Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: GKV-Spitzenverband

Datum: 04.12.2025

Vorbemerkung (Allgemeine Bewertung)

Mit dem Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung sollen die Versorgungsbereiche vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste besser vernetzt und aufeinander abgestimmt werden. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für eine Reform der Notfallversorgung. In der gesundheitspolitischen Diskussion besteht weitestgehend Konsens darüber, dass die vielfach beklagte Überlastung der Notaufnahmen aus einem unzureichenden vertragsärztlichen Versorgungsangebot im Bereich der Akutversorgung resultiert.

Für eine grundlegende Verbesserung müsste aber der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gestärkt werden, der bundesweite Strukturvorgaben sowie eine Planungsgrundlage für Integrierte Notfallzentren (INZ) festlegen kann. Stattdessen enthält der vorliegende Entwurf eine ganze Reihe von Regelungen, die zu einer starken regionalen Zerfaserung der Notfallversorgung führen würden und einheitlichen Qualitätsstandards entgegenstehen. Für die angestrebte bessere Steuerung der Hilfesuchenden sollte außerdem die Möglichkeit geschaffen werden, Termine für nicht dringliche Fälle in der regulären ambulanten Versorgung direkt zu vermitteln. Die wesentlichen Maßnahmen des Referentenentwurfes bewertet der GKV-Spitzenverband wie folgt:

Ersteinschätzungsverfahren

Der GKV-Spitzenverband begrüßt, die vorgesehen Einführung eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens. Allerdings ist bislang nicht vorgesehen, Hilfesuchende, bei denen die Ersteinschätzung keinen unmittelbaren Behandlungsbedarf ergeben hat, direkt in die ambulante Regelversorgung über die Terminservicestellen (TSS) weiterzuleiten. Entscheidende Strukturanforderungen, wie Anforderungen an das Personal und für die Weiterleitung an Kooperationspraxen, sollen nicht bundesweit einheitlich, sondern teilweise krankenhausindividuell festgelegt werden. Dies würde zu intransparenten Regelungen führen, die dem Ziel einer bundesweit gleichwertigen hohen Versorgung entgegenstehen. Es erscheint insgesamt nicht sachgerecht, die wesentlichen Strukturanforderungen für Integrierte Notfallzentren (INZ) auf verschiedene Ebenen aufzuteilen. Für ein bundesweit einheitliches, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens ist von zentraler Bedeutung, dass die Steuerung der Patientinnen und Patienten neutral und unter Abwägung einer bedarfsgerechten Versorgung erfolgt; dabei ist der Patientennutzen in den Mittelpunkt zu stellen. Hierfür ist der G-BA das richtige Beratungsgremium, da hier ein Ausgleich der Ärzteschaft und der gesetzlichen Krankenkassen unter Einbindung der Patientenvertretung erfolgt.

Integrierte Notfallzentren (INZ)

Der beabsichtigte flächendeckende Aufbau von Integrierten Notfallzentren (INZ) als zentrale Anlauf- und Steuerungsstelle für Hilfesuchende an Krankenhäusern wird ausdrücklich begrüßt. Es ist jedoch sicherzustellen, dass die verpflichtende Ersteinschätzung für alle Hilfesuchenden gilt. Also auch für Patienten, die mit dem Rettungsdienst ins Krankenhaus kommen. Grundsätzlich sollten nicht alle Fälle in INZ selbst behandelt, sondern bei nicht dringlichem Bedarf Termine in der vertragsärztlichen Versorgung vermittelt werden. Eine pauschale Versorgung im INZ ohne Prüfung der Notwendigkeit widerspricht dem Ziel einer effizienten Patientensteuerung. Außerdem ist sicherzustellen, dass das Fachpersonal der Ersteinschätzungsstelle unabhängig vom Krankenhaus entscheiden kann, um Fehlanreize auszuschließen. Die Verortung der fachlichen Leitung beim Krankenhaus birgt das Risiko von Fehlsteuerung nach Bettenauslastung.

Begrüßt wird die Klarstellung, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die notdienstliche Akutversorgung insbesondere im Rahmen der INZ sicherstellen sollen. Ebenfalls sinnvoll ist die Verpflichtung zur Kooperation von als INZ-Standort festgelegten Krankenhäusern mit der KV. Die Regelung zur digitalen Fallübergabe innerhalb des INZ und mit den Kooperationspraxen wird ebenfalls unterstützt. Die Schaffung von Kooperationspraxen ist sinnvoll, greift aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes aber dahingehend zu kurz, als dass eine Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung nur noch an Kooperationspraxen möglich sein soll und dies auch nur in den Sprechstundenzeiten, in denen die Notdienstpraxis nicht geöffnet hat. Hierzu bietet sich eine Terminvermittlung über die Terminservicestellen an.

Der GKV-Spitzenverband unterstützt die Möglichkeit zur Einrichtung von Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche. Die Regelung ist jedoch als „Kann-Regelung“ formuliert, ohne dass bundeseinheitlich verbindliche Kriterien für die Gründung oder Nichtgründung von INZ für Kinder und Jugendliche gelten. Vor diesem Hintergrund ist ein bundesweiter Flickenteppich in der Versorgung zu befürchten. Auch hier sollte der G-BA bundeseinheitliche Kriterien erarbeiten (Anwendung eines Ersteinschätzungsinstruments, Kriterien zur Standortauswahl, Qualifikation, Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung, Kooperationspraxen und ausreichende Verfügbarkeit von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendmedizin). Die erweiterten Landesausschüsse sollten die Standorte auf Basis dieser Kriterien festlegen.

Die Einführung eines Gesundheitsleitsystems wird positiv bewertet, da es die digitale Vernetzung von Rettungsleitstellen (112) und Akutleitstellen (116117) ermöglicht und damit eine bedarfsgerechte Steuerung der Hilfesuchenden unterstützt. Positiv ist die gesetzliche Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Kooperation. Ebenfalls positiv ist die vorgesehene medienbruchfreie Übergabe von Daten zwischen den Leitstellen sowie die verbindlichen Absprachen und das gemeinsame Qualitätsmanagement, die eine rechtssichere und effiziente Zusammenarbeit fördern.

Erweiterte Landesausschüsse (eLA)

Die eLA sind grundsätzlich geeignete Gremien, um Entscheidungen zu sektorenübergreifenden Fragestellungen zu treffen. Sie sollten diese Entscheidung jedoch auf der Grundlage bundeseinheitlicher Kriterien treffen, die durch den G-BA festgelegt werden sollten. Anderenfalls droht ein regionaler Flickenteppich. Die Kompetenzen der Länder sind im Rahmen des vorgesehenen Konfliktlösungsmechanismus deutlich zu weitgehend

und lassen befürchten, dass die Standortbestimmung maßgeblich durch die Länder beeinflusst wird. Sofern eine Festlegung durch die Länder erfolgt, hat auch diese auf Grundlage der bundeseinheitlichen G-BA Vorgaben stattzufinden. Um die Beschlussfähigkeit des erweiterten Landesausschusses zu stärken, sollten Beratungen in kleinere Besetzung möglich sein. Die Anzahl der Vertreter der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer sollte daher begrenzt werden, um die Größe des Gremiums angemessen zu halten. Die Beteiligung der maßgeblichen Fachverbände und Fachgesellschaften sollte über ein Stellungnahmerecht erfolgen.

Notdienstapotheken

Die Versorgung mit Arzneimitteln und arzneimittelähnlichen Medizinprodukten sowie Verbandmitteln für Patientinnen und Patienten, die eine Notfall-Behandlung in Anspruch nehmen mussten, soll mit dem Referentenentwurf vereinfacht werden. Hierfür sollen neue Strukturen parallel zur bestehenden Nacht- und Notdienststruktur der Apotheken etabliert werden. Auch wenn die Zielsetzung nachvollziehbar ist und unterstützt wird, sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zunächst der reguläre Apotheken-Notdienst genutzt werden, um die Arzneimittelversorgung in den Integrierten Notfallzentren (INZ) sicherzustellen. Dies würde die bereits bestehenden Strukturen der Apotheken stärken und einen geringeren Personal- und Ressourceneinsatz erfordern. Unterstützt werden kann die Versorgung in den Zentren insbesondere durch den Einsatz von Telepharmazie und automatisierten Abgabeautomaten.

Digitale Notfalldokumentation

Die Einführung einer verpflichtenden digitalen Notfalldokumentation und eines Versorgungskapazitätennachweises werden positiv bewertet, da sie eine medienbruchfreie Weitergabe relevanter Patientendaten ermöglichen und die sektorenübergreifende Versorgung verbessern. Die vorgesehene Nutzung der Telematikinfrastruktur ist sachgerecht, um einheitliche Standards sicherzustellen. Die digitale Vernetzung ist ein zentraler Baustein für eine effiziente und sichere Notfallversorgung. Die damit mögliche Echtzeit-Erfassung von Versorgungskapazitäten ist für die Steuerung in geeignete Versorgungseinrichtungen (Krankenhäuser, INZ, Vertragsarztpraxen) unter Berücksichtigung der Auslastung der verfügbaren Strukturen (zum Beispiel Intensivbetten, OP-Kapazitäten, Großgeräte) essenziell.

Medizinischen Notfallrettung als eigenständiger Leistungsbereich

Die Einführung der medizinischen Notfallrettung als eigenständigen Leistungsbereich, die Unterteilung in ein Notfallmanagement, eine notfallmedizinische Versorgung sowie einen Notfalltransport und die in diesem Kontext vorgesehene Legaldefinition eines rettungsdienstlichen Notfalls werden im Grundsatz begrüßt. Die Abkehr von der reinen Fahrtkostenerstattung und die Einführung vertraglicher Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und Landesbehörden stellen einen wichtigen Fortschritt dar und werden ausdrücklich begrüßt.

Die Möglichkeit der zentralen Bündelung landesweiter Koordinierungsaufgaben bei einer Rettungsleitstelle ist sachgerecht, um Versorgungsprozesse und Kapazitäten effizient zu steuern, insbesondere bei Großschadenslagen. Gleichzeitig ist eine eindeutige Abgrenzung der Zuständigkeiten zwingend erforderlich. Andernfalls besteht die Gefahr von Doppelstrukturen und Doppelfinanzierungen, die dem Ziel einer

transparenten und wirtschaftlichen Organisation der Notfallversorgung entgegenstünden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte die Wahrnehmung dieser Aufgaben ausschließlich bei Rettungsleitstellen liegen.

Nachfolgend nimmt der GKV-Spitzenverband zu den einzelnen Regelungen im Detail Stellung.

Nr. im Entw.	**Vor-schrift**	**Stichwort**	**Stellungnahme**
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 27	Folgeänderung zu § 30 SGB V	**Bewertung:** Bei der Ergänzung des § 27 Absatz 1 Satz 2 SGB V um die medizinische Notfallrettung nach § 30 SGB V (neu) handelt es sich um eine sachgerechte Folgeänderung. **Begründung:** Durch die Ergänzung des § 27 Absatz 1 Satz 2 SGB V wird klargestellt, dass die Notfallrettung zukünftig keine akzessorische Nebenleistung, sondern eine eigenständige Leistung sein soll.
2	§ 30	Einführung eines Anspruchs auf medizinische Notfallrettung • Voraussetzung: Definition rettungsdienstlicher Notfall • Leistungsbestandteile: Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung und Notfalltransport • Notfallmanagement als Vermittlung der erforderlichen Hilfe auf der Grundlage einer digitalen standardisierten Abfrage einschließlich telefonischer Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen und Einbindung von Ersthelfern durch auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme	**Bewertung:** Die Einführung der medizinischen Notfallrettung als eigenständigen Leistungsbereich, die Unterteilung in ein Notfallmanagement, eine notfallmedizinische Versorgung sowie einen Notfalltransport und die in diesem Kontext vorgesehene Legaldefinition eines rettungsdienstlichen Notfalls werden im Grundsatz begrüßt. Die vorgesehene Qualifizierung einer digitalen standardisierten Notrufabfrage als Nachweis eines rettungsdienstlichen Notfalls gegenüber der Krankenkasse ist nachvollziehbar, bedarf jedoch weitergehender verbindlicher bundeseinheitlicher Regelungen. Zudem sind Klarstellungen in Bezug auf das Notfallmanagement sowie die Notfallrettung erforderlich. Die vorgesehenen Zuzahlungsregelungen sind für die praktische Umsetzung ungeeignet und in Bezug auf den Einzug der Zuzahlung unklar. **Begründung:** **Rettungsdienstlicher Notfall** Laut Gesetzeswortlaut soll ein rettungsdienstlicher Notfall vorliegen, wenn aus objektiver Sicht hinreichende Anhaltspunkte bestehen, dass sich die

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Notfallmedizinische Versorgung vor Ort und während des Transports durch nichtärztliches Fachpersonal und bei medizinischer Notwendigkeit durch Notärzte • Notfalltransport in nächste geeignete Einrichtung und medizinisch zwingende Verlegungen • Zuzahlung	versicherte Person in unmittelbarer Lebensgefahr befindet. Dadurch würde ein Leistungsanspruch auch entstehen, wenn sich Versicherte aufgrund der örtlichen Gegebenheiten (z.B. Lage) oder Situation in Lebensgefahr befinden. Ein Anspruch auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung sollte jedoch nur bestehen, wenn sich Versicherte allein aufgrund ihres Gesundheitszustands in unmittelbarer Lebensgefahr befinden. Für die Gefahrenabwehr (Bergung) sind die Krankenkassen nicht zuständig, da es sich um eine allgemeine öffentlich-rechtliche Aufgabe in Zuständigkeit der Kommunen handelt. Dies sollte im Gesetzeswortlaut verankert und in der Begründung klarstellend ausgeführt werden. **Nachweis eines rettungsdienstlichen Notfalls** Die getroffene Entscheidung auf Basis einer digitalen standardisierten Notrufabfrage als Nachweis des Vorliegens eines rettungsdienstlichen Notfalls zu qualifizieren und damit einer ärztlichen Verordnung gleichzusetzen, ist aufgrund der besonderen Situation, in der nicht die Zeit für das Einholen einer ärztlichen Verordnung gegeben ist und unter Berücksichtigung, dass dem beauftragten Leistungserbringer nicht nach Leistungserbringung der Auftrag entzogen werden kann, nachvollziehbar und vermeidet unnötigen bürokratischen Aufwand auch bei der Abrechnung der erbrachten Leistungen durch die Leistungserbringer. Durch die entsprechend vorgesehene Anpassung des § 302 Absatz 1 Satz 4 SGB V (n.F.) wird sichergestellt, dass die Erbringer von Leistungen nach § 30 SGB V mit dem Auftrag der Rettungsleitstelle ihre erbrachten Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen können. Der bürokratische Aufwand durch eine ggf. nachträgliche Ausstellung einer Verordnung entfällt. Die Entscheidung der standardisierten Notrufabfrage als Nachweis für die Indikation einer notfallmedizinischen Versorgung sowie eines Notfalltransportes heranzuziehen, setzt allerdings voraus, dass ein bundesweit standardisiertes und evaluiertes Abfragesystem besteht, das mit einer ärztlichen Entscheidung vergleichbare Ergebnisse zur Einschätzung der medizinischen Behandlungsbedürftigkeit und der geeigneten

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Versorgungsebene ausgibt. Bundesweite Empfehlungen zur Nutzung der Abfragesysteme, wie sie gemäß § 133b SGB V (neu) vorgesehen sind, greifen in diesem Zusammenhang zu kurz. Ohne klare und verbindliche Vorgaben droht eine uneinheitliche Steuerungspraxis, die regionale Unterschiede in der Auswahl der eingesetzten Rettungsmittel nach sich ziehen kann. Erforderlich sind daher bundeseinheitliche, verbindliche Regelungen, um eine vergleichbare Umsetzung zu gewährleisten. Bis ein bundeseinheitliches Abfrage- und Disponierungsverfahren vorliegt, führt der Leistungsanspruch absehbar zu höheren Ausgaben für die GKV, da die Patientinnen und Patienten auch im Falle einer ungerechtfertigten Inanspruchnahme keine Kostenbeteiligung mehr fürchten müssen. Bestehende Fehlanreize bezüglich der Inanspruchnahme des Rettungsdienstes dürften sich hiermit verstärken. **Notfallmanagement und Notfallrettung** Nach hiesigem Verständnis der neuen Regelungen sollen Notfalltransporte ausschließlich über das Notfallmanagement (§ 30 Absatz 3 SGB V) veranlasst werden können. Es wird angeregt, diese Systematik in der Begründung klarer hervorzuheben und darzustellen, dass z. B. eine Vertragsarztpraxis oder ein Krankenhaus eigenständig keinen Notfalltransport (z.B. im Rahmen einer Notverlegung) verordnen und auslösen kann. Die Begrifflichkeit „Notfalltransport“ wird neu eingeführt, jedoch weder in § 30 noch in der Begründung näher definiert. So, wie in § 60 Absatz 3 und 4 SGB V (n.F.) für die Krankentransporte und Krankenfahrten vorgesehen, sollte auch für den Notfalltransport eine gesetzliche Legaldefinition erfolgen. Grundlage für die Definition sollten die derzeitigen Vorgaben in § 5 KT-RL sein. Darüber hinaus wird in Absatz 5 als Zielort eines Notfalltransports der neue Begriff der „grundsätzlich nächsten geeigneten Versorgungseinrichtung“

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			eingeführt, der ohne weitere Definition unterschiedliche Interpretationen zulässt. Gesetzlich wird bisher der Zielort einer Rettungsfahrt klar vorgegeben. Vor dem Hintergrund einer bedarfsgerechten Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung und einer effizienten Auslastung der Rettungsmittel sind die Neuerungen zu Notfalltransporten grundsätzlich nachvollziehbar. Im Sinne einer Klarheit des gesetzlich Gewollten sollte zumindest in der Begründung weitergehend klargestellt werden, welche Versorgungseinrichtungen unter welchen Voraussetzungen mit einem Notfalltransport angefahren werden können und in welchen Fällen nicht die nächste geeignete Versorgungseinrichtung angesteuert werden muss. In diesem Kontext sollte im Gesetz die Formulierung „nächst erreichbare geeignete Einrichtung der Notfallversorgung“ verwendet werden. Entsprechende Einrichtungen sind regelhaft Krankenhäuser, Integrierte Notfallzentren oder auch vertragsärztliche Praxen, in denen rettungsdienstliche Notfälle behandelt werden können. Zusätzlich sollte zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit im Gesetz klar vorgegeben werden, zwischen welchen Einrichtungen Notverlegungen erfolgen können. Es erscheint angebracht, dass eine Notverlegung stets zu einer höheren oder einer spezialisierteren Versorgungsebene (z. B. Vertragsarztpraxis zum Krankenhaus, Krankenhaus mit niedriger Versorgungsstufe zu Krankenhaus mit höherer Versorgungsstufe oder zu einem spezialisierten Krankenhaus) zu erfolgen hat. **Zuzahlung** Die vorgesehene Regelung zum Zuzahlungseinzug ist nicht widerspruchsfrei. Einerseits soll der Einzug – entsprechend der bisherigen Praxis – bei den Krankenkassen verbleiben. Alternativ ist jedoch vorgesehen, dass die Krankenkasse die Kosten unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung übernimmt, sodass der Leistungserbringer die Zuzahlung einzuziehen hat. Um eine transparente und einheitliche Leistungsgewährung und Praxis des Zuzahlungseinzugs sicherzustellen, ist – analog zu den anderen Leistungen der GKV – klar vorzugeben, wer für

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			den Zuzahlungseinzug zuständig ist. An der bisherigen Praxis, wonach die Krankenkassen zuständig sind, sollte festgehalten werden. Die vorgesehenen Regelungen zur Zuzahlungshöhe – entsprechend § 61 Satz 1 SGB V sind 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro vorgesehen – sind nicht zielführend. Sofern für die medizinische Notfallversorgung vor Ort sowie für den Notfalltransport gesonderte Vergütungen vereinbart werden, die unabhängig voneinander abgerechnet werden können, ist es nicht auszuschließen, dass die Rechnungen für beide Leistungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten bei der Krankenkasse eingehen. Dies könnte den Zuzahlungseinzug künftig erheblich erschweren, da möglicherweise bereits eine Zuzahlung für die Notfallversorgung angefordert wurde und erst später die Rechnung für den Notfalltransport eintrifft. In solchen Fällen wäre eine weitere Zuzahlungsanforderung erforderlich, sofern der Höchstbetrag von 10 Euro durch die erste Rechnung noch nicht erreicht wurde. Zur Vermeidung aufwändiger und erklärungsbedürftiger Verwaltungsverfahren wird deshalb vorgeschlagen, für die Inanspruchnahme der Leistungen der medizinischen Notfallrettung eine einheitliche Zuzahlung in Höhe von 10 Euro vorzusehen. Die vorgesehene Regelung, dass Leistungen der notfallmedizinischen Versorgung und ein Notfalltransport als eine einzige zuzahlungspflichtige Leistung gelten, wenn sie unmittelbar aufeinanderfolgend erbracht werden, ist sachgerecht. **Änderungsvorschläge:** In Artikel 1 Nr. 2 wird § 30 Absatz 1 Satz 2 wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht): „Ein rettungsdienstlicher Notfall liegt vor, wenn aus objektiver Sicht hinreichende Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sich der Versicherte <u>allein aufgrund seines Gesundheitszustandes</u> in unmittelbarer Lebensgefahr befindet oder eine lebensbedrohende Verschlechterung seines Gesundheitszustandes oder eine schwere gesundheitliche Schädigung des

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Versicherten zu befürchten ist, sofern nicht unverzüglich eine medizinische Versorgung erfolgt.“ In Artikel 1 Nr. 2 wird § 30 Absatz 5 wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht): „Der Notfalltransport nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 umfasst den aus medizinischer Sicht erforderlichen Transport in die grundsätzlich nächsterreichbare geeignete Einrichtung der Notfallversorgung oder die aus zwingenden medizinischen Gründen erforderliche Verlegung von einer Einrichtung der Notfallversorgung in eine andere Einrichtung der Notfallversorgung, bei der aus medizinischer Sicht die Beförderung mit einem qualifizierten boden- oder luftgebundenen Rettungs-mittel erforderlich ist. Das qualifizierte boden- oder luftgebundene Rettungsmittel muss über die erforderliche medizinisch-fachliche Betreuung und medizinisch-technische Ausstattung verfügen. Notverlegungen nach Satz 1 sind ausschließlich zu Versorgungseinrichtungen einer höheren oder weitergehend spezialisierten Versorgungsebene zulässig. Der Anspruch umfasst nicht den Rücktransport in das Inland; § 18 bleibt unberührt. In Artikel 1 Nr. 2 wird § 30 Absatz 6 wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht): „Versicherte leisten zu ~~jeder~~ Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach Absatz 2 Nummer 2 und 3 eine Zuzahlung in Höhe des Betrages ~~sich~~ nach § 61 Satz 4 ~~1 ergebenden Betrages. D~~, die die Krankenkasse ~~zieht die Zuzahlung~~ vom Versicherten einzieht ~~oder übernimmt die Kosten unter Abzug des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages~~. Erfolgt unmittelbar nach der notfallmedizinischen Versorgung an dem Ort, an dem sich der Versicherte zum Zeitpunkt des medizinischen Notfalls befindet, auch ein Notfalltransport, gelten diese als eine einzige zuzahlungspflichtige Leistung.“ Darüber hinaus werden folgende Änderungen in § 61 SGB V vorgenommen:

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			• Nach § 61 Satz 3 wird folgender Satz 4 neu eingefügt: „Die Zuzahlung zu Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 Absatz 2 Nummer 2 und 3 beträgt 10 EUR.“ • Die bisherigen Sätze 4 bis 6 werden Sätze 5 bis 7.
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	**Bewertung:** Die Neustrukturierung der Norm, die Herauslösung des Anspruchs auf Rettungsfahrten sowie die Differenzierung zwischen Krankenfahrten und Krankentransporten, die inhaltlich grundlegend den heutigen Vorgaben entspricht, erhöht die Normklarheit, trägt zur Übersichtlichkeit der Norm bei und wird begrüßt. Dis Streichung des Anspruchs auf Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen anstelle einer stationären Krankenhausbehandlung ist sachgerecht. Nach einer Entscheidung auf Basis der standardisierten Notrufabfrage sollen Krankenfahrten und Krankentransporte künftig auch zu einem Integrierten Notfallzentrum (INZ) möglich sein, was vor dem Hintergrund der Entlastung von Rettungsmitteln grundsätzlich nachvollzogen werden kann. Die Beschränkung auf Fahrten zu einem INZ sowie eine klare rechtliche Grundlage, mit der betroffene Leistungserbringer und Versicherte derartige Fahrten abrechnen können, ist zu prüfen. Die gesetzlich geregelte Genehmigungsfiktion für Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen von mobilitätsbeeinträchtigten Versicherten soll auf Personen mit einem Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „TBl“ (Taubblindheit) ausgeweitet werden und bei Vorliegen der Merkzeichen „Bl“, „H“ und „TBl“ auch die Genehmigung für eine Begleitperson umfassen. Da diesbezüglich keinerlei Aussagen in der Gesetzesbegründung enthalten sind, wirft insbesondere die Erweiterung der Genehmigungsfiktion auf Begleitpersonen Fragen auf und wird daher abgelehnt. Abgelehnt wird zudem die geplante Ausweitung des Anspruchs auf Kostenübernahme einer Verlegungsfahrt für Verlegungen aus

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			„Kapazitätsgründen“ sowie die Aufnahme von Regelungen zu „Krankentransportflügen“. Die geplanten Zuzahlungsregelungen sind für die praktische Umsetzung ungeeignet und in Bezug auf den Einzug der Zuzahlung unklar. Sie stehen nicht im Einklang mit der Begründung. Analog zu den bisherigen Vorgaben sollen gemäß § 60 Absatz 2 Nummer 3 Buchstabe b und c SGB V (n.F.) weiterhin Fahrkosten zu ambulanten Operationen im Krankenhaus nach § 115b SGB V oder in der Vertragsarztpraxis übernommen werden. Die Regelungen sind zu streichen. Krankenfahrten sollten in der Norm vor den Krankentransporten benannt werden. **Begründung**: **Krankenfahrten, Krankentransporte und Krankentransportflüge** Es soll ein neuer Anspruch auf Krankentransportflüge eingeführt werden, auf den die Regelung für bodengebundene Krankentransporte entsprechend angewendet werden sollen. In der Begründung wird dies als Klarstellung deklariert, ohne dass erkennbar ist, welche Sachverhalte gesetzlich geregelt werden sollen. Da eine luftgebundene Beförderung regelhaft deutlich kostenintensiver als ein bodengebundener Krankentransport ist, ist das Vorliegen der Voraussetzungen zur Nutzung eines bodengebundenen Krankentransportes allein nicht ausreichend für die Kostenübernahme durch die GKV, zumal es sich in Abgrenzung zu Notfalltransportflügen im Sinne des § 30 SGB V (neu) nicht um zeitkritische Transporte handeln dürfte. Daher sind die Regelungen zu Krankentransportflügen abzulehnen. In Absatz 3 erfolgt eine Definition des Begriffes „Krankentransport“, die sich weitgehend an den Vorgaben des § 6 der KT-RL orientiert. Fraglich ist, warum die Regelung des § 6 Absatz 1 Satz 2 KT-RL, wonach die fachliche Betreuung nach den maßgeblichen landesrechtlichen Vorschriften durch

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			qualifiziertes nicht-ärztliches Personal zu gewährleisten ist, keine Berücksichtigung gefunden hat. Eine entsprechende Aussage sollte im Gesetz oder zumindest in der Begründung ergänzt werden. In Absatz 4 erfolgt in enger Anlehnung an § 7 KT-RL die Definition einer Krankenfahrt. Durch das Weglassen der Regelung des § 7 Absatz 1 Satz 2 KT-RL, wonach zu den Mietwagen auch solche gehören, die über eine behindertengerechte Einrichtung verfügen, könnten Irritationen und falsche Interpretationen des gesetzgeberischen Willens entstehen. Eine Klarstellung im Gesetz oder zumindest in der Begründung ist angezeigt. Entsprechend des medizinischen Erfordernisses sowie im Sinne einer klaren und kaskadenartigen Systematik der Fahrkostenregelungen sollte die gesetzliche Reihenfolge die abgestufte Anspruchslogik widerspiegeln. Die Krankenfahrt als einfachste Beförderungsform ohne medizinische Betreuung sollte daher vor dem Krankentransport genannt und abgebildet werden. Infolgedessen sind die Absätze 3 und 4 des § 60 SGB V (n.F.) zu tauschen. Dies schafft eine nachvollziehbare Struktur, erleichtert die Anwendung für Leistungserbringer und Versicherte und folgt dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit. **Verlegungsfahrten** Bisher besteht ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für Verlegungsfahrten gemäß § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 2. Halbsatz SGB V, sofern die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder mit Einwilligung der Krankenkasse bei Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus. Dabei fehlt es an einer expliziten rechtlichen Ermächtigungsgrundlage für Krankenhäuser, Verlegungsfahrten zu verordnen, da in derartigen Fällen kein Entlassmanagement erfolgt. Analog zu den Regelungen im Entlassmanagement oder zu tagesstationären

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Behandlungen ist dafür eine rechtliche Grundlage zu schaffen, um eine reibungslose Praxis zu gewährleisten. Die in § 60 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe a geplante Einführung eines Anspruchs auf Kostenübernahme für stationäre Verlegungsfahrten aus „Kapazitätsgründen“ eröffnet Potenzial zur Erlösoptimierung (Aufteilung einer Krankenhausbehandlung auf zwei Standorte aus ökonomischen Gründen). Erste Ansätze finden sich hier bereits im Bereich der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen. Im Krankenhausentgeltrecht ist zu regeln, wann besondere Ausnahmesituationen bestehen, in denen Verlegungen aus Kapazitätsgründen überhaupt möglich sind. Künftig soll eine Verlegung kostenübernahmefähig sein, wenn die besonderen Mittel eines Krankenhauses der höheren Versorgungsstufe für die Behandlung des Versicherten nicht oder nicht mehr erforderlich sind und die dortigen Versorgungskapazitäten für andere Patienten benötigt werden. Zwar verfolgt die geplante gesetzliche Änderung das Ziel, spezialisierte Krankenhauskapazitäten effizienter zu nutzen und Versorgungsengpässe zu vermeiden, jedoch besteht die Gefahr, dass ohne zusätzliche Vorgaben Verlegungen primär aus ökonomischen Gründen erfolgen. Dies könnte zudem zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung, Erhöhung der Komplikations- und Wiedereinweisungsrate und Verlängerung der Krankenhausaufenthalte führen sowie ökonomische Fehlanreize schaffen, die insgesamt zu einer finanziellen Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung führen. Die geplante Regelung ist daher zu streichen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Hilfsweise sollten Verlegungen aus Kapazitätsgründen nur dann kostenübernahmefähig sein, wenn ein festgestellter Engpass an stationären Versorgungskapazitäten vorliegt. Die Kriterien für das Vorliegen eines Versorgungsengpasses sollten dabei durch die Partner der Selbstverwaltung definiert werden. Diese verfügen über die notwendige fachliche Expertise und sind ohnehin beauftragt, Regelungen zu Verlegungsfällen im Fallpauschalen-Katalog zu vereinbaren. Um die Einhaltung dieser Kriterien sicherzustellen, ist ein objektiver und nachvollziehbarer Nachweis erforderlich. Als maßgebliche Grundlage sollte z. B. ein Versorgungskapazitätennachweis gemäß § 133c SGB V dienen. Dabei muss gewährleistet sein, dass die gemeldeten Kapazitäten der tatsächlichen Auslastung entsprechen und nicht durch strategische Abmeldungen seitens der Krankenhäuser beeinflusst werden. Nur so entsteht eine belastbare und transparente Entscheidungsbasis für die Kostenübernahme. Die in § 60 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b geplante Erweiterung des Anspruchs auf Verlegungsfahrten in ein anderes Krankenhaus zur Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V soll offensichtlich vor dem Hintergrund der Regelung in § 39 Absatz 1a Satz 7 SGB V, wonach das Entlassmanagement auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus umfasst, erfolgen. Mangels Hinweise in der Begründung bleiben jedoch mögliche Anwendungsfälle in Abgrenzung zu den Konstellationen nach § 60 Absatz 2 Nummer 1 und den anderen Verlegungsfahrten nach Nummer 2 unklar, sodass ein Bedarf für die Ergänzung der Nummer 2 Buchstabe b nicht erkennbar ist. **Fahrten zu ambulanten Behandlungen**

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die nicht erfolgte Aufnahme der bisherigen Regelungen des § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V (a.F.) zum Anspruch auf Fahrkostenübernahme zu stationsersetzenden ambulanten Krankenbehandlungen § 60 Absatz 2 Nummer 3 entspricht den aktuellen Vorgaben der KT-RL und gelebter Praxis und trägt somit zur Rechtssicherheit bei. Nicht nachvollzogen werden kann, weshalb die Aussage des derzeitigen § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V (a.F.) „wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung“ nicht in § 60 Absatz 2 Nummer 3 übernommen wurde. Damit wird bislang sichergestellt, dass Versicherte, die sich für eine solche regelhaft kostengünstigere Behandlung als die notwendige Krankhausbehandlung entscheiden, eine gesetzliche Zuzahlung nur für die erste und letzte Fahrt leisten müssen und damit hinsichtlich der Fahrkostenübernahme nicht schlechter gestellt werden als bei der Inanspruchnahme einer stationären Krankenhausbehandlung. Hieran sollte auch weiterhin festgehalten werden, sodass im Rahmen von Fahrten zu vor-, teil- oder voll- sowie nachstationären Behandlungen eine Zuzahlung nur für die erste und letzte Fahrt gefordert wird. Um dies gesetzlich eindeutig zu regeln, sollte Absatz 6 dahingehend ergänzt werden, dass für Fahrten nach § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V eine Zuzahlung nur für die erste und die letzte Fahrt zu erheben ist. Ohne eine solche Klarstellung wäre eine Zuzahlung je Fahrt zu erheben, was eine Schlechterstellung der Versicherten zur Folge hätte. Der Anspruch auf Fahrkostenübernahme zu ambulanten Operationen im Krankenhaus nach § 115b SGB V oder in der Vertragsarztpraxis sollte künftig entfallen. Anlass hierfür ist die fortschreitende Entwicklung der medizinischen Versorgung. Durch diese werden immer mehr Leistungen, die bislang stationär erbracht wurden, (zukünftig) ambulant erbracht. Dadurch verschwimmen die Grenzen zwischen stationärer, stationsersetzender und ambulanter Versorgung zunehmend, so z. B. bei

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Leistungen, die nach § 115f SGB V sektorenübergreifend einheitlich vergütet werden. Die Prüfung eines Fahrkostenanspruchs bei ambulanten und zugleich stationsersetzenden Leistungen, die eine an sich gebotene Krankenhausbehandlung vermeiden oder verkürzen, wird dadurch zunehmend komplexer und nicht an objektivierbaren Maßstäben abgrenzbar. Auch unter Berücksichtigung der mittlerweile nicht mehr relevanten, ursprünglichen Zielsetzung bei der Einführung des Fahrkostenanspruchs gemäß § 60 Absatz 2 Satz1 Nummer 4 SGB V (a.F.), falsche Anreize für die Versicherten bei der Leistungsinanspruchnahme zu vermeiden, ergibt sich keine abweichende Bewertung. Eine Streichung würde die Prüfung von Fahrkostenansprüchen vereinfachen – auch für zukünftige Leistungen, die derzeit noch stationär erbracht werden, aber perspektivisch ambulant möglich sind. Dies trägt insofern zu einer besseren Transparenz der Leistungsansprüche bei. Die zu erwartenden Auswirkungen auf die GKV-Versicherten sind insgesamt gering. Ambulante Operationen werden üblicherweise nicht (mehr) als Ersatz für stationäre Behandlungen durchgeführt, sodass bereits aktuell für die überwiegende Zahl an Fällen kein Anspruch auf eine Fahrkostenübernahme besteht. Dauerhaft mobilitätsbeeinträchtigte Versicherte behalten weiterhin einen Anspruch auf Fahrkostenübernahme. Infolge einer Streichung der Buchstaben b und c der Nummer 3 des § 60 Absatz 2 SGB V (n.F., Fahrten zu ambulanten Operationen) würden sich die Regelungen der Nummer 3 künftig auf Fahrten zu einer vor- und nachstationären Behandlung nach § 115a SGB V beschränken. Daher wäre auch die bisherige Voraussetzung zu streichen, wonach eine stationäre Krankenhausbehandlung nicht ausführbar ist. Diese Bedingung wäre nicht mehr sachgerecht, da eine vor- oder nachstationäre Behandlung nach § 115a SGB V stets im Zusammenhang mit einer voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung nach § 39 Absatz 1 SGB V erfolgt.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Fahrten zu einer notdienstlichen Versorgung in einem INZ Der in § 60 Absatz 2 Nummer 5 neue Anspruch auf Übernahme der Kosten von Krankenfahrten und Krankentransporten zu einer notdienstlichen Versorgung in einem INZ nach Entscheidung des Gesundheitsleitsystems auf Basis einer digitalen, standardisierten Abfrage wirft Fragen im Verhältnis zum Fahrkostenanspruch zu ambulanten Behandlungen auf, zu denen nur in Ausnahmefällen gemäß der KT-RL ein Anspruch auf Fahrkostenübernahme besteht. Einen Anspruch auf Fahrkostenübernahme zu einem INZ einzuräumen, während Krankenfahrten im Rahmen der „normalen“ ärztlichen Behandlung grundsätzlich der Eigenverantwortung unterliegen, kann Fehlanreize setzen. Wenn gleichwohl ein Fahrkostenanspruch eingeräumt werden soll, kann die Begrenzung auf Fahrten zu einem INZ nicht nachvollzogen werden. Ausweislich der Begründung zu § 30 Absatz 5 SGB V (neu) können Notfalltransporte zur notdienstlichen Versorgung auch zu vertragsärztlichen Praxen erfolgen, soweit diese rettungsdienstlichen Notfälle behandeln können. Warum dies nicht auch für vom Notfallmanagement disponierte Krankenfahrten und Krankentransporte gelten soll, ist unklar. Durch die geplante Neuregelung muss rechtlich zudem die Möglichkeit geschaffen werden, dass im Rahmen des Notfallmanagements neben der Entsendung von Rettungsmitteln im Sinne des § 30 SGB V (neu) auch weitere Transportmittel nach § 60 SGB V (n.F.) wie Taxen, Mietwagen und Krankentransporte, die keine Rettungsmittel sind, disponiert bzw. ausgelöst werden können, sofern diese für die Beförderung zu einer notdienstlichen Versorgung in einem INZ aus medizinischen Gründen ausreichend sind. Für die Leistungserbringer ist auch für die Fahrt zu einem INZ klarzustellen, ob und inwiefern sie ihm Rahmen der Leistungsabrechnung einen Nachweis

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			über die Entscheidung des Notfallmanagements nutzen können. Wir verweisen hierzu auf unsere Stellungnahme zu § 30. In Einzelfällen kann es zudem vorkommen, dass Versicherte mit einem PKW oder öffentlichen Verkehrsmitteln zum INZ fahren können. Damit sie ihren Leistungsanspruch gegenüber ihrer Krankenkasse geltend machen können, bedarf es in diesen Fällen eines Nachweises der Entscheidung des Notfallmanagements oder über die erfolgte Behandlung im INZ. Dabei sollte auch festgelegt werden, wie die Versicherten Zugang zu einem solchem Nachweis erhalten. Die Regelungen sind daher entsprechend anzupassen; dies gilt gleichermaßen u.a. für die Vorgaben des § 302 Absatz 1 SGB V (n.F.), welche um entsprechende Regelungen zur Abrechnung der Fahrten nach § 60 Absatz 2 Nummer 5 SGB V (n.F.) zu ergänzen sind. Im Übrigen verweisen wir auf unsere Stellungnahme zu § 30. Analog zu den Vorgaben zu Notfalltransporten in § 30 Absatz 5 SGB V sollte auch für die Fahrten zu einer notdienstlichen Versorgung in einem INZ oder einer vertragsärztlichen Praxis gelten, dass jeweils die nächsterreichbare geeignete Behandlungsstätte angefahren wird. **Merkzeichen „TBl“ und Begleitperson** Das Merkzeichen „TBl“ erhalten Menschen mit Behinderung, die wegen einer Störung der Hörfunktion mindestens einen Grad der Behinderung von 70 und wegen einer Störung des Sehvermögens einen Grad der Behinderung von 100 haben (§ 3 Absatz 1 Nummer 8 Schwerbehindertenausweisverordnung). Zusätzlich können Betroffene die Merkzeichen „Bl“ und „Gl“ erhalten, sofern sie die entsprechenden Voraussetzungen für diese Merkzeichen erfüllen. Die vorgesehene Ausweitung des Anspruchs auf Krankenfahrten auf Personen mit einem Merkzeichen „TBl“ kann nachvollzogen werden. Personen, die das Merkzeichen „Bl“ besitzen, haben bereits aktuell einen Anspruch auf

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Krankenfahrten. Insofern wird davon ausgegangen, dass es sich um eine geringfügige Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises handelt. Es ist jedoch angezeigt, in der Gesetzesbegründung nähere Hinweise zu dem gesetzlich Gewollten und gegebenenfalls entsprechende Gründe für eine Ausweitung aufzunehmen. Die vorgesehene Ausweitung der Genehmigungsfiktion auf eine Begleitperson für Versicherte mit Merkzeichen „Bl“, „H“ oder „TBl“ wird hingegen abgelehnt. Die Beeinträchtigungen der genannten Merkzeichen können unterschiedlich ausgeprägt sein, sodass nicht regelhaft davon ausgegangen werden kann, dass Versicherte stets zu ambulanten Behandlungen begleitet werden müssen. Dies erscheint insbesondere beim Merkzeichen „Bl“ von Relevanz. Der Bedarf einer Begleitperson sollte weiterhin für den Einzelfall geprüft werden. Zudem besteht ein Anspruch auf Begleitung für Menschen mit Behinderung, die die Voraussetzungen für das Merkzeichen „B“ (Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson) gemäß § 229 SGB IX i. V. m. den Vorgaben aus Teil D, Ziffer 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) erfüllen. Danach ist eine Berechtigung für eine ständige Begleitung bei schwerbehinderten Menschen gegeben, bei denen die Voraussetzungen für die Merkzeichen G (erhebliche Gehbehinderung), Gl (Gehörlosigkeit) oder H (Hilfslosigkeit) vorliegen. Die Begleitperson eines Menschen mit Schwerbehinderung und dem Merkzeichen B wird in öffentlichen Verkehrsmitteln unentgeltlich befördert. Bei einer Fahrt in einem Taxi oder Mietwagen ist regelmäßig davon auszugehen, dass die zusätzliche Beförderung einer Begleitperson ohne zusätzliche Kosten möglich ist. Einen solchen Anspruch gesetzlich zu fingieren, kann Fehlanreize erzeugen. **Höhe der Kostenübernahme** Aus Transparenzgründen und im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots sollte analog der derzeitigen Formulierung in § 60 Absatz 3 Nummer 2 und 3 SGB V zur Differenzierung von Krankenfahrten und Krankentransporten weiterhin

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			in § 60 Absatz 5 Nummer 2 SGB V (n.F.) klargestellt werden, dass die Kosten für ein Taxi oder Mietwagen nur übernommen werden können, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann. Gleiches gilt für die Kostenübernahme von Krankentransporten in § 60 Absatz 5 Satz 1 SGB V (n.F.), die analog der Regelung in § 60 Absatz 3 Nummer 3 SGB V (a.F.) nur dann zu übernehmen sind, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel, ein Taxi oder ein Mietwagen nicht benutzt werden kann. Daneben sollte für die Übernahme von Kosten bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs in § 60 Absatz 5 Nummer 3 SGB V (n.F.) – analog zur derzeitigen Formulierung des § 60 Absatz 3 Nummer 4 SGB V (a.F.) – klargestellt werden, dass höchstens die Kosten zu übernehmen sind, die bei Inanspruchnahme des in Nummer 1 oder Nummer 2 „erforderlichen" Transportmittels entstanden wären. Daher sollte im Interesse der gebotenen Wirtschaftlichkeit und einer besseren Übersichtlichkeit die Auflistung zur Höhe der Kostenübernahme der einzelnen Transportmittel wie im derzeitigen § 60 Absatz 3 SGB V dargestellt werden. Daneben wird in § 60 Absatz 5 SGB V (n.F.) ausgeführt, dass sich die Höhe der Kostenübernahme für Krankentransporte sowie für Taxen und Mietwagen nach § 133 Absatz 6 SGB V (n.F.) bestimmt. Dabei handelt es sich jedoch um eine Übergangsvorschrift, sodass ein Verweis auch auf § 133 Absatz 5 SGB V (n.F.) vorgeschlagen wird. **Zuzahlung** Die vorgesehene Regelung zum Zuzahlungseinzug ist – wie in § 30 SGB V (neu) – widersprüchlich. Einerseits soll der Einzug – entsprechend der bisherigen Praxis – bei den Krankenkassen verbleiben. Alternativ sollen Krankenkasse die Kosten unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung übernehmen, sodass der Leistungserbringer die Zuzahlung einzuziehen hat. Die Regelung steht zudem im Widerspruch zur Begründung, wonach die Krankenkasse die Zuzahlung einziehen soll. Eine klare Vorgabe zum Zuzahlungseinzug ist analog zu den übrigen Leistungen der GKV

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			sicherzustellen. Bisher sieht § 60 Absatz 2 Satz 2 SGB V (a.F.) vor, dass für Fahrten, die von Rettungsdiensten durchgeführt werden, die Krankenkasse die Zuzahlung von den Versicherten einzieht. Dies können auch Krankentransporte nach § 60 SGB V sein, die von Rettungsdienstunternehmen durchgeführt werden. An der bisherigen etablierten Praxis, sollte festgehalten werden. Insofern scheint es angebracht, den Zuzahlungseinzug für Krankenfahrten und Krankentransporte differenziert zu regeln. Das Gesetz sowie die Begründung sollten entsprechend angepasst werden. Zudem ist der Verweis auf § 61 SGB V zu präzisieren. **Anspruch auf Reisekosten** Die vorgesehene Regelung in § 60 Absatz 8 Satz 1 SGB V (n.F.) sieht wie die aktuelle Regelung in § 60 Absatz 5 Satz 1 SGB V (a.F.) vor, dass im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Reisekosten nach § 73 Absatz 1 und 3 SGB IX übernommen werden. Dies ist sachgerecht, bedarf jedoch im Hinblick auf die daraus sich ergebende Herleitung eines Anspruchs auf eine Verdienstausfallerstattung für Begleitpersonen während einer stationären Rehabilitationsleistung einer klarstellenden Ergänzung. Mit dem Gesetz zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften (PflStudStG, BGBl. 2023 I Nr. 359) wurde mit § 45 Absatz 1a SGB V ein neuer, zeitlich unbegrenzter Anspruch auf Kinderkrankengeld für Eltern eingeführt, die nach § 11 Absatz 3 SGB V bei stationärer Behandlung ihres versicherten Kindes aus medizinischen Gründen als Begleitperson mitaufgenommen werden müssen. Voraussetzung ist ferner, dass das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Ausweislich der Gesetzesbegründung besteht der Anspruch auch bei Mitaufnahme im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme (§ 40

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Absatz 2 SGB V). Damit reagierte der Gesetzgeber auf die Bedürfnisse betroffener Familien bei längeren stationären Aufenthalten sowie auf die vorherige uneinheitliche Praxis zur Verdienstausfallerstattung bei diesen Begleitfällen. Neben dem Anspruch auf Kinderkrankengeld besteht nach § 60 Absatz 5 Satz 1 SGB V (a.F.) - und § 60 Absatz 8 Satz 1 SGB V (n.F.) - in Verbindung mit § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB IX ein Anspruch auf Verdienstausfallerstattung für eine wegen Behinderung erforderliche Begleitperson während Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Diese Regelung enthält unter anderem weniger einschränkende Vorgaben zur Begleitperson. Damit können auch andere Angehörige als die Eltern der stationär rehabilitationsbedürftigen Person anspruchsberechtigt sein. Die Einführung des § 45 Absatz 1a SGB V hat zu Unsicherheiten in der Praxis geführt, in welchem Verhältnis die beiden Ansprüche auf Erstattung von Verdienstausfällen stehen. Aus den Gesetzesmaterialien zum PflStudStG geht nicht hervor, dass der Gesetzgeber mit der Einführung des Kinderkrankengeldanspruchs bei stationärer Mitaufnahme den Anspruch auf Verdienstausfallerstattung im Rahmen von stationären Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 Absatz 2 SGB V gegenüber dem vorherigen Recht beschränken wollte. Folglich kann ein Elternteil, welches sein Kind mit Behinderung während einer stationären Rehabilitationsmaßnahme nach § 40 Absatz 2 SGB V begleitet, bei Erfüllung der jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen sowohl einen Anspruch auf Ausgleich eines Verdienstausfalls in Form des Kinderkrankengeldes nach § 45 Absatz 1a SGB V als auch nach § 60 Absatz 5 Satz 1 SGB V (a.F.) - und § 60 Absatz 8 Satz 1 SGB V (n.F.) - i. V. m. § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB IX haben. Vor diesem Hintergrund wird zur Schaffung von Rechtsklarheit und Vermeidung von parallelen Ansprüchen vorgeschlagen, in § 60 Absatz 8 Satz 1 SGB V (n.F.) klarzustellen, dass der Anspruch auf

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Kinderkrankengeld nach § 45 Absatz 1a SGB V vorrangig ist, wenn die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Damit wird gewährleistet, dass Eltern, die ihr erkranktes Kind betreuen und daher ihrer Erwerbstätigkeit fernbleiben müssen, einen einheitlichen Ausgleich für ihre Entgeltausfälle erhalten, unabhängig davon, ob das Kind zu Hause oder während einer stationären Behandlung betreut werden muss. Zudem sind die Prozesse zur Gewährung von Kinderkrankengeld etabliert und den betroffenen Familien bekannt. Die gängige Praxis – auch zur Meldung von Entgeltdaten durch den Arbeitgeber im Rahmen des Datenaustauschverfahrens Entgeltersatzleistungen nach § 107 SGB IV – trägt zur effizienten Leistungsgewährung bei. Gleichzeitig sollte in Fallkonstellationen, in denen Versicherte die Voraussetzungen für den Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 Absatz 1a SGB V nicht erfüllen, weiterhin ein Anspruch auf Reisekosten nach § 60 Absatz 8 Satz 1 SGB V (n. F.) in Verbindung mit § 73 Absatz 1 und 3 SGB IX bestehen, der auch den Anspruch auf eine Verdienstausfallerstattung gemäß § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB IX umfasst. Der Anspruch erfasst insbesondere Begleitpersonen, die keine Eltern sind oder die ein Kind begleiten, das die Altersgrenze des § 45 Absatz 1a SGB V überschritten hat. So wird verhindert, dass betroffene Familien durch die Einführung des § 45 Absatz 1a SGB V schlechter gestellt werden. **Änderungsvorschläge:** In Artikel 1 Nr. 3 wird der Titel des § 60 wie folgt angepasst (Änderungen sind kenntlich gemacht): „Krankenfahrten und Krankentransporte~~, Krankentransportflüge und Krankenfahrten~~“ In Artikel 1 Nr. 3 wird in § 60 der Absatz 1 wie folgt geändert:

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			„Versicherte haben in dem durch Absatz 2 bestimmten Umfang Anspruch auf Übernahme der Kosten für Krankenfahrten und Krankentransporte nach § 133, ~~Krankentransportflüge und Krankenfahrten,~~ wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Welches Transportmittel genutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall.“ In Artikel 1 Nr. 3 wird in § 60 der Absatz 2 wie folgt geändert: „Die Krankenkasse übernimmt nach Absatz 1 Satz 1 die Kosten für Krankenfahrten und Krankentransporte ~~und Krankenfahrten~~ bei 1. Fahrten zur stationären Behandlung, 2. Fahrten im Zuge einer Verlegung a) in ein anderes Krankenhaus während einer stationären Behandlung, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist ~~oder soweit es zur Behandlung des Versicherten der besonderen Mittel des Krankenhauses der höheren Stufe nicht oder nicht mehr bedarf und die dortigen Versorgungskapazitäten für andere Patienten benötigt werden,~~ b) ~~in ein anderes Krankenhaus zur Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a~~ oder c) in ein wohnortnahes Krankenhaus, wenn die Krankenkasse in die Verlegung eingewilligt hat~~,~~. Eine Verordnung entsprechender Verlegungsfahrten hat durch das Krankenhaus zu erfolgen. 3. Fahrten zu a) einer vor- oder nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach § 115a,

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			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 das nächsterreichbare geeignete ~~einem~~ Integrierten Notfallzentrum oder die nächsterreichbare geeignete vertragsärztliche Praxis 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. Wird für die Fahrt kein Leistungserbringer nach § 133 Absatz 5 oder 6 in Anspruch genommen, ist ein Nachweis der Entscheidung an den Versicherten auszuhändigen.“ Falls die Streichung in § 60 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe a nicht erfolgt, ist folgende ergänzende Regelung in § 9 Krankenhausentgeltgesetz aufzunehmen:

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 insbesondere 1. einen Fallpauschalen-Katalog nach § 17b Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zu Verlegungsfällen**, inklusive Kriterien, wann Verlegungen aus Kapazitätsgründen zugelassen sind,** und zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge (effektive Bewertungsrelationen),“ In der Begründung zu § 60 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe a sollte dann zum Ausdruck gebracht werden, dass Verlegungen aus Kapazitätsgründen ausschließlich in den in diesen Katalog genannten Fällen möglich sind. In Artikel 1 Nr. 3 wird in § 60 der Absatz 3 zum Absatz 4 und der Absatz 4 zum Absatz 3. In Artikel 1 Nr. 3 wird in§ 60 der Absatz 3 (neu; alt: 4) nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt: „Zu den Mietwagen zählen auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung.“ Der bisherige Satz 2 wird zu Satz 3.

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

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			1. bei der Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels die Kosten in Höhe des Fahrpreises unter Ausschöpfung von Fahrpreisermäßigungen, 2. bei Benutzung eines Taxis oder Mietwagens, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann, die Kosten in Höhe des in einem Vertrag nach § 133 Absatz 5 oder 6 bestimmten Betrages, 3. bei Benutzung eines Krankenkraftwagens, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel, ein Taxi oder ein Mietwagen nicht benutzt werden kann, die Kosten in Höhe des in einem Vertrag nach § 133 Absatz 5 oder 6 bestimmten Betrages, 4~~3~~. bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs die Kosten in Höhe des für jeden gefahrenen Kilometer jeweils aufgrund des Bundesreisekostengesetzes festgesetzten Höchstbetrages für Wegstreckenentschädigung, höchstens jedoch die Kosten, die bei Inanspruchnahme des erforderlichen Transportmittels in Nummer 1 bis 3~~oder Nummer 2~~ entstanden wären.“ In Artikel 1 Nr. 3 wird der Absatz 6 wie folgt geändert (Änderungen sind kenntlich gemacht): „Die Krankenkasse übernimmt die Kosten nach Absatz 1 Satz 1 unter Abzug des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages. Bei Krankentransporten zieht die Krankenkasse die Zuzahlung nach Satz 1 ~~oder zieht den sich nach § 61 ergebenden Betrag~~ von den Versicherten ein. Für Fahrten nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 besteht eine Zuzahlungspflicht nur für die erste und die letzte Fahrt.““ In Artikel 1 Nr. 3 wird der Absatz 8 Satz 1 wie folgt gefasst: „Im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden Reisekosten nach § 73 Absatz 1 und 3 des Neunten Buches übernommen; dies gilt für den Anspruch auf Ausgleich eines

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Verdienstausfalls nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 des Neunten Buches nur, sofern kein Anspruch nach § 45 Absatz 1a besteht.“ In Artikel 1 Nr. 22 wird in § 302 Absatz 1 Satz 4 wie folgt gefasst: „Bei Abrechnungen von Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 Absatz 2 Nummer 2 und 3 sowie von Fahrten nach § 60 Absatz 2 Nummer 5 ersetzt der Auftrag des Gesundheitsleitsystems oder der Rettungsleitstelle und deren eineindeutige 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 sowie von Fahrten nach § 60 Absatz 2 Nummer 5 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.“
4	§ 73	Folgeänderung zu § 60 SGB V	**Bewertung:** Die Verordnung von Krankenfahrten ist derzeit durch die KT-RL vorgesehen. Damit entspricht die geplante Klarstellung, wonach Vertragsärztinnen und Vertragsärzte neben der Verordnung von Krankentransporten auch zur Verordnung von Krankenfahrten ermächtigt sind, der bisherigen Praxis sowie Rechtslage. Die geplante Änderung wird daher begrüßt. Abgelehnt wird hingegen die Ausweitung auf Krankentransportflüge.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Begründung: Zur Ablehnung der Ergänzung der Aufzählung um Krankentransportflüge verweisen wir auf unsere Stellungnahme zu § 60 Absatz 3. Die Reihenfolge der Benennung der Transportmittel sollte sich nach dem medizinischen Erfordernis und dem Wirtschaftlichkeitsgebot richten. Dementsprechend sollten Krankenfahren vor den Krankentransporten benannt werden. Wir verweisen hierfür auf unsere Stellungnahme zum § 60 (Absatz 3). Aufgrund der Herauslösung des Notfalltransports aus § 60 SGB V und der Überführung in den neuen Leistungsanspruch nach § 30 SGB V erscheint es folgerichtig, die Regelung entsprechend anzupassen. In der Konsequenz führt die Herausnahme der Verordnung von Notfalltransporten aus der vertragsärztlichen Versorgung und die Streichung diesbezüglicher Regelungen aus der Richtlinie des G-BA dazu, dass z. B. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte die Beförderung mit einem qualifizierten Rettungsmittel selbst bei einem Notfall in der vertragsärztlichen Praxis nicht mehr veranlassen dürfen, sondern über die Rettungsleitstelle gehen müssten. Dies sollte in der Begründung klargestellt werden. **Änderungsvorschlag:** Artikel 1 Nr. 4 wird wie folgt angepasst (Änderungen sind kenntlich gemacht): „In § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 wird ~~nach~~vor der Angabe „Krankentransporten“ die Angabe „~~,Krankentransportflügen und~~ Krankenfahrten und“ eingefügt.
5	§ 73b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. Die Anpassung ist sachgerecht.
6	§ 75	Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung	**§ 75 Abs. 1a - Terminservicestellen** **Bewertung:** Der Ausbau der Terminservicestellen wird begrüßt

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung • Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge	**Begründung:** Der Ausbau der Terminservicestellen kann maßgeblich zu einem verbesserten Zugang der Patientinnen und Patienten zu vertragsärztlichen Versorgungsangeboten beitragen. Aufgrund der im Rahmen der Notfallreform vorgesehenen Trennung zwischen Terminservicestellen (TSS) und Akutleitstellen werden die telefonischen Erreichbarkeiten der TSS auf Montag bis Samstag beschränkt. Gleichzeitig wird klargestellt, dass alle TSS 24/7 digitale Angebote zur Terminvermittlung bereitstellen müssen. Derzeit wird in vielen Regionen bei Terminen für bestimmte Fachgruppen auf digitalem Wege nicht das gleiche Vermittlungsangebot bereitgestellt wie bei einer telefonischen Terminvermittlung. Damit es durch die Verringerung der Erreichbarkeit nicht zu Einschränkungen im Serviceangebot kommt, sollte hier eine gesetzliche Klarstellung erfolgen. Die Unterstützung der INZ durch die KVen nach dem neuen Satz 18 in Verbindung mit Satz 4 Nummer 2 sollte jedoch nicht auf Fälle beschränkt werden, die bereits in einem INZ versorgt wurden. Vielmehr sollte sich diese Unterstützung zwingend auch auf Patientinnen und Patienten beziehen, für die die Ersteinschätzung im INZ einen vertragsärztlichen Behandlungsbedarf ergeben hat, der jedoch nicht dringlich ist. Für derartige Fälle ist keine Behandlung in INZ erforderlich. Sie hat deshalb auch dort nicht zu erfolgen. **Änderungsvorschläge:** In § 75 Absatz 1a wird nach dem Satz 2 folgender Satz angefügt: **„Die digitalen Angebote nach Satz 2 haben das gleiche Service- und Terminangebot vorzuhalten wie die telefonische Terminvermittlung.“** § 75 Abs. 1a Satz 4 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			„2. in Fällen, in denen bei einer zuvor erfolgten Ersteinschätzung in einem Integrierten Notfallzentrum oder in einem Integrierten Notfallzentrum für Kinder- und Jugendliche die Notwendigkeit einer Behandlung in der vertragsärztlichen Versorgung ergeben hat.“ **§ 75 Absatz 1b – Notdienstliche Akutversorgung** Bewertung: Die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages der KVen im Notdienst wird ausdrücklich begrüßt. **Begründung:** Die Neukonzeption der notdienstlichen Akutversorgung hat das Potential zu einer echten Verbesserung des Versorgungsangebotes. Für ein bundesweit einheitliches, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens ist von zentraler Bedeutung, dass die Steuerung der Patientinnen und Patienten neutral und unter Abwägung einer bedarfsgerechten Versorgung erfolgt; dabei ist der Patientennutzen in den Mittelpunkt zu stellen. Hierfür ist der G-BA das richtige Beratungsgremium, da hier ein Ausgleich der Ärzteschaft und der gesetzlichen Krankenkassen unter Einbindung der Patientenvertretung erfolgt. Folglich wird der bisherige Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zur Regelung eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens auf den G-BA durch eine ergänzende Regelung in § 123c Absatz 2 Satz 5 Nummer 5 (neu) übertragen. Mit der Übertragung dieser Zuständigkeit ergeben sich redaktionelle Folgeänderungen in § 75. Änderungsvorschlag In § 75 Absatz 1c Satz 3 wird die Angabe „Absatz 7 Satz 1 Nummer 6“ durch die Angabe „§ 123c Absatz 2 Satz 1“ ersetzt.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			In § 75 Absatz 7 Nummer 6 werden vor dem Wort „Richtlinien“ die Wörter „bis zum Inkrafttreten der Richtlinie nach § 123c Absatz 2 Satz 1“ eingefügt und die Angabe „Absatz 1a Satz 3 Nummer 3“ durch die Angabe „Absatz 1c Satz 3“ ersetzt. **§ 75 Absatz 1c – Akutleitstelle** **Bewertung:** Die Einrichtung einer Akutleitstelle zur Vermittlung von Behandlungsterminen in Akutfällen und für die Sicherstellung der notdienstlichen Akutversorgung wird ausdrücklich begrüßt. **Begründung:** Die Vorgaben zur Erreichbarkeit und zum Servicelevel sind sinnvoll. **§ 75 Absatz 1e – Evaluation** **Bewertung**: Die vorgesehene Evaluation der Tätigkeit der Terminservicestelle wird ausdrücklich begrüßt **Begründung**: Die vorgesehen Evaluation ermöglicht eine Erfolgsmessung und ggf. ein Nachjustieren. Die Evaluation sollte veröffentlicht werden. **Änderungsvorschläge:** In § 75 Absatz 1e wird folgender Satz 3 ergänzt: „Die Evaluationsergebnisse werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf ihrer Internetseite veröffentlicht.“ **Zu Nr. 6 Buchstabe b:** **Bewertung:** Im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung ist u. a. eine Feststellung und Erstbescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit vorgesehen. Darüber hinaus sollte es auch ermöglicht werden, eine Erkrankung eines

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Kindes festzustellen und hierfür eine ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes (Muster 21) auszustellen. **Begründung:** Eine Beschränkung auf die (Erst-)Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit wäre für betroffene Versicherte nicht nachvollziehbar und würde den Aufwand in der Praxis erhöhen. **Änderungsvorschlag:** In Artikel 1 Nr. 6 Buchstabe b wird der Absatz 1b Satz 3 wie folgt angepasst (Änderungen sind kenntlich gemacht): „Im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung kann auch die Feststellung und Erstbescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit, die Feststellung und Bescheinigung einer notwendigen Betreuung, Beaufsichtigung oder Pflege eines erkrankten Kindes sowie die Verordnung von Arzneimitteln erfolgen.
7	§ 76	Folgeänderung zu § 75 SGB V	Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. Die Anpassung ist sachgerecht.
8	§ 87	Auftrag an erweiterten Bewertungsausschuss: EBM für komplexe Fälle in INZ	**Bewertung**: Die Neuregelung erscheint grundsätzlich nachvollziehbar. **Begründung**: Die Neuregelung dient der besseren Klarstellung und Konkretisierung notdienstlicher Leistungen im Gesetz. Allerdings sollte anstelle einer gesetzlichen Vorgabe zur Vereinbarung von Zuschlägen für die Gruppe der Versicherten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität eine besonders aufwändige Betreuung und Überwachung in der Notaufnahme eines INZ bedürfen, ein Prüfauftrag an den ergänzten Bewertungsausausschuss ergehen. Der ergänzte Bewertungsausschuss sollte erst nach Abschluss dieser Prüfung eine Entscheidung darüber treffen ob und gegebenenfalls in welchem Umfang Zuschläge für die Gruppe der Versicherten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität eine besonders aufwändige Betreuung und Überwachung in der Notaufnahme eines bedürfen, erforderlich sind.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Änderungsvorschag: § 87 Absatz 2a Satz 21 Nummer 3 wird wie folgt formuliert: „prüft, ob und in welchem Umfang 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, erforderlich sind.“
9	§ 87a	Folgeänderung zu § 75 SGB V	Die Anpassung ist sachgerecht. Die grundsätzliche Kritik an der extrabudgetären Vergütung vermittelter Fälle bleibt bestehen.
10	§ 90	Standortbestimmung für INZ durch erweiterten Landesausschuss	**Bewertung:** Die erweiterten Landesausschüsse sind grundsätzlich geeignet, INZ-Standorte festzulegen. Sie sollten diese Entscheidung jedoch auf der Grundlage bundeseinheitlicher Kriterien treffen, die durch den G-BA festgelegt werden sollten. **Begründung:** Anderenfalls droht ein regionaler Flickenteppich. Die Kompetenzen der Länder sind im Rahmen des vorgesehenen Konfliktlösungsmechanismus deutlich zu weitgehend und lassen befürchten, dass die Standortbestimmung maßgeblich durch die Länder beeinflusst wird. Sofern eine Festlegung durch die Länder erfolgt, hat auch diese auf Grundlage der bundeseinheitlichen G-BA Vorgaben stattzufinden. Um die Beschlussfähigkeit des erweiterten Landesausschusses zu stärken, sollten Beratungen in kleinere Besetzung möglich sein, wenn der erweiterte Landesausschuss dies in seiner Geschäftsordnung entsprechend beschließt.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Änderungsvorschlag: § 90 Absatz 4a Satz 9 werden nach dem Wort „Landesbehörde“ die Wörter „auf Grundlage der bundeseinheitlichen Vorgaben gemäß § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 (neu)“ eingefügt. § 101 Absatz 1 Satz 1 wird um die folgende Nummer 7 ergänzt: „7. Bundeseinheitliche Vorgaben für die Standortbestimmung von Integrierten Notfallzentren gemäß § 123a und 123b“ Nach § 90 Absatz 5 wird der folgende Satz eingefügt: „Der erweiterte Landesausschuss kann für die Beschlussfassung in seiner Geschäftsordnung abweichend von Absatz 2 Satz 1 die Besetzung mit einer kleineren Zahl von Mitgliedern festlegen.“
11	§ 90a	Ergänzung Vertreter des Rettungsdienstes in gemeinsamen Landesgremien nach § 90a	**Bewertung:** Die bestehende Regelung wird konkretisiert und die Vertreter der Rettungsdienste als Vertreter im Gemeinsamen Landesgremium explizit ergänzt. Die Einbindung des Rettungsdienstes in die neuen Aufgaben rund um den Aufbau von Integrierten Notfallzentren (§§ 123, 123a, 123b) erscheint grundsätzlich sinnvoll. Kritisch ist die Einbindung der Rettungsdienste in die gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V ohne Vertretung über eine zentrale gemeinsame Institution. **Begründung:** Die Rettungsdienste sind nicht einheitlich organisiert und können derzeit nicht durch eine zentrale Organisation vertreten werden. Insofern ist eine Einbeziehung des Rettungsdienstes in Gremien praktisch schwierig. Hierfür wäre es sinnvoll auf Landesebene zunächst eine gemeinsame Institution zu schaffen, die die Interessen aller Rettungsdienste vertritt.
12	§ 92	Klarstellung, dass Richtlinie des G-BA nicht den Notfalltransport umfasst	**Bewertung:** Der Referentenentwurf sieht in Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 die Ergänzung von Krankentransportflügen und Krankenfahrten vor. Die

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			geplante Klarstellung entspricht in Bezug auf Krankenfahrten der bisherigen Praxis und Rechtslage und wird daher begrüßt. Abgelehnt wird die Ausweitung auf Krankentransportflüge. **Begründung:** Wir verweisen auf unsere Stellungnahme zu § 73. **Änderungsvorschlag:** Artikel 1 Nr. 12 wird wie folgt angepasst (Änderungen sind kenntlich gemacht): „In § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 wird ~~nach~~vor der Angabe „Krankentransporten“ die Angabe „~~Krankentransportflügen und~~ Krankenfahrten und“ eingefügt.
13	§ 105	Finanzierung der notdienstlichen Strukturen der KVen durch gemeinsam von KV und Krankenkassen zusätzlich zur Verfügung gestellten Betrag, Beitrag der PKV i.H.v. 7 %	**Bewertung:** Die inhaltliche Neustrukturierung des Absatzes ist vor dem Hintergrund der weiteren beabsichtigten Anpassungen im Rahmen dieses Gesetzes nachvollziehbar, eine Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen zur hälftigen Finanzierung der Förderung wird ausdrücklich abgelehnt. Die Verpflichtung zur Beteiligung privater Krankenversicherungsunternehmen an einer Förderung ist sachgerecht und wird begrüßt, da die etablierten Strukturen grundsätzlich auch von Privatversicherten in Anspruch genommen werden (können). Die Verpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Veröffentlichung eines jährlichen Berichts über die Anzahl und den Inhalt der Vereinbarungen wird begrüßt. **Begründung:** Die Finanzierung von Infrastruktur- und Vorhaltekosten gehört grundsätzlich nicht zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Die mit befreiender Wirkung von den gesetzlichen Krankenkassen zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung beinhaltet bereits eine umfängliche Finanzierung ambulanter Notdienststrukturen durch die GKV. Darüber hinaus werden bereits die von der GKV zusätzlich bereitgestellten Mittel im Rahmen des Strukturfonds

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			nach § 105 Absatz 1a SGB V ebenfalls zur Förderung von Strukturen des Notdienstes genutzt. Insofern sollte eine weitere darüberhinausgehende gegebenenfalls erforderliche Förderung ausschließlich im Rahmen einer freiwilligen Regelung aller Vertragspartner im Sinne einer Kann-Regelung vereinbart werden können. Des Weiteren ist eine gleichmäßige Beteiligung aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringenden an der Finanzierung des Anteils der Kassenärztlichen Vereinigung sicherzustellen. Der jährliche Betrag, den die Kassenärztliche Vereinigung aufgrund des bestehenden Sicherstellungsauftrags zur Finanzierung der Sicherstellung des Notdienstes aufbringt, ist auch weiterhin bereitzustellen. Eine anteilige Finanzierung durch die Krankenkassen ist auszuschließen. Hierzu sollte die notwendige Transparenz durch die Kassenärztliche Vereinigung hergestellt werden. **Änderungsvorschlag:** § 105 Absatz 1b Satz 1 (neu) wird wie folgt geändert: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich können auf der 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 vereinbaren.“ Nach Satz 1 wird folgender Satz ergänzt: „Die Kassenärztliche Vereinigung stellt ihre anteiligen bereitzustellenden Mittel Betrag über einen einheitlichen prozentualen Abschlag auf das gesamte Honorar für Leistungen der regionalen Euro-Gebührenordnung der

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer als Verwaltungskostenbeitrag gemäß § 81 zur Verfügung.“ Nach dem bisherigen Satz 6 werden die folgenden Satz ergänzt: „Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die in den Jahren 2020 bis einschließlich 2025 für die Sicherstellung des Notdienstes insgesamt aufgewendeten finanziellen Mittel detailliert und transparent nachzuweisen; mindestens ist das im Vorjahreszeitraum von der Kassenärztlichen Vereinigung bereitgestellte Finanzvolumen auch nach Umstellung der Notdienststrukturen weiterhin alleinig von der Kassenärztlichen Vereinigung aufzubringen.“ In § 105 Absatz 1b (neu) wird der bisherige Satz 9 gestrichen.
14	§ 115e	Folgeänderung zu §§ 30, 60 SGB V	**Bewertung:** Eine Anpassung des § 115e Absatz 2 Satz 1 erfolgt u.a. durch die Herauslösung der Rettungsfahrten, die künftig als Notfalltransporte in § 30 SGB V (n.F.) geregelt werden. Dies erscheint folgerichtig. Die bisherige Regelung zum grundsätzlichen Ausschluss der Übernahme von Fahrkosten im Rahmen einer tagesstationären Behandlung soll folgerichtig auf Krankenfahrten und Krankentransporte ausgerichtet werden. Dies ist sachgerecht, bedarf jedoch einer Korrektur eines Verweisfehlers. **Begründung:** Das Gesetz sollte entsprechend der Vorgaben des § 8a KT-RL angepasst werden. Danach wird der Anspruch auf Fahrkostenübernahme direkt auf die Ausnahmefälle der dauerhaft mobilitätsbeeinträchtigten Versicherten nach § 60 Absatz 4 Satz 3 SGB V (n. F.) beschränkt. Hierbei handelt es sich um Personen, die nach § 60 Absatz 2 Nummer 4 Buchstabe b SGB V (n.F.) i.V.m. § 8 Absatz 3 der KT-RL einen regelhaften Anspruch auf Übernahme der Kosten für Krankenfahrten haben. Einen solchen Anspruch im Rahmen einer

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			tagesstationären Behandlung einzuräumen, ist sachgerecht und entspricht den Vorgaben des § 8a der KT-RL. Daneben sieht der G-BA ausweislich seiner Tragenden Gründe zum Beschluss vom 18.01.2024 keine weiteren Ausnahmefälle als anwendbar, die einen Anspruch auf Kostenübernahme für Krankenfahrten während einer tagesstationären Behandlung rechtfertigen würden. In den Tragenden Gründen wird ausgeführt *„Versicherte mit hochfrequenten Behandlungen nach § 8 Absatz 2 der KT-RL werden üblicherweise ambulant behandelt, es sei denn, der gesundheitliche Zustand der Betroffenen ist derart schlecht, dass eine stationäre Behandlung medizinisch notwendig ist. Tritt dieser Fall ein, ist davon auszugehen, dass die Versicherten vollstationär behandelt werden müssen und die tagesstationäre Durchführung nicht ausreichend ist.“* **Änderungsvorschlag:** Artikel 1 Nr. 14 Buchstabe a) wird wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht): „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 4~~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.“
15	§ 116b	Folgeänderung zu § 90 SGB V	Die Folgeänderung ist sachgerecht.
16	§ 120	• Klarstellung zur Vergütung in den Notdienst einbezogener Ärzte aus Gesamtvergütung	Zu a) Die Klarstellung wird begrüßt. Der Verweisfehler (Satz 11 anstelle von Satz 10) ist zu berichtigen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie (Folgeänderung zu § 123c)	Zu b) Die G-BA Vorgaben zum Ersteinschätzungsverfahren werden zugunsten einer eigenständigen Regelung in § 123c gestrichen. Die Neuregelung wird begrüßt.
17	§ 123	Integrierte Notfallzentren (INZ) • Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion • Notaufnahme, Notdienstpraxis, Ersteinschätzungsstelle - optional Kooperationspraxis / statt Notdienstpraxis MVZ oder Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Nähe • Ersteinschätzung und Steuerung innerhalb des INZ, gegenseitige Datenübermittlung • Versorgungsvertrag mit Apotheken • Telemedizinische Anbindung an Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie • Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung von INZ	**Bewertung:** Die flächendeckende Einrichtung von INZ als zentrale Anlauf- und Steuerungsstellen wird ausdrücklich begrüßt. Es besteht allerdings noch Anpassungsbedarf, insbesondere hinsichtlich der verpflichtenden Ersteinschätzung von Hilfesuchenden, der Terminvermittlungsmöglichkeit von INZ für Hilfesuchende sowie der Weisungsfreiheit des Fachpersonals der zentralen Ersteinschätzungsstellen von INZ. **Begründung:** Die in Absatz 1 vorgesehene Verortung der fachlichen Leitung und der Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle beim Krankenhaus wird kritisch bewertet. Dies kann Fehlanreize hinsichtlich einer Ersteinschätzung nach stationärer Bettenauslastung beinhalten und damit bestehende Fehlanreize verfestigen. Die zentrale Ersteinschätzungsstelle soll die Notaufnahme entlasten und dafür sorgen, dass ambulant behandelbare Fälle auch ambulant versorgt werden. Wichtig ist daher, dass die Ersteinschätzungskraft ihre Entscheidung immer weisungsfrei vom Krankenhaus trifft. Dies sollte durch entsprechende Regelungen in der Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 sichergestellt werden. Kritisch bewertet wird weiter die in Absatz 2 vorgesehene Neuregelung, dass die verpflichtende Ersteinschätzung in INZ auf solche Hilfesuchenden beschränkt werden soll, die selbstständig ein INZ aufsuchen. Damit besteht für Patientinnen und Patienten, die mit dem Rettungsdienst in ein Krankenhaus gebracht werden, keine Pflicht zur Ersteinschätzung. Nicht alle der mit dem Rettungsdienst in ein Krankenhaus gebrachten Patientinnen und Patienten weisen jedoch einen dringenden Behandlungsbedarf auf. Zudem ist die geeignete Versorgungsebene nicht in all diesen Fällen immer die Notaufnahme eines Krankenhauses. Daher

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			müssen auch diese Patientinnen und Patienten zwingend ersteingeschätzt werden im INZ. Weiter kritisiert der GKV-Spitzenverband, dass in jedem Fall eine Versorgung im INZ erfolgen soll und der Gedanke gänzlich fehlt, dass möglicherweise auch gar keine unmittelbare Behandlung erforderlich ist. Für Patientinnen und Patienten, bei denen ein Behandlungsbedarf besteht, der jedoch nicht unmittelbar bedient werden muss, sollte stattdessen grundsätzlich eine Terminvermittlung durch das INZ in die vertragsärztliche Versorgung erfolgen können. Das Ziel der INZ ist es nicht, eine Umgehungsmöglichkeit für die vertragsärztliche Versorgung zu schaffen. Wenn möglich sollen die Patientinnen und Patienten im Akutfall immer eine vertragsärztliche Praxis zu den regulären Praxisöffnungszeiten aufsuchen. Im Sinne einer besseren Patientensteuerung wird begrüßt, dass nach Absatz 2 Patientinnen und Patienten, die nach einem telefonischen Erstkontakt mit der Akutleitstelle zur Behandlung in ein INZ geleitet wurden, hier bei gleicher medizinischer Behandlungsdringlichkeit bevorzugt behandelt werden sollen. Neben medizinischer Behandlungsdringlichkeit können weitere Faktoren durch die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte geregelt werden. Wichtig ist allerdings, dass die Bundesmantelvertragspartner zeitnah eine geeignete und patientenfreundliche Nachweismöglichkeit vereinbaren. Ziel der Regelung im neuen Absatz 3 soll sein, die Versorgung mit Arzneimitteln und arzneimittelähnlichen Medizinprodukten sowie Verbandmitteln für Patientinnen und Patienten, die eine Notfallbehandlung in Anspruch nehmen mussten, zu vereinfachen. Dieses Ziel ist nachvollziehbar und wird vom GKV-Spitzenverband unterstützt. Um dieses Ziel zu erreichen, sollen sich die notdienstpraxisversorgenden Apotheken in unmittelbarer Nähe zum Zentrum oder in Form einer zweiten Offizin mit

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Lagerräumen, die räumlich beim Integrierten Notfallzentrum (INZ) angesiedelt sind, befinden. Dazu bedürfte es allerdings unter anderem einer konkreten Definition der Begrifflichkeit „unmittelbare Nähe“ zum INZ, um Rechtsstreitigkeiten zur Auslegung zu verhindern. Der in diesem Gesetzentwurf gewählte Ansatz würde die Etablierung neuer Strukturen parallel zur bestehenden Nacht- und Notdienststruktur der Apotheken erforderlich machen. Dies ist aus Sicht des GKV Spitzenverbandes nicht zielführend. Es erfordert erhebliche neue Ressourcen zur Einrichtung neuer notdienstpraxisversorgenden Apotheken, die nur zu beschränkten Dienstzeiten zur Verfügung stehen und dabei – trotz finanziellem Aufwand – nicht zur Regelversorgung beitragen können, sondern gegebenenfalls. bereits etablierte funktionierende Strukturen gefährden. Zudem ergibt sich bei den vorgesehenen Regelungen mehrere offene Fragen, unter anderem zur Finanzierung, die bei den jeweiligen Regelungen adressiert werden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte der reguläre Apotheken-Notdienst genutzt werden, um die Arzneimittelversorgung in den Integrierten Notfallzentren sicher zu stellen. Dies stärkt die bestehenden Strukturen der Apotheken und erfordert einen geringeren Personal- und Ressourceneinsatz.. Eine Vernetzung der bestehenden Apothekennotdienste mit den Angebotszeiten der Notfallzentren durch regionale Koordination mit den Landesapothekenkammern, die auch den regulären Apothekennotdienst planen, ist eine geeignete Maßnahme. Dies ist auch in § 75 Absatz 1b angedacht. Auch die Möglichkeiten zur digitalen Übermittlung des E-Rezeptes in Kombination mit der Möglichkeit, telepharmazeutische Konsultationen zwischen Apotheken und verordnenden Ärztinnen und Ärzten bzw. telepharmazeutische Beratungen der Patientinnen und Patienten durchzuführen, beschränkt die physische Abgabe der Packung auf einen rein logistischen Akt. Sofern die nächstgelegene diensthabende Apotheke

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			nicht fußläufig erreichbar ist, könnte dies an Stelle der Einrichtung von Räumlichkeiten auch durch einen Arzneimittel-Botendienst zwischen Zentrum und der nächsten diensthabenden Apotheke gelöst werden. Dieser Botendienst sollte dann bedarfsgerecht durch das Notfallzentrum finanziert und betrieben werden. Denkbar wäre auch die Nutzung eines Abgabeautomaten im INZ, der jeweils auch unter der Zuhilfenahme von Telepharmazie von der diensthabenden Apotheke betrieben werden kann. Die Details zur Ausgestaltung wären dann in einem Vertrag nach § 12b Apothekengesetz zu regeln. Die in Absatz 4 vorgesehene Unterstützung von Integrierten Notfallzentren durch telemedizinische oder telefonische Konsile von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, falls der Standort kein Integriertes Notfallzentrum für Kinder- und Jugendliche ist, sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie wird begrüßt. Die Kann-Regelung für den erweiterten Landesausschuss, Empfehlungen für die landesweite Konzeption und Koordinierung dieser Unterstützung auszusprechen, ist hingegen nicht zielführend. Zur Vermeidung von Flickenteppichen in der Versorgung und aufgrund der beim G-BA vorhandenen Fachkompetenz, die in den erweiterten Landesausschüssen derzeit so nicht vorliegt, ist eine bundeseinheitliche Lösung über eine G-BA-Vorgabe vorzuziehen, während die Koordinierung durch die erweiterten Landesausschüsse erfolgen kann. Die in Absatz 5 vorgesehenen Berichtspflichten der Kassenärztlichen Vereinigungen an die zuständigen obersten Landesbehörden sind sachgerecht. Diese Berichte sollten auch den erweiterten Landesausschüssen zur Kenntnis gegeben werden, da diese Ergebnisse für die Anpassung von Entscheidungen der eLA von hoher Bedeutung sind. Der jährliche Bericht der KBV ist darüber hinaus von öffentlichem Interesse und sollte daher veröffentlicht werden.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Änderungsvorschlage: In Absatz 1 wird nach Satz 3 folgender Satz ergänzt: **„In der Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 ist festzulegen, dass Mitarbeitende in der zentralen Ersteinschätzungsstelle fachlich weisungsfrei vom Krankenhausträger hinsichtlich der Wahl der geeigneten Versorgungsebene sind.“** In Absatz 2 Satz 3 wird folgender Halbsatz ergänzt: **„; das Ergebnis der Ersteinschätzung ist für die zentrale Ersteinschätzungsstelle grundsätzlich verbindlich.“** In Absatz 2 wird Satz 6 wird wie folgt gefasst: „Wenn **sich nach einer standardisierten Ersteinschätzung im Integrierten Notfallzentrum ein Behandlungsbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung ergibt oder** nach einer notdienstlichen Akutversorgung im Integrierten Notfallzentrum eine ambulante Weiterbehandlung erforderlich ist, bietet dieses den Patienten die Vermittlung eines Behandlungstermin bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer an.“ Absatz 3 SGB V wird wie folgt formuliert: **„Zur Sicherstellung der Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und arzneimittelähnlichen Medizinprodukten sowie Verbandmitteln hat die zuständige Kassenärztliche Vereinigung gemeinsam mit dem Träger des Krankenhauses, mit dessen Notaufnahme die Notdienstpraxis ein Integriertes Notfallzentrum bildet, einen Vertrag nach § 12b Absatz 2 Satz 1 des Apothekengesetzes zu schließen.“**

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt angepasst: Nach den Worten „obersten Landesbehörden“ werden die Worte **„und den erweiterten Landesausschüssen nach § 90 Absatz 4a“** eingefügt. Absatz 5 Satz 2 wird wie folgt gefasst: **„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht jährlich barrierefrei im Internet einen Bericht über die in Satz 1 genannten Sachverhalte, erstmals zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des siebenundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats].“**
	§ 123a	Einrichtung von INZ • Standortbestimmung nach gesetzlichen Kriterien • Kooperationsvereinbarung, gesetzliche Vorgabe von Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxis, Schiedsregelungen bei Nichtzustandekommen • Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit in INZ durch KBV, DKG und GKV-SV	**Bewertung:** Die Festlegung von INZ-Standorten auf Grundlage von einheitlichen gesetzlichen Kriterien durch die erweiterten Landesausschüsse nach § 90 Absatz 4a SGB V wird begrüßt. Zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit INZ anhand bundeseinheitlicher Kriterien sieht der GKV-Spitzenverband allerdings noch deutlichen Anpassungsbedarf. **Begründung:** Um zu vermeiden, dass je nach Bundesland völlig unterschiedliche Strukturen aufgebaut werden, sollte eine Entscheidung der erweiterten Landesausschüsse zur Festlegung von INZ-Standorten zwingend auf der Grundlage einer verbindlichen bundeseinheitlichen Planungsgrundlage für die Festlegung von INZ-Standorten durch den G-BA erfolgen. Der G-BA hat die Regelungskompetenz für die vertragsärztliche Bedarfsplanung. Da KV-Notdienstpraxen als wesentliches Element der INZ im Sicherstellungsauftrag der KVen liegen, wäre es sinnvoll die Regelungskompetenz des G-BA entsprechend auf die Planung von bedarfsgerechten Kapazitäten für die notdienstliche Akutversorgung zu erweitern.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Der Ansatz, Kriterien für die Standortauswahl von INZ in Absatz 1 vorzugeben, sowie die grundsätzliche Auswahl der Kriterien werden begrüßt. Allerdings erscheinen einige Kriterien im Sinne einer bedarfsgerechten Angebotsgestaltung nicht hinreichend ausdifferenziert und in der Folge nicht unmittelbar umsetzbar. So ist der im Referentenentwurf berücksichtigte Bevölkerungsbezug wichtig. Es fehlt jedoch eine Richtgröße, für wie viele Einwohner einer Planungsregion ein INZ zuständig sein soll (gegebenenfalls differenziert nach Stadt und Land), sowie ein Ansatz, um den Bevölkerungsbezug mit der benötigten Zahl an ärztlichen Kapazitäten eines INZ in Verbindung zu bringen (Verhältniszahl). Die Erreichbarkeit ist planungsrelevant, der ÖPNV ist allerdings ungeeignet, weil sich aus der ÖPNV-Abdeckung keine sinnvollen Planungsoptionen für medizinische Versorgungsangebote ableiten lassen. So bedingt eine geringe ÖPNV-Abdeckung in einer dünn besiedelten, ländlichen Region nicht unmittelbar einen höheren Bedarf an INZ. Es wird begrüßt, dass der Regelungsvorschlag bei der Standortauswahl eine Auswahlentscheidung zwischen mehreren geeigneten Kliniken vorsieht. Es fehlen jedoch eine bevölkerungsbezogene Obergrenze sowie eine Kapazitätsbetrachtung der KV-Notdienstpraxen. Sachgerecht erscheint eine gleichwertige Priorisierung zu bestehenden Notdienstpraxen der KVen. Die Regelung zur Bestimmung von INZ-Standorten abweichend von den genannten Kriterien zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung ist grundsätzlich begrüßenswert. Es sollte allerdings ermöglicht werden, dass in diesen Fällen neben einem zusätzlichen INZ-Standort gleichfalls auch eine bedarfsgerechte notdienstliche Akutversorgung durch die aufsuchenden Dienste gemäß § 75 Absatz 1b Satz 5 Nummer 3 in Betracht gezogen werden kann. Bei einer geringen Bevölkerungsdichte und fehlenden Krankenhausstandorten dürfte dies vielfach die wirtschaftlichere Versorgungsstruktur darstellen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Es wird begrüßt, dass der Aufwand für die Kooperationsvereinbarungen zwischen den KVen und den Krankenhausträgern nach Absatz 2 für die Organisation des INZ vor Ort durch die Schaffung einer bundesweiten Rahmenvereinbarung nach Absatz 4 reduziert wurde. Die Verbindlichkeit dieser Rahmenvereinbarung für die regionalen Vertragspartner sollte jedoch erhöht werden. Zudem sollten auch die Anforderungen an das in der zentralen Ersteinschätzungsstelle tätige Personal bundesweiten Mindestanforderungen genügen müssen. Für eine bundesweit hoch- und gleichwertige Versorgungsstruktur müssen die zentralen Strukturanforderungen, und dazu gehören primär Personalanforderungen, bundeseinheitlich festgelegt werden. Dies ist auch deshalb gerechtfertigt und erforderlich, da die Vergütung der Ersteinschätzungsleistung zukünftig nach § 123c neu bundesweit einheitlich im EBM erfolgt. Der G-BA ist hierfür das geeignete Gremium. Daher sollte die Festlegung bundeseinheitlicher Personalanforderungen für die zentralen Ersteinschätzungsstellen von INZ durch den G-BA in der vorgesehenen Richtlinie nach § 123c Absatz 2 erfolgen. Insgesamt erschließt sich nicht unmittelbar, warum der Referentenentwurf die Definition der Anforderungen an INZ auf verschiedene Gremien verteilt und nicht einheitlich durch den G-BA festlegen lässt. Die in Satz 5 vorgenommene gesetzliche Vorgabe von Mindestöffnungszeiten wird in ihrer Ausgestaltung im Referentenentwurf kritisiert, da durch diese im Umkehrschluss eine Quasi-Legaldefinition von vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten entstehen würde. Während Mindestöffnungszeiten an den Wochenenden und Feiertagen begrüßt werden, sollten Mindestöffnungszeiten für die Wochentage auf Basis geeigneter bundeseinheitlicher Kriterien festgelegt werden, die das tatsächliche Patientenaufkommen berücksichtigen. Der GKV-Spitzenverband würde es als sehr problematisch bewerten, wenn der Mittwoch und Freitagnachmittag grundsätzlich mit hoheitlicher Billigung als sprechstundenfrei verstanden würden. Für KV-Notdienstpraxen an

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			INZ-Standorten mit hohen Fallzahlen könnte eine ambulante Notfallversorgung zu Sprechstundenzeiten bedarfsgerecht und pragmatisch durch die Vergabe von regulären vertragsärztlichen Zulassungen (Medizinische Versorgungszentren) erreicht werden. Die in Absatz 4 vorgesehene Rahmenvereinbarung der Vertragsparteien auf der Bundesebene zu Vorgaben für die Zusammenarbeit in den INZ wird begrüßt. Zur Sicherstellung einer flächendeckend gleichwertigen Notfallversorgung ist es essenziell, dass zentrale Strukturanforderungen bundeseinheitlich festgelegt werden. Dies betrifft auch die Zusammenarbeit von Krankenhäusern und KVen in den INZ inklusive des Umgangs mit nicht eingehaltenen Anforderungen sowie die Weiterleitung von Hilfesuchenden in eine Kooperationspraxis. Die in Absatz 4 vorgesehene Konfliktlösung über das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a Absatz 2 SGB V wird in der derzeitigen Ausgestaltung des Schiedsgremiums kritisiert, da das Schiedsgremium keine Parität zwischen den Leistungserbringern auf der einen Seite und der Kostenträgerseite vorsieht. **Änderungsvorschläge:** § 101 Absatz 1 Satz 1 wird um die folgende Nummer 7 ergänzt: **„7. Bundeseinheitliche Vorgaben für die Standortfestlegung von Integrierten Notfallzentren gemäß § 123a und § 123b“** In § 101 wird folgender neuer Absatz 7 ergänzt: **„Die Allgemeinen Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 umfassen insbesondere die folgenden Kriterien:**

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			1. eine Planungsregion z. B. eine Planung auf Kreis- bzw. Bezirksebene in Großstädten **2. eine Kapazitätsplanung mit Bevölkerungsbezug z. B. mittels einer Verhältniszahl, die den Bedarf an Ärztinnen und Ärzten für die notdienstliche Akutversorgung der Bevölkerung in KV-Notdienstpraxen abbildet und die Festlegung der maximalen personellen Kapazitäten je KV-Notdienstpraxis** **3. Vorgaben zur Ermittlung von bedarfsgerechten Mindestöffnungszeiten in Abhängigkeit vom Patientenaufkommen** **4. eine Erreichbarkeit für 95 v. H. der Bevölkerung innerhalb von 30 PKW-Fahrzeitminuten** **5. die Berücksichtigung der Notfallstufe der Krankenhäuser; Voraussetzung ist mindestens die Erfüllung der Anforderungen der Basisnotfallstufe gemäß Abschnitt III der Notfallstufenregelung des G-BA** **Für die Auswahl der Standorte bei mehreren geeigneten Krankenhäusern erfolgt die Auswahl nach der folgenden Reihenfolge** **i. Vorrangigkeit von höheren Notfallstufen der Krankenhäuser** **ii. bestehende KV-Notdienstpraxen** **iii. Vorrangigkeit von höheren stationären Fallzahlen der Krankenhäuser“** § 123a Absatz 1 Satz 8 wird wie folgt gefasst: „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**, und einer Versorgung durch den aufsuchenden Dienst gemäß § 75 Absatz 1b Satz 4 Nummer 3 nicht wirtschaftlicher ist.“** In Absatz 2 wird nach Satz 1 folgender neuer Satz ergänzt:

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			„**Die Kooperationsvereinbarung nach Satz 1 ist von dem zuständigen erweiterten Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a zu genehmigen.“** In Absatz 2 Satz 4 wird folgende Nummer 2 wie folgt geändert und folgende neue Nummer 6 ergänzt: **2. „**zur Organisation und zur personellen Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle ~~einschließlich der notwendigen Qualifikation, erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals~~ **sowie der Weisungsfreiheit des Personals, (…)** **6. zu einem gemeinsamen Qualitätsmanagement nach Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses.“** Absatz 2 Satz 4 sollte wie folgt geändert werden: „Die Notdienstpraxis ist mindestens an Wochenenden und Feiertagen von 9 bis 21 Uhr~~, Mittwoch und Freitag von 14 bis 21 Uhr und Montag, Dienstag und Donnerstag von 18 bis 21 Uhr zu öffnen~~ und Montag bis Freitag von 18 bis 21 Uhr zu öffnen.“ Sofern eine Vorgabe durch den Gemeinsamen Bundesausschuss abgelehnt wird, sollte die Standortauswahl nach Kriterien erfolgen, die der Gesetzgeber konkreter vorgibt. Alternativer Formulierungsvorschlag für § 123a Absatz 1: „§ 123a (1) Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a bestimmt bis zum […] [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser, an denen Integrierte Notfallzentren eingerichtet werden, auf der Grundlage der folgenden bundeseinheitlichen Vorgaben.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			(2) **Planungsregion für die Festlegung von INZ-Standorten sind die Kreise und kreisfreien Städte. Für Berlin und Hamburg erfolgt die Planung auf der Ebene von Bezirken bzw. Stadtteilen.** (3) Für mindestens 95 Prozent der Bevölkerung ist ein INZ-Standort innerhalb von 30 PKW-Fahrtzeitminuten erreichbar. **(4)** Die Planung erfolgt bevölkerungsbezogen. **Die je Planungsregion erforderlichen ärztlichen Kapazitäten für die ambulante Notfallversorgung in den KV-Notdienstpraxen der INZ sind regionalspezifisch zu ermitteln und auf geeignete Standorte gemäß Absatz 5 und 6 zu verteilen.** (5) Geeignete Standorte, auf die die erforderlichen ärztlichen Kapazitäten nach Absatz 4 verteilt werden, erfüllen die folgenden Anforderungen: 1. Erfüllung der Voraussetzungen der Notfallstufe Basisnotfallversorgung gemäß der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 in der jeweils gültigen Fassung und 2. der Auswahl stehen keine Interessen des Krankenhauses entgegen. (6) Bei der Standortauswahl sind die folgenden Kriterien der Reihenfolge nach anzuwenden: 1. Auswahl des Krankenhausstandortes mit der höchsten Notfallstufe, 2. bei gleicher Notfallstufe: **Auswahl des Krankenhausstandortes mit bestehender KV-Notdienstpraxis**, **3.** bei gleicher Notfallstufe und gleichem Vorhandensein einer KV-Notdienstpraxis: **Auswahl des Krankenhausstandortes mit der höchsten stationären Fallzahl im Jahr 2024.** (7) Die Auswahl der geeigneten Standorte erfolgt **nacheinander nach den Kriterien gemäß Absatz 6**. Die Anzahl der auszuwählenden Standorte richtet sich nach der zu versorgenden Bevölkerung im

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Planungsbereich. **Ein weiterer Standort sollte jeweils ausgewählt werden, wenn ein INZ an einem Krankenhaus mit Basisnotfallstufe mehr als 100.000 Einwohner versorgt oder ein INZ an einem Krankenhaus mit umfassender oder erweiterter Notfallstufe mehr als 250.000 Einwohner versorgt.** (8) Der erweiterte Landesausschuss kann begründet von den bundeseinheitlichen Vorgaben gemäß Absatz 7 Satz 3 abweichen, wenn und solange dies für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. Die entscheidungsrelevanten Gründe sind durch die für die Sozialversicherung zuständigen oberste Verwaltungsbehörde des Landes zu veröffentlichen. (9) **Die festgelegten INZ-Standorte sind in den Bedarfsplänen gemäß § 99 abzubilden. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt hierfür im Rahmen seiner Regelungskompetenz gemäß § 101 ein bundeseinheitliches Format fest. Die erweiterten Landesausschüsse übermitteln die festgelegten Standorte unter Verwendung des vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 2 festgelegten Formates an die Kassenärztlichen Vereinigungen.“**
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	**Bewertung:** Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Möglichkeit zur Einrichtung von Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche und deren Festlegung durch die erweiterten Landesausschüsse nach § 90 Absatz 4a. Die Regelung ist jedoch als „Kann-Regelung“ formuliert, ohne dass bundeseinheitlich verbindliche Kriterien für die Gründung oder Nichtgründung von INZ für Kinder und Jugendliche gelten. Vor diesem Hintergrund ist ein bundesweiter Flickenteppich in der Versorgung zu befürchten. Daher bedarf es hier Anpassungen am Referentenentwurf. **Begründung:** Der GKV-Spitzenverband spricht sich dafür aus, dass der G-BA wie auch für INZ bundeseinheitliche Kriterien (Anwendung eines Ersteinschätzungsinstruments, Kriterien zur Standortauswahl, Qualifikation, Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung,

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Kooperationspraxen und ausreichende Verfügbarkeit von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin) für INZ für Kinder und Jugendliche erarbeitet. Die erweiterten Landesausschüsse sollten die Standorte auf Basis dieser Kriterien festlegen. **Änderungsvorschläge:** § 123b Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst: **„Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann auf Basis der Kriterien nach § 101 Absatz 7 und abhängig von der Verfügbarkeit von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin Standorte zugelassener Krankenhäuser bestimmen, an denen Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche eingerichtet werden.“**
	§ 123c	Ersteinschätzung • Vergütung ambulanter Behandlung für Krankenhäuser ohne INZ nur noch nach Ersteinschätzung, die die Unzumutbarkeit einer Verweisung an INZ festgestellt hat • Richtlinie des G-BA zu Vorgaben für standardisierte digitale Ersteinschätzung • Richtlinie regelt auch Mindestausstattungsanforderungen für Notdienstpraxen • Berichtspflicht G-BA zu Auswirkungen der Ersteinschätzung • EBM für Ersteinschätzung	**Bewertung:** Die beabsichtigte Klarstellung zur zukünftigen Vergütung ambulanter Krankenhausbehandlung von Notfällen und deren Verknüpfung mit der Durchführung einer Ersteinschätzung und der Vorlage eines entsprechenden Ersteinschätzungsergebnisses wird ausdrücklich begrüßt. Die Festlegung bundeseinheitlicher Vorgaben für die Durchführung einer für alle Krankenhäuser verbindlichen standardisierten, digitalen Ersteinschätzung durch den G-BA wird ebenfalls ausdrücklich begrüßt. Allerdings sollte der G-BA-Auftrag alle zentralen Aspekte einer standardisierten, digitalen Ersteinschätzung umfassen, um eine effektive Patientensteuerung und die Entlastung der Notaufnahmen zu erreichen. Hierfür besteht Anpassungsbedarf. **Begründung:** Die in Absatz 1 vorgesehene Klarstellung zur zukünftigen Vergütung ambulanter Krankenhausbehandlung von Notfällen und deren Verknüpfung mit der Durchführung einer Ersteinschätzung wird ausdrücklich begrüßt. Damit wird die Durchführung einer Ersteinschätzung und der Vorlage eines entsprechenden Ersteinschätzungsergebnisses auch für

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Krankenhausstandorte ohne INZ und damit für alle nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser verpflichtend. Das ist ein wichtiger Schritt für in Richtung einer qualitätsgesicherten Patientensteuerung an Krankenhäusern. Mit dem vorgesehenen Aufbau Integrierter Notfallzentren an ausgewählten Krankenhäusern (§§ 123, 123a SGB V) wird eine flächendeckende, bedarfsgerechte ambulante Notfallversorgung an Krankenhäusern sichergestellt. Eine ambulante Notfallversorgung durch Krankenhäuser ohne INZ sollte daher eine absolute Ausnahme darstellen und an die Voraussetzung eines unmittelbaren ärztlichen Behandlungsbedarfes geknüpft sein. Hierfür braucht es zwingend bundeseinheitliche Vorgaben, die vom G-BA festgelegt werden sollten im Rahmen seiner Richtlinie nach § 123c Absatz 2. Alle anderen ambulanten Notfälle sollten von Krankenhäusern ohne INZ auf Grundlage des Ersteinschätzungsergebnisses an das nächstgelegene INZ verwiesen werden. Bislang fehlt jedoch eine Regelung dazu, dass die Ersteinschätzung eines Hilfesuchenden zwar einen ärztlichen Behandlungsbedarf, aber keine sofortige Behandlungsbedürftigkeit feststellt. Für diese Fälle ist dringend die Möglichkeit einer Terminbuchung durch die Ersteinschätzungsstelle in der vertragsärztlichen Regelversorgung über die Terminservicestellen vorzusehen. Zudem sollte auch die Nichtbehandlung für solche Fälle ergänzt werden, in denen kein dringendes medizinisches Behandlungsanliegen vorliegt (zum Beispiel (Reise-) Impfung). Der in Absatz 2 vorgesehene Auftrag an den G-BA, Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten, standardisierten und digitalen Ersteinschätzung zu regeln, wird ausdrücklich begrüßt. Damit wird der bisherige G-BA-Auftrag (§ 120 Absatz 3b SGB V) weitgehend beibehalten und wichtige Vorarbeiten können berücksichtigt werden. Kritisch zu bewerten ist, dass die G-BA-Vorgaben zur Ersteinschätzung jedoch nur für solche Hilfesuchenden gelten sollen, die selbstständig ein Krankenhaus aufsuchen. Damit sind Patientinnen und Patienten, die mit dem Rettungsdienst in ein Krankenhaus gebracht werden, von den Vorgaben der

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Richtlinie ausgenommen. Nicht alle der mit dem Rettungsdienst in ein Krankenhaus gebrachten Patientinnen und Patienten weisen jedoch einen dringenden Behandlungsbedarf auf. Auch diese Patientinnen und Patienten sollten daher zwingend ersteingeschätzt werden. Darüber hinaus sollte die Möglichkeit bestehen, Patienten in die vertragsärztliche Versorgung weiterzuleiten und nicht nur innerhalb des INZ. Zudem stellt die Qualifikation des die Ersteinschätzung durchführenden Personals einen zentralen Bestandteil einer Ersteinschätzung dar, die Patientinnen und Patienten effizient in die geeignete und sachgerechte Versorgungsebene steuert und damit die Notaufnahmen entlastet. Um einen Flickenteppich an regional unterschiedlichen Personalvorgaben in den zentralen Ersteinschätzungsstellen der INZ zu vermeiden und eine bundesweit gleichwertige Versorgungsqualität in allen INZ sicherzustellen, sollten auch die Personalvorgaben für die zentrale Ersteinschätzungsstelle der INZ bundeseinheitlich festgelegt werden. Der G-BA ist hierfür das geeignete Gremium und der G-BA-Auftrag nach § 123c SGB V sollte um diesen Punkt ergänzt werden. Des Weiteren sollte der G-BA-Auftrag um Vorgaben für eine bundeseinheitliche Planungsgrundlage für die Festlegung von INZ-Standorten nach § 123a SGB V ergänzt werden. Des Weiteren sollten auch die Ausnahmefälle vom G-BA definiert werden, in denen ein Krankenhaus ohne INZ nach durchgeführter Ersteinschätzung eines Hilfesuchenden im Falle eines unmittelbaren ärztlichen Behandlungsbedarfs die ambulante Notfallversorgung durchführen kann und eine Verweisung an das nächstgelegene INZ erfolgen unzumutbar ist. Während die Regelungskompetenz für die Erstellung von Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten, standardisierten und digitalen Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs für Hilfesuchende, die selbständig einen Krankenhausstandort aufsuchen dem G-BA obliegt, haben die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen Richtlinien für ein bundesweit einheitliches standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren im

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Akutfall nach § 75 Satz 1 Nr. 6 zu regeln. Die unterschiedlichen Regelungskompetenzen sind aufzulösen. Der G-BA sollte künftig den Auftrag erhalten in seiner Richtlinie auch die Ersteinschätzung im Akutfall zu regeln, damit Akutleitstellen Versicherten eine unmittelbare ärztliche Versorgung auf der medizinisch gebotenen Versorgungsebene vermitteln können. Somit erhält der G-BA die Gesamtverantwortung für die Ausgestaltung der Ersteinschätzung über die verschiedenen Versorgungsebenen und gewährleistet einheitliche Regelungen für die Anwendung an ein integratives komplementäres Versorgungssystem im Notfall. Zudem ermöglicht die Verfahrensumstellung, dass neben ärztlichen Interessen auch die Interessen weiterer beteiligter Leistungserbringenden sowie der GKV gleichberechtigt Berücksichtigung finden. Der in Absatz 3 vorgesehene Auftrag an den ergänzten Bewertungsausschuss zur Anpassung des EBM zur Abbildung einer Einzelleistung für die Ersteinschätzung ist nachvollziehbar, um der zukünftig andersartigen Leistungsaufteilung zwischen den Trägern eines INZ gerecht zu werden. Diese bundesweite EBM-Vergütung stellt ein weiteres Argument dar, weshalb bundesweit vergleichbare Personalausstattungen vorgegeben werden sollten: anderenfalls ließe sich nicht begründen, weshalb ggf. unterdurchschnittliche (unzureichende) Personalvorhaltungen mit dem EBM-Preis finanziert werden. Hierzu sind die bisherigen Notfallpauschalen entsprechend ausgabenneutral im Hinblick auf die Einzelleistung für die Ersteinschätzung zu differenzieren. Es wird begrüßt, dass zur Umsetzung des Evaluationsauftrages an den ergänzten Bewertungsausschuss künftig vorgesehen ist, dass der Bewertungsausschuss sowie der ergänzte Bewertungsausschuss die hierfür notwendige Fallkennzeichnung zur Identifikation von Notaufnahmen, Notdienstpraxen und Kooperationspraxen beschließen. **Änderungsvorschläge:** Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			„Die Vergütung weiterer ambulanter Leistungen zur Behandlung von Notfällen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 im Krankenhaus setzt ab dem Inkrafttreten des Beschlusses nach Absatz 3 voraus, dass bei der Durchführung der Ersteinschätzung nach Satz 1 ein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wurde. Ergibt die Ersteinschätzung, dass ein ärztlicher Behandlungsbedarf, aber keine sofortige Behandlungsbedürftigkeit besteht, darf eine notdienstliche Akutversorgung durch das Integrierte Notfallzentrum nicht erfolgen und den Patienten ist eine Buchung eines Termins in der ambulanten Regelversorgung über das System der Terminservicestelle anzubieten. Für Hilfesuchende in der Ersteinschätzungsstelle, welche bereits kein von ihnen als dringend erachtetes gesundheitliches Anliegen schildern, ist die Durchführung einer Ersteinschätzung und eine ärztliche Versorgung im Integrierten Notfallzentrum ausgeschlossen. Zugelassene Krankenhäuser an denen keine Integrierten Notfallzentren nach § 123a Absatz 1 eingerichtet wurden, vermitteln Hilfesuchende, bei denen im Rahmen der Ersteinschätzung ein ärztlicher aber kein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wurde, einen Termin über die Akutleitstelle nach § 75 Absatz 1c.“ Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt geändert: **Für Krankenhausstandorte, die Teil eines Integrierten Notfallzentrums sind, erfolgt auf Basis der Ersteinschätzung eine Entscheidung über die geeignete Versorgungsebene ~~innerhalb des Integrierten Notfallzentrums~~ unter Berücksichtigung einer in § 123 Absatz 1 Satz 7 genannten Kooperation.** Absatz 2 Satz 5 wird um folgende neue Nummer 1 ergänzt: **„1. Mindestanforderungen an die personelle Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstellen von Integrierten Notfallzentren nach § 123 Absatz 1 Satz 1 einschließlich der notwendigen Qualifikationen,**

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals,“ **Die Nummerierung wird entsprechend angepasst.** **Absatz 2 Satz 5 wird um folgende neue Nummer 5 ergänzt:** **„ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren, auf dessen Grundlage die Vermittlung in Akutfällen nach § 75 Absatz 1c Satz 3 zu erfolgen hat.“**
18	§ 133	Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung • Nur nach Landesrecht vorgesehene oder beauftragte Leistungserbringer • Vergütungsverträge für Leistungen nach SGB V erforderlich • Transparenzpflicht bezüglich Kalkulationen • Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 SGB V • Schiedseinrichtung bei Nichtzustandekommen • Entsprechende Geltung für Krankentransporte • Übergangsregelung	**Bewertung:** Die Abkehr von der reinen Fahrtkostenerstattung und die Einführung vertraglicher Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und Landesbehörden stellen einen wichtigen Fortschritt dar und werden ausdrücklich begrüßt. **Begründung:** Die geplanten Regelungen sind sachgerecht, um eine transparente, leistungsbezogene Vergütung auf Basis von Verträgen zu fördern. Die Nutzung elektronisch überprüfbarer Kalkulationsdaten ermöglicht eine nachvollziehbare Kostenkalkulation. Die Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen in den Verträgen ist ein Schritt in die richtige Richtung, allerdings sollten diese auch verbindlich werden, um eine bundeseinheitliche Umsetzung von Qualitätsanforderungen sicherzustellen. Gleichwohl ist die Rechtslage nicht abschließend geklärt. In der Gesetzesbegründung wird weiterhin ausgeführt, dass landes- oder kommunalrechtliche Festlegungen von Entgelten grundsätzlich möglich bleiben. Vor diesem Hintergrund erfolgt die vorgeschlagene Änderung, um die Regelung klarzustellen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Änderungsvorschläge: Es sollte gesetzlich klargestellt werden, dass die Vergütung ausschließlich auf Grundlage vertraglicher Vereinbarungen erfolgt.
	§ 133a	Gesundheitsleitsystem • Kooperationsvereinbarung zwischen Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116117 auf Antrag der Rettungsleitstelle • Verbindliche Absprache, wer welche Fälle übernimmt, und Abstimmung der Abfragesysteme • Medienbruchfreie Übergabe von Fällen und Daten • Schnittstelle durch KBV zur Verfügung zu stellen • Gemeinsames Qualitätsmanagement der Kooperationspartner • Vermittlung von Krankentransporten und medizinischen komplementären Diensten sowie sonstigen komplementären Diensten für vulnerable Gruppe oder krisenhafte Situationen • Bericht KBV zu Entwicklung der Gesundheitsleitsysteme	**Bewertung:** Die Einführung eines Gesundheitsleitsystems wird positiv bewertet, da sie die digitale Vernetzung von Rettungsleitstellen (112) und Akutleitstellen (116117) ermöglicht und damit eine bedarfsgerechte Steuerung der Hilfesuchenden unterstützt. Positiv ist die gesetzliche Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Kooperation. Offen bleibt allerdings, wie eine flächendeckende Beteiligung der Rettungsleitstellen an dem Gesundheitsleitsystem sichergestellt werden kann. Ebenfalls positiv ist die vorgesehene medienbruchfreie Übergabe von Daten zwischen den Leitstellen sowie die verbindlichen Absprachen und das gemeinsame Qualitätsmanagement, die eine rechtssichere und effiziente Zusammenarbeit fördern. Hervorzuheben sind auch die Abstimmung standardisierter Abfragesysteme sowie die klare Regelung der Zuständigkeit für das regionale Versorgungsangebot. Die geplante Ablösung der ärztlichen Verordnung nach § 302 SGB V Transportscheins durch das Ergebnis der standardisierten Notrufabfrage ist jedoch nur dann zielführend, wenn bundesweit (und nicht nur regional begrenzt) einheitliche Standards für Systeme und deren Anwendung verbindlich festgelegt werden. **Begründung:** Die Vernetzung der Leitstellen ist ein zentraler Schritt zur Vermeidung von Fehlsteuerungen und Doppelstrukturen. Sie stellt zugleich einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung einer bedarfsgerechten Versorgung dar. Durch die digitale Vernetzung der Leistellen und eine medienbruchfreie Fallübergabe wird eine effizientere Steuerung Hilfesuchender in die medizinisch erforderliche Versorgungsebene ermöglicht. Einheitliche Anforderungen an standardisierte Abfragesysteme sind dabei essenziell, um die Dringlichkeit von Notfällen und die

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			sachgerechte Versorgungsebene einheitlich zu bewerten. Denn nur so kann vermieden werden, dass Hilfesuchende zwischen verschiedenen Leitstellen hin und her gereicht werden. Die vorgesehene Regelung, die eine Einrichtung des Gesundheitsleitsystems nur auf Antrag einer Rettungsleistelle vorsieht, könnte die flächendeckende Umsetzung erheblich verzögern. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist eine stärkere Verbindlichkeit geboten, um einheitliche Standards und Patientensicherheit zu fördern. Die Ablösung der ärztlichen Verordnung nach § 302 SGB V ist nur dann sachgerecht, wenn bundesweit einheitliche Anforderungen für Systeme sowie Mindeststandards für die Anwendung dieser Systeme vorliegen. Andernfalls drohen Rechtsunsicherheiten und Abrechnungsprobleme. **Änderungsvorschlag:** Die bundesweite Vereinheitlichung der standardisierten Abfragesysteme sollte verbindlich geregelt werden, um eine einheitliche Anwendung sicherzustellen.
	§ 133b	Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung • Gremium bei GKV-Spitzenverband, paritätisches Stimmgewicht zwischen GKV-SV und Ländervertretern, nicht stimmberechtigte Vertreter von Spitzenverbänden der Leistungserbringer und Fachverbänden und Fachgesellschaften sowie BMG • Fachliche Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung; bei	**Bewertung:** Die Festlegung bundeseinheitlicher Qualitätsempfehlungen wird positiv bewertet, da sie eine einheitliche und sichere Versorgung unterstützt. Die paritätische Stimmengewichtung zwischen GKV-Spitzenverband und Ländern ist sachgerecht, da sie eine ausgewogene Entscheidungsfindung sicherstellt. Allerdings ist das vorgesehene Gremium insgesamt sehr groß ausgestaltet und die Anzahl der Teilnehmer seitens der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringe, Fachverbände und Fachgesellschaften ist nicht begrenzt. Das Gremium sollte auf eine

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Nichtzustandekommen Ersatzvornahme BMG • Empfehlungen zur Übermittlung der Daten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung, Rechtsverordnung durch BMG • Spezifikationen für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation unter Beteiligung von KBV, DKG und KIG, Rechtsverordnung durch BMG	arbeitsfähige Größe begrenzt werden. Die Einbindung von Fachverbänden und Fachgesellschaften in die Beratungen ist wichtig, könnte in der Breite jedoch auch über Stellungnahmeverfahren oder Expertenworkshops sichergestellt werden. Zu berücksichtigen ist, dass es sich um eine rechtlich nicht vorgesehene Form der Mischverwaltung handelt. Die Rahmenempfehlungen zur Nutzung der Abfragesysteme sind unzureichend. Entscheidend ist, dass auch die Anforderungen an die Systeme, insbesondere an die Feststellung der Behandlungsdringlichkeit und die Auswahl der Versorgungsebene bundeseinheitlich festgelegt werden. Ebenso kritisch ist die alleinige Kostenübernahme durch die GKV für die Finanzierung des Gremiums. **Begründung**: Die Rahmenempfehlungen sind ein zentrales Instrument zur Sicherstellung einer einheitlichen Qualität in der medizinischen Notfallrettung. Mit Blick auf die vorgesehene Ablösung der ärztlichen Verordnung gemäß § 302 SGB V durch das Abfrageergebnis der standardisierten Notrufabfrage greift der Ansatz zu kurz, wenn er sich nur auf die Nutzung und Anwendung der Systeme beschränkt. Erforderlich sind zusätzlich Mindestanforderungen an die Systeme selbst (zum Beispiel Interoperabilität, medizinische Validität, Anzahl und Definition der Dringlichkeitsstufen, Kriterien für die Ermittlung der sachgerechten Versorgungsebene), um rechtssichere Verfahren und eine einheitliche Qualität zu gewährleisten. Ohne klare Vorgaben besteht die Gefahr uneinheitlicher Standards und damit Risiken für Patientensicherheit und Haftung.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die alleinige Finanzierung des Gremiums durch die GKV führt zu einer einseitigen Belastung. Da die Länder einen unmittelbaren Nutzen aus diesen Strukturen ziehen, erscheint eine gleichmäßige Kostenverteilung sachgerecht. Die Anzahl der Vertreter der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer sollte begrenzt werden, um die Größe des Gremiums angemessen zu halten. Die Rahmenempfehlungen sollen für Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 SGB V (neu) geschlossen werden. Abweichend von den Regelungen im Gesetz sieht die Begründung zu § 133b im Satz 3 vor, dass diese auch Krankentransporte und Krankentransportflüge umfassen soll. Diese werden jedoch in § 60 SGB V (neue Fassung) geregelt und stellen keine Leistung der medizinischen Notfallrettung dar, sodass die Aussage in der Begründung zu streichen ist. **Änderungsvorschlag:** Um eine einheitliche Qualität sicherzustellen, sollte das Gesetz vorsehen, dass die Rahmenempfehlungen zusätzlich auch Mindestanforderungen an die Abfragesysteme enthalten. Die Finanzierung des Gremiums sollte gleichmäßig durch GKV-Spitzenverband und Länder erfolgen. Zudem sollte die Anzahl der Vertreter der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf insgesamt drei Vertreter begrenzt werden. Die Beteiligung der maßgeblichen Fachverbände und Fachgesellschaften sollte über ein Stellungnahmerecht erfolgen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			In der Begründung zu § 133b ist in Satz 3 „sowie den Krankentransporten und Krankentransportflügen“ zu streichen.
	§ 133c	Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende digitale Notfalldokumentation für alle Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätennachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung • Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme	**Bewertung:** Die Einführung einer verpflichtenden digitalen Notfalldokumentation und eines Versorgungskapazitätennachweises werden positiv bewertet, da sie eine medienbruchfreie Weitergabe relevanter Patientendaten ermöglicht und die sektorenübergreifende Versorgung verbessert. Die Nutzung der Telematikinfrastruktur ist sachgerecht, um einheitliche Standards sicherzustellen. Die Einbindung von Ersthelfern über digitale Systeme ist medizinisch sinnvoll, um das interventionsfreie Intervall zu verkürzen. Es ist entscheidend, dass nicht nur für die technischen Voraussetzungen eine verbindliche Frist vorgesehen ist, sondern ebenso für die Anbindung sämtlicher Leistungserbringer sowie für die digitale Anbindung von Ersthelfern. Im Referentenentwurf ist bislang lediglich eine Frist für die technischen Voraussetzungen vorgesehen. Daher muss zusätzlich eine gesetzliche Frist für die Anbindung aller Leistungserbringer festgelegt werden, um sicherzustellen, dass die digitale Notfalldokumentation und der Nachweis der Versorgungskapazitäten zeitnah und flächendeckend in der Versorgungspraxis wirksam werden. **Begründung:** Die digitale Vernetzung ist ein zentraler Baustein für eine effiziente und sichere Notfallversorgung. Die verpflichtende Nutzung bundeseinheitlicher Schnittstellen und der Telematikinfrastruktur schafft die Grundlage für eine interoperable Datenübertragung. Die Echtzeit-Erfassung von Versorgungskapazitäten ist für die Steuerung in geeignete Versorgungseinrichtungen (Krankenhäuser, INZ, Vertragsarztpraxen) unter Berücksichtigung der Auslastung der verfügbaren Strukturen (zum Beispiel Intensivbetten, OP-Kapazitäten, Großgeräte) essenziell.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 133d	Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form durch Datenstelle beim GKV-SV	**Bewertung:** Die Regelung wird aus technischer Sicht begrüßt. **Begründung:** Der GKV-Spitzenverband verfügt über die notwendigen Kompetenzen und Erfahrungen, um die Daten anzunehmen und auszuwerten sowie um die Richtlinie nach Abs. 1 Satz 3 zu erlassen. **Änderungsvorschlag:** Der Gesetzentwurf enthält einen fehlerhaften Verweis in Absatz 1 Satz 1 und 2: „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 Kalender-jahr 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.“ Richtig muss es § **133b** Abs. 6 Satz 2 heißen
	§ 133e	Verpflichtender Anschluss an TI für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung und Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten, Finanzierungsvereinbarung von GKV-SV, PKV-Verband sowie maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene	**Bewertung:** Grundsätzlich begrüßt der GKV-Spitzenverband die geplante Integration der Leistungserbringenden nach § 133 SGB V in die Telematikinfrastruktur im Sinne einer fortschreitenden Digitalisierung und Vernetzung des GDie Regelung wird aus technischer Sicht begrüßt. Der GKV-Spitzenverband verfügt über die Notwendigen Kompetenzen und Erfahrungen, um die Daten anzunehmen und auszuwerten sowie um die Richtlinie nach Abs. 1 Satz 3 zu erlassen. Der Gesetzentwurf enthält einen fehlerhaften Verweis in Absatz 1 Satz 1 und 2: „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

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			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.“ Richtig muss es § 133b Abs. 6 Satz 2 heißen. Gleichzeitig sieht der GKV-Spitzenverband angesichts der angespannten Finanzierungssituation der gesetzlichen Krankenkassen keine Spielräume die Erstattung der telematikbedingten Ausstattungs- und Betriebskosten weiterhin auf die Krankenkassen zu übertragen. **Begründung:** Unabhängig von der Frage der Zuständigkeit der Finanzierung, hält der GKV-Spitzenverband auch die vorgeschlagene Anlehnung der Finanzierung an die vertragsärztlichen TI-Pauschalen für nicht sachgerecht. Eine Übertragung von TI-Pauschalen, die in Arztpraxen zur Geltung kommen, auf ein überwiegend mobiles Szenario bei den Rettungsdiensten lehnen wir daher ab und verweisen auf die TI-Pauschalen des § 3 Abs. 10 der Festlegung des BMG zur KBV als bessere Grundlage für eine TI-Finanzierungsvereinbarung. Ebenso könnte die aktuell vorgeschlagene gesetzliche Formulierung im § 133 Abs. 3 SGB V des „ggf. erforderlichen abweichenden Erstattungsbedarf“ in Finanzierungsgesprächen als Aufschlagsgarantie auf die vertragsärztlichen TI-Pauschalen verstanden werden. Die hier als Vergleichsbasis heranzuziehenden Vertragsärzteschaft sind aus unserer Sicht nicht dienlich (Größe, Anzahl der Fahrzeuge, Beschäftigtenanzahl). Ein allgemeiner Verweis, dass die Besonderheiten zu berücksichtigen sind, ist ausreichend. **Änderungsvorschlag:** § 133e Absatz 2 bis 4 sind zu streichen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 133f	Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung • Finanzierung von Investitionen in digitale Infrastruktur von 2027 bis 2031 aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes • Abwicklung durch GKV-SV, Richtlinie im Benehmen mit den Ländern zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen • Bezeichnete Investitionen können ausschließlich über diesen Weg gefördert werden	**Bewertung:** Die Regelung schafft eine gezielte Fördermöglichkeit für die Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung und adressiert damit einen zentralen Modernisierungsbedarf im Rettungswesen. Die klare Zweckbindung der Mittel sowie der Ausschluss einer Doppelfinanzierung über Vergütungsverträge nach § 133 sind sachgerecht und systemkonform. Die Übertragung der Abwicklung der Investitionsförderung für die Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung auf den GKV-Spitzenverband wird hingegen abgelehnt. **Begründung:** Die vorgesehene Abwicklung der Fördermittel über den GKV-Spitzenverband wäre bestenfalls eine Second best-Lösung. Die Fördermittelvergabe erfolgt über die Landesbehörden, wodurch der GKV-Spitzenverband zwar die Abwicklung übernimmt, aber keinen Einfluss auf die inhaltliche Priorisierung der Projekte hat. Dies allein würde eine administrative Mitwirkung des GKV-Spitzenverbandes rechtfertigen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte die Mittelverteilung über das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) erfolgen. Aufgrund der Zuständigkeit des BAS für die Abwicklung der Förderung aus dem Transformationsfonds verfügt das Bundesamt über praktische Erfahrung und Vorlagen zur Ausgestaltung der Verwaltungs- und Prüfprozesse bis hin zum Erlass einer Richtlinie, die nähere Vorgaben und Bestimmungen zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen enthält. Ferner verfügt das BAS in seiner Funktion als Verwalter des Transformationsfonds über etablierte Prozesse zur Entgegennahme und Verwaltung der Bundesmittel, der Veröffentlichung der den einzelnen Bundesländern zur Verfügung stehenden Mitteln, deren Zahlung auf der Grundlage der übermittelten Förderanträge, die Prüfung der Einhaltung der Fördervoraussetzungen, sowie – bei nicht zweckentsprechender Mittelverwendung- der Rückforderung bereits ausgezahlter Mittel. All dies müsste mit großem Aufwand beim GKV-Spitzenverband von Grund auf neu aufgebaut werden. Die Abwicklung der Förderung durch das BAS würde außerdem die Trennung zwischen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Investitions- und Betriebskosten konsequent umsetzen und vermeiden, dass zukünftig Investitions- und Betriebskosten vermischt werden. Die Finanzierung von Infrastrukturaufgaben ist keine Aufgabe der GKV. **Änderungsvorschlag:** In Absatz 2 und 3 wird ‚der Spitzenverband Bund der Krankenkassen' durch ‚das Bundesamt für Soziale Sicherung' ersetzt.
	§ 133g	Koordinierende Leitstelle: Möglichkeit für Landesbehörden, einer einzelnen Leitstelle überregionale Aufgaben zuzuweisen	**Bewertung:** Die Möglichkeit, einer einzigen Rettungsleitstelle landesweite Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zu übertragen, wird grundsätzlich positiv bewertet. Sie erlaubt die Bündelung komplexer Aufgaben bei einem zentralen Akteur der Notfallversorgung und kann die Effizienz der Notfallversorgung insbesondere bei überregionalen Ereignissen verbessern. Die vorgesehene Regelung, wonach die Übertragung dieser Aufgaben lediglich im Benehmen mit den Krankenkassen erfolgen soll, wird jedoch als nicht ausreichend verbindlich angesehen. Darüber hinaus birgt die aktuelle Ausgestaltung Abgrenzungsschwierigkeiten gegenüber bestehenden Zuständigkeiten. Insbesondere überschneiden sich die vorgesehenen Aufgaben mit den in § 6b KHG geregelten Zuständigkeiten bestimmter Krankenhäuser sowie den Zentren-Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses. **Begründung:** Die zentrale Bündelung landesweiter Koordinierungsaufgaben bei einer Rettungsleitstelle ist sachgerecht, um Versorgungsprozesse und Kapazitäten effizient zu steuern, insbesondere bei Großschadenslagen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Gleichzeitig ist eine eindeutige Abgrenzung der Zuständigkeiten zwingend erforderlich. Die geplante Regelung enthält jedoch zusätzliche parallele Vorgaben, insbesondere zu den in § 6b KHG normierten Zuständigkeiten bestimmter Krankenhäuser sowie den Zentren-Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses. Dies birgt die Gefahr von Doppelstrukturen und Doppelfinanzierungen und steht dem Ziel einer transparenten und wirtschaftlichen Organisation der Notfallversorgung entgegen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte die Wahrnehmung dieser Aufgaben ausschließlich bei Rettungsleitstellen liegen, da diese die zentrale Steuerungsfunktion in der Notfallversorgung übernehmen und damit die Effizienz insbesondere bei überregionalen Lagen und Großschadensereignissen maßgeblich erhöhen können. Die vorgesehene Benehmensregelung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ist nicht ausreichend, da sie keine echte Mitwirkung der Krankenkassen sicherstellt und wesentliche Aspekte der gemeinsamen Verantwortung unberücksichtigt lässt. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist ein **Einvernehmen** mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erforderlich, um eine wirtschaftliche, transparente und qualitätsgerechte Organisation und Zuweisung sicherzustellen. Dadurch wird gewährleistet, dass landesweite Aufgaben unter Berücksichtigung von Finanzierungs- und Versorgungsaspekten übertragen werden und die Notfallversorgung tragfähig organisiert ist. **Änderungsvorschläge:** Es sollte gesetzlich sichergestellt werden, dass die Übertragung landesweiter Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			ausschließlich **im Einvernehmen** mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen erfolgt. § 133g Satz 1 SGB V wird daher wie folgt geändert: „Die zuständige Landesbehörde kann einem Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1 für das Notfallmanagement nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 ~~im Benehmen~~ **im Einvernehmen** mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen folgende Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben gemeinsam zuweisen:“ Zur Vermeidung von Doppelstrukturen und zur Sicherstellung einer eindeutigen Aufgabenverteilung ist zudem § 6b KHG zu streichen.
19	§ 140f	Antragsrecht Patientenvertretung	**Bewertung:** Es handelt sich um eine Ergänzung in Folge der vorgesehenen Neuregelung nach § 123c SGB V. Die Ergänzung ist sachgerecht und wird befürwortet. **Begründung:** Mit der vorgesehenen Ergänzung erhalten die in § 140f Absatz 2 Satz 1 aufgeführten Organisationen (Patientenvertretung) ein Antragsrecht zur neu vorgesehenen G-BA-Richtlinie zur Ersteinschätzung nach § 123c Absatz 2. Die Patientenvertretung ist eine wichtige Bank im Gemeinsamen Bundesausschuss, die auch an den Beratungen zu der neu vorgesehenen Ersteinschätzungs-Richtlinie des G-BA beteiligt sein und ein Antragsrecht erhalten sollte.
20	§ 291b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
21	§ 294a	Mitteilungspflicht zu vorrangigen Schadensersatzansprüchen auch für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung	**Bewertung:** Die bestehende Regelung nun auch auf die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 133 Absatz 1 SGB V zu erweitern ist folgerichtig und daher zu begrüßen. Es bedarf jedoch einer Erweiterung auch auf die Sachverhalte des § 294a Abs. 2 in Verbindung mit § 52 Abs. 2 SGB V.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Begründung: Neben den Mitteilungspflichten zu Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden nach § 294a Absatz 1 SGB V, in die die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 133 Absatz 1 SGB V (n.F.) folgerichtig einbezogen werden sollen, sieht § 294a Absatz 2 SGB V auch Mitteilungspflichten der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie der Krankenhäuser nach § 108 SGB V in Bezug auf Anhaltspunkte für ein Vorliegen der Voraussetzungen des § 52 Absatz 2 SGB V (Anhaltspunkte dafür, dass Versicherte sich eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen haben) vor. Auch insoweit ist es erforderlich, die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 133 Absatz 1 SGB V einzubeziehen, um eine datenschutzrechtlich erforderliche gesetzliche Grundlage für Mitteilungspflichten zu schaffen. **Änderungsvorschlag:** Artikel 1 Nr. 21 wird wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht): § 294a wird wie folgt geändert: **a)** in 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

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher, den Krankenkassen mitzuteilen.“ **b) in Absatz 2 wird Satz 1 durch den folgenden Satz ersetzt:** „Liegen Anhaltspunkte für ein Vorliegen der Voraussetzungen des § 52 Abs. 2 vor, sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen**,** ~~sowie~~ die Krankenhäuser nach § 108 **sowie die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 133 Absatz 1** verpflichtet, den Krankenkassen die erforderlichen Daten mitzuteilen.“
22	§ 302	Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Datenübermittlungspflicht	**Bewertung:** Die Aufnahme der Notfallrettung in die Regelungen des § 302 ist zu begrüßen. Zur Abrechnung der Fahrten nach § 60 Absatz 2 Nummer 5 SGB V (n.F.) verweisen wir auf unsere Stellungnahme zu § 60. **Begründung:** § 302 regelt die Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer und somit explizit auch die der medizinischen Notfallrettung nach § 30. Der neu eingefügte Satz 4 regelt die Abrechnung der Leistungen der notfallmedizinischen Versorgung vor Ort und des Notfalltransports. Aufgrund der Nachnutzung vorhandener Strukturen wird der Verwaltungsaufwand minimiert.
23	§ 354	Fernzugriff auf ePA durch Leitstellen	**Bewertung:** Grundsätzlich begrüßt der GKV-Spitzenverband die Etablierung von Möglichkeiten des Fernzugriffs durch Leistungserbringende nach § 352 SGB V auf die ePA, die vorgegebenen Fristen werden abgelehnt. **Begründung:** In diesem Zusammenhang weist der GKV-Spitzenverband ausdrücklich darauf hin, dass die Konzeptionen der gematik zu Zero Trust (ZETA Guard und Client) sowie zum Proof-of-Patient-Presence entsprechende Nutzungsszenarien bereits berücksichtigen. Es ist daher

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			nicht nachvollziehbar, weshalb hier jetzt ein eigener gesetzlicher Auftrag an die gematik erteilt wird. Dementsprechend hält der GKV-Spitzenverband eine Fristsetzung durch den Gesetzgeber für verzichtbar. Der GKV-Spitzenverband schlägt daher vor, den Zeitpunkt der Etablierung eines solchen Fernzugriffs im Rahmen der Produktplanung durch die Gesellschafter der gematik zu steuern. Dadurch ist sichergestellt, dass einerseits die fachlichen Bedarfe und andererseits die jeweiligen wirtschaftlichen und kapazitiven Rahmenbedingungen der gematik berücksichtigt sind. Problematisch ist, dass die Neuregelung den Begriff „Fernzugriff“ nicht definiert. Aus der Begründung geht hervor, dass mit Fernzugriff der Zugriff von Leistungserbringenden außerhalb einer Leistungserbringerinstitution oder unter der Überbrückung räumlicher Distanzen gemeint ist. Dies sollte in der gesetzlichen Regelung ergänzt werden. Die Forderung eines barrierefreien Zugriffs und einer barrierefreien Verarbeitung durch die Leistungserbringenden im Zusammenhang mit der TI ist ein Novum. Bislang betrafen Forderungen bzgl. Barrierefreiheit die Interaktionsmöglichkeiten und Schnittstellen der Versicherten. Im Rahmen der Nutzung der TI verzichtete das SGB V bislang auf entsprechende Anforderungen. Um die bisherige Praxis der Gestaltung der leistungserbringerorientierten Schnittstelle nicht zu gefährden, sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbands an der Schnittstelle zu den Leistungserbringenden auf Forderungen nach Barrierefreiheit verzichtet werden.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Änderungsvorschlag: Die Neuregelung wird wie folgt gefasst: „(4) Über die Festlegungen und Voraussetzungen nach Absatz 1 hinaus hat die Gesellschaft für Telematik bis **zu dem von den Gesellschaftern im Rahmen der Produktplanung festgelegten Zeitpunkt** 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 Zugriffs von Leistungserbringenden außerhalb einer Leistungserbringerinstitution oder unter der Überbrückung räumlicher Distanzen (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	§ 370a	Redaktionelle Folgeänderung	Die redaktionelle Folgeänderung ist sachgerecht.
25	§ 377	Redaktionelle Folgeänderung	Die redaktionelle Folgeänderung ist sachgerecht.
26	§ 394	Errichtung eines bundesweiten, öffentlich zugänglichen Katasters automatisierter externer Defibrillatoren (AED), die für die Benutzung durch Laien vorgesehen sind	**Bewertung:** Die Einführung eines bundesweiten AED-Katasters wird zur Kenntnis genommen, da sie die Auffindbarkeit von Defibrillatoren verbessert und damit die Versorgung im Notfall unterstützt. Die gesetzliche Verankerung der Errichtung und des Betriebs durch das Bundesministerium für Gesundheit ist sachgerecht, weil es sich um eine Maßnahme des Allgemeinwohls handelt und die Finanzierungspflicht eindeutig dem Bund zugewiesen wird. Dabei ist jedoch klarzustellen, dass die Finanzierung aus Bundesmitteln zu erfolgen hat. Aus technischer Sicht ist die Nutzung interoperabler und dokumentierter Schnittstellen für maschinelle Datenabfragen sinnvoll**.** **Begründung:** Die Errichtung des AED-Katasters erfüllt eine öffentliche Aufgabe und dient der staatlichen Schutzpflicht für Leben und Gesundheit.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die Finanzierung des AED-Katasters sollte daher richtigerweise durch den Bund sichergestellt werden.
			Art. 2: Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
	§ 75	Modifizierte Berichtspflichten der KBV aufgrund der Einführung der Akutleitstellen	**Bewertung:** Die Regelung ist sachgerecht. **Begründung:** Aufgrund des weiteren Ausbaus digitaler Angebote der Terminservicestellen sollte die Evaluation gleichfalls die Entwicklungen im Rahmen der Online-Buchungen beinhalten. Der jährliche Bericht der KBV ist darüber hinaus von öffentlichem Interesse und sollte daher (analog zur vorgesehenen Regelung in § 105 Abs. 1b in diesem Gesetz) veröffentlicht werden. **Änderungsvorschlag:** In § 75 Absatz 1e wird folgender Satz 4 ergänzt: „Die Evaluationsergebnisse werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf ihrer Internetseite jährlich veröffentlicht.“
			Art. 3: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
	§ 12b	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	
			Art. 4: Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
	§ 3	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	
			Art. 5: Änderung des Apothekengesetzes
1	§ 12b	Versorgungsvertrag zur Versorgung von Notdienstpraxen in INZ mit Arzneimitteln zwischen Apothekeninhaber, KV und beteiligtem Krankenhaus	**Bewertung:** Ziel dieser Regelung, die eine inhaltliche Ergänzung zur Neuregelung in § 123 Absatz 3 SGB V ist, soll sein, die Versorgung mit Arzneimitteln und arzneimittelähnlichen Medizinprodukten sowie Verbandmitteln für Patientinnen und Patienten, die eine Notfall-Behandlung in Anspruch nehmen mussten, zu vereinfachen. Das Ziel, die Arzneimittelversorgung akut erkrankter Patientinnen und Patienten in

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			unmittelbarer Nähe zur behandelnden Notdienstpraxis sicherzustellen, ist nachvollziehbar und wird vom GKV-Spitzenverband unterstützt. **Begründung:** Die strukturelle Flexibilisierung von räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Notfallversorgung mit einer Verbesserung der Arzneimittelversorgung am INZ ist ein positiver Schritt hin zu einer sicheren und hochwertigen, aber auch patientenorientierten Versorgung. Gleichwohl sollte zur Erreichung des Ziels statt Einführung neuer Strukturen der reguläre Apotheken-Notdienst genutzt werden. Zudem wäre zu prüfen, inwieweit die Versorgung des INZ auch durch die jeweilige krankenhausversorgende Apotheke oder Krankenhausapotheke übernommen werden kann. Öffentliche Apotheken stellen die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln sicher. Die Einteilung der Notdienste obliegt der jeweiligen Apothekerkammer des Bundeslandes. Künftig sollte bei der Notdiensteinteilung auch die Erreichbarkeit der Apotheke vom INZ aus mitgedacht werden. Dies stärkt die bestehenden Strukturen der Apotheken und erfordert einen geringeren Personal- und Ressourceneinsatz. Die Möglichkeiten zur digitalen Übermittlung des E-Rezeptes in Kombination mit der Möglichkeit, telepharmazeutische Konsultationen zwischen Apotheken und verordnenden Ärztinnen und Ärzten bzw. telepharmazeutische Beratungen der Patientinnen und Patienten durchzuführen, beschränkt die physische Abgabe der Packung auf einen rein logistischen Akt. Sofern die nächstgelegene diensthabende Apotheke nicht fußläufig erreichbar ist, könnte dies an Stelle der Einrichtung von Räumlichkeiten auch durch einen Arzneimittel-Botendienst zwischen Zentrum und der nächsten diensthabenden Apotheke gelöst werden. Dieser wäre durch das Notfallzentrum zu betreiben. Denkbar wäre auch die Nutzung eines automatisierten Abgabeautomaten im Notfallzentrum, der jeweils auch unter der Zuhilfenahme von Telepharmazie von der diensthabenden Apotheke betrieben werden kann. Zudem könnte

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			der mit zusätzlichen Kosten verbundene Aufbau der Zweitapotheken mit Offizin und Lagerräumen auf dem Gelände des Notfallzentrums sowie die zusätzliche Anbindung an die Telematikinfrastruktur entfallen. **Änderungsvorschlag:** Anstelle der Schaffung einer neuen Apothekenform werden in § 12b die gesetzlichen Grundlagen gelegt, dass Integrierte Notfallzentren mit der jeweils naheliegendsten dienstbereiten Apotheke kooperieren. Grundlage hierfür ist die Einrichtung der technischen Möglichkeit einer telepharmazeutischen Beratung sowie die Einrichtung eines Botendienstes durch das Integrierte Notfallzentrum sowie die Möglichkeit der Einrichtung eines Abgabeautomaten, der von der jeweils diensthabenden Notdienstapotheke bestückt und betrieben werden kann. Der Vertrag wird mit der maßgeblichen Organisation zur Vertretung der wirtschaftlichen Interessen der Apotheken auf Landesebene geschlossen. Zur Koordinierung mit Erfordernissen der Organisation der Dienstbereitschaft ist das Benehmen mit der hierfür zuständigen Behörde auf Landesebene herzustellen. Eine konkrete Formulierung muss im Zusammenhang mit dem derzeit in Vorbereitung befindlichen Apothekenversorgungsweiterentwicklungsgesetz ggf. noch einmal überdacht werden. Der GKV-Spitzenverband schlägt folgende Formulierung des § 12b vor: „(1) Die Versorgung von Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und arzneimittelähnlichen Medizinprodukten sowie Verbandmitteln erfolgt durch die nach § 23 der Apothekenbetriebsordnung dienstbereite öffentliche Apotheke, die dem Integrierten Notfallzentrum am nächsten liegt und fußläufig erreichbar sein soll. Liegt die dienstbereite öffentliche Apotheke nicht in unmittelbarer und fußläufiger Nähe zur Notdienstpraxis, kann die Versorgung auch durch den Einsatz von Telepharmazie, einen Botendienst, der durch das Integrierte Notfallzentrum zu betreiben und zu finanzieren ist,

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			oder einen telepharmazeutisch unterstützten Abgabeautomaten, der sich in den Räumen des Integrierten Notfallzentrums befindet, erfolgen. (2) Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgebliche Organisation der Apotheker auf Landesebene schließt im Benehmen mit der zuständigen Behörde nach § 23 der Apothekenbetriebsordnung zur Versorgung nach Absatz 1 einen Vertrag mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und dem Träger des Krankenhauses, mit dessen Notaufnahme die Notdienstpraxis ein Integriertes Notfallzentrum bildet. In diesem Vertrag ist insbesondere zu vereinbaren, 1. dass eine Erreichbarkeit zwischen versorgender Apotheke nach Absatz 1 und dem Integrierten Notfallzentraum sichergestellt wird, 2. dass die Patienten und die Angestellten der Notdienstpraxis zu Arzneimitteln und arzneimittelähnlichen Medizinprodukten sowie Verbandmitteln informiert und (telepharmazeutisch) beraten werden, 3. dass die freie Apothekenwahl der Patienten nicht eingeschränkt wird, 4. unter welchen Voraussetzungen und in welcher Weise telepharmazeutische Beratung, Botendienste und Abgabeautomaten für die Versorgung nach Absatz 1 genutzt werden, 5. dass das Integrierte Notallzentraum zum Zweck der Versorgung nach Absatz 1 die technischen und räumlichen Voraussetzungen für eine telepharmazeutische Beratung und für Abgabeautomaten bereitstellt und den Botendienst betreibt und finanziert. (3) Ein in Absatz 2 genannter Vertrag ist der zuständigen Behörde mindestens drei Wochen vor Aufnahme der Versorgung vorzulegen.“
2	§ 20	Pauschaler Zuschuss für Apotheken mit Versorgungsvertrag	**Bewertung:** Bei Umsetzung der Änderungsvorschläge des GKV-Spitzenverbandes zu § 12b besteht keine Notwendigkeit für eine Änderung in § 20. **Begründung:** Die gesetzliche Neuregelung enthält keine konkreten Informationen, woher die finanziellen Mittel kommen, aus denen die

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Vergütung geleistet werden soll, und wie genau sich die Höhe der Vergütung ergibt. Es ist zu vermuten, dass die finanziellen Mittel aus dem Nacht- und Notdienstfonds bereitgestellt werden sollen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte zur Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Notfallzentren der reguläre Apothekennotdienst genutzt werden. Dies ermöglicht es, notdienstpraxisversorgende Apotheken ausschließlich über die reguläre Nacht- und Notdienst-Vergütung zu finanzieren. Es wäre zudem nicht nachvollziehbar, warum notdienstpraxisversorgende Apotheken eine Vergütung aus dem Nacht- und Notdienstfonds erhalten sollten. Prinzipiell verdienen diese Apotheken durch die Abgabe der im Rahmen der Notdienstversorgung verordneten Arzneimittel. Durch die räumliche Anbindung an das Zentrum dürften dies deutliche mehr Verordnungen als im „regulären Notdienst“ sein. Eine Grundfinanzierung der Strukturen ist damit – im Gegensatz zu weniger frequentierten notdiensthabenden Apotheken in schwach besiedelten Räumen – nicht angezeigt.
3	§ 25	Ordnungswidrigkeit	**Bewertung:** Die Regelung wird begrüßt. **Begründung:** Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es nachvollziehbar, Verstöße gegen § 12b Absatz 3 als Ordnungswidrigkeit zu bewerten. Dies gilt auch für den Fall, dass die für § 12b vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagenen Änderungen umgesetzt werden.
			Art. 6 Änderung der Apothekenbetriebsordnung
1	§ 1a	Notdienstpraxenversorgende Apotheken	**Bewertung:** Die Neuregelung wird abgelehnt.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Begründung: Es handelt sich um eine rechtstechnische Ergänzung. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte zur Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Notfallzentren der reguläre Apothekennotdienst genutzt werden. **Änderungsvorschlag:** Absatz 19 wird wie folgt formuliert: „(19) Notdienstpraxisversorgende Apotheken sind die Apotheken, die gemäß § 12b Apothekengesetz während der Betriebszeit eines Integrierten Notfallzentrums die Versorgung der Patienten übernehmen.“
2	§ 3	Vorgaben zum Personal auch für notdienstpraxenversorgende Apotheken	**Bewertung:** Die Neuregelung wird abgelehnt. **Begründung:** Es handelt sich um eine rechtstechnische Regelung, die sich aus der Einführung eines neuen § 12b Apothekengesetz ergibt. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte zur Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Notfallzentren der reguläre Apothekennotdienst genutzt werden. Eine Umsetzung dieses Vorschlags würde zu Änderungen in § 12b Apothekengesetz führen, hätte allerdings keine Auswirkungen auf die Änderung in § 3 Apothekenbetriebsordnung.
3	§ 4	Erlaubnis zweiter Offizin mit Lagerräumen am INZ-Standort	**Bewertung:** Die Neuregelung wird abgelehnt. **Begründung:** Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte zur Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Notfallzentren der reguläre Apothekennotdienst genutzt werden (vgl. Stellungnahmen zu Artikel 1 Nr. 11 und Artikel 5 Nr. 1). Eine Umsetzung dieses Vorschlags macht Sonderregelungen in Bezug auf die Räumlichkeiten einer notdienstpraxisversorgenden Apotheke entbehrlich.
4	§ 23	Dienstbereitschaft notdienstpraxenversorgender Apotheken	**Bewertung:** Die Neuregelung wird abgelehnt.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Begründung: Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte zur Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Notfallzentren der reguläre Apothekennotdienst genutzt werden. Dies macht dann Sonderregelungen in Bezug auf die Öffnungszeiten einer notdienstpraxisversorgenden Apotheke entbehrlich. Es besteht keine Notwendigkeit für die vorgesehene Regelung.
			Art. 7: Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung
1	§ 12	Folgeänderung zu § 394 SGB V und § 17a Medizinprodukte-Betreiberverordnung	-
2	§ 17a	Meldeverpflichtung für Bertreiber von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) an das AED-Kataster	-
			Art. 8: Änderung des Betäubungsmittelgesetzes
1	§ 4	Ausnahme von der Erlaubnispflicht für die Ausfuhr und Einfuhr von Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf in angemessenen Mengen	-
2	§ 11	Erweiterung der Verordnungsermächtigung auf Regelungen über das Mitführen von Betäubungsmitteln auf Fahrzeugen des Rettungsdienstes im grenzüberschreitenden Verkehr	-
			Art. 9: Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung
1	§ 13	Ausnahme für Durchfuhr einer angemessenen Menge an Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf auf dem Fahrzeug eines ausländischen Rettungsdienstes	**-**
2	§ 15	Ausnahme von Ein- und Ausfuhrgenehmigung für Zubereitungen der in den Anlagen II und III	**-**

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		des BtMG aufgeführten Stoffe auf einem Fahrzeug des Rettungsdienstes in angemessener Menge als Rettungsdienstbedarf	
			Art. 10: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
	§ 19a	Gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe	**Bewertung**: Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt. **Begründung:** Die gesetzliche Vorgabe einer gleichmäßigen Verteilung offener Sprechstunden gewährleistet eine regionale und kontinuierliche Erreichbarkeit ambulanten Versorgungsstrukturen durch Patienten. Gleichzeitig erhalten Terminservicestellen bzw. Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen Transparenz über das regionale Versorgungsangebot sowie zusätzliche Vermittlungsoptionen. Zur weiteren Klarstellung sollte die in der Begründung aufgeführte Zielstellung des Angebots an offenen Sprechstunden möglichst an allen Wochentagen explizit gesetzlich vorgegeben werden. Zur Konkretisierung der Verbindlichkeit des Sicherstellungsauftrags wird zudem ergänzend eine Regelung in §75 Abs. 1a SGB V vorgeschlagen**.** **Änderungsvorschlag:** Zu Nr. 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 **möglichst an jedem Wochentag** zu berücksichtigen.“ Zu Nr. 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

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			innerhalb der verpflichteten Arztgruppen im jeweiligen Planungsbereich getroffen, durch die eine möglichst gleichmäßige zeitliche Verteilung dieser Sprechstunden **möglichst an jedem Wochentag** gewährleistet wird.“ § 75 Abs. 1a Satz 1 SGB V wird wie folgt ergänzt: „**Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der vertragsärztlichen Versorgung, einschließlich des Angebots von bedarfsgerechten offenen Sprechstunden nach Maßgabe des § 19a Abs. 1 Sätze 3 und 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte.“**
			Art. 11: Inkrafttreten
		Weitere Anmerkungen	
	§ 290	Ergänzender Änderungsbedarf: Krankenversichertennummer	**Erläuterung:** Im Zusammenhang mit der Einführung der widerspruchsbasierten ePA hat sich gezeigt, dass zusätzlich zu den auf der gesetzlichen Grundlage etablierten Prozessen weitere Maßnahmen zur Sicherung der Konsistenz der Bestände zwischen dem Verzeichnis der Krankenversichertennummer und den Beständen der Kostenträger sachdienlich sind. Darüber hinaus wird deutlich, dass im Zusammenhang mit der Einführung von Diensten der TI, die Datenbestände mit der KVNR verknüpfen, das Verzeichnis der Krankenversichertennummern die entscheidende Rolle zur Sicherstellung der Eineindeutigkeit der KVNR in der TI spielt. **Änderungsvorschlag:** In Satz 4 wird das Wort „ausschließlich“ durch das Wort „nur“ ersetzt und nach den Wörtern „Ausschluss und Korrektur von Mehrfachvergaben derselben Krankenversichertennummer“ die Wörter „sowie zur Sicherstellung der Eindeutigkeit in der Telematikinfrastruktur“ hinzugefügt.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Nach Satz 5 wird folgender Satz hinzugefügt: „Darüber hinaus darf das Verzeichnis zur Konsolidierung mit den Beständen der Krankenkassen und der weiteren Kostenträgern nach § 362 Absatz 1 genutzt werden.“
	§ 291a	Ergänzender Änderungsbedarf: Regelung zum Wegfall des WOP-Kennzeichens auf der elektronischen Gesundheitskarte	**Erläuterung:** In § 291a Absatz 2 Nummer 1 ist die Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat, geregelt. Durch den direkten Online-Abruf der Versichertenstammdaten entfällt die Online-Aktualisierung der elektronischen Gesundheitskarte. Daher hatte der Gesetzgeber im Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPflEG) vorgesehen, dass die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte auf die Daten reduziert werden, die auch auf der elektronischen Gesundheitskarte aufgedruckt sind, um den Austausch der elektronischen Gesundheitskarte weitestgehend zu minimieren. Der § 291a Absatz 2 Nummer 1 regelt jedoch neben der Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse auch das Kennzeichen für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat. Dieses Kennzeichen („WOP“) unterliegt häufigen Änderungen, so dass die elektronische Gesundheitskarte immer dann ausgetauscht werden muss, wenn der Versicherte in einen anderen WOP-Bezirk umzieht. Da die Leistungserbringer die Versichertenstammdaten zukünftig online abrufen, ist es insbesondere aus wirtschaftlichen Gründen sinnvoll, dass das WOP-Kennzeichen ebenfalls ausschließlich online abgerufen wird und damit ein Tausch der elektronischen Gesundheitskarte vermieden wird. Dieser Neuregelungsbedarf war bereits im Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesundheits-Digitalagentur-Gesetzes (GDAG) zur Umsetzung enthalten. **Änderungsvorschlag:** § 291a Absatz 2 Nummer 1 wird wie folgt gefasst: “1. Die Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse,”

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			In § 291a Absatz 2 wird folgende neue Nummer 12 aufgenommen: „12. das Kennzeichen für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat.“
	§ 291b	Ergänzender Änderungsbedarf: Regelung der Prüfungsverpflichtung der Vertragsärzte auf die Leistungsverpflichtung der Krankenkasse	**Erläuterung:** Vertragsärzte haben aktuell nur bei der erstmaligen Inanspruchnahme ihrer Leistungen durch einen Versicherten im Quartal die Leistungspflicht der Krankenkasse durch die Nutzung der Dienste der Telematikinfrastruktur zu prüfen. Bei jeder weiteren Inanspruchnahme haben die Partner des Bundesmantelvertrages geregelt, dass der Versicherte verpflichtet ist, seine elektronische Gesundheitskarte dem Vertragsarzt vorzulegen, damit die Identität des Versicherten anhand des Lichtbildes überprüft werden kann. Der Vertragsarzt ist jedoch nicht verpflichtet, bei einem weiteren Besuch im selben Quartal eine erneute Prüfung der Leistungspflicht durch die Dienste der Telematikinfrastruktur vorzunehmen. Mit einer einmaligen Überprüfung der Leistungspflicht im Abrechnungsquartal ist die jeweilige Krankenkasse auch dann leistungspflichtig, wenn ihre Leistungspflicht innerhalb des jeweiligen Abrechnungsquartals beendet wird oder ruht. Diese Regelung ist vor dem Hintergrund der gemäß § 291b Absatz 2 Satz 3 SGB V ab dem 1. Januar 2026 zu erfolgenden Prüfung der Leistungspflicht durch einen elektronischen Abruf der bei der Krankenkasse vorliegenden Daten nach § 291a Absatz 2 und 3 SGB V (Versichertenstammdatenmanagement 2.0) nicht mehr sachgerecht. Die Krankenkassen müssen nunmehr neben den Daten nach § 291a Absatz 2 SGB V auch die Daten nach § 291a Absatz 3 SGB V (bspw. Informationen zum Ruhen des Leistungsanspruchs, zum eingeschränkten Leistungsanspruch nach § 16 Absatz 3a SGB V) verpflichtend für den elektronischen Abruf zur Prüfung der Leistungspflicht bereitstellen. Diese Informationen müssen aus Sicht der Krankenkassen dem Arzt bei jeder Inanspruchnahme seiner Leistungen in aktueller Form vorliegen, da sie abrechnungsrelevant sind.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Mit der jeweils aktuellen elektronischen Verfügbarkeit der Informationen bspw. zum eingeschränkten Leistungsanspruch nach § 16 Absatz 3a SGB V könnten die Krankenkassen auf eine Einziehung oder Sperrung der eGK bzw. der digitalen Identität verzichten. Bei den Krankenkassen als auch den Arztpraxen kann auf diese Weise der bürokratische Aufwand reduziert werden, da zum einen die Krankenkasse bspw. keine neue eGK oder keinen papiergebundenen Nachweis zur Befreiung von Zuzahlungen nach § 62 SGB V ausstellen müssten und zum anderen der behandelnde Arzt seiner Verpflichtung nach § 347 Absatz 1 SGBV nachkommen könnte und keine Versichertendaten händisch erheben müsste. **Änderungsvorschlag:** § 291b Abs. 2 Satz 1 SGB V wird wie folgt geändert: Die Wörter „der erstmaligen“ werden durch das Wort „jeder“ ersetzt.
	§ 291 in Verb. mit § 358	Ergänzender Änderungsbedarf: Wegfall der Notfalldaten auf der eGK	**Erläuterung:** Gemäß § 291 Absatz 2 Nummer 3 sollen weiterhin Notfalldaten (NFD) auf der eGK gespeichert werden können. Durch die Etablierung der GesundheitsID als Alternative zur eGK zur Authentifizierung des Versicherten und durch die Modernisierung der TI zur TI 2.0 wird ein stringenter Weg der Digitalisierung beschritten. Die Beibehaltung der Offline-Speicherung der NFD auf der eGK verhält sich hierzu jedoch anachronistisch. Hierdurch ergeben sich Fragen zur Synchronisierung der medizinischen Daten zwischen einem Online- und einem Offline-Medium – also zwischen der ePA und der eGK -, die in erheblichem Maße die Patientensicherheit betreffen. Die reine Online-Speicherung der NFD (dann in Form der elektronischen Patientenkurzakte (ePKA)) in der ePA ist ein effektiver Weg, Notfalldaten aktuell zu halten und dies losgelöst vom eingesetzten Authentifizierungsmedium (eGK oder GesundheitsID). Daher ist nach Auffassung der GKV die eGK zwingend auch von den NFD zu entlasten.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Änderungsvorschlag: In § 291 Absatz 2 Nr. 3 ist der letzte Teilsatz zu streichen: „und nach dem 1. Januar 2025 ausgegebene elektronische Gesundheitskarten die Speicherung von Daten nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 in Verbindung mit § 358 Absatz 4“. § 358 Absatz 4 ist ersatzlos zu streichen.
	§ 350	Ergänzender Änderungsbedarf: Übertragung von bei der Krankenkasse gespeicherten Daten in die elektronische Patientenakte	**Erläuterung:** Durch die im Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) geplanten Änderungen am § 352 SGB V haben Leistungserbringer keinen Zugriff mehr auf die von den Krankenkasse nach § 350 SGB V bereitgestellten Daten zu in Anspruch genommen Leistungen. Aus diesem Grund kann die noch bestehende Vereinbarungserfordernis des GKV-Spitzenverbands mit der KBV sowie die Herstellung des Benehmens mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer, der Bundeszahnärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft entfallen **Änderungsvorschlag:** § 350 wird wie folgt gefasst: „Das Nähere zu Inhalt und Struktur der relevanten Datensätze hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. Dezember 2020 festzulegen. Dabei ist sicherzustellen, dass in der elektronischen Patientenakte erkennbar ist, dass es sich um Daten der Krankenkassen handelt.“
	§ 352	Ergänzender Änderungsbedarf: Verarbeitung von Daten in der elektronischen Patientenakte durch Leistungserbringer und andere zugriffsberechtigte Personen	**Erläuterung:** Die Krankenkassen können gemäß § 25b SGB V die datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken durchführen. Gemäß § 352 Absatz 4 Satz 5 h SGB V haben die Krankenkassen Hinweise über etwaige Gesundheitsrisiken in die ePA einzustellen. Bislang können Leistungserbringer aufgrund fehlender gesetzlicher Regelungen in § 352 SGB V nicht auf diese Daten zugreifen. Der GKV-Spitzenverband schlägt daher vor, dass die Zugriffsberechtigungen in § 352 SGB V erweitert werden, um den in § 25b Absatz 4 Satz 2 genannten Leistungserbringern den Zugriff auf in die ePA eingestellte Hinweise der Krankenkassen zu ermöglichen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Änderungsvorschlag: In Nummer 1 wird nach der Angabe „Daten nach § 341 Absatz 2“ der folgende Teil ergänzt: „und Hinweisen nach § 25b Absatz 4 Satz 5“. In Nummer 2 wird nach der Angabe „Daten nach § 341 Absatz 2“ der folgende Teil ergänzt: „und Hinweisen nach § 25b Absatz 4 Satz 5“. In Nummer 7 wird nach der Angabe „Daten nach § 341 Absatz 2“ der folgende Teil ergänzt: „und Hinweisen nach § 25b Absatz 4 Satz 5“. In Nummer 9 wird nach der Angabe „Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 1 bis 11 “ der folgende Teil ergänzt: „und Hinweisen nach § 25b Absatz 4 Satz 5“. In Nummer 10 wird nach der Angabe „Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 1 bis 11 “ der folgende Teil ergänzt: „und Hinweisen nach § 25b Absatz 4 Satz 5“. In Nummer 11 wird nach der Angabe „Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 1 bis 11 “ der folgende Teil ergänzt: „und Hinweisen nach § 25b Absatz 4 Satz 5“.
	§ 360 Abs. 7	Ergänzender Änderungsbedarf: Elektronische Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Verordnungen	**Erläuterung:** Gemäß § 360 Absatz 7 Satz 5 SGB V sind Hilfsmittelerbringer sowie weitere Leistungserbringer nach Satz 2 dazu verpflichtet, ab dem 1. Juli 2027 die elektronische Verordnung zu nutzen. Die Frist zur verpflichtenden Anbindung an die Telematikinfrastruktur wird für Heil- und Hilfsmittelerbringer in § 360 Absatz 8 SGB V im Zuge des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) vom 1. Januar 2026 auf den 1. Oktober 2027 verschoben. Damit liegt die Frist zur verpflichtenden Anbindung nunmehr zeitlich nach der Frist zur verpflichtenden Nutzung der eVerordnung. Da diese Anwendung für Hilfsmittelerbringer ohnehin noch nicht in der aktuellen Roadmap der gematik zeitlich eingeplant ist, ist nicht davon auszugehen, dass die

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Anwendung Mitte 2027 zur Verfügung steht. Da erfahrungsgemäß mit gesetzlicher Anbindungsfrist erst die Anbindung der Leistungserbringer erfolgt, sollte die Frist für die verpflichtende Nutzung auf einen späteren Zeitpunkt, beispielsweise auf den 1. April 2028 gelegt werden. Ebenfalls anzupassen ist dann die Frist für die Ausstellung der eVerordnung, welche in Absatz 7 Satz 2 ebenfalls der 1. Juli 2027 war und folgerichtig dann auch auf den 1. April 2028 geschoben werden sollte. **Änderungsvorschlag:** In § 360 Absatz 7 Satz 2 SGB V wird die Frist wie folgt geändert: „Ab dem 1. April 2028“ § 360 Absatz 7 Satz 5 SGV V wird die Frist nach der Angabe „Hilfsmittelerbringer sowie Erbringer der weiteren in Satz 2 genannten Leistungen sind“ geändert in: „ab dem 1. April 2028“
	§ 360 Abs. 17	Ergänzender Änderungsbedarf: Elektronische Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Verordnungen	**Erläuterung:** Der Nachweis Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln gemäß Absatz 2 Satz 1 und 2 elektronisch auszustellen und zu übermitteln, erfolgt bei ermächtigten Einrichtungen und Krankenhäusern nicht über die Kassen(-zahn)ärztlichen Vereinigungen, sondern muss über die jeweiligen Kassen erfolgen. Die aktuelle Regelung in Satz 1 mit den KVen läuft in dieser Formulierung im stationären Sektor ins Leere. **Änderungsvorschlag**: Hinter Satz 4 muss ein neuer Satz ergänzt werden. „Abweichend von Satz 1 erfolgt der Nachweis der ermächtigten Einrichtungen und Krankenhäuser gegenüber den zuständigen Vertragsparteien auf Landesebene.“
	§ 362 c	Ergänzender Änderungsbedarf: Zugriff auf ärztliche Verordnungen in der Telematikinfrastruktur	**Erläuterung:** Bei vielen Verordnungen ist eine Einbindung der Krankenkasse im Abgabeprozess der Leistung vorgesehen. So bedürfen bspw. Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der außerklinischen Intensivpflege und der Soziotherapie einer Genehmigung durch die Krankenkasse. Daneben existieren für diese und auch für andere Verordnungen gesetzliche Beratungsverpflichtungen der Krankenkassen zu

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			den Leistungen und der Leistungsinanspruchnahme. Für die Durchführung dieser Aufgaben ist eine Kenntnis der Verordnungen und deren Inhalts für die Krankenkassen erforderlich. Um die dafür notwendigen Zugriffe auf elektronische Verordnungen zu ermöglichen, ist die unten aufgeführte neue gesetzliche Regelung zu schaffen. **Änderungsvorschlag:** Im SGB V wird ein neuer § 362c aufgenommen. § 362c SGB V: Zugriff auf ärztliche Verordnungen in der Telematikinfrastruktur (1) Krankenkassen, gesetzliche Unfallversicherung, Beihilfe sowie Kostenträger der Versicherten gemäß § 362 Abs. 1 SGB V dürfen zum Zwecke der Beratung, Leistungsentscheidung sowie Kostenerstattung elektronischer Verordnungen nach § 360 auf elektronische Verordnungen der Versicherten zugreifen. (2) Im Rahmen des Zugriffs nach Absatz 1 darf nicht in die ärztliche Therapiefreiheit eingegriffen oder die Wahlfreiheit der Versicherten beschränkt werden.
	§ 383	Ergänzender Änderungsbedarf: Erstattung der Kosten für die Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung	**Erläuterung:** Die Regelung sieht vor, die Absätze 1 und 5 zu streichen. Damit entfallen die zusätzliche Pauschale pro Übermittlung eines elektronischen Arztbriefes (Absatz 1) sowie die durch den Bewertungsausschuss festgelegte Kostenpauschale für die Versendung eines Telefaxes (Absatz 5). Die Kosten sind nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes mit den in der Festlegung des BMG geregelten TI-Pauschalen abgegolten. Es bedarf keiner zusätzlichen Anschubfinanzierung zur Förderung des elektronischen Austausches. **Änderungsvorschlag:** Die Streichung von Absatz 1 und 5 des § 383 SGB V.
	§ 5 Abs. 2 KHEntg G und §	Ergänzender Änderungsbedarf: Streichung der Ausnahmeregelung zu den Notfallstufen für Sicherstellungshäuser	**Neuregelungsbedarf:** Die derzeitige Aussetzung der Mindestanforderung „Teilnahme an der Basisnotfallversorgung“ für die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags nach § 5 Absatz 2 KHEntgG sowie für Krankenhäuser in ländlichen Regionen nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG muss aufgehoben

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntg G		werden. Der Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung (§§ 123 ff. SGB V) sieht die flächendeckende Einrichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ) vor, die aus der Notaufnahme eines zugelassenen Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle bestehen. Voraussetzung für die Standortfestlegung eines INZ ist, dass das Krankenhaus mindestens die Anforderungen der Basisnotfallversorgung nach den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136c Absatz 4 SGB V erfüllt (§ 123a Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 SGB V). Eine Fortführung der Aussetzung der Mindestanforderung „Teilnahme an der Basisnotfallversorgung“ für Sicherstellungshäuser stünde im Widerspruch zum Ziel des Gesetzes, eine flächendeckende, qualitativ hochwertige und patientensichere Notfallversorgung sicherzustellen. Zudem ist der ursprüngliche Anlass für die Aussetzung dieser Mindestanforderung entfallen, da die Einführung der Leistungsgruppen abgeschlossen ist. Die Rücknahme der Streichung ist erforderlich, um die gesetzlich vorgesehene Verknüpfung von Basisnotfallversorgung und INZ-Standorten umzusetzen und im Sinne der Patientensicherheit eine wohnortnahe Notfallversorgung auch im ländlichen Raum langfristig sicherzustellen. Die Basisnotfallversorgung als Fördervoraussetzung für die Zuschläge nach § 5 Absatz 2 KHEntgG und § 9 Absatz 1a Nr. 6 KHEntgG schafft klare Anreize für Krankenhäuser, die notwendigen Strukturen vorzuhalten. **Änderungsvorschlag:** **Nummer 6 wird wie folgt gefasst:** „6. jährlich zum 30. Juni, eine Liste der Krankenhausstandorte, der Kinderkrankenhausstandorte und der Krankenhausstandorte mit

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin, welche die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen; **~~eine Aufnahme in die Liste ist abweichend von den~~** ,und die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch **~~vorzusehen, auch wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Standort nicht die Anforderungen an die Notfallversorgung nach dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschlossenen gestuften System der Notfallstrukturen in Krankenhäusern erfüllt, wobei die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 9. Januar 2025 eine Erweiterung der für das Kalenderjahr 2025 bereits vereinbarten Liste mit Krankenhausstandorten zu prüfen und bei Bedarf vorzunehmen haben;~~** erfüllen.“ **Absatz 2 wird wie folgt gefasst:** „(2) [1]Zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten nicht kostendeckend finanzierbar ist, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 bei Erfüllung der Vorgaben nach den Sätzen 2, 4 und 5 sowie der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Sicherstellungszuschläge nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. [2]Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung ergänzende oder abweichende Vorgaben zu erlassen, insbesondere um regionalen Besonderheiten bei der Vorhaltung der für die Versorgung notwendigen Leistungseinheiten Rechnung zu tragen; dabei sind die Interessen anderer Krankenhäuser zu berücksichtigen. [3]Die Landesregierungen können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen. [4]Voraussetzung für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags ist zudem, dass das Krankenhaus für das

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Kalenderjahr vor der Vereinbarung ein Defizit in der Bilanz ausweist. [5]Die zuständige Landesbehörde prüft auf Antrag einer Vertragspartei nach § 11, ob die Vorgaben für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags nach Satz 1 erfüllt sind, und entscheidet, ob ein Sicherstellungszuschlag zu vereinbaren ist; sie hat dabei auch zu prüfen, ob die Leistung durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das diese Leistungsart bereits erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden kann. [6]Im Falle einer Krankenhausfusion erfolgt bei Krankenhäusern mit unterschiedlichen Betriebsstätten die Prüfung der Weitergewährung eines Sicherstellungszuschlags durch die zuständige Landesbehörde betriebsstättenbezogen, sofern folgende Kriterien erfüllt sind: 1. die Betriebsstätte ist im Krankenhausplan als gesonderter Standort ausgewiesen, 2. an diesem gesonderten Standort werden mindestens drei im Krankenhausplan ausgewiesene, organisatorisch selbständig bettenführende Fachgebiete betrieben und 3. das negative wirtschaftliche Ergebnis der Betriebsstätte ist aus der Bilanz des Krankenhauses eindeutig ersichtlich und wird von einem Jahresabschlussprüfer im Auftrag der Krankenkassen bestätigt; der Sicherstellungszuschlag kann in diesem Fall für bis zu drei Jahre weiter vereinbart werden. [7]Klagen gegen das Ergebnis der Prüfung nach den Sätzen 5 oder 6 haben keine aufschiebende Wirkung. **[8]~~Eine Vereinbarung nach Satz 1 kann abweichend von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch getroffen werden, wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Standort nicht die Anforderungen an die Notfallversorgung nach dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschlossenen gestuften System der Notfallstrukturen in Krankenhäusern erfüllt.~~**“