

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

A. Problem und Ziel

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

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

Es gibt Defizite bei der effizienten Steuerung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene, so dass Hilfesuchende zunächst selbst über den aus ihrer Sicht in der konkreten Situation für sie richtigen Versorgungsbereich entscheiden. Derzeit erfolgt die Steuerung von Hilfesuchenden grundsätzlich durch zwei unterschiedliche telefonische Anlaufstellen: einerseits über die Rufnummer 116117 der Kassenärztlichen Vereinigungen, andererseits durch die Notrufnummer 112, unter der Anrufe bei den Rettungsleitstellen entgegengenommen werden.

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

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

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

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

Ziel ist es, für alle Hilfesuchenden eine bundesweit einheitliche und gleichwertige Notfallversorgung sicherzustellen. Der Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode zwischen CDU/CSU und SPD sieht daher vor, dass Gesetze zur Notfall- und Rettungsdienstreform auf den Weg gebracht werden (Zeile 3413-3414).

B. Lösung

Vor diesem Hintergrund werden gesetzliche Maßnahmen ergriffen, um die Vernetzung der Versorgungsbereiche in der Notfall- und Akutversorgung und damit die Steuerung der Hilfesuchenden in die bedarfsgerechte Versorgungsebene zu verbessern.

Die bisherigen Aufgaben der Terminservicestelle im Bereich der Akutfallvermittlung nimmt zukünftig die sogenannte Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigung wahr. Deren Vernetzung mit den neuen Leistungserbringern des Notfallmanagements soll eine bessere Steuerung von Hilfesuchenden ermöglichen. Dabei soll die digitale Fallübergabe mit medienbruchfreier Übermittlung bereits erhobener Daten wechselseitig möglich sein. Im Ergebnis werden durch diese bedarfsgerechte Steuerung sowohl Notaufnahmen als auch Rettungsdienste entlastet.

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

Integrierte Notfallzentren werden als sektorenübergreifende Notfallversorgungsstrukturen etabliert. In den integrierten Notfallzentren arbeiten zugelassene Krankenhäuser und die Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich so zusammen, dass immer eine bedarfsgerechte ambulante medizinische Erstversorgung bereitsteht. Die Integrierten Notfallzentren bestehen aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung im oder am Krankenhausstandort und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle. Die Vergütungsstrukturen werden an diese Strukturen entsprechend angepasst.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die jeweiligen Krankenhäuser werden verpflichtet, sich an Integrierten Notfallzentren zu beteiligen. Zusätzlich sollen zu Sprechstundenzeiten

vertragsärztliche Leistungserbringer als „Kooperationspraxen“ an Integrierte Notfallzentren angebunden werden können.

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

Die Ziele der Reform sind nur realisierbar, wenn alle relevanten Versorgungsbereiche einschließlich der medizinischen Notfallrettung miteinander vernetzt werden. Nur dann kann eine effiziente und bedarfsgerechte Steuerung von Hilfesuchenden sowie entsprechende Entlastungen im Bereich der Notaufnahmen der Krankenhäuser und im Rettungsdienst erreicht werden.

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

Weitere wichtige Bausteine sind die Digitalisierung und die digitale Vernetzung der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung mit den anderen Akteuren der Notfall- und Akutversorgung unter Nutzung der Telematikinfrastuktur sowie die Etablierung von Prozessen, die die Entwicklung eines bundesweiten Verständnisses für die Leistungserbringung der medizinischen Notfallrettung unter Einbeziehung aller Akteure und der Länder ermöglichen.

Im Arzneimittelgesetz wird ein Abgaberecht zur unmittelbaren Anschlussversorgung mit Arzneimitteln für Ärztinnen und Ärzte der Notdienstpraxis eines Integrierten Notfallzentrums vergleichbar mit der bereits bestehenden Abgabemöglichkeit für Arzneimittel durch Krankenhausapotheken im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung geschaffen. Ärztinnen und Ärzten dieser Notdienstpraxen wird in bestimmten eng begrenzten Fallkonstellationen zur Notfallversorgung ihrer Patientinnen und Patienten die Abgabe von Arzneimitteln für den akuten Bedarf gestattet, wenn die erforderliche Versorgung der Patientin oder des Patienten über eine öffentliche Apotheke nicht ausreichend sichergestellt werden kann. Eine analoge Regelung wird für apothekenpflichtige Medizinprodukte in der Medizinprodukte-Abgabeverordnung geschaffen.

C. Alternativen

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

Fallbearbeitung würde weiter erschwert. Es bestehen daher keine Alternativen zu den vorgesehenen Regelungen, die die Ziele des Gesetzes in gleichem Maße erreichen würden.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Kommunen

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

Gesetzliche Krankenversicherung

Die Mehr- oder Minderausgaben, die durch die Anpassungen der Vergütungsstrukturen an die Zusammenarbeit in Integrierten Notfallzentren und durch die zusätzliche Inanspruchnahme des vertragsärztlichen Systems aufgrund der Weiterleitung von Hilfeersuchen durch die Leitstellen zu erwarten sind, sind nicht quantifizierbar. Durch die Vereinbarungen nach § 105 Absatz 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergeben sich für die GKV jährlich geschätzte maximale Mehrausgaben in Höhe von etwa 140 Millionen Euro. Davon entfallen rund 98 Millionen Euro auf den Ausbau des aufsuchenden Dienstes und rund 42 Millionen Euro auf den Mehrbedarf bei den Akutleitstellen. Zusätzliche Mehrausgaben von rund 100 Millionen Euro entstehen durch zusätzliche Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung und von rund 26 Millionen Euro durch den Anschluss der medizinischen Notfallrettung an die Telematik-Infrastruktur.

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

Durch die Vernetzung der Akutleitstelle und den neuen Leistungserbringern des Notfallmanagements wird die Abgabe von Fällen untereinander ermöglicht. Hierdurch entsteht bei vorsichtiger Schätzung ein Einsparpotenzial von ungefähr 705 Millionen Euro pro Jahr, das in wenigen Jahren erreicht wird.

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

Insgesamt kann durch die Notfallreform langfristig mit geschätzten jährlichen Minderausgaben von gut 1,2 Milliarden Euro und weiteren noch nicht kalkulierbaren Effizienzgewinnen gerechnet werden. Berücksichtigt man noch weitere Folgekosten, wie die der stationären Behandlung nach nicht bedarfsgerechten Rettungseinsätzen, dürfte sich ein weiteres Einsparpotenzial von über 1 Milliarde Euro jährlich ergeben.

Finanzwirkung der Notfallreform für die GKV (in Millionen Euro, ohne Folgekosten für stationäre Aufnahmen)	2027	2028	2029	2030	2031
Mehrausgaben					
Ausbau des aufsuchenden Dienstes	98	98	98	98	98
Mehrbedarf Akutleitstelle	42	42	42	42	42
Vertragsärztliche Versorgung	30	60	90	100	100
Anschluss Notfallrettung an die Tele- matik-Infrastruktur	26	26	26	26	26
Einsparungen					
Abgabe Hilfeersuchen an die Kassen- ärztlichen Vereinigungen	-212	-423	-635	-705	-705
Reduktion von Notarzteinsätzen	-67	-134	-201	-223	-223
Entsendung bedarfsgerechter Trans- portmittel	-74	-148	-222	-296	-370
Behandlung vor Ort bei fehlender Transportindikation	-87	-173	-173	-173	-173
Saldo	-243	-652	-974	-1.131	-1.205

Private Krankenversicherungsunternehmen

In gleicher Weise entsteht den privaten Krankenversicherungsunternehmen durch die Vereinbarungen nach § 105 Absatz 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein jährlicher Mehraufwand von 12 Millionen Euro, dem langfristig jährliche Minderausgaben von rund 103 Millionen Euro gegenüberstehen.

E. Erfüllungsaufwand

Der jährliche Erfüllungsaufwand reduziert sich für alle drei Normadressatengruppen um insgesamt 205 699 000 Euro. Diese Entlastung unterfällt der „One-in-one-out“-Regel und beruht nicht auf unionsrechtlichen Vorgaben.

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Bürgerinnen und Bürgern entstehen keine Kosten.

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

Durch die Neuregelungen reduziert sich für die Bürgerinnen und Bürger der Aufwand im Fall einer notwendigen notdienstlichen Akutversorgung durch eine telefonische oder videogestützte Versorgung um 3,3 Millionen Stunden und reduziert den Sachaufwand um 4 650 000 Euro.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Durch die Neuregelungen reduziert sich der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft um jährlich 207 576 000 Euro. Es entsteht ein zusätzlicher einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 1 959 000 Euro.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Keine.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Der zusätzliche Erfüllungsaufwand beträgt auf Länderebene inkl. Kommunen jährlich rund 160 000 Euro sowie auf Ebene der Sozialversicherung jährlich bei rund 1 718 000 Euro. Einmalig fällt ein Erfüllungsaufwand von rund 2 329 000 Euro im Bereich der Sozialversicherung an.

F. Weitere Kosten

Keine.

Table Briefings

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 28 des Gesetzes vom 3. Februar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 28) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 27 Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 6 wird die Angabe „Leistungen.“ durch die Angabe „Leistungen,“ ersetzt.
 - b) Nach Nummer 6 wird die folgende Nummer 7 eingefügt:

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

„§ 30

Medizinische Notfallrettung

(1) Bei Vorliegen eines rettungsdienstlichen Notfalles haben Versicherte Anspruch auf medizinische Notfallrettung durch einen nach § 133 Absatz 1 vorgesehenen Leistungserbringer. Ein rettungsdienstlicher Notfall liegt vor, wenn hinreichende Anhaltspunkte dafür bestehen,

1. dass sich der Versicherte aufgrund seines Gesundheitszustandes in unmittelbarer Lebensgefahr befindet oder
2. eine lebensbedrohende Verschlechterung seines Gesundheitszustandes oder eine schwere gesundheitliche Schädigung des Versicherten zu befürchten ist, sofern nicht unverzüglich eine medizinische Versorgung erfolgt.

(2) Die medizinische Notfallrettung umfasst:

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

(3) Das Notfallmanagement umfasst

1. die Entgegennahme des medizinischen Hilfeersuchens und die Vermittlung der erforderlichen Hilfe ab dem [...einsetzen: Datum des ersten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] auf der Grundlage einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage,
2. die telefonische und telemedizinische Notfallberatung, einschließlich der telefonischen Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen,
3. ab dem [...einsetzen: Datum des ersten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Benachrichtigung von Ersthelfern durch auf digitalen Anwendungen basierenden Ersthelferalarmierungssystemen insbesondere bei lebensbedrohlichen rettungsdienstlichen Notfällen sowie
4. ab dem [...einsetzen: Datum des ersten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Nutzung des AED-Katasters nach § 394 in geeigneten Fällen.

(4) Die notfallmedizinische Versorgung umfasst die aus medizinischer Sicht erforderliche Versorgung nach dem Stand der Wissenschaft an dem Ort, an dem sich der Versicherte zum Zeitpunkt des rettungsdienstlichen Notfalls befindet, und während eines Notfalltransports durch nichtärztliches Fachpersonal und bei medizinischer Notwendigkeit zusätzlich telemedizinisch oder vor Ort durch Notärzte.

(5) Der Notfalltransport umfasst

1. den medizinisch erforderlichen Transport in die nächste geeignete Versorgungseinrichtung und
2. die aus zwingenden medizinischen Gründen erforderliche Verlegung von einer Versorgungseinrichtung in eine andere, bei der aus medizinischen Gründen die Beförderung mit einem qualifizierten boden- oder luftgebundenen Rettungsmittel erforderlich ist.

Der Anspruch auf einen Notfalltransport umfasst nicht den Rücktransport in das Inland; § 18 bleibt unberührt.

(6) Versicherte leisten zu einer notfallmedizinischen Versorgung oder zu einem Notfalltransport eine Zuzahlung in Höhe des sich nach § 61 Satz 4 ergebenden Betrages. Die Krankenkasse zieht die jeweilige Zuzahlung vom Versicherten ein. Erfolgt unmittelbar nach der notfallmedizinischen Versorgung an dem Ort, an dem sich der Versicherte zum Zeitpunkt des rettungsdienstlichen Notfalls befindet, auch ein Notfalltransport oder erfolgt die notfallmedizinische Versorgung während des Transports, leistet der Versicherte nur eine Zuzahlung zur medizinischen Notfallrettung insgesamt.“

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

„§ 60

Krankenfahrten und Krankentransporte

(1) Versicherte haben in dem durch Absatz 2 bestimmten Umfang und in der nach Absatz 5 und 6 bestimmten Höhe Anspruch auf Übernahme der Kosten für Krankenfahrten und Krankentransporte, wenn diese 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. Krankentransporte werden ausschließlich durch Einrichtungen und Unternehmen erbracht, die nach Landesrecht dafür vorgesehen oder damit beauftragt worden sind.

(2) Krankenfahrten sind Fahrten ohne medizinisch-fachliche Betreuung, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen oder Taxen durchgeführt werden. Krankentransporte sind Transporte mit medizinisch-fachlicher Betreuung, die in Fahrzeugen durchgeführt werden, die über die für diese medizinisch-fachliche Betreuung notwendige technische Ausstattung verfügen.

(3) Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für Krankenfahrten und Krankentransporte bei

1. Fahrten und Transporten zur stationären Behandlung,
2. Fahrten und Transporten im Zuge einer Verlegung
 - a) in ein anderes Krankenhaus während einer stationären Behandlung, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist,
 - b) in ein anderes Krankenhaus zur Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a oder
 - c) in ein wohnortnahes Krankenhaus, wenn die Krankenkasse in die Verlegung eingewilligt hat,
3. Fahrten und Transporten zu
 - a) einer vor- oder nachstationären Behandlung im Krankenhaus im Sinne des § 115a Absatz 1,
 - b) einer Behandlung nach § 115b oder § 115f oder
 - c) einer ambulanten Operation in einer Vertragsarztpraxis einschließlich der Fahrten und Transporte zu 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, wie bei einer stationären Behandlung,
4. Fahrten und Transporten zu ambulanten Behandlungen, wenn
 - a) bei Krankenfahrten ein besonderer Ausnahmefall vorliegt, den der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 festgelegt hat, oder
 - b) aus medizinischen Gründen ein Krankentransport zwingend erforderlich ist oder
5. Fahrten und Transporten zur Versorgung in einem Integrierten Notfallzentrum, sofern eine Versorgung dort nach dem Ergebnis einer softwarebasierten standardisierten Abfrage eines Gesundheitsleitsystems erforderlich und die Fahrt oder der Transport nach den Umständen des Einzelfalls aus medizinischen Gründen zwingend erforderlich ist; die Entscheidung eines Gesundheitsleitsystems mittels

softwarebasierter standardisierter Abfrage gilt als Verordnung dieser Fahrt oder dieses Transports.

(4) In den in Absatz 2 Nummer 4 genannten Fällen übernimmt die Krankenkasse die Kosten für eine Krankenfahrt oder einen Krankentransport, wenn sie diese vorher genehmigt hat. In dem in Absatz 2 Nummer 4 Buchstabe a genannten Fall gilt die Genehmigung als erteilt, sofern bei dem Versicherten eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

1. ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder „TBl“,
2. eine Einordnung gemäß § 15 des Elften Buches in den Pflegegrad 3, sofern zusätzlich eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität festgestellt wurde,
3. eine Einordnung gemäß § 15 des Elften Buches in den Pflegegrad 4 oder 5 oder
4. eine gemäß § 15 des Elften Buches in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung bis zum 31. Dezember 2016 erfolgte Einordnung in die Pflegestufe II und eine gemäß § 15 des Elften Buches ab dem 1. Januar 2017 erfolgte Einordnung mindestens in den Pflegegrad 3.

(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, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann, die Kosten in Höhe des in einem Vertrag nach Satz 2 bestimmten Betrages,
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 die Krankenkassen oder ihre Landesverbände mit geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen Verträge schließen. § 133 Absatz 2 Satz 2 und 4 sowie Absatz 5 bis 6 gelten entsprechend.

(6) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich schließen mit den nach Landesrecht vorgesehenen Einrichtungen oder Unternehmen Verträge über Entgelte für Krankentransporte. § 133 Absatz 2 Satz 2 und 4 sowie Absatz 4 bis 6 gelten entsprechend.

(7) Versicherte leisten zu einer Krankenfahrt oder einem Krankentransport eine Zuzahlung in Höhe des sich aus § 61 Satz 4 ergebenden Betrages. Die Krankenkasse übernimmt bei Krankenfahrten die Kosten nach Absatz 1 Satz 1 unter Abzug der Zuzahlung nach Satz 1 oder zieht die Zuzahlung nach Satz 1 von den Versicherten ein. Bei Krankentransporten zieht die Krankenkasse die Zuzahlung nach Satz 1 von den Versicherten ein.

(8) Die Kosten eines Rücktransports in das Inland werden von der Krankenkasse nicht übernommen. § 18 bleibt unberührt.

(9) 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 Ersatz des Verdienstausfalls nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 des Neunten Buches nur, sofern kein Anspruch nach § 45 Absatz 1a besteht. Zu den Reisekosten nach Satz 1 gehören bei Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches auch die Reisekosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung Pflegebedürftiger nach § 40 Absatz 3a Satz 1 und 2 entstehen. Die Reisekosten von Pflegebedürftigen, die gemäß § 40 Absatz 3a Satz 2 während einer stationären Rehabilitation ihrer Pflegeperson im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches eine Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches erhalten, hat die Pflegekasse des Pflegebedürftigen der Krankenkasse der Pflegeperson im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches zu erstatten.“

4. Nach § 61 Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die Zuzahlung zu Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 Absatz 2 Nummer 2 und 3 beträgt 10 Euro.“

5. § 73 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 Nummer 7 wird nach der Angabe „Krankentransporten“ die Angabe „Krankenfahrten“ eingefügt.
- b) In Satz 4 wird nach der Angabe „Krankentransporten“ die Angabe „Krankenfahrten“ eingefügt.

6. § 73b Absatz 4 Satz 7 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Satz 6 gilt nicht für die Organisation der notdienstlichen Akutversorgung im Sinne des § 75 Absatz 1b Satz 3.“

7. § 75 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

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

- bb) Satz 3 wird wie folgt geändert:

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

- cc) Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

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

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

dd) Satz 11 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 5 wird die Angabe „Satz 2.“ durch die Angabe „Satz 2 und“ ersetzt.

bbb) Nach Nummer 5 wird die folgende Nummer 6 eingefügt:

„6. zur Gewährleistung der telefonischen Erreichbarkeit der Terminservicestellen nach Satz 2.“

ee) Satz 17 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die in Satz 16 genannte Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement und für ein elektronisch gestütztes Dispositionsmanagement bei der Terminvermittlung bundesweit einheitlich zu nutzen und können darüber hinaus zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Satz 3 auch eigene digitale Angebote bereitstellen.“

ff) Die Sätze 18 und 19 werden durch den folgenden Satz ersetzt:

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

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

„(1b) Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die jederzeit verfügbare vertragsärztliche Versorgung in Fällen, in denen eine unverzügliche Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist (Akutfall). Nicht vom Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst ist die notärztliche Versorgung im Sinne des § 30 Absatz 4, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Wird die Versorgung nach Satz 1 nicht durch vertragsärztliche Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 im Rahmen ihrer Sprechstunden erbracht, umfasst der Sicherstellungsauftrag nur die Versorgung im Umfang der jeweils unaufschiebbar erforderlichen Maßnahmen (notdienstliche Akutversorgung); es kann darüber hinaus 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. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellen die notdienstliche Akutversorgung durch geeignete Versorgungsstrukturen (Notdienst) sicher. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung organisieren den Notdienst insbesondere durch:

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

Zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen Durchführung der in Satz 5 Nummer 2 und 3 genannten Maßnahmen sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen untereinander sowie mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kooperieren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Durchführung der in Satz 5 Nummer 3 genannten Maßnahme qualifiziertes nichtärztliches Fachpersonal, das nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung handelt, einsetzen. Das Nähere zur erforderlichen Qualifikation des qualifizierten nichtärztlichen Personals sowie zu erbringbaren Tätigkeiten legen die Partner des Bundesmantelvertrages für Ärzte nach § 28 Absatz 1 Satz 3 fest. Der Bundesärztekammer ist vor der Festlegung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Durchführung der in Satz 5 Nummer 3 genannten Maßnahme Kooperationen mit Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung nach § 30 eingehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können Integrierte Notfallzentren auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin durch telemedizinische oder telefonische Konsilien unterstützen. Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende zugelassene Krankenhäuser und Ärzte, die aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogen sind, sind zur Leistungserbringung im Rahmen des Notdienstes berechtigt und nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Satz 12 gilt entsprechend für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte im Rahmen der notärztlichen Versorgung im Sinne des § 30 Absatz 4, soweit durch Landesrecht bestimmt ist, dass auch diese Versorgung vom Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen umfasst ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Landesapothekerkammern Informationen über die Organisation des Notdienstes austauschen, um die Versorgung der Versicherten zu verbessern.

(1c) Zur Vermittlung von Behandlungsterminen in Akutfällen und zur Wahrnehmung ihrer in Absatz 1b genannten Aufgaben betreibt jede Kassenärztliche Vereinigung eine Leitstelle, die jederzeit unter der in Absatz 1a Satz 2 genannten bundesweit einheitlichen Rufnummer und über digitale Angebote erreichbar ist (Akutleitstelle). Ab dem ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] müssen die Akutleitstellen unter der in Absatz 1a Satz 2 genannten bundesweit einheitlichen Rufnummer innerhalb von drei Minuten für 75 Prozent der Anrufenden und innerhalb von zehn Minuten für 95 Prozent der Anrufenden erreichbar sein. Die Akutleitstellen haben Versicherten in Akutfällen auf der Grundlage der nach Absatz 7 Satz 1 Nummer 6 aufzustellenden Richtlinien für ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren eine ärztliche Versorgung auf der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln. Die Vermittlung soll vorrangig in die Sprechstunden der Praxen zugelassener Ärzte und zugelassener medizinischer Versorgungszentren erfolgen. In geeigneten Fällen kann eine telefonische oder videounterstützte ärztliche Konsultation vermittelt werden. Für die Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem Facharzt bedarf es im Akutfall keiner Überweisung. Eine Versorgung durch den aufsuchenden Dienst nach Absatz 1b Satz 5 Nummer 3 ist nur in den Fällen zu vermitteln, in denen eine Behandlung des Versicherten durch einen zugelassenen Arzt oder ein zugelassenes medizinisches Versorgungszentrum nicht möglich oder nicht zumutbar und das Aufsuchen eines Integrierten

Notfallzentrums nicht möglich oder nicht zumutbar ist und eine telefonische oder videounterstützte ärztliche Konsultation nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

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

(1e) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung evaluiert die Auswirkungen der Tätigkeit der nach Absatz 1a Satz 2 eingerichteten Terminservicestellen insbesondere im Hinblick auf die fristgemäße Vermittlung von Arztterminen, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme und auf die Vermittlungsquote. Über die Ergebnisse der Evaluierung hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. Juni 2027 zu berichten.

(1f) Absatz 1b Satz 3 und Sätze 5 bis 11 und 13 sowie die Absätze 1c bis 1e sind auf die vertragszahnärztliche Versorgung nicht anzuwenden. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung stellen den vertragszahnärztlichen Notdienst außerhalb der Sprechstundenzeiten der Vertragszahnärzte sicher. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sollen den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen; hierzu sollen sie entweder Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen informieren die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragszahnärzte und über die Barrierefreiheit.“

c) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

8. § 76 Absatz 1a wird durch den folgenden Absatz 1a ersetzt:

„(1a) In den Fällen des § 75 Absatz 1a Satz 7 können Versicherte auch zugelassene Krankenhäuser in Anspruch nehmen, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Dies gilt auch, wenn eine Akutleitstelle Versicherte in Akutfällen nach § 75 Absatz 1c Satz 3 in eine Notaufnahme vermittelt. Die Inanspruchnahme umfasst in den Fällen des § 75 Absatz 1a Satz 7 auch weitere auf den Termin folgende notwendige Behandlungen, die dazu dienen, den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen.“

9. § 87 wird wie folgt geändert:

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

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

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

2. Regelungen für die Versorgung im Notdienst mit telemedizinischen Leistungen
 3. Zuschläge für die Gruppe der Versicherten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität der Behandlungsdiagnose einer besonders aufwändigen Betreuung und Überwachung in der Notaufnahme eines Integrierten Notfallzentrums nach § 123 Absatz 1 oder eines Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche nach § 123b Absatz 1 bedürfen.“
- b) In Absatz 2b Satz 3 Nummer 1 und Absatz 2c Satz 3 Nummer 1 werden die Wörter „Behandlungen im Akutfall nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4, wenn die Behandlung spätestens am Folgetag der Terminvermittlung durch die “ jeweils durch die Wörter „den Fall, dass eine Behandlung spätestens am Folgetag der Terminvermittlung durch eine Akutleitstelle nach § 75 Absatz 1c Satz 3“ ersetzt.
10. In § 87a Absatz 3 Satz 5 wird Nummer 3 durch folgende Nummer 3 ersetzt:
- „3. Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 oder die aufgrund der Vermittlung durch die Akutleitstelle nach § 75 Absatz 1c Satz 3 erbracht werden, “
11. § 90 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „nach § 116b Absatz 3“ gestrichen.
 - b) Nach Absatz 4 wird der folgende Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen wird für die Wahrnehmung der Aufgaben nach § 116b Absatz 2, § 123 Absatz 4 Satz 2, § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 um Vertreter der Krankenhäuser in der gleichen Zahl erweitert, wie sie nach Absatz 2 Satz 1 und 4 jeweils für die Vertreter der Ärzte vorgesehen ist (erweiterter Landesausschuss). Die Vertreter der Krankenhäuser werden von der Landeskrankenhausesgesellschaft bestellt. Über den Vorsitzenden des erweiterten Landesausschusses und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausesgesellschaft einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden im Benehmen mit den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie der Landeskrankenhausesgesellschaft berufen. Die Kosten, die dem erweiterten Landesausschuss durch die Wahrnehmung der Aufgaben nach § 116b Absatz 2, § 123 Absatz 4 Satz 3, § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 entstehen, werden zur Hälfte von den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie zu je einem Viertel von den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankenhausesgesellschaft getragen. Der erweiterte Landesausschuss beschließt mit einfacher Mehrheit; bei der Gewichtung der Stimmen zählen die Stimmen der Vertreter der Krankenkassen doppelt. Bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 sind Vertreter für die Belange der medizinischen Notfallrettung anzuhören; diese Vertreter für die Belange der medizinischen Notfallrettung sind von der zuständigen obersten Landesbehörde zu benennen. Der erweiterte Landesausschuss kann für die Beschlussfassung über Entscheidungen nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 in seiner Geschäftsordnung abweichend von Satz 1 die Besetzung mit einer kleineren Zahl von Mitgliedern festlegen; die Mitberatungsrechte nach Absatz 4 Satz 2 sowie § 140f Absatz 3 sowie das Anhörungsrecht nach Satz 7 bleiben unberührt.“

c) Absatz 6 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die von den Landesausschüssen getroffenen Entscheidungen nach § 99 Absatz 2, § 100 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3, § 103 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3, § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 sind der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde vorzulegen.“

12. In § 90a Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „und der Landeskrankenhausgesellschaft“ durch die Angabe „, der Landeskrankenhausgesellschaft und für die Belange der medizinischen Notfallrettung ein von der zuständigen Landesbehörde benannter Vertreter“ ersetzt.

13. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 wird durch die folgende Nummer 12 ersetzt:

„12. Verordnung von Krankentransporten und Krankenfahrten,“.

14. § 105 Absatz 1b wird durch den folgenden Absatz 1b ersetzt:

„(1b) Die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren auf Grundlage der in Satz 5 genannten Kalkulation unter Berücksichtigung der in Satz 6 genannten Sachverhalte 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 sowie dessen zweckgerechten Verwendung zur Finanzierung der

1. nach § 75 Absatz 1b Satz 5 Nummer 2 und 3, Absatz 1c und § 133a von der Kassenärztlichen Vereinigung sicherzustellenden Strukturen einschließlich Maßnahmen zur digitalen Vernetzung und
2. Förderung der von den Kassenärztlichen Vereinigungen verantworteten Einrichtungen und Stellen innerhalb der Integrierten Notfallzentren und der Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche einschließlich Maßnahmen zur digitalen Vernetzung.

Über die Höhe des in Satz 1 genannten Betrags ist mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. Benehmen mit Wirkung für die privaten Krankenversicherungsunternehmen herzustellen. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an dem von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Satz 1 bereitzustellenden Betrag. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. mit Wirkung für die privaten Krankenversicherungsunternehmen vereinbaren das Nähere zur Bereitstellung des Betrages der in Satz 3 genannten Beteiligung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen legen jährlich spätestens vier Wochen vor Beginn der Verhandlungen über die in Satz 1 genannte Vereinbarung den anderen in Satz 1 genannten Vereinbarungspartnern sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. eine detaillierte Kalkulation der Kosten vor, die zur Gewährleistung des Aufbaus und des Betriebs der in Satz 1 genannten Strukturen, Maßnahmen, Einrichtungen und Stellen entstehen. Die im Zusammenhang mit der notdienstlichen Akutversorgung nach der regionalen Euro-Gebührenordnung oder nach einem Gesamtvertrag abrechenbaren Leistungen und Kosten, die von der Kassenärztlichen Vereinigung nicht verbrauchten Mittel des Honorarvolumens nach § 87b Absatz 1 Satz 3 sowie die von der Kassenärztlichen Vereinigung sonstigen vereinnahmten Entgelte sind von den in Satz 1 genannten Vereinbarungspartnern bei der Vereinbarung des in Satz 1 genannten Betrags in voller Höhe mindernd zu berücksichtigen. Die Höhe des jeweils zuletzt nach Satz 1 vereinbarten Betrags und dessen zweckgerechter Verwendung ist jährlich von den in Satz 1 genannten Vereinbarungspartnern zu überprüfen

und entsprechend der Entwicklung der in Satz 5 genannten Kosten anzupassen; Satz 2 gilt entsprechend. § 89 Absatz 3 ist auf die in Satz 1 genannte Vereinbarung entsprechend anzuwenden, sofern von einem Vereinbarungspartner ein Antrag beim zuständigen Schiedsamt gestellt wird. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht jährlich, erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], barrierefrei im Internet einen Bericht über die Anzahl und den jeweiligen Inhalt der in Satz 1 genannten Vereinbarungen, einschließlich der Höhe der jeweils vereinbarten Beträge bezogen auf die einzelnen Verwendungszwecke. Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich können vereinbaren, über die Mittel nach Absatz 1a hinaus einen zusätzlichen Betrag zweckgebunden zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes bereitzustellen.“

15. § 115e Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Im Rahmen der tagesstationären Behandlung besteht ab dem Zeitpunkt der ersten Aufnahme im Krankenhaus kein Anspruch auf Übernahme der Kosten für Krankentransporte und Krankenfahrten nach § 60; ausgenommen ist die Übernahme der Kosten für Krankenfahrten zum Krankenhaus, die im Fall einer ambulanten Behandlung nach § 60 Absatz 3 Nummer 4 Buchstabe a von der Krankenkasse übernommen würden.“

b) Nach Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

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

16. § 116b wird wie folgt geändert:

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

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

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

17. § 120 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 75 Absatz 1b Satz 2“ durch die Angabe „§ 75 Absatz 1b Satz 12“ ersetzt.

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

„(3b) Die Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 von Krankenhausstandorten ohne Integriertes Notfallzentrum setzt ab dem nach § 123c Absatz 2 Satz 5 Nummer 4 bestimmten Zeitpunkt voraus, dass die in § 123c Absatz 1 Satz 1 genannte Ersteinschätzung eine Entscheidung zur Behandlung am Krankenhausstandort getroffen hat. Dies gilt nur für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen den Krankenhausstandort selbständig aufsuchen. Die Ersteinschätzung kann als Hilfeleistung nach § 28 Absatz 1 Satz 2 erfolgen. Der Vergütungsanspruch für die Durchführung der Ersteinschätzung selbst bleibt von den Voraussetzungen des Satzes 1 unberührt.“

18. § 123 wird durch die folgenden §§ 123 bis 123c ersetzt:

„§ 123

Integrierte Notfallzentren

(1) Integrierte Notfallzentren bestehen aus der Notaufnahme eines zugelassenen Krankenhauses, einer in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des betreffenden Krankenhausstandortes gelegenen Praxis der Kassenärztlichen Vereinigung zur notdienstlichen Akutversorgung im Sinne des § 75 Absatz 1b Satz 3 (Notdienstpraxis) und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle, die auf der Grundlage einer in § 123a Absatz 2 Satz 1 genannten Kooperationsvereinbarung zusammenarbeiten. Wird ein Standort eines zugelassenen Krankenhauses nach § 123a Absatz 1 Satz 1 als Standort für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums festgelegt, sind der Träger dieses Krankenhauses und die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zum Abschluss einer Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 Satz 1 und zur Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums verpflichtet. Die Kassenärztlichen Vereinigungen binden die Notaufnahme des jeweiligen zugelassenen Krankenhauses gemäß § 75 Absatz 1b Satz 12 unmittelbar in den Notdienst ein. Die fachliche Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle und ihre fachliche Leitung obliegen dem zugelassenen Krankenhaus, wenn in der nach § 123a Absatz 2 Satz 1 abzuschließenden Kooperationsvereinbarung nichts Abweichendes geregelt ist. Die Kassenärztliche Vereinigung kann von der Einrichtung einer Notdienstpraxis absehen, sofern die vertragsärztliche Versorgung von Akutfällen während der in § 123a Absatz 2 Satz 6 genannten Zeiten durch einen im Sinne von § 95 Absatz 1 Satz 1 zugelassenen Leistungserbringer sichergestellt wird, dessen Praxis sich in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des Krankenhausstandortes befindet; die Verpflichtung zum Abschluss einer Kooperationsvereinbarung nach Satz 2 sowie Regelungen zur Einrichtung und zum Betrieb der Notdienstpraxen dieses Buches und § 3 Medizinprodukte-Abgabeverordnung gelten entsprechend. Die Parteien der Kooperationsvereinbarung nach Satz 2 können zur Patientenversorgung geeignete, im Umkreis des jeweiligen Krankenhausstandortes gelegene zugelassene Ärzte und medizinische Versorgungszentren in die Kooperation einbeziehen (Kooperationspraxen). Eine Kooperationspraxis muss organisatorisch und technisch so mit dem Integrierten Notfallzentrum vernetzt sein, dass ohne jeden zeitlichen Verzug eine rückverfolgbare und digitale Fallübergabe zwischen dem Integrierten Notfallzentrum und der Kooperationspraxis möglich ist.

(2) Für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, trifft die zentrale Ersteinschätzungsstelle eine Entscheidung über die Behandlungsdringlichkeit und über die geeignete Versorgungsebene innerhalb des Integrierten Notfallzentrums unter Berücksichtigung von Kooperationspraxen. Diese Entscheidung kann als Hilfeleistung nach § 28 Absatz 1 Satz 2 getroffen werden. Ab dem nach § 123c Absatz 1 Satz 5 Nummer 4 bestimmten Zeitpunkt erfolgt die Entscheidung nach Satz 1 auf der

Grundlage einer Ersteinschätzung nach § 123c Absatz 1 Satz 1. Innerhalb des Integrierten Notfallzentrums erfolgt eine digitale Fallübergabe in einem interoperablen Datenformat. Die Parteien der Kooperationsvereinbarung nach Absatz 1 Satz einschließlich der Kooperationspraxen sind befugt, die für eine bedarfsgerechte Steuerung der Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten der Hilfesuchenden zu verarbeiten und sich wechselseitig zu übermitteln. Wenn nach einer notdienstlichen Akutversorgung im Integrierten Notfallzentrum eine ambulante Weiterbehandlung erforderlich ist, bietet das Integrierte Notfallzentrum den Patienten die Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer an. Gleiches gilt, wenn sich der Hilfesuchende nach erfolgter Entscheidung nach Satz 1 statt für eine Behandlung im Integrierten Notfallzentrum für die Vermittlung eines Behandlungstermins entscheidet. Hilfesuchende, die nachweisen, dass sie das Integrierte Notfallzentrum aufgrund einer telefonischen oder digitalen Vermittlung durch die Akutleitstelle aufsuchen, sind dort bei gleicher Behandlungsdringlichkeit grundsätzlich vorrangig zu behandeln. Das Nähere zum Nachweis der Vermittlung durch die Akutleitstelle ist im Bundesmantelvertrag zu vereinbaren.

(3) Integrierte Notfallzentren haben sicherzustellen, dass sie

1. zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin durch telemedizinische oder telefonische Konsilien unterstützt werden, wenn an ihrem Standort kein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche vorhanden ist, und
2. bei Hinweisen auf das Vorliegen psychischer Erkrankungen von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Nervenheilkunde durch telemedizinische oder telefonische Konsilien unterstützt werden, wenn an ihrem Standort keine Fachabteilung für Psychiatrie oder Psychosomatik vorhanden ist.

Der erweiterte Landesausschuss im Sinne des § 90 Absatz 4a Satz 1 kann Empfehlungen für die landesweite Konzeption und Koordinierung der in Satz 1 genannten Unterstützungen aussprechen. In den in Satz 1 genannten Fällen haben Integrierte Notfallzentren die erforderliche technische Ausstattung für eine telemedizinische Anbindung vorzuhalten und die Vorgaben der Vereinbarung nach § 367 Absatz 1 einzuhalten.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen berichten den für die Sozialversicherung und den für die Krankenhausplanung zuständigen obersten Landesbehörden jährlich, erstmals zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], über

1. die Versorgung in den Integrierten Notfallzentren im Hinblick auf
 - a) Abweichungen von den in § 123a Absatz 2 Satz 5 genannten Öffnungszeiten der Notdienstpraxis,
 - b) die Anzahl der in Absatz 1 Satz 5 genannten Leistungserbringer, der einbezogenen Kooperationspraxen und der eingerichteten Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche und
 - c) die Anteile der Inanspruchnahme des Integrierten Notfallzentrums mit und ohne vorherigen Kontakt zur Akutleitstelle sowie
2. die Auswirkungen der Versorgung in Integrierten Notfallzentren auf die ambulanten Behandlungen in Notaufnahmen, die nicht Bestandteil eines Integrierten Notfallzentrums sind.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des siebenundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], über die in Satz 1 genannten Sachverhalte.

§ 123a

Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

(1) Der erweiterte Landesausschuss im Sinne des § 90 Absatz 4a legt erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] unter vorrangiger Berücksichtigung der Bundeswehrkrankenhäuser die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser fest, an denen Integrierte Notfallzentren einzurichten sind. Bei der Festlegung der Standorte sind die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung zu beachten. Zur flächendeckenden Versorgung durch Integrierte Notfallzentren legt der erweiterte Landesausschuss zunächst geeignete Planungsregionen fest, die sich im Einvernehmen mit den von der Planungsregion betroffenen anderen erweiterten Landesausschüssen auch über Landesgrenzen erstrecken können. Ein Krankenhausstandort kann als Standort für die Einrichtung eines Integriertes Notfallzentrums festgelegt werden, wenn

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

Bei der Festlegung nach Satz 1 sind insbesondere folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. die Erreichbarkeit des Standorts mit einem Kraftfahrzeug innerhalb einer Fahrzeit von 30 Minuten für mindestens 95 Prozent der zu versorgenden Menschen in der Planungsregion,
2. die Zahl der zu versorgenden Menschen in der Planungsregion,
3. die Erreichbarkeit des Standorts mit dem öffentlichen Personennahverkehr,
4. das Bestehen einer Praxis der Kassenärztlichen Vereinigung zur Sicherstellung des Notdienstes in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des Krankenhausstandortes und
5. die Möglichkeiten der Einbeziehung von Kooperationspraxen.

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

1. die die Voraussetzungen einer höheren Notfallstufe gemäß den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), der zuletzt durch den Beschluss vom 18. Juni 2025 (BAnz AT 28.08.2025 B3) geändert worden sind, erfüllen oder eine nach anderen Kriterien, insbesondere Fallzahlen, leistungsfähigere Notaufnahme aufweisen,
2. die notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen, wozu insbesondere Chirurgie, Unfallchirurgie, Innere Medizin, Psychiatrie und Psychosomatik zählen, vorhalten und
3. in denen eine Praxis der Kassenärztlichen Vereinigung zur Sicherstellung des Notdienstes unmittelbar in der Notaufnahme besteht oder eine Notdienstpraxis unmittelbar in der Notaufnahme eingerichtet werden kann.

Der erweiterte Landesausschuss im Sinne des § 90 Absatz 4a Satz 1 kann eine Festlegung nach Satz 1 abweichend von den Sätzen 4 bis 6 treffen, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist. Kommt eine Festlegung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgemäß zustande, setzt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde unverzüglich eine Frist zum Nachholen der Festlegung, die sechs Wochen nicht überschreiten darf. Kommt die Festlegung ganz oder teilweise auch innerhalb dieser Frist nicht zustande, erfolgt die Festlegung durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der nach Satz 8 gesetzten Frist. Der erweiterte Landesausschuss stellt der für die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde die hierfür erforderlichen Informationen, Unterlagen und Stellungnahmen unverzüglich zur Verfügung. Der erweiterte Landesausschuss hat die Festlegungen nach Satz 1 in regelmäßigen Abständen zu überprüfen. Die Festlegung nach Satz 1 erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben. Widerspruch und Klage gegen den Bescheid haben keine aufschiebende Wirkung.

(2) Zur Organisation des Integrierten Notfallzentrums schließen die Kassenärztliche Vereinigung und der Krankenhausträger innerhalb von neun Monaten, nachdem der betreffende Krankenhausstandort als Standort für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums festgelegt worden ist, eine Kooperationsvereinbarung; die Rahmenvereinbarungen nach Absatz 4 sind zu beachten. Soweit die Erbringung einer vertragsärztlichen Versorgung in Akutfällen durch einen in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Leistungserbringer sichergestellt wird, wird auch dieser Leistungserbringer Partei der von der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Krankenhausträger abzuschließenden Kooperationsvereinbarung; gleiches gilt für Kooperationspraxen. Es soll ein gemeinsames Qualitätsmanagement durchgeführt werden. Die Kassenärztliche Vereinigung, der Krankenhausträger und die nach Satz 2 in die Kooperationsvereinbarung einbezogenen Leistungserbringer sowie Kooperationspraxen sind befugt, die für dieses gemeinsame Qualitätsmanagement erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten. In der in Satz 1 genannten Kooperationsvereinbarung ist insbesondere das Nähere zu vereinbaren zur

1. Vornahme der in § 123 Absatz 2 Satz 1 genannten Entscheidung bis zu dem nach § 123c Absatz 1 Satz 5 Nummer 4 bestimmten Zeitpunkt,
2. Anmietung oder Bereitstellung von Räumlichkeiten, Einrichtung und Verbrauchsmaterial der Notdienstpraxis,
3. Nutzung der technischen und diagnostischen Einrichtungen des Krankenhauses einschließlich der hierfür zu entrichtenden Entgelte.

Die Notdienstpraxis ist mindestens an Wochenenden und Feiertagen von 9 bis 21 Uhr, am Mittwoch und Freitag von 14 bis 21 Uhr und am Montag, Dienstag und Donnerstag von 18 bis 21 Uhr zu öffnen. Kürzere Öffnungszeiten der Notdienstpraxis können in der in Satz 1 genannten Kooperationsvereinbarung festgelegt werden, soweit die Kassenärztliche Vereinigung gegenüber dem Träger des Krankenhauses nachweist, dass der Betrieb der Notdienstpraxis zu den in Satz 5 genannten Öffnungszeiten aufgrund der tatsächlichen Inanspruchnahme der Notdienstpraxis nicht bedarfsgerecht wäre. Für eine digitale Fallübergabe sind bundeseinheitlich definierte, digitale Schnittstellen und Standards nach dem Zwölften Kapitel festzulegen.

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

(4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen bis zum ... [einsetzen: Datum drei Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 11 Absatz 1] in einer Rahmenvereinbarung Vorgaben zur Zusammenarbeit in Integrierten Notfallzentren insbesondere

1. zu Grundsätzen der Organisation eines Integrierten Notfallzentrums,
2. zur Organisation und zur personellen Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle einschließlich der notwendigen Qualifikationen, erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals,
3. zur Vernetzung und interoperablen, digitalen Fallübergabe innerhalb des Integrierten Notfallzentrums sowie zwischen dem Integrierten Notfallzentrum und einer Kooperationspraxis,
4. zu den Voraussetzungen für die Weiterleitung von Hilfesuchenden in eine Kooperationspraxis,
5. für den Fall wiederholter und schwerwiegender Verstöße gegen die Kooperationsvereinbarung und
6. zur Ausgestaltung der Übernahme der Aufgaben der Notdienstpraxis durch einen im Sinne von § 95 Absatz 1 Satz 1 zugelassenen Leistungserbringer nach § 123 Absatz 1 Satz 5.

Kommt eine Rahmenvereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a Absatz 2. Die Kooperationsvereinbarungen nach Absatz 2 können ergänzende und, sofern dies aufgrund lokaler Besonderheiten vor Ort notwendig ist, auch von der Rahmenvereinbarung abweichende Regelungen vorsehen.

§ 123b

Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche

(1) Der erweiterte Landesausschuss im Sinne des § 90 Absatz 4a Satz 1 kann Standorte zugelassener Krankenhäuser festlegen, an denen Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche einzurichten sind. Er hat erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechs auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine in Satz 1 genannte Festlegung zu treffen oder zu entscheiden, dass eine solche Festlegung in dem Planungsgebiet nicht erfolgt. Ein Krankenhausstandort kann als Standort für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche festgelegt werden, wenn

1. dieser Krankenhausstandort die in § 25 Absätze 2 bis 4 der „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), die zuletzt durch den Beschluss vom 18. Juni 2025 (BAnz AT 28.08.2025 B3) geändert worden sind, genannten Kriterien erfüllt und
2. keine berechtigten Interessen des Krankenhauses oder der Kassenärztlichen Vereinigung entgegenstehen, die das Interesse an einer flächendeckenden Versorgung durch Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche überwiegen.

(2) § 123 Absatz 1, 2 und 3 Satz 1 Nummer 2, Satz 2 und 3 sowie Absatz 4, § 123a Absatz 1 Satz 12 bis 14 und Absatz 2 bis 4 sowie § 123c gelten für Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche entsprechend.

§ 123c

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ersteinschätzung an Krankenhausstandorten und zu Anforderungen an Notdienstpraxen

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in einer Richtlinie Vorgaben für eine qualifizierte, standardisierte und softwarebasierte Ersteinschätzung. Diese dient der Ermittlung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig einen Krankenhausstandort aufsuchen. Für Integrierte Notfallzentren umfasst die Ersteinschätzung die in § 123 Absatz 2 Satz 1 genannte Entscheidung. Für alle übrigen Krankenhausstandorte ohne Integriertes Notfallzentrum umfasst die Ersteinschätzung die Entscheidung darüber, ob eine Behandlung am Krankenhausstandort oder eine Weiterleitung an ein Integriertes Notfallzentrum erfolgt. In der Richtlinie ist auch das Nähere vorzugeben

1. zur Einbeziehung ärztlichen Personals bei Entscheidung der Weiterleitung eines Hilfesuchenden an ein Integriertes Notfallzentrum,
2. zum Nachweis der Einhaltung der in der Richtlinie geregelten Vorgaben an die Software,
3. zur Form und zum Inhalt des Nachweises über die Durchführung der Ersteinschätzung und
4. zum Zeitpunkt, ab dem die Ersteinschätzung durchzuführen ist.

In der Richtlinie nach Satz 1 sind zudem zu regeln

1. Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen und der in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Leistungserbringer in Integrierten Notfallzentren sowie der Kooperationspraxen,
2. Vorgaben zum Nachweis und zur Kontrolle der Einhaltung der nach Nummer 1 geregelten Mindestanforderungen und
3. die dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Erfüllung seiner Prüfungs- und Berichtspflichten nach Satz 9 von den in Satz 9 genannten Stellen zu übermittelnden Informationen.

§ 92 Absatz 7e gilt für die Richtlinie nach Satz 1 entsprechend. Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie nach Satz 1 ist den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Auswirkungen der Richtlinie nach Satz 1 auf die Entwicklung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen, der Notdienstpraxen und der in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Leistungserbringer sowie auf die Patientenversorgung und die Erforderlichkeit einer Anpassung der Richtlinie zu prüfen und dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2028 über das Ergebnis dieser Prüfung zu berichten. Die in Satz 9 genannten Stellen übermitteln dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Erfüllung seiner Prüfungs- und Berichtspflichten nach Satz 9 die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 6 Nummer 3 festgelegten Informationen.

(2) Mit Wirkung zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des übernächsten auf den Tag des Inkrafttretens nach Artikel 11 Absatz 1 folgenden Kalenderquartals] beschließt der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen die für die Vergütung der in Absatz 1 Satz 1 genannten Ersteinschätzung als unabhängig von der Weiterbehandlung zu vergütende Einzelleistung notwendigen Anpassungen. Der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a hat die Auswirkungen dieses Beschlusses auf die Entwicklung der nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen berechnungsfähigen ambulanten Leistungen der Notaufnahmen, der Notdienst- und der Kooperationspraxen sowie der in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Leistungserbringer auf deren Honorare, auf die Versorgung der Versicherten sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2028 zu berichten. Der Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 3 und der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a beschließen die für die Evaluation notwendigen Fallkennzeichnungen zur Identifikation von Notaufnahmen, Notdienstpraxen, in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Leistungserbringern und Kooperationspraxen.

(3) Ab dem nach Absatz 1 Satz 5 Nummer 4 bestimmten Zeitpunkt setzt die in Absatz 2 genannte Vergütung der Ersteinschätzung voraus, dass diese gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 1 nachweislich erfolgt ist. "

19. § 133 wird durch die folgenden §§ 133 bis 133g ersetzt:

„§ 133

Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung

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

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen gemeinsam und einheitlich mit den nach Landesrecht vorgesehenen Leistungserbringern Verträge über die Entgelte für die einzelnen Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30. Die Leistungserbringer legen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die der Kalkulation der Entgelte der einzelnen Leistungen zu Grunde liegenden Daten vor Vertragsschluss elektronisch, vollständig und in nachprüfbarer Form vor. Bei der Kalkulation der Entgelte dürfen nur Kosten berücksichtigt werden, die der Sicherstellung des Leistungsanspruchs nach § 30 dienen; Kosten für darüber hinausgehende öffentliche Aufgaben dürfen nicht einbezogen werden. Die nach § 133b Absatz 1 Satz 1 erstellten Rahmenempfehlungen sind bei den Vertragsverhandlungen zu berücksichtigen. Bei der Kalkulation der Entgelte sind die besonderen Anforderungen des Notfallmanagements an Leistungserbringer, die Teil eines Gesundheitssystems nach § 133a sind, angemessen zu berücksichtigen. § 71 Absatz 1 bis 3 ist zu beachten. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermitteln gemeinsam, einheitlich und elektronisch dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die wesentlichen Inhalte der abgeschlossenen Entgeltverträge.

(3) Übernimmt ein Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 Aufgaben nach § 133g (koordinierende Leitstelle), sind die Kosten für die Aufgaben nach § 133g separat auszuweisen. Zum Ausgleich der Kosten der koordinierenden Leitstelle vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit der koordinierenden Leitstelle eine Pauschale für nach § 133g Satz 1 zugewiesene Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben. Die zur Finanzierung der Aufgaben der koordinierenden Leitstelle erforderlichen Mittel werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen durch eine Umlage aufgebracht. Die Mittel sind im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der Krankenkassen mit Wohnort im Einzugsbereich der koordinierenden Leitstelle aufzubringen. Die Zahl der nach Satz 4 maßgeblichen Mitglieder ist nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen. § 71 Absatz 1 bis 3 ist zu beachten. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermitteln gemeinsam, einheitlich und elektronisch dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die wesentlichen Inhalte der Vereinbarungen nach Satz 2.

(4) Kommt ein Vertrag nach Absatz 2 Satz 1 oder Absatz 3 Satz 2 nicht oder teilweise nicht zustande, so bestimmt eine nach Landesrecht errichtete Schiedsstelle den jeweiligen Vertragsinhalt. Absatz 2 Sätze 2 bis 5 und Absatz 3 Sätze 1 und 3 bis 6 gelten entsprechend. Rechtsbehelfe gegen die Entscheidung der Schiedsstelle haben keine aufschiebende Wirkung. Gegen die Entscheidung der Schiedsstelle ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt in einer Richtlinie das Nähere zum Verfahren und zur Umsetzung der Gestaltung der Verträge nach Absatz 2 Satz 1 und der Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 2 sowie zur Übermittlung der wesentlichen Inhalte der Verträge nach Absatz 2 Satz 7 und der Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 7. Er berichtet jährlich, erstmals zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], dem Bundesministerium für Gesundheit über die wesentlichen Inhalte der Entgeltverträge und Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 2.

(6) Abweichend von den Absätzen 2 bis 5 können die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 bis zum Ablauf des ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] gegenüber den Krankenkassen in Höhe des jeweiligen nach § 133 in der am ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung berechnungsfähigen Betrages abrechnen. Werden die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt, haben Versicherte bis zum Ablauf des ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] Anspruch auf Übernahme der Kosten für diese Leistungen in der in § 133 in der am ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung vorgesehenen Höhe.

§ 133a

Gesundheitsleitsystem

(1) Auf Antrag eines Leistungserbringers des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 ist die örtlich zuständige Kassenärztliche Vereinigung als Träger der Akutleitstelle verpflichtet, mit diesem eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems zu schließen, wenn der Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 über eine softwarebasierte standardisierte Notrufabfrage verfügt. In einem Gesundheitsleitsystem arbeiten die Parteien der Kooperationsvereinbarung durch die Einrichtung und den Betrieb einer digitalen Vernetzung nach Maßgabe der Absätze 2 bis 4 zusammen. Die Parteien der Kooperationsvereinbarung können in der Kooperationsvereinbarung über die Inhalte nach Absatz 2 hinausgehende Kooperationen vereinbaren. Die weiteren Aufgaben der Parteien der Kooperationsvereinbarung bleiben unberührt.

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

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

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

Datenaustausches gemeinsame Verantwortliche nach Artikel 26 der Verordnung (EU) 2016/679. Für die Einrichtung und den Betrieb der in Absatz 1 Satz 2 genannten Vernetzung ist, sobald die hierfür erforderlichen Dienste und Komponenten flächendeckend zur Verfügung stehen, die Telematikinfrastruktur zu nutzen. Für die digitale Fallübergabe zwischen den Leitstellen der Parteien der Kooperationsvereinbarung sind bundeseinheitlich definierte, digitale Schnittstellen und Standards nach dem Zwölften Kapitel festzulegen.

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

(4) Die Parteien der Kooperationsvereinbarung sollen Krankentransporte, medizinische komplementäre sowie sonstige komplementäre Dienste für vulnerable Gruppen und für krisenhafte Situationen vermitteln, soweit diese verfügbar sind und landesrechtliche Regelungen dem nicht entgegenstehen. Das Nähere zur Vermittlung nach Satz 1 sollen die Parteien der Kooperationsvereinbarung mit den Krankentransportunternehmen und den jeweiligen komplementären Diensten vereinbaren.

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

§ 133b

Fachgremium medizinische Notfallrettung

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bildet bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] ein Fachgremium medizinische Notfallrettung, das Rahmenempfehlungen für die

Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 erstellt und ständig fortentwickelt. Die Rahmenempfehlungen sollen regionale Besonderheiten hinreichend berücksichtigen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen benennt 16 Mitglieder für das Fachgremium medizinische Notfallrettung. Die Länder können jeweils ein Mitglied benennen. Die vom Spitzenverbands Bund der Krankenkassen benannten Mitglieder und die von den Ländern benannten Mitglieder benennen in der ersten Sitzung des Gremiums nach Maßgabe von Absatz 3 Satz 1 und 2 gemeinsam vier Mitglieder der maßgeblichen Spitzenorganisationen von Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung nach § 30, zwei Mitglieder der maßgeblichen Fachgesellschaften auf Bundesebene und drei Mitglieder der maßgeblichen Fachverbände auf Bundesebene für das Gremium. Das Bundesministerium für Gesundheit entsendet ein Mitglied für das Gremium.

(3) Beschlussfassungen erfolgen mit einfacher Mehrheit. Die Mitglieder nach Absatz 1 Satz 1 bis 3 haben eine Stimme. Jedes Mitglied kann sein Stimmrecht auf ein anderes stimmberechtigtes Mitglied übertragen. Das vom Bundesministerium für Gesundheit entsandte Mitglied ist nicht stimmberechtigt. Es hat ein Mitberatungsrecht.

(4) Gegenstand der Rahmenempfehlungen nach Absatz 1 sind insbesondere

1. die Nutzung und einheitliche Anwendung von qualitätsgesicherten standardisierten softwaregestützten Abfragesystemen, die daraus folgende Entscheidung über zu vermittelnde Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 Absatz 2 Satz 1 und die Anleitung von Erster Hilfe am Notruf,
2. die Nutzung standardisierter und untereinander vernetzter Einsatzleitsysteme zur Ermöglichung einer auch landkreis-, länder- und leitstellenübergreifenden Alarmierung von Einsatzmitteln einschließlich der Bereitstellung technischer und organisatorischer Schnittstellen,
3. der qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Einsatz von Telemedizin in der medizinischen Notfallrettung,
4. die Einbeziehung von besonderen Einsatzmitteln, die primär auf eine Versorgung vor Ort ausgerichtet sind, in die medizinische Notfallrettung nach § 30 Absatz 1, insbesondere bezüglich
 - a) der für diese Versorgung notwendigen Weiterbildung und
 - b) einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Anbindung,
5. Konzepte zur Vermeidung von Einsätzen der medizinischen Notfallrettung durch die Vernetzung weiterer medizinischer komplementärer sowie sonstiger komplementärer Dienste für vulnerable Gruppen und für krisenhafte Situationen nach § 133a Absatz 4,
6. der Einsatz und die leitstellenübergreifende Vernetzung von Versorgungskapazitätenachweisen,
7. die Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme hinsichtlich
 - a) technischer Anforderungen, insbesondere zu Datensicherheit und Ausfallsicherheit, zur Interoperabilität der auf digitalen Anwendungen basierenden Ersthelferalarmierungssystemen untereinander und zu den

Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 sowie zu den Mindestinhalten der den Ersthelfern übermittelten Daten und

- b) organisatorischer Anforderungen, insbesondere zur Registrierung der Ersthelfer, zu den für den Einsatz von Ersthelfern geeigneten Notfallbildern, zu den Sicherheitsmaßnahmen zur Minimierung der Gefährdung der Ersthelfer sowie zur Einsatznachsorge,
- 8. die Entwicklung standardmäßiger Verfahrensweisen für die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäter bei notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen und
- 9. den zeitlichen Umfang und die Zielsetzung von Fort- und Weiterbildungen für Rettungsfachpersonal.

(5) Die in Absatz 2 genannten Mitglieder können Themen benennen, über die eine Beratung und Entscheidung erfolgt. Den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen nach § 140f ist bei der Erstellung der Rahmenempfehlungen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind bei der Erstellung der Rahmenempfehlungen zu berücksichtigen. Das Fachgremium medizinische Notfallrettung kann Ausschüsse zur Beratung spezifischer Themen bilden, für die weitere Vertreter von Fachgesellschaften und Fachverbänden sowie Einzelsachverständige nach Maßgabe von Absatz 2 Satz 1 benannt werden können.

(6) Das Bundesministerium für Gesundheit kann Fristen für die Erstellung der Rahmenempfehlungen festlegen. Werden diese Fristen nicht eingehalten, kann das Bundesministerium für Gesundheit entsprechende Empfehlungen im Benehmen mit den nach Absatz 2 benannten Mitgliedern der Länder, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Mitglieder nach Absatz 2 Satz 3 erstellen. Absatz 5 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(7) Das Fachgremium medizinische Notfallrettung erstellt bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 folgenden Kalendermonats] Empfehlungen für die Datenübermittlung zur Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung nach § 133d einschließlich bundesweit zu erhebender Qualitätsindikatoren der medizinischen Notfallrettung, die für die Ermittlung der Leistungsqualität in der medizinischen Notfallrettung erforderlich sind.

(8) Das Fachgremium medizinische Notfallrettung legt das Nähere zu seiner Arbeitsweise und zu seiner Beschlussfassung in einer Geschäftsordnung fest.

(9) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen richtet zur Koordinierung der Tätigkeit des Fachgremiums medizinische Notfallrettung eine Geschäftsstelle ein.

§ 133c

Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung

(1) Zur Versorgung von rettungsdienstlichen Notfällen im Sinne des § 30 Absatz 1 Satz 2 und Akutfällen im Sinne von § 75 Absatz 1b Satz 1 sind die folgenden Stellen zur digitalen Erhebung und Speicherung der für die weitere medizinische Diagnostik und Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten, zur Übermittlung dieser Daten an die jeweils weiterversorgende Stelle und zu deren Empfang verpflichtet

(digitale Notfalldokumentation), sobald die erforderlichen technischen Voraussetzungen vorliegen:

1. die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30,
2. die an der Notfallversorgung beteiligten zugelassenen Krankenhäuser,
3. die zentrale Ersteinschätzungsstelle der Integrierten Notfallzentren nach § 123 und der Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b,
4. die Akutleitstellen und
5. die Ärzte, die im Notdienst im Sinne des § 75 Absatz 1b Satz 4 tätig sind, als oder für einen Leistungserbringer nach § 123 Absatz 1 Satz 5 oder in einer Kooperationspraxis Patienten eines Integrierten Notfallzentrums behandeln.

Für die digitale Notfalldokumentation sind bundeseinheitlich definierte, digitale und interoperable Schnittstellen und Standards für die Datensätze, insbesondere zur Vernetzung und interoperablen digitalen Fallübergabe nach § 123a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 sowie zur digitalen Fallübergabe zwischen den Leitstellen nach § 133a, nach dem Zwölften Kapitel festzulegen. Soweit für die Festlegung nach Satz 2 eine Beauftragung nach § 385 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 erfolgt, ist das Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen nach § 385 bei der Festlegung ins Einvernehmen zu setzen. Sobald die hierfür erforderlichen Komponenten und Dienste flächendeckend zur Verfügung stehen, sind für die digitale Notfalldokumentation Dienste der Telematikinfrastruktur und sicheren Übermittlung nach § 311 Absatz 6 zu nutzen. Zugriffsberechtigte Leistungserbringer und andere zugriffsberechtigte Personen nach § 352, die in der medizinischen Notfallrettung oder im Notdienst tätig sind, haben, soweit die hierzu erforderlichen technischen Zugriffsvoraussetzungen und ein Standard für die Datensätze vorliegen, die von ihnen erhobenen personenbezogenen Daten der digitalen Notfalldokumentation in die elektronische Patientenakte nach § 341 Absatz 2 Nummer 1 zu übermitteln und dort zu speichern.

(2) Die zuständige Landesbehörde kann eine Stelle benennen, die ein softwarebasiertes Informationssystem zur Verfügung stellt, das folgende Angaben erfasst und diese einrichtungsbezogen darstellt und verwaltet (Versorgungskapazitätenachweis):

1. in Echtzeit die aktuelle Verfügbarkeit der für die medizinische Weiterbehandlung relevanten Versorgungskapazitäten der Versorgungseinrichtungen und die jeweils erfolgende Patientenzuweisung, und
2. im Fall von Ausnahmesituationen mit einer außergewöhnlichen Belastung des Gesundheitssystems zusätzlich die regelmäßige Erfassung relevanter Versorgungskapazitäten.

Die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 sind verpflichtet, den Versorgungskapazitätenachweis zu nutzen. Die an der medizinischen Notfallversorgung teilnehmenden zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet ihre Versorgungskapazitäten in Echtzeit an den Versorgungskapazitätenachweis zu übermitteln. Die Stelle nach Satz 1 sowie die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 ermöglichen eine landesgrenzübergreifende Vernetzung des Versorgungskapazitätenachweises. Die Stelle nach Satz 1 soll Akutleitstellen einen lesenden Zugriff ermöglichen. Für die Vernetzung der Versorgungskapazitätenachweise untereinander sind bundeseinheitlich definierte, digitale und interoperable Schnittstellen und Standards für die Datensätze nach dem Zwölften Kapitel festzulegen. Die Gesellschaft für Telematik hat bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des zweiundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im Benehmen mit dem

Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik Vorgaben zur Informationssicherheit festzulegen.

(3) Eine Einbindung von Ersthelfern durch Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 muss durch auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme erfolgen, die untereinander interoperabel und dem Ziel eines möglichst hohen Verbreitungsgrades sowie einer einfachen Bedienung entsprechend konzipiert sind. Die Rahmenempfehlungen nach § 133b Absatz 4 Nummer 7 sind zu berücksichtigen. Für die Vernetzung der auf digitalen Anwendungen basierenden Ersthelferalarmierungssysteme untereinander sind bundeseinheitlich definierte, digitale und interoperable Schnittstellen und Standards für die Datensätze nach dem Zwölften Kapitel festzulegen.

§ 133d

Datenübermittlung zur Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung, Verordnungsermächtigung

(1) Die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 übermitteln in elektronischer anonymisierter Form zum 31. März eines jeden Kalenderjahres, erstmals zum 31. März des übernächsten auf den Erlass der Rechtsverordnung nach Satz 2 folgenden Kalenderjahres, für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr die für die Ermittlung der Leistungsqualität in der medizinischen Notfallrettung gemäß der Rechtsverordnung nach Satz 2 erforderlichen Daten an die durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Absatz 3 eingerichtete Datenstelle. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die für die Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung erforderlichen Daten festzulegen. Das Nähere zum Verfahren der Übermittlung der Daten bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einer Richtlinie.

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

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

§ 133e

Einbindung der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung in die Telematikinfrastruktur und Finanzierung

(1) Die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 haben sich bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünfzehnten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] an die Telematikinfrastruktur anzuschließen.

(2) Zum Ausgleich der in § 376 genannten Ausstattungs- und Betriebskosten erhalten die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 ab dem ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünfzehnten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die in der Festlegung des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 378 Absatz 2 für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer vereinbarte TI-Pauschale von den Krankenkassen.

(3) Näheres zur Abrechnung der Ausgleichszahlungen nach Absatz 2, insbesondere zu dem Zahlungs- und Abrechnungsverfahren sowie zu der Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen an den Kosten legen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die maßgeblichen Spitzenorganisationen von in § 133 Absatz 1 genannten Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung nach § 30 auf Bundesebene bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in einer Finanzierungsvereinbarung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit fest. Dabei ist auch ein von der Ausgleichszahlung nach Absatz 2 abweichender Ausgleichsbedarf der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 im Vergleich zu den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern aufgrund ihrer Besonderheiten, insbesondere bezogen auf Größe, Anzahl der Fahrzeuge und Beschäftigtenanzahl, zu berücksichtigen.

(4) Die Parteien der Finanzierungsvereinbarung nach Absatz 3 Satz 1 verhandeln Anpassungen des abweichenden Ausgleichsbedarf nach Absatz 3 Satz 2 im Abstand von jeweils zwei Jahren, sofern dies erforderlich ist. Wird eine Anpassung nach Satz 1 nicht innerhalb dieses Zeitraums vereinbart, gilt die jeweils bestehende Finanzierungsvereinbarung nach Absatz 3 fort.

§ 133f

Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung

(1) In den Jahren 2027 bis 2031 stellt der Bund aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes insgesamt 225 Millionen für Investitionen in die digitale Infrastruktur im Rahmen folgender Vorhaben zur Verfügung:

1. Einrichtung einer softwarebasierten standardisierten Abfrage im Rahmen des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1,
2. Bildung eines Gesundheitsleitsystems nach § 133a,
3. Einführung einer digitalen Notfalldokumentation im Sinne des § 133c Absatz 1 Satz 1,
4. Einrichtung eines Versorgungskapazitätenachweises im Sinne des § 133c Absatz 2 Satz 1,
5. Einrichtung eines in § 133c Absatz 3 genannten auf digitalen Anwendungen basierenden Ersthelferalarmierungssystems und
6. Errichtung des AED-Katasters im Sinne des § 394 Absatz 1 Satz 1.

Nicht förderfähig sind Kosten, die Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung nach § 30 durch die Wahrnehmung einer über den Leistungsanspruch nach § 30 hinausgehenden anderen öffentlichen Aufgabe entstehen.

(2) 2,5 Millionen Euro von der vom Bund nach Absatz 1 Satz 1 zur Verfügung gestellten Summe werden vom Bundesministerium für Gesundheit verwaltet und insbesondere zur Errichtung eines AED-Katasters nach § 394 verausgabt.

(3) Zur Förderung von in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5 genannten Vorhaben wird beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen in den Jahren 2027 bis 2031 ein Digitalisierungsfonds in Höhe von 222,5 Millionen Euro eingerichtet. Zur Finanzierung des Digitalisierungsfonds stellt der Bund dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in den Jahren 2027 bis 2031 jährlich zum 15. Januar einen Betrag von 44,5 Millionen Euro von der in Absatz 1 Satz 1 genannten Summe zur Verfügung.

(4) Das Fördervolumen des Digitalisierungsfonds eines Kalenderjahres entspricht dem vom Bund nach Absatz 3 Satz 2 in diesem Jahr zur Verfügung gestellten Betrag, abzüglich der in Absatz 8 Satz 1 genannten, im jeweiligen Kalenderjahr notwendigen Aufwendungen des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen für die Verwaltung des Digitalisierungsfonds und die Durchführung der Förderung und zuzüglich der nach Satz 3 aus dem vorhergehenden Kalenderjahr übertragenden oder zurückgezahlten Mittel. Für jedes der Kalenderjahre 2027 bis 2031 können Antragsberechtigte aus einem Land die Zuteilung von Fördermitteln bis zu einer Höhe desjenigen Anteils an dem um den Betrag der nach Satz 3 aus dem jeweils vorhergehenden Kalenderjahr übertragenen Mittel verminderten Fördervolumen beantragen, der sich für das jeweilige Land aus dem Königsteiner Schlüssel für das Jahr 2020 ergibt, zuzüglich der nach Satz 3 für das jeweilige Land aus dem jeweils vorherigen Kalenderjahr übertragenen oder zurückgezahlten Mittel. Für jedes Land und jedes der Kalenderjahre 2027 bis 2031 sind Mittel in der Höhe der Differenz zwischen dem Betrag, bis zu dessen Höhe Antragsteller in dem jeweiligen Land nach Satz 2 die Zuteilung von Fördermitteln beantragen können, und dem Betrag, in dessen Höhe den Antragstellern in dem jeweiligen Land im jeweiligen Kalenderjahr Fördermittel nach Absatz 6 zugeteilt werden, zur Zuteilung im jeweils folgenden Kalenderjahr zu übertragen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht auf seiner Internetseite quartalsweise die Höhe der Beträge, bis zu der in den einzelnen Ländern die Zuteilung von Fördermitteln in dem jeweiligen Kalenderjahr noch beantragt werden können.

(5) Antragsberechtigt sind Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 und im Fall der Förderung eines in Absatz 1 Nummer 2 genannten Vorhabens auch die jeweilige an dem Gesundheitssystem nach § 133a beteiligte Kassenärztliche Vereinigung.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen teilt den Antragstellern für jedes der Kalenderjahre 2027 bis 2031 Fördermittel für in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5 genannte Vorhaben bis zur Höhe des Betrags zu, bis zu dem in dem jeweiligen Land die Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 4 beantragt werden kann. Vor der Zuteilung von Fördermitteln an Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Benehmen der zuständigen Landesbehörde einzuholen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die Rahmenempfehlungen nach § 133b Absatz 1 Satz 1 zu berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen informiert die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen quartalsweise über die Zuteilung von Fördermitteln nach Satz 1.

(7) Der jeweilige Antragsteller hat die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen nachzuweisen. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Fördermittel sind von dem jeweiligen Antragsteller unverzüglich an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zurückzuzahlen.

(8) Die für die Verwaltung des Digitalisierungsfonds und für die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen werden aus dem Digitalisierungsfonds gedeckt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2027 nähere Vorgaben zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen in einem einheitlichen Format oder in einer maschinell auswertbaren Form fest. Für die Rechnungslegung und die Bewirtschaftung der Fördermittel durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen gelten die für die Sozialversicherungsträger geltenden Vorschriften entsprechend. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fordert die Fördermittel von dem jeweiligen Antragsteller zurück, soweit die Fördermittel nicht zweckentsprechend verwendet werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils bis zum 31. März des Folgejahres der Förderung über die in den Jahren 2027 bis 2031 nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5 geförderten Vorhaben, insbesondere über die Höhe, den Verwendungszweck und den Verwendungsort von zugeteilten Fördermitteln sowie über etwaige Rückforderungen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt nach dem 31. Dezember 2031 Fördermittel unverzüglich an das Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität zurück, die

1. nicht durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Absatz 6 Satz 1 zugeteilt wurden oder
2. nach dem 31. Dezember 2031 zu Gunsten des Digitalisierungsfonds nach Absatz 7 Satz 2 zurückgezahlt werden.

(9) Investitionen nach Absatz 1 sollen nach dieser Vorschrift finanziert werden. Nach Satz 1 geförderte Kosten sind nicht in den Entgelten und Pauschalen nach § 133, der Förderung nach § 105 Absatz 1b sowie in anderen Kosten- und Gebührenkalkulationen gegenüber Dritten ansatzfähig.

§ 133g

Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben

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

1. die landesweite Koordinierung von Versorgungsprozessen und -kapazitäten der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30, insbesondere bei Großschadenslagen, im Zusammenwirken mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde und den Krankenhäusern, denen nach § 6b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Koordinierungs- und Versorgungsaufgaben zugewiesen sind,
2. die landesweite Koordinierung und Abstimmung sämtlicher technischer und organisatorischer Prozesse eines Gesundheitsleitsystems nach § 133a mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung,
3. die Konzeption und die Koordinierung des Einsatzes landesweiter, insbesondere telemedizinischer Versorgungsnetzwerke und informationstechnischer Systeme und digitaler Dienste für die medizinische Notfallrettung, insbesondere der landesweite Betrieb eines Versorgungskapazitätennachweises im Sinne des § 133c Absatz 2 Satz 1, die Konzeption der softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage

nach § 30 Absatz 3 und die Wahrnehmung landesweiter Aufgaben zum Anschluss der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 an die Telemedizininfrastruktur und

4. die Übernahme von weiteren überregionalen und länderübergreifenden Aufgaben des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 zur bedarfsgerechten Steuerung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 Absatz 2, insbesondere die Koordinierung von Intensivtransporten, der Luftrettung und dem überregionalen Einsatz von Spezialrettungsmitteln.

Das Nähere zum Inhalt der in Satz 1 genannten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den zuständigen Landesbehörden oder mit den nach Landesrecht vorgesehenen Leistungserbringern. Bei der Entscheidung über die Erklärung des in Satz 1 genannten Benehmens sowie bezüglich der Vereinbarungen nach Satz 2 handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich. Die zuständige Landesbehörde hat dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft bis zum 31. Oktober eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 31. Oktober 2026, mitzuteilen, welchem Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 sie in Satz 1 genannte Aufgaben zugewiesen hat.“

20. In § 140f Absatz 2 Satz 5 wird die Angabe „§ 56 Abs. 1, § 92 Abs. 1 Satz 2, § 116b Abs. 4“ durch die Angabe „§ 56 Absatz 1, § 92 Absatz 1 Satz 2, § 116b Absatz 4, § 123c Absatz 2 Satz 1“ ersetzt.

21. § 279 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 10 wird die Angabe „zwei“ durch die Angabe „drei“ ersetzt.

- bb) In Satz 11 wird die Angabe „einmalig“ durch die Angabe „zweimal“ ersetzt.

- b) In Absatz 6 Satz 2 wird die Angabe „ein Ehrenamt“ durch die Angabe „zwei Ehrenämter“ ersetzt.

22. § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 10 wird durch folgende Nummer 10 ersetzt:

„10. zu der in Absatz 1 Satz 1 sowie der in § 53d Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches genannten Zusammenarbeit und einheitlichen Aufgabenwahrnehmung nach diesem und dem Elften Buch“.

23. In § 291b Absatz 5 Satz 3 wird die Angabe „§ 75 Absatz 1b Satz 3“ durch die Angabe „§ 75 Absatz 1b Satz 12“ ersetzt.

24. § 294a Absatz 1 Satz 1 wird 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 zugelassenen Krankenhäuser im Sinne des § 108 sowie die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 verpflichtet, die

erforderlichen Daten, einschließlich der Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher, den Krankenkassen mitzuteilen.“

25. § 302 Absatz 1 und 2 wird durch die folgenden Absätze 1 und 2 ersetzt:

„(1) Die Leistungserbringer im Bereich der Heil- und Hilfsmittel sowie der digitalen Gesundheitsanwendungen und die weiteren Leistungserbringer sind verpflichtet, den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen und den Tag der Leistungserbringung sowie die Arztnummer des verordnenden Arztes, die Verordnung des Arztes mit der Diagnose und den erforderlichen Angaben über den Befund und die Angaben nach § 291a Absatz 2 Nummer 1 bis 10 anzugeben; bei der Abrechnung über die Abgabe von Hilfsmitteln sind dabei die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 zu verwenden und die Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten nach § 33 Absatz 1 Satz 9 anzugeben. Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b Absatz 1 und 2 sowie der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c ist zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 die Zeit der Leistungserbringung und nach § 293 Absatz 8 Satz 14 die Beschäftigtennummer der Person, die die Leistung erbracht hat, anzugeben. Bei der Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 Absatz 2 sind anstelle der ärztlichen Verordnung die für die Prüfung des Leistungsanspruchs erforderlichen Angaben und anstelle der Arztnummer des verordnenden Arztes eine Fallidentifikationsnummer zu übermitteln. Der Nachweis über die aufgrund einer in § 30 Absatz 3 Satz 1 genannten softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage getroffenen Entscheidung zur Veranlassung der Leistungen nach § 30 Absatz 2 Nummer 2 und 3 gilt als Nachweis des Vorliegens eines rettungsdienstlichen Notfalls im Sinne des § 30 Absatz 1 Satz 2. Das Nähere zu Art und Umfang der nach Satz 3 und 4 erforderlichen Angaben zur Abrechnung der einzelnen Leistungen nach § 30 Absatz 2 bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in seiner Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1. Der Leistungserbringer der notfallmedizinischen Versorgung nach § 30 Absatz 2 Nummer 2 oder des Notfalltransports nach § 30 Absatz 2 Nummer 3 ist verpflichtet, die Angaben nach § 291a Absatz 2 Nummer 1 bis 10 an denjenigen Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 zu übermitteln, der die Entscheidung zur Veranlassung der Leistungen nach § 30 Absatz 2 Nummer 2 und 3 getroffen hat.

(2) Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Richtlinien, die in den Leistungs- oder Lieferverträgen zu beachten sind. Die Leistungserbringer nach Absatz 1 können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen Rechenzentren in Anspruch nehmen. Die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 dürfen zentrale Abrechnungsstellen mit der Abrechnung beauftragen. Die Rechenzentren und die zentralen Abrechnungsstellen dürfen die ihnen hierzu übermittelten Daten für im Sozialgesetzbuch bestimmte Zwecke und nur in einer auf diese Zwecke ausgerichteten Weise verarbeiten, soweit sie dazu von einer berechtigten Stelle beauftragt worden sind; anonymisierte Daten dürfen auch für andere Zwecke verarbeitet werden. Die Rechenzentren und zentrale Abrechnungsstellen dürfen die Daten nach Absatz 1 den Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln, soweit diese Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 73 Absatz 8 und § 84 erforderlich sind. Soweit die Daten nach Absatz 1 für die Aufgabenerfüllung nach § 305a erforderlich sind, haben die Rechenzentren den Kassenärztlichen Vereinigungen diese Daten auf Anforderung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. § 300 Absatz 2 Satz 5 bis 7 gilt entsprechend. Im Rahmen der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c sowie der medizinischen Notfallrettung nach § 30 sind vorbehaltlich des Satzes 8 von den Krankenkassen und den

Leistungserbringern ab dem 1. März 2021 ausschließlich elektronische Verfahren zur Übermittlung von Abrechnungsunterlagen einschließlich des Leistungsnachweises zu nutzen, wenn der Leistungserbringer

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

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

26. Nach § 354 Absatz 3 wird der folgende Absatz eingefügt:

„(4) dafür zu treffen oder die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass in einer elektronischen Patientenakte Daten nach § 341 Absatz 2 auch im Rahmen eines Fernzugriffs barrierefrei zur Verfügung gestellt und durch die Zugriffsberechtigten nach § 352 barrierefrei verarbeitet werden können. Dabei ist der Fernzugriff durch ein geeignetes sicheres technisches Verfahren zu ermöglichen, das einen hohen Sicherheitsstandard gewährleistet.“ 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.“

27. In § 370a Absatz 1 Satz 5 wird die Angabe „Satz 20 und 21“ durch die Angabe „Satz 19 und 20“ ersetzt.
28. In § 377 Absatz 5 wird die Angabe „Notfallambulanzen“ durch die Angabe „Notaufnahmen“ ersetzt.
29. § 394 wird durch den folgenden § 394 ersetzt:

„§ 394

Kataster Automatisierter Externer Defibrillatoren

(1) Zur Förderung des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 errichtet das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Januar 2029 ein Kataster, das die Standorte zur Auffindung Automatisierter Externer Defibrillatoren, die für die Benutzung durch Laien vorgesehen sind, (AED) ausweist (AED-Kataster). Es beauftragt eine öffentliche Stelle oder einen privaten Dienstleister mit der technischen Umsetzung, dem Betrieb und der Datenhaltung (AED-Katasterbetreiber).

(2) Das AED-Kataster ist jederzeit verfügbar und gewährleistet eine regelmäßige Datensicherung. Durch bundeseinheitlich definierte, digitale und interoperable Schnittstellen ermöglicht das AED-Kataster den Datenaustausch mit Leitstellen- und auf digitalen Anwendungen basierenden Ersthelfersystemen. Es verfügt über eine über elektronische Netzwerke öffentlich zugängliche Weboberfläche, in der die Standorte der AED durch Suchanfrage ermittelt und in einer Karte dargestellt werden.

(3) Das AED-Kataster stellt mindestens Adresse, Geokoordinaten und Informationen zur Zugänglichkeit der AED öffentlich bereit.

(4) Es verfügt über einheitliche geeignete elektronische Meldeformulare zur Lokalisierung der AED und Schnittstellen für die automatische Übermittlung nach § 17a Medizinprodukte-Betreiberverordnung.

(5) Die Veröffentlichung der Standorte nach Absatz 2 und der Datenaustausch nach Absatz 2 erfolgen ohne Personenbezug. Der AED-Kataster-Betreiber ist befugt, die zur Erfüllung seiner Verpflichtungen nach dieser Vorschrift erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten.“

Artikel 2

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

„(1e) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung evaluiert die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen und der Akutleitstellen insbesondere im Hinblick auf die fristgemäße Vermittlung von Arztterminen, auf die Weiterleitung von Patienten in offene Sprechstunden, auf die Vermittlungsquote von telefonischen oder videounterstützten ärztlichen Beratungen und von Leistungen des aufsuchenden Dienstes, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme der Terminservicestellen und der Akutleitstellen, insbesondere die Gesamtanzahl der Anrufe, die Anzahl der angenommenen Anrufe, die durchschnittliche Wartezeit bis zur Annahme eines Anrufs und die Anzahl der abgebrochenen Anrufe sowie auf die in § 75 Absatz 1b Satz 10 genannte Zusammenarbeit. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals im Jahr 2028 und jeweils zum 30. Juni, über die Ergebnisse der Evaluation. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. Dezember 2027 ein Konzept für die Evaluation vorzulegen.“

Artikel 3

Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung

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

Nach § 3 Absatz 6 Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„Dies sind insbesondere Integrierte Notfallzentren nach § 123 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

Artikel 4

Änderung des Arzneimittelgesetzes

Nach § 43 Absatz 3a des Arzneimittelgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom, das zuletzt durch ...geändert worden ist, wird der folgende Absatz 4 eingefügt:

„(4) Ärzte einer Notdienstpraxis im Sinne des § 123 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Arzneimittel an Patienten der Notdienstpraxis für den akuten Bedarf in einer zur Überbrückung für längstens drei Tage benötigten Menge abgeben, soweit für den akuten Bedarf in einer zur Überbrückung für längstens drei Tage benötigten Menge abgeben, soweit

1. die Abgabe außerhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten von öffentlichen Apotheken erfolgt oder im unmittelbaren Anschluss an den Tag der Behandlung in der Notdienstpraxis ein Wochenende oder ein Feiertag folgt und
2. die Anwendung des Arzneimittels keinen Aufschub erlaubt.“

Artikel 5

Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung

§ 3 wird wie folgt geändert:

1. Der Wortlaut wird Absatz 1.
2. Nach Absatz 1 wird der folgende Absatz 2 eingefügt:

„(2) dürfen Ärzte der Notdienstpraxis im Sinne des § 123 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch apothekenpflichtige Medizinprodukte an Patienten der Notdienstpraxis für den akuten Bedarf in einer zur Überbrückung für längstens drei Tage benötigten Menge abgeben, soweit an Patienten der Notdienstpraxis für den akuten Bedarf in einer zur Überbrückung für längstens drei Tage benötigten Menge abgeben, soweit

1. die Abgabe außerhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten von öffentlichen Apotheken erfolgt oder im unmittelbaren Anschluss an den Tag der Behandlung in der Notdienstpraxis ein Wochenende oder ein Feiertag folgt und
2. die Anwendung des apothekenpflichtigen Medizinprodukts keinen Aufschub erlaubt.“

Artikel 6

Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung

Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung vom 14. Februar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 38), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 263) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

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

„§ 17a

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

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

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

1. Adresse des Aufstellortes des Automatisierten Externen Defibrillators,
2. Geokoordinaten des Aufstellortes nach Nummer 1,
3. Angaben zur Zugänglichkeit des Automatisierten Externen Defibrillators,
4. Name und Kontaktdaten des Betreibers des Automatisierten Externen Defibrillators und
5. bei fernüberwachten Automatisierten Externen Defibrillators der Funktionszustand.

(3) Der Betreiber hat zur Meldung der Daten die Schnittstellen des AED-Katasters nach § 394 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die automatische Übermittlung der Datensätze zu nutzen. Verfügt der Automatisierte Externe Defibrillator nicht über kompatible Schnittstellen, so nutzt der Betreiber das elektronische Meldformular, das vom AED-Kataster zur Verfügung gestellt wird.

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

Artikel 7

Änderung des Betäubungsmittelgesetzes

Das Betäubungsmittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 19. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 365) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 4 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Nummer 4 wird durch die folgenden Nummern 4 und 5 ersetzt:

- „4. in Anlage III bezeichnete Betäubungsmittel im Rahmen des grenzüberschreitenden Dienstleistungsverkehrs
 - a) als Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt ausführt oder einführt oder
 - b) als Rettungsdienstbedarf in angemessener Menge auf einem Fahrzeug des Rettungsdienstes ausführt oder einführt
 5. in Anlage III bezeichnete Betäubungsmittel auf Grund ärztlicher, zahnärztlicher oder tierärztlicher Verschreibung erworben hat und sie als Reisebedarf ausführt oder einführt,“.
 - b) Die bisherigen Nummern 5 und 6 werden zu den Nummern 6 und 7.
2. § 11 Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 3 wird die Angabe „getroffen und“ durch die Angabe „getroffen,“ ersetzt.
 - b) Nach Nummer 3 wird die folgende Nummer 4 eingefügt:
 - „4. bedarf auf Fahrzeugen des Rettungsdienstes im Rahmen des grenzüberschreitenden Rettungsdienstes getroffen und“.
 - c) Die bisherige Nummer 4 wird zu Nummer 5.

Artikel 8

Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung

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

1. Nach § 13 Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:
 - „(5) auf einem Fahrzeug des Rettungsdienstes mitgeführt werden.“
2. § 15 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 1 wird die Angabe „Mengen oder“ durch die Angabe „Mengen,“ ersetzt.
 - b) Nach Nummer 1 wird die folgende Nummer 2 eingefügt:
 - „2. “
 - c) Die bisherige Nummer 2 wird zu Nummer 3.

Artikel 9

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 14. Februar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 40) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 19a Absatz 1 wird wie folgt geändert:

1. Nach Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

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

2. Im neuen Satz 7 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.

3. Der neue Satz 8 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 werden bundeseinheitliche Regelungen zur zeitlichen Verteilung der in Satz 3 genannten Sprechstunden innerhalb der verpflichteten Arztgruppen im jeweiligen Planungsbereich getroffen, durch die eine möglichst gleichmäßige zeitliche Verteilung dieser Sprechstunden gewährleistet wird.“

Artikel 10

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Artikel 2 tritt am [...] in Kraft.

(3) Artikel 7 tritt am 1. Januar 2027 in Kraft.

EU-Rechtsakte:

Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1; L 314 vom 22.11.2016, S. 72; L 127 vom 23.5.2018, S. 2; L 74 vom 4.3.2021, S. 35)

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Eine gut funktionierende und wirtschaftliche Notfall- und Akutversorgung ist essenzieller Bestandteil einer leistungsfähigen Gesundheitsversorgung. Für Menschen in einer akuten medizinischen Notlage ist es entscheidend, jederzeit unmittelbar Hilfe zu erhalten und hierbei auf eine qualitativ hochwertige Versorgung vertrauen zu können. Dies gilt gleichermaßen für den ambulanten wie auch für den stationären Sektor. Deutschland verfügt grundsätzlich über ein umfassend ausgebautes System der Akut- und Notfallversorgung einschließlich eines gut etablierten Rettungswesens. Die drei Versorgungsbereiche – vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste – sind jedoch besser zu vernetzen und aufeinander abzustimmen. Derzeit kommt es oftmals zu einer Fehlsteuerung, die zu einer Überlastung von Akteuren insbesondere der Notaufnahmen und des Rettungsdienstes führt. Diese werden auch in Fällen in Anspruch genommen, die in der ambulanten Versorgung abschließend hätten versorgt werden können. Gründe für Fehlsteuerungen können die fehlerhafte Einschätzung der Betroffenen sein, aber auch das Fehlen einer stabilen Vernetzung der Strukturen untereinander, die eine geregelte und verlässliche Übernahme von Hilfesuchenden durch andere Akteure erlaubt. Der Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode zwischen CDU/CSU und SPD, sieht daher vor, dass Gesetze zur Notfall- und Rettungsdienstreform auf den Weg gebracht werden (Zeile 3413-3414).

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

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

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

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

Um den mit der Vernetzung mit den Leistungserbringern des Notfallmanagements zukünftig einhergehenden Anforderungen und dem erhöhten Gesprächsaufkommen gerecht zu werden, wird die bundesweit einheitliche Rufnummer 116117 der Kassenärztlichen Vereinigungen in Terminservicestellen und Akutleitstellen aufgeteilt und die damit einhergehende effizientere Steuerung der Hilfesuchenden finanziell weiter gestärkt. Es werden genaue Vorgaben zur Erreichbarkeit für die Akutleitstelle festgelegt und es wird das Angebot von

telemedizinischen Leistungen verpflichtend ausgebaut. Zur Förderung des Ausbaus dieser Strukturen stellen die Gesetzliche Krankenversicherung und die Kassenärztlichen Vereinigungen zusätzliche Mittel paritätisch durch eine pauschale Vorhaltefinanzierung bereit. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen müssen entsprechend ihrer Stellung im Krankenversicherungsmarkt an der Vereinbarung der Förderung der Strukturen des Notdienstes und der Bereitstellung des Förderbetrages beteiligt werden.

Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen

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

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

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

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

Einrichtung von Integrierten Notfallzentren und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche

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

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

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

möglich. Für den Betrieb der zentralen Ersteinschätzungsstelle wird eine gesonderte fallbezogene Vergütung vorgesehen.

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

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

Zur bundesweiten Vereinheitlichung und zur Verringerung des bürokratischen Aufwand für die Kooperationspartner eines Integrierten Notfallzentrums vor Ort schließen die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Bundesebene eine Rahmenvereinbarung zur Zusammenarbeit in Integrierten Notfallzentren.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird beauftragt, in einer Richtlinie allgemeine Anforderungen an die sachliche oder personelle Ausstattung der Notdienstpraxen vorzugeben. So wird eine bundesweit einheitliche Qualität der Notdienstpraxen erreicht. Darüber hinaus erhält der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag, Vorgaben für ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument zu beschließen, das Entscheidungen über die Behandlungsdringlichkeit und die richtige Versorgungsebene innerhalb eines Integrierten Notfallzentrums generieren kann. Für Krankenhausstandorte ohne Integriertes Notfallzentrum soll die Ersteinschätzung über die Zumutbarkeit einer Weiterleitung an das nächstgelegene Integrierte Notfallzentrum entscheiden.

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

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

Im Arzneimittelgesetz wird ein Abgaberecht zur unmittelbaren Anschlussversorgung mit Arzneimitteln für Ärztinnen und Ärzte der Notdienstpraxis eines Integrierten Notfallzentrums vergleichbar mit der bereits bestehenden Abgabemöglichkeit für Arzneimittel durch Krankenhausapotheken im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung geschaffen. Ärztinnen und Ärzten dieser Notdienstpraxen wird in bestimmten eng begrenzten Fallkonstellationen zur Notfallversorgung ihrer Patientinnen und Patienten die Abgabe von Arzneimitteln für den akuten Bedarf gestattet, wenn die erforderliche Versorgung der Patientin oder des Patienten über eine öffentliche Apotheke nicht ausreichend sichergestellt werden kann. Eine analoge Regelung wird für apothekenpflichtige Medizinprodukte in der Medizinprodukte-Abgabeverordnung geschaffen.

Reform der sozialversicherungsrechtlichen Regelungen des Rettungsdienstes

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

Zur Herstellung eines einheitlichen Verständnisses sieht der Entwurf die Einsetzung eines Fachgremiums medizinische Notfallrettung vor, in dem vom Spitzenverband der Krankenkassen benannte Mitglieder, Länder und Fachgesellschaften, Fachverbände und Spitzenverbände der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung zusammenarbeiten, um Rahmenempfehlungen für die medizinische Notfallrettung zu erarbeiten. Die Rahmenempfehlungen dienen als Orientierungsrahmen, während die konkrete Ausgestaltung an regionale Besonderheiten angepasst werden kann.

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

III. Alternativen

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

IV. Gesetzgebungskompetenz

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

Hinsichtlich etwaiger Berührungspunkte zum Rettungsdienst wird allein die versicherungsbezogene Leistung der medizinischen Notfallrettung, welche in das sozialversicherungsrechtliche Risiko „Krankheit“ fällt, normiert. Der Begriff „Sozialversicherung“ umfasst dabei

die beitragspflichtige Versicherung sozialer Risiken, insbesondere der Krankheit. Mit der Reform wird die Aufnahme der versicherungsbezogenen Leistung der „medizinischen Notfallrettung“ in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch vorgesehen. Die Versorgung in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung gehört dabei zum Kernbereich der sozialversicherungsrechtlichen Absicherung durch die Krankenkassen.

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

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelungen in den Artikeln 4 und 5 (Arzneimittelgesetz, Medizinprodukte-Abgabenverordnung sowie der Medizinprodukte-Betreiberverordnung, Betäubungsmittelgesetz) folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 des Grundgesetzes.

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

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

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

VI. Gesetzesfolgen

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

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Prozesse der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in der Notfallversorgung sollen bundesweit einheitlich geregelt und vereinfacht werden. Dies wird über die Vernetzung der Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Leistungserbringern des Notfallmanagements mit verlässlichen Überleitungsmöglichkeiten von Hilfesuchenden und die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren, die eine verbindliche Zusammenarbeit von Notaufnahmen der Krankenhäuser und Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen beinhalten, umgesetzt. Der Prozess der Datenübermittlung im System wird digitalisiert (digitale Rettungskette). Die Verordnung einer Krankenförderung wird durch die softwarebasierte standardisierte Notrufabfrage ersetzt.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

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

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

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Kommunen

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

Die Haushalte der Länder und Kommunen werden allenfalls geringfügig belastet. Investitionskosten für die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren entstehen den Ländern höchstens in geringfügigem Umfang, da in der Regel auf bereits vorhandene Strukturen in den Krankenhäusern aufgesetzt werden kann. Darüber hinaus stehen Mittel des Krankenhaustransformationsfonds zur Verfügung, wodurch der Anteil des vom Land zu tragenden Betrages reduziert werden kann.

Gesetzliche Krankenversicherung

Mehrausgaben

Ausbau des aufsuchenden Dienstes

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

Mehrbedarf Akutleitstelle

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

Durch die Vereinbarungen nach § 105 Absatz 1b Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden die durch den Gesetzentwurf verursachten Investitionen sowie die zusätzlichen laufenden Kosten für die Errichtung und der Betrieb der Akutleitstellen, das telemedizinische ärztliche Beratungsangebot, die Vorhaltekosten für den aufsuchenden Fahrdienst sowie die Vernetzung mit den Leistungserbringern des Notfallmanagements gefördert und zu höchstens 50 Prozent von der gesetzlichen Krankenversicherung und den privaten Krankenversicherungsunternehmen getragen. Diese Kosten sind der fallbezogenen Vergütung über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab in der Regel nicht zugänglich, da die Identität der Hilfesuchenden, insbesondere die Krankenkasse, nicht eindeutig geklärt werden kann oder auch Dritte, oft Angehörige, die Akutleitstelle kontaktieren. Da die über § 105 Absatz 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch finanzierten Maßnahmen oder Leistungen allen Hilfesuchenden unabhängig vom Versicherungsstatus zu Gute kommen, werden die privaten Krankenversicherungsunternehmen an der Förderung beteiligt. Eine Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen reduziert den Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung zu tragen hat, um sieben Prozent.

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

Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung

Der Gesetzesentwurf kann zu Mehrausgaben für die Gesetzliche Krankenversicherung im vertragsärztlichen Bereich führen, insbesondere wenn der entbudgetierte (hausärztliche) Versorgungsbereich und die mit extrabudgetären Vergütungen geförderten fachärztlichen Leistungen (z.B. Terminvermittlungen) künftig mehr in Anspruch genommen werden sollten und zudem dann, wenn künftig die Vergütungen für Versicherten, die wegen Art, Schwere

oder Komplexität eine besonders aufwändige Betreuung und Überwachung in der Notaufnahme eines Integrierten Notfallzentrums bedürfen, angehoben werden.

Die kurz- bis mittelfristigen Mehrausgaben sind nicht kalkulierbar, da keine validen Erkenntnisse und Datengrundlagen vorliegen, in welchem Umfang, zu welchen Kosten und in welchem Zeitraum infolge einer besseren Steuerung von Versicherten und durch die Schaffung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen zusätzliche Versicherte von der hausärztlichen, der fachärztlichen oder der Versorgung in der notdienstlichen Akutversorgung übernommen werden können. Auch ist weitestgehend offen, durch welche Leistungen und in welchen Versorgungsformen, die verlagerten Behandlungen wirtschaftlich durchgeführt werden können (ärztlich, nicht-ärztlich, persönlich, telemedizinisch, aufsuchend, in der Praxis).

Unter Heranziehung einer vorliegenden gesundheitsökonomischen Modellierung zum Kostenfaktor und den im Gesetzentwurf kalkulierten Fallzahlen kann jedoch eine Größenordnung der Mehrkosten abgeschätzt werden, die keinesfalls als exakte Kalkulation zu verstehen ist. So könnten die jährlichen Mehrausgaben für die GKV für die ambulante Versorgung der höheren Anzahl ambulanter Patientinnen und Patienten bei dann höherer durchschnittlicher Vergütung mittelfristig (Zeitraum bis 2031) mit einem hohen zweistelligen bis niedrigen dreistelligen Millionenbetrag pro Jahr beziffert werden.

Die Steigerung wird mit 100 Mio. Euro angenommen. Die Steigerung in den ersten Jahren wird der Dynamik der Abgabe von Hilfeersuchen von den Leistungserbringern des Notfallmanagements angepasst und ist der Tabelle zu entnehmen.

Anschluss der Notfallrettung an die Telematik-Infrastruktur

Die Kosten für den Anschluss der Notfallrettung an die Telematik-Infrastruktur werden in Abstimmung mit der Gematik auf ca. 28 Millionen Euro/Jahr geschätzt. Die Summe basiert auf der Annahme von ca. 33 000 Notfallsanitäterinnen und -sanitätern, die mit einem elektronischen Heilberufsausweis (ca. 540 Euro/5 Jahre, entspricht 3,6 Millionen/Jahr) ausgestattet werden müssen sowie 240 Leitstellen, 2 000 Rettungswachen und ca. 22 000 Einsatzfahrzeugen, die ebenfalls eine Karte (SMC-B), Lesegerät sowie den TI-Gateway benötigen. Dies sind ca. 15 Millionen Euro/Jahr. Ergänzend fallen ca. 10 Millionen Euro/Jahr für die Erweiterung der Anwendungen für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte an. Perspektivisch sinkt dieser Betrag durch die Senkung der Zahlen der Leitstellen und technischen Weiterentwicklungen. Aufgrund einer Beteiligung der Privaten Krankenversicherungen wird der Anteil der Gesetzlichen Krankenversicherung auf 93% (26 Mio. Euro) geschätzt.

Entlastungen

Diesen zusätzlichen Ausgaben stehen jedoch erhebliche finanzielle Entlastungen für die gesetzliche Krankenversicherung aufgrund der Vernetzung der Akutleitstellen mit den Leistungserbringern des Notfallmanagements gegenüber, die sich durch eine verbesserte Steuerung von Versicherten und damit gezieltere Nutzung der Notfalleinrichtungen ergeben. Die Vernetzung der Akutleitstellen mit den Leistungserbringern des Notfallmanagements Vernetzung der führt zu einer deutlich steigenden Abgabe von Fällen an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die zu einem Rettungseinsatz geführt hätten. Die Entlastungen leiten sich wie folgt her: Gegenwärtig werden in den meisten deutschen Rettungsleitstellen fast keine Anrufe an die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen abgegeben. Angenommen wird eine Abgabequote von 1 000 Fällen pro eine Million Einwohner pro Jahr. In gut ausgebauten Systemen wird eine Steigerung dieser Quote auf bis zu 20 000 Fälle pro eine Million Einwohner pro Jahr prognostiziert. Dies entspricht einem möglichen Anteil von bis zu 15 Prozent potenziellen Abgaben an die Kassenärztlichen Vereinigungen. In der Hochrechnung ergibt sich eine Zahl von bundesweit rund 915 000 Fälle pro Jahr (15 Prozent von 6,1 Millionen Rettungswagen-Fällen pro Jahr insgesamt in Deutschland), die von den Leistungserbringern des Notfallmanagements an die Akutleitstellen der

Kassenärztlichen Vereinigungen abgegeben werden können und somit mittelfristig in diesem Bereich zu einer Einsparung von rund 705 Millionen Euro führen.

Die Verwendung einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage durch die Leistungserbringer des Notfallmanagements führt mittelfristig zu einem einheitlichen Niveau von Notarzteinsätzen. In bereits ausgebauten Systemen sind circa 20 Notarzteinsätze pro 1 000 Einwohner pro Jahr ohne Qualitätsverlust erreichbar. Dies führt zu einem Potenzial von rund 300 000 vermeidbaren Notarzteinsätzen und damit einer Einsparung von rund 223 Millionen Euro. Durch den Einsatz von kostengünstigeren Fahrzeugen des Krankentransportes und Krankenfahrten statt Rettungswagen sind weitere Einsparsummen von bis zu 370 Millionen Euro möglich. Verzichtet der Rettungsdienst vor Ort auf einen Transport und belässt den Versicherten zuhause, verkürzt sich die Einsatzzeit des Rettungswagens und er steht schneller wieder zur Verfügung. Daraus wird ein Einsparpotential von bis zu 173 Millionen Euro angenommen.

Da die Vernetzung mit den Akutleitstellen auf Wunsch der Leistungserbringer des Notfallmanagements erfolgt und bei den Leistungserbringern Anpassungen von Prozessen und Betriebsabläufen erforderlich sind, ist nicht davon auszugehen, dass das oben genannte Einsparungspotential kurzfristig in voller Höhe realisiert werden kann. Die geschätzte Steigerungsrate der ersten fünf Jahre nach Inkrafttreten sind der Tabelle zu entnehmen. Bei der Schätzung der Einsparpotenziale im Bereich der medizinischen Notfallrettung ist zu beachten, dass die Vergütungsmodelle bisher in den Ländern sehr unterschiedlich sind, in der Regel auch eine Umlage der Vorhaltevergütung enthalten und somit die aufgrund der durchschnittlichen Vergütung kalkulierten Einsparpotenziale nur indirekt zu erzielen sind.

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

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

Insgesamt kann durch die Maßnahmen, die mit den Regelungen zur Notfallreform vorgesehen werden, langfristig mit jährlichen Einsparungen von 1,2 Milliarden Euro im Jahr gerechnet werden.

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

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

Ausgabensteigerung vertragsärztliche Versorgung	30	60	90	100	100
Anschluss Notfallrettung an die Telematik-Infrastruktur	26	26	26	26	26
Summe Mehrausgaben	196	226	256	266	266
Einsparungen					
Abgabe Hilfeersuchen an die Kassenärztlichen Vereinigungen	-212	-423	-635	-705	-705
Reduktion von Notarzteinsätzen	-67	-134	-201	-223	-223
Entsendung bedarfsgerechter Transportmittel	-74	-148	-222	-296	-370
Behandlung vor Ort bei fehlender Transportindikation	-87	-173	-173	-173	-173
Summe Einsparungen	-439	-878	-1.230	-1.397	-1.471
Saldo	-243	-652	-974	-1.131	-1.205

Private Krankenversicherungsunternehmen

Den privaten Krankenversicherungsunternehmen entsteht durch eine finanzielle Beteiligung an der Förderung des Notdienstes nach § 105 Absatz 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie an der TI-Pauschale für die Kosten der Anbindung an die Telematik-Infrastruktur nach § 133e Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein jährlicher Mehraufwand in Höhe von rund 12 Millionen Euro. Diesen zusätzlichen Ausgaben stehen jedoch erhebliche finanzielle Entlastungen für die private Krankenversicherung gegenüber, die anteilmäßig ungefähr derjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht und sich damit auf rund 103 Millionen Euro beläuft.

4. Erfüllungsaufwand

4.1 Erfüllungsaufwand der Bürgerinnen und Bürger

Jährlicher Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger					
lfd. Nr.	Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	Unionsrechtliche Vorgabe	Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall (in Minuten bzw. Euro)	Erfüllungsaufwand (in Stunden bzw. Euro)
1.1	Art. 1; § 75 Abs. 1b Satz 5 Nummer 2; Wegfall der Fahrt zur Notfallpraxis oder Notaufnahme durch telefonische oder videogestützte Versorgung	nein	1.500.000 Besuche	Zeitaufwand - 132 min	- 3,3 Mio. Stunden
1.2	Art. 1; § 75 Abs. 1b Satz 5 Nummer 2; Wegfall der Kosten für die Fahrt zur Notfallpraxis oder Notaufnahme durch telefonische oder videogestützte Versorgung	nein	1.500.000 Besuche	Wegesachkosten - 3,10 Euro	- 4.650.000 Euro

Jährlicher Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger					
lfd. Nr.	Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	Unionsrechtliche Vorgabe	Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall (in Minuten bzw. Euro)	Erfüllungsaufwand (in Stunden bzw. Euro)
Summe Zeitaufwand (in Stunden)			- 3,3 Mio. Stunden		
Summe Sachaufwand (in Euro)			- 4.650.000 Euro		

Erläuterung:

Zu 1.1 und 1.2:

Durch die Neuregelungen reduziert sich für die Bürgerinnen und Bürger der Aufwand im Fall einer notwendigen notdienstlichen Akutversorgung durch eine telefonische oder videogestützte Versorgung. Die Schätzung der Fallzahl von rund 1 500 000 Notaufnahmebesuchen pro Jahr in Deutschland, welche zukünftig auch telefonisch oder videogestützt versorgt werden könnten, wurde auf der Grundlage der Projekte der Kassenärztlichen Vereinigungen in Berlin und in Niedersachsen vorgenommen. Für den Zeitaufwand wurde eine Wartezeit von 120 Minuten in den Notaufnahmen (Einstufung in die niedrigste Stufe der Dringlichkeitseinschätzung) sowie Wegezeiten von 22 Minuten angesetzt. Hiervon werden 10 Minuten für die Wartezeit beim Anruf der Rufnummer 116117 abgezogen. Die Wegezeiten und die Wegesachkosten wurden aus dem Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung (Auflage Februar 2026) entnommen, dabei wird der Weg zur nächsten Notaufnahme dem Weg zur Kreisbehörde gleichgesetzt.

4.2 Erfüllungsaufwand der Wirtschaft

Jährlicher Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft						
lfd. Nr.	Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	IP	Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Gesundheitswesen) + Sachkosten (in Euro))	Erfüllungsaufwand (in Euro)
2.1	Art. 1 § 30 Abs. 3 Satz 2 und § 60 Abs. 2 Satz 1 Nummer 5; Leistungserbringer Notfallrettung: Verzicht auf die Verordnung einer	nein	nein	8,1 Mio. Einsätze	Personal: - 5 min * 62 Euro/Stunde (hohes Qualifikationsniveau) sowie - 35 min * 34,20 Euro (mittleres	- 203.445.000

Jährlicher Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft						
lfd. Nr.	Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	IP	Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Gesundheitswesen) + Sachkosten (in Euro))	Erfüllungsaufwand (in Euro)
	Krankenbeförderung				Qualifikationsniveau)	
1.2	Art. 1 § 30 Abs. 3 Satz 2 und § 60 Abs. 2 Satz 1 Nummer 5; Leistungserbringer Notfallrettung: Verzicht auf die Verordnung einer Krankenbeförderung	nein	nein	8,1 Mio. Einsätze	Sachkosten: - 0,51 Euro	- 4.131.000
2.3	Art. 1 § 90a Abs. 1; Notfallrettung: Aufnahme in § 90a-Gremium	nein	nein	16		geringfügig (geringe Fallzahl)
2.4	Art. 1 § 105 Abs. 1b Satz 2 und 4; PKV-Verband: Herstellung des Benehmen mit den KVen	nein	nein	17		geringfügig (geringe Fallzahl)
2.6	Art. 1 § 133b Abs. 1; Leistungserbringer Notfallrettung, Fachgesellschaften und Fachverbände: Mitarbeit im Gremium § 133b	nein	nein	1		geringfügig (geringe Fallzahl)
Summe (Euro)				- 207.576.000		
davon aus EU-Vorgaben				0		
davon aus Informationspflichten (IP)				0		

Erläuterungen:

Zu 2.1 und 2.2:

Mit der Regelung entfällt die bisherige notwendige Verordnung einer Krankenförderung (Muster 4) gemäß der Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Diese ist bisher bei jedem der 8,1 Millionen Einsätze (Notarztwagen, Rettungswagen, Flugrettung, Fallzahlen aus der amtlichen GKV-Statistik 2024) erforderlich. Die Papierformulare müssen bereitgestellt, mit der Hand ausgefüllt und sachgerecht gelagert werden, hierfür werden pro Formular insgesamt 35 min Arbeitszeit für medizinisches Fachpersonal (mittleres Qualifikationsniveau, 34,20 Euro/Stunde) und 5 min Arbeitszeit für die ärztliche Kontrolle und Unterschrift (hohes Qualifikationsniveau, 62 Euro/Stunde) angesetzt. Die Lohnkosten sind der Lohnkostentabelle Wirtschaft des in 1.1. genannten Leitfadententnommen.

Die Sachkosten für die Formulare werden nach Internetrecherche auf 0,51 Euro/Formular geschätzt, etwaige Mengenrabatte werden durch Ordner, datenschutzkonforme Aufbewahrung und ähnliche Zusatzkosten aufgebraucht.

Zu 2.3 bis 2.6:

Es handelt sich um die Aufwände für jährliche Gremiensitzungen mit jeweils deutlich unter 100 000 Euro.

Einmaliger Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft					
lfd. Nr.	Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Gesundheitswesen) + Sachkosten in Euro)	Erfüllungsaufwand (in Euro)
3.1	Art. 1 § 87 Abs. 2a Satz 21; Deutsche Krankenhausgesellschaft: Aufträge an den ergänzten Bewertungsausschuss	nein	1		geringfügig (geringe Fallzahl)
3.2	Art. 1 § 123a Abs. 1 und § 123b Abs. 1; Landeskrankenhausgesellschaften: Aufträge an den erweiterten Landesausschuss	nein	16		geringfügig (geringe Fallzahl)
3.3	Art. 1 § 123a Abs. 4; Deutsche Krankenhausgesellschaft: Rahmenvereinbarung INZ	nein	1		geringfügig (geringe Fallzahl)
3.4	Art. 1 § 123a Abs. 2 und § 123b Abs. 2; Krankenhäuser: Kooperationsvereinbarung INZ	nein	750	Personal: 1440 min (3 Tage) * 62 Euro	1.116.000

Einmaliger Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft					
lfd. Nr.	Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Gesundheitswesen) + Sachkosten in Euro)	Erfüllungsaufwand (in Euro)
3.5	Art. 1 § 133a Abs. 1; Leistungserbringer Notfallmanagement: Kooperationsvereinbarung Gesundheitsleitsystem	nein	240	Personal: 2.400 min (5 Tage) * 62 Euro	595.200
3.6	Art. 1 § 354 Abs. 4; Gematik: Erstellung der Festlegungen für den Fernzugriff auf die ePA	nein	1		geringfügig (geringe Fallzahl)
3.7	Art. 7 § 17a Abs. 1; Betreiber von AED: Meldung an das AED-Kataster	Nein	20.000 zusätzliche AED	Personal: 20 min * 37,10 Euro (mittleres Qualifikationsniveau Gesamtwirtschaft)	247.334
Summe (Euro)				1.958.534	
davon aus EU-Vorgaben				0	

Erläuterungen:

Zu 3.1 bis 3.3:

Es handelt sich um einmalige Aufträge an Gremien bzw. Institutionen für die Anpassung von bestehenden Dokumenten bzw. die Erstellung eines Rahmenvertrages mit einem Aufwand von jeweils deutlich unter 100 000 Euro.

Zu 3.4:

Die Anzahl der integrierten Notfallzentren (INZ) wird auf der Grundlage von bestehenden Strukturen und Modellrechnungen auf insgesamt 750 geschätzt. Für den Abschluss der Verträge auf der Basis des Rahmenvertrages (siehe 2.3) wird ein Aufwand von drei Personentage der hohen Qualifikationsebene der Krankenhäuser gemäß des in 1.1 zitierten Leitfadens pro Vertrag angesetzt.

Zu 3.5:

Die Anzahl der Leitstellen in Deutschland mit der Notrufnummer 112 wird auf der Grundlage von bestehenden Übersichten auf insgesamt 240 geschätzt. Für den Abschluss der Verträge wird ein Aufwand von fünf Personentage der hohen Qualifikationsebene der Leistungserbringer des Notfallmanagements gemäß des in 1.1 zitierten Leitfadens pro Vertrag angesetzt.

Zu 3.6:

Es handelt sich um einen einmaligen Auftrag an die Gematik zur Schaffung eines technischen Verfahrens, welches nach fachlicher Einschätzung keinen Aufwand von über 100 000 Euro verursacht.

Zu 3.7:

Für die Meldung des AED an das Kataster wird ein Zeitaufwand von 20 Minuten für Beschäftigte mit mittlerem Qualifikationsniveau (Gesamtwirtschaft) gemäß der Lohnkostentabelle geschätzt. Die Zahl der AED in Deutschland, die gemäß der Vorschrift gemeldet werden müssten, wird auf 20 000 geschätzt.

4.3 Erfüllungsaufwand für die Verwaltung

Jährlicher Erfüllungsaufwand für die Verwaltung						
lfd. Nr.	Artikel Regelungsentwurf; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	Bund/Land/SV	Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde) + Sachkosten in Euro)	Erfüllungsaufwand (in Euro)
4.1	Art. 1 § 105 Abs. 1b; Landesverbände der GKV und KVen: Verhandlung über die Mittel des Strukturfonds; Benehmen mit PKV-Verband	nein	SV	17		geringfügig (geringe Fallzahl)
4.2	Art. 1 § 105 Abs. 1b Satz 10; KBV: Bericht über die Vereinbarungen nach § 105	nein	SV	1		geringfügig (geringe Fallzahl)
4.3	Art. 1 § 123 Abs. 5; KVen und KBV: Bericht über	nein	SV	18		geringfügig (geringe Fallzahl)

Jährlicher Erfüllungsaufwand für die Verwaltung						
lfd. Nr.	Artikel Regelungsentwurf; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	Bund/Land/SV	Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde) + Sachkosten in Euro)	Erfüllungsaufwand (in Euro)
	Vereinbarungen zum INZ					
4.4	Art. 1 § 133a Abs. 5; KVen und KBV: Bericht über gebildete Gesundheitsleitsysteme	nein	SV	18		geringfügig (geringe Fallzahl)
4.5	Art. 1 § 133b Abs. 1; GKV-SV: Mitarbeit im Gremium § 133b	nein	SV	1		geringfügig (geringe Fallzahl)
4.6	Art. 1 § 133b Abs. 1; Länder: Mitarbeit im Gremium § 133b	nein	Land	16	Personal: 8.640 min (18 Tage) * 69,30 Euro	159.667
4.7	Art. 1 § 133b Abs. 1; Bund: Mitarbeit im Gremium § 133b	nein	Bund	1		geringfügig (geringe Fallzahl)
4.8	Art. 1 § 133b Abs. 2; GKV-SV: Geschäftsstelle für Gremium § 133b	nein	SV	1	Personal: 192.000 min (2 Personenjahre) * 73,20 Euro (höherer Dienst) sowie 96.000 min (1 Personenjahr) * 46,30	308.320

Jährlicher Erfüllungsaufwand für die Verwaltung						
lfd. Nr.	Artikel Regelungsentwurf; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	Bund/Land/SV	Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde) + Sachkosten in Euro)	Erfüllungsaufwand (in Euro)
					Euro (gehobener Dienst)	
4.9	Art. 1 § 133b Abs. 2; GKV-SV: Geschäftsstelle für Gremium § 133b	nein	SV	1	Sachausgaben: Aufwand für die Inanspruchnahme Dritter	600.000
4.10	Art. 1 § 133d Abs. 3; GKV-SV: Datensammelstelle Qualitätssicherung	nein	SV	8,1 Mio. Einsätze	0,10 Euro/Einsatz	810.000
Summe (Euro)					1.877.987	
davon Bund					0	
davon Land (inklusive Kommunen)					159.667	
davon Sozialversicherung (SV)					1.718.320	

Erläuterungen:

Zu 4.1 bis 4.5:

Es handelt sich um jährliche Aufträge an Gremien bzw. Institutionen für Verhandlungen von Verträgen und Erstellung von Berichten mit einem Aufwand von jeweils deutlich unter 100 000 Euro.

Zu 4.6:

Für die dauerhafte Mitarbeit der 16 Länder werden insgesamt 18 Personentage (12 Sitzungen im Jahr, zusätzlich Vor- und Nachbereitung) pro Land geschätzt. Die Lohnkostenberechnung erfolgt auf der Basis des in 1.1. erwähnten Leitfadens für den höheren Dienst der Länder.

Zu 4.7:

Geringfügiger Aufwand für Gremienteilnahme, deutlich unter 100 000 Euro.

Zu 4.8 und 4.9:

Für die Einrichtung und den Betrieb der Geschäftsstelle wird der Bedarf von zwei Stellen des höheren Dienstes und einer Stelle des gehobenen Dienstes im Bereich der Sozialversicherung angenommen. Die Lohnkosten entstammen ebenfalls der genannten Tabelle. Für den Aufwand für die Inanspruchnahme Dritter (beispielsweise Gutachten, wissenschaftlichen Expertisen, Beratung, Moderation) werden jährlich 600 000 Euro geschätzt.

Zu 4.10:

Zur Schätzung wurde eine Analogie der Finanzierung des Institutes für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) gewählt. Für seine Arbeit erhält das InEK einen Betrag von 0,32 Euro je Fall (2026). Da der Krankenhausfall und der Datensatz nach § 21 KHEntgG deutlich komplexer ist, werden die Kosten für einen Fall der medizinischen Notfallrettung auf 0,10 Euro geschätzt. Dies ergibt bei 8 100 000 Fällen (siehe 1.1) den in der Tabelle genannten Betrag.

Einmaliger Erfüllungsaufwand für die Verwaltung						
lfd. Nr.	Artikel Regelungsentwurf; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	Bund/Land/SV	Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Erfüllungsaufwand (in Euro)
5.1	Art. 1 § 75 Abs. 1e; KBV: Evaluation Tätigkeit der Terminservicestellen	Nein	SV	1		geringfügig (geringe Fallzahl)
5.2	Art. 1 § 87 Abs. 2a Satz 21; GKV-SV und KBV: Aufträge an den ergänzten Bewertungsausschuss	nein	SV	1		geringfügig (geringe Fallzahl)
5.3	Art. 1 § 123a Abs. 1 und § 123b Abs. 1; Landesverbände GKV und KVen: Aufträge an den erweiterten	nein	SV	16		geringfügig (geringe Fallzahl)

Einmaliger Erfüllungsaufwand für die Verwaltung						
lfd. Nr.	Artikel Regelungsentwurf; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	Bund/Land/SV	Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Erfüllungsaufwand (in Euro)
	Landesausschuss					
5.4	Art. 1 § 123a Abs. 4; GKV-SV und KBV: Rahmenvereinbarung INZ	nein	SV	1		geringfügig (geringe Fallzahl)
5.5	Art. 1 § 123a Abs. 2 und § 123b Abs. 2; KVen: Kooperationsvereinbarung INZ	nein	SV	750	Personal: 1440 min (3 Tage) * 73,20 Euro	1.317.600
5.6	Art. 1 § 133a Abs. 1; KVen: Kooperationsvereinbarung Gesundheitssystem	nein	SV	240	Personal: 2.400 min (5 Tage) * 73,20 Euro	702.720
5.7	Art. 1 § 133f Abs. 2; GKV-SV: Abwicklung der Förderung des SVIK	nein	SV	1	Personal: 192.000 min (2 Personenjahre) * 73,20 Euro (höherer Dienst) sowie 96.000 min (1 Personenjahr) * 46,30 Euro (gehobener Dienst)	308.320 (in den Jahren 2027 bis 2031)
5.8	Art. 1 § 394 Abs. 1; BMG: Errichtung des AED-Katasters	nein	Bund	1		geringfügig (geringe Fallzahl)
Summe (Euro)				2.328.640		
davon Bund				0		

Einmaliger Erfüllungsaufwand für die Verwaltung						
lfd. Nr.	Artikel Regelungsentwurf; Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe	EU-Recht	Bund/Land/SV	Fallzahl und Einheit	Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro)	Erfüllungsaufwand (in Euro)
davon Land (inklusive Kommunen)				0		
davon Sozialversicherung (SV)				2.328.640		

Erläuterungen:

Zu 5.1 bis 5.4:

Es handelt sich um jährliche Aufträge an Gremien bzw. Institutionen für Verhandlungen von Verträgen und Erstellung von Berichten mit einem Aufwand von jeweils deutlich unter 100 000 Euro.

Zu 5.5:

Die Anzahl der integrierten Notfallzentren (INZ) wird auf der Grundlage von bestehenden Strukturen und Modellrechnungen auf insgesamt 750 geschätzt. Für den Abschluss der Verträge auf der Basis des Rahmenvertrages (siehe 4.4) wird ein Aufwand von drei Personentage des höheren Dienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß des in 1.1 zitierten Leitfadens pro Vertrag angesetzt.

Zu 5.6:

Die Anzahl der Leitstellen in Deutschland mit der Notrufnummer 112 wird auf der Grundlage von bestehenden Übersichten auf insgesamt 240 geschätzt. Für den Abschluss der Verträge wird ein Aufwand von fünf Personentage des höheren Dienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß des in 1.1 zitierten Leitfadens pro Vertrag angesetzt.

Zu 5.7:

Für die Verwaltung der Förderung der digitalen Infrastruktur der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität in den Jahren 2027 bis 2031 wird der Bedarf von zwei befristeten Stellen des höheren Dienstes und einer befristeten Stelle des gehobenen Dienstes beim angenommen. Die Lohnkosten entstammen ebenfalls der genannten Tabelle des in 1.1. zitierten Leitfadens.

Zu 5.8:

Es handelt sich um Verwaltungstätigkeiten von deutlich unter 100 000 Euro für die Errichtung des AED-Kataster durch das Bundesministerium für Gesundheit.

5. Weitere Kosten

Keine.

6. Weitere Gesetzesfolgen

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

VII. Befristung; Evaluierung

Eine Befristung erfolgt nicht. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung evaluiert die Tätigkeit der Akuteitsstellen einschließlich der Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit über die Anzahl und den Stand der Kooperationsvereinbarungen der eingerichteten Gesundheitsleitsysteme. Die Kassenärztlichen Vereinigungen evaluieren die Versorgung in den Integrierten Notfallzentren. Die Ergebnisse werden über die Kassenärztliche Bundesvereinigung dem Bundesministerium für Gesundheit berichtet.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 27)

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

Zu Nummer 2 (§ 30)

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

Zu Absatz 1

In Absatz 1 wird festgelegt, dass Versicherte bei Vorliegen eines rettungsdienstlichen Notfalles Anspruch auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung haben. Bisher wurden die medizinischen Leistungen des Rettungsdienstes im Fünften Buch Sozialgesetzbuch ausschließlich als Transportleistung mit dazugehörigen Nebenleistungen behandelt und die Vergütung von Rettungsdiensteseinsätzen davon abhängig gemacht, ob ein Transport durchgeführt wurde. Diese Herangehensweise ist mit Blick auf die tatsächliche Leistung des Rettungsdienstes und die Einsatzpraxis sowie angesichts der wachsenden Bedeutung des Rettungsdienstes für die präklinische Versorgung nicht mehr zeitgemäß. Sie führt dazu, dass Ressourcen aufgrund längerer Beanspruchung über das erforderliche Maß hinaus gebunden, Notaufnahmen der Krankenhäuser belastet und die Potenziale der rettungsdienstlichen Versorgung nicht genutzt werden.

Ein rettungsdienstlicher Notfall liegt vor, wenn aus objektiver Sicht hinreichende Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sich der Versicherte aufgrund seines Gesundheitszustandes

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

Zu Absatz 2

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

Zu Absatz 3

Absatz 3 definiert den Anspruch auf Leistung eines Notfallmanagements, der durch einen nach § 133 Absatz 1 zugelassenen Leistungserbringer erfüllt wird. Dies ist unabhängig davon, ob der Leistungsbringer Teil eines Gesundheitsleitsystems nach § 133a ist oder nicht. In Betracht kommende Leistungsbringer sind Rettungsleitstellen als Notrufannahmestellen der europaeinheitlichen Notfallnummer nach § 164 Absatz 1 des Telekommunikationsgesetzes und Artikel 109 der Richtlinie (EU) 2018/1972 (Notrufnummer 112). Auch wenn mittlerweile die medizinischen Leistungen der Rettungsleitstellen gemeinsam mit anderen Organisationen und Behörden, insbesondere Feuerwehren, in sogenannten „integrierten Leitstellen“ und mit Landespolizeien in sogenannten „kooperativen Leitstellen“ erfolgt, soll mit der Begrifflichkeit „Rettungsleitstelle“ zum Ausdruck gebracht werden, dass die Leistung des Notfallmanagements ausschließlich die Notrufannahmestelle für den medizinischen Notruf umfasst. Aufgrund der strengen Zweckbindung der Sozialversicherungsbeiträge beschränken sich der Anspruch und die zur Erfüllung dieses Anspruchs ansatzfähigen Kosten ausdrücklich nur auf die medizinischen Hilfeersuchen und erstrecken sich nicht etwa auf andere bei diesen Leitstellen eingehenden (Teil-)Hilfeersuchen (z.B. eingehende Brandmeldungen, Polizeinotruf etc.). Nicht eindeutig zuordenbare Kosten werden entsprechend dem Maß der Inanspruchnahme auf die wahrgenommenen Aufgabenbereiche verteilt. Das Maß der Inanspruchnahme bemisst sich nicht nur nach der Anzahl der Anrufe, sondern beispielsweise auch nach der Komplexität der Hilfeersuchen. Die Einzelheiten sind in den Verträgen nach § 133 festzulegen. Das Notfallmanagement umfasst die Entgegennahme des Hilfeersuchens sowie die Vermittlung der erforderlichen Hilfe. Eine softwarebasierte standardisierte Notrufabfrage nutzt ein digitales System, um den Disponenten durch einen fest definierten, wissenschaftlich geprüften Fragenkatalog zu leiten. Gemeinsam mit einem integrierten Qualitätsmanagementsystem wird dadurch sichergestellt, dass jeder Notruf unabhängig von der Bearbeiterin oder dem Bearbeiter nach exakt denselben objektiven Kriterien bewertet wird. Die Software agiert dabei als intelligenter Assistent, der basierend auf den Antworten des Anrufers dynamisch die nächsten logischen Schritte vorgibt, automatisch die passende Stufe der Dringlichkeit und den qualitativen Versorgungsbedarf (z.B. erweiterte Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, Notärztinnen und Notärzte) ermittelt sowie dem Disponenten direkt am Bildschirm Anweisungen für lebensrettende Erste-Hilfe-Maßnahmen einblendet. Der Anspruch umfasst bei medizinischer Notwendigkeit eine telefonische oder telemedizinische Notfallberatung und die telefonische Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen sowie die auf digitalen Anwendungen basierende Entsendung von Ersthelferinnen und Ersthelfern insbesondere bei besonders lebensbedrohlichen Notfällen (Ersthelfer-App). Die Einbindung von Ersthelferinnen und Ersthelfern durch auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme umfasst insbesondere die technische Anbindung von auf dem Markt befindlichen Systemen und die Nutzerverwaltung in eigener Verantwortung oder durch entsprechende Dienstleister. Da die Tätigkeit der Ersthelferinnen und Ersthelfer bei der Aktivierung des Systems freiwillig

erfolgt, entsteht kein Anspruch des Versicherten auf eine Aktivierung oder ein Eintreffen einer Person zur Durchführung von lebensrettenden Maßnahmen. Diese Systeme müssen interoperabel zueinander sein, sodass unerheblich ist, wo sich die Ersthelferin oder der Ersthelfer zum Zeitpunkt der Alarmierung befindet. All dies findet perspektivisch auch mit Hilfe des in § 394 vorgesehenen AED-Katasters statt. In geeigneten Fällen soll der Leistungserbringer des Notfallmanagements den Ersthelferinnen und Ersthelfern oder den Anrufenden unter Nutzung des AED-Katasters den Standort des nächsten verfügbaren automatisierten externen Defibrillators, der für die Benutzung durch Laien bestimmt ist, mitteilen.

Zu Absatz 4

Absatz 4 definiert den Umfang der notfallmedizinischen Versorgung von Versicherten am Notfallort. Die Versicherten haben bei Vorliegen eines rettungsdienstlichen Notfalles Anspruch auf eine notfallmedizinische Versorgung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft, die grundsätzlich von Rettungsfachpersonal durchgeführt wird. Das Rettungsfachpersonal übt dabei die Tätigkeiten gemäß seiner Befähigung aus. Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter übernehmen die Aufgaben, für die sie nach § 4 Notfallsanitätergesetz ausgebildet worden sind. Das weitere Rettungsfachpersonal, etwa Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter, unterstützt die Tätigkeiten von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern entsprechend seiner Befähigung. Über die Befähigung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter hinausgehende Tätigkeiten üben zusätzlich Notärztinnen und Notärzte aus, wenn dies medizinisch notwendig ist. Eine notärztliche Versorgung kann in geeigneten Fällen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter durchgeführt werden, wenn diese im Sinne des § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c Notfallsanitätergesetz von einer Ärztlichen Leitung durch Arbeitsanweisungen standardmäßig vorgegeben, überprüft und verantwortet werden. Die Empfehlungen des Fachgremiums medizinische Notfallrettung nach § 133b sind dabei zu berücksichtigen. Ist dies nicht möglich, kommt auch eine telemedizinische Behandlung durch Notärztinnen und Notärzte in Betracht. Wenn dies ebenfalls nicht möglich ist, müssen Notärztinnen und Notärzte, in Regel mit eigenen Einsatzmitteln, vor Ort tätig werden. Über den Einsatz von Notärztinnen und Notärzten entscheiden die Einsatzkräfte vor Ort oder die Leistungserbringer des Notfallmanagements, wenn dies bereits beim Notruf erkennbar ist.

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

Die notfallmedizinische Versorgung umfasst auch die Versorgung durch besondere Einsatzmitteln, die primär auf eine Versorgung vor Ort ausgerichtet sind, soweit diese bestehen. Diese können zum Einsatz kommen, wenn zwar beim Notruf eine unmittelbare Lebensbedrohung, aber kein Notfall ausgeschlossen werden konnte. Auf die Transferempfehlung des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Projekt ILEG (Inanspruchnahme, Leistungen und Effekte des Gemeindenotfallsanitäters) wird hingewiesen.

Zu Absatz 5

Falls medizinisch erforderlich, haben Versicherte Anspruch auf einen Transport in eine geeignete Versorgungseinrichtung sowie eine notfallmedizinische Versorgung während des Transports. Geeignete Einrichtungen sind regelmäßig Krankenhäuser, können im Einzelfall jedoch auch andere Gesundheitseinrichtungen – wie zum Beispiel vertragsärztliche Praxen – sein, soweit diese rettungsdienstliche Notfälle behandeln können. Mit der geeigneten Versorgungseinrichtung ist diejenige Einrichtung gemeint, die in vertretbarer Fahrzeit erreicht werden kann und sowohl über die grundsätzlich notwendige medizinische Versorgungsmöglichkeit (wie beispielsweise das Vorhandensein einer speziellen Fachrichtung oder Leistungsgruppe wie einer Stroke Unit) als auch über freie Kapazitäten im Einzelfall für das spezifische Notfallbild verfügt. Beides wird idealerweise durch den

Versorgungskapazitätenachweis nach § 133c ermittelt. Dabei muss die medizinische Qualität der Behandlung Vorrang vor der reinen Distanz haben, wobei ein berechtigter Patientinnen- und Patientenwunsch (etwa aufgrund von Vorbehandlungen) im Rahmen der Verhältnismäßigkeit und der einsatztaktischen Verfügbarkeit des Rettungsmittels zu berücksichtigen ist. Das Transportmittel richtet sich nach der medizinischen Erforderlichkeit im Einzelfall und kann in geeigneten Fällen auch beispielsweise ein Notfallkrankentransportwagen sein. Für die notfallmedizinische Versorgung während des Transports gelten die Regelungen des Absatz 4. Der Transport kann bei medizinischer Notwendigkeit auch mit luftgebundenen Rettungsmitteln erfolgen. Der Notfalltransport und damit auch die medizinische Notfallrettung enden mit der Übergabe (physische Übergabe inklusive der relevanten Informationen) der transportierten Person an das Fachpersonal der zur Weiterbehandlung bestimmten Gesundheitseinrichtung.

Zu den Leistungen des Notfalltransportes zählen auch aus zwingenden medizinischen Gründen erforderliche Transporte, also medizinisch keinen Aufschub duldende Beförderungen von Patientinnen und Patienten aus einer Gesundheitseinrichtung in eine andere Gesundheitseinrichtung, die über die Möglichkeit einer besseren medizinischen Versorgung verfügt. Diese in der Regel als Sekundäreinsätze bezeichneten Intensivtransporte oder -verlegungen müssen zur Abwehr einer Lebensgefahr oder zur Abwendung von schweren gesundheitlichen Schäden der transportierten Person unter fachgerechter und erforderlichenfalls auch ärztlicher Betreuung, einschließlich der Erhaltung und Überwachung der lebenswichtigen Körperfunktionen, erfolgen. Hierzu zählen im Sinne dieses Gesetzes auch dringliche und planbare Intensivtransporte, wenn hierfür qualifizierte Einsatzmittel der medizinischen Notfallrettung wie Rettungswagen, Notarztfahrzeuge und Rettungshubschrauber oder Spezialrettungsmittel wie zum Beispiel Intensivtransportwagen und -hubschrauber erforderlich sind. Zielsetzung ist eine möglichst effiziente Auslastung dieser Einsatzmittel. Der Anspruch umfasst nicht einen Rücktransport aus dem Ausland in das Inland.

Zu Absatz 6

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

Zu Nummer 3 (§ 60)

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

Es wird nun klar zwischen Krankenfahrten und Krankentransporten differenziert, die in den Absatz 2 definiert werden. Die bisher umfassten Rettungsfahrten sind nicht mehr Teil der Regelung des § 60, sondern als Notfalltransport in § 30 geregelt.

Zu Absatz 1

Absatz 1 entspricht inhaltlich dem bisherigen Absatz 1 Satz 1 und 2. Es wird zudem geregelt, dass Krankentransporte ausschließlich durch Einrichtungen und Unternehmen erbracht werden, die nach Landesrecht dafür vorgesehen oder damit beauftragt worden sind.

Zu Absatz 2

Satz 1 definiert die Krankenfahrt als Fahrt ohne medizinisch-fachliche Betreuung, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen oder Taxen durchgeführt wird.

Als Krankentransport anzusehen sind nach Satz 2 Fahrten mit medizinisch-fachlicher Betreuung, die in Fahrzeugen durchgeführt werden, die über die technische Ausstattung verfügen, die für diese medizinisch-fachliche Betreuung notwendig ist. Dies sind insbesondere die besondere Einrichtung eines Krankenkraftwagens oder eines Luftfahrzeugs, das für die medizinisch-fachliche Betreuung eingerichtet ist. Versicherte, die einer solchen Betreuung oder Einrichtung während der Fahrt bedürfen oder deren Zustand die Erforderlichkeit während der Fahrt erwarten lässt, haben Anspruch auf Kostenübernahme für einen Krankentransport.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt, wie der bisherige Absatz 2, für welche Fahrten die Kosten durch die Krankenkasse übernommen werden. Absatz 3 gilt grundsätzlich sowohl für Krankentransporte als auch für Krankenfahrten, soweit sich aus den einzelnen Regelungen nichts anderes ergibt. Die Wahl des Transportmittels hängt von den Bedarfen des Einzelfalles ab.

Satz 1 Nummer 1 und 2 entsprechend dabei der bisherigen Nummer 1 in Absatz 2. Neu ist Nummer 2 Buchstabe b, der eine Fahrt in ein anderes Krankenhaus zur Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a vorsieht.

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

In Nummer 4 wird die Kostenübernahme für Fahrten zu ambulanten Behandlungen nicht an die notwendige Vermeidung einer voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung geknüpft, da dies für regelmäßig ambulant durchgeführte, ihrer Natur nach häufige Behandlungen, für die insbesondere Krankenfahrten medizinisch notwendig sein können, nicht passend ist. Es wird nun für Krankenfahrten vielmehr an die Ausnahmetatbestände nach § 8 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 angeknüpft. Ein Ausnahmetatbestand liegt vor, wenn der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist, oder eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist, weil die Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Patienten entsprechend beeinträchtigt.

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

Nummer 5 bildet die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren ab. Es werden die Kosten für Fahrten zu einer notdienstlichen Versorgung in einem Integrierten Notfallzentrum nach § 123 Absatz 1 Satz 1 nach Entscheidung eines Kooperationspartners eines Gesundheitssystems von der Krankenkasse übernommen. Die Notfallbehandlung entspricht einer gesetzlich vorgesehenen Hauptleistung, sodass Fahrkosten, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme dieser Leistung anfallen, erstattet werden können. Die Gesundheitssysteme können insofern auch über Fahrten, bei denen zwar kein rettungsdienstlicher Notfall im Sinne des § 30 Absatz 1 vorliegt, aber ein Transport des Hilfesuchenden aus medizinischer Sicht geboten und auch unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles erforderlich ist, disponieren. Dabei ist beispielsweise entscheidend, ob sich der Hilfesuchende in der Öffentlichkeit befindet und möglicherweise den Wetterbedingungen ausgesetzt ist, oder ob die Fahrt auch durch eine dritte Person durchgeführt werden könnte. Insgesamt soll die Disposition von bedarfsgerechten Transportmitteln gefördert werden. Ebenso

können die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechende Kooperationen eingehen und gegebenenfalls Krankentransporte zur vertragsärztlichen Versorgung disponieren. Bislang war die Durchführung erstattungsfähiger Krankentransporte zur ambulanten Erstversorgung nicht ohne weiteres möglich.

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

Zu Absatz 4

In Absatz 4 Satz 1 wird der Genehmigungsvorbehalt für Fahrten und Transporte zu ambulanten Behandlungen geregelt.

So besteht ein Anspruch auf Kostenübernahme bei einem Krankentransport zu einer ambulanten Behandlung nach Absatz 3 Nummer 4 Buchstabe b nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse.

Für Krankenfahrten gilt der Genehmigungsvorbehalt gemäß Satz 2 nicht, wenn ein Ausnahmetatbestand nach den Nummern 1 bis 4 vorliegt. Die Nummern 1 bis 4 orientieren sich an § 8 Absatz 3 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 und erlauben eine Krankenfahrt ohne vorherige Genehmigung der Krankenkasse, sofern die Versicherten einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder „TBl“ besitzen, gemäß § 15 des Elften Buches in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 eingeordnet wurden und bei Einordnung in den Pflegegrad 3 zusätzlich eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität festgestellt wurden oder sie bis zum 31. Dezember 2016 eine Einordnung in die Pflegestufe 2 erhalten haben.

Zu Absatz 5

Die Absätze 5 und 6 entsprechen dem bisherigen Absatz 3. In Absatz 5 wird geregelt, in welcher Höhe Kosten Krankenfahrten erstattet werden können. Die anerkannten Kosten richten sich bei öffentlichen Verkehrsmitteln nach dem Fahrpreis, wobei Fahrpreisermäßigungen auszuschöpfen sind und bei privaten Kraftfahrzeugen nach dem durch das Bundesreisekostengesetz vorgegebenen Kilometergeld. Für die Benutzung von Taxi oder Mietwagen, die keine Krankenkraftwagen im Sinne von § 1 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 Personenbeförderungsgesetz sind und damit nicht dem Geltungsbereich des Personenbeförderungsgesetzes unterfallen, können die Krankenkassen oder ihre Landesverbände Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen abschließen. Es bleibt also auch weiterhin möglich, dass Krankenkassen auf regionaler Ebene Verträge mit geeigneten Einrichtungen und Unternehmen abschließen. Dies kann im Einzelfall wirtschaftlich sein. § 133 Absatz 2 Satz 2 und 4 sowie Absatz 5 und 6 gelten entsprechend.

Zu Absatz 6

Absatz 6 regelt die Höhe der Kosten für Krankentransporte, die von den Krankenkassen übernommen werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich schließen hierfür mit den nach Landesrecht vorgesehenen oder beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen Verträge über Entgelte. Hier gelten § 133 Absatz 2 Satz 2 und 4 sowie Absatz 4 bis 6 entsprechend.

Zu Absatz 7

Gemäß Absatz 7 sind Versicherte bei Krankentransporten und Krankenfahrten zur Zuzahlung in der nach § 61 Satz 1 vorgesehenen Höhe verpflichtet. Der Einzug erfolgt durch die Krankenkasse.

Zu Absatz 8

Absatz 8 entspricht dem bisherigen Absatz 4.

Zu Absatz 9

Nach bisheriger Rechtslage besteht für Eltern, die die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen, neben dem Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 Absatz 1a ein Anspruch nach § 60 Absatz 5 Satz 1 (a.F.) in Verbindung mit § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) auf Verdienstaufwallerstattung für eine wegen Behinderung erforderliche Begleitperson während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation. In diesen Fallkonstellationen hat die Einführung des § 45 Absatz 1a zu Unsicherheiten in der Praxis geführt, in welchem Verhältnis die beiden Ansprüche auf Erstattung von Verdienstaufwällen stehen.

Zur Schaffung von Rechtsklarheit wird in § 60 Absatz 8 Satz 1, 2. Halbsatz daher klargestellt, dass der Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 Absatz 1a gegenüber dem Anspruch auf Ersatz des Verdienstauffalls nach Absatz 1 Satz § 73 Absatz 2 Nummer 2 SGB IX 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. Daneben können Versicherte, die die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 Absatz 1a nicht erfüllen weiterhin einen Anspruch auf Reisekosten nach § 60 Absatz 8 Satz 1 (n. F.) in Verbindung mit § 73 Absatz 1 und 3 SGB IX geltend machen, der auch den Anspruch auf eine Verdienstaufwallerstattung gemäß § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB IX umfasst. Darunter fallen zum Beispiel Personen, die keine Eltern sind, die ein Kind begleiten, dass die Altersgrenzen des § 45 Absatz 1a überschritten haben oder diejenigen Eltern, die auf Minijobber Basis tätig sind und mithin nicht mit einem Anspruch auf Krankengeld versichert sind.

Zu Nummer 4 (§ 61)

Für die Inanspruchnahme der Leistungen der notfallmedizinischen Versorgung und des Notfalltransports wird künftig eine einheitliche Zuzahlung in Höhe von zehn Euro vorgesehen statt wie bisher zehn Prozent der Kosten, jedoch mindestens fünf und höchstens zehn Euro.

Dies dient der Vermeidung von Verwaltungsaufwänden aufseiten der Krankenkassen. Solche könnten ohne die Regelung etwa entstehen, wenn die Rechnungen für die Leistungen der notfallmedizinischen Versorgung und des Notfalltransports zu unterschiedlichen Zeitpunkten bei der Krankenkasse eingehen. Sofern der nach bisheriger Rechtslage zu entrichtende Höchstbetrag von zehn Euro durch die erste Rechnung noch nicht erreicht wurde, wäre eine weitere Zuzahlungsanforderung erforderlich, die auch bei den Versicherten zu Unannehmlichkeiten und Unverständnis führen würde.

Da die bisher als Zuzahlung veranschlagte Summe von zehn Prozent der Kosten für die notfallmedizinische Versorgung und den Notfalltransport die nun pauschal angenommene Summe von zehn Euro stets erreichen dürfte, liegt hierin auch keine Mehrbelastung für die Versicherten.

Zu Nummer 5 (§ 73)

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

Zum Nummer 6 (§ 73b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Die Einbindung von Notaufnahmen im Rahmen integrierter Notfallzentren in den Notdienst wird nunmehr in § 123 Absatz 1 Satz 3 geregelt.

Zu Nummer 7 (§ 75)

Zu Buchstabe a

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

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Neufassung wird eine redaktionelle Anpassung vorgenommen, da auf das Datum zur Einführung der Terminservicestelle verzichtet werden kann und die Terminservicestellen bereits seit dem Jahr 2020 aktiv sind. Aufgrund der organisatorischen Trennung der Aufgaben der Terminservicestellen und der Akutleitstellen ist eine tägliche Erreichbarkeit der Terminservicestellen an 24 Stunden künftig nicht mehr erforderlich. Daher wird zur Entlastung der Kassenärztlichen Vereinigungen geregelt, dass die Terminservicestellen an Werktagen unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 116117 erreichbar sein müssen. Bei Anrufen zu der Rufnummer 116117 handelt es sich nicht um eine Notrufverbindung im Sinne des § 164 Absatz 1 Satz 1 des Telekommunikationsgesetzes. Die Kassenärztlichen Vereinigungen bieten zudem überwiegend auch digitale Angebote an. Damit jedoch alle Versicherten unabhängig vom Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zu den gleichen Bedingungen die Möglichkeit haben, Termine zu buchen, wird eine Konkretisierung hinsichtlich der digitalen Angebote vorgenommen.

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

Zu Doppelbuchstabe bb

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

Zu Doppelbuchstabe cc

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

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

Zu Doppelbuchstabe dd

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

Zu Doppelbuchstabe ee

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

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

Zu Doppelbuchstabe ff

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

In den neuen Sätzen 18 und 19 wird geregelt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen Integrierten Notfallzentren im Bedarfsfall eine Terminbuchung bei Vertragsärzten ermöglichen müssen. Ziel ist es, die notwendige Weiterversorgung sicherzustellen, indem die Patientinnen und Patienten bereits beim Verlassen des Integrierten Notfallzentrums über einen Behandlungstermin verfügen und damit eine erneute Inanspruchnahme der Notdienststrukturen zu vermeiden. Den Kassenärztlichen Vereinigungen sollen dabei über die Art und Weise, wie die Vermittlung eines Behandlungstermins erfolgt, selbst entscheiden.

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 1b

Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst mit der Konkretisierung des Absatzes 1b eine jederzeit verfügbare vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung in Akutfällen. Akutfälle sind Fälle, in denen eine unverzügliche Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Diese Versorgung ist durchgängig sicherzustellen, das bedeutet 24 Stunden täglich an sieben Tagen der Woche. Sie kann und soll wie bisher vorrangig innerhalb der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Sprechstunden erbracht werden. In diesem Fall ist die vertragsärztliche Behandlung nicht auf bestimmte Maßnahmen begrenzt und kann über das zur Erstversorgung Notwendige hinausgehen. Sofern die vertragsärztliche Versorgung jedoch nicht durch vertragsärztliche Leistungserbringer im Rahmen ihrer Sprechstunden erbracht wird, wird sie künftig als notdienstliche Akutversorgung

legaldefiniert. In diesem Fall ist die Behandlung ausdrücklich auf eine Erstversorgung der Versicherten, also auf die unaufschiebbar erforderliche Behandlung sowie alle medizinisch gebotenen Maßnahmen der Diagnostik zur Klärung der Dringlichkeit und zum Ausschluss eines dringenden weitergehenden Versorgungsbedarfes und der überbrückenden Therapie von akuten Beschwerden, begrenzt. Darüber hinaus kann auch die Erstbescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit, die Bescheinigung einer notwendigen Betreuung, Beaufsichtigung oder Pflege eines erkrankten Kindes sowie die Verordnung von kurzfristig benötigten Arzneimitteln erfolgen. Darüber hinausgehende Maßnahmen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen notdienstlichen Akutversorgung nicht durchgeführt und abgerechnet werden. Folgebehandlungen sowie die Ausstellung von Folgebescheinigungen werden im regulären vertragsärztlichen Bereich erbracht.

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

Satz 4 bestimmt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung eine notdienstliche Akutversorgung durch geeignete Versorgungsstrukturen, den Notdienst, sicherzustellen haben.

In Satz 5 wird ausschließlich für den vertragsärztlichen Bereich konkretisiert, welche Strukturen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Rahmen des Notdienstes im Besonderen gewährleisten müssen. Sie haben die notdienstliche Akutversorgung künftig insbesondere durch die Beteiligung an Integrierten Notfallzentren sowie durch ein telemedizinisches und ein aufsuchendes Versorgungsangebot sicherzustellen. Mit diesen Angeboten werden neben den zugelassenen und ermächtigten Leistungserbringern zusätzliche zentrale Anlaufstellen der vertragsärztlichen Versorgung in Akutfällen geschaffen. Damit bleibt aber unberührt, dass in Akutfällen die Behandlung prioritär durch verfügbare zugelassene und ermächtigte Leistungserbringer in der Regelversorgung umfassend erfolgt. Nur bei Inanspruchnahme der aufgrund von Satz 4 geschaffenen Strukturen des Notdienstes ist die Behandlung auf eine Erstversorgung beschränkt. Durch die Formulierung „insbesondere“ in Satz 5 wird klargestellt, dass es neben diesen nicht abschließend aufgezählten Versorgungsangeboten weiterhin den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung obliegt, einen hinreichenden fachärztlichen Notdienst, zum Beispiel durch Augenärztinnen und -ärzte, zu gewährleisten. Soweit eine entsprechende Versorgung durch die in Satz 5 aufgezählten Angebote nicht sichergestellt werden kann, sind (fachärztliche) Notdienststrukturen – insbesondere zu den sprechstundenfreien Zeiten – zu schaffen oder aufrecht zu erhalten.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, sich an flächendeckend einzurichtenden Integrierten Notfallzentren nach den Maßgaben der §§ 123 ff. zu beteiligen, also entsprechend Kooperationsverträge abzuschließen und die jeweilige Notaufnahme des zugelassenen Krankenhauses unmittelbar in den ambulanten Notdienst gemäß § 123 Absatz 1 Satz 3 einzubinden (Nummer 1). Wie bereits heute gilt dann das jeweilige zugelassene Krankenhaus als zur vertragsärztlichen Versorgung gehörig und unterliegt diesbezüglich nicht den Einschränkungen des § 76 Absatz 1 Satz 2; es kann selbständig eine notdienstliche ambulante Erstversorgung erbringen und diese auch vertragsärztlich abrechnen; dies ergibt sich aus Absatz 1b Satz 12.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben darüber hinaus sicherzustellen, dass jederzeit Ärztinnen und Ärzte für eine telefonische und videounterstützte Versorgung erreichbar sind. Dabei kann es sich um Ärztinnen und Ärzte der Akutleitstelle (Beratungsärztinnen und -ärzte) oder anderer Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung handeln (Nummer 2). Die Versorgung erfolgt durch einen über die Akutleitstelle vermittelten telefonischen oder videounterstützten Kontakt. Sie kann als Videosprechstunde nach § 365 erbracht und nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab abgerechnet werden. Zur Finanzierung des Ausbaus der technischen und personellen Ausstattung und einer rund um die Uhr zu

gewährleistenden telefonischen und videounterstützten ärztlichen Beratungsleistung müssen die entsprechenden Selbstverwaltungspartner gegebenenfalls zusätzliche Mittel gemäß der nunmehr schiedsfähigen Verpflichtung nach § 105 Absatz 1b zur Verfügung stellen. Zur weiteren Entlastung der Kassenärztlichen Vereinigungen und zur Erreichung von Synergieeffekten sollen diese untereinander und mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kooperieren, da entsprechende Leistungen auch dezentral erbracht werden können. Die Akutleitstelle kann Integrierten Notfallzentren nach § 123 durch die Angebote telefonischer Konsilien oder telemedizinischer Konsilien nach § 367 bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen unterstützen. Diese zusätzlichen Angebote führen insgesamt zu einer erheblichen Entlastung sonstiger Notfallstrukturen.

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

Satz 12 und 13 entsprechen Absatz 1b Satz 5 und 6 des geltenden Rechts.

Satz 14 entspricht Absatz 1b Satz 7 des geltenden Rechts. Damit wird an der Vorgabe festgehalten, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch treten sollen. Auch im Rahmen der Organisation der notdienstlichen Versorgung muss es das Ziel sein, die Versorgung von Versicherten mit Arzneimitteln nach Möglichkeit zu erleichtern.

Zu Absatz 1c

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

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

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

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

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

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

Zu Absatz 1d

Der neue Absatz 1d stellt klar, dass sowohl die Terminservicestellen als auch die Akutleitstellen personenbezogene Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben verarbeiten dürfen. Die Akutleitstellen sind darüber hinaus verpflichtet, Sprachaufzeichnungen zu fertigen. Da es in der Akutleitstelle nicht nur um reine Terminvermittlung, sondern auch um die Weiterleitung von Notfällen an die Notrufnummer 112, die Vermittlung von Akutfällen und die medizinische Beratung durch Beratungsärztinnen und -ärzte geht, sind die aufgenommenen personenbezogenen Daten einschließlich der Sprachaufzeichnungen für die Dauer von zehn Jahren zu speichern. Diese Daten können beispielsweise zur Klärung von Haftungsfällen, für das

gemeinsame Qualitätsmanagement nach § 133a Absatz 3 oder zum besseren Umgang mit und zur Identifikation von häufig Anrufenden dienen.

Zu Absatz 1e

Absatz 1e entspricht Absatz 1a Satz 18 und 19 des geltenden Rechts.

Zu Absatz 1f

Absatz 1f regelt insbesondere den vertragszahnärztlichen Notdienst. Die vertragszahnärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (zahnärztlicher Notdienst) bleibt von der Neuregelung der notdienstlichen Akutversorgung und des Notdienstes in den Absätzen 1b bis 1e überwiegend unberührt. Insbesondere finden die Regelungen über den Umfang des Sicherstellungsauftrages in Absatz 1b Satz 3 sowie zu den in Absatz 1b Satz 5 ausdrücklich genannten Versorgungsstrukturen keine Anwendung. Eine Änderung des bislang bestehenden Sicherstellungsauftrags der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung für den zahnärztlichen Notdienst und der damit verbundenen Pflichten erfolgt nicht.

Darüber hinaus wird lediglich klargestellt, dass die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Versicherten dennoch bundesweit einheitlich im Internet über die Sprechstundenzeiten sowie barrierefreie Zugangsmöglichkeiten zu informieren haben.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

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

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Verweisaneinanderpassung als Folgeänderung.

Zu Nummer 8 (§ 76)

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

Zu Nummer 9 (§ 87)

Zu Buchstabe a

Die Neuregelung trägt der besseren Vernetzung und Abstimmung der Versorgungsbereiche des vertragsärztlichen Notdienstes und der Notaufnahmen der Krankenhäuser im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) Rechnung. Weiterhin ist für die Bestimmung des Inhalts der von den Leistungserbringern nach EBM abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander der ergänzte Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung mit Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes zuständig. Durch eine Aufzählung der Aufträge wird die Regelung übersichtlicher. Der ergänzte Bewertungsausschuss ist nach Nummer 1 weiter verpflichtet, die Gebührenordnungspositionen des EBM für die Versorgung im Notdienst sowie in Notfällen zu beschließen. Dabei wird der bisherige Auftrag, eine nach dem Schweregrad differenzierte Regelung zu treffen, durch die Neuregelung nach Nummer 3 ersetzt. Der bisher im Satz 21 enthaltene Begriff

„Notfall“ wird zur Vermeidung von Abgrenzungsfragen zum neuen Leistungsanspruch der medizinischen Notfallrettung, der auch die notfallmedizinische Versorgung umfasst (vergleiche § 30 in Verbindung mit § 133), deren Leistungsvergütung nicht im EBM abgebildet ist, durch den Verweis auf die Regelung nach § 76 Absatz 1 Satz 2 konkretisiert. Eine Vergütung von ärztlichen Leistungen bei Vorliegen eines rettungsdienstlichen Notfalles nach EBM ist daher ausgeschlossen. In Nummer 2 wird der bisherige Auftrag zur Regelung der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notdienst mit telemedizinischen Leistungen fortgeführt. Nach Nummer 3 sind nunmehr Zuschläge für die Behandlung Versicherter neu zu beschließen, die aufgrund von Art, Schwere und Komplexität der Diagnose einer besonders aufwändigen Versorgung in den Notaufnahmen von Integrierten Notfallzentren oder Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche bedürfen. Die im geltenden EBM bereits vorgesehenen Zuschläge zu Notfallpauschalen sollen insoweit überprüft und weiterentwickelt werden. Dies umfasst auch eine im Einzelfall erforderliche stundenweise Betreuung und Überwachung der Patienten in der Notaufnahme eines Integrierten Notfallzentrums oder eines Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche zur Vermeidung einer nicht bedarfsgerechten stationären Behandlung. Die Zuschläge sind nicht für Fälle vorzusehen, die durch Vertragsärzte versorgt werden können und die nicht der Hintergrundesicherheit eines Integrierten Notfallzentrums oder eines Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche bedürfen. Die Vergütung der ambulanten Leistungen erfolgt weiterhin innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, unabhängig davon, ob sie von Vertragsärzten oder Krankenhäusern erbracht werden. Mögliche Verlagerungen von stationären Kurzzeitfällen in die ambulante Versorgung durch Integrierte Notfallzentren oder Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche sind entsprechend der Regelung in § 87a Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 zu berücksichtigen.

Zu Buchstabe b

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

Zu Nummer 10 (87a)

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

Zu Nummer 11 (§ 90)

Zu Buchstabe a

Die zuständigen obersten Landesbehörden wirken auch für die neuen Aufgaben im erweiterten Landesausschuss beratend mit. Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung und das Recht zur Antragstellung, damit die zuständige oberste Landesbehörde ihre versorgungs- und planungsrelevanten Erkenntnisse bestmöglich in die Beratungen einbringen kann.

Zu Buchstabe b

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

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

Der Landesausschuss nach Absatz 1 wird als erweiterter Landesausschuss um Vertreter der Krankenhäuser in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der

Krankenkassen und die Vertreter der Ärzte vorgesehen ist. Die dem erweiterten Landesausschuss durch die Wahrnehmung seiner neuen Aufgaben entstehenden Kosten werden zur Hälfte von den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie zu je einem Viertel von den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankengesellschaft getragen.

Im Zusammenhang mit den Aufgaben nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 sind Vertreter für die Belange der medizinischen Notfallrettung anzuhören. Diese werden von der zuständigen obersten Landesbehörde benannt. Der erweiterte Landesausschuss kann zur Sicherstellung seiner Arbeitsfähigkeit für die Beschlussfassung über Entscheidungen nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 in seiner Geschäftsordnung die Besetzung mit einer kleineren Zahl von Mitgliedern festlegen; die Mitberatungs- und Anhörungsrechte bleiben unberührt.

Zu Buchstabe c

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

Zu Nummer 12 (§ 90a)

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

Zu Nummer 13 (§ 92)

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

Zu Nummer 14 (§ 105)

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

Die Einbeziehung der privaten Krankenversicherungsunternehmen bezweckt dabei, dass die dauerhafte Finanzierung der vorgenannten Strukturen durch planbare Einnahmen

sichergestellt bleibt und dabei keine eindimensionale und damit unverhältnismäßige Finanzierungsbelastung durch die gesetzlich Versicherten stattfindet. Medizinische Notfälle ergeben sich nämlich unabhängig vom Versicherungsstatus. Zwar dienen die Regelungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch und damit Maßnahmen in Absatz 1b Satz 5 zunächst der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung von gesetzlich Versicherten und sind insofern nicht unmittelbar den Versicherten der privaten Krankenversicherungsunternehmen gewidmet. Dennoch ist es Realität, dass Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen, die ihren Versicherten gegenüber gesetzlich zum Aufwendungsersatz für medizinisch notwendige Heilbehandlungen verpflichtet sind, aber weder regelmäßig noch flächendeckend eigene Notfallversorgungsstrukturen vorhalten, auf die Sicherstellungsstrukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen zurückgreifen. Auch zukünftig sollten die mit diesem Gesetz verbesserten Strukturen der Notfallversorgung, wie beispielsweise die Akutleitstelle, für diesen Personenkreis nutzbar sein. Auch zur Gleichbehandlung ist notwendig, übergreifende Strukturen zur Versorgung aller Versicherten zu schaffen, die der allgemeinen Krankenversicherungspflicht unterliegen. Für die privaten Krankenversicherungsunternehmen können sich darüber hinaus mit den verbesserten Notfallversorgungsstrukturen Einsparpotentiale ergeben. Weil diese Infrastruktur also regelmäßig und unmittelbar den privat Versicherten offen steht und ihnen konkrete organisatorische und medizinische Vorteile verschafft, trägt der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. auf Bundesebene eine anteilige Finanzierungsverantwortung in Höhe eines Anteils von sieben Prozent; die Verpflichtung ist zweckgebunden und ausdrücklich auf die Finanzierung der genannten Maßnahmen begrenzt und soll verhindern, dass die systemischen Fixkosten dieser gemeinschaftlich genutzten Maßnahmen allein von den Trägern des anderen Versicherungssystems zu übernehmen sind. Die Festsetzung des Pauschalbetrags basiert auf der bewährten, um Beihilfeanteile bereinigten Marktanteilsrelation und dient der schnellen, verlässlichen Umsetzung der Finanzierung ohne aufwändige Einzelberechnungen. Die pauschale Beteiligung ist geeignet, weil sie planbare, wiederkehrende und zweckgebundene Einnahmen bereitstellt. Sie ist insbesondere erforderlich, weil ausschließlich fallbezogene Abrechnungen (beispielsweise nach der Gebührenordnung für Ärzte), freiwillige Vereinbarungen oder einmalige Zuschüsse die dauerhaften fallunabhängigen (Vorhalte-)Fixkosten der flächendeckenden Erreichbarkeit und des Betriebs nicht mit gleicher Verlässlichkeit decken. Die Angemessenheit des Umfangs ergibt sich daraus, dass die Belastung von sieben Prozent der bewährten Relation des um Beihilfeanteile bereinigten Krankenversicherungsmarkt-Anteils entspricht, auf die Finanzierung der gesetzlichen Maßnahmen klar begrenzt und durch eine gesetzlich vorgesehene Evaluierung des Fondsvolumens überprüfbar bleibt. Außerdem ist über die Höhe des gesamten Fördervolumens mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. Benehmen herzustellen. Die Mittel sind also strikt zweckgebunden zu verwenden, die Kassenärztlichen Vereinigungen legen spätestens vier Wochen vor Beginn der Verhandlungen dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. eine detaillierte Kalkulation der Kosten vor, die Förderhöhe ist jährlich zu überprüfen und entsprechend der Entwicklung der Kosten anzupassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat jährlich einen Bericht über die Anzahl und den jeweiligen Inhalt der Vereinbarungen, einschließlich der Höhe der jeweils vereinbarten Beträge, zu veröffentlichen. Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren zusätzlich das Nähere zur Bereitstellung des Finanzierungsanteils der privaten Krankenversicherungsunternehmen. Die vorzugsweise an den Versichertenzahlen zu orientierende interne Umlage des Beitrags der privaten Krankenversicherungsunternehmen bleibt deren interner Disposition überlassen. Der Betrag, den die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam zur Verfügung stellen müssen, wird um den Betrag gemindert, den die privaten Krankenversicherungsunternehmen bereitstellen.

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

Vernetzung der Akutleitstelle mit den Leistungserbringern des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1. Darüber hinaus sind die integrierten Notfallstrukturen nach §§ 123 bis 123b förderfähig; hierzu zählen insbesondere die Errichtung und Vorhaltung von Notdienstpraxen und Maßnahmen zur digitalen Vernetzung.

Kooperationspraxen der Integrierten Notfallzentren können durch Mittel aus dem Strukturfonds nach Absatz 1a gefördert werden.

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

Für den vertragszahnärztlichen Notdienst wird in Satz 11 die bisherige Regelung des § 105 Absatz 1b beibehalten.

Zu Nummer 15 (§ 115e)

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

Zu Nummer 16 (116b)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Nummer 17 (§ 120)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

Der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss zum Erlass einer Richtlinie, die Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 an ein Krankenhaus wenden, beinhaltet, wird aufgehoben. Damit verliert die bereits beschlossene, aber wegen Beanstandung nicht in Kraft getretene Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ihre Rechtsgrundlage und ist hinfällig. Ein neuer angepasster Auftrag wird in § 123c aufgenommen.

Die Versorgung ambulanter Not- und Akutfälle soll zur optimalen Nutzung der personellen und einrichtungsbezogenen Ressourcen sowie zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung aller Hilfesuchenden gesteuert und in den dafür vorgesehenen Strukturen erfolgen.

Für den Fall, dass Hilfesuchende dennoch selbständig Krankenhausstandorte ohne Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, wird die dort erbrachte ambulante Behandlung nicht in allen Fällen vergütet. Nach § 76 Absatz 1 Satz 2 sind ambulante Leistungen von nicht in die vertragsärztliche Versorgung einbezogenen Krankenhäusern bereits nach geltendem Recht nur dann abrechenbar, wenn es sich um einen Notfall handelt, also wenn nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung des Patienten notwendig ist und ein Vertragsarzt nicht in der notwendigen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann. Diese Feststellung ist in der Praxis oft schwierig und führt zu Rechtsunsicherheiten und uneinheitlicher Handhabung. Mit der vorliegenden Änderung wird die Abrechenbarkeit einer ambulanten Behandlung an einem Krankenhausstandort ohne Integriertes Notfallzentrum an die Voraussetzung geknüpft, dass die neue vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 123c zu regelnde Ersteinschätzung eine Entscheidung zur Behandlung am Krankenhausstandort getroffen und somit festgestellt hat, dass eine Verweisung an das nächstgelegene Integrierte Notfallzentrum im Einzelfall nicht zumutbar ist. Dadurch wird den Krankenhäusern, die kein Integriertes Notfallzentrum betreiben (auch solchen, die nicht an der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmen), die Ersteinschätzung nach § 123c zur Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen aufgegeben. Die Regelung gilt ab dem Zeitpunkt, in dem der Gemeinsame Bundesausschuss die Durchführung einer Ersteinschätzung für verbindlich erklärt hat. Die Ersteinschätzung kann im Wege der Delegation durch nichtärztliches Personal erbracht werden. Die Ersteinschätzung wird unabhängig von ihrem Ergebnis vergütet, wenn die Richtlinie nachweislich eingehalten wurde.

Zu Nummer 18 (§§ 123 bis 123c)

Zu § 123 (Integrierte Notfallzentren)

§ 123 regelt die bundesweit flächendeckende Einrichtung von Integrierten Notfallzentren.

Zu Absatz 1

Absatz 1 beschreibt die Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion von Integrierten Notfallzentren. Diese bestehen aus der Notaufnahme eines zugelassenen Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des Krankenhausstandortes und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle. In unmittelbarer räumlicher Nähe bedeutet, dass Notaufnahme und Notdienstpraxis in kurzer fußläufiger Entfernung zueinander liegen. Im Sinne der Flexibilisierung und zur Vermeidung etwaiger Doppelstrukturen kann die Kassenärztliche Vereinigung von der Einrichtung einer Notdienstpraxis absehen, wenn die Versorgung von Akutfällen in der Praxis einer zugelassenen Ärztin beziehungsweise eines zugelassenen Arztes oder eines zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des Krankenhausstandortes sichergestellt ist. In diesen Fällen ist die Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 Satz 1 zwischen dem Krankenhausträger, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie dem die Versorgung von Akutfällen übernehmenden

Leistungserbringer abzuschließen. Eine solche Regelung kann den Vorteil haben, dass die personellen Ressourcen der Kassenärztlichen Vereinigung geschont und Einrichtungs- und Betriebskosten für eine Notdienstpraxis eingespart werden sowie eine Weiterleitung gegebenenfalls unbürokratischer erfolgen kann. Die Regelung dient auch der Fortführbarkeit bereits bestehender Modelle. Die gesetzlichen Regelungen zur Einrichtung und zum Betrieb der Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung, etwa zu Datenverarbeitungs- und Datenübermittlungsbefugnissen, zu den Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung, zum Umfang der Versorgung innerhalb der notdienstlichen Akutversorgung gemäß § 75 Absatz 1b Satz 3 und zu den Öffnungszeiten, gelten in diesem Fall entsprechend.

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

Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden durch die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags verpflichtet, die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch Kooperation und organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern in Integrierten Notfallzentren sicherzustellen und die Notaufnahme des Krankenhauses unmittelbar in den Notdienst einzubeziehen. Wie bereits heute gilt dann das jeweilige zugelassene Krankenhaus als zur vertragsärztlichen Versorgung gehörig und unterliegt diesbezüglich nicht den Einschränkungen des § 76 Absatz 1 Satz 2; es kann selbständig eine notdienstliche ambulante Erstversorgung erbringen und diese auch vertragsärztlich abrechnen. Dies ergibt sich aus § 75 Absatz 1b Satz 12. Damit besteht auch die Möglichkeit, eine Erstbescheinigung der Arbeitsunfähigkeit oder eine Bescheinigung einer notwendigen Betreuung, Beaufsichtigung oder Pflege eines erkrankten Kindes auszustellen und Arzneimittel zu verordnen. Reziprok werden zugelassene Krankenhäuser, an deren Standort ein Integriertes Notfallzentrum eingerichtet werden soll, zur Kooperation im Rahmen des Integrierten Notfallzentrums verpflichtet. Hiermit wird an die bereits jetzt aufgrund von § 75 Absatz 1b Satz 3 des geltenden Rechts bestehende Rechtslage angeknüpft, aber diese für zugelassene Krankenhäuser, deren Standort als Standort für ein Integriertes Notfallzentrum festgelegt wurde, und für die Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich. Gleichzeitig wird der kooperative Charakter eines Integrierten Notfallzentrums betont, dass Notaufnahme und Ersteinschätzungsstelle grundsätzlich in Trägerschaft des zugelassenen Krankenhauses beziehungsweise die Notdienstpraxis in Trägerschaft der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung verbleiben. Eine gemeinsame Trägerschaft zwischen Krankenhaus und Kassenärztlicher Vereinigung ist gesetzlich nicht vorgeschrieben.

Nach Satz 6 sollen zusätzlich zu der Notaufnahme und der Notdienstpraxis auch geeignete, im Umkreis des Krankenhausstandortes gelegene Kooperationspraxen in die Kooperationsvereinbarung des Integrierten Notfallzentrums eingebunden werden. Dies können selbständige Vertragsarztpraxen und medizinische Versorgungszentren sein, die während der regulären vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten, zu denen die Notdienstpraxis im Integrierten Notfallzentrum nicht geöffnet hat, die Versorgung von Akutfällen übernehmen. Hierzu sollen alle geeigneten Facharztgruppen in Betracht gezogen werden, etwa Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin, für Orthopädie, für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde sowie für Psychiatrie und Psychosomatik. Die Kooperationspraxis muss derart mit dem Integrierten Notfallzentrum vernetzt sein, dass eine rückverfolgbare und digitale Fallübergabe ohne jeden zeitlichen Verzug in dem für das Integrierte Notfallzentrum geltenden interoperablen Format sichergestellt ist. Dies ist erforderlich, um eine ärztlich verantwortbare Weiterleitung und eine sichere und unmittelbare Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, die von der Ersteinschätzungsstelle des Integrierten Notfallzentrums in eine Kooperationspraxis überwiesen werden. Die Versorgung in den Kooperationspraxen

ist dabei nicht auf die notdienstliche Erstversorgung beschränkt, da es sich bei diesen nicht um eine Struktur des Notdienstes nach § 75 Absatz 1b Satz 4 handelt.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Steuerung innerhalb des Integrierten Notfallzentrums. Die zentrale Ersteinschätzungsstelle trifft für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, eine Entscheidung dazu, welche Dringlichkeit die Behandlung hat. Für die Zeiten, in denen die Notdienstpraxis, ein Leistungserbringer nach Absatz 2 Satz 5 oder eine Kooperationspraxis geöffnet hat, entscheidet sie außerdem, in welcher Versorgungsebene des Integrierten Versorgungszentrums, also Notaufnahme oder Notdienstpraxis beziehungsweise Leistungserbringer nach Absatz 2 Satz 5 oder bei einer bestehenden Kooperation in den entsprechenden Zeiten eine Kooperationspraxis, die Patientin oder der Patient am besten versorgt werden kann. Hilfesuchende, die aufgrund einer ärztlichen Verordnung von Krankenhausbehandlung ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, fallen nicht unter diese Regelung. Patientinnen und Patienten, die durch den Rettungsdienst oder Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung eingeliefert werden, fallen ebenfalls nicht unter die Regelung, da bei ihnen bereits durch diese eine Behandlungsnotwendigkeit in der Notaufnahme festgestellt wurde. Eine qualifizierte Übergabe an die Notaufnahme einschließlich Befunden erfolgt künftig direkt über die digitale Notfalldokumentation. Für Hilfesuchende, welche bereits kein von ihnen als dringend erachtetes gesundheitliches Anliegen schildern, beispielsweise eine Routineuntersuchung wünschen, steht demgegenüber allein die vertragsärztliche Regelversorgung offen; sie können zum Beispiel auf die Rufnummer 116117 verwiesen werden. Eine Ersteinschätzung findet nicht statt. Aus Gründen der Patientensicherheit ist nach einer bloßen Ersteinschätzung eine Verweisung aus den Räumlichkeiten des Integrierten Notfallzentrums heraus für Patientinnen und Patienten nur nach einer separat zu vergütenden tatsächlichen Untersuchung durch eine Ärztin beziehungsweise einen Arzt entweder in der Notdienstpraxis oder der Notaufnahme möglich. Etwas anderes gilt nur unter der Voraussetzung, dass die Patientin oder der Patient von der Ersteinschätzungsstelle in eine Kooperationspraxis nach Absatz 1 Satz 6 mit der entsprechenden engen Vernetzung weitergeleitet werden kann. Durch die enge Verknüpfung der Kooperationspraxis mit dem Integrierten Notfallzentrum ist gewährleistet, dass die vermittelten Patientinnen und Patienten dort ebenso zeitnah und verlässlich versorgt werden wie in einer Notdienstpraxis. Alternativ besteht nach der Entscheidung der Ersteinschätzungsstelle für die Hilfesuchenden die Möglichkeit, sich statt einer Versorgung im Integrierten Notfallzentrum über das System der Terminservicestelle einen Behandlungstermin in der ambulanten Regelversorgung, einschließlich einer telefonischen oder videounterstützten Versorgung, während der Sprechstundenzeiten vermitteln zu lassen. Dies bietet sich etwa an, um bei weniger dringlichen Beschwerden Wartezeiten im Integrierten Notfallzentrum zu umgehen und von der nicht auf eine Erstversorgung beschränkten Behandlung in der Regelversorgung zu profitieren. Die Entscheidung der Hilfesuchenden erfolgt freiwillig; eine Erstversorgung im Integrierten Notfallzentrum bleibt unbenommen. Die Ersteinschätzung kann im Wege der Delegation durch nichtärztliches Fachpersonal erbracht werden. Ab dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach § 123c Absatz 1 Satz 5 Nummer 4 bestimmten Zeitpunkt erfolgt die Ersteinschätzung auf der Grundlage eines digitalen standardisierten Instruments. Das Ergebnis des Ersteinschätzungsinstruments dient der Ersteinschätzungsstelle als maßgebliche Entscheidungsgrundlage.

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

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

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

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt die telemedizinische Anbindung von Integrierten Notfallzentren an Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie an Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Nervenheilkunde.

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

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

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

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Berichtspflichten zur Versorgung in den Integrierten Notfallzentren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen berichten den zuständigen obersten Landesbehörden jährlich über die Versorgung in den Integrierten Notfallzentren in Hinblick auf Abweichungen von den gesetzlichen Öffnungszeiten der Notdienstpraxis, auf die Anzahl der Leistungserbringer nach Absatz 1 Satz 5 und der eingerichteten Kooperationspraxen und der eingerichteten Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche, auf die Anteile der Inanspruchnahme des Integrierten Notfallzentrums mit und ohne vorherigen Kontakt zur Akutleitstelle sowie über die Auswirkungen der Versorgung in Integrierten Notfallzentren auf die Notaufnahmen, die nicht Teil eines Integrierten Notfallzentrums sind. Informationen zu den Auswirkungen der Reform auf die Notaufnahmen, die nicht Teil eines Integrierten Notfallzentrums sind, insbesondere zu Art und Umfang der Inanspruchnahme, sind wichtig für eine Evaluation der Regelungen zur Steuerung der Patientinnen und Patienten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich.

Zu § 123a (Einrichtung von Integrierten Notfallzentren)

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Bestimmung der Standorte für Integrierte Notfallzentren. Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a legt die Standorte von Integrierten Notfallzentren erstmals innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes fest. Die Planung soll eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte flächendeckende Versorgung mit gleichmäßigem Zugang der Bevölkerung zu Integrierten Notfallzentren als zentrale Anlaufstelle der Notfallversorgung an dafür geeigneten Standorten sicherstellen. Die Standortfestlegung unterliegt einer regelmäßigen Überprüfung; bei veränderten Tatsachen, wie etwa dem Wegfall von Voraussetzungen für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums, kann eine neue Standortfestlegung erforderlich sein.

Der erweiterte Landesausschuss bestimmt hierzu zunächst Planungsregionen zur flächendeckenden Versorgung mit Integrierten Notfallzentren. Die Festlegung von Planungsregionen durch den Erweiterten Landesausschuss stellt sicher, dass die Ansiedlung von Integrierten Notfallzentren nicht isoliert, sondern bedarfsgerecht, fachlich und sektorenübergreifend koordiniert erfolgt. Die Definition spezifischer Planungsregionen verhindert unter anderem, dass lokale Versorgungsdefizite in ländlichen Räumen durch Standorte in Ballungszentren rechnerisch ausgeglichen werden. Die ausdrückliche Option für grenzüberschreitende Planungsregionen bricht dabei starre Verwaltungsgrenzen auf und orientiert sich strikt an den realen Patientenströmen sowie den regionalen Infrastrukturen, um eine effiziente und lückenlose Notfallversorgung sicherzustellen.

Die Bundeswehrkrankenhäuser sind vom erweiterten Landesausschuss bei der Festlegung der Standorte der Integrierten Notfallzentren nach Satz 1 vorrangig zu berücksichtigen. Diese gesetzliche Festlegung trägt der besonderen Bedeutung der Bundeswehrkrankenhäuser Rechnung. Bundeswehrkrankenhäuser sind medizinische, stationäre Behandlungseinrichtungen der Bundeswehr mit dem besonderen Auftrag, die jederzeitige Abstellung von ärztlichem und nichtärztlichem medizinischen Fachpersonal für Einsätze der Bundeswehr – einschließlich der Landes- und Bündnisverteidigung – sicherzustellen. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, ist es erforderlich, dass die Bundeswehrkrankenhäuser und die bei ihnen tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte ein möglichst breites Leistungsspektrum zur Vorbereitung auf den Einsatzfall der Bundeswehr erbringen. Dies schließt insbesondere die Einschätzung und Versorgung von Not- und Akutfällen ein. Indem der erweiterte Landesausschuss bei der Standortfestlegung die Bundeswehrkrankenhäuser vorrangig zu berücksichtigen hat, wird sein Ermessen dahingehend beschränkt. Dies steht im Einklang mit der verfassungsrechtlichen Grundentscheidung für eine wirksame militärische Verteidigung der Bundesrepublik Deutschland und damit für die Sicherung der staatlichen Existenz durch Streitkräfte, die organisatorisch so zu gestalten und personell so

auszubilden und auszustatten sind, dass sie ihren militärischen Aufgaben im In- und Ausland gewachsen sind, Artikel 73 Nummer 1 des Grundgesetzes.

Damit nur solche Krankenhausstandorte festgelegt werden können, die über die erforderliche personelle und sachliche Ausstattung für die Erbringung einer stationären Notfallversorgung verfügen, muss ein Krankenhausstandort mindestens die Anforderungen der Notfallstufe 1 Basisnotfallversorgung nach den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses erfüllen. Ein weiteres Kriterium ist, dass kein überwiegendes berechtigtes Interesse des Krankenhauses entgegensteht. Dabei ist das Interesse an einer flächendeckenden Versorgung durch Integrierte Notfallzentren gegen das berechnete Interesse des Krankenhauses abzuwägen. Als berechnete Interessen in Betracht kommen beispielsweise geplante Schließungen des Krankenhausstandortes oder anstehende Strukturveränderungen in der Notfallversorgung, sodass der Standort die weiteren Standortkriterien nicht mehr erfüllen könnte. Dies gilt auch, wenn das Krankenhaus nachweist, dass es die mit der Bestimmung als Standort eines Integrierten Notfallzentrums verbundenen neuen Aufgaben personell oder finanziell nicht erfüllen kann.

Bei der Standortwahl müssen die Ziele der Raumordnung, Landes- und Krankenhausplanung beachtet werden. Die zuständige Aufsichtsbehörde stellt sicher, dass insbesondere Entscheidungen zur Notfallversorgung berücksichtigt werden, um eine Zersplitterung der Strukturen zu vermeiden. Durch das Beanstandungsrecht können die Länder eine Standortbestimmung verhindern, die der Krankenhausplanung zuwiderläuft. Integrierte Notfallzentren können beispielsweise Einfluss auf Patientenströme haben, da sie Anlaufstelle für den Fall akuter Beschwerden sind.

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

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

1. die die höhere Notfallstufe nach den Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung oder die nach anderen messbaren Parametern, insbesondere Fallzahlen, leistungsfähigere Notaufnahme aufweisen,
2. die notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen vorhalten; dies sind insbesondere Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie, Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychosomatik

3. in denen Praxen unmittelbar in der Notaufnahme eingerichtet werden können oder dort bereits solche bestehen, da eine solche räumliche Nähe mehr Effizienz und verwaltungstechnische Synergien sowie Vorteile für die Patientinnen- und Patientensicherheit ermöglicht.

Die explizite Nennung der Psychiatrie und der Psychosomatik als notfallmedizinisch relevante Fachabteilung zur angemessenen Versorgung des nicht geringen Anteils an Hilfesuchenden in der Notfallversorgung mit psychischen Erkrankungen erfolgt auch deshalb zur Klarstellung, da die Psychiatrie in den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch keine Berücksichtigung findet.

Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann in Hinblick auf die Sicherstellung der Versorgung von den Sätzen 4 bis 6 abweichende Standortentscheidungen treffen, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist, etwa, wenn nach den dort genannten Kriterien in einer Planungsregion aufgrund von regionalen Besonderheiten kein Krankenhaus in Betracht kommt. Dies ermöglicht in solchen Planungsregionen eine möglichst flexible Festlegung, damit im Ergebnis auch in strukturschwachen und ländlichen Gebieten eine Notfallversorgung sichergestellt werden kann.

Kommt die Festlegung der Standorte ganz oder teilweise nicht fristgemäß zustande, setzt die zuständige oberste Landesbehörde unverzüglich eine angemessene Nachfrist, die sechs Wochen nicht überschreiten darf. Ist auch die Nachfrist ergebnislos verstrichen, erfolgt die Festlegung durch die zuständige oberste Landesbehörde innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der Nachfrist. Der erweiterte Landesausschuss stellt die hierfür erforderlichen Informationen, Unterlagen und Stellungnahmen unverzüglich zur Verfügung. Der Ablauf der Frist zur Ersatzvornahme wird bis zum Eingang der angeforderten Informationen, Stellungnahmen und Unterlagen unterbrochen.

Die Festlegung eines Standortes für ein Integriertes Notfallzentrum erfolgt durch Verwaltungsakt gegenüber dem betroffenen zugelassenen Krankenhaus und der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung. Gegen diese Entscheidung steht der Rechtsweg vor den Sozialgerichten offen. Widerspruch und Klage haben hierbei keine aufschiebende Wirkung.

Die Festlegung der Standorte sind regelmäßig zu überprüfen. Bei Veränderungen der tatsächlichen Gegebenheiten, etwa in dem Fall, dass ein Krankenhausstandort Kriterien nach § 123a nicht mehr erfüllt, die für seine Bestimmung wesentlich waren, kann eine neue Standortfestlegung beschlossen werden.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Kooperationsvereinbarung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhausträger. Sofern statt einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung ein anderer Leistungserbringer die Versorgung von Akutfällen im Integrierten Notfallzentrum übernimmt, wird dieser zusätzliche Partei der Kooperationsvereinbarung. Für die Organisation des Integrierten Notfallzentrums ist diese innerhalb von neun Monaten, nachdem der Krankenhausstandort als Standort eines Integrierten Notfallzentrums festgelegt worden ist, zu schließen. Den Vereinbarungspartnern soll ausreichend Zeit für den Abschluss der umfangreichen Kooperationsvereinbarungen, einschließlich der möglichen Einbindung von Kooperationspraxen als weiterer Partei der Kooperationsvereinbarung, eingeräumt werden.

Es soll ein gemeinsames (sektorenübergreifendes) Qualitätsmanagement eingerichtet werden, das alle erforderlichen Maßnahmen zur Planung, Umsetzung, Sicherung, Überprüfung und Verbesserung von Prozessen sowie ihrer Leistungsbedingungen im Integrierten Notfallzentrum umfasst. Hierzu kann auch ein Beschwerdemanagement oder eine Patientenbefragung gehören. Das gemeinsame Qualitätsmanagement kann beispielsweise Symptome oder Diagnosen ersteingeschätzter Patientinnen und Patienten vergleichen, sodass

die Ersteinschätzungsstelle eine Rückkopplung zur Qualität der Ersteinschätzung erhält. Damit können die Kooperationspartner sicherstellen, dass fehlerhafte Weiterleitungen in eine ungeeignete Versorgungsebene im Sinne der Patientensicherheit vermieden werden. Die für das gemeinsame Qualitätsmanagement erforderlichen Daten dürfen von den Kooperationspartnern zu diesem Zweck verarbeitet werden. Die Verpflichtungen zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung nach den §§ 135a ff. bleiben unberührt.

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

1. Die Kooperationsvereinbarung muss Regelungen zur Durchführung der Ersteinschätzung vor dem in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 123c festgelegten Zeitpunkt enthalten. Ab diesem Zeitpunkt muss die Ersteinschätzung nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses erfolgen. In der Kooperationsvereinbarung ist zu bestimmen, wie eine Entscheidung zu treffen ist, in welche Versorgungsebene die Hilfesuchenden gesteuert werden und welche Dringlichkeit ihr Anliegen hat.
2. Auch die Anmietung oder Bereitstellung von Räumlichkeiten, Einrichtung und Verbrauchsmaterial der Notdienstpraxis sind zu regeln. Dies umfasst insbesondere die Vereinbarung der Höhe der Miete, der Nutzungsentgelte oder der Entgelte.
3. Ebenso ist die Nutzung der technischen und diagnostischen Einrichtungen des Krankenhauses, einschließlich der entsprechenden Nutzungsentgelte, Gegenstand der Kooperationsvereinbarung.

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

Für die Notdienstpraxis werden Mindestöffnungszeiten vorgegeben, um für die Patientinnen und Patienten ein ausreichendes Versorgungsangebot in Akutfällen vorzuhalten. Dies umfasst mindestens Öffnungszeiten an Wochenenden und Feiertagen von 9 bis 21 Uhr, Mittwoch und Freitag von 14 bis 21 Uhr und Montag, Dienstag und Donnerstag von 18 bis 21 Uhr. Kürzere Öffnungszeiten der Notdienstpraxis können auch in der Kooperationsvereinbarung festgelegt werden, soweit belegbar ist, dass die vorgegebenen Öffnungszeiten aufgrund der tatsächlichen Inanspruchnahme vor Ort nicht bedarfsgerecht sind.

Zu Absatz 3

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

Zu Absatz 4

Zur bundesweiten Vereinheitlichung und zur Verringerung des bürokratischen Aufwandes für die Kooperationspartner eines Integrierten Versorgungszentrums vor Ort schließen die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Bundesebene eine Rahmenvereinbarung zur Zusammenarbeit in Integrierten Notfallzentren.

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

Inhalt sind auch Vereinbarungen zur Organisation sowie zur personellen Besetzung der Ersteinschätzungsstelle einschließlich der erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals.

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

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

Es sollen zudem Regelungen für den Fall wiederholter und schwerwiegender Verstöße gegen die Kooperationsvereinbarung gefunden werden. Dies können etwa Ausgleichszahlungen, Vertragsstrafen oder andere Sanktionen sein. Schwerwiegende Verstöße sind insbesondere solche der Nichteinhaltung von Öffnungszeiten und Besetzungspflichten der Ersteinschätzungsstelle.

Darüber hinaus sind Ausgestaltungsvorgaben für diejenigen Integrierten Notfallzentren zu machen, in denen die Aufgaben die Notdienstpraxis nicht durch die Kassenärztliche Vereinigung, sondern einen anderen Leistungserbringer übernommen werden.

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

Zu § 123b (Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche)

§ 123b regelt Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche.

Zu Absatz 1

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

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

Entscheidung, ob ein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche eingerichtet wird oder eine telemedizinische Anbindung nach § 123 Absatz 3 ausreicht, zu beachten.

Es wird eine gesetzliche Frist für die erstmalige Entscheidung festgelegt, ob innerhalb der Planungsregion ein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche errichtet wird und bei positiver Entscheidung, an welchem Standort oder bei einer Entscheidung für mehrere Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche innerhalb der Planungsregion, an welchen Standorten diese errichtet werden.

Zu Absatz 2

Die übrigen Regelungen für die Integrierten Notfallzentren nach § 123 Absatz 1, 2 und 3 Satz 1 Nummer 2, Satz 2 und 3 sowie Absatz 4 sowie § 123a Absatz 1 Satz 12 bis 14 sowie Absatz 2 bis 4 gelten entsprechend. Dies umfasst alle Regelungen außer jenen zur telemedizinischen Unterstützung von Integrierten Notfallzentren durch Kinderärztinnen und Kinderärzte und zur Standortbestimmung, die für Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche in Absatz 1 gesondert normiert ist.

Zu § 123c (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ersteinschätzung an Krankenhausstandorten und zu Anforderungen an Notdienstpraxen)

Der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss zum Erlass einer Richtlinie, die Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 an ein Krankenhaus wenden, beinhaltet, wird aufgehoben. Damit verliert die bereits beschlossene, aber wegen Beanstandung nicht in Kraft getretene Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ihre Rechtsgrundlage und ist hinfällig. Der bisherige Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 120 Absatz 3b wird hier an die neuen gesetzlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen angepasst. Dennoch können wesentliche Vorarbeiten des Gemeinsamen Bundesausschusses hinsichtlich der Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung (Beschluss über eine Erstfassung vom 6. Juli 2023) mit in die Richtlinie einfließen.

Für den Fall, dass Hilfesuchende selbständig Krankenhausstandorte ohne Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, wird die dort erbrachte ambulante Behandlung nicht in allen Fällen vergütet. Nach § 76 Absatz 1 Satz 2 sind entsprechende ambulante Leistungen von nicht in die vertragsärztliche Versorgung einbezogenen Krankenhäusern bereits nach geltendem Recht nur dann abrechenbar, wenn es sich um einen Notfall handelt, also wenn nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung des Patienten notwendig ist und ein Vertragsarzt nicht in der notwendigen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann. Diese Feststellung ist in der Praxis oft schwierig und führt zu Rechtsunsicherheiten und uneinheitlicher Handhabung. Mit dem neuen § 120 Absatz 3b, der unmittelbar mit dieser Regelung in Zusammenhang steht, wird die Abrechenbarkeit einer ambulanten Behandlung an einem Krankenhausstandort ohne Integriertes Notfallzentrum an die Voraussetzung geknüpft, dass die nach dieser Vorschrift zu regelnde Ersteinschätzung eine Entscheidung zur Behandlung am Krankenhausstandort getroffen und somit festgestellt hat, dass eine Verweisung an das nächstgelegene Integrierte Notfallzentrum im Einzelfall nicht zumutbar ist. Dadurch wird den Krankenhäusern, an denen kein Integriertes Notfallzentrum errichtet wurde (auch solchen, die nicht an der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmen), die Ersteinschätzung nach § 123c zur Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 aufgegeben.

Im Übrigen ist die Einhaltung der Vorgaben zur Ersteinschätzung zusätzlich Voraussetzung zur Abrechnung der Ersteinschätzung selbst, was sich aus Absatz 3 ergibt. Dies gilt auch für Integrierte Notfallzentren.

Zu Absatz 1

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt nun innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten in einer Richtlinie Vorgaben für eine qualifizierte, standardisierte und softwarebasierte Ersteinschätzung. Diese dient der Ermittlung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig einen Krankenhausstandort aufsuchen. Für Integrierte Notfallzentren umfasst die Ersteinschätzung die in § 123 Absatz 2 Satz 1 genannte Entscheidung, welche die Steuerung und Behandlungspriorisierung innerhalb eines Integrierten Notfallzentrums unter Berücksichtigung von Kooperationspraxen beinhaltet. Für alle übrigen Krankenhausstandorte umfasst die Ersteinschätzung die Entscheidung darüber, ob eine Behandlung am Krankenhausstandort oder eine Weiterleitung an ein Integriertes Notfallzentrum erfolgt. So sind unter anderem Kriterien zu entwickeln, nach denen eine Weiterleitung an ein Integriertes Notfallzentrum im Einzelfall medizinisch unzumutbar ist.

In der Richtlinie ist ein Ersteinschätzungsverfahren vorzugeben, das auf der Grundlage einer Software stattfindet. Das Ergebnis der Software soll im Verfahren grundsätzlich verbindlich sein, wobei Abweichungen fallbezogen zu dokumentieren und bei der Abrechnung zu begründen wären.

Die Richtlinie umfasst auch die Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Weiterleitung an ein Integriertes Notfallzentrum.

Die Richtlinie beinhaltet zudem Vorgaben zum Nachweis der Einhaltung der Vorgaben an die Software. Es soll bestimmt werden, wie und durch welche Stellen die Konformität mit den Anforderungen festgestellt wird.

Das Verfahren und die Software müssen validiert und patientensicher sein. Die besonderen Bedürfnisse von Kindern, Menschen mit Pflegebedarf, Menschen mit Behinderung und psychisch Erkrankten sind zu berücksichtigen. Die Vorgaben sind mit den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ (Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung) abzustimmen. Die neu zu entwickelnden Vorgaben sind mit den bereits derzeit nach diesen Regelungen in den Notaufnahmen zur Anwendung kommenden Systemen zur Behandlungspriorisierung, wie zum Beispiel dem Manchester Triage System (MTS), in Einklang zu bringen. Diese Systeme sollen ein Bestandteil der neuen Ersteinschätzung sein.

Ebenfalls festzulegen sind Vorgaben zur Form und zum Inhalt des Nachweises der richtlinienkonformen Durchführung der Ersteinschätzung für die Abrechnung entweder der Einzelleistung nach Absatz 2 für alle Stellen oder zusätzlich für die Abrechnung nach § 120 Absatz 3b für Krankenhausstandorte ohne Integriertes Notfallzentrum.

Es ist ein Zeitpunkt festzulegen, ab dem die Vorgaben dieser Richtlinie einzuhalten sind. Der Zeitpunkt hängt davon ab, ob zumindest eine Software, welche die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses erfüllt, tatsächlich auf dem Markt zur Verfügung steht und der Nachweis der Konformität mit den Vorgaben erbracht wurde. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat diese Vorgabe regelmäßig zu prüfen und gegebenenfalls den festgelegten Zeitpunkt anzupassen.

Die Anforderungen an das Personal der Ersteinschätzung ist nicht Bestandteil des Richtlinienauftrags, um flexible Lösungen vor Ort zu ermöglichen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Richtlinie außerdem Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen und der in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Leistungserbringer in Integrierten Notfallzentren sowie der Kooperationspraxen. Die Mindestanforderungen sollen sich an der üblichen personellen und

sachlichen Ausstattung einer Hausarztpraxis orientieren und sollen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Die Festlegungen sind erforderlich für die Bewertung, welche Art und Schwere von medizinischen Hilfeersuchen dort behandelt werden können. Zur Sicherstellung der Einhaltung der Mindestanforderungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Richtlinie auch ein aufwandsarmes Nachweis- und Kontrollverfahren zu bestimmen.

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Auswirkungen der Richtlinie zur Ersteinschätzung auf die Entwicklung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen, der Notdienstpraxen und der in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Leistungserbringer sowie auf die Patientenversorgung und die Erforderlichkeit einer Anpassung der Richtlinie zu prüfen und dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2028 über das Ergebnis dieser Prüfung zu berichten. Das Nähere zur Umsetzung dieses Evaluations- und Berichtsauftrags, insbesondere auch zur Übermittlung der hierzu erforderlichen Informationen an den Gemeinsamen Bundesausschuss durch die jeweiligen Stellen, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss nach Satz 6 Nummer 3 in seiner Richtlinie.

Zu Absatz 2

Der ergänzte Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a beschließt innerhalb einer gesetzlich vorgegebenen Frist die notwendigen Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen. Ziel ist es, den personellen und technischen Aufwand durch eine Ersteinschätzung angemessen abzubilden und als Einzelleistung unabhängig von der Weiterbehandlung zu vergüten. Er hat außerdem die Auswirkungen zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2028 zu berichten. Zur Umsetzung des Evaluationsauftrages ist eine Kennzeichnung der Leistungen nach dem Erbringungsort erforderlich. Daher müssen die entsprechenden Abrechnungsdaten mit einer Kennzeichnung versehen werden. Der Bewertungsausschuss und der erweiterte Bewertungsausschuss werden daher beauftragt, die notwendigen Fallkennzeichnungen zu beschließen. Zur Umsetzung des Evaluationsauftrags ist eine Kennzeichnung der Leistungen nach Erbringungsort erforderlich. Da die eindeutige Zuordnung mit derzeitigen Abrechnungsdaten nicht möglich ist, werden der Bewertungsausschuss (für Kooperationspraxen und der in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Leistungserbringer) und der ergänzte Bewertungsausschuss (für Notaufnahmen und Notdienstpraxen) ergänzend mit einer Vorgabe zur Kennzeichnung der Fälle nach Erbringungsort beauftragt.

Zu Absatz 3

Die Einhaltung der Vorgaben zur Ersteinschätzung ist ab dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmten Zeitpunkt zusätzlich Voraussetzung zur Abrechnung der Ersteinschätzung selbst. Dies gilt auch für diejenige Stelle des Integrierten Notfallzentrums, welche dort die Ersteinschätzung durchführt.

Zu Nummer 19 (§§ 133 bis 133g)

Zu § 133 (Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung)

Bislang hat die gesetzliche Krankenversicherung die medizinische Notfallrettung indirekt als Fahrkostenersatz finanziert. Da die medizinische Notfallrettung, inklusive des

Transports des Versicherten in Notfällen, nunmehr über § 30 ein eigenes Leistungssegment der gesetzlichen Krankenversicherung wird, müssen die Krankenkassen diese Leistungsansprüche durch Abschluss von Verträgen mit den nach Landesrecht vorgesehenen Leistungserbringern erfüllen.

Zu Absatz 1

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

Die konkrete Ausgestaltung (beispielsweise der Trägerschaft) bleibt also den Ländern vorbehalten. Dies gilt auch für die Ausgestaltung der Abrechnung der Leistungserbringung (wie beispielsweise über eine zentrale Abrechnungsstelle), soweit sich aus § 302 nichts anderes ergibt.

Zu Absatz 2

Absatz 2 sieht vor, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den nach Landesrecht vorgesehenen Leistungserbringern Entgelte für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung zu verhandeln haben. Die Abkehr von der bloßen Übernahme von Fahrtkosten für Versicherte und die damit verbundene Aufteilung in Notfallmanagement mit oder ohne Gesundheitsleitsystem, Notfallrettung vor Ort (beispielsweise durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter oder aber auch durch Ärztinnen und Ärzte vor Ort beziehungsweise telemedizinisch) und Notfalltransport (abhängig vom Transportmittel) oder Krankentransport bedingt, dass zukünftig Verträge über Entgelte differenziert nach diesen einzelnen Leistungsbereichen abzuschließen sind. Bei den Entgelten ist in den Verträgen zumindest nach Einsatzmittel und eingesetztem Personal zu differenzieren. Satz 3 stellt klar, dass sich an der aktuellen Rechtslage bezüglich der Refinanzierbarkeit von Vorhalte- und Investitionskosten nichts ändert. Aufgrund der strengen Zweckbindung der Sozialversicherungsbeiträge beschränken sich die ansatzfähigen Kosten außerdem ausdrücklich auf die medizinischen (Teil-)Leistungen aus § 30 und erstrecken sich nicht etwa auf andere von den Trägern der Leistungserbringer möglicherweise wahrgenommene (Teil-)Aufgaben (beispielsweise Brand- oder Katastrophenschutz). Nicht eindeutig zuordenbare Kosten werden entsprechend dem Maß der Inanspruchnahme auf die wahrgenommenen Aufgabenbereiche verteilt. Das Maß der Inanspruchnahme bemisst sich nicht nur nach der Anzahl, sondern beispielsweise auch nach der Komplexität der Hilfesuchen. Die Einzelheiten sind in den Verträgen festzulegen. Um mehr Transparenz über die Vergütung der medizinischen Notfallrettung zu erreichen, müssen die Leistungserbringer den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vor Vertragsabschluss die der Kalkulation der für die Entgelte der einzelnen Leistungen zu Grunde liegenden Daten elektronisch, vollständig und in nachprüfbarer Form vorlegen. Zusätzlich stehen den Krankenkassen zukünftig Qualitäts- und Leistungsdaten nach § 133d zur Verfügung. Sie haben bei Vertragsschluss die Rahmenempfehlungen nach § 133b Absatz 1 Satz 1 zu berücksichtigen. Zwar handelt es sich bloß um Rahmenempfehlungen, dennoch können diese insbesondere Indizwirkung für eine qualitative und gleichzeitig wirtschaftliche Leistung entfalten, sodass sie zumindest initial herangezogen werden müssen. Das Nähere zum Verfahren der Berücksichtigung dieser Empfehlungen kann nach Absatz 5 der

Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln. Hervorzuheben ist, dass die Anforderungen für Leistungserbringer des Notfallmanagements, die Teil eines Gesundheitsleitsystems nach § 133a sind, finanziell beachtet werden. Die Abgabe eines Hilfeersuchens von den Leistungserbringern des Notfallmanagements an die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen erfordert Aufwand, ist aber nicht fallbezogen abrechenbar. Die Regelung soll verhindern, dass durch mangelnde Einzelfallvergütung ein Fehlanreiz entsteht, ein Einsatzmittel der medizinischen Notfallrettung zu entsenden und kein Anreiz für die Vernetzung besteht. Ziel soll es sein, dass das Notfallmanagement für Versicherte nur noch durch Gesundheitsleitsysteme stattfindet. Darüber hinaus ist bei der Bemessung der Entgelte der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Absatz 1 bis 3 zu beachten. Durch die Über-sendung der wesentlichen Teile der Entgeltsverträge an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, wozu insbesondere die Höhe der Entgelte für die einzelnen Leistungen zählen, entsteht zusätzliche Transparenz. Das Nähere, insbesondere zu den Zeitpunkten der Vorlage, bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in seiner Richtlinie nach Absatz 5.

Diese Vorschrift verhindert nicht, dass landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen Preise für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes festlegen können; für die Leistungen nach diesem Gesetz (§ 30) sind nunmehr indes zwingend Entgeltverträge mit den Krankenkassen abzuschließen. Ohne entsprechende Verträge mit den Krankenkassen kommen Ansprüche gegenüber den Krankenkassen nicht mehr in Betracht. Landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen zu den Leistungen der Rettungsdienste können also beispielsweise gegenüber privat Krankenversicherten möglich bleiben, aber keine Rechtsbeziehungen mehr innerhalb der Sozialversicherung begründen.

Zu Absatz 3

Die Kosten für die Aufgaben der koordinierenden Leitstelle nach § 133g werden gesondert ausgewiesen, um Transparenz zu schaffen. Zum Ausgleich der Kosten für die zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben verhandelt die koordinierende Leitstelle mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich eine gesonderte Pauschale. Die zur Finanzierung der Aufgaben der koordinierenden Leitstelle erforderlichen Mittel werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen durch eine Umlage aufgebracht, die im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der Krankenkassen mit Wohnort im Einzugsbereich der koordinierenden Leitstelle aufzuteilen ist. Die Zahl der maßgeblichen Mitglieder ist nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen. Das vorgesehene Umlageverfahren bewirkt eine gleichmäßige Kostenbelastung für die Krankenkassen der im gesamten Einzugsbereich der koordinierenden Leitstelle wohnhaften Versicherten, die von deren Leistungen auch gleichmäßig profitieren. Auch bei der Bemessung der Pauschale für die koordinierende Leitstelle ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Absatz 1 bis 3 zu beachten. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermitteln dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die wesentlichen Inhalte der Vereinbarungen zur Pauschale für die koordinierende Leitstelle gemeinsam, einheitlich und elektronisch.

Zu Absatz 4

Sofern ein Entgeltvertrag oder eine Vereinbarung über die Pauschale für die koordinierende Leitstelle nicht oder teilweise nicht zustande kommt, wird der Vertragsinhalt durch eine nach landesrechtlichen Bestimmungen errichtete Schiedseinrichtung festgelegt. Im Unterschied zur bisherigen Rechtslage wird nunmehr die Vergütung zwingend zu vereinbaren sein und kann nicht mehr einseitig festgelegt werden. Aufgrund der unterschiedlichen Interessen von Leistungserbringern und Kostenträgern und des damit einhergehenden Konfliktpotentials ist ein Schiedsverfahren unerlässlich. Die bedarfsgerechte Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung wäre gefährdet, sofern ein Entgeltvertrag nicht zustande kommt. Ein solches Schiedsverfahren zeichnet sich dadurch aus, dass es im Konfliktfall

sachgerechte Lösungen erzielt. Wesentliches Merkmal ist die gleichberechtigte Berücksichtigung aller beteiligten Interessen, die sich in der Besetzung der Schiedseinrichtung und Ausgestaltung des Schiedsverfahrens niederschlägt. Für die Schiedseinrichtung gelten grundsätzlich die Absätze 2 und 3 entsprechend, sodass etwa auch der Schiedsperson die vollständigen Unterlagen vorliegen müssen und auch hier die Rahmenempfehlungen nach § 133b Absatz 1 Satz 1 Berücksichtigung finden sollen. Das Verfahren soll eine zügige und flexible Festlegung des Vertragsinhalts ermöglichen. Die Wahl der Schiedseinrichtung und die konkrete Ausgestaltung des Schiedsverfahrens obliegen dabei den Ländern. Bereits bestehende Schiedseinrichtungen können weiterhin genutzt bzw. im Sinne eines gleichberechtigten Interessenausgleichs weiterentwickelt werden. Rechtsbehelfe gegen die Entscheidung der Schiedseinrichtung haben angesichts der Notwendigkeit einer funktionierenden Notfallrettung keine aufschiebende Wirkung. Um Klarheit über die sachlich zuständige Gerichtsbarkeit zu erreichen, ist die vorliegende Streitfrage als eine sonstige Angelegenheit der Sozialversicherung ausdrücklich der Sozialgerichtsbarkeit zugeordnet.

Zu Absatz 5

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt in einer Richtlinie das Nähere zum Verfahren und zur Umsetzung der Vertragsgestaltung nach Absatz 2 und zur Vereinbarung der Pauschale für die koordinierende Leitstelle nach Absatz 3. Diese Richtlinie bindet nur die Krankenkassen und kann diese insbesondere anleiten, wie bei der Vertragsgestaltung mit Rahmenempfehlungen nach § 133b Absatz 1 Satz 1 umzugehen ist. Der bisherige vergleichbare Verweis auf die Bildung von Rahmenempfehlungen, entsprechend der Verträge im Hilfsmittelbereich nach § 127 Absatz 9, wird nicht übernommen, da hiervon kein Gebrauch gemacht worden ist. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt in der Richtlinie außerdem Näheres zum Übermittlungsverfahren nach Absatz 2 Satz 7 und Absatz 3 Satz 7, wozu insbesondere Übermittlungsinhalt und -zeitpunkt gehören. Die Übermittlung der aufbereiteten Ergebnisse der wesentlichen Inhalte der Entgeltverträge und der Vereinbarungen zur Pauschale für die koordinierende Leitstelle hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließlich jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit zur weiteren Transparenz vorzulegen.

Zu Absatz 6

Absatz 6 sieht eine Übergangsvorschrift vor. Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung können im ersten Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes ihre Leistungen gegenüber den Krankenkassen noch in der Höhe des jeweiligen nach bisheriger Rechtslage berechnungsfähigen Betrages abrechnen. Den Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung soll auf diese Weise eine gesicherte Finanzierung für den Zeitraum der Umstellung des Systems auf Entgeltverträge nach dem Sachleistungsprinzip des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewährleistet und eine Gefährdung der Sicherstellung der medizinischen Notfallrettung somit ausgeschlossen werden. Innerhalb dieser Übergangsfrist müssen die nach dieser Vorschrift vorgesehen Verträge – gegebenenfalls unter Einbeziehung der Schiedseinrichtungen – abgeschlossen werden. Werden die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Notfallrettung durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt, haben Versicherte entsprechend im ersten Jahr nach Inkrafttreten Anspruch auf Übernahme der Kosten für diese Leistungen in der nach bisheriger Rechtslage vorgesehenen Höhe. Die Versicherten trifft somit keine Gefahr, diese Kosten teilweise selbst tragen zu müssen.

Zu § 133a (Gesundheitsleitsystem)

§ 133a regelt die Errichtung des Gesundheitsleitsystems durch die Vernetzung der Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 mit den Akutleitstellen.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Bildung von Gesundheitsleitsystemen durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen. Auf Antrag eines Leistungserbringers des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 ist die zuständige Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, mit diesem ein Gesundheitsleitsystem zu bilden. Voraussetzung für eine Kooperation ist allerdings, dass Leistungserbringers des Notfallmanagements über eine softwarebasierte standardisierte Notrufabfrage verfügt, da sonst eine abgestimmte und patientensichere Weiterleitung von Hilfesuchenden innerhalb des Gesundheitsleitsystems nicht möglich ist.

In einem Gesundheitsleitsystem arbeiten die Leistungserbringer des Notfallmanagements und die Kassenärztlichen Vereinigungen zusammen. Das Gesundheitsleitsystem beschränkt sich auf die organisatorische und technische, insbesondere digitale Kooperation. Darüber hinaus können weitere Formen der Zusammenarbeit bis hin zur gemeinsamen Trägerschaft im Einvernehmen der Kooperationspartner in der Kooperationsvereinbarung geregelt werden.

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

Zu Absatz 2

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

Darüber hinaus ist in der Kooperationsvereinbarung insbesondere der Umgang mit den Abfrageergebnissen zu vereinbaren, also die Entscheidung, welches Versorgungsangebot für ein bestimmtes Abfrageergebnis bedarfsgerecht und welche Rufnummer für die Disponierung dieses Versorgungsangebots zuständig ist. Die Reaktion auf das konkrete Hilfesuchen erfolgt auf regionaler Ebene unter Berücksichtigung des dort vorhandenen Versorgungsangebotes. Hierzu und zur Zuständigkeit der Rufnummern für die Disponierung der jeweiligen Versorgung sind präzise Festlegungen in der Kooperationsvereinbarung zu treffen.

Für die Zusammenarbeit in einem Gesundheitsleitsystem und die verbindliche Festlegung, welcher Kooperationspartner aufgrund der ihm zur Verfügung stehenden Versorgungsangebote für welche Art von Ergebnissen der Abfragesysteme zuständig sein soll, ist es von erheblicher Wichtigkeit, dass die zur Disposition stehenden Versorgungsangebote verlässlich arbeiten und auch eingeschätzt werden kann, wie schnell diese jeweils bei einem Hilfesuchenden eintreffen und die Versorgung beginnen können. Die Eintreffzeiten der

aufsuchenden Dienste der Kassenärztlichen Vereinigungen sind bundesweit sehr unterschiedlich. Um die regionalen Besonderheiten und entsprechenden Personalressourcen angemessen berücksichtigen zu können und dennoch eine verbindliche Zusammenarbeit im Gesundheitsleitsystem mit verlässlichen Eintreffzeiten des aufsuchenden Dienstes zu gewährleisten, sind diese Zeiten von den jeweiligen Kooperationspartnern eines Gesundheitsleitsystems selbst in der Kooperationsvereinbarung entsprechend dem tatsächlich Leistbaren verbindlich festzulegen. Es sind hierbei Zeitspannen zu regeln, die eine sinnvolle Differenzierung der Abfrageergebnisse erlauben.

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

Die Kooperationspartner sind technisch so zu vernetzen, dass eine unmittelbare telefonische Weiterleitung und eine medienbruchfreie Bearbeitung und Übertragung der zum jeweiligen Hilfeersuchen aufgenommenen Daten möglich sind. Die Kooperationspartner sind bezüglich des Datenaustausches gemeinsame Verantwortliche nach Artikel 26 der Datenschutz-Grundverordnung. Um die technische Umsetzung einer sicheren Vernetzung und Kommunikation zu erleichtern und den Aufwand zu reduzieren, soll möglichst auf Dienste der Telematikinfrastruktur zurückgegriffen werden. Zur Sicherstellung eines effektiven Informationsaustauschs zwischen den eingesetzten informationstechnischen Systemen sollten die eingesetzten Schnittstellen entsprechend der Vorgaben des Zwölften Kapitels interoperabel ausgestaltet sein.

Zu Absatz 3

Gemäß Absatz 3 vereinbaren die Kooperationspartner in der Kooperationsvereinbarung ein gemeinsames Qualitätsmanagement, einschließlich der dafür notwendigen Strukturen (wie zum Beispiel einem Review-Gremium), für die ständige Evaluation der Abfragesysteme und der Überprüfung der Zuordnungen von Hilfesuchenden zur jeweiligen Versorgungsebene. Im Rahmen des Qualitätsmanagements sind auch geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der jeweiligen Abfragesysteme und der gemeinsamen Patientensteuerung zu treffen. Hierfür sind die einzelnen Prozessabläufe der Abfrage, insbesondere die Abfrage selbst, nachverfolgbar zu dokumentieren. Die entsprechenden Daten müssen im Sinne einer Feedbackschleife mit den Daten des jeweiligen disponierten Leistungserbringers, wie beispielsweise des Hausbesuchsdienstes, zusammengeführt und ausgewertet werden. So können beispielsweise Symptome oder Diagnosen verglichen werden und die Leitstelle erhält eine Rückkopplung zur Qualität der Abfrage. Damit soll sichergestellt werden, dass fehlerhafte Weiterleitungen in eine ungeeignete Versorgungsebene im Sinne der Patientensicherheit vermieden werden. Hierfür können auch Fehlermeldesysteme etabliert werden, an die alle Beteiligten der Akut- und Notfallversorgung Vorfälle anonymisiert, freiwillig und sanktionsfrei melden, bei denen der Verdacht einer Ersteinschätzungs- beziehungsweise Dispositionsfehlers besteht. Es wird klargestellt, dass der jeweils aufsuchende Leistungserbringer nur derjenigen Leitstelle die erforderlichen personenbezogenen Daten zurückmeldet, von der er disponiert wurde. Diese Leitstelle wertet die Daten dann aus und analysiert sie gemeinsam mit dem Kooperationspartner. Die Kooperationspartner sind befugt, personenbezogene Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Rahmen des gemeinsamen Qualitätsmanagements zu verarbeiten und sie wechselseitig auszutauschen. Dies umfasst auch die Aufzeichnungen der eingehenden Anrufe, die aufgrund von Einwilligungen oder auf der Grundlage von landesrechtlichen Befugnisnormen erhoben wurden, soweit die jeweilige Ermächtigungsgrundlage dies umfasst. Soweit personenbezogene Daten von Beschäftigten der Kooperationspartner verarbeitet werden, sind die Anforderungen des Beschäftigtendatenschutzes zu beachten.

Zu Absatz 4

Die Parteien der Kooperationsvereinbarung sollen Krankentransporte, medizinische komplementäre sowie sonstige komplementäre Dienste für vulnerable Gruppen und für krisenhafte Situationen vermitteln, soweit diese verfügbar sind und landesrechtliche Regelungen dem nicht entgegenstehen. Das Nähere zur Vermittlung nach Satz 1 sollen die Parteien der Kooperationsvereinbarung mit den Krankentransportunternehmen und den jeweiligen komplementären Diensten vereinbaren.

Die Verfügbarkeit bezieht sich sowohl auf das grundsätzliche Vorhandensein in dem räumlichen Zuständigkeitsbereich als auch auf die zeitliche Verfügbarkeit (Öffnungszeiten, Jahreszeit etwa bei winterspezifischen Hilfsangeboten). Medizinische komplementäre Dienste sind insbesondere notfallpflegerische, notfallpsychiatrische und notfallpalliative Leistungen, sowie Leistungen einer fachgerechten Versorgung außerklinischer geburtshilflicher Notfälle. Sonstige komplementäre Dienste für vulnerable Gruppen oder krisenhafte Situationen sind alle geeigneten, regional vorhandenen Angebote unabhängig von der Trägerschaft, die Menschen in Not- oder Problemsituationen helfen. Dies schließt auch die vielfältigen soziale Dienstleistungen mit ein, wie beispielsweise einen Kälte-Bus der Obdachlosenhilfe oder einen psychosozialen Dienst. Auch die öffentlichen Gesundheitsdienste mit ihren Sozialpsychiatrischen Diensten leisten je nach Ausstattung einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der Krisenhilfe und gehören ebenfalls zu den komplementären Diensten. Durch die Aufforderung an das Gesundheitsleitsystem, diese komplementären Dienste zu vermitteln, kann auch Hilfesuchenden mit spezifischen Problemlagen bedarfsgerecht geholfen werden. Rettungsmittel können somit zielgerichteter eingesetzt werden. Die Vermittlung durch das Gesundheitsleitsystem beschränkt sich auf Akut- und Notsituationen und hat keine Folge für die Finanzierung des komplementären Dienstes. Diese bleibt ebenso wie die Organisation in der jeweiligen Zuständigkeit. Die nähere Ausgestaltung der Vermittlung vereinbaren die Vertragsparteien mit dem jeweiligen Partner. Wenn durch das Gesundheitsleitsystem über die bloße Weitervermittlung hinausgehende Aufgaben übernommen werden, ist hierfür auch ein finanzieller Ausgleich für das Gesundheitsleitsystem zu vereinbaren.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt Berichtspflichten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Zusammenarbeit in Gesundheitsleitsystemen.

Zu § 133b (Fachgremium medizinische Notfallrettung)

§ 133b sieht vor, dass das Fachgremium medizinische Notfallrettung Rahmenempfehlungen für die medizinische Notfallrettung erstellt und diese fortschreibt. Aus § 133 ergibt sich, dass die Krankenkassen bei dem Abschluss ihrer Entgeltverträge die Rahmenempfehlungen des Fachgremiums medizinische Notfallrettung zu berücksichtigen haben. Zweck der Regelung ist die Sicherstellung und Förderung einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen, für Patienten sicheren und gleichzeitig wirtschaftlichen medizinischen Versorgung.

Zu Absatz 1

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bildet ein Fachgremium medizinische Notfallrettung, das Rahmenempfehlungen für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 beschließt und ständig fortentwickelt. Dabei sollen regionale Besonderheiten hinreichend berücksichtigt werden.

Zu Absatz 2

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen benennt 16 Mitglieder. Die Länder können jeweils ein Mitglied benennen. Die Vertreter des Spitzenverbandes Bund der

Krankenkassen und der Länder benennen in der ersten Sitzung des Gremiums mit einfacher Mehrheit gemeinsam vier Mitglieder der maßgeblichen Spitzenorganisationen von Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung, zwei Mitglieder der maßgeblichen Fachgesellschaften auf Bundesebene und drei Mitglieder der maßgeblichen Fachverbände auf Bundesebene. Das Bundesministerium für Gesundheit entsendet ein Mitglied.

Zu Absatz 3

Beschlussfassungen erfolgen mit einfacher Mehrheit. Jedes Mitglied mit Ausnahme des Vertreters des Bundesministeriums für Gesundheit hat eine Stimme. Jedes stimmberechtigte Mitglied kann seine Stimme auf ein anderes stimmberechtigtes Mitglied übertragen. Dadurch soll eine flexible und effiziente Arbeit des Gremiums mit einer angemessenen Teilnehmerzahl ermöglicht werden. Der Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit hat ein Mitberatungsrecht.

Zu Absatz 4

Absatz 4 beinhaltet eine nicht abschließende Aufzählung von Themen, zu denen das Gremium Rahmenempfehlungen abgeben soll.

Zu Nummer 1

Rahmenempfehlungen sind danach zur Nutzung und einheitlichen Anwendung von qualitätsgesicherten, standardisierten softwaregestützten Abfragesystemen einschließlich der daraus folgenden Entscheidung über zu vermittelnde Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 Absatz 2 und der Anleitung von Erster Hilfe am Notrufort zu erstellen. Eine einfachere und bedarfsgerechtere Disposition wird durch die Nutzung von qualitätsgesicherten, standardisierten softwaregestützten Abfragesystemen ermöglicht. Durch die Nutzung dieser Systeme kann auch sichergestellt werden, dass die Voraussetzungen für die Errichtung eines Gesundheitsleitsystem nach § 133a seitens der Leitstellen vorliegen. Vorgesehen sind auch Rahmenempfehlungen hinsichtlich der Förderung der Laienreanimation und der Ersten Hilfe durch Laien in anderen zeitkritischen lebensbedrohlichen Situationen (wie beispielsweise das Stoppen von starken Blutungen, Unterstützung der Anwendung von der Patientin oder dem Patienten mitgeführten Auto-Injektoren bei schweren Allergien oder auch die Unterstützung einer Geburt) durch die telefonische Anleitung Anrunder am Notruf. So hat die Praxis gezeigt, dass diesbezüglich teilweise erhebliche Defizite vorliegen und durch entsprechende Maßnahmen Leben gerettet werden können.

Zu Nummer 2

Zusätzlich sind Rahmenempfehlungen zur Nutzung standardisierter und untereinander vernetzter Einsatzleitsysteme (Leitstellensoftware) vorgesehen. Diese Software soll eine landkreis-, länder- und leitstellenübergreifende Alarmierung von Einsatzmitteln ermöglichen. Ebenso soll die Anzeige der Verfügbarkeit von Einsatzmitteln mittels satellitengestützter Positionsbestimmungssysteme leitstellenübergreifend möglich sein. Vorgesehen sind auch Rahmenempfehlungen zur Bereitstellung und Honorierung entsprechender technischer und organisatorischer Schnittstellen. Dies kann beispielsweise der Bildung von Redundanzen sowie der Vernetzung zum Gesundheitsleitsystem nach § 133a dienen.

Zu Nummer 3

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

Zu Nummer 4

Gegenstand der Rahmenempfehlung ist auch die Einbeziehung von besonderen Einsatzmitteln, die primär auf eine Versorgung vor Ort ausgerichtet sind, in die medizinische Notfallrettung. Durch entsprechende Maßnahmen können nicht bedarfsgerechte Einsätze durch kostenintensive Rettungswagen oder Krankenhausaufnahmen vermieden werden. Insbesondere sind hier Systeme zu nennen, die zum Einsatz kommen, wenn zwar am Notruf eine unmittelbare Lebensbedrohung, aber kein Notfall ausgeschlossen werden konnte. Auf die Transferempfehlung des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Projekt ILEG (Inanspruchnahme, Leistungen und Effekte des Gemeindefallsanitäters) wird verwiesen. Für diese Systeme sind Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit und Bedarfsgerechtigkeit zu formulieren, um einer ineffizienten Leistungsausweitung vorzugreifen. Wenn diese Systeme Kosten für reguläre Einsatzmittel wie insbesondere Rettungswagen und Notarzteeinsatzmittel vermeiden, können diese von Nutzen sein. Hier ist darauf zu achten, dass möglichst Synergien mit aufsuchenden Diensten wie dem der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 75 Absatz 1b gibt. Es sollen ebenfalls Anforderungen an die Weiterbildung für diese Systeme entwickelt werden.

Zu Nummer 5

Das Fachgremium medizinische Notfallrettung soll zudem Rahmenempfehlungen für Konzepte zur Vermeidung von Einsätzen durch die Vernetzung weiterer medizinischer komplementärer sowie sonstiger komplementärer Dienste für vulnerable Gruppen und für krisenhafte Situationen nach § 133a Absatz 4 entwickeln. Hierbei sind die Eruiierung der Fälle, in denen eine Vermittlung an die komplementären Dienste sinnvoll erscheint, sowie die Umsetzung der Vermittlung in den Blick zu nehmen. Weiterhin kann dies auch Maßnahmen des sogenannten vorbeugenden Rettungsdienstes umfassen, beispielsweise den Einsatz von Organisationseinheiten, die sich im Rahmen eines Case-Managements um Personen kümmern, die besonders häufig die Notfallrettung alarmieren und dafür sorgen, dass für diese die richtige Versorgungsebene gefunden wird.

Zu Nummer 6

Hinzu kommen Rahmenempfehlungen zum Einsatz und der leitstellenübergreifenden Vernetzung von digitalen Lösungen zur Patientensteuerung und zur Patientenzuweisung mithilfe eines integrierten softwaregestützten Versorgungskapazitäten-Nachweises in geeignete Versorgungseinrichtungen. Ziel ist ein schneller Austausch zwischen den Krankenhäusern, den Leistungserbringern des Notfallmanagements, den Gesundheitsbehörden und anderen medizinischen Diensten, wie dem Ärztlichen Notdienst, der Kassenärztlichen Vereinigung oder niedergelassenen Ärzten.

Zu Nummer 7

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

Zu Nummer 8

Ebenso sollen Rahmenempfehlungen für standardmäßige Verfahrensweisen für die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter bei notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen abgegeben

werden. Dies können insbesondere Vorgaben zur Umsetzung der eigenverantwortlichen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäter nach § 4 Absatz 2 Nummer 2c des Notfallsanitätergesetzes sein, ebenso Handlungsempfehlungen auf der Basis aktueller Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften. Damit soll eine gleichwertige Versorgungsqualität erzielt werden. Die Rahmenempfehlungen können dann durch die jeweils verantwortlichen Personen, beispielsweise die Ärztlichen Leitungen, in jeweiligen Verantwortungsbereich in konkrete medizinische bzw. standardisierte Handlungsanweisungen, sogenannte „standard operating pocedures (SOP), Behandlungspfade oder Dienstweisungen umgesetzt werden.

Zu Nummer 9

Schließlich sollen auch Rahmenempfehlungen zum zeitlichen Umfang und zur Zielsetzung von Fort- und Weiterbildungen für Rettungsfachpersonal abgegeben werden. Zu dem Rettungsfachpersonal gehören nicht Ärztinnen und Ärzte. Das Gremium soll ein gemeinsames bundesweites Rahmenverständnis dazu erreichen, für welche Aufgabenbereiche und Tätigkeiten, in welchem Umfang und mit welcher Zielsetzung Fort- und Weiterbildungen für Rettungsfachpersonal erforderlich sind. Der Auftrag beinhaltet insbesondere keine konkreten Inhalte. Die konkrete Ausgestaltung von Fort- und Weiterbildungen obliegt grundsätzlich den Ländern im Rahmen ihrer Gesetzgebungskompetenz.

Zu Absatz 5

Alle Mitglieder des Fachgremiums medizinische Notfallrettung können Themen benennen, über die eine Beratung und Entscheidung erfolgt.

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

Das Fachgremium medizinische Notfallrettung kann Ausschüsse zur Beratung spezifischer Themen bilden, für die weitere Vertreter von Fachgesellschaften und Fachverbänden sowie Einzelsachverständige mit einfacher Mehrheit benannt werden können.

Zu Absatz 6

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

Zu Absatz 7

Das Gremium gibt zudem Empfehlungen zur Übermittlung der Daten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung nach § 133d ab. Dies umfasst Strukturdaten und einsatzspezifische Leistungsdaten sowie Angaben zur Qualifikation des beteiligten Personals. Grundlage hierfür kann etwa der minimale Notfalldatensatz (MIND) der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin sein. Zur Ermittlung der Leistungsqualität in der medizinischen Notfallrettung ist es zudem erforderlich, dass die Daten einer regionalen Einheit zugeordnet werden können. Die Rahmenempfehlungen sollen auch bundesweit zu erhebende Qualitätsindikatoren der medizinischen Notfallrettung umfassen, die für die Ermittlung der Leistungsqualität in der medizinischen Notfallrettung erforderlich sind und in die Veröffentlichung nach § 133d einfließen. Die zu erfassenden statistischen Daten sollen das Leistungsgeschehen in der

medizinischen Notfallrettung transparent abbilden und als Grundlage für die Verhandlungen der Entgeltverträge für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung dienen können.

Zu Absatz 8

Das Gremium legt das Nähere zur Arbeitsweise und zur Beschlussfassung in einer Geschäftsordnung fest.

Zu Absatz 9

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann zur Koordinierung der Tätigkeit des Gremiums eine Geschäftsstelle einrichten. Die Geschäftsstelle kann für fachliche Recherchen und die Vorbereitung von Rahmenempfehlungen auch Sachausgaben für die Inanspruchnahme Dritter tätigen.

Zu § 133c (Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung)

Zu Absatz 1

Zur Versorgung von rettungsdienstlichen Notfällen im Sinne des § 30 Absatz 1 Satz 2 und Akutfällen im Sinne von § 75 Absatz 1b Satz 1 der Versicherten ist die Verarbeitung und damit auch die Übermittlung der erhobenen Behandlungsdaten insbesondere für die medizinisch erforderliche Weiterbehandlung durch weiterversorgende Stellen von essentieller Bedeutung. Zu den für die Behandlung erforderlichen Daten gehören auch etwaige Ergebnisse von Ersteinschätzungsverfahren. Diese Datenübermittlung ist eine wesentliche Voraussetzung, um eine erfolgreiche medizinische Behandlung im Rahmen der weitgehend arbeitsteiligen Akut- und Notfallversorgung zu gewährleisten. Unbeschadet der bereits nach geltendem Recht bestehenden Befugnis zur Verarbeitung der für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten durch die jeweiligen Behandler sieht daher § 133c Absatz eine Verpflichtung für die im Gesetz ausdrücklich genannten Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung zur digitalen Notfalldokumentation vor, also zur digitalen Erhebung und Speicherung der für die weitere medizinische Diagnostik und Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten, zur Übermittlung dieser Daten an die jeweils weiterversorgende Stelle und zu deren Empfang bei der Versorgung von rettungsdienstlichen Notfällen und Akutfällen. Die Verpflichtung gilt für die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, die an der Notfallversorgung beteiligten zugelassenen Krankenhäuser, die zentralen Ersteinschätzungsstellen von Integrierten Notfallzentren und von Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche, die Akutleitstellen und die Ärzte, die im Notdienst tätig sind oder für einen Leistungserbringer nach § 123 Absatz 1 Satz 5 oder in einer Kooperationspraxis Patientinnen und Patienten eines Integrierten Notfallzentrums behandeln. Diese Verpflichtung gilt, sobald die erforderlichen technischen Voraussetzungen vorliegen. Für die digitale Notfalldokumentation sind bundeseinheitlich definierte, digitale und interoperable Schnittstellen und Standards für die Datensätze, insbesondere zur Vernetzung und interoperablen digitalen Fallübergabe nach § 123a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 sowie zur digitalen Fallübergabe zwischen den Leitstellen nach § 133a, nach dem Zwölften Kapitel festzulegen. Die Datenübermittlung zwischen Beteiligten soll unter Nutzung der sicheren Übermittlungsverfahren der Telematikinfrastruktur erfolgen. Voraussetzung ist ein Anschluss der jeweiligen Leistungserbringer beziehungsweise der Einrichtung an die Telematikinfrastruktur.

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

Auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten außerhalb der Notdienststrukturen, zum Beispiel durch zugelassene Hausärztinnen und Hausärzte, andere zugelassene

Vertragsärztinnen und -ärzte oder in zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren, findet die Vorschrift keine Anwendung.

Zu Absatz 2

Für eine effektive medizinischen Notfallrettung und die Frage, wohin ein Rettungsmittel eine Patientin oder einen Patienten zur Weiterversorgung bringt, ist eine umfassende, detaillierte und jederzeit aktuelle Übersicht über die derzeit verfügbaren Versorgungskapazitäten in Notaufnahmen von zentraler Bedeutung. Die zuständige Landesbehörde kann daher eine Stelle benennen, die einen Versorgungskapazitätenachweis zur Verfügung stellt. Dies bezeichnet ein softwarebasiertes Informationssystem zur einrichtungsbezogenen Erfassung, Darstellung und Verwaltung der aktuellen Verfügbarkeit der für die medizinische Weiterbehandlung relevanten Kapazitäten der Versorgungseinrichtungen und die jeweils erfolgende Patientenzuweisung in Echtzeit. Im Fall von Ausnahmesituationen mit einer außergewöhnlichen Belastung des Gesundheitssystems erfasst der Versorgungskapazitätenachweis zusätzlich regelmäßig die relevanten Versorgungskapazitäten. Das Informationssystem enthält insoweit nur einrichtungsbezogene Daten und keine versichertenbezogenen Daten. Die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung werden verpflichtet, ein solches Informationssystem zu nutzen und die an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser werden verpflichtet, ihre jeweils aktuell bestehenden Kapazitäten in Echtzeit an den Versorgungskapazitätenachweis zu melden. Die von der zuständigen Landesbehörde benannte Stelle sowie die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung haben alles ihrerseits Erforderliche zu tun, damit der Versorgungskapazitätenachweis landesgrenzübergreifend genutzt werden kann und die Leistungserbringer des Notfallmanagements auf Einsatzmittel und Versorgungskapazitäten unabhängig von ihrer organisatorischen Zuordnung zu Landkreisen oder Ländern zugreifen können. Die Akutleitstellen sollen einen lesenden Zugriff auf den Versorgungskapazitätenachweis erhalten.

Für die Vernetzung der Versorgungskapazitätenachweise untereinander sind bundeseinheitlich definierte, digitale und interoperable Schnittstellen und Standards für die Datensätze nach dem Zwölften Kapitel festzulegen. Die Gesellschaft für Telematik hat im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik Vorgaben zur Informationssicherheit festzulegen.

Zu Absatz 3

Die Leistungserbringer des Notfallmanagements müssen nach Ablauf einer Übergangsfrist von zwei Jahren ab Inkrafttreten des Gesetzes auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme nutzen. Auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme haben das Ziel, das interventionsfreie Intervall bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand bis zum Eintreffen der Notfallrettung zu verkürzen. Sie koordinieren die in diesem System organisierten Ersthelferinnen und Ersthelfer über eine digitale Alarmierungsanwendung, sodass diese bei einem Notfallereignis möglichst schnell vor Ort sein können und bereits lebensrettende Erste-Hilfe-Maßnahmen durchführen können, bevor die Notfallrettung eintrifft. Die Ersthelferinnen und Ersthelfer erhalten die Informationen über ein Notfallereignis digital von den Leitstellen übermittelt. Da es im Bundesgebiet mehrere Anbieter von auf digitalen Anwendungen basierenden Ersthelferalarmierungssystemen gibt und ein Leistungserbringer des Notfallmanagements auf Ersthelferinnen und Ersthelfer unabhängig davon, bei welchem System sie registriert sind, zugreifen können soll, sind solche Systeme zu nutzen, die untereinander interoperabel sind und den Anforderungen der Rahmenempfehlungen nach § 133c Absatz 4 Nummer 7 entsprechen. Diese sehen unter anderem die Anforderungen an die Interoperabilität sowie weitere technische und organisatorische Anforderungen vor. Die auf digitalen Anwendungen basierenden Ersthelferalarmierungssysteme sollen zudem so konzipiert sein, dass sie für die Ersthelferinnen und Ersthelfer einfach zu bedienen sind und so einer möglichst großen Verbreitung offenstehen. Für die Vernetzung der auf digitalen Anwendungen basierenden Ersthelferalarmierungssysteme

untereinander sind bundeseinheitlich definierte, digitale und interoperable Schnittstellen und Standards für die Datensätze nach dem Zwölften Kapitel festzulegen.

Zu § 133d (Datenübermittlung zur Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung, Verordnungsermächtigung)

Um den jeweiligen Planungsbehörden und -stellen für die medizinische Notfallrettung eine effektive und effiziente Planung und Ausgestaltung der jeweiligen Versorgungsstrukturen zu ermöglichen und das Leistungsgeschehen insgesamt transparenter darzustellen, werden die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung verpflichtet, die für die Ermittlung der Leistungsqualität in der medizinischen Notfallrettung erforderlichen Daten anonymisiert und elektronisch an eine vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen geführte Datenstelle auf Bundesebene zu übermitteln. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt eine Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu erlassen, die die für die Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung nach § 133d erforderlichen Daten der Leistungserbringer festlegt.

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

Die Datenstelle stellt darüber hinaus dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Fachgremium medizinische Notfallrettung, den zuständigen Landesbehörden sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auf Anforderung Auswertungen für ihre Belange zur Verfügung.

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

Zu § 133e (Einbindung der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung in die Telematikinfrastruktur und Finanzierung)

Zu Absatz 1 und Absatz 2

Die Regelungen enthalten die Verpflichtung der von § 133 erfassten Leistungserbringer sich bis zum Ablauf von 15 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes an die Telematikinfrastruktur (TI) anzuschließen und die Erstattung der dadurch entstehenden telematikbedingten Ausstattungs- und Betriebskosten. Die Leistungserbringer erhalten die in der Finanzierungsvereinbarung für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in der jeweils geltenden Fassung vereinbarten Erstattungen (TI-Pauschale). Zum Ausgleich der in § 376 genannten Ausstattungs- und Betriebskosten erhalten die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 zunächst grundsätzlich die in der Festlegung des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 378 Absatz 2 für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer vereinbarte TI-Pauschale von den Krankenkassen.

Zu Absatz 3

Um eine angemessene Höhe dieser Ausgleichszahlungen für die von der Regelung erfassten Leistungserbringer zu gewährleisten vereinbaren der Spitzenverband Bund der

Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Vereinigungen der entsprechenden Leistungserbringer auf Bundesebene in einer Finanzierungsvereinbarung nicht nur das Nähere zum Ausgleich der Erstattungen, dem Zahlungs- und Abrechnungsverfahren sowie der Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen, sondern auch ein von der Ausgleichszahlung nach Absatz 2 abweichender Ausgleichsbedarf der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 im Vergleich zu den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern aufgrund ihrer Besonderheiten, insbesondere bezogen auf Größe, Anzahl der Fahrzeuge und Beschäftigtenanzahl. Mit der Telematikinfrastruktur wird eine technisch sichere Basis für die Kommunikation im Gesundheitswesen geschaffen, die zukünftig auch die medizinische Notfallrettung nutzen soll. Weil medizinische Notfälle sich unabhängig vom Versicherungsstatus ergeben, sollen auch privat Versicherte und deren Leistungserbringer in der medizinischen Notfallrettung im Rahmen der privaten Krankenversicherung davon profitieren und die mit diesem Gesetz verbesserten Strukturen der Notfallversorgung einschließlich des Anschlusses an die Telematikinfrastruktur nutzen können. Da die Telematikinfrastruktur einschließlich der Anschluss- und Betriebskosten der Leistungserbringer von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird, ist eine Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen an den Kosten angemessen. Im Zusammenhang mit dem Eintritt der Privaten Krankenversicherung als Gesellschafter in die Gesellschaft für Telematik haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. bereits eine Vereinbarung geschlossen, die unter anderem eine Beteiligung der privaten Krankenversicherung an den entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten im Zusammenhang mit dem Anschluss an die Telematikinfrastruktur regelt. Darin ist eine Erstattung für die Erst- und Folgeausstattung sowie die Betriebskosten der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Hebammen, Physiotherapeuten und die Pflege in Höhe von sieben Prozent der jährlich dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entstehenden Kosten enthalten. Darüber hinaus verpflichtet sich der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., sich in Höhe von sieben Prozent an den Kosten, die dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Rahmen des Anschlusses weiterer Leistungserbringer aus anderen Sektoren an die Telematikinfrastruktur entstehen, zu beteiligen. Dies findet auch auf die Leistungserbringer in der medizinischen Notfallrettung Anwendung. Um insoweit Rechtssicherheit, vor allem im Hinblick auf die Besonderheiten der Leistungserbringer in der medizinischen Notfallrettung zu schaffen, wird die Beteiligung des Verbands der Privaten Krankenversicherung e.V. an den Festlegungen für die Kostenerstattung noch einmal ausdrücklich gesetzlich geregelt. Es handelt sich hierbei nicht um eine Mitfinanzierung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch die private Krankenversicherung, sondern um eine Beteiligung in der Höhe, die der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. verhandelt. Hierbei wird vermutlich der um Beihilfeanteile bereinigte Krankenversicherungsmarkt-Anteil der privaten Krankenversicherung eine Rolle spielen, der auch der oben genannten Vereinbarung mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zugrunde lag. Der Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung zur Finanzierung des Anschlusses an die Telematikinfrastruktur zur Verfügung stellen muss, wird um den Betrag gemindert, den die privaten Krankenversicherungsunternehmen bereit stellen. Durch seine Beteiligung an der Vereinbarung hat der Verband der Privaten Krankenversicherung die Möglichkeit, seine Interessen einzubringen.

Zu Absatz 4

Die Vereinbarungspartner der Finanzierungsvereinbarung nach Absatz 3 verhandeln Anpassungen des abweichenden Ausgleichsbedarf im Abstand von jeweils zwei Jahren, sofern dies erforderlich ist. Wird eine Anpassung nicht innerhalb dieses Zeitraums vereinbart, gilt die jeweils bestehende Finanzierungsvereinbarung fort

Zu § 133f (Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung)

Zu Absatz 1

Investitionen in die digitale Infrastruktur für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung werden in den Jahren von 2027 bis 2031 aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes finanziert. Hierfür stehen in dem Zeitraum insgesamt 225 Millionen Euro zur Verfügung. Absatz 1 benennt konkret die hierfür in Frage kommenden Fördertatbestände. So sollen Investitionskosten für die Beschaffung von softwarebasierten standardisierten Notrufabfragen im Rahmen des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 und für die Errichtung von Gesundheitsleitsystemen nach § 133a gefördert werden. Weitere wesentliche Elemente der Digitalisierung im Rahmen der Notfallversorgung sind die Einführung der digitalen Notfalldokumentation nach § 133c Absatz 1, des Versorgungskapazitätennachweises nach § 133c Absatz 2 sowie die auf digitalen Anwendungen basierende Einbindung von Ersthelferinnen und Ersthelfern nach § 133c Absatz 3. Das AED-Kataster nach § 394 wird durch das Bundesministerium für Gesundheit errichtet.

Um sicherzustellen, dass – angesichts der strengen Zweckbindung von Sozialversicherungsbeiträgen – keine Maßnahmen gefördert werden, die außerhalb der Aufgaben der Sozialversicherung stehen, wird klargestellt, dass bei der Förderung von Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung nach § 30 solche Kosten nicht berücksichtigt werden, die durch eine über den jederzeitigen Leistungsanspruch nach § 30 hinausgehende öffentliche Aufgabe bedingt sind. Dies wird zudem auch durch die enge Begrenzung der Förderung auf die genannten konkreten Vorhaben, die ausschließlich der medizinischen Notfallrettung zuzuordnen sind, sichergestellt. Gefördert werden außerdem ausschließlich Investitionen der aufgeführten Maßnahmen; Verwaltungskosten auf Antragstellerseite, die im Rahmen der jeweiligen Maßnahmen entstehen, können nicht aus Mitteln des Fonds gefördert werden.

Zu Absatz 2

Von der Fördersumme werden im Förderzeitraum von 2027 bis 2031 insgesamt 2,5 Millionen Euro vom Bundesministerium für Gesundheit verwaltet. Aus diesen Mitteln werden insbesondere die für die Errichtung des AED-Katasters nach § 394 notwendigen Investitionskosten finanziert. Nicht für diesen Zweck verausgabte Mittel, stehen dem Bundesministerium für Gesundheit für die Auswertung und Veröffentlichung einschließlich möglicher externer Beauftragungen zur Evaluation der Ergebnisse der einzelnen Maßnahmen zur Verfügung.

Zu Absatz 3

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen übernimmt die Abwicklung der Förderung der Maßnahmen. Für diese Förderungen stellt der Bund dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen im gesamten Förderzeitraum insgesamt 222,5 Millionen Euro zur Verfügung. Die Mittel werden in jährlichen Raten von 44,5 Millionen Euro jeweils bis zum 15. Januar ausgezahlt. Hierfür wird beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen ein Fonds eingerichtet, der die Mittel zweckgebunden verwaltet.

Zu Absatz 4

Für jedes der Kalenderjahre 2027 bis 2031 können die Antragsberechtigten eines Landes den Anteil an den zur Verfügung stehenden Fördermitteln abrufen, der sich für das jeweilige Land aus dem Königsteiner-Schlüssel für das Jahr 2020 ergibt. Von diesen im jeweiligen Kalenderjahr zur Verfügung stehenden Mitteln werden die notwendigen Aufwendungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für die Verwaltung des Fonds und die Durchführung der Förderung abgezogen. In einem Kalenderjahr nicht verausgabte oder zurückgezahlte Fördermittel werden in das jeweils folgende Kalenderjahr übertragen und stehen

den Antragsberechtigten zusätzlich zu den Fördermitteln nach dem Königsteiner-Schlüssel zur Verfügung. Damit wird auch sichergestellt, dass die für die Digitalisierung im Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität zur Verfügung gestellten Fördermittel nicht am Jahresende verfallen, sondern durch die Möglichkeit der Übertragung auf das nächste Kalenderjahr vollständig ausgeschöpft werden können. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht quartalsweise auf seiner Internetseite die Höhe der im laufenden Kalenderjahr noch zur Verfügung stehenden Beträge pro Land, sodass die Antragsberechtigten einschätzen können, ob ein Antrag in diesem Jahr noch möglich ist. Die Veröffentlichung dient darüber hinaus der Transparenz, da die Beträge wegen möglicher Mittelüberträge aus dem Vorjahr vom Königsteiner Schlüssel abweichen können.

Zu Absatz 5

Antragsberechtigt sind Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 und Kassenärztliche Vereinigungen, die ein Gesundheitsleitsystem nach § 133a bilden. Die digitale Vernetzung von Kassenärztlichen Vereinigungen mit Leistungserbringern des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 zu einem Gesundheitsleitsystem dient der besseren und effizienteren Patientinnen- und Patientensteuerung sowie der Entlastung der Notfallrettung und stellt eine wesentliche Säule für ein integriertes und digital vernetztes System der Notfallversorgung dar. Die gesetzlichen Vorgaben in § 133a – insbesondere zur Schnittstellengestaltung, Datenübergabe und dem gemeinsamen Qualitätsmanagement – lösen dabei bei beiden Kooperationspartnern einen notwendigen Digitalisierungs- und Investitionsbedarf aus.

Zu Absatz 6

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann den Leistungserbringern eines Landes Fördermittel bis zu dem nach Absatz 4 errechneten Betrag zuteilen.

Vor einer Förderung von Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung nach § 30 muss ein Benehmen mit der zuständigen Landesbehörde erzielt werden. Durch die Benehmensherstellung mit den zuständigen Landesbehörden werden diese frühzeitig über die Antragsstellung informiert, so dass gegebenenfalls auch eine landesseitige Steuerung der Investitionskostenförderung, insbesondere durch Priorisierung, unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Fördermittel im Förderjahr erfolgen kann.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen prüft die Anträge, erlässt die Förderbescheide und veranlasst die Auszahlung gegenüber den Antragsberechtigten. Mindestvoraussetzung der Förderung ist zunächst, dass die jeweiligen Anforderungen der in Absatz 1 genannten Fördertatbestände eingehalten sind. Die jeweiligen Rahmenempfehlungen nach § 133b Absatz 1 Satz 1 zu den förderfähigen Maßnahmen sind außerdem zu berücksichtigen.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen informiert die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen quartalsweise über die erfolgten Förderungen. Dies dient dem Ausschluss der Doppelfinanzierung nach Absatz 9. Die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen werden dadurch frühzeitig über die Förderung in Kenntnis gesetzt und können so in den jeweiligen Vertragsverhandlungen nach § 105 Absatz 1b und § 133 Absatz 2 eine Doppelfinanzierung möglichst frühzeitig ausschließen.

Zu Absatz 7

Die Antragsberechtigten haben die zweckentsprechende Verwendung der Mittel gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in geeigneter Form nachzuweisen. Sofern die Fördervoraussetzungen nachträglich nicht mehr gegeben sind oder die Mittel nicht

zweckentsprechend verwendet wurden, fordert der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die bereits ausgezahlten Fördermittel zurück.

Zu Absatz 8

Die für die Verwaltung des Digitalisierungsfonds und die Durchführung der Förderungen notwendigen Aufwendungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen werden aus den nach Absatz 3 zur Verfügung gestellten Mitteln gedeckt.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt bis zum 31. März 2027 nähere Vorgaben zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen für die Antragsstellung und den Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung in einem einheitlichen Format oder in einer maschinell auswertbaren Form fest. Die Herstellung eines Einverständnisses mit dem Bundesministerium für Gesundheit ist erforderlich, um sicherzustellen, dass ein ordnungsgemäßes und mit den Zwecken der Förderung übereinstimmendes Verfahren gewährleistet ist. Für die Rechnungslegung und die Bewirtschaftung der Fördermittel gelten die für die Sozialversicherungsträger geltenden Vorschriften entsprechend. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen von den Antragsstellern zurückzufordern. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich bis zum 31. März des Folgejahres der Förderung insbesondere über Art, Umfang und Verwendungsort der Fördermittel sowie über etwaige Rückforderungen, sodass eine zweckentsprechende Mittelverwendung nachvollzogen und sichergestellt werden kann. Das Bundesministerium für Gesundheit erhält so auch die Möglichkeit, im Rahmen seiner Rechtsaufsicht über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Fördergeschehen eng zu begleiten. Die Berichtspflicht ist für die gesetzlich nach § 10 Gesetz zur Errichtung eines Sondervermögens Infrastruktur und Klimaneutralität vorgeschriebenen Erfolgskontrollen essentiell, da das Bundesministerium für Gesundheit so nachvollziehen kann, in welchem Umfang die gesetzlichen Anforderungen der hier genannten Fördertatbestände umgesetzt und damit auch die Ziele der Förderung durch das Sondervermögen erreicht wurden. Die Berichte sind eine wichtige Grundlage für eine mögliche Evaluation der Förderung oder auch für eine Veröffentlichung der Ergebnisse.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt nach dem 31. Dezember 2031 die nicht verausgabten oder nach dem 31. Dezember zurückgezahlte Fördermittel unverzüglich an das Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität zurück.

Zu Absatz 9

Investitionen nach Absatz 1 sollen nach dieser Vorschrift gefördert werden, weil über das Sondervermögen eine Mittelbereitstellung – anders als beispielsweise eine Refinanzierung über Entgelte nach § 133 Absatz 2 – unmittelbar erfolgen und somit die Digitalisierung schnell und flächendeckend vorangetrieben werden kann. Der Fördertatbestand unterstützt damit das Ziel der digitalen Vernetzung der Versorgungsbereiche und der damit einhergehenden effizienteren Patientinnen- und Patientensteuerung und -versorgung. Für Fälle, in denen eine Finanzierung über das Sondervermögen nicht möglich ist, weil beispielsweise die Mittel im entsprechenden Haushaltsjahr bereits verausgabt sind, bleibt es bei der Möglichkeit der Refinanzierung über § 133 Absatz 2.

Satz 2 verhindert eine Doppelfinanzierung durch die Krankenkassen und andere Kostenträger, wie zum Beispiel private Krankenversicherungsunternehmen. Zweckentsprechend abgerufene und eingesetzte Investitionskosten sind nicht mehr in den Entgelten nach § 133 Absatz 2, der Förderung nach § 105 Absatz 1b sowie in anderweitigen Kosten- und Gebührenkalkulationen gegenüber anderen Kostenträgern ansatzfähig.

Zu § 133g (Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben)

Die Regelung schafft die Möglichkeit, dass die zuständigen Landesbehörden im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem einzelnen Leistungserbringer des Notfallmanagements im Land besondere koordinierende Funktionen und überregionale Aufgaben zuweisen kann. Zweck der Regelung ist die Bündelung von besonderen Aufgaben in einer Leitstelle, um Schnittstellen zu reduzieren und die Effizienz zu erhöhen. Die Aufgaben umfassen insbesondere die folgenden Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben.

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

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

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

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

Das Nähere zum Inhalt der übertragenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den zuständigen Landesbehörden oder mit den nach Landesrecht vorgesehenen Leistungserbringern. Die zuständige Landesbehörde hat dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft jährlich mitzuteilen, welchem Leistungserbringer des Notfallmanagements sie die Aufgaben der koordinierenden Leitstelle zugewiesen hat.

Zu Nummer 20 (§ 140f)

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

Zu Nummer 21 (§ 279)

Die Begrenzung der Amtszeiten für die Vertreterinnen und Vertreter in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste, die von den Selbstverwaltungsorganen der Krankenkassen gewählt werden, wird von zwei auf drei Amtszeiten gelockert. Gleichzeitig wird die Begrenzung der Ehrenämter in Selbstverwaltungsorganen von Versicherungsträgern, Verbänden

von Versicherungsträgern und Medizinischen Diensten von zwei auf drei Ehrenämter erweitert. Mit diesen Änderungen wird der zunehmenden Fluktuation der Mitglieder in den Verwaltungsräten entgegengewirkt und ihre Professionalisierung unterstützt. Darüber hinaus werden die sich abzeichnenden Probleme bei der Nachbesetzung von Mitgliedern behoben und damit letztlich die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltungsorgane sichergestellt. Dies gilt über den Verweis in § 282 Absatz 2 Satz 7 auch für den Medizinischen Dienst Bund.

Zu Nummer 22 (§ 283)

Es handelt sich um eine Klarstellung, dass sich die Ermächtigung zum Erlass der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 10 auch auf die Zusammenarbeit in organisatorischen und pflegfachlichen Fragen der Richtlinien nach § 53d Elftes Buch Sozialgesetzbuch bezieht. Damit wird der Anwendungsbereich der Richtlinie auf die untergesetzliche Ausgestaltung der Zusammenarbeit und einheitlichen Aufgabenwahrnehmung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch ausgeweitet. Sowohl die Gremienstruktur als auch die Prozesse zur Zusammenarbeit und einheitlichen Aufgabenwahrnehmung durch die Medizinischen Dienste sind sachgerecht und effizient nur für beide Rechtsbereiche – gesetzliche Krankenversicherung und soziale Pflegeversicherung - übergreifend zu regeln. Die Klarstellung erfolgt dabei lediglich in § 283, weil sämtliche Regelungen zur Zusammenarbeit durch den MD Bund – anders zum Beispiel als bei den Richtlinien zur Personalbemessung - in einer einheitlichen Richtlinie festgelegt werden sollen.

Zu Nummer 23 (§ 291b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Die Einbindung von Notaufnahmen in den Notdienst durch Kooperationsvereinbarungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung wird nunmehr in § 75 Absatz 1b Satz 12 geregelt.

Zu Nummer 24 (§ 294a)

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

Zu Nummer 25 (§ 302)

Zu Absatz 1

§ 302 regelt die Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer und somit auch diejenige der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 sowie wie bisher die übrigen Abrechnungen von Krankenfahrten und Krankentransporten nach § 60.

Es besteht insoweit grundsätzlich die Verpflichtung, den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern die erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen und den Tag der Leistungserbringung sowie die Arztnummer des verordnenden Arztes, die Verordnung des Arztes mit der

Diagnose und den erforderlichen Angaben über den Befund und die Angaben nach § 291a Absatz 2 Nummer 1 bis 10 anzugeben.

Bei der Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 Absatz 2 sind anstelle der ärztlichen Verordnung die für die Prüfung des Leistungsanspruch erforderlichen Angaben und anstelle der Arztnummer des verordnenden Arztes eine Fallidentifikationsnummer zu übermitteln. Das Nähere zu Art und Umfang der erforderlichen Angaben zur Abrechnung der einzelnen Leistungen nach § 30 Absatz 2 bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen innerhalb von sechs Monaten in seiner Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1. Dabei ist zu beachten, dass der Nachweis über die aufgrund einer in § 30 Absatz 3 Satz 1 genannten softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage getroffenen Entscheidung zur Veranlassung der Leistungen nach § 30 Absatz 2 Nummer 2 und 3 als Nachweis des Vorliegens eines rettungsdienstlichen Notfalls im Sinne des § 30 Absatz 1 Satz 2 gilt. Auch zu diesem Nachweis regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Nähere. Dies ist sachgerecht, da die bisherige Praxis, dass der Transport nach Abschluss des Einsatzes ärztlich verordnet wird, entfällt. Die Regelung adressiert nun an die Leistungserbringer des Notfallmanagements, welche die Indikation für ein Einsatzmittel stellen. Dies erfolgt in der Regel durch die grundsätzliche Festlegung durch die ärztliche Leitung des Leistungserbringers, beispielsweise die ärztliche Leitung. Wenn der Nachweis noch nicht durch die einheitliche und reproduzierbare Ergebnisse der softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage erbracht wird, regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Übergangsregelungen den Nachweis auf andere Weise. Die eindeutige Fallidentifikationsnummer, deren genaue Ausgestaltung ebenso in der Richtlinie erfolgt, dient der Zuordnung der Einsatzaufträge des Notfallmanagements und der durchgeführten Einsätze der notfallmedizinischen Versorgung und des Notfalltransportes.

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

Der Leistungserbringer der notfallmedizinischen Versorgung oder des Notfalltransportes ist verpflichtet, die Angaben nach § 291a Absatz 2 Nummer 1 bis 10 an denjenigen Leistungserbringer des Notfallmanagements zu übermitteln, der die Entscheidung zur Veranlassung der Leistungen nach § 30 Absatz 2 Nummer 2 und 3 getroffen hat. Dies ist notwendig, da den Leistungserbringern des Notfallmanagements regelhaft diese Daten nicht vorliegen und somit keine Abrechnung möglich wäre.

Zu Absatz 2

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

Zu Nummer 26 (§ 354)

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

Zu Nummer 27 (§ 370a)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 28 (§ 377)

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

Zu Nummer 29 (§ 394)

Nach § 30 Absatz 3 umfasst das Notfallmanagement auch die telefonische und telemedizinische Notfallberatung, einschließlich der telefonischen Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen, sowie die Nutzung von auf digitalen Anwendungen basierenden Ersthelferalarmierungssystemen und die Nutzung des AED-Katasters nach dieser Vorschrift. Nach dem Beginn einer sofortigen Reanimation ist die Defibrillation eine zentrale Maßnahme beim plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstand. Eine Defibrillation durch Ersthelfer erhöht die Überlebensrate erheblich. Zur Defibrillation sind dementsprechende Geräte für die Anwendung durch Laien, sogenannte automatische externe Defibrillatoren (AED), notwendig. Das Bundesministerium für Gesundheit errichtet daher ein öffentlich zugängliches bundesweites Kataster, das im Rahmen des Notfallmanagements verwendet werden kann und das durch einen zentralen Zugang zu erreichen ist.

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

Zu Absatz 1

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

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

Zu Absatz 2

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

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

Zu Absatz 3

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

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

Zu Absatz 4

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

Zu Absatz 5

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

Zu Artikel 2 (Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

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

Zu Artikel 3 (Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung)

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

Zu Artikel 4 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)

Ärztinnen und Ärzte der Notdienstpraxis eines Integrierten Notfallzentrums nach § 123 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch dürfen nach der vorgesehenen Regelung im Rahmen der Notfallversorgung Arzneimittel für den akuten Bedarf an Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis abgeben, wenn eine Therapie sofort begonnen werden muss, beispielsweise eine Antibiotikatherapie oder eine Schmerztherapie, und die erforderliche Versorgung der Patientin oder des Patienten über eine öffentliche Apotheke nicht ausreichend sichergestellt werden kann. Eine Abgabe darf nur dann erfolgen, wenn diese außerhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten von Apotheken erfolgt, oder wenn im unmittelbaren Anschluss an den Tag der Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. Die mögliche Abgabemenge ist beschränkt auf eine zur Überbrückung benötigte Menge für längstens drei Tage. Damit wird eine eng begrenzte, unmittelbare Arzneimittelversorgung entsprechend der Arzneimittelabgabe durch Krankenhausapotheken nach einer Krankenhausbehandlung im Sinne des § 14 Absatz 7 des Apothekengesetzes sichergestellt. Die Notdienstpraxen können die Arzneimittel über den regulären Apothekenvertriebsweg in der Regel als Sprechstundenbedarf beziehen.

Die Abgabe von verkehrs- und verschreibungsfähigen Betäubungsmitteln nach Anlage III zum Betäubungsmittelgesetz ist grundsätzlich nur im Rahmen des Betriebs einer Apotheke und gegen Vorlage der ärztlichen Verschreibung erlaubt. Entsprechend hat die Versorgung mit Betäubungsmitteln auch im Rahmen einer Konsultation einer Notdienstpraxis weiterhin über eine Apotheke zu erfolgen.

Zu Artikel 5 (Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung)

Ärztinnen und Ärzte der Notdienstpraxis eines Integrierten Notfallzentrums nach § 123 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch dürfen nach der vorgesehenen Regelung im Rahmen der Notfallversorgung apothekenpflichtige Medizinprodukte für den akuten Bedarf an Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis abgeben, wenn eine Therapie sofort begonnen werden muss und die erforderliche Versorgung der Patientin oder des Patienten über eine öffentliche Apotheke nicht ausreichend sichergestellt werden kann. Eine Abgabe darf nur dann erfolgen, wenn diese außerhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten von Apotheken erfolgt, oder wenn im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. Die mögliche Abgabemenge ist beschränkt auf eine zur Überbrückung benötigte Menge für längstens drei Tage. Damit wird eine eng begrenzte, unmittelbare Versorgung mit apothekenpflichtigen Medizinprodukten entsprechend der Arzneimittelabgabe durch Krankenhausapotheken nach einer Krankenhausbehandlung im Sinne des § 14 Absatz 7 des Apothekengesetzes sichergestellt. Die Notdienstpraxen können die Medizinprodukte über den regulären Apothekenvertriebsweg in der Regel als Sprechstundenbedarf beziehen.

Zu Artikel 7 (Medizinprodukte-Betreiberverordnung)

Zu Nummer 1

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

Zu Nummer 2

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

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

Die Erhebung der Daten beschränkt sich auf das notwendige Minimum, um eine möglichst schlanke Datenstruktur zu gewährleisten. Dies reduziert die Fehleranfälligkeit des Katasters und minimiert die zusätzlichen Belastungen für die Betreiber von AEDs. Die Anforderungen werden bewusst niedrig gehalten, da die Geräte nicht nur im professionellen Gesundheitssektor eingesetzt werden, sondern auch ehrenamtlichen in allen Bereichen mit hohem Publikumsverkehr installiert werden sollen, insbesondere durch Vereine, Bildungseinrichtungen oder Unternehmen. Ziel ist es, die Datensammlung so zu gestalten, dass das AED-Kataster Wirksamkeit entfalten kann und gleichzeitig die Anforderungen für potenzielle Betreiber so niedrigschwellig sind, dass sie nicht von einer Anschaffung abgehalten werden. Die Adresse und die Geokoordinaten sind entscheidend für die präzise Lokalisation des Gebäudes, in dem der AED betrieben wird. Zusätzliche Informationen zur Zugänglichkeit erleichtern die schnelle Auffindbarkeit des Geräts innerhalb des Gebäudes. Der Name und die Kontaktdaten des Betreibers werden für die Verarbeitung im AED-Kataster benötigt. Personenbezogene Angaben werden vom Kataster nicht veröffentlicht.

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

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

Zu Artikel 8 (Änderung des Betäubungsmittelgesetzes)

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

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

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

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

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

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

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

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. Zu Nummer 1

Zu Artikel 9 (Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung)

Durch den neu eingefügten § 13 Absatz 6 finden die Absätze 1 bis 4 keine Anwendung auf die Durchfuhr einer angemessenen Menge an Betäubungsmitteln, wenn die Betäubungsmittel als Rettungsdienstbedarf auf einem Fahrzeug des Rettungsdienstes mitgeführt werden. Die Regelung ermöglicht es ausländischen Rettungsdienstfahrzeugen, zukünftig das Bundesgebiet zu durchfahren, ohne die Regelungen der Durchfuhr nach den Absätzen 1 bis 4 einhalten zu müssen. Voraussetzung ist, dass die Betäubungsmittel Bestandteil des Rettungsdienstbedarfs des die Grenze überschreitenden Rettungsdienstfahrzeuges sind.

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

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

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

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

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Artikel 10 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Zu Nummer 1

Gemäß Satz 3 in Verbindung mit § 17 des Bundesmantelvertrags-Ärzte sind bestimmte Facharztgruppen verpflichtet, wöchentlich mindestens fünf offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anzubieten und an die jeweilige zur Sicherstellung der Versorgung zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu melden. Diese Regelung wird durch einen neuen Satz 4 konkretisiert, um im Sinne der Reform der Notfallversorgung eine bessere Verteilung der offenen Sprechstunden zu erreichen. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte müssen bei der Festsetzung ihrer offenen Sprechstunden nunmehr explizit auch die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten nach einer ausreichenden Versorgung bei akuter Behandlungsbedürftigkeit berücksichtigen. Ziel muss dabei sein, dass die Patientinnen und Patienten möglichst an jedem Wochentag während der Sprechstundenzeiten die Möglichkeit haben, bei akutem Behandlungsbedarf auch ohne vorherige Terminvereinbarung eine vertragsärztliche Versorgung (in den zur offenen Sprechstunde verpflichteten Arztgruppen) in Anspruch nehmen zu können. Die gleichmäßige Verteilung der offenen Sprechstunden über die Woche ist nicht durch jede einzelne Vertragsärztin beziehungsweise jeden einzelnen Vertragsarzt, sondern innerhalb der jeweiligen Arztgruppe nach § 17 Absatz 1c Bundesmantelvertrag-Ärzte sicherzustellen. Hierzu bedarf es – abhängig von der bisherigen Planung der betroffenen Arztpraxen – unter Umständen einer durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages koordinierten Abstimmung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte einer Arztgruppe in einem Planungsbereich über die Terminierung der jeweiligen offenen Sprechstunden. Dadurch werden die Möglichkeiten der Akutleitstellen verbessert, Versicherte im Akutfall an offene Sprechstunden zu vermitteln und diese haben somit seltener Anlass, eine Notaufnahme oder eine Notdienststruktur in Anspruch zu nehmen. Auch die Möglichkeiten der Integrierten Notfallzentren, Versicherte nach der Ersteinschätzung in die vertragsärztliche Regelversorgung weiterzuleiten, werden so verbessert.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 1.

Zu Nummer 3

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

Zu Artikel 11 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

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

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