



Stellungnahme des IKK e.V.

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

07.09.2026

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de
www.ikkev.de

Inhaltsverzeichnis

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Kommentierung.....	6
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).....	6
§ 30 SGB V (Medizinische Notfallrettung).....	6
§ 60 SGB V (Krankenfahrten und Krankentransporte).....	9
§ 87 SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundes- einheitliche Orientierungswerte).....	15
§ 105 SGB V (Förderung der vertragsärztlichen Versorgung)	17
§ 123 SGB V neu (Integrierte Notfallzentren)	19
§ 133 SGB V neu (Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung)	22
§ 133a SGB V neu (Gesundheitsleitsystem).....	24
§ 133b SGB V neu (Fachgremium medizinische Notfallrettung)	25

Grundsätzliche Anmerkungen

Der Gesetzentwurf 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 u. a. die Regelungen zum Rettungsdienst. Ziel soll es insofern 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 in der Zielsetzung grundsätzlich begrüßt, denn die derzeit bestehenden Defizite bei der Steuerung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene sind erheblich. Insbesondere wird eine digitale Vernetzung von Rettungsleitstellen (112) und Akutleitstellen (116117) ermöglicht und damit eine bedarfsgerechte Steuerung der Hilfesuchenden unterstützt.

Angesichts der Herausforderungen durch soziodemografische Entwicklungen – wie der Mangel an Fachkräften bei gleichzeitiger Zunahme gerade auch multimorbider Versicherter, die zwecks medizinischer Behandlung zunehmend die Notaufnahme aufsuchen – ist eine Reform dringend notwendig.

Kritisch bewerten die Innungskrankenkassen jedoch, dass eine Vielzahl der geplanten Regelungen bei deren Umsetzung zu einem **regionalen Flickenteppich** der Notfallversorgung führt und damit der Gewährleistung einheitlicher Qualitätsstandards im Wege steht. Um das zu vermeiden, wäre es erforderlich, wenn die Selbstverwaltung insbesondere durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bundesweite und damit allgemeingültige Strukturvorgaben machen würde.

Was die Kostenbelastung angeht: Angesichts der belasteten finanziellen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) lehnen die Innungskrankenkassen im Sinne der Versicherten und Arbeitgeber die **vorgesehenen Kostensteigerungen** wie die **häftige Finanzierung zusätzlicher Notdienststrukturen** (u. a. Akutleitstelle) durch die GKV und die Kassenärztliche Vereinigungen (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. Sollte diese dennoch eingeführt werden, ist darauf zu achten, dass die bisherige Pauschale um diese Fälle bereinigt abgesenkt werden muss.

Zu Einzelaspekten

Die Sorge im Hinblick auf Kostenausweitungen gilt zudem für die zusätzliche Vergütung für die Durchführung des im Gesetzentwurf vorgesehenen – dem Grunde nach zu begründenden – **standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens**.

Die Verpflichtung zum Aufbau von **Akuteleitstellen** als zentrale Anlaufstelle im Akutfall wird seitens der Innungskrankenkassen durchweg positiv gesehen. Es sollten jedoch Angleichungen für die derzeit im Gesetzentwurf noch unterschiedlichen Vorgaben zur Ersteinschätzung in Akuteleitstellen und in INZ erfolgen. Darüber hinaus ist zu bemängeln, dass Hilfesuchende, deren Ersteinschätzung keinen **akuten** Behandlungsbedarf ergibt, nicht 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 Gesetzentwurf 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 sollen hier den Ländern zu weitreichende Kompetenzen zur Festlegung von INZ-Standorten zugestanden werden, falls der eLA nicht innerhalb der Frist eine Mehrheitsentscheidung trifft. Die einheitlichen Planungsgrundlagen müssen deshalb 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 auszuweiten.

Was die angestrebte Verbesserung der Versorgung mit **Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten** zur Versorgung bei Notfällen angeht, ist darauf zu achten, dass auch hier 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“ erweisen sollte, könnte immer noch die

Versorgung für Alternativen, wie beispielsweise den angedachten Versorgungsvertrag oder den Einbezug von Krankenhausapotheken, geöffnet werden.

Die Einführung einer verpflichtenden digitalen Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung in Form einer **Notfalldokumentation** und eines **Versorgungskapazitätennachweises** wird begrüßt. Die Nutzung der Telematikinfrastruktur ist sinnvoll, um einheitliche Standards sicherzustellen.

Essentiell ist nach Auffassung der Innungskrankenkassen schließlich, dass im Rahmen dieses Gesetzesvorhaben auch das geplante **Primärversorgungsgesetz** und die **Apothekenreform** mitgedacht und die entsprechenden Regelungen – insbesondere zur digitalen Ersteinschätzung aufeinander abgestimmt werden. Unterschiedliche Ansätze können jegliche Form der Patientensteuerung und damit Entlastung von Strukturen konterkarieren. Nur so kann angesichts der knappen Ressourcen zukünftig eine zielführende und effiziente Versorgung sichergestellt werden.

Für die detaillierte Kommentierung der einzelnen gesetzlichen Paragraphen des Gesetzentwurfs wird auf die mit den Innungskrankenkassen abgestimmte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Kommentierung

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 30 SGB V (Medizinische Notfallrettung)

Beabsichtigte Neuregelung

Planung der Einführung eines Anspruchs auf medizinische Notfallrettung als eigenständigen Leistungsbereich in das SGB V inklusive Legaldefinition, Leistungsbestandteile und Zuzahlungsregelung.

Bewertung

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.

1. Definition rettungsdienstlicher Notfall

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.

2. Leistungsbestandteile: Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung und Notfalltransport

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 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.

3. 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.

Änderungsvorschlag

§ 30 Absatz 5 SGB V wie folgt gefasst:

„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 in eine andere Einrichtung, bei der aus medizinischer Sicht die Beförderung mit einem qualifizierten boden- oder luftgebundenen Rettungsmittel 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 SGB V wie folgt gefasst:

„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, welche 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:

Nach § 61 Satz 3 SGB V wird folgender Satz 4 neu eingefügt: „Die Zuzahlung zu Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 Absatz 2 Nummer 2 und 3 beträgt 10 Euro.“

Die bisherigen Sätze 4 bis 6 werden Sätze 5 bis 7.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 60 SGB V (Krankenfahrten und Krankentransporte)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 60 SGB V wird neu strukturiert. Krankenfahrten und Krankentransporte werden gesetzlich definiert; der Notfalltransport wird aus § 60 SGB V herausgelöst und künftig in § 30 SGB V geregelt. Für Taxi- und Mietwagenfahrten sollen bis zum Abschluss vertraglicher Vereinbarungen die nach dem Personenbeförderungsgesetz geregelten Entgelte übernommen werden. Zudem sieht der Gesetzentwurf vor, dass die Krankenkasse den Zuzahlungseinzug bei Krankentransporten übernimmt und bei Krankenfahrten entweder die Kosten unter Abzug der Zuzahlung übernimmt oder die Zuzahlung selbst einzieht.

Bewertung

Die Neustrukturierung des Paragraphen wird begrüßt. Die Differenzierung zwischen Krankenfahrten und Krankentransporten erhöht die Normklarheit. 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.

1. 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.

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.

2. 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. 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 stationärer ersetzenden 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.

3. Fahrten zu einer notdienstlichen Versorgung in einem INZ

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.

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.

4. Vergütung von Taxi- und Mietwagenfahrten

Kritisch bewertet wird die vorgesehene Regelung, wonach bei fehlenden vertraglichen Vereinbarungen für Taxi- und Mietwagenfahrten die nach dem Personenbeförderungsgesetz landesrechtlich geregelten Beförderungsentgelte zugrunde gelegt werden.

Die Regelung setzt Fehlanreize für Leistungserbringer, sich vertraglichen Vereinbarungen mit den Krankenkassen zu entziehen, sofern die landesrechtlich festgelegten Beförderungsentgelte oberhalb der im Rahmen von Vertragsverhandlungen erzielbaren Vergütung liegen. Dies schwächt die Vertragsverhandlungen sowie den notwendigen Einfluss der Krankenkassen auf eine wirtschaftliche Versorgung.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Einbindung von Vergütungs- und Vertragsregelungen in § 60 SGB V ist darüber hinaus aus systematischen Gründen kritisch zu bewerten. Leistungsrechtliche Anspruchsvoraussetzungen und vertragsrechtliche Regelungen sollten weiterhin klar voneinander getrennt werden.

Darüber hinaus bleibt unberücksichtigt, dass auch nach dem vorliegenden Gesetzentwurf weiterhin keine rechtliche Bindung von Taxi- und Mietwagenunternehmen an das Vertragssystem der gesetzlichen Krankenversicherung besteht. Die Regelung des § 60 Absatz 5 Satz 2 SGB V sieht lediglich vor, dass Krankenkassen oder ihre Landesverbände Verträge mit entsprechenden Unternehmen schließen sollen. Eine Verpflichtung der Unternehmen zum Vertragsbeitritt oder eine Beschränkung der Leistungserbringung auf vertraglich gebundene Unternehmen ist hingegen nicht vorgesehen. Hierdurch bleibt es weiterhin möglich, Krankenfahrten außerhalb der Vertragsstrukturen durchzuführen, Versicherte unmittelbar zu fakturieren und anschließend Kostenerstattungsansprüche gegenüber den Krankenkassen geltend zu machen. Dies schwächt die Steuerungsfunktion der Verträge, führt zu zusätzlichem Verwaltungsaufwand, erschwert die Wirtschaftlichkeitsprüfung und steht dem Sachleistungsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung entgegen. Nach Auffassung der Innungskrankenkassen sollten Krankenfahrten zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich auf Grundlage vertraglicher Vereinbarungen erbracht und vergütet werden. Für den Fall des Nichtzustandekommens einer Vereinbarung ist ein geeigneter Konfliktlösungsmechanismus vorzusehen.

Es sollte daher geprüft werden, die Kostenübernahme für Krankenfahrten grundsätzlich auf Leistungen vertraglich gebundener Unternehmen zu beschränken und damit die Umsetzung des Sachleistungsprinzips sowie die Wirksamkeit der vertraglichen Steuerungsinstrumente zu stärken.

Daher ist es zwingend erforderlich, an der bisherigen Regelungssystematik des § 60 Absatz 3 SGB V festzuhalten und den Anspruch auf Kostenübernahme für Versicherte auf die Höhe der Vertragspreise zu begrenzen. Die Begrenzung auf vertraglich vereinbarte Entgelte sollte auch gelten, wenn Versicherte keinen Vertragspartner in Anspruch nehmen. Dies ist zumindest in der Begründung zum Gesetz klarzustellen.

5. Zuzahlung

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Neuregelung zum Einzug der Zuzahlung wird seitens der Innungskrankenkassen abgelehnt, da sie eine einseitige Verschiebung zu Lasten der Kostenträger darstellt

Die vorgesehene Verlagerung des Zuzahlungseinzugs auf die Krankenkassen würde von der bisherigen etablierten Praxis abweichen und zu zusätzlichem administrativem und personellem Aufwand bei den Krankenkassen führen.

Zur Erläuterung sei hier auf die bisherige Rechtslage verwiesen (BSG-Urteil B3KR14/96 R vom 16.04.1998 – Klägerin als Betreiberin Krankentransport). Danach erfolgt der Zuzahlungseinzug nur und abschließend bei einer Fahrt, die durch eine Rettungsleitstelle disponiert wird, durch die Krankenkasse, im Übrigen durch den Leistungserbringer.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen besteht kein sachlicher Grund, die bisherige Systematik grundlegend zu verändern. Bei Krankenfahrten und Krankentransporten sollte die gesetzliche Zuzahlung weiterhin grundsätzlich durch den Leistungserbringer eingezogen werden. Lediglich in Fällen einer Kostenerstattung gegenüber Versicherten ist die gesetzliche Zuzahlung durch die Krankenkasse im Rahmen der Kostenerstattung zu berücksichtigen.

Die gesetzliche Regelung ist daher eindeutig zu fassen, um Unsicherheiten hinsichtlich der Zuständigkeit für den Zuzahlungseinzug sowie zusätzlichen Verwaltungsaufwand bei den Krankenkassen zu vermeiden.

Änderungsvorschlag

Der Titel des § 60 SGB V wird wie folgt angepasst:

„Krankenfahrten und Krankentransporte, ~~Krankentransportflüge und Krankenfahrten~~“

§ 60 Absatz 1 SGB V wird wie folgt geändert:

„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.“

§ 60 Absatz 2 SGB V wird 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,
- 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~~ Integrierte 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.

In Artikel 1 Nr. 3 wird in § 60 SGB V der Absatz 3 zum Absatz 4 und der Absatz 4 zum Absatz 3.

In Artikel 1 Nr. 3 wird in § 60 SGB V 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.

§ 60 Absatz 5 Satz 2 SGB V wird wie folgt geändert:

(5) Für Krankenfahrten übernehmen die Krankenkassen

- 1. bei der Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels die Kosten in Höhe des Fahrpreises unter Ausschöpfung von Fahrpreisermäßigungen,
- 2. bei der Benutzung eines Taxis oder Mietwagens die Kosten in Höhe der nach Satz 2 vereinbarten Entgelte ~~oder bis zum Abschluss einer Vereinbarung nach Satz 2 die nach Personenbeförderungsgesetz geregelten Entgelte,~~
- 3. bei der Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs die Kosten in Höhe des für jeden gefahrenen Kilometer jeweils aufgrund des Bundesreisekostengesetzes festgesetzten

Höchstbetrages für Wegstreckenentschädigung, höchstens jedoch die Kosten, die bei Inanspruchnahme des in den Nummern 1 oder 2 genannten Transportmittel entstanden wären. Für Krankenfahrten nach Nummer 2 ~~sollen~~ **schließen** die Krankenkassen oder ihre Landesverbände mit Einrichtungen oder Unternehmen Verträge ~~schließen~~ **über die Entgelte von Krankenfahrten**. § 133 Absatz 2 Satz 2 und 6 und Absatz 5 gilt entsprechend.

Nach § 60 Absatz 5 SGB V wird ein neuer Absatz 5a eingefügt

(5a) Die Kosten für Krankenfahrten nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 werden nur übernommen, wenn die Leistung durch ein nach Absatz 5 Satz 2 vertraglich gebundenes Unternehmen erbracht worden ist. Satz 1 gilt nicht, soweit die Inanspruchnahme eines vertraglich gebundenen Unternehmens im Einzelfall nicht möglich oder nicht zumutbar war.

Alternativ:

Krankenfahrten nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 dürfen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur durch Unternehmen durchgeführt werden, die einem Vertrag nach Absatz 5 Satz 2 beigetreten sind oder einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen haben.

§ 60 Absatz 6 SGB V wird wie folgt geändert:

„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.~~“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 87 SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)

Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß § 87 Absatz 2a Satz 21 SGB V beschließt der ergänzte Bewertungsausschuss im EBM weiterhin Regelungen für die Versorgung im Notdienst sowie für die Versorgung von Notfällen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V sowie Regelungen für die Versorgung im Notdienst mit telemedizinischen Leistungen. Der bisherige Auftrag, eine nach Schweregrad zu differenzierende Regelung zu beschließen, wird ersetzt. Der ergänzte Bewertungsausschuss hat nunmehr Zuschläge für die Gruppe der Versicherten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität der Behandlungsdiagnose einer besonders aufwendigen Betreuung und Überwachung in der Notaufnahme eines INZ bedürfen, zu beschließen.

Bewertung

Die noch im Referentenentwurf enthaltene Neuregelung gemäß Absatz 2a Satz 21, wonach der ergänzte Bewertungsausschuss im EBM weiterhin Regelungen für die Versorgung im Notdienst sowie für die Versorgung von Notfällen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V sowie Regelungen für die Versorgung im Notdienst mit telemedizinischen Leistungen beschließt, wurde im Kabinettentwurf nicht mehr aufgegriffen.

Dabei erschien diese grundsätzlich nachvollziehbar, denn sie 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 Bewertungsausschuss 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 bedürfen, erforderlich sind.

Änderungsvorschlag

§ 87 Absatz 2a Satz 21 Nummer 3 SGB V wird wie folgt formuliert:

„Der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Absatz 5a ~~beschließt~~ prüft im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen, ~~die nach dem Schweregrad zu~~

~~differentzierenden Regelungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst sowie bis zum 31. März 2022 Regelungen für die Versorgung im Notdienst mit telemedizinischen Leistungen~~ 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.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 105 SGB V (Förderung der vertragsärztlichen Versorgung)

Beabsichtigte Neuregelung

Die bestehenden Regelungen zur verbindlicheren finanziellen Förderung durch die GKV und die KVen werden angepasst. Grund ist die Neustrukturierung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der vorgesehenen Etablierung Integrierter Notfallzentren.

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.

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 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.

Die Neuregelung in § 105 Absatz 1b Satz 9 SGB V im Rahmen der Transparenz und aufgrund des bestehenden öffentlichen Interesses die Berichte der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu veröffentlichen wird begrüßt.

Änderungsvorschlag

§ 105 Absatz 1b Satz 1 SGB V (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 ihren anteiligen bereitzustellenden Mittel-Betrag über einen einheitlichen prozentualen Abschlag auf das gesamte Honorar für Leistungen der regionalen Euro-Gebührenordnung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer als Verwaltungskostenbeitrag gemäß § 81 zur Verfügung.“

Nach dem bisherigen Satz 6 werden die folgenden Sätze 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 SGB V (neu) wird der bisherige Satz 9 gestrichen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18

§ 123 SGB V neu (Integrierte Notfallzentren)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu geschaffenen § 123 SGB V werden in Absatz 1 Integrierte Notfallzentren (INZ) definiert, die aus der Notaufnahme eines zugelassenen Krankenhauses, einer in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des betreffenden Krankenhausstandortes gelegenen Praxis der KV zur notdienstlichen Akutversorgung (Notdienstpraxis) sowie der zentralen Ersteinschätzungsstelle bestehen und bundesweit flächendeckend einzurichten sind.

In Absatz 2 wird geregelt, dass selbstständig INZ aufsuchende Hilfesuchende in der zentralen Ersteinschätzungsstelle eine Ersteinschätzung erhalten sollen, bei der die Behandlungsdringlichkeit und die geeignete Versorgungsebene innerhalb des INZ festgestellt werden. Ebenso wird klargestellt, dass die Ersteinschätzung im Wege der Delegation (Hilfeleistung nach § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V) auch durch nichtärztliches Personal erbracht werden kann.

Bewertung

Die in Absatz 1 vorgesehene Zusammenarbeit der Notaufnahme eines Krankenhausstandortes, einer Notdienstpraxis und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle unter dem gemeinsamen Dach eines INZ entspricht den langjährigen Vorschlägen der GKV und wird ausdrücklich begrüßt. Wichtig ist eine engmaschige Überprüfung, ob die Maßnahme tatsächlich in der Lage ist, die Inanspruchnahme der Notaufnahmen der Krankenhäuser in Fällen mit lediglich ambulanten Versorgungsbedarf deutlich zu vermindern und die Anzahl der stationären Aufnahmen signifikant zu senken (der OECD-Durchschnitt scheint als Orientierung geeignet). Soweit diese Ziele nicht erreicht werden, muss eine Nachsteuerung erfolgen.

Die regelhafte Verortung der fachlichen Leitung und der Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle beim Krankenhaus wird grundsätzlich kritisch bewertet. Die Ersteinschätzungsstelle soll die Zentrale Notaufnahme (ZNA) entlasten und dafür sorgen, dass ambulant behandelbare Fälle auch ambulant versorgt werden. Wichtig ist daher, dass die Ersteinschätzungskraft ihre Entscheidung stets weisungsfrei vom Krankenhaus trifft. Dies sollte durch entsprechende Regelungen in der Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 SGB V sichergestellt werden.

Ebenfalls sinnvoll ist die Verpflichtung zur Kooperation von als INZ-Standort festgelegten Krankenhäusern mit der zuständigen KV.

Die Innungskrankenkassen begrüßen ausdrücklich den mit der Neuregelung in Absatz 2 des § 123 SGB V beabsichtigten flächendeckenden Aufbau von INZ als zentrale Anlauf- und Steuerungsstelle für Hilfesuchende an Krankenhäusern. Die räumliche und digitale Vernetzung von zentraler Notaufnahme und KV-Notdienstpraxis am Krankenhaus, unterstützt durch ein qualifiziertes, standardisiertes und softwarebasiertes Ersteinschätzungsverfahren, bietet die Chance, Hilfesuchende am Behandlungsbedarf ausgerichtet in die jeweils geeignete Versorgungsebene zu steuern. Abseits einer Verbesserung der Versorgung ambulanter Akutfälle ist damit insbesondere eine notwendige Entlastung der zentralen Notaufnahmen von Not- bzw. Akutfällen mit geringer Behandlungsdringlichkeit bzw. mit einem ambulanten Versorgungsbedarf intendiert.

Die Einführung eines qualifizierten, standardisierten und softwarebasierten Ersteinschätzungsverfahrens in § 123 Absatz 2 SGB V bewerten die Innungskrankenkassen sehr positiv. Der Verweis darauf, dass die Ersteinschätzung auch im Wege der Delegation (Hilfeleistung nach § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V) durch nichtärztliches Personal erbracht werden kann, birgt zudem das Potential der Entlastung angesichts knapper personeller ärztlicher Ressourcen.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist bereits das **Mitdenken dieses Ersteinschätzungsverfahrens** auch im Rahmen der im Koalitionsvertrag angedachten Patientensteuerung durch ein Primärarztsystem – neuerdings auch als **Primärversorgung** bezeichnet. Unterschiedliche Ansätze können jegliche Form der Patientensteuerung und damit Entlastung von Strukturen konterkarieren.

Gleichwohl besteht in der vorliegenden Neuregelung im Vergleich zu der bisherigen Regelung in § 120 Absatz 3b SGB V und der hierzu vom G-BA im Jahr 2023 beschlossenen Ersteinschätzungs-Richtlinie noch **Nachbesserungsbedarf**.

So beschränkt der Gesetzentwurf die Ersteinschätzung auf solche Hilfesuchenden, die selbstständig ein Krankenhaus aufsuchen. Damit sind Patientinnen und Patienten, die mit dem Rettungsdienst in ein Krankenhaus gebracht werden, von der Ersteinschätzung nach Absatz 2 ausgenommen. Allerdings werden auch Fälle durch den Rettungsdienst in Krankenhäuser transportiert, die keinen unmittelbaren oder dringenden Krankenhausbehandlungsbedarf aufweisen. Hierzu zählen beispielsweise **Bagatellfälle** wie ein verstopfter Katheter. Auch diese Patientinnen und Patienten sollten daher einer qualifizierten Ersteinschätzung unterzogen werden, um eine bedarfsgerechte Steuerung in die geeignete Versorgungsebene zu ermöglichen. In lebensbedrohlichen Notfällen kann die Ersteinschätzung hingegen bereits durch den Rettungsdienst erfolgen. Zu begrüßen ist hingegen, dass der Gesetzentwurf Hilfesuchenden nach einer Ersteinschätzung die Möglichkeit eröffnet, sich freiwillig für eine Behandlung in der vertragsärztlichen Regelversorgung zu entscheiden und hierfür eine Terminvermittlung zu erhalten. Diese Regelung unterstützt eine patientengerechte und ressourcenschonende Steuerung in der Akut- und Notfallversorgung,

indem sie Behandlungsanliegen ohne unmittelbaren Akutversorgungsbedarf in die hierfür vorgesehene ambulante Regelversorgung lenkt und gleichzeitig die Versorgungskapazitäten der Integrierten Notfallzentren für dringlichere Fälle entlastet. Die vorgesehene Terminbuchung für eine ambulante vertragsärztliche Weiterbehandlung ist sinnvoll. Besonders positiv hervorzuheben ist, dass diese Möglichkeit nicht nur für Patientinnen und Patienten nach erfolgter Akutversorgung im INZ vorgesehen ist, sondern ausdrücklich auch Hilfesuchenden offensteht, die sich nach der Ersteinschätzung freiwillig gegen eine Behandlung im INZ und für eine Versorgung in der ambulanten Regelversorgung entscheiden.

Ferner sei noch angemerkt, dass im Rahmen der Transparenz und aufgrund des bestehenden öffentlichen Interesses die Berichte der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung analog zur Neuregelung in § 105 Absatz 1b Satz 12 SGB V neu veröffentlicht werden sollten.

Änderungsvorschlag

§ 123 Absatz 2 Satz 1 SGB V wird wie folgt geändert:

„Für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen oder bei denen im Rettungswagen kein unmittelbar behandlungsbedürftiger, lebensbedrohlicher Zustand festgestellt wurde, trifft die zentrale Ersteinschätzungsstelle eine Entscheidung über die Behandlungsdringlichkeit und über die geeignete Versorgungsebene ~~innerhalb des Integrierten Notfallzentrums~~ unter Berücksichtigung der ~~jeweiligen Kooperationspraxen~~ in Absatz 1 Satz 5 und Satz 7 genannten vertragsärztlichen Leistungserbringer.“

In Absatz 2 wird in Satz 3 folgender Halbsatz ergänzt:

„[...], das Ergebnis der Ersteinschätzung gemäß § 123c Absatz 1 Satz 1 ist für die zentrale Ersteinschätzungsstelle grundsätzlich verbindlich.“

In § 123 Absatz 4 SGB V werden Sätze 3 und 4 (neu) eingefügt:

„Der Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit wird barrierefrei im Internet veröffentlicht. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Landeskrankenhausgesellschaften sind verpflichtet, die Bevölkerung innerhalb von sechs Wochen nach Bestimmung gemäß § 123a Absatz 1 zielgerichtet und wiederholt in Form von analogen und digitalen Werbemaßnahmen über die Angebote der Akutleitstellen und der Terminservicestellen, die Standorte der Integrierten Notfallzentren, ihre Öffnungszeiten und die Inanspruchnahmevoraussetzungen zu informieren.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

§ 133 SGB V neu (Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 133 SGB V wird grundlegend neu gefasst. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sollen gemeinsam und einheitlich mit den nach Landesrecht vorgesehenen Leistungserbringern Verträge über die Entgelte für die einzelnen Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 SGB V schließen. Die Kalkulationsdaten sind vollständig, elektronisch und in nachprüfbarer Form vorzulegen. Berücksichtigungsfähig sind nur Kosten, die der Sicherstellung des Leistungsanspruchs nach § 30 dienen; Kosten für darüberhinausgehende öffentliche Aufgaben sind auszuschließen. § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V ist zu beachten. Bei Nichteinigung entscheidet eine nach Landesrecht errichtete Schiedsstelle. Für landes- oder kommunalrechtlich festgesetzte Entgelte ist eine zeitlich begrenzte Übergangsregelung vorgesehen.

Bewertung

Die Abkehr von der reinen Erstattung von Fahrkosten und die Einführung einer leistungsbezogenen Vergütung werden ausdrücklich begrüßt. Auch die Verpflichtung zur Vorlage vollständiger und überprüfbarer Kalkulationsdaten sowie die gesetzliche Begrenzung der berücksichtigungsfähigen Kosten auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung sind sachgerecht.

Das Vertragsprinzip und der in Absatz 4 bereits vorgesehene Schiedsmechanismus werden begrüßt. Die Übergangsregelung für landes- oder kommunalrechtlich festgesetzte Entgelte darf jedoch nicht zu einem dauerhaften Fortbestehen paralleler Vergütungswege führen.

Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wurde § 133 SGB V bereits zum 30. Juli 2026 wesentlich geändert. Die Neuregelungen der Notfallreform müssen daher widerspruchsfrei mit dem geltenden Rechtsrahmen, insbesondere § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V, verzahnt werden. Erforderlich ist ein eindeutiges Verhältnis zwischen bundesrechtlichen Vergütungsvorgaben und landesrechtlichen Regelungen.

Die Abgrenzung der Finanzierungsverantwortung ist weiter zu konkretisieren. Die GKV darf nur solche Kosten tragen, die unmittelbar und nachweisbar der wirtschaftlichen Sicherstellung des Leistungsanspruchs nach § 30 dienen. Kosten der allgemeinen Daseinsvorsorge bzw. öffentlichen Gefahrenabwehr dürfen nicht zulasten der Beitragszahlenden der GKV finanziert werden. Vorhalte- und Investitionskosten sollten nur insoweit berücksichtigt werden, als sie unmittelbar und nachweisbar der wirtschaftlichen Sicherstellung des Leistungsanspruchs nach § 30 dienen.

Soweit landesrechtliche Bedarfs- und Strukturentscheidungen unmittelbare Auswirkungen auf die von der GKV zu finanzierenden Entgelten haben, sind angemessene Mitwirkungsrechte der Krankenkassen erforderlich. Dies betrifft insbesondere kostenwirksame Entscheidungen über Standorte, Vorhaltekapazitäten, Rettungsmittel und Strukturen der Luftrettung.

Änderungsvorschlag

§ 133 Absatz 2 Satz 3 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Bei der Kalkulation der Entgelte dürfen nur Kosten berücksichtigt werden, die unmittelbar und nachweisbar der wirtschaftlichen Sicherstellung des Leistungsanspruchs nach § 30 dienen; Kosten für darüberhinausgehende öffentliche Aufgaben, insbesondere des Brand-, Katastrophen- und Bevölkerungsschutzes sowie Kosten von Fehleinsätzen, soweit diese nicht dem Leistungsanspruch nach § 30 zuzuordnen sind, dürfen in diese Kalkulation nicht einbezogen werden.“

Nach § 133 Absatz 2 Satz 3 SGB V wird folgender Satz eingefügt:

„Vorhalte- und Investitionskosten sind nur insoweit berücksichtigungsfähig, als sie unmittelbar und nachweisbar der wirtschaftlichen Sicherstellung des Leistungsanspruchs nach § 30 dienen.“

Zusätzlich sollte folgende Beteiligungsregelung aufgenommen werden:

„Soweit Entscheidungen im Rahmen der landesrechtlichen Bedarfsplanung unmittelbar Auswirkungen auf die nach Absatz 2 Satz 1 zu vereinbarende Entgelte haben, sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen angemessen an diesen Entscheidungen zu beteiligen.“

Die in Absatz 6 vorgesehene Übergangsregelung für landes- oder kommunalrechtlich festgelegte Entgelte ist auf den gesetzlich vorgesehenen Übergangszeitraum zu begrenzen. Eine darüberhinausgehende Fortgeltung paralleler landes- oder kommunalrechtlicher Vergütungsmechanismen ist auszuschließen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

§ 133a SGB V neu (Gesundheitsleitsystem)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung des neuen § 133a SGB V soll ein Gesundheitsleitsystem etabliert werden, das Hilfesuchende unabhängig vom jeweils genutzten Zugang – Rettungsleitstellen (112) und Akutleitstellen (116117) – bedarfsgerecht in die jeweils geeignete medizinische Versorgung steuert. Ziel ist eine strukturierte und einheitliche Einschätzung des gesundheitlichen Anliegens sowie eine passgenaue Zuweisung zu den vorhandenen Versorgungsangeboten.

Bewertung

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 aus Sicht der Innungskrankenkassen 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. Nur so kann vermieden werden, dass Hilfesuchende zwischen verschiedenen Leitstellen hin und hergereicht werden. Die bundesweite Vereinheitlichung der standardisierten Abfragesysteme sollte daher verbindlich geregelt werden, um eine einheitliche Anwendung sicherzustellen.

Änderungsvorschlag

Siehe Bewertung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

§ 133b SGB V neu (Fachgremium medizinische Notfallrettung)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit § 133b SGB V soll beim GKV-Spitzenverband ein Fachgremium medizinische Notfallrettung eingerichtet werden. Das Fachgremium erhält den Auftrag, bundesweit geltende Rahmenempfehlungen für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 SGB V zu erarbeiten und fortlaufend weiterzuentwickeln.

Bewertung

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 weiteren einseitigen Belastung der ohnehin angespannten Finanzsituation der GKV. Da die Länder einen unmittelbaren Nutzen aus diesen Strukturen ziehen und auch das BMG mit Mitberatungs-, Fristsetzungs- und Eingriffsbefugnissen in die Arbeit des Gremiums eingebunden ist, erscheint eine gleichmäßige Kostenverteilung aller an der Willensbildung beteiligten Akteure an der Finanzierung insbesondere an der vorgesehenen Geschäftsstelle sachgerecht.

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 SGB V 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

Siehe Bewertung.