

Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: IKK e.V. (Gemeinsame Interessenvertretung der Innungskrankenkassen)

Datum: 04.12.2025

Grundsätzliche Anmerkungen

Der Referentenentwurf zur Notfallreform entspricht in vielen Punkten dem Kabinettsentwurf aus der 20. Legislaturperiode, der die Rahmenbedingungen für die Notfallversorgung weiterentwickeln und reformieren sollte; neu hinzugekommen sind die Regelungen zum Rettungsdienst. Ziel soll es sein, die drei Versorgungsbereiche – vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste – besser zu vernetzen und aufeinander abzustimmen.

Die überfällige Neustrukturierung der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes wird von den Innungskrankenkassen grundsätzlich begrüßt, denn die derzeit bestehenden Defizite bei der Steuerung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene sind erheblich. Angesichts der Herausforderungen durch soziodemografische Entwicklungen, wie der Mangel an Fachkräften oder die Zunahme multimorbider Versicherter, ist eine Reform dringend notwendig.

Kritisch bewerten die Innungskrankenkassen jedoch, dass eine Vielzahl der geplanten Regelungen zu einem **regionalen Flickenteppich** der Notfallversorgung führt und damit der Gewährleistung einheitlicher Qualitätsstandards im Wege steht. Hier wäre es zielführend, wenn die Selbstverwaltung insbesondere durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bundesweite Strukturvorgaben vorgeben würde.

Angesichts der belasteten finanziellen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) lehnen die Innungskrankenkassen im Sinne der Versicherten und Arbeitgeber zudem die vorgesehenen Kostensteigerungen wie die **hälfte Finanzierung** zusätzlicher Notdienststrukturen (u. a. Akutleitstelle) durch die GKV und die KVen ab, da hier der Sicherstellungsauftrag die Vorhaltung von aufsuchendem Dienst und einer 24/7-Erreichbarkeit bereits heute umfasst und der Einsatz von weiteren zusätzlichen Finanzmitteln eine Doppelfinanzierung darstellen würde. Die vorgesehenen Zuschläge für eine Schweregraddifferenzierung werden ebenfalls kritisch gesehen, da auch hier mit weiteren Kostenausweitungen zu rechnen ist.

Zu Einzelaspekten

Die Sorge im Hinblick auf Kostenausweitungen gilt zudem für die zusätzliche Vergütung für die Durchführung des im Referentenentwurf vorgesehenen – dem Grunde nach zu begrüßenden – **standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens**. Hier ist darüber hinaus zu bemängeln, dass Hilfesuchende, deren Ersteinschätzung jedoch keinen akuten Behandlungsbedarf ergibt, nicht direkt an eine ambulante Praxis – z. B. über die Terminservicestellen – weitergeleitet werden.

Im Übrigen befürworten die Innungskrankenkassen die geplante flächendeckende Implementierung von **Integrierten Notfallzentren (INZ)** sowie die Möglichkeit zur Einrichtung von **Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendlichen (KINZ)**. Fehlversorgung und unnötige Inanspruchnahme der Notfalleinrichtungen der Krankenhäuser können so vermieden werden. Wichtige Voraussetzung dafür sind jedoch stabil funktionierende und belastbare Strukturen. Zu bemängeln ist insofern, dass umfangreiche Strukturanforderungen nach dem Referentenentwurf in einer Vielzahl von Einzelverträgen zwischen Krankenhausträgern und Kassenärztlichen Vereinigungen geregelt werden müssten. Nach Auffassung der Innungskrankenkassen sollten diese zentralen Anforderungen bundeseinheitlich durch den G-BA festgelegt werden.

Für sektorenübergreifende Entscheidungsfindungen sind die **erweiterten Landesausschüsse (eLA)** grundsätzlich geeignet. Allerdings werden den Ländern zu weitreichende Kompetenzen zur Festlegung von INZ-Standorten zugestanden, falls der eLA nicht innerhalb der Frist eine Mehrheitsentscheidung trifft. Die einheitlichen Planungsgrundlagen müssen auch hier bundeseinheitlich festgelegt werden, um einen regionalen Flickenteppich zu vermeiden. Eine verbindliche, bundesweite Planungsgrundlage durch den G-BA mit entsprechender Kompetenz für die vertragsärztliche Bedarfsplanung sollte deshalb den eLA Entscheidungen vorausgehen. Da KV-Notdienstpraxen eine zentrale Rolle in den INZ im Rahmen des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen spielen, wäre es zudem zielführend, die Planungszuständigkeit des G-BA auf die notdienstliche Akutversorgung auszudehnen.

Was die angestrebte Verbesserung der Versorgung mit **Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten** zur Versorgung bei Notfällen angeht, ist darauf zu achten, dass keine Doppelstrukturen neben den bereits bestehenden Nacht- und Notdiensten der Apotheken etabliert oder zusätzliche Kosten hervorgerufen werden. Nach Ansicht der Innungskrankenkassen ist zunächst der existierende und bewährte Apotheken-Notdienst mittels geschickter Notdienstplanung und Abstimmung zwischen den verantwortlichen Beteiligten zu nutzen, um die Arzneimittelversorgung sicherzustellen. Dies hätte den Vorteil, dass der Ressourceneinsatz niedrig gehalten werden kann. Sofern sich die Vorgehensweise als nicht-patientenfreundlich erweist, sollte die Versorgung für Alternativen, wie beispielweise den angedachten Versorgungsvertrag oder den Einbezug von Krankenhausapotheken, geöffnet werden.

Essentiell ist nach Auffassung der Innungskrankenkassen schließlich, dass im Rahmen dieses Gesetzesvorhaben auch die geplante Krankenhausstrukturreform (KHAG) und die Apothekenreform mitgedacht und die entsprechenden Regelungen aufeinander abgestimmt werden. Nur so kann eine zielführend und effiziente Versorgung sichergestellt werden.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Gesetzentwurfs. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes, deren Inhalt zuvor mit den Innungskrankenkassen abgestimmt wurde, verwiesen.

Konkrete Regelungen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 27	Folgeänderung zu § 30 SGB V	Sachgerechte Folgeänderung, ergibt sich aus (neu) § 30
2	§ 30	Einführung eines Anspruchs auf medizinische Notfallrettung <ul style="list-style-type: none"> • 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 • 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 	<p>Die Einführung der medizinischen Notfallrettung als eigenständigen Leistungsbereich wird ausdrücklich begrüßt. Die vorgesehene Qualifizierung einer digitalen standardisierten Notrufabfrage als Nachweis eines rettungsdienstlichen Notfalls gegenüber der Krankenkasse ist nachvollziehbar, bedarf jedoch weitergehender verbindlicher bundeseinheitlicher Regelungen und Abfragesysteme.</p> <p>Definition rettungsdienstlicher Notfall</p> <p>Die Definition ist zu begrüßen. Zu berücksichtigen ist, dass entsprechende Regelungen/ Definitionen derzeit bereits in den Ländergesetzen geregelt sind, die sehr unterschiedlich sind. Eine bundesweite Vereinheitlichung der Definition ist notwendig, muss jedoch zwingend auch eine Anpassung der Ländergesetze nach sich ziehen, damit es zu einer bundeseinheitlichen Umsetzung im Sinne des SGB V kommt.</p> <p>Leistungsbestandteile: Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung und Notfalltransport</p> <p>Die Regelung zum Notfalltransport muss klar definiert werden. Zum einen muss klar sein, dass es sich um Transporte durch den bodengebundenen Rettungsdienst und Luftrettung handelt, um reguläre Krankentransporte abzugrenzen. Zum anderen muss konkretisiert werden, in welche nächstgelegene Strukturen (Krankenhäuser, INZ oder ähnliche Notfalleinrichtungen) dieser erfolgen soll. Transporte in die Hausarztpraxis oder in die Struktur</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes mit dem Rettungswagen sind abzulehnen, da dies zu einer ungerechtfertigten Leistungsausweitung führen würde und Rettungsstrukturen für reguläre Arztbesuche missbraucht werden könnten. Zusätzlich sollte im Gesetz klar vorgegeben werden, zwischen welchen Einrichtungen Notverlegungen erfolgen können, um ungerechtfertigte Verlegungsfahrten in andere Strukturen zur wirtschaftlichen Optimierung desselben Krankenhauses zu vermeiden.</p> <p>Zuzahlung Die vorgesehenen Zuzahlungsregelungen sind für die praktische Umsetzung ungeeignet und in Bezug auf den Einzug der Zuzahlung unklar. Es wird 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. Aus diesem Grund sollte der Einzug – auch zur möglichst bürokratiearmen Umsetzung – durch die Krankenkasse erfolgen.</p> <p>Änderungsvorschläge In Artikel 1 Nr. 2 wird § 30 Absatz 5 wie folgt gefasst:</p> <p>„Der Notfalltransport nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 umfasst den aus medizinischer Sicht erforderlichen Transport in die grundsätzlich nächsterreichbare geeignete <u>Einrichtung der Notfallversorgung</u> oder die aus zwingenden medizinischen Gründen erforderliche Verlegung von einer Einrichtung in eine andere Einrichtung, bei der aus medizinischer Sicht die Beförderung mit einem qualifizierten boden- oder luftgebundenen Rettungsmittel</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>erforderlich ist. <u>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.</u> Der Anspruch umfasst nicht den Rücktransport in das Inland; § 18 bleibt unberührt.</p> <p>In Artikel 1 Nr. 2 wird § 30 Absatz 6 wie folgt gefasst:</p> <p>„Versicherte leisten zu <u>jeder Leistungen</u> der medizinischen Notfallrettung nach Absatz 2 Nummer 2 und 3 eine Zuzahlung in Höhe des <u>Betrages</u> sich nach § 61 Satz <u>4-1 ergebenden Betrages</u>. D, <u>die die Krankenkasse zieht die Zuzahlung vom Versicherten einzieht oder übernimmt die Kosten unter Abzug des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages</u>. 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.“</p> <p>Darüber hinaus werden folgende Änderungen in § 61 SGB V vorgenommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	<p>Die Neustrukturierung des Paragrafen wird begrüßt. Krankentransporte und Krankenfahrten werden definiert. Die Regelung soll im Wesentlichen dem geltenden Recht entsprechen. Der Notfalltransport wird folgerichtig nicht mehr von § 60 SGB V umfasst, da dieser zukünftig in § 30 SGB V geregelt wird.</p> <p>Krankenfahrten, Krankentransporte und Krankentransportflüge Abgelehnt wird die Aufnahme von Regelungen zu „Krankentransportflügen“. Da es sich bei Krankentransportflügen nicht um zeitkritische Transporte handeln dürfte, sollte weiterhin auf den kostengünstigeren bodengebundenen Krankentransport abgestellt werden.</p> <p>Darüber hinaus ist die geplante Ausweitung des Anspruchs auf Kostenübernahme einer Verlegungsfahrt für Verlegungen aus „Kapazitätsgründen“ dringend abzulehnen, da dies bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten zur Umsatzoptimierung führen könnte. Verlegungsfahrten sollten weiterhin nur kostenübernahmefähig sein, sofern die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist.</p> <p>Fahrten zu ambulanten Behandlungen Die bisherigen Regelungen in § 60 Absatz 2 Nummer 3 Buchstabe b und c SGB V, wonach Fahrkosten zu ambulanten Operationen im Krankenhaus nach § 115b SGB V oder in der Vertragsarztpraxis übernommen werden, sind zu streichen. 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, ohnehin ambulant erbracht.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>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. Die Prüfung eines Fahrkostenanspruchs bei ambulanten und zugleich stationsersetzen Leistungen, die eine an sich gebotene Krankenhausbehandlung vermeiden oder verkürzen, wird jedoch zunehmend komplexer und ist nicht an objektivierbaren Maßstäben abgrenzbar. Eine Streichung würde die Prüfung von Fahrkostenansprüchen vereinfachen – auch für zukünftige Leistungen, die derzeit noch stationär erbracht werden, aber perspektivisch ambulant möglich sind.</p> <p>Fahrten zu einer notdienstlichen Versorgung in einem INZ</p> <p>Eine Anspruchsausweitung auf Fahrten in INZ nach erfolgter Einschätzung und Beurteilung der Notwendigkeit durch die Gesundheitsleitstelle kann grundsätzlich nachvollzogen werden. § 60 SGB V ermöglicht auch die Geltendmachung einer Kostenerstattung durch den Versicherten. Daher ist dem Versicherten ggf. im Falle einer selbst veranlassten Krankenfahrt der Nachweis der Entscheidung des Notfallmanagements für die Abrechnung mit der Krankenkasse zur Verfügung zu stellen. Die verpflichtende Vorlage des Nachweises als Grundlage für den Kostenübernahmeanspruch ist zwingend erforderlich, um die Abgrenzung zu Krankenfahrten im Rahmen der „normalen“ ärztlichen Behandlung, die grundsätzlich der Eigenverantwortung unterliegen, sicherzustellen und keine Fehlanreize zu setzen.</p> <p>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.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Zuzahlung Die geplanten Zuzahlungsregelungen sind für die praktische Umsetzung ungeeignet und in Bezug auf den Einzug der Zuzahlung unklar. An der bisherigen etablierten Praxis, sollte festgehalten werden. Daher plädieren wir für eine Differenzierung der Regelung für Krankenfahrten und Krankentransporte.</p> <p>Änderungsvorschläge In Artikel 1 Nr. 3 wird der Titel des § 60 wie folgt angepasst:</p> <p><u>„Krankenfahrten und Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten“</u></p> <p>In Artikel 1 Nr. 3 wird in § 60 der Absatz 1 wie folgt geändert: „Versicherte haben in dem durch Absatz 2 bestimmten Umfang Anspruch auf Übernahme der Kosten für <u>Krankenfahrten und Krankentransporte nach § 133</u>, <u>Krankentransportflüge und Krankenfahrten</u>, 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.“</p> <p>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 <u>Krankenfahrten und Krankentransporte und Krankenfahrten</u> bei</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fahrten zur stationären Behandlung, 2. Fahrten im Zuge einer Verlegung

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>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,</p> <p>b) in ein anderes Krankenhaus zur Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a oder</p> <p>c) in ein wohnortnahe Krankenhaus, wenn die Krankenkasse in die Verlegung eingewilligt hat,</p> <p><u>Eine Verordnung entsprechender Verlegungsfahrten hat durch das Krankenhaus zu erfolgen.</u></p> <p>3. Fahrten zu</p> <p>a) einer vor- oder nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach § 115a,</p> <p>b) einer ambulanten Operation im Krankenhaus nach § 115b oder</p> <p>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,</p> <p>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,</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>4. Fahrten zu ambulanten Behandlungen, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>5. Fahrten zur Versorgung in <u>das nächsterreichbare geeignete einem Integrierte Notfallzentrum oder die nächsterreichbare geeignete vertragsärztliche Praxis</u> aufgrund einer mittels digitaler standardisierter Abfrage getroffenen Entscheidung, sofern die Fahrt nach den Umständen des Einzelfalls zwingend erforderlich ist; die Entscheidung mittels digitaler standardisierter Abfrage gilt als Verordnung dieser Leistung. <u>Wird für die Fahrt kein Leistungserbringer nach § 133 Absatz 5 oder 6 in Anspruch genommen, ist ein Nachweis der Entscheidung an den Versicherten auszuhändigen.“</u></p> <p>In Artikel 1 Nr. 3 wird in § 60 der Absatz 3 zum Absatz 4 und der Absatz 4 zum Absatz 3.</p> <p>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.“</p> <p>Der bisherige Satz 2 wird zu Satz 3.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>In Artikel 1 Nr. 3 wird der Absatz 6 wie folgt geändert:</p> <p>„Die Krankenkasse übernimmt die Kosten nach Absatz 1 Satz 1 unter Abzug des sich nach § 61 <u>Satz 1</u> ergebenden Betrages. <u>Bei Krankentransporten zieht die Krankenkasse die Zuzahlung nach Satz 1 oder zieht den sich nach § 61 ergebenden Betrag von den Versicherten ein.“</u></p>
4	§ 73	Folgeänderung zu § 60 SGB V	<p>Die geplante Klarstellung, wonach Vertragsärztinnen und Vertragsärzte neben der Verordnung von Krankentransporten auch zur Verordnung von Krankenfahrten ermächtigt sind, entspricht der bisherigen Praxis sowie Rechtslage. Die geplante Änderung wird daher begrüßt.</p> <p>Die Ergänzung der Aufzählung um Krankentransportflüge wird abgelehnt – siehe dazu die Begründung zu § 60. Die Reihenfolge der Benennung der Transportmittel sollte sich nach dem medizinischen Erfordernis und dem Wirtschaftlichkeitsgebot richten. Dementsprechend sollten Krankenfahnen vor den Krankentransporten benannt werden.</p> <p><u>Änderungsvorschlag</u></p> <p>Artikel 1 Nr. 4 wird wie folgt angepasst:</p> <p>„In § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 wird <u>nach vor</u> der Angabe „Krankentransporten“ die Angabe „<u>Krankentransportflügen und Krankenfahrten und</u>“ eingefügt.</p>
5	§ 73b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
6	§ 75	Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung <ul style="list-style-type: none"> • Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung 	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge 	
7	§ 76	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
8	§ 87	Auftrag an erweiterten Bewertungsausschuss: EBM für komplexe Fälle in INZ	
9	§ 87a	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
10	§ 90	Standortbestimmung für INZ durch erweiterten Landesausschuss	
11	§ 90a	Ergänzung Vertreter des Rettungsdienstes in gemeinsamen Landesgremien nach § 90a	siehe hierzu Bewertung GKV-SV
12	§ 92	Klarstellung, dass Richtlinie des G-BA nicht den Notfalltransport umfasst	<p>Die Ausweitung auf Krankentransportflüge wird abgelehnt – siehe Kommentierung zu § 60.</p> <p><u>Änderungsvorschlag</u></p> <p>Artikel 1 Nr. 12 wird wie folgt angepasst:</p> <p>„In § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 wird <u>nach vor</u> der Angabe „Krankentransporten“ die Angabe „<u>Krankentransportflügen und Krankenfahrten und</u>“ eingefügt.</p>
13	§ 105	Finanzierung der notdienstlichen Strukturen der KVen durch gemeinsam von KV und Krankenkassen zusätzlich zur Verfügung gestellten Beitrag, Beitrag der PKV i.H.v. 7 %	
14	§ 115e	Folgeänderung zu §§ 30, 60 SGB V	
15	§ 116b	Folgeänderung zu § 90 SGB V	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
16	§ 120	<ul style="list-style-type: none"> • Klarstellung zur Vergütung in den Notdienst einbezogener Ärzte aus Gesamtvergütung • Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie (Folgeänderung zu § 123c) 	
17	§ 123	<p>Integrierte Notfallzentren (INZ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>Die Einrichtung Integrierter Notfallzentren als zentrale Anlauf- und Steuerungsstelle für Hilfesuchende wird seitens der Innungskrankenkassen begrüßt.</p> <p>Im Rahmen der Transparenz und aufgrund des bestehenden öffentlichen Interesses sollten jedoch die Berichte der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung analog zur Neuregelung in § 105 Abs. 1b S. <u>12_9</u> SGB V neu veröffentlicht werden.</p> <p>Achtung! Zur Vermeidung von Doppelstrukturen sollte eine Ersteinschätzung durch das INZ bei Patienten, die mit dem Rettungsdienst in ein Krankenhaus gebracht werden, entfallen.</p> <p><u>Änderungsvorschlag</u></p> <p>§ 123 Abs.<u>7 Satz 3 Abs. 5 Satz 3</u> (neu):</p> <p>„Der Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit wird veröffentlicht.“</p>
	§ 123a	<p>Einrichtung von INZ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Standortbestimmung nach gesetzlichen Kriterien • Kooperationsvereinbarung, gesetzliche Vorgabe von Mindestöffnungszeiten der 	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Notdienstpraxis, Schiedsregelungen bei Nichtzustandekommen <ul style="list-style-type: none"> • Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit in INZ durch KBV, DKG und GKV-SV 	
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	
	§ 123c	Ersteinschätzung <ul style="list-style-type: none"> • 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 	
18	§ 133	Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung <ul style="list-style-type: none"> • Nur nach Landesrecht vorgesehene oder beauftragte Leistungserbringer • Vergütungsverträge für Leistungen nach SGB V erforderlich • Transparenzpflicht bezüglich Kalkulationen 	<p>Die Abkehr von der reinen Erstattung von Fahrkosten und die Einführung vertraglicher Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und Landesbehörden stellen einen wichtigen Fortschritt dar und werden ausdrücklich begrüßt.</p> <p>Die Nutzung elektronisch überprüfbare Kalkulationsdaten ermöglicht eine nachvollziehbare Kostenkalkulation. Die Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen in den Verträgen ist ein Schritt in die</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 SGB V • Schiedseinrichtung bei Nichtzustandekommen • Entsprechende Geltung für Krankentransporte • Übergangsregelung 	<p>richtige Richtung, allerdings sollten diese auch verbindlich werden, um eine bundeseinheitliche Umsetzung von Qualitätsanforderungen sicherzustellen.</p> <p>In der Gesetzesbegründung wird weiterhin ausgeführt, dass landes- oder kommunalrechtliche Festlegungen von Entgelten grundsätzlich möglich bleiben. Dies würde ein Festhalten am bisherigen Status quo in einigen Kommunen bedeuten und gilt vor dem Hintergrund der bisherigen Diskussionen auf Länderebene dringend zu vermeiden. Eine Kann-Regelung wird klar abgelehnt. Die Aufnahme des Rettungsdienstes als eigenständiges Leistungssegment in das SGB V erfordert eine Neuregelung der Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und den jeweiligen Trägern des Rettungsdienstes. Der Gesetzgeber muss Regelungen vorsehen, die eine transparente, qualitätsgesicherte und einheitliche Leistungserbringung und -vergütung unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots ermöglichen. Dies verlangt nach einem gesetzlich geregelten Vertragsmodell mit den Krankenkassen als Vertragspartner und einem gesetzlich geregelten Mechanismus zur Konfliktlösung.</p> <p><u>Änderungsvorschlag</u></p> <p>§ 133 sollte so formuliert werden, dass die Vergütung für Leistungen der medizinischen Notfallrettung gemäß § 30 SGB V ausschließlich über Verträge zwischen den Krankenkassen und den Trägern des Rettungsdienstes zu vereinbaren ist. Darüber hinaus braucht es Regelungen für einen Konfliktlösungsmechanismus, wenn Verhandlungen zu scheitern drohen (z. B. Schiedsstellen). § 133 SGB V muss klar regeln, welche Kosten über die Vergütungen abgebildet werden dürfen – Investitionskosten müssen hier ausgeschlossen werden, da sie als Aufgabe der Daseinsfürsorge nicht von der Solidargemeinschaft getragen werden dürfen. Die Querfinanzierung von</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			nichtmedizinischen Leistungen durch die Krankenkassen, z. B. für den Brandschutz, muss ausgeschlossen werden.
	§ 133a	<p>Gesundheitsleitsystem</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>Die Einführung eines Gesundheitsleitsystems wird begrüßt, da sie die digitale Vernetzung von Rettungsleitstellen (112) und Akutleitstellen (116117) ermöglicht und damit eine bedarfsgerechte Steuerung der Hilfesuchenden unterstützt. Wichtig ist die Vermeidung des Aufbaus von Doppelstrukturen. Einheitliche Anforderungen an standardisierte Abfragesysteme sind zwingend erforderlich, um die Dringlichkeit von Notfällen und die sachgerechte Versorgungsebene einheitlich zu bewerten. Denn nur so kann vermieden werden, dass Hilfesuchende zwischen verschiedenen Leitstellen hin und her gereicht werden.</p> <p>Änderungsvorschlag</p> <p>Die bundesweite Vereinheitlichung der standardisierten Abfragesysteme sollte verbindlich geregelt werden, um eine einheitliche Anwendung sicherzustellen.</p>
	§ 133b	<p>Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gremium bei GKV-SV, paritätisches Stimmengewicht zwischen GKV-SV und Ländervertretern, nicht stimmberechtigte Vertreter von Spitzenverbänden der Leistungserbringer und Fachverbänden und Fachgesellschaften sowie BMG 	<p>Die Festlegung bundeseinheitlicher Qualitätsvorgaben wird begrüßt, da sie eine einheitliche und sichere Versorgung unterstützt. Kritisch ist die alleinige Kostenübernahme durch die GKV für die Finanzierung des Gremiums. 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.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Fachliche Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung; bei Nichtzustandekommen Ersatzvornahme BMG • Empfehlungen zur Übermittlung der Daten der Leistungserbringer zur Qualitätsicherung, Rechtsverordnung durch BMG • Spezifikationen für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation unter Beteiligung von KBV, DKG und KIG, Rechtsverordnung durch BMG 	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.
	§ 133c	<p>Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	Die Einführung einer verpflichtenden digitalen Notfalldokumentation und eines Versorgungskapazitätennachweises wird begrüßt. Die Nutzung der Telematikinfrastruktur ist sinnvoll, um einheitliche Standards sicherzustellen.
	§ 133d	Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form durch Datenstelle beim GKV-SV	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. Die Regelung wird daher begrüßt.
	§ 133e	Verpflichtender Anschluss an TI für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung und	siehe hierzu Bewertung GKV-SV

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten, Finanzierungsvereinbarung von GKV-SV, PKV-Verband sowie maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene	
	§ 133f	<p>Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	siehe hierzu Bewertung GKV-SV
	§ 133g	Koordinierende Leitstelle: Möglichkeit für Landesbehörden, einer einzelnen Leitstelle überregionale Aufgaben zuzuweisen	
19	§ 140f	Antragsrecht Patientenvertretung	
20	§ 291b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
21	§ 294a	Mitteilungspflicht zu vorrangigen Schadensersatzansprüchen auch für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
22	§ 302	Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Datenübermittlungspflicht	Die Aufnahme der Notfallrettung in die Regelungen des § 302 ist zu begrüßen, da es den Verwaltungsaufwand erheblich reduziert.
23	§ 354	Fernzugriff auf ePA durch Leitstellen	
24	§ 370a	Redaktionelle Folgeänderung	
25	§ 377	Redaktionelle Folgeänderung	
26	§ 394	Errichtung eines bundesweiten, öffentlich zugänglichen Katasters automatisierter externer Defibrillatoren (AED), die für die Benutzung durch Laien vorgesehen sind	
			Art. 2: Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
	§ 75	Modifizierte Berichtspflichten der KBV aufgrund der Einführung der Akutleitstellen	
			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	
2	§ 20	Pauschaler Zuschuss für Apotheken mit Versorgungsvertrag	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 25	Ordnungswidrigkeit	
			Art. 6 Änderung der Apothekenbetriebsordnung
1	§ 1a	Notdienstpraxenversorgende Apotheken	
2	§ 3	Vorgaben zum Personal auch für notdienstpraxenversorgende Apotheken	
3	§ 4	Erlaubnis zweiter Offizin mit Lagerräumen am INZ-Standort	
4	§ 23	Dienstbereitschaft notdienstpraxenversorgender Apotheken	
			Art. 7: Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung
1	§ 12	Folgeänderung zu § 394 SGB V und § 17a Medizinprodukte-Betreiberverordnung	
2	§ 17a	Meldeverpflichtung für Betreiber 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

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
1	§ 13	Ausnahme für Durchfuhr einer angemessenen Menge an Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf auf dem Fahrzeug eines ausländischen Rettungsdienstes	
2	§ 15	Ausnahme von Ein- und Ausfuhr genehmigung für Zubereitungen der in den Anlagen II und III 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	
			Art. 11: Inkrafttreten
	Ggf. weitere Anmerkungen		