur Koordinierung der Tätigkeit des Gremiums eine Geschäftsstelle einrichten.

Zu Absatz 3

Absatz 3 beinhaltet eine nicht abschließende Aufzählung von Themen, zu denen das Gremium Rahmenempfehlungen abgeben soll.

Zu Nummer 1

Rahmenempfehlungen sind danach zur Nutzung und einheitlichen Anwendung von qualitätsgesicherten, standardisierten softwaregestützten Abfragesystemen einschließlich deren Indikationsstellung für vermittelte Leistungen nach § 30 Absatz 2 und der Anleitung von Erster Hilfe am Notrufort zu erstellen. Eine einfachere und bedarfsgerechtere Disposition wird durch die Nutzung von qualitätsgesicherten, standardisierten softwaregestützten Abfragesystemen ermöglicht. Durch die Nutzung dieser Systeme kann auch sichergestellt werden, dass die Voraussetzungen für die Errichtung eines Gesundheitsleitsystems nach § 133a seitens der Leitstellen vorliegen. Vorgesehen sind auch Rahmenempfehlungen hinsichtlich Maßnahmen zur Förderung der Laienreanimation und der Ersten Hilfe durch Laien in anderen zeitkritischen lebensbedrohlichen Situationen (wie beispielsweise die Stillung von starken Blutungen, Unterstützung der Anwendung von der Patientin oder dem Patienten mitgeführten Auto-Injektoren bei schweren Allergien oder auch die Unterstützung einer

Geburt); dies umfasst auch die telefonische Anleitung Anrunder. So hat die Praxis gezeigt, dass diesbezüglich teilweise erhebliche Defizite vorliegen und durch entsprechende Maßnahmen Leben gerettet werden können.

Zu Nummer 2

Zusätzlich sind Rahmenempfehlungen zur Nutzung standardisierter und vernetzter Einsatzleitsysteme (Leitstellensoftware) vorgesehen. Diese Software sollte eine landkreis- und länderübergreifende Alarmierung von Einsatzmitteln ermöglichen. Vorgesehen sind auch Rahmenempfehlungen zur Bereitstellung und Honorierung entsprechender technischer und organisatorischer Schnittstellen. Dies kann beispielsweise der Bildung von Redundanzen sowie der Vernetzung zum Gesundheitsleitsystem nach § 133a dienen.

Zu Nummer 3

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

Zu Nummer 4

Gegenstand der Rahmenempfehlung ist auch die Einbeziehung von spezialisierten Formen der ambulanten Notfallversorgung oder weiteren ambulanten Versorgungsformen sein. Durch entsprechende Maßnahmen können nicht bedarfsgerechte Einsätze durch kostenintensive Rettungswagen oder Krankenhausaufnahmen vermieden werden. Insbesondere sind hier Systeme zu nennen, die zum Einsatz kommen, wenn zwar am Notruf eine unmittelbare Lebensbedrohung, aber kein Notfall ausgeschlossen werden konnte. Auf die Transferempfehlung des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Projekt ILEG (Inanspruchnahme, Leistungen und Effekte des Gemeindenoctallsanitätsers) wird verwiesen. Für diese Systeme sind Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit und Bedarfsgeerechtigkeit zu formulieren, um einer ineffizienten Leistungsausweitung vorzugreifen. Wenn diese Systeme Kosten für reguläre Einsatzmittel wie insbesondere Rettungswagen und Notarzteeinsatzmittel vermeiden, können diese von Nutzen sein. Hier ist darauf zu achten, dass möglichst Synergien mit aufsuchenden Diensten wie dem der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 75 Absatz 1b gibt. Die Weiterbildung für diese Systeme ist von Nummer 8 umfasst. Weiterhin kann dies auch Maßnahmen des vorbeugenden Rettungsdienstes umfassen, beispielsweise den Einsatz von Organisationseinheiten, die sich im Rahmen eines Case-Managements um Personen kümmern, die besonders häufig die Notfallrettung alarmieren und dafür sorgen, dass für diese die richtige Versorgungsebene gefunden wird.

Zu Nummer 5

Zudem sind in den Rahmenempfehlungen bundesweit zu erhebende Qualitätsindikatoren der medizinischen Notfallrettung aufzunehmen, die für die Ermittlung der Leistungsqualität in der medizinischen Notfallrettung erforderlich sind und in die Veröffentlichung nach § 133d einfließen. Die zu erfassenden statistischen Daten sollen das Leistungsgeschehen in der medizinischen Notfallrettung transparent abbilden und als Grundlage für die Verhandlungen der Verträge zur Vergütung für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung dienen können.

Zu Nummer 6

Hinzu kommen Rahmenempfehlungen des Einsatzes von digitalen Lösungen zur Patientensteuerung und zur Patientenzuweisung mithilfe eines integrierten softwaregestützten Behandlungskapazitäten-Nachweises in geeignete Versorgungseinrichtungen. Ziel ist ein schneller Austausch zwischen den Krankenhäusern, den Leitstellen für den Rettungsdienst, den Gesundheitsbehörden und anderen medizinischen Diensten, wie dem Ärztlichen Notdienst, der Kassenärztlichen Vereinigung oder niedergelassenen Ärzten.

Zu Nummer 7

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

Zu Nummer 8

Ebenso sollen Rahmenempfehlungen für die Fort- und Weiterbildung für Rettungsfachpersonal abgegeben werden. Dies betrifft Umfang und Inhalt der ständigen Fortbildung, aber insbesondere zur Etablierung von einheitlichen Weiterbildungsformaten für Personen nach § 1 des Notfallsanitättergesetzes. Analog zu Weiterbildungen für Pflegefachpersonen für beispielsweise Intensivpflege sind hier einheitliche Formate sinnvoll. Dies gilt insbesondere für eine Weiterbildung für spezialisierte Systeme der ambulanten Notfallversorgung wie in Nummer 4 beschrieben. Auch andere Weiterbildungsformate beispielsweise für Spezialrettungsmittel sind grundsätzlich denkbar. Bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen dienen der Anerkennung von Qualifikationen bei Wechsel des Arbeitgebers und erleichtern den Personaleinsatz. Sie führen damit zu mehr Arbeitszufriedenheit beim Rettungsfachpersonal, dienen aber auch der Vereinheitlichung der Leistung der gesetzlichen Krankenkassen. Die Einbindung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ist sachgerecht, da eine zusätzliche Weiterbildung den Kriterien des bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Einsatzes gerecht werden muss.

Zu Nummer 9

Schließlich sollen auch Rahmenempfehlungen zur Abstimmung von standardmäßigen Vorgaben bei notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen sowie zu deren einheitlichen Umsetzung im Rahmen der medizinischen Notfallrettung abgegeben werden. Dies können insbesondere Vorgaben zur Umsetzung der eigenverantwortlichen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäter nach § 2a des Notfallsanitättergesetzes sein und Handlungsempfehlungen auf der Basis aktueller Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften. Damit kann eine gleichwertige Versorgungsqualität erzielt werden.

Alle Vertreter in dem Gremium können Themen benennen, über die eine Beratung und Beschlussfassung erfolgen soll.

Zu Absatz 4

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

Zu Absatz 5

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

Zu Absatz 6

Das Gremium gibt zudem Empfehlungen zur Übermittlung der Daten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung nach § 133d ab. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt eine Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu erlassen, die die für die Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung nach § 133d erforderlichen Daten der Leistungserbringer festlegt. Dies umfasst Strukturdaten und einsatzspezifische Leistungsdaten sowie Angaben zur Qualifikation des beteiligten Personals. Grundlage hierfür kann etwa der minimale Notfalldatensatz (MIND) der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin sein. Zur Ermittlung der Leistungsqualität in der medizinischen Notfallrettung ist es zudem erforderlich, dass die Daten einer regionalen Einheit zugeordnet werden können.

Zu Absatz 7

Das Gremium erstellt Spezifikationen für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation nach § 133c Absatz 1. Hierbei soll auf die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen (KIG) entwickelten Spezifikationen für die Vernetzung und interoperable Fallübergabe innerhalb Integrierter Notfallzentren nach § 123a Absatz 2 Satz 8 sowie auf den Spezifikationen nach § 133a Absatz 2 Satz 8 für die digitale Fallübergabe innerhalb eines Gesundheitsteilsystems aufgesetzt werden. Die Spezifikationen nach diesem Absatz sind im Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu erstellen, da die von ihnen vertretenen Gruppen von der Anwendung der Spezifikationen in der Praxis unmittelbar betroffen sein werden. Bei der Erstellung der Spezifikationen ist das KIG nach § 385 rechtzeitig einzubeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann dann auf Basis der Empfehlung des KIG die gesamte oder Teile der Spezifikation per Rechtsverordnung verbindlich festlegen. Der Wirkungsbereich der Festlegung beschränkt sich hierbei allerdings auf Systeme, die nicht ausschließlich in Landeshand liegen. Die Spezifikationen werden gemäß § 385 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 auf der entsprechenden Plattform veröffentlicht.

Zu § 133c

Zu Absatz 1

Für die Notfallversorgung der Versicherten ist die Verarbeitung und damit auch die Übermittlung der erhobenen Behandlungsdaten insbesondere für die medizinisch erforderliche Weiterbehandlung durch weiterversorgende Stellen von essentieller Bedeutung. Diese Datenübermittlung ist eine wesentliche Voraussetzung, um eine erfolgreiche medizinische Behandlung im Rahmen der weitgehend arbeitsteiligen Notfallversorgung zu gewährleisten. Dabei ist zu unterscheiden zwischen der bereits nach geltendem Recht bestehenden Befugnis zur Verarbeitung der für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten durch die jeweiligen Behandler einerseits und der mit der Neuregelung eingeführten Verpflichtung zur Datenübermittlung sowie zu spezifischen Vorgaben zur Ausgestaltung dieser Datenübermittlung. Diese Verpflichtung gilt, sobald die erforderlichen technischen Voraussetzungen vorliegen. Es muss also die entsprechende Rechtsverordnung nach § 133c Absatz 7 in Verbindung mit § 385 erlassen worden und die technische Umsetzung dahingehend abgeschlossen sein, dass die Datenübermittlung in der vorgesehenen Weise möglich ist. Die Datenübermittlung zwischen den an der rettungsdienstlichen Versorgung Beteiligten soll unter Nutzung der sicheren Übermittlungsverfahren der Telematikinfrastruktur erfolgen. Voraussetzung ist ein Anschluss der jeweiligen Leistungserbringer beziehungsweise der Einrichtung an die Telematikinfrastruktur.

Ziel ist, dass alle Versorgungsstrukturen, die bei Notfällen oder bei Anhaltspunkten eines Notfalls tätig werden, Daten technisch so austauschen können, dass sie in dem jeweiligen Empfängersystem sofort nutzbar sind.

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

Auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten außerhalb der Notdienststrukturen nach § 75 Absatz 1b Satz 5, zum Beispiel durch zugelassene Hausärztinnen und Hausärzte, andere zugelassene Vertragsärztinnen und -ärzte oder in zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren, findet die Vorschrift keine Anwendung.

Zu Absatz 2

Für eine effektive medizinischen Notfallrettung und die Frage, wohin ein Rettungsmittel eine Patientin oder einen Patienten zur Weiterversorgung bringt, ist eine umfassende, detaillierte und jederzeit aktuelle Übersicht über die derzeit verfügbaren Versorgungskapazitäten in Notaufnahmen von zentraler Bedeutung. Das Informationssystem enthält insoweit nur einrichtungsbezogene Daten und keine versichertenbezogenen Daten. Die Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 133 Absatz 1 werden verpflichtet, ein solches Informationssystem zu betreiben und die an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser werden verpflichtet, ihre jeweils aktuell bestehenden Kapazitäten zu melden.

Die Vorgaben zur Interoperabilität der Informationssysteme hat die Gesellschaft für Telematik im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik festzulegen.

Zu Absatz 3

Das Bundesministerium für Gesundheit kann Näheres zu Funktionalität und Datenumfang des Versorgungskapazitätennachweises in einer Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates regeln. Die Gesellschaft für Telematik legt Vorgaben zur Interoperabilität der Informationssysteme und im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik Vorgaben zur Informationssicherheit fest. Dabei ist die Integration in Krankenhaus-Notaufnahme-Systeme, Rettungsdienst-Dokumentations-Systeme und Einsatzleitsysteme systemseitig zu ermöglichen.

Zu Absatz 4

Die Leistungserbringer, die nach § 30 Absatz 2 Notfallmanagement leisten, sollen auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme nutzen. Auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme haben das Ziel, das interventionsfreie Intervall bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes zu verkürzen. Sie koordinieren die in diesem System organisierten Ersthelferinnen und Ersthelfer über eine digitale Alarmierungsanwendung, sodass diese bei einem Notfallereignis möglichst schnell vor Ort sein können und bereits lebensrettende Erste-Hilfe-Maßnahmen durchführen können, bevor der Rettungsdienst eintrifft. Die Ersthelferinnen und Ersthelfer erhalten die Informationen über ein Notfallereignis digital von den Leitstellen übermittelt. Da es im Bundesgebiet mehrere Anbieter von auf digitalen Anwendungen basierenden Ersthelferalarmierungssystemen gibt und eine Rettungsleitstelle auf Ersthelferinnen und Ersthelfer unabhängig davon, bei welchem System sie registriert sind, zugreifen können soll, sind solche Systeme zu nutzen, die untereinander interoperabel sind und den Anforderungen der Rahmenempfehlungen nach § 133c Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 entsprechen. Diese sehen unter anderem die Anforderungen an die Interoperabilität sowie weitere technische und organisatorische Anforderungen vor. Die auf digitalen Anwendungen basierenden Ersthelferalarmierungssysteme sollen zudem so konzipiert sein, dass sie für die Ersthelferinnen und Ersthelfer einfach zu bedienen sind und so einer möglichst großen Verbreitung offenstehen.

Zu § 133d

Um den jeweiligen Planungsbehörden und -stellen für die medizinische Notfallrettung eine effektive und effiziente Planung und Ausgestaltung der jeweiligen Versorgungsstrukturen zu ermöglichen und das Leistungsgeschehen insgesamt transparenter darzustellen, werden die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung verpflichtet, die für die Ermittlung der Leistungsqualität in der medizinischen Notfallrettung erforderlichen Daten anonymisiert und elektronisch an eine vom GKV-SV geführte Datenstelle auf Bundesebene zu übermitteln. Die Datensätze werden vom Bundesministerium für Gesundheit in einer Rechtsverordnung einheitlich festgelegt.

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

Die Datenstelle stellt darüber hinaus dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Gremium nach § 133b, den für den Rettungsdienst zuständigen Landesbehörden sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auf Anforderung Auswertungen für ihre Belange zur Verfügung.

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

Zu § 133e

Zu Absatz 1 und Absatz 2

Die Regelungen enthalten die Verpflichtung der von § 133 Absatz 1 erfassten Leistungserbringer sich bis zum Ablauf von 15 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes an die Telematikinfrastruktur (TI) anzuschließen und die Erstattung der dadurch entstehenden telematikbedingten Ausstattungs- und Betriebskosten. Die Leistungserbringer erhalten die in der Finanzierungsvereinbarung für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in der jeweils geltenden Fassung vereinbarten Erstattungen (TI-Pauschale).

Zu Absatz 3

Um eine angemessene Höhe dieser Erstattungen für die von der Regelung erfassten Leistungserbringer im Hinblick auf deren Besonderheiten im Vergleich zu Arztpraxen zu gewährleisten, z. B. hinsichtlich ihrer Einrichtungsgröße, Anzahl der Fahrzeuge und Beschäftigtenanzahl, vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Vereinigungen der entsprechenden Leistungserbringer auf Bundesebene in einer Finanzierungsvereinbarung nicht nur das Nähere zum Ausgleich der Erstattungen, dem Zahlungs- und Abrechnungsverfahren sowie der Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen, sondern auch einen ggf. erforderlichen abweichenden Erstattungsbedarf gegenüber den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern.

Zu Absatz 4

Die Vereinbarungspartner der Finanzierungsvereinbarung nach Absatz 3 verhandeln den abweichenden Erstattungsbedarf nach Absatz 3 Satz 2 im Abstand von jeweils zwei Jahren,

sofern dies erforderlich ist. Solange keine neue Vereinbarung getroffen wird, gilt die bisherige Vereinbarung fort.

Zu § 133f

Zu Absatz 1

Investitionen in die digitale Infrastruktur der digitalen standardisierten Notrufabfrage nach § 30 Absatz 3 Satz 1, des Gesundheitsleitsystems nach § 133a, der digitalen Notfalldokumentation nach § 133c Absatz 1, des Versorgungskapazitätenachweises nach § 133c Absätze 2 und 3 sowie der auf digitalen Anwendungen basierende Einbindung von Ersthelferinnen und Ersthelfern nach § 133c Absatz 4 werden in den Jahren von 2027 bis 2031 aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes finanziert.

Zu Absatz 2

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen übernimmt die Abwicklung der Förderung. Das Fördervolumen entspricht den im Wirtschaftsplan des Sondervermögens eingestellten Beträgen. Die Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1 können Förderanträge bei der zuständigen Landesbehörde stellen. Nach einer Prüfung und Priorisierung leitet diese die Förderanträge an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen weiter. Für jedes der Kalenderjahre 2027 bis 2031 kann jedes Land höchstens den Anteil an den zur Verfügung stehenden Fördermitteln abrufen, der sich für das jeweilige Land aus dem Königsteiner-Schlüssel für das Jahr 2019 ergibt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht auf seiner Internetseite für jedes der Kalenderjahre 2027 bis 2031 die Höhe der Beträge, bis zu denen einzelne Länder die Zuteilung von Fördermitteln beantragen können.

Zu Absatz 3

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erlässt im Benehmen mit den Ländern eine Richtlinie, die nähere Vorgaben und Bestimmungen zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen enthält. Dabei sind die Empfehlungen nach § 133b Absatz 3 zu den jeweiligen förderfähigen Vorhaben zu berücksichtigen. Für die Rechnungslegung und die Bewirtschaftung der Fördermittel gelten die für die Sozialversicherungsträger geltenden Vorschriften entsprechend. Die zweckentsprechende Verwendung der Mittel ist gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen nachzuweisen. Sofern die Fördervoraussetzungen nachträglich nicht mehr gegeben sind oder die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden, ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen befugt, bereits ausgezahlte Mittel zurückzufordern. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich über Art, Umfang und Verwendungsort der Mittel, sodass eine zweckentsprechende Mittelverwendung nachvollzogen werden kann. Dies ist für die Erfolgskontrollen essentiell.

Zu Absatz 4

Investitionen in die digitale Infrastruktur des Gesundheitsleitsystemen nach § 133a, die digitale Notfalldokumentation nach § 133c Absatz 1, den Versorgungskapazitätenachweis nach § 133c Absätze 2 und 3 sowie in die auf digitalen Anwendungen beruhende Einbindung von Ersthelferinnen und Ersthelfern nach § 133c Absatz 4 dürfen ausschließlich über die Förderung nach dieser Vorschrift geltend gemacht werden, eine Berücksichtigung der entsprechenden Kosten im Rahmen der Vergütung nach § 133 ist nicht möglich.

Zu § 133g

Die Regelung schafft die Möglichkeit, dass die zuständigen Landesbehörden einer einzigen Leitstelle im Land besondere koordinierende Funktionen zuweisen kann, die überregionale Aufgaben übernehmen. Zweck der Regelung ist die Bündelung von besonderen Aufgaben

in einer Leitstelle, um Schnittstellen zu reduzieren und die Effizienz zu erhöhen. Die Aufgaben sind insbesondere wie folgt:

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

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

Nummer 3 ermöglicht eine Konzentration von überregionalen Projekten der Digitalisierung auf eine Leitstelle, die diese Informationen und Dienste dann anderen Leitstellen im Land zur Verfügung stellen kann. Dies gilt insbesondere für Projekte wie einen interdisziplinären Versorgungskapazitätsnachweis, der auch landesweit genutzt werden soll. Gleichzeitig wird die Abstimmung mit den Nachbarländern für diese Projekte erheblich erleichtert. Ebenso wird die Möglichkeit geschaffen, dass die technische Infrastruktur (wie beispielsweise ein TI-Gateway) und andere Aufgaben zentral koordiniert und betrieben werden.

Nummer 4 beschreibt die Option, Aufgaben zu konzentrieren, die bereits jetzt in vielen Ländern zentral wahrgenommen werden. Dies gilt insbesondere für Koordinierungszentralen für Intensivtransporte, den Einsatz von Spezialrettungsmitteln, die überregional zum Einsatz kommen, oder spezifische Anforderungen der Luftrettung.

Zu Nummer 19 (§ 140f)

Mit der Ergänzung wird geregelt, dass die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss auch bei Beschlüssen zu Richtlinien nach § 123c Absatz 2 ein Antragsrecht hat.

Zu Nummer 20 (§ 291b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Die Einbindung von Notaufnahmen in den Notdienst durch Kooperationsvereinbarungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung wird nunmehr in § 75 Absatz 1b Satz 10 geregelt.

Zu Nummer 21 (§ 294a)

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

Zu Nummer 22 (§ 302)

§ 302 regelt die Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer und somit explizit auch die der medizinischen Notfallrettung nach § 30 sowie wie bisher der übrigen Leistungserbringer nach § 60.

Gemäß dem neu eingefügten Satz 3 entfällt für die Leistungserbringer nach § 30 die ärztliche Verordnung, stattdessen wird von den Leitstellen das Ergebnis der Notrufabfrage übermittelt. Die genaue Ausgestaltung, wie das Ergebnis der Notrufabfrage zum Beispiel in Kategorien, spezifischen Codes oder Kurzbeschreibungen einzuteilen ist, obliegt gemäß Absatz 2 dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in der dementsprechenden Richtlinie. Hier soll möglichst auf bereits angelegte und vorhandene Daten wie die in Gesundheitssystemen verwendeten standardisierten Notrufabfragen und deren Kategorien (zum Beispiel Alarm-Codes) zurückgegriffen werden, um den Prozess möglichst verwaltungsarm zu gestalten. Die eindeutige Fallidentifikationsnummer, deren genaue Ausgestaltung ebenso in der Richtlinie nach Absatz 2 erfolgt, dient der Zuordnung der Einsatzaufträge des Notfallmanagements und der durchgeführten Einsätze der notfallmedizinischen Versorgung und des Notfalltransportes.

Der neu eingefügte Satz 4 regelt die Abrechnung der Leistungen der notfallmedizinischen Versorgung vor Ort und des Notfalltransportes. Diese müssen in der Richtlinie nach Absatz 2 in Art, Menge und Preis so ausdifferenziert werden, dass einerseits der Verwaltungsaufwand minimiert wird, andererseits eine ausreichende Begründung der Leistung vorliegt. Aufgrund bereits jetzt weitgehend erfolgreicher elektronischer Datenerfassung auf der Grundlage von bundesweit verbreiteten Datensatzstandards wie etwa dem MIND-Datensatz der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin ist die Ausgestaltung der Vorgaben von Art und Menge der Leistung sowie Angaben zu vorläufiger Diagnose und Befund an diesen auszurichten. Wesentliche Angaben, die eine Prüfung von Qualität, Wirtschaftlichkeit sowie Plausibilität der Leistung zulassen (wie beispielsweise Ort der Versorgung, Art und Anzahl der eingesetzten Rettungsmittel, Qualifikation des eingesetzten Personals) sowie bei erfolgten Transporten auch das Transportziel sind in der Richtlinie zu berücksichtigen. Bei Verlegungen mit Einsatzmitteln der Notfallrettung zwischen Krankenhäusern sollten der Verlegungsgrund oder andere Angaben aufgeführt werden, um den Krankenkassen eine Überprüfung der Leistungspflicht zu ermöglichen.

Der neu eingefügte Satz 5 verpflichtet die Leistungserbringer, die von der Leitstelle entsandt werden, die Daten des Versicherten an die Rettungsleitstelle zurückzumelden, um dieser eine Abrechnung zu ermöglichen. Dies ist notwendig, da den Rettungsleitstellen selbst zumindest zum jetzigen Zeitpunkt regelhaft diese Daten nicht vorliegen. Da zwischen Leitstellen und Einsatzmitteln beziehungsweise deren Trägern regelhaft Daten ausgetauscht werden, ist dieses Verfahren aufwandsarm zu etablieren. Eine Abrechnung der Leitstellenleistung wie bisher ausschließlich über durchgeführte Transporte ist nicht sachgerecht, da die transportierten Versicherten und deren Krankenkassen überproportional beteiligt werden. Ebenso schafft es Fehlanreize für einen gegebenenfalls nicht notwendigen Transport.

Der neu eingefügte Satz 6 verpflichtet in gleicher Weise die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Daten an die Rettungsleitstellen weiterzugeben.

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

Zu Nummer 23 (§ 354)

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

Zu Nummer 24 (§ 370a)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 25 (§ 377)

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

Zu Nummer 26 (§ 394)

Gemäß § 30 Absatz 3 Satz 2 soll das Notfallmanagement auch die telefonische und telemedizinische Notfallberatung, einschließlich der telefonischen Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen, sowie die Nutzung von mobilen Alarmierungs-Anwendungen zur Einbindung von registrierten Ersthelfern (Laienreanimation) umfassen. Nach dem Beginn einer sofortigen Reanimation ist die Defibrillation eine zentrale Maßnahme beim plötzlichen Herzkreislauf-Stillstand. Eine Defibrillation durch Ersthelfer erhöht die Überlebensrate erheblich. Zur Defibrillation sind dementsprechende Geräte für die Anwendung durch Laien, sogenannte automatische externe Defibrillatoren (AED), notwendig. Das Bundesministerium für Gesundheit errichtet daher ein öffentlich zugängliches bundesweites Kataster, das im Rahmen des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 3 Satz 2 durch die Rettungsleitstellen verwendet werden kann und das durch einen zentralen Zugang zu erreichen ist.

Die erforderlichen Daten erhält das Kataster über die Meldeverpflichtung nach einem neuen § 17 a der Verordnung über das Betreiben und Benutzen von Medizinprodukten jeweils per Schnittstelle oder über ein bereitzustellendes elektronisches Meldeformular. Zur optimalen Nutzung des Katasters ist es entscheidend, dass die übermittelten Daten aktuell gehalten werden. Auch wenn ein tagesaktuelles Kataster wünschenswert ist, könnte eine entsprechende Meldepflicht die Betreiber analoger Geräte überfordern, bei denen es sich häufig auch um private Unternehmen, Vereine und Bildungseinrichtungen handelt. Es sollte vermieden werden, dass die Meldepflicht an das Kataster dazu führt, dass diese Einrichtungen sich gegen die Bereithaltung eines AED entscheiden, und damit der Verbreitung und der Verfügbarkeit von AED entgegengewirkt wird. Aus diesem Grund wird ein monatsaktuelles Kataster angestrebt. Mit zunehmender Verbreitung von Geräten, die automatisiert melden, wird die verzögerte Meldung von AEDs eine immer geringere Rolle spielen.

Zu Absatz 1

Absatz 1 schafft die formelle rechtliche Grundlage für ein bundeseinheitliches, über elektronische Netzwerke öffentlich zugängliches Kataster von AED-Geräten. Ziel ist die systematische Erfassung und Bereitstellung von Informationen, die es Laien, Rettungsleitstellen und Ersthelfer-Apps ermöglicht, einen Laien Defibrillator schnell digital zu lokalisieren und so die Überlebenschancen von Personen mit außer-klinischem Herzstillstand zu erhöhen.

Die Norm lässt eine organisatorische Wahl: Entweder betreibt eine öffentliche Stelle das Kataster oder das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt einen fachlich qualifizierten privaten Dienstleister. Diese Flexibilität ist sachgerecht, weil die technische Umsetzung, Skalierung und der Betrieb IT- und Betriebskenntnisse erfordern können.

Zu Absatz 2

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

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

Zu Absatz 3

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

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

Zu Absatz 4

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

Zu Absatz 5

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

Zu Artikel 2 (Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Der neugefasste § 75 Absatz 1e sieht neben den bereits bestehenden und durch Artikel 1 in § 75 Absatz 1e überführten Evaluations- und Berichtspflichten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung weitere Pflichten vor, die mit der Einführung der Akutleitstelle einhergehen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung legt dem Bundesministerium für Gesundheit ein entsprechendes Evaluationskonzept vor.

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

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

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

Zu Artikel 4 (Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung)

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

Zu Artikel 5 (Änderung des Apothekengesetzes)

Zu Nummer 1

Zur Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten wird die Möglichkeit zur Schließung eines entsprechenden Versorgungsvertrages durch eine öffentliche Apotheke mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und dem Träger des Krankenhauses, mit dessen Notaufnahme die Notdienstpraxis ein Integriertes Notfallzentrum bildet, neu eingeführt.

Die notdienstpraxisversorgende Apotheke soll in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis liegen. Wenn die Apotheke nicht in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis liegt, kann die notdienstpraxisversorgende Apotheke eine zweite Offizin mit Lagerräumen an dem Standort, an dem die Notdienstpraxis liegt, betreiben. Diese zweite Offizin muss in angemessener Entfernung zur Betriebsstätte der Apotheke liegen, damit die apothekenleitende Person ihren Verantwortlichkeiten nachkommen kann. Dadurch soll eine notdienstpraxisnahe Versorgung von Patientinnen und Patienten der Notdienstpraxis ermöglicht werden.

Um eine qualitativ hochwertige Versorgung von Patientinnen und Patienten der Notdienstpraxis zu gewährleisten, sind Vorgaben für den Versorgungsvertrag notwendig. So sind insbesondere Festlegungen zur Sicherstellung der Versorgung, zur Beratung und zu den Öffnungszeiten der Apotheke zu treffen und einzuhalten. Wenn Räume an dem Standort, an dem die Notdienstpraxis betrieben wird, von der Apotheke genutzt werden, ist die Eignung der Räume zur Lagerung von Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sicherzustellen. Zudem sind Zutrittsbeschränkungen vorzusehen.

Die freie Apothekenwahl der Patientinnen und Patienten darf durch den Versorgungsvertrag nicht eingeschränkt werden. Es ist ihrer freien Entscheidung überlassen, ob sie die notdienstpraxisversorgende Apotheke oder beispielsweise eine an ihrem Wohnort gelegene Apotheke zur Einlösung von Verschreibungen aufsuchen.

Damit die zuständige Behörde Kenntnis über die Versorgung einer Notdienstpraxis durch eine öffentliche Apotheke sowie gegebenenfalls den Betrieb einer zweiten Offizin mit Lagerräumen neben den bisherigen Betriebsräumen erhält, ist ihr der Versorgungsvertrag rechtzeitig, mindestens drei Wochen vor Aufnahme der Versorgung vorzulegen.

Zu Nummer 2

Notdienstpraxisversorgende Apotheken stellen durch die Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis ebenfalls den Notdienst von Apotheken sicher, weshalb sie einen pauschalen Zuschuss erhalten sollen. Die Versorgung erfolgt allerdings zu den vorgegebenen Öffnungszeiten der Notdienstpraxis und insbesondere nicht über Nacht durch vollständig erbrachte Notdienste gemäß Absatz 1. Deshalb wird pro Kalenderwoche für die Versorgung während der Öffnungszeiten der entsprechenden Notdienstpraxis in dieser Kalenderwoche ein pauschaler Zuschuss vorgesehen. Die entsprechenden Daten, die der Deutsche Apothekerverband zur Berechnung der Notdienstpauschalen benötigt, sind von der Apotheke an diesen im Wege einer Selbsterklärung mitzuteilen. Der Deutsche Apothekerverband kann Form und Inhalt der Erklärung vorgeben. Dadurch kann auch eine Implementierung technischer Prüfprozesse erfolgen, so dass beispielsweise eine Erklärung über mehr Kalenderwochen, als das entsprechende Quartal enthält, nicht möglich ist. Damit die Berechnung der Notdienstpauschale fristgerecht erfolgen kann, soll die Übermittlung der Daten durch die Apotheken jeweils innerhalb von vier Wochen nach Quartalsende erfolgen.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Es wird eine entsprechende Ordnungswidrigkeit eingeführt, um sicherzustellen, dass die zuständigen Behörden rechtzeitig, korrekt und vollständig Kenntnis über die Versorgung einer Notdienstpraxis durch eine öffentliche Apotheke sowie gegebenenfalls den Betrieb einer zweiten Offizin mit Lagerräumen neben den bisherigen Betriebsräumen erhalten.

Zu Buchstabe b

Durch die Ergänzung des Absatzes 1 Nummer 2a in Absatz 3 wird die Höhe des angedrohten Bußgeldes für einen Verstoß nach Absatz 1 Nummer 2a bestimmt und somit Rechtssicherheit hergestellt.

Zu Artikel 6 (Änderung der Apothekenbetriebsordnung)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung von Versorgungsverträgen nach § 12b des Apothekengesetzes.

Der Begriff der notdienstpraxisversorgenden Apotheken wird eingeführt.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung von Versorgungsverträgen nach § 12b des Apothekengesetzes.

Um einen ordnungsgemäßen Betrieb der Apotheke sicherzustellen, sollen Vorgaben zur Anzahl des Personals und zum Personaleinsatz auch für notdienstpraxisversorgende Apotheken gelten.

Zu Nummer 3

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung von Versorgungsverträgen nach § 12b des Apothekengesetzes.

Um die Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis in der unmittelbaren Nähe der Notdienstpraxis zu ermöglichen, wird die Vorgabe zur Raumeinheit der Betriebsräume aufgehoben und der Betrieb einer zweiten Offizin mit Lagerräumen an dem

Standort, an dem die Notdienstpraxis betrieben wird, erlaubt. Es wird zudem klargestellt, dass insbesondere Vorgaben zur Barrierefreiheit, zur Vertraulichkeit der Beratung, zur Lagerung sowie zu Meldeverpflichtungen einzuhalten sind.

Zu Nummer 4

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung von Versorgungsverträgen nach § 12b des Apothekengesetzes.

Um die Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis zeitnah sicherzustellen, wird die Dienstbereitschaft von notdienstpraxisversorgenden Apotheken oder der zweiten Offizin der Apotheken, wenn die Versorgung durch diese erfolgt, festgelegt. Wenn die Apotheke eine zweite Offizin an dem Standort betreibt, gilt die Dienstbereitschaft während der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis für die zweite Offizin.

Zu Artikel 7 (Medizinprodukte-Betreiberverordnung)

Zu Nummer 1

Mit § 12 Absatz 2 Satz 4 wurde bisher festgelegt, dass der Betreiber durch den Hersteller Daten des Automatischen Externen Defibrillators (AED) zur Funktionsfähigkeit, dem Standort und der öffentlichen Zugänglichkeit öffentlich abrufbar zur Verfügung zu stellen muss. Durch die Einführung des AED-Katasters in § 394 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der damit einhergehenden Verpflichtung des Betreibers zur Meldung in § 17a wird konkretisiert wie die Daten öffentlich zur Verfügung gestellt werden müssen. Der Satz kann daher gestrichen werden.

Zu Nummer 2

AEDs sollen im Falle von Herz-Kreislauf-Notfällen von Laien zur Ersten Hilfe eingesetzt werden. Der Einsatz eines AEDs kann die Überlebenschancen von Personen, die einen Herzinfarkt oder eine Herzrhythmusstörung erleiden, erheblich steigern. Daher ist es entscheidend, dass AEDs im Notfall schnell auffindbar sind. Mit § 394 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (neu) wird ein AED-Kataster errichtet. Die im AED-Kataster hinterlegten Daten sollen im Rahmen des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 3 Satz 2 durch die Rettungsleitstellen verwendet werden. Die erforderlichen Daten soll das AED-Kataster vom Betreiber des AED erhalten. Daher wird mit Absatz 1 der Betreiber verpflichtet, die Angaben, die durch Absatz 2 näher konkretisiert werden, binnen 30 Tagen nach Inbetriebnahme des AED an das AED-Kataster zu melden. Das AED-Kataster ist gemäß § 394 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bis zum 1. Januar 2027 zu errichten. Um bereits vor diesem Datum in Betrieb genommene AED zu erfassen, sind für diese AED die Angaben nach Absatz 2 spätestens bis zum 2. Februar 2027 an das AED-Kataster zu melden. Da Betreiber von AED oft ehrenamtlich tätig sind, soll den Betreibern ausreichend Zeit zur Übermittlung der Daten zur Verfügung gestellt werden.

Mit Absatz 2 werden die vom Betreiber zu meldenden Angaben, welche für das AED-Kataster gemäß § 394 SGB V erforderlich sind, festgelegt. Es bedarf standardisierter Datenstrukturen, die es den verschiedenen Systemen der Rettungsleitstellen, Ersthelfer-Apps und öffentlich zugänglichen Webportalen ermöglichen, die eingetragenen Daten abzurufen um einen AED im Notfall schnellstmöglich zu lokalisieren.

Die Erhebung der Daten beschränkt sich auf das notwendige Minimum, um eine möglichst schlanke Datenstruktur zu gewährleisten. Dies reduziert die Fehleranfälligkeit des Katasters und minimiert die zusätzlichen Belastungen für die Betreiber von AEDs. Die Anforderungen werden bewusst niedrig gehalten, da die Geräte nicht nur im professionellen Gesundheitssektor eingesetzt werden, sondern auch ehrenamtlichen in allen Bereichen mit hohem Publikumsverkehr installiert werden sollen, insbesondere durch Vereine, Bildungseinrichtungen oder Unternehmen. Ziel ist es, die Datensammlung so zu gestalten, dass das

AED-Kataster Wirksamkeit entfalten kann und gleichzeitig die Anforderungen für potenzielle Betreiber so niedrigschwellig sind, dass sie nicht von einer Anschaffung abgehalten werden. Die Adresse und die Geokoordinaten sind entscheidend für die präzise Lokalisation des Gebäudes, in dem der AED betrieben wird. Zusätzliche Informationen zur Zugänglichkeit erleichtern die schnelle Auffindbarkeit des Geräts innerhalb des Gebäudes. Der Name und die Kontaktdaten des Betreibers werden für die Verarbeitung im AED-Kataster benötigt. Personenbezogene Angaben werden vom Kataster nicht veröffentlicht.

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

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

Zu Artikel 8 (Änderung des Betäubungsmittelgesetzes)

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

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

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

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

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

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

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

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. Zu Nummer 1

Zu Artikel 9 (Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung)

Durch den neu eingefügten § 13 Absatz 6 finden die Absätze 1 bis 4 keine Anwendung auf die Durchführung einer angemessenen Menge an Betäubungsmitteln, wenn die Betäubungsmittel als Rettungsdienstbedarf auf einem Fahrzeug des Rettungsdienstes mitgeführt werden. Die Regelung ermöglicht es ausländischen Rettungsdienstfahrzeugen, zukünftig das

Bundesgebiet zu durchfahren, ohne die Regelungen der Durchfuhr nach den Absätzen 1 bis 4 einhalten zu müssen. Voraussetzung ist, dass die Betäubungsmittel Bestandteil des Rettungsdienstbedarfs des die Grenze überschreitenden Rettungsdienstfahrzeuges sind.

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

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

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

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

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Artikel 10 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Zu Nummer 1

Gemäß Satz 2 in Verbindung mit § 17 des Bundesmantelvertrags-Ärzte sind bestimmte Facharztgruppen verpflichtet, wöchentlich mindestens fünf offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anzubieten und an die jeweilige zur Sicherstellung der Versorgung zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu melden. Diese Regelung wird durch einen neuen Satz 3 konkretisiert, um im Sinne der Reform der Notfallversorgung eine bessere Verteilung der offenen Sprechstunden zu erreichen. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte müssen bei der Festsetzung ihrer offenen Sprechstunden nunmehr explizit auch die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten nach einer ausreichenden Versorgung bei akuter Behandlungsbedürftigkeit berücksichtigen. Ziel muss dabei sein, dass die Patientinnen und Patienten möglichst an jedem Wochentag während der Sprechstundenzeiten die Möglichkeit haben, bei akutem Behandlungsbedarf auch ohne vorherige Terminvereinbarung eine vertragsärztliche Versorgung (in den zur offenen Sprechstunde verpflichteten Arztgruppen) in Anspruch nehmen zu können. Die gleichmäßige Verteilung der offenen Sprechstunden über die Woche ist nicht durch jeden einzelnen Vertragsarzt, sondern innerhalb der jeweiligen Arztgruppe nach § 17 Absatz 1c Bundesmantelvertrag-Ärzte sicherzustellen. Hierzu bedarf es – abhängig von der bisherigen Planung der betroffenen Arztpraxen – unter Umständen einer durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages koordinierten Abstimmung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte einer Arztgruppe in einem Planungsbereich über die Terminierung der jeweiligen offenen

Sprechstunden. Dadurch werden die Möglichkeiten der Akutleitstellen verbessert, Versicherte im Akutfall an offene Sprechstunden zu vermitteln und diese haben somit seltener Anlass, eine Notaufnahme oder eine Notdienststruktur in Anspruch zu nehmen. Auch die Möglichkeiten der Integrierten Notfallzentren, Versicherte nach der Ersteinschätzung in die vertragsärztliche Regelversorgung weiterzuleiten, werden so verbessert.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 1.

Zu Nummer 3

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

Zu Artikel 12 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

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

Artikel 7 tritt am 1. Januar 2027 in Kraft. Das Inkrafttreten von Artikel 7 ist auf das Datum abgestimmt, bis zu dem das Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 394 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das AED-Kataster errichtet.