

01.06.26**Empfehlungen
der Ausschüsse**

G - Fz - In

zu **Punkt ...** der 1066. Sitzung des Bundesrates am 12. Juni 2026

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung**A**

Der **federführende Gesundheitsausschuss (G)** und
der **Ausschuss für Innere Angelegenheiten (In)**

empfehlen dem Bundesrat,

zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

- G 1. Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 30 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, Nummer 2 und Nummer 3 – neu – SGB V)

Artikel 1 § 30 Absatz 1 Satz 2 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Nummer 1 ist nach der Angabe „seines“ die Angabe „körperlich oder psychischen“ einzufügen und die Angabe „befindet oder“ ist durch die Angabe „befindet,“ zu ersetzen.
- b) In Nummer 2 ist die Angabe „erfolgt.“ durch die Angabe „erfolgt oder“ zu ersetzen.
- c) Nach Nummer 2 ist die folgende Nummer 3 einzufügen:
„3. aufgrund des Gesundheitszustandes des Versicherten eine schwere gesundheitliche Schädigung für Dritte zu befürchten ist.“

Begründung:Zu Buchstabe a:

Die Änderung dient der Klarstellung, dass eine Lebensgefahr sowohl aufgrund körperlicher wie auch psychischer Gesundheitszustände bestehen kann.

Zu Buchstabe c:

Bei der neuen Regelung zur medizinischen Notfallrettung in § 30 SGB V-E lässt sich der Begründung des Gesetzentwurfs nicht entnehmen, wie die Schnittstelle zu den PsychKHG der Länder gedacht sein soll, die bei einer gegenwärtigen und erheblichen Gefahr der Selbst- und/oder Fremdgefährdung eine fürsorgliche Aufnahme (auch) bei Einlieferung durch den Rettungsdienst mit Anspruch auf Krankenhausbehandlung nach sofortiger Untersuchung bei Aufnahme vorsieht, sofern die ärztliche Leitung des psychiatrischen Krankenhauses die Voraussetzungen einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung bejaht.

Wenn die Krankenkassen künftig die Kosten der notfallmedizinischen Versorgung nur nach dem engen Begriff von § 30 Absatz 1 SGB V-E übernehmen würden, blieben Fälle von Patienten mit psychischen Erkrankungen, die (vor allem oder nur) wegen Fremdgefährdung als Notfall ins psychiatrische Krankenhaus verbracht werden, vom Anspruch auf medizinische Notfallrettung und damit der Kostenübernahme durch die Krankenkassen ausgeschlossen. In der Definition des Gesetzentwurfs wird allein auf eine Selbstgefährdung der Versicherten abgestellt (= unmittelbare Lebensgefahr des Versicherten, lebensbedrohende Verschlechterung seines Gesundheitszustands oder schwere gesundheitliche Schädigung des Versicherten selbst).

Ob die medizinische Notfallrettung durch die Annahme einer mittelbaren Eigengefährdung des Versicherten infolge von Fremdgefährdung erweiternd ausgelegt werden könnte, ist zweifelhaft. Auch in diesem Fall würde das Problem bestehen bleiben, dass die Gefahrenbegriffe in den PsychKHG der Länder („erhebliche und gegenwärtige Gefahr“) mit § 30 Absatz 1 SGB V-E nicht vollständig deckungsgleich sind, und dass – insbesondere bei anschließender Ablehnung einer fürsorglichen Aufnahme im psychiatrischen Krankenhaus nach Untersuchung – voraussichtlich Streit über die Übernahme der entstandenen Kosten der notfallmedizinischen Versorgung von Versicherten am Notfallort nach § 30 Absatz 4 SGB V-E und des Notfalltransports zum nächstgelegenen psychiatrischen Krankenhaus nach § 30 Absatz 5 SGB V-E mit den Krankenkassen entstehen würde.

Daher müsste der medizinische Notfall gesetzlich so definiert werden, dass psychiatrische Notfälle mit Fremdgefährdung umfasst sind.

- G 2. Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 30 Absatz 3 Satz 3 SGB V) und Nummer 19 (§ 133 Absatz 1 Satz 2 – neu – SGB V)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

- a) Nummer 2 § 30 Absatz 3 Satz 3 ist zu streichen.

b) Nach Nummer 19 § 133 Absatz 1 Satz 1 ist der folgende Satz einzufügen:

„Ab dem [...] einsetzen: Datum des ersten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] kann Leistungserbringer für Leistungen des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 nur sein, wer die Vermittlung der erforderlichen Hilfe auf der Grundlage einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage vornimmt.“

Begründung:

§ 30 Absatz 3 SGB V-E sieht vor, dass die Leistungserbringer des Notfallmanagements spätestens 24 Monate nach Verkündung des Gesetzes verpflichtend eine softwarebasierte standardisierte Notrufabfrage einsetzen sowie Ersthelfer-Apps und – in geeigneten Fällen – das noch zu errichtende AED-Kataster in ihre Disposition einbinden müssen.

Die gegenwärtige Fassung sieht in § 30 Absatz 3 Satz 3 SGB V-E allerdings den Entfall des Leistungsanspruches der Versicherten auf die Vermittlung der erforderlichen Hilfe im Sinne des § 30 Absatz 3 Satz 1 SGB V-E vor, soweit diese zwei Jahre nach Inkrafttreten der Notfallreform nicht mittels einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage erfolgt.

Dies wird allerdings weder den berechtigten Interessen der Versicherten noch dem Ziel der Notfallreform oder der Systematik des SGB V gerecht. Der Leistungsanspruch der Versicherten darf nicht beeinträchtigt werden oder gar wegfallen. Auch wenn die zeitliche Vorgabe durchaus ambitioniert erscheint, muss die entsprechende Regelung vielmehr im Leistungserbringungsrecht (Viertes Kapitel des SGB V) verankert werden, indem die softwarebasierte standardisierte Notrufabfrage nach Ablauf der Übergangsfrist zur obligatorischen Grundlage der Leistungserbringung gemacht wird.

G 3. Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 30 Absatz 4 Satz 2 – neu – SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 2 § 30 Absatz 4 Satz 1 ist der folgende Satz einzufügen:

„Leistungen der notfallmedizinischen Versorgung können durch die Länder entsprechend der Dringlichkeit nach einem gestuften Versorgungssystem bedarfsgerecht und ausdifferenziert erbracht werden.“

Begründung:

Die einfache Einteilung des Rettungsdienstes in die Bereiche „notfallmedizinische Versorgung“ und „Krankentransport“ wird den heutigen Anforderungen an die präklinische Versorgung nicht mehr gerecht. Die Einsatzzahlen steigen

kontinuierlich, gleichzeitig ist ein großer Teil der Patientinnen und Patienten weder akut lebensbedrohlich erkrankt bzw. verletzt noch für einen klassischen Krankentransport „geeignet“. Zwischen diesen beiden Extremen entsteht eine Versorgungslücke, die durch ein gestuftes Versorgungssystem z. B. Akuttransportwagen sinnvoll bedient und geschlossen werden kann. Die notfallmedizinische Versorgung muss sich an der tatsächlichen medizinischen Dringlichkeit orientieren. Viele Patientinnen und Patienten benötigen zwar eine zeitnahe medizinische Einschätzung, Überwachung und Behandlung, jedoch keinen hochspezialisierten Rettungswagen mit maximaler notfallmedizinischer Fachkompetenz und Ausstattung. Werden dennoch reguläre Rettungswagen für solche Einsätze gebunden, fehlen diese Ressourcen unter Umständen bei echten akut lebensbedrohlichen medizinischen Notfällen. Dies führt zu längeren Eintreffzeiten, einer höheren Belastung des Rettungsfachpersonals und steigenden Kosten.

Ausdifferenzierte Versorgungssysteme, die bereits in Teilen in den Ländern etabliert sind, stellen hierbei eine wichtige Zwischenstufe dar. Sie ermöglichen die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit mittlerer Dringlichkeit durch qualifiziertes Personal und einer angepassten medizinischen Ausstattung. Dadurch können Rettungswagen und Notarzteinsatzfahrzeuge gezielter für schwere notfallmedizinische Versorgung eingesetzt werden, während gleichzeitig Patientinnen und Patienten mit weniger kritischen Notfallbildern dennoch eine professionelle und sichere Versorgung erhalten.

Ein gestuftes Versorgungssystem verbessert somit die Effizienz des Rettungsdienstes erheblich. Ressourcen werden bedarfsgerecht eingesetzt, die Leitstellen können differenzierter disponieren und die Versorgung orientiert sich stärker am tatsächlich Versorgungsbedarf. Gleichzeitig trägt das gestufte Versorgungssystem zur Entlastung von Notaufnahmen und Rettungsmitteln bei und erhöht insgesamt die Versorgungssicherheit der Bevölkerung.

Darüber hinaus reagieren viele Länder bereits auf die veränderten Einsatzrealitäten, den demografischen Wandel und die steigenden Anforderungen im Gesundheitswesen mit neuen Rettungsmittel- und Versorgungskonzepten. Das gestufte Versorgungssystem mit Akuttransportwagen ist daher Ausdruck eines modernen, flexiblen und wirtschaftlichen Rettungswesens, das zwischen vitaler Bedrohung und Bagatellfall differenzieren kann.

G 4. Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 60 Absatz 3 Nummer 2 Buchstabe b, Buchstabe c und Buchstabe d – neu – SGB V)

Artikel 1 Nummer 3 § 60 Absatz 3 Nummer 2 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Buchstabe b ist die Angabe „§ 39 Absatz 1a oder“ durch die Angabe „§39 Absatz 1a,“ zu ersetzen.
- b) In Buchstabe c ist die Angabe „hat,“ durch die Angabe „hat oder“ zu ersetzen.

c) Nach Buchstabe c ist der folgende Buchstabe d einzufügen:

„d) soweit landesrechtliche Vorschriften die örtliche Zuständigkeit eines Krankenhauses regeln,“.

Begründung:

Soweit infolge landesrechtlicher Regelungen nicht das aufgesuchte Krankenhaus örtlich zuständig ist, wird eine Verlegung erforderlich. Die Kostentragung für den entsprechenden Krankentransport ist zu regeln.

An der Schnittstelle zur Einrichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ) stellt sich die Frage, wie die in § 123a Absatz 1 SGB V-E vorgesehene Festlegung von geeigneten Planungsregionen und von Krankenhausstandorten mit der landesrechtlich in verschiedenen Ländern geregelten Pflichtversorgung der psychiatrischen Krankenhäuser in Übereinstimmung gebracht werden soll. Derzeit ist außerhalb von Rettungsdienst-Einsätzen in verschiedenen Ländern eine gesetzliche Aufnahmeverpflichtung der psychiatrischen Krankenhäuser in Abhängigkeit vom gewöhnlichen Aufenthalt der Patienten bestimmt.

Würden zukünftig vorrangig Krankenhausstandorte mit einer psychiatrischen Abteilung im Sinne des § 123a Absatz 1 SGB V-E als INZ festgelegt, müsste zuvor geklärt werden, ob und welche Patienten mit psychischen Erkrankungen (z. B. psychiatrische Notfälle im engeren Sinne, Notfälle durch körperliche Erkrankungen bei Menschen mit vorbestehender psychischer Erkrankung oder somatische Fälle mit psychischen Begleitsymptomen) den INZ zuzuleiten und welche unmittelbar in psychiatrischen Fachkrankenhäusern der regionalen Pflichtversorgung zur freiwilligen Behandlung aufzunehmen wären. Voraussetzungen wäre auch hier Streit zu erwarten, weil schwierige Patienten mit herausforderndem Verhalten als Akutfälle entweder klar dem INZ-Krankenhaus und oder dem regionalen Pflichtversorger zugewiesen, ggf. zur Verlegung transportiert und in Abhängigkeit vom weiteren Verlauf der psychischen Erkrankung zwecks Vollzugs der öffentlich-rechtlichen Unterbringung jedenfalls in ein beliehenes Krankenhaus verbracht werden müssten.

Um Friktionen zu vermeiden, sollten die landesrechtlichen Regelungen der psychiatrischen Pflichtversorgung in der Richtlinie berücksichtigt werden.

G 5. Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 60 Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 SGB V)

Der Bundesrat bittet im Rahmen des weiteren Gesetzgebungsverfahrens bzw. der weiteren geplanten Finanz- und Strukturreformen (z. B. dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) zu prüfen, ob die in § 60 Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 SGB V vorgesehene Entschädigung entsprechend den Regelungen des Bundesreisekostengesetzes in ihrer Höhe noch ausreichend und angemessen erscheint.

Begründung:

Im Gegensatz zu den im Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. BR-Drucksache 256/26) vorgesehenen Anpassungen der gesetzlichen Zuzahlungen soll die Entschädigung für die Nutzung eines privaten Kraftfahrzeuges im Rahmen von Krankenfahrten auch weiterhin unverändert bleiben.

Auch wenn die Auswahl des Beförderungsmittels nach der zwingenden medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu erfolgen hat und insoweit der Gesundheitszustand des Versicherten maßgeblich ist, stellt der Rückgriff auf ein privates Kraftfahrzeug gleichwohl die niederschwelligste Form der Krankenfahrt dar, setzt sie doch den Eigeneinsatz von Versicherten bzw. deren Angehörigen voraus.

Der Rückgriff auf die seit Jahrzehnten unveränderten Erstattungssätze des Bundesreisekostengesetzes macht jedoch gerade in Zeiten steigender Spritpreise die Nutzung privater Kraftfahrzeuge zunehmend unattraktiver und mindert insbesondere die Bereitschaft von Angehörigen, diese für Krankenfahrten zur Verfügung zu stellen.

Gerade weil die Finanzen der GKV mehr als angespannt sind, erscheint diese Maßnahme angebracht. Denn es steht zu erwarten, dass eine angemessene Erhöhung der Entschädigung sich, kompensiert durch eine entsprechende Reduktion alternativ erfolgender Taxi- oder Mietwageneinsätze, zumindest als kostenneutral erweisen wird.

G 6. Zu Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe b (§ 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe b § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 2 ist nach der Angabe „Jugendmedizin“ die Angabe „und Psychotherapeuten“ einzufügen.

Begründung:

Aus der Begründung des Gesetzentwurfs ergibt sich nicht, warum im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 2 SGB V-E beim 24 Stunden täglich verfügbaren Versorgungsangebot der Kassenärztlichen Vereinigungen nur ein „ärztliches“ Versorgungsangebot genannt wird, und warum nicht auch Psychotherapeuten im Sinne des § 1 PsyThG im Notdienst bei der Erstversorgung von Menschen mit akuten psychischen Krisen oder psychischen Erkrankungen mitwirken sollen.

Die Erreichbarkeit für eine telefonische oder videounterstützte Versorgung könnte mit Psychotherapeuten vergleichbar den Beratungsärzten über die Akutleitstelle ebenso sichergestellt werden und eine Versorgung mit Behandlungskompetenz für psychische Erkrankungen vor Ort oder durch telefonischen oder videounterstützten Kontakt erfolgen.

G 7. Zu Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe b (§ 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 3 SGB V) und Nummer 19 (§ 133a Absatz 2 Satz 3 SGB V)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Nummer 7 Buchstabe b § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 3 ist nach der Angabe „kann“ die Angabe „, es sei denn, dass aufgrund empirischer Daten belegbar ist, dass die Einrichtung eines aufsuchenden Dienstes die vertragsärztlichen Strukturen beeinträchtigt“ einzufügen.
- b) In Nummer 19 § 133a Absatz 2 Satz 3 ist die Angabe „verbindlich“ durch die Angabe „als Zielgröße“ zu ersetzen.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Ein aufsuchender Dienst eröffnet für niedrigschwellig Hilfesuchende eine Alternative zum Rettungsdienst, der besonders durch minderschwere Erkrankungs- und Verletzungsbilder belastet wird, für die der Rettungsdienst gar nicht vorgesehen ist. Bei guter Verfügbarkeit ist zu erwarten, dass ein solcher aufsuchender Dienst den Rettungsdienst insbesondere bei minderschweren Erkrankungs- und Verletzungsbildern sowie bei Fehleinsätzen spürbar entlastet.

Gleichzeitig erfordert die im Gesetzentwurf vorgesehene Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen einen hohen Personal- und Ressourceneinsatz. In Zeiten eines sich verstärkenden Mangels an Ärztinnen und Ärzten und der engen Personalkapazitäten im notdienstlichen Bereich ist zu befürchten, dass die Einrichtung eines jederzeit verfügbaren aufsuchenden ärztlichen Dienstes zu einer Einschränkung des regulären Sprechstundenangebots sowie der übrigen notdienstlichen Strukturen führt, obwohl dort die überwiegende Zahl der Akutfälle behandelt wird und die Patientinnen und Patienten in diese Strukturen auch vorrangig vermittelt werden sollen.

Um auszuschließen, dass die Einführung eines grundsätzlich nachrangigen aufsuchenden Dienstes das vorrangige Sprechstundenangebot sowie die vorrangigen übrigen notdienstlichen Strukturen gefährdet, sind Möglichkeiten für die Kassenärztlichen Vereinigungen zu schaffen, von einer Einrichtung des 24/7-Angebots abzuweichen, wenn durch die Kassenärztliche Vereinigung empirisch erwiesen werden kann, dass dadurch eine Einschränkung dieser Strukturen erfolgt. Die Überprüfung erfolgt durch die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder im Weg der Rechtsaufsicht. Auf diese Weise können die unterschiedlichen regionalen Bedarfe ausreichend berücksichtigt und der aufsuchende Dienst bedarfsgerecht ausgestaltet werden.

Zu Buchstabe b:

Bereits die flächendeckende Vorhaltung eines jederzeit verfügbaren aufsuchenden Dienstes stellt eine große personelle Herausforderung dar. Es ist daher erforderlich, dass regionale Bedarfe und Limitationen des aufsuchenden Dienstes ausreichend regional berücksichtigt werden können. Dies gilt insbesondere für die nach § 133a SGB V-E zu bestimmenden verbindlichen Eintreffzeiten.

Feste Eintreffzeiten führen dazu, dass unabhängig von dem zu deckenden Bedarf Personal vorgehalten werden muss, um den aufsuchenden Dienst zeitgerecht durchführen zu können. Hierdurch wird das bereits bestehende Personalproblem weiter verschärft. Die Vorgabe von Eintreffzeiten sollte daher nicht anhand verbindlicher Eintreffzeiten, sondern anhand von Ziel- bzw. Planungsgrößen erfolgen, um möglichen Engpässen, z. B. bei hohem Patientenaufkommen gerecht werden zu können. Erwartungshaltungen an feste Eintreffzeiten sind in den unterschiedlichen Regionen nicht immer erfüllbar; so sind die Anforderungen an städtische Gebiete mit kurzen Fahrzeiten im Gegensatz zu ländlichen Regionen mit ggf. langen Fahrtzeiten und einer weniger gut verfügbaren sonstigen Versorgungsstruktur unterschiedlich zu bewerten. Soweit die Begründung des Gesetzentwurfs hierauf zwar bereits hinweist, ist die Formulierung des § 133a Absatz 2 Satz 3 SGB V-E hinsichtlich der Festlegung „verbindlicher“ Eintreffzeiten nach wie vor einschränkend und steht zur gesetzgeberischen Intention im Widerspruch.

Dem Ziel der Entlastung der Notfallstrukturen von Akutfällen, die auch ambulant versorgt werden können, kann mit den zu vereinbarenden Zielgrößen ausreichend Rechnung getragen werden. Mit dem gemeinsamen Gesundheitsleitsystem wird zudem eine weitere Verbindlichkeit geschaffen, da Anrufende, die bereits in die ambulante Versorgungsebene geleitet worden sind, im System registriert sind und die anhand der medizinischen Ersteinschätzung erfolgte Zuteilung der Versorgungsebene vermerkt ist. Die Gefahr, dass Anrufende bei möglicherweise längeren Wartezeiten trotzdem über die Notfallstrukturen versorgt werden, ist damit faktisch ausgeschlossen.

Hinzuweisen ist auch darauf, dass verbindliche Eintreffzeiten im Widerspruch zur sonstigen Akutversorgung in Bereitschafts- oder Arztpraxen bzw. Integrierten Notfallzentren (INZ) stehen, wo keine Mindestwartezeiten vorgesehen sind. Vielmehr sind Fehlsteuerungen zu befürchten, wenn Patientinnen und Patienten Wartezeiten zu umgehen versuchen und den aufsuchenden Dienst einfordern.

G 8. Zu Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe b (§ 75 Absatz 1c Satz 7 Nummer 1 und Nummer 2 SGB V)

Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe b § 75 Absatz 1c Satz 7 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Nummer 1 ist nach der Angabe „oder eines zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum“ die Angabe „aus medizinischen Gründen“ einzufügen.

- b) In Nummer 2 ist nach der Angabe „Notfallzentrums“ die Angabe „aus medizinischen Gründen“ einzufügen.

Begründung:

Als Anknüpfungspunkte für die Indikation eines Hausbesuchs formuliert der Gesetzentwurf nur, dass eine andere Versorgung „nicht möglich“ bzw. „nicht zumutbar“ ist. Dies eröffnet einen sehr weiten Interpretationsspielraum und ist daher zu unbestimmt, nicht zuletzt für die Rechtsaufsicht. So lässt die Formulierung eine Auslegung zu, die beispielsweise bloße Unbequemlichkeiten aufgrund eines ausgedünnten ÖPNV zu einem Anlass für einen aufsuchenden Dienst werden lässt.

Unter Bezugnahme auf das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V sollte ein Hausbesuch nur im Falle einer entsprechenden medizinischen Notwendigkeit durchgeführt werden müssen. Neben dem Ergebnis der Ersteinschätzung nach § 75 Absatz 1 Satz 3 SGB V-E sind zur Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit auch das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit oder vergleichbare gesundheitliche Einschränkungen zu berücksichtigen.

- G 9. Zu Artikel 1 Nummer 7a – neu – (§ 75a Absatz 1 Satz 1 und Satz 2, Absatz 5 Satz 1, Absatz 6 Satz 2, Absatz 7 Nummer 2 und Absatz 9 Satz 2 SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 7 ist die folgende Nummer 7a einzufügen:

,7a. § 75a wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „Sicherung der hausärztlichen“ die Angabe „und kinderärztlichen“ und nach der Angabe „allgemeinmedizinische“ die Angabe „und kinder- und jugendmedizinische“ eingefügt.
 - bb) In Satz 2 wird nach der Angabe „Allgemeinmedizin“ die Angabe „und Kinder- und Jugendmedizin“ eingefügt.
- b) In Absatz 5 Satz 1 wird nach der Angabe „Förderung der allgemeinmedizinischen“ die Angabe „und kinder- und jugendärztlichen“ eingefügt.
- c) In Absatz 6 Satz 2 wird nach der Angabe „für den Bereich der hausärztlichen“ die Angabe „und kinderärztlichen“ eingefügt.

- d) In Absatz 7 Nummer 2 wird nach der Angabe „Allgemeinmedizin“ die Angabe „und Kinder- und Jugendmedizin“ eingefügt.
- e) In Absatz 9 Satz 2 wird die Angabe „davon mindestens 250 Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendmedizin,“ gestrichen.‘

Begründung:

Für die Sicherung der künftigen flächendeckenden Versorgung spielt die ärztliche Weiterbildungsförderung eine wichtige Rolle. Die Zuständigkeit hierfür liegt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen, die die Kosten der Förderung gemeinsam je zur Hälfte tragen und die förderfähigen Arztgruppen festlegen.

Speziell für die Sicherung der kinder- und jugendmedizinischen Versorgung spielt eine ausreichende Anzahl an Weiterbildungsstellen eine wichtige Rolle. Die Reform der Bedarfsplanung als erster Schritt im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin wurde bereits mit GMK-Beschluss vom 30. Januar 2023 gefordert. Um diese auch effektiv umsetzen zu können und bis dahin eine ausreichende Versorgung sicherstellen zu können, ist eine Ausweitung der Fördermöglichkeiten für Kinder- und Jugendärzte erforderlich.

Nach § 73 Absatz 1a Satz 1 Nummer 3 SGB V nehmen die Kinder- und Jugendärzte an der hausärztlichen Versorgung teil. Als „Hausärztinnen und Hausärzte der Kinder“ sind die Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin unabdingbar für die Sicherstellung der Versorgung der Kinder und Jugendlichen. Dies hebt die Kinder- und Jugendmedizin aus den anderen Facharztgruppen heraus, welche bislang nach § 75a Absatz 9 SGB V gefördert werden können. Aufgrund ihrer herausgehobenen Bedeutung gilt es, die Kinder- und Jugendmedizin bei der Förderung der ambulanten Weiterbildungsabschnitte analog zur Allgemeinmedizin nicht mehr zu begrenzen.

Mit Blick auf die Altersstruktur der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, die aktuell an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sind die Nachbesetzungsbedarfe absehbar kurz- wie mittelfristig sehr groß.

Es gilt darauf hinzuwirken, dass sich die bestehenden regionalen Unterschiede in der kinder- und jugendärztlichen Versorgung nicht verstärken. Die ambulante Weiterbildung stellt eine wichtige Perspektive für pädiatrische Praxen im ländlichen Raum und in strukturschwachen Gebieten dar, ihre Nachfolgerinnen und Nachfolger selbst aufbauen zu können. Diejenigen Praxen, welche diese Nachwuchsstrategie verfolgen wollen, benötigen dafür finanzielle Planungssicherheit, um die Voraussetzungen zu schaffen, Weiterbildungsstellen auszu-schreiben und auch besetzen zu können.

Aus diesem Grund sollte die Weiterbildungsförderung der Kinder- und Jugendmedizin gemeinsam mit der Weiterbildungsförderung der Allgemeinmedizin ohne Höchstanzahl an Förderstellen ermöglicht werden.

- G 10. Zu Artikel 1 Nummer 11 Buchstabe b (§ 90 Absatz 4a Satz 7a – neu –, Satz 7b – neu –, Satz 7c – neu – und Satz 7d – neu – SGB V) und Buchstabe c (§ 90 Absatz 6 Satz 1 SGB V) und Nummer 18 (§ 123a Absatz 1 Satz 8 bis 10 und Satz 12 SGB V)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

- a) Nummer 11 ist wie folgt zu ändern:

- aa) In Buchstabe b § 90 Absatz 4a sind nach Satz 7 die folgenden Sätze einzufügen:

„Bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 ist das Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen obersten Landesbehörde herzustellen. Kommt eine Festlegung nach § 123a Absatz 1 oder § 123b Absatz 1 ganz oder teilweise nicht fristgemäß zustande, setzt die für die Krankenhausplanung 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 Krankenhausplanung zuständige oberste Landesbehörde innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der zuletzt genannten nach Satz 9 gesetzten Frist. Der erweiterte Landesausschuss stellt der für die Krankenhausplanung zuständigen obersten Landesbehörde die hierfür erforderlichen Informationen, Unterlagen und Stellungnahmen unverzüglich zur Verfügung.“

- bb) In Buchstabe c § 90 Absatz 6 Satz 1 ist die Angabe „, § 103 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3, § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1“ durch die Angabe „und § 103 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3“ zu ersetzen.

- b) Nummer 18 § 123a Absatz 1 ist wie folgt zu ändern:

- aa) In Satz 7 ist die Angabe „§ 90 Absatz 4a Satz 1“ durch die Angabe „§ 90 Absatz 4a“ zu ersetzen.

- bb) Satz 8 bis Satz 10 ist zu streichen.

- cc) In Satz 12 ist die Angabe „den Sätzen 1 und 9“ durch die Angabe „Satz 1 und § 90 Absatz 4a Satz 10“ zu ersetzen.

Begründung:

Die neuen Sätze 7a bis 7d in § 90 Absatz 4a SGB V berücksichtigen, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde sicherstellen kann, dass die im Rahmen der Krankenhausplanung getroffenen Entscheidungen bezüglich der Notfallversorgung bei der Standortbestimmung von Integrierten Notfallzentren (INZ) und INZ für Kinder und Jugendliche angemessen berücksichtigt werden und eine Zersplitterung der Notfallversorgung vermieden wird. Durch die Einführung von INZ wird eine dritte Ebene der Planung von Notfallstrukturen – neben der Landeskrankenhausplanung und dem G-BA – etabliert. Die INZ haben erheblichen Einfluss auf Patientenströme, da sie Anlaufstelle für den Fall akuter Beschwerden sind und dadurch zu erhöhten Krankenhausaufnahmen führen können.

Die Einrichtung von INZ soll mit Fördermitteln aus der Krankenhausförderung erfolgen. Neben erheblichen Bedenken bezüglich des EU-Beihilferechts bei der Investitionsförderung von ambulanten Leistungen ist zu berücksichtigen, dass die Länder – ohne oben dargestellte Änderung – gezwungen sein könnten, Fördermittel zu vergeben, die nicht der krankenhauplanerischen Entscheidung entsprechen.

Durch das Erfordernis eines „Einvernehmens“ mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde können die Länder eine Standortbestimmung verhindern, die der Krankenhausplanung zuwiderläuft. Gleichzeitig besteht nicht die Notwendigkeit, den Ländern ein allgemeines (Veto-)Stimmrecht im erweiterten Landesausschuss einzurichten.

Entsprechend der bereits im Gesetzentwurf enthaltenen Regelung des § 123a Absatz 1 Satz 8 und Satz 9 SGB V-E erfolgt die Standortbestimmung für INZ durch die Krankenhausplanungsbehörde, wenn eine Einigung im erweiterten Landesausschuss nicht zustande kommt. Dies betrifft auch die Fälle, in denen die Krankenhausplanungsbehörde zuvor das Einvernehmen verweigert hat beziehungsweise eine einvernehmensfähige Einigung nicht zustande kommt. Diese Regelung ist auch auf die Standortbestimmung von INZ für Kinder und Jugendliche auszuweiten. Aus diesem Grund erfolgt die Verschiebung aus § 123a SGB V in § 90 SGB V mit einer Erweiterung der Regelung auf INZ-Standorte für Kinder und Jugendliche.

Die Änderungen des § 90 Absatz 4a SGB V bedingen mit der Ergänzung der Herstellung des Einvernehmens mit der obersten Landesplanungsbehörde eine Streichung der § 123a SGB V und § 123b SGB V aus § 90 Absatz 6 Satz 1 SGB V-E.

G 11. Zu Artikel 1 Nummer 11 Buchstabe b (§ 90 Absatz 4a Satz 9 – neu – und Satz 10 – neu – SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 11 Buchstabe b § 90 Absatz 4a Satz 8 sind die folgenden Sätze einzufügen:

„Bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 wirkt ein Vertreter der zuständigen Landesapothekerkammer beratend mit. Das Mitberatungsrecht umfasst das Recht zur Antragstellung, soweit Belange der Arzneimittelversorgung oder der Versorgung mit apothekenpflichtigen Medizinprodukten betroffen sind.“

Begründung:

Der Gesetzentwurf erweitert den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für die Wahrnehmung der Aufgaben nach §123a Absatz 1 SGB V-E und §123b Absatz 1 SGB V- E ausdrücklich um Vertreter der Krankenhäuser. Damit erkennt der Gesetzgeber an, dass die Planung und Ausgestaltung der Integrierten Notfallzentren (INZ) nur unter Einbeziehung aller relevanten Versorgungsbereiche sachgerecht erfolgen kann. Die Einrichtung und Standortplanung betrifft jedoch nicht allein die ambulante und stationäre medizinische Versorgung, sondern gleichermaßen die flächendeckende und unterbrechungsfreie Arzneimittelversorgung.

Mit der Festlegung von INZ-Standorten werden insbesondere Patientenströme, Notdienstbelastungen, regionale Versorgungsstrukturen sowie die Organisation der Arzneimittelversorgung einschließlich des Apothekennotdienstes maßgeblich beeinflusst. Die öffentlichen Apotheken gewährleisten die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung einschließlich Nacht-, Wochenend- und Feiertagsversorgung. Der von den Landesapothekerkammern organisierte Apothekennotdienst ist damit wesentlicher Bestandteil der Notfallversorgung.

Die Landesapothekerkammern sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und nehmen gesetzlich übertragene Selbstverwaltungsaufgaben wahr, insbesondere im Bereich der Organisation des Apothekennotdienstes sowie der Überwachung der ordnungsgemäßen Berufsausübung. Sie verfügen daher über besondere Sachnähe und Expertise hinsichtlich der regionalen Versorgungsstrukturen sowie der flächendeckenden und sicheren Arzneimittelversorgung. Ihre beratende Beteiligung (ohne Stimmrecht) ist deshalb erforderlich, um die Auswirkungen der INZ-Planung auf die Arzneimittelversorgung frühzeitig und strukturiert berücksichtigen zu können.

G 12. Zu Artikel 1 Nummer 12 (§ 90a Absatz 1 Satz 1 SGB V)

Artikel 1 Nummer 12 ist zu streichen.

Begründung:

Das gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben; hierzu gehören auch Empfehlungen zu einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung. Daher ist die Einbeziehung der medizinischen Notfallrettung sinnvoll.

Einer ausdrücklichen gesetzlichen Klarstellung bedarf es aber nicht, da die Regelung in § 90a Absatz 1 Satz 1 SGB V die Einbeziehung weiterer Mitglieder bereits vorsieht.

Es handelt sich insgesamt um eine „kann“-Bestimmung, so dass den Ländern zudem ein Beurteilungsspielraum eingeräumt ist, ob das Landesgremium gebildet wird oder nicht.

Beispielsweise in Sachsen sind Träger des bodengebundenen Rettungsdienstes die Landkreise, Kreisfreien Städte und Rettungszweckverbände. Diese sind in Sachsen bereits als Gäste (über die Spitzenverbände) im GemLG ständig vertreten; die ärztliche Sicht wird durch die Landesärztekammer, die Sicherheitsaspekte durch die KV Sachsen und die Kranken- und Ersatzkassen vertreten, die im Gesetz bereits aufgenommen sind. Die Vertreter der Krankenseite sind ebenfalls bereits als Mitglieder benannt.

Die Struktur kann in den Ländern durchaus unterschiedlich ausgestaltet sein.

Daher ist es nicht zielführend, allein den Begriff „medizinische Notfallrettung“ – wie es die Novellierung vorsieht – hier einzubeziehen.

G 13. Zu Artikel 1 Nummer 13a – neu – (§ 101 Absatz 4a – neu – SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 13 ist die folgende Nummer 13a einzufügen:

,13a. Nach § 101 Absatz 4 wird der folgende Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten, die jeweils überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, bilden ab dem ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine Arztgruppe im Sinne des Absatzes 2. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 31. Dezember 2026 zu ermitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die neuen Verhältniszahlen erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermo-

nats] zu beschließen. In den Richtlinien nach Absatz 1 kann der Gemeinsame Bundesausschuss einen Mindestversorgungsanteil für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sowie innerhalb dieses Mindestversorgungsanteils weitere nach Fachgebieten differenzierte Mindestversorgungsanteile aus Versorgungsgründen vorsehen. Der Landesausschuss hat die Feststellungen nach § 103 Absatz 1 Satz 1 erstmals zum Stand vom ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des elften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu treffen.“ ‘

Begründung:

Die Länder nehmen einen ständig zunehmenden Bedarf an psychotherapeutischer Betreuung für Kinder- und Jugendliche wahr. Dies resultiert teilweise aus den Nachwirkungen der Corona-Zeit, den verschiedenen Krisen im Weltgeschehen, die gerade Kinder- und Jugendliche stark belasten können, Zukunftsängsten, oder schulisch-familiären Problemen. Oft bestehen lange Wartezeiten, auf einen Therapieplatz. Gerade bei Kindern und Jugendlichen ist ein zeitnaher Therapiebeginn erforderlich, um Entwicklungsstörungen so früh wie möglich entgegensteuern zu können.

Es ist bundesgesetzlich geregelt, dass überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten eine Arztgruppe bilden (§ 101 Absatz 4 SGB V). Aufgrund der Versorgungslage wurde für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, eine Mindestquote von 20 Prozent vorgesehen (§ 101 Absatz 4 Satz 5 SGB V).

Die Versorgungspraxis hat jedoch gezeigt, dass diese Mindestquote zur Gewährleistung eines bedarfsgerechten Zugangs für Kinder und Jugendliche nicht mehr ausreichend ist. Daher sieht der aktuelle Koalitionsvertrag auf Bundesebene vor, die Bedarfsplanung im Bereich der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche „anzupassen“ (Rz. 3557f.). Bereits im Rahmen des Gesetzentwurfs des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes war die separate Beplanung der Leistungserbringer vorgesehen, die jeweils überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen (dort als neuer Absatz 4a in § 101 SGB V, BT-Drucksache 20/11853, S. 21).

Die Thematik wurde auch als eine der Empfehlungen (Nummer 5) des Berichts der Länderarbeitsgruppe der AOLG „Instrumente der ambulanten und sektorenübergreifenden Versorgung“ aufgegriffen.

Daher ist es zeitnah erforderlich, § 101 Absatz 4 SGB V dahingehend zu ändern, dem G-BA den Auftrag zu erteilen, eine eigene Arztgruppe für Behandelnde einzuführen, die ausschließlich Kinder- und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen. Dadurch kann eine höhere Zahl an Ärztinnen und Ärzten, die ausschließlich Kinder- und Jugendliche behandeln, zugelassen werden, was die Versorgungslage deutlich verbessern wird.

G 14. Zu Artikel 1 Nummer 14 Buchstabe a – neu – (§ 105 Absatz 1a Satz 4 Nummer 8 und Nummer 9 – neu – SGB V) und Nummer 14 a – neu – (§ 105a SGB V – neu –)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) Nummer 14 ist durch die folgende Nummer 14 zu ersetzen:

„14. § 105 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1a Satz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 8 wird die Angabe „Leistungserbringer.“ durch die Angabe „Leistungserbringer,“ ersetzt.

bb) Nach Nummer 8 wird die folgende Nummer 9 eingefügt:

„9. Förderung neuer ambulanter Versorgungsformen nach § 105a.“

b) Absatz 1b wird << ... weiter wie Vorlage ... >>.“

b) Nach Nummer 14 ist die folgende Nummer 14a einzufügen:

„14a. Nach § 105 wird der folgende § 105a eingefügt:

„§ 105a

Neue ambulante Versorgungsformen

(1) Die Landesausschüsse nach § 90 können neue ambulante Versorgungsformen auf Vorschlag der Kassenärztlichen Vereinigungen oder der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder beschließen. Dadurch wird es Leistungserbringern, die nach § 95 Absatz 1 oder aufgrund einer Kooperationsvereinbarung nach § 75 Absatz 1b Satz 5 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, ermöglicht, an neuen Versorgungsformen teilzunehmen, wenn die Voraussetzungen des Satzes 3 sowie des Absatzes 2 erfüllt sind. Neue ambulante Versorgungsformen sind Versorgungsformen, die die bisherige Regelversorgung modifizieren und einer Befreiung von Regelungen bedürfen sowie insbesondere zum Ziel haben, die

1. Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz zu verbessern,
2. Versorgungsdefizite, insbesondere im ländlichen Raum, zu beheben,

3. die Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen zu optimieren,
4. interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungselemente zu integrieren oder
5. innovative Digitalisierungselemente einzusetzen.

In den Fällen einer Kooperationsvereinbarung nach § 75 Absatz 1b Satz 5 kann die neue ambulante Versorgungsform auch Teil der Kooperationsvereinbarung sein.

(2) Ein Leistungserbringer kann an neuen ambulanten Versorgungsformen nach Absatz 1 teilnehmen, wenn

1. der Landesausschuss nach § 90 einen Beschluss nach Absatz 4 Satz 3 über das Konzept der Kassenärztlichen Vereinigung gefasst hat und
2. die Kassenärztliche Vereinigung mit dem Leistungserbringer einen Vertrag über die neue ambulante Versorgungsform abgeschlossen hat oder dieser nach Absatz 4 Satz 6 fort gilt.

(3) Neue ambulante Versorgungsformen dienen der Sicherstellung und können daher ausschließlich

1. in Gebieten, in denen nach § 100 Absatz 1 Satz 1 festgestellt ist, dass eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht,
2. in weiteren Gebieten zur Vorbeugung von besonderen Versorgungsdefiziten vom Landesausschuss nach § 90 beschlossen werden.

Über die Kriterien und Einstufung eines Gebietes nach Satz 1 Nummer 2 entscheidet der zuständige Landesausschuss nach § 90. Neue ambulante Versorgungsformen können von den Vorschriften dieses Kapitels, sowie von den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen abweichen, insbesondere von der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte oder den Bundesmantelverträgen einschließlich des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes nach § 87 Absatz 1, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 2 erfüllt sind. Nach § 135 getroffene

Regelungen bleiben unberührt. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nehmen bis spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes in die Verträge nach § 82 Absatz 1 eine Regelung auf, wonach nach Entscheidung durch den Landesausschuss nach § 90 und aufgrund des Vertrages nach Absatz 2 Nummer 2 entsprechend den Regelungen dieser Vorschrift von den Bundesmantelverträgen abgewichen werden kann; Gleiches gilt für die Selbstverwaltungspartner der Gesamtverträge nach § 82 Absatz 2. Regelungen anderer Gesetze und aufgrund von anderen Kapiteln des SGB V oder anderen Gesetzen erlassene oder vereinbarte Regelungen bleiben davon unberührt.

(4) Die Kassenärztliche Vereinigung legt dem Landesausschuss nach § 90 ein konkretes Konzept mit Kriterien vor, die mindestens erfüllt sein müssen, damit gemäß Absatz 3 von Regelungen abgewichen werden darf. Das Konzept legt unter Angabe von Gründen dar,

1. in welchen Gebieten im Sinne des Absatzes 3 Satz 1 und von welchen der in Absatz 3 Satz 3 aufgeführten Regelungen abgewichen werden darf und
2. dass durch die Abweichung von Regelungen der Patientenschutz nicht gefährdet wird.

Der Landesausschuss nach § 90 prüft das Konzept und entscheidet darüber durch Beschluss. Gegenstand des Beschlusses des Landesausschusses nach § 90 können nur Leistungen sein, die gegenüber Versicherten einer Krankenversicherung erbracht werden, deren zuständiger Landesverband Mitglied des beschließenden Landesausschusses ist. Mit Zustimmung eines Landesverbandes, der nicht Mitglied des beschließenden Landesausschusses ist, können Versicherte einer Krankenkasse dieses Landesverbandes Leistungen auch im Rahmen neuer ambulanter Versorgungsformen in Anspruch nehmen. Sofern die Gründe für den Beschluss des Landesausschusses nach § 90 entfallen, kann von den geltenden Vorschriften nach Maßgabe des Beschlusses des Landesausschusses nach § 90 bis zum Ablauf der zwei nachfolgenden Quartale nach Wegfall der Gründe abgewichen werden.

(5) Die Kassenärztliche Vereinigung kann eine Eigeneinrichtung nach § 105 Absatz 1c als neue Versorgungsform betreiben, sofern die Voraussetzung des Absatzes 2 Nummer 1 vorliegt.

(6) § 90 Absatz 6 SGB V gilt für Beschlüsse des Landesausschusses nach § 90 zu neuen ambulanten Versorgungsformen entsprechend.“ ‘

Begründung:

Wesentlicher Baustein zur Entlastung der Notfallversorgung ist eine leistungsfähige und flexible vertragsärztliche Versorgung, deren Sicherstellung den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt (Sicherstellungsauftrag, § 75 Absatz 1 SGB V).

Mit der strukturellen Veränderung der Arbeitswelt und einer zunehmenden Erwerbstätigkeit beider Elternteile im familiären Umfeld steigt auch unter Vertragsärzten das Bedürfnis nach flexibleren Arbeitsmodellen (Anstellung, Teilzeit, etc.). Gleichzeitig ist das Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzte auf mittlerweile ca. 54 Jahre gestiegen, verbunden mit einem hohen Nachbesetzungsbedarf in den kommenden Jahren.

Innovative Konzepte sind ein wichtiger Baustein, um dieser Entwicklung einschließlich dem Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich und der demographischen Entwicklung Einhalt zu gebieten. Ziel ist, eine flächendeckende Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum, auf hohem Niveau aufrechtzuerhalten. Auf Bundes- und Landesebene geförderte innovative Projekte, in deren Rahmen zum Teil von Regelungen abgewichen werden kann, stellen nur temporäre Lösungen dar. Soweit sie in Selektivverträge im Sinne des § 140a SGB V (Besondere Versorgung) münden, profitiert davon nur ein Teil der gesetzlich versicherten Patienten; zudem verschaffen die Verträge den Kassenärztlichen Vereinigungen – anders als den Gesetzlichen Krankenkassen – keine aktive Rolle mit dem Ziel der Abweichung von (sozial)rechtlichen Vorgaben.

Durch die Öffnungsklausel können Kassenärztliche Vereinigungen nunmehr aktiv Leistungserbringern – passgenau für die jeweiligen Regionen – Abweichungen von geltenden Regelungen ermöglichen (z. B. Erhöhung der Obergrenze für angestellte Ärzte, Erhöhung der Obergrenzen für Videosprechstunden oder Flexibilisierung des Arbeitsortes niedergelassener Vertragsärzte).

Zu Buchstabe a (§ 105 Absatz 1a Nummer 9 – neu – SGB V):

Die Ergänzung des § 105 Absatz 1a Nummer 9 SGB V enthält die Klarstellung, dass neue ambulante Versorgungsformen aus Mitteln des Strukturfonds gefördert werden können.

Zu Buchstabe b (§ 105a SGB V):Zu Absatz 1:

§ 105 a Absatz 1 Satz 1 SGB V regelt, dass die Regionalgremien der Landesausschüsse nach § 90 SGB V neue ambulante Versorgungsformen auf Vorschlag der Kassenärztlichen Vereinigungen oder der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder beschließen können. Dadurch soll Leistungserbringern unter bestimmten Voraussetzungen aufgrund eines Vertrages mit der Kassenärztlichen Vereinigung regional ermöglicht werden, von Regelungen abzuweichen.

Von dieser Befreiungsmöglichkeit umfasst sind alle Leistungserbringer, die im Wege einer vertragsarztrechtlichen Zulassung oder Ermächtigung vertragsärztlich tätig sind oder aufgrund einer Kooperationsvereinbarung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten am vertragsärztlichen Notdienst teilnehmen. Ziel ist, dass die Kassenärztliche Vereinigung in Erfüllung ihres Sicherstellungsauftrags unter Beteiligung des Landesausschusses für Ärzte und Krankenkassen in Regionen mit Versorgungsdefiziten flexiblere Leistungserbringung rechtssicher ermöglichen kann.

Absatz 1 enthält in Satz 3 zudem eine Begriffsdefinition von neuen ambulanten Versorgungsformen, die an den Begriff der vom Innovationsfonds geförderten neuen Versorgungsformen im Sinne des § 92a SGB V angelehnt, aber für den Zweck dieser Regelung angepasst ist. Die Definition beinhaltet u. a. auch explizit innovative Digitalisierungselemente, z. B. den Einsatz von Künstlicher Intelligenz.

Die Befreiung von Regelungen kann mit einer Förderung verbunden sein, aber auch unabhängig von einer Förderung erfolgen. Im Sinne der Bürokratiesparbarkeit kann die Befreiung bei am vertragsärztlichen Notdienst teilnehmenden Vertragsärzten nach Absatz 1 Satz 4 auch unmittelbar Gegenstand einer Kooperationsvereinbarung sein und muss nicht gesondert erfolgen.

Zu Absatz 2:

§ 105 Absatz 2 SGB V regelt die formellen Voraussetzungen des Einsatzes von neuen ambulanten Versorgungsformen. Dies ist ein Beschluss des Landesausschusses nach Vorlage und auf Basis eines konkreten Konzepts durch die Kassenärztliche Vereinigung sowie im Nachgang der Abschluss eines Vertrages durch die Kassenärztliche Vereinigung mit dem Leistungserbringer. Der Vertrag muss das vom Landesausschuss durch Beschluss freigegebene Konzept beinhalten oder darauf verweisen.

Zu Absatz 3:

§ 105a Absatz 3 Satz 1 und 2 SGB V regeln, in welchen Gebieten eine Abweichung von Vorschriften möglich ist, zudem in Satz 3 – in Anlehnung an § 140a SGB V – von welchen Regelungen abgewichen werden darf. Intention der Regelung ist, neue ambulante Versorgungsformen zu ermöglichen, deren konkretes Konzept aktuell nicht im Einklang mit den geltenden Regelungen steht. Durch die Öffnungsklausel für die Gemeinsame Selbstverwaltung auf Landesebene wird die Möglichkeit für flexible Abweichungen von bestehenden Vorgaben geschaffen – je nachdem, was die konkrete Versorgungsform im Einzelfall, z. B. aufgrund der regionalen Gegebenheiten – erfordert.

Mit Absatz 3 Satz 4 wird klargestellt, dass von Regelungen, die aufgrund von § 135 SGB V erlassen worden sind, nicht abgewichen werden kann.

Mit Absatz 3 Satz 5 Halbsatz 1 erteilt der Bundesgesetzgeber den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene den Auftrag, klarstellend eine entsprechende Regelung in die Verträge nach § 82 Absatz 1 SGB V aufzunehmen, mit der die Abweichungsmöglichkeit explizit in die Verträge aufgenommen wird. Gleichen Auftrag erteilt der Bundesgesetzgeber mit Absatz 3 Satz 5 Halbsatz 2 den Selbstverwaltungspartnern auf Landesebene. Die vom Bundesgesetzgeber auferlegte Abweichungsmöglichkeit gilt per se und kann von den Selbstverwaltungspartnern nicht auf einzelne Vorschriften beschränkt werden.

Absatz 3 Satz 6 stellt klar, dass sonstige Regelungen, z. B. Berufsrecht, Arbeitsrecht, Steuerrecht, Versicherungsrecht oder Arzthaftungsrecht nicht Gegenstand des Beschlusses des Landesausschusses für Ärzte und Krankenkassen sein können, ebenso wenig Regelungen wie die Europäische Verordnung über künstliche Intelligenz oder die Datenschutzgrundverordnung. Der Leistungserbringer muss eigenverantwortlich separat prüfen bzw. sich rechtlich, z. B. von der örtlich zuständigen Landesärztekammer, beraten lassen, inwieweit er von diesen oder sonstigen Regelungen abweicht und unter welchen Voraussetzungen Ausnahmen möglich und haftungsrechtlich gedeckt sind.

Zu Absatz 4:

§ 105a Absatz 4 Satz 1 SGB V regelt, dass die Kassenärztliche Vereinigung dem Landesausschuss nach § 90 SGB V ein konkretes Konzept mit Mindestkriterien unter Angabe von Gründen vorlegen muss, um von den in Absatz 3 Satz 3 aufgeführten Regelungen in den in Absatz 3 Satz 1 benannten Gebieten abzuweichen. Die Regelungen, von denen abgewichen werden soll, müssen in dem Konzept konkret bezeichnet sein und zudem darlegen, weshalb davon auszugehen ist, dass bei Einhaltung des Konzepts der Patientenschutz nicht gefährdet wird. Daran orientiert sich im Anschluss das materielle Prüfprogramm und der Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach Absatz 4 Satz 3.

Absatz 4 Satz 4 stellt klar, dass aufgrund der regionalen Zuständigkeit des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen die Abweichung grundsätzlich nur für Patientinnen und Patienten gelten kann, die Mitglieder einer Krankenkasse des zugehörigen Landesverbandes sind, der im zuständigen Landesausschuss mitentschieden hat. Vor diesem Hintergrund ist es in Grenzregionen wünschenswert, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen insbesondere für angrenzende Planungsbereiche landesübergreifende Konzepte entwickeln und diese den jeweils zuständigen Landesausschüssen entsprechend vorgelegt werden. Davon macht Absatz 4 Satz 5 eine Ausnahme, wenn der Landesverband der Mitgliedskrankenkasse der Versicherten zustimmt.

Mit Absatz 4 Satz 6 wird zur Rechtssicherheit für die Leistungserbringer im Wege einer Übergangsvorschrift festgelegt, dass auch bei Wegfall der Gründe für den Beschluss des Landesausschusses nach § 90 SGB V bis zum Ablauf der zwei nachfolgenden Quartale nach Wegfall der Gründe abgewichen werden kann.

Zu Absatz 5:

§ 105a Absatz 5 Satz 5 SGB V ermöglicht, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen auch Eigeneinrichtungen als neue Versorgungsform betreiben können.

Zu Absatz 6:

§ 105a Absatz 6 SGB V regelt die entsprechende Anwendung von § 90 Absatz 6 SGB V, wonach die vom Landesausschuss getroffene Entscheidung den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zur etwaigen Beanstandung vorzulegen ist.

G 15. Zu Artikel 1 Nummer 14 (§ 105 Absatz 1b SGB V)

- a) Der Bundesrat begrüßt das vorgesehene, zusätzlich zu bildende Finanzvolumen für den Aufbau und die Finanzierung der Strukturen für den Akut- und Notdienst, welches hälftig durch die gesetzlichen und privaten Krankenkassen einerseits und die Kassenärztlichen Vereinigungen andererseits zu finanzieren ist.
- b) Der Bundesrat sieht angesichts der angespannten Finanzlage der Krankenkassen die vorgesehene Vermeidung von Doppelfinanzierungen als sachgerecht an.
- c) Der Bundesrat stellt gleichwohl fest, dass die in § 105 Absatz 1b Satz 6 SGB V-E vorgesehene Verrechnung mit bereits an die Kassenärztlichen Vereinigungen ausgezahlten Mitteln der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung nicht sachgerecht ist, weil dies zu einer Vermischung von Honorarbestandteilen und Strukturkosten führen würde.
- d) Der Bundesrat fordert stattdessen eine Regelung, welche die tatsächlich anfallenden Strukturkosten anhand folgender Eckpunkte hälftig auf die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen verteilt:
 - aa) Die Kassenärztlichen Vereinigungen erstellen nach Abschluss eines Wirtschaftsjahrs einen Bericht über die Verwendung der gemäß § 105 Absatz 1b Satz 1 SGB V-E bereit gestellten Mittel sowie über etwaige weitere von den Krankenkassen für die Finanzierung von Strukturen des Notfalldienstes zur Verfügung gestellten Mittel.
 - bb) Soweit eine Unterdeckung vorliegt, ist der Fehlbetrag auszugleichen.

- cc) Von den Krankenkassen und den privaten Krankenversicherungsunternehmen zur Verfügung gestellte und nicht verwendete Mittel sind in das nächste Wirtschaftsjahr zu übertragen.

Begründung:

Gemäß der Begründung des Gesetzentwurfs intendiert der Gesetzentwurf die Bildung eines zusätzlichen Finanzvolumens für die Vorhaltung und den Aufbau der Strukturen des Akut- und Notdienstes. Dieses Ansinnen wird allerdings verfehlt, wenn die vorgesehene Verrechnung die den Kassenärztlichen Vereinigungen zufließenden Mittel für die ärztlichen Leistungen umfasst, da hierbei die Gefahr besteht, dass das Finanzvolumen zum Aufbau und zur Vorhaltung der Strukturen im Akut- und Notdienst zu einem mehr als hälftigen Anteil durch Haushaltsmittel der Kassenärztlichen Vereinigungen zu finanzieren wäre.

Der bisherige Gesetzentwurf mit den Bezügen zum Honorarvolumen nach § 87b Absatz 1 SGB V-E, zur Euro-Gebührenordnung und zu sonstigen vereinnahmten Entgelten vermischt in nicht trennscharfer Weise die Ebene der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungserbringung mit der Finanzierung von Strukturen des Notfalldienstes wie z. B. der Bereitstellung von Fahrzeugen für den Fahrdienst, der Anmietung von Räumen für Integrierte Notfallzentren (INZ) oder deren Ausstattung.

Um diesen Effekt auszuschließen und zugleich sicherzustellen, dass keine Doppelfinanzierung der Strukturkosten im Notdienst durch die Krankenkassen erfolgt, ist eine Änderung des Gesetzestextes erforderlich.

Dabei sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden, nach Ablauf eines Wirtschaftsjahres einen Bericht über die konkrete Verwendung der Mittel des Notdienstes im Sinne einer Schlussrechnung gegenüber den Krankenkassen vorzulegen. Darin ist der gemäß § 105 Absatz 1b Satz 1 SGB V-E vereinbarte Betrag entsprechend der vorangegangenen Kalkulation aufzuschlüsseln und Transparenz über die tatsächlich entstandenen Kosten und die konkrete Mittelverwendung herzustellen. Durch die Einbeziehung aller für Strukturzwecke bereit gestellten Mittel der Krankenkassen kann eine Doppelfinanzierung durch die Krankenkassen ausgeschlossen werden.

Sollte sich eine Unterdeckung ergeben, ist diese in Bezug auf das betroffene Wirtschaftsjahr auszugleichen. Etwaige Überzahlungen der Krankenkassen werden in die Vereinbarung auf das darauffolgende Wirtschaftsjahr übertragen.

G 16. Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 123 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 18 § 123 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 ist die Angabe „oder Nervenheilkunde“ durch die Angabe „ , Nervenheilkunde oder von Psychotherapeuten“ zu ersetzen.

Begründung:

Es erschließt sich nicht, warum sich an den INZ nach § 123 Absatz 3 SGB V-E bei Standorten von Krankenhäusern ohne Fachabteilung für Psychiatrie das telemedizinische oder telefonische Konsil allein auf die genannten Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie beschränken sollte.

Beim Verdacht auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung ist es fachlich geboten, für Konsilien auch die Psychotherapeuten im Sinne des § 1 PsyThG einzubeziehen (siehe auch die Stellungnahme des Bundesrates zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung aus dem Jahr 2024 (BR-Drucksache 379/24 (Beschluss), unter Nummer 2 und Nummer 11). Mit einer Erweiterung durch gleichermaßen befähigte Berufsträger könnte die beschränkte Verfügbarkeit von niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie im Sinne von weiterer Kooperation überwunden werden, zumal die telekonsiliarische Beurteilung nach dem EBM (GOP 01671 und 01672) nicht nur für Ärzte, sondern auch für Psychotherapeuten im Sinne des § 1 PsyThG abrechenbar ist.

G 17. Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 123a Absatz 1 Satz 1 und Satz 3 und § 123b Absatz 1 Satz 2 SGB V)

Artikel 1 Nummer 18 ist wie folgt zu ändern:

a) § 123 a Absatz 1 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Satz 1 ist die Angabe „sechsten“ durch die Angabe „zwölften“ zu ersetzen.

bb) Satz 3 ist zu streichen.

b) In § 123b Absatz 1 Satz 2 ist die Angabe „sechsten“ durch die Angabe „zwölften“ zu ersetzen.

Begründung:

Die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ) wird zur besseren Steuerung der Patientinnen und Patienten in Akut- und Notfällen und einer damit einhergehenden Entlastung der Notfallstrukturen begrüßt. Die Bestimmung geeigneter Standorte ist jedoch komplex und sowohl für den erweiterten Landesausschuss als auch für die zuständigen Landesbehörden mit großem planerischem Aufwand verbunden. Dies gilt in besonderem Maße für Länder mit einer Vielzahl an Krankenhausstandorten und einer Vielzahl von Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen an Krankenhausstandorten, da damit ein erhöhter Auswahl- und Abstimmungsbedarf einhergeht. Vor diesem Hintergrund sind die in § 123a SGB V-E und § 123b SGB V-E vorgesehenen Fristen zu kurz bemessen und werden in der Praxis nicht umsetzbar sein. Um fundierte

Entscheidungen über die Standortwahl treffen zu können, sind die Fristen entsprechend zu verlängern.

Darüber hinaus sollte die Vorgabe, dass der erweiterte Landesausschuss zunächst Planungsregionen festlegen muss, gestrichen werden. Dies stellt eine zu detaillierte Vorgabe des Gesetzgebers dar und schafft unnötige Bürokratie. Für die Festlegung der Standorte von INZ ist die vorherige Festlegung von Planungsregionen überdies nicht erforderlich.

G 18. Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 123a Absatz 1 Satz 3a – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 18 § 123a Absatz 1 ist nach Satz 3 der folgende Satz einzufügen:

„Bei der Festlegung der Planungsregionen für die integrierten Notfallzentren muss die krankenhauplanerische Systematik der betroffenen Länder beachtet werden, insbesondere der Einklang mit gegebenenfalls bestehenden Planungsebenen wie Versorgungsregionen.“

Begründung:

In mehreren Ländern wurden Planungsebenen für die Krankenhausplanung festgelegt. Diese werden zur Umsetzung der Krankenhausplanung herangezogen. Es ist anzustreben, dass die Planungsregionen für Integrierte Notfallzentren (INZ) den in der Krankenhausplanung gegebenenfalls bereits festgelegten Planungsebenen entsprechen. Andernfalls sind die Planungsregionen für die INZ nicht mit den bestehenden Planungsebenen kongruent und behindern eine stringente Versorgungsplanung. Werden in einem Land beispielsweise Versorgungsregionen als Planungsebene der Krankenhausplanung genutzt, wäre es nicht sachgerecht, wenn eine hiervon abweichende Planungsregion für INZ lediglich einen Teil einer Versorgungsregion erfassen würde.

G 19. Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 123a Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 SGB V)

Artikel 1 Nummer 18 § 123a Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 ist durch die folgende Nummer 1 zu ersetzen:

1. dieser Krankenhausstandort mindestens in die Notfallstufe Basisnotfallversorgung gemäß den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ vom 19. April 2018 (BANZ AT 18.5.2018 B4), die zuletzt am 18. Juni 2025 (BANZ AT 28.08.2025) geändert worden ist, eingestuft ist und‘

Begründung:

Der Wortlaut des Gesetzentwurfs soll geschärft werden, um Rechtssicherheit und Rechtsklarheit herzustellen. Es erfolgt eine Angleichung an die Begrifflichkeiten der Notfallstufen-Regelungen des G-BA und der Notfallstufenvergütungsvereinbarung. Damit wird klar, dass es auf die Vereinbarung der Notfallstufen im Rahmen der Budgetvereinbarungen und nicht etwa auf eine (positive) Prüfung des Medizinischen Dienstes ankommt. Dass z. B. eine solche Kontrolle des Medizinischen Dienstes noch nicht erfolgt ist, darf dem betreffenden Krankenhaus nicht zum Nachteil gereichen.

G 20. Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 123a Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 18 § 123a Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 ist die Angabe „30 Minuten“ durch die Angabe „nach Möglichkeit 30, maximal aber 40 Minuten“ zu ersetzen.“

Begründung:

Die vorgeschlagene Neufassung des § 123a Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 SGB V dient der realitätsnahen Etablierung der Integrierten Notfallzentren (INZ) an Krankenhausstandorten.

Die Länder tragen die Planungsverantwortung für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Ausgangspunkt sind nicht nur ländliche Strukturen, die keine ausreichende Berücksichtigung bei der Festlegung der INZ-Standorte finden, sondern auch die Berücksichtigung der Krankenhausstrukturreform und deren qualitativer Ausrichtung. Die Notfallreform muss zwingend gemeinsam und in Einklang mit der Krankenhausstrukturreform gedacht und umgesetzt werden. Damit laufen die im aktuellen Entwurf empfohlenen Kriterien konträr zur Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft.

Durch die ländlich geprägten Teile Deutschlands können nicht allorts komplexe Strukturen wie diese eines Krankenhauses vorgehalten werden. Daher soll eine realistische Annäherung durch eine Entschärfung des Erreichbarkeitskriteriums herbeigeführt werden. Mindestens 95 Prozent der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion sollen innerhalb von 40 Minuten einen Krankenhausstandort mit Integriertem Notfallzentrum (INZ) erreichen.

G 21. Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 123a Absatz 1 Satz 6 Nummer 1 SGB V)

Artikel 1 Nummer 18 § 123a Absatz 1 Satz 6 Nummer 1 ist durch die folgende Nummer 1 zu ersetzen:

,1. die in eine höhere Notfallstufe gemäß den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ in der Fassung vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), die zuletzt am 18. Juni 2025 (BAnz AT 28.08.2025) geändert worden ist, eingestuft sind oder eine nach anderen Kriterien, insbesondere Fallzahlen, leistungsfähigere Notaufnahme aufweisen,‘

Begründung:

Der Wortlaut des Gesetzentwurfs soll geschärft werden, um Rechtssicherheit und Rechtsklarheit herzustellen. Es erfolgt eine Angleichung an die Begrifflichkeiten der Notfallstufen-Regelungen des G-BA und der Notfallstufenvergütungsvereinbarung. Damit wird klar, dass es auf die Vereinbarung der Notfallstufen im Rahmen der Budgetvereinbarungen und nicht etwa auf eine (positive) Prüfung des Medizinischen Dienstes ankommt. Dass z. B. eine solche Kontrolle des Medizinischen Dienstes noch nicht erfolgt ist, darf dem betreffenden Krankenhaus nicht zum Nachteil gereichen.

G 22. Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 123a Absatz 1 Satz 6 Nummer 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 18 § 123a Absatz 1 Satz 6 Nummer 2 ist nach der Angabe „relevante Fachabteilungen“ die Angabe „oder Leistungsgruppen“ einzufügen und nach der Angabe „insbesondere die“ die Angabe „Fachabteilung“ zu streichen.

Begründung:

§ 123a Absatz 1 Satz 6 Nummer 2 SGB V-E stellt auf „Fachabteilungen“ ab, obwohl die Krankenhausplanung bundesweit auf Leistungsgruppen umgestellt wird. Diese Inkongruenz muss behoben werden.

G 23. Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 123a Absatz 5 – neu – SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 18 § 123a Absatz 4 ist der folgende Absatz 5 einzufügen:

„(5) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in einer Rahmenvereinbarung Vorgaben zur Abgabe von Arzneimitteln an Patienten der Notdienstpraxis im Sinne des § 123 Absatz 1 Satz 1 für den akuten Bedarf nach § 43 Absatz 4 des Arzneimittelgesetzes insbesondere zu den verordnungsfähigen Arzneimittelgruppen, die im Rahmen der Notdienstversorgung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherungen abgegeben werden dürfen. Kommt eine Rahmenvereinbarung ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet das gemeinsame Schiedsamt nach § 89 Absatz 2. Die jeweiligen Parteien der Kooperationsvereinbarung können in der Kooperationsvereinbarung ergänzende und, sofern dies aufgrund lokaler Besonderheiten notwendig ist, abweichende Regelungen zu den Vorgaben der Rahmenvereinbarung vorsehen.“

Begründung:

Bei der geplanten Neuregelung des § 43 Absatz 4 AMG-E verweist die Begründung des Gesetzentwurfes im Hinblick auf die Erstattung der durch ärztliches Personal in der Notdienstpraxis abgegebenen Arzneimittel auf die Abrechnung über den regulären Apothekenvertriebsweg als Sprechstundenbedarf.

Die aktuellen Landesvereinbarungen zum Sprechstundenbedarf umfassen jedoch nicht die für das in der Notfallreform vorgesehene Dispensierrecht notwendigen weitergehenden Regelungen (z. B. dezidierte Arzneimittelliste für den Notfall, Einschränkung der Abgabe auf Notdienstpraxen). Zudem sind die Regelungen zum Sprechstundenbedarf länderübergreifend nicht einheitlich, was zu unterschiedlichen Ausmaßen der Akutversorgung im Rahmen der Behandlung in einer Notdienstpraxis führen kann. Die Anpassungen der Landesvereinbarungen finden derzeit auch nur einmal jährlich statt. Dadurch kann eine zeitliche Lücke zwischen Inkrafttreten des Gesetzes und der Anpassung der Landesvereinbarungen entstehen.

Es wird daher vorgeschlagen, dass zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine bundesweite Rahmenvereinbarung über die Erstattung derer Arzneimittelgruppen getroffen wird, die im Rahmen des Betriebes einer Notdienstpraxis abgegeben werden dürfen. Der Bezug und die Abrechnung dieser Arzneimittel kann dann analog zur bekannten Sprechstundenbedarfsabrechnung über die Vor-Ort-Apotheken der Regelversorgung erfolgen.

G 24. Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 123b Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 SGB V)

Artikel 1 Nummer 18 § 123b Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 ist durch die folgende Nummer 1 zu ersetzen:

1. dieser Krankenhausstandort in das Modul Notfallversorgung Kinder gemäß § 25 der „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), die zuletzt am 18. Juni 2025 (BAnz AT 28.08.2025) geändert worden sind, eingestuft ist und‘

Begründung:

Der Wortlaut des Gesetzentwurfs soll geschärft werden um Rechtssicherheit und Rechtsklarheit herzustellen. Es erfolgt eine Angleichung an die Begrifflichkeiten der Notfallstufen-Regelungen des G-BA und der Notfallstufenvergütungsvereinbarung. Damit wird klar, dass es auf die Vereinbarung der Notfallstufen im Rahmen der Budgetvereinbarungen und nicht etwa auf eine (positive) Prüfung des Medizinischen Dienstes ankommt. Dass z. B. eine solche Kontrolle des Medizinischen Dienstes noch nicht erfolgt ist, darf dem betreffenden Krankenhaus nicht zum Nachteil gereichen.

G 25. Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 123c Absatz 1 Satz 4a – neu – SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 18 § 123c Absatz 1 Satz 4 ist der folgende Satz einzufügen:

„Landesrechtliche Vorschriften zur Bestimmung eines örtlich zuständigen Krankenhauses sind in der Richtlinie zu berücksichtigen.“

Begründung:

An der Schnittstelle zur Einrichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ) stellt sich die Frage, wie die in § 123a Absatz 1 SGB V-E vorgesehene Festlegung von geeigneten Planungsregionen und von Krankenhausstandorten mit der landesrechtlich in verschiedenen Ländern geregelten Pflichtversorgung der psychiatrischen Krankenhäuser in Übereinstimmung gebracht werden soll. Derzeit ist außerhalb von Rettungsdienstesätzen in verschiedenen Ländern eine gesetzliche Aufnahmeverpflichtung der psychiatrischen Krankenhäuser in Abhängigkeit vom gewöhnlichen Aufenthalt der Patienten bestimmt.

Würden zukünftig vorrangig Krankenhausstandorte mit einer psychiatrischen Abteilung im Sinne des § 123a Absatz 1 SGB V-E als INZ festgelegt, müsste zuvor geklärt werden, ob und welche Patienten mit psychischen Erkrankungen (z. B. psychiatrische Notfälle im engeren Sinne, Notfälle durch körperliche Erkrankungen bei Menschen mit vorbestehender psychischer Erkrankung oder somatische Fälle mit psychischen Begleitsymptomen) den INZ zuzuleiten und welche unmittelbar in psychiatrischen Fachkrankenhäusern der regionalen Pflichtversorgung zur freiwilligen Behandlung aufzunehmen wären. Voraussichtlich wäre auch hier Streit zu erwarten, weil schwierige Patienten mit herausforderndem Verhalten als Akutfälle entweder klar dem INZ-Krankenhaus und/oder dem regionalen Pflichtversorger zugewiesen, ggf. zur Verlegung transportiert und in Abhängigkeit vom weiteren Verlauf der psychischen Erkrankung zwecks Vollzugs der öffentlich-rechtlichen Unterbringung jedenfalls in ein beliehenes Krankenhaus verbracht werden müssten.

Um Friktionen zu vermeiden, sollten die landesrechtlichen Regelungen der psychiatrischen Pflichtversorgung auch in der Richtlinie berücksichtigt werden.

G
In

26. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 Absatz 2 Satz 3 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 19 § 133 Absatz 2 Satz 3 ist die Angabe „dürfen nur Kosten berücksichtigt werden“ durch die Angabe „werden die notwendigen Sach- und Betriebskosten, sowie die notwendigen Vorhalte- und Investitionskosten berücksichtigt“ zu ersetzen.

Begründung:

Die amtliche Begründung zu § 133 Absatz 2 Satz 3 SGB V-E führt aus: „Satz 3 verdeutlicht, dass bei der Bemessung der Entgelte auch solche Kosten einbezogen werden können, die der Gewährleistung des Leistungsanspruchs nach § 30 dienen; hierzu zählen weiterhin auch erforderliche Vorhalte- und Investitionskosten.“ (BR-Drucksache 255/26, Seite 88).

Damit wird ausdrücklich klargestellt, dass sich die Finanzierung nicht auf die unmittelbare Leistungserbringung beschränkt, sondern ebenso Aufwendungen für Vorhaltung und Investitionen umfasst. Diese Aussage ist von besonderer Relevanz, da sie verdeutlicht, dass die gesetzliche Krankenversicherung nicht

nur die operative Durchführung der Leistungen, sondern auch die für die Funktionsfähigkeit der neuen Strukturen notwendigen Vorhalte- und Investitionskosten zu tragen hat. Insbesondere die Investitionskosten haben hierbei erhebliches praktisches und rechtliches Gewicht, da sie über den laufenden Betrieb hinaus die infrastrukturelle Ausstattung der Notfallrettung sowie des Gesundheitssystems betreffen.

Die Klarstellung hinsichtlich der Kostentragung für Vorhalte- und Investitionsaufwendungen ist für die Länder von großer Bedeutung. Sie greift eine zentrale Forderung der Länder auf, wonach eine eindeutige Zuordnung der Kosten mit einer klaren Finanzierungsverantwortung der gesetzlichen Krankenversicherung gesetzlich festgeschrieben werden muss. Vor diesem Hintergrund ist die Aufnahme dieser Aussage in die Begründung ausdrücklich positiv zu bewerten.

Für eine rechtlich verbindliche Absicherung ist es jedoch zwingend erforderlich, diese Klarstellung unmittelbar im Gesetzestext selbst zu verankern. Nur auf diese Weise lässt sich verhindern, dass die Berücksichtigung von Vorhalte- und Investitionskosten später restriktiv ausgelegt wird. Die Problematik ist wesentlich, da eine bloße Aussage in der Begründung des Gesetzentwurfs zwar eine wichtige Auslegungshilfe darstellt, jedoch nicht die gleiche normative Bindungswirkung entfaltet wie der Gesetzeswortlaut.

Soll die Finanzierung von Vorhalte- und insbesondere Investitionskosten dauerhaft und umfassend sichergestellt werden, ist eine ausdrückliche Regelung im Gesetz erforderlich. Andernfalls besteht die Gefahr, dass § 133 SGB V-E enger interpretiert und die Einbeziehung der Investitionskosten im Nachhinein als nicht hinreichend normiert angesehen wird.

Darüber hinaus ist für die zukünftige Anwendung entscheidend, dass die Formulierung „wie bisher“ nicht als Einschränkung verstanden wird. Sie kann lediglich bedeuten, dass die bestehende Kostenlogik fortgeführt wird, nicht jedoch, dass bestimmte Länder oder einzelne Strukturbestandteile ausgenommen werden könnten. Gerade im Hinblick auf Investitionskosten muss eindeutig sein, dass deren Finanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung grundsätzlich vorgesehen ist und nicht auf Einzelfälle oder Sonderkonstellationen beschränkt bleibt. Eine bundesrechtliche Regelung muss daher so ausgestaltet sein, dass sie einheitlich und ohne Vollzugsdefizite Anwendung findet.

Fehlt eine klare Finanzierungsregelung, besteht die Gefahr, dass neue Verpflichtungen eingeführt werden, ohne die dafür erforderlichen finanziellen Mittel verbindlich zu sichern. Dies würde sowohl die Länder als auch die Leistungserbringer vor erhebliche praktische Herausforderungen stellen.

Eine bundesgesetzliche Einordnung des Rettungsdienstes als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ohne korrespondierende bundesrechtliche Finanzierungsregelungen widerspricht dem Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz. In der Folge würden die Länder faktisch dazu verpflichtet, erhebliche finanzielle Lasten zu tragen, ohne dass die Zuständigkeit für die Finanzierung eindeutig geregelt ist. Dies steht im Widerspruch zu den verfassungsrechtlichen Vorgaben der föderalen Finanzverteilung.

Hinsichtlich der Kosten der Leistungserbringung ist grundsätzlich zwischen einsatzabhängigen Kosten und Vorhaltekosten zu differenzieren. Einsatzab-

hängige Kosten entstehen unmittelbar durch die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes und lassen sich einem konkreten Einsatz zuordnen. Demgegenüber fallen Vorhaltekosten unabhängig vom Einsatzgeschehen an, da sie die kontinuierliche Bereitstellung von Personal, Rettungsmitteln und Leitstellen gewährleisten. Ergänzend treten Investitionskosten hinzu, etwa für den Bau von Rettungswachen und Leitstellen oder die Beschaffung technischer Ausstattung.

In den 16 Ländern bestehen hierzu sehr unterschiedliche Finanzierungsmodelle. Teilweise erfolgt eine vollständige Refinanzierung über Gebühren und Entgelte, wobei Investitionskosten über Abschreibungen berücksichtigt werden. In anderen Fällen werden Mischmodelle angewendet, die öffentliche Fördermittel mit Nutzerentgelten kombinieren, oder es erfolgt teilweise sogar eine vollständige Finanzierung aus Steuermitteln. Die jeweilige Förderpraxis der Länder wirkt sich dabei unmittelbar auf die Höhe der erhobenen Gebühren und Entgelte aus.

Vor diesem Hintergrund ist es besonders kritisch, wenn die Herleitung der umlagefähigen Kosten ausschließlich über die Begründung des Gesetzentwurfes erfolgt. Die Finanzierungsstruktur bliebe unvollständig, da wesentliche Kostenbestandteile nicht eindeutig geregelt wären. Es entstünde eine Situation, in der das Gesetz zur Leistungserbringung verpflichtet, ohne gleichzeitig die notwendigen finanziellen Grundlagen verbindlich zu schaffen – ein klassischer Zielkonflikt ohne klare Auflösung.

Dies führt insbesondere zu einem Mangel an Rechtsklarheit, da die offenen Finanzierungsfragen keine bloßen Umsetzungsdetails darstellen, sondern grundlegende verfassungsrechtliche Fragen der Lastenverteilung im föderalen System berühren.

G 27. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 Absatz 2 Satz 3a – neu – und Satz 3b – neu – SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 19 § 133 Absatz 2 Satz 3 sind die folgenden Sätze einzufügen:

„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 auch nach der Komplexität der Hilfeersuchen. Die Vertragsparteien nach Satz 1 können ergänzend zu den Entgelten nach Satz 1 Vereinbarungen über ein gesondertes Budget zur Finanzierung von Investitionskosten der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 treffen.“

Begründung:

Die Begründung des Gesetzentwurfs stellt zu § 133 Absatz 2 Satz 3 SGB V-E ausdrücklich fest, dass zu den ansatzfähigen Kosten „wie bisher auch notwendige Vorhalte- und Investitionskosten“ gehören. Dieser Grundsatz findet im Normtext keinen Niederschlag. Der Wortlaut des § 133 Absatz 2 Satz 3 SGB V-E beschränkt sich auf den Verweis auf § 30 SGB V-E und die negative Abgrenzung gegenüber anderen öffentlichen Aufgaben, ohne die Kalkulierbarkeit von Vorhalte- und Investitionskosten positiv zu sichern. Dies schafft in der Praxis erhebliche Rechtsunsicherheit: Kostenträger können sich in Verhandlungen und insbesondere in Schiedsstellenverfahren auf den restriktiven Normwortlaut berufen und Vorhalte- sowie Investitionskosten als nicht zwingend gesichert bestreiten. Da gerade Vorhaltekosten im Rettungsdienst – anders als in der kurativen Medizin – einen wesentlichen Anteil der Gesamtkosten ausmachen und die Versorgungssicherheit maßgeblich bestimmen, wäre eine solche Auslegung mit dem Sicherstellungsauftrag unvereinbar. Die ausdrückliche Aufnahme dieser Kostenarten in den Normtext sichert den in der Begründung bereits angelegten Bestandsschutz und überführt ihn in eine für Schiedsstellen verbindliche Kalkulationsgrundlage. Gleiches gilt für die ebenfalls nur in der Begründung enthaltene Aufteilungsregel für Mischkosten.

Die bisherige Finanzierungssystematik – Fahrkostenersatz über landesrechtliche Regelungen – hat die Refinanzierung nahezu aller notwendigen Kosten des Rettungsdienstes in den Landesrechtskreis verwiesen. Der Großteil der Refinanzierung erfolgt beispielsweise in Hessen über die Budgetverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern (GKV). Darüber hinaus gibt es für bestimmte Kostenaspekte, z. B. Kosten der Leitstellen, anteilige Refinanzierungen durch Land und Kommunen. Mit der Überführung des Rettungsdienstes in das SGB V werden diese Kosten nun systematisch dem Entgeltvertragsrecht zugeordnet. Das ist grundsätzlich richtig, birgt aber das Risiko, dass Investitionskosten im Rahmen der regulären Entgeltverhandlungen dem Beitragssatzstabilitätsgebot nach § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V unterworfen werden und damit strukturell unterfinanziert bleiben. Investitionskosten haben einen anderen Finanzierungscharakter als laufende Betriebskosten: Sie fallen unregelmäßig, in hohem Volumen und mit langen Abschreibungszeiträumen an. Eine Einbettung in die laufenden Entgeltverhandlungen bildet diesen Charakter nicht angemessen ab. Ein gesondertes, von den laufenden Entgelten entkoppeltes Investitionsbudget ermöglicht eine planungssichere, bedarfsgerechte und von kurzfristigen Verhandlungszyklen unabhängige Investitionsfinanzierung im Rettungsdienst.

G
In 28. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 Absatz 2 Satz 3a – neu – SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 19 § 133 Absatz 2 Satz 3 ist der folgende Satz einzufügen:

„Kosten, die durch Zahlungen des Landes im Rahmen von Förderprogrammen finanziert werden, sind außer Betracht zu lassen.

Begründung:

Die Einfügung des § 133 Absatz 2 Satz 3a SGB V stellt sicher, dass eine finanzielle Beteiligung der Länder im Rahmen von Förderprogrammen weiterhin möglich ist; diese Kosten jedoch dann bei der Kalkulation außer Acht zu lassen sind.

In 29. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 Absatz 2 Satz 6 SGB V)

Artikel 1 Nummer 19 § 133 Absatz 2 Satz 6 ist zu streichen.

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht in § 133 Absatz 2 SGB V-E 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.

Nach § 133 Absatz 2 Satz 6 SGB V-E ist bei der Bemessung der Entgelte der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V zu beachten.

Die systematische Koppelung von Vergütungssteigerungen an die Grundlohnrate wird den besonderen Kostenstrukturen und Vorhalteleistungen im Rettungsdienst nicht gerecht.

Der Rettungsdienst ist durch dynamische Entwicklungen geprägt, die sich unmittelbar am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientieren. Insbesondere die hohen Vorhaltekosten, die unabhängig von der konkreten Einsatzhäufigkeit und bei anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen nicht im gleichen Umfang wie im Rettungsdienst anfallen, stellen eine strukturelle Besonderheit dar, die im vorgesehenen System nicht ausreichend berücksichtigt und von einer starren Budgetlogik nicht hinreichend abgebildet wird. In einem Umfeld steigender Löhne, zunehmender Inflation und wachsender Nachfrage führt eine pauschale Begrenzung der finanziellen Mittel im Rettungsdienst mittel- bis langfristig zu strukturellen Unterdeckungen, erschwert notwendige Investitionen und gefährdet die flächendeckende Versorgung in der Notfallrettung. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der Fall, dass § 71 Absatz 3 Satz 2 SGB V vorsieht, dass in den Jahren 2027 bis 2029 die Grundlohnrate zusätz-

lich jeweils um einen Prozentpunkt gemindert wird.

In 30. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 Absatz 2 Satz 6a – neu – und Satz 6b – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 19 § 133 Absatz 2 sind nach Satz 6 die folgenden Sätze einzufügen:

„Dabei ist die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung zu gewährleisten. Soweit in den Ländern zentrale Abrechnungsstellen für die medizinische Notfallrettung vorgesehen sind, dürfen für mehrere Leistungserbringer im Sinn von § 30 Absatz 2 einheitliche Vergütungen vereinbart werden, die anhand der kumulierten, nach Satz 3 ansatzfähigen Kosten aller dieser Leistungserbringer kalkuliert werden; dies gilt nur dann, wenn der zentralen Abrechnungsstelle die Befugnis eingeräumt ist, die ihr zugeflossenen einheitlichen Vergütungen nach vorgegebenen Maßstäben, die auf die jeweilige individuelle Kostenstruktur abstellen, auf die einzelnen Leistungserbringer aufzuteilen.“

Begründung:

Zu Satz 6a – neu –

Die vorgeschlagene Ergänzung ist zwingend erforderlich, um die Funktionsfähigkeit der medizinischen Notfallrettung unter den Bedingungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes nachhaltig zu sichern. Sie stellt sicher, dass Vergütungsvereinbarungen der medizinischen Notfallrettung nicht durch eine starre Bindung an die Grundlohnrate inklusive zusätzlicher Dämpfungseffekte zu einer dauerhaften Unterdeckung realer Kosten geführt werden.

Die medizinische Notfallrettung muss im weiteren Gesetzgebungsverfahren ausdrücklich von der starren Bindung an die Grundlohnsummenentwicklung ausgenommen werden, da sie anderen Finanzierungslogiken unterliegt als planbare Versorgungsbereiche. Andernfalls würden reale Mehrkosten etwa für Wartung, Infrastruktur und hochqualifiziertes Personal nicht gedeckt, sodass das Prinzip der Kostendeckung bei wirtschaftlicher Betriebsführung faktisch abgeschafft und durch eine rein an der Grundlohnsummenentwicklung orientierte Notfallrettung ersetzt würde. Dies würde die Funktionsfähigkeit der Notfallrettung unmittelbar gefährden.

Die medizinische Notfallrettung weist hohe, strukturell bedingte Vorhalte- und Investitionskosten auf, die durch langfristige Investitionszyklen in Gebäude, Luftfahrzeuge, Fahrzeugflotten, Wartungsinfrastruktur, Vorhalteeinrichtungen und Technik geprägt sind. Ergänzt werden diese durch dynamische und unvermeidbare Kostensteigerungen aus externen Faktoren wie Tarifentwicklungen

gen im hochqualifizierten Personalbereich, steigenden Energie- und Kraftstoffpreisen (insbesondere Kerosin), höheren Ausgaben für Medikamente, Verbrauchsmaterialien und Fahrzeugtechnik. Diese Kostenentwicklungen übersteigen regelmäßig die Grundlohnsummenentwicklung und lassen sich durch die Leistungserbringer nicht durch Einsparungen im operativen Alltag kompensieren, da die medizinische Notfallrettung unabhängig von der tatsächlichen Einsatzhäufigkeit permanent einsatzbereit vorgehalten werden muss.

Eine Orientierung der Vergütungsvereinbarungen an der Grundlohnsummenentwicklung sowie eine etwaige zusätzliche Dämpfung der Steigerungsraten dürfen nicht zu einer systematischen Unterfinanzierung der medizinischen Notfallrettung führen. Eine pauschale Begrenzung der Vergütungsvereinbarungen würde der besonderen Kosten- und Vorhaltstruktur der medizinischen Notfallrettung nicht gerecht und die verlässliche, flächendeckende Versorgung, vor allem in ländlichen und strukturschwachen Regionen, nachhaltig gefährden. Dies gewänne zusätzliche Dringlichkeit vor dem Hintergrund absehbarer Kostenverlagerungen, etwa durch die Krankenhaus- und Notfallreform mit zunehmender Zentralisierung stationärer Strukturen, die längere Transportwege und einen höheren Bedarf an Primär- und Sekundärtransporten erfordert.

Aus diesem Grund kann bei Vergütungsvereinbarungen für die medizinische Notfallrettung die Vorgabe des § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V nicht als zwingende materielle Obergrenze gelten. Eine grundsätzliche Anwendbarkeit darf nicht zu einer starren Begrenzung werden, die eine sachgerechte, kostendeckende Ausgestaltung der Vergütungsvereinbarungen verhindert. Vielmehr muss hier die gebotene Berücksichtigung der flächendeckenden Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung zu einer Anwendungseinschränkung des § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V führen. Wenn der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht als Leitlinie, sondern als verbindliche materielle Grenze dient, gefährdet dies massiv die wirtschaftliche Grundlage einer funktionsfähigen medizinischen Notfallrettung.

Die vorgeschlagene Ergänzung schafft demgegenüber einen eng gefassten, sachgerechten Ausnahmetatbestand, der den Vertragspartnern, Krankenkassen und Leistungserbringern, ermöglicht, bei Vergütungsvereinbarungen für die medizinische Notfallrettung von den Vorgaben des § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V abzuweichen. Dadurch wird keine pauschale Vergütungserhöhung eröffnet, sondern eine flexible, bedarfsgerechte Anpassung im Rahmen vertraglicher Regelungen gestattet, die weiterhin an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten ist. Dies wahrt das übergeordnete Wirtschaftlichkeitsgebot, reflektiert jedoch die besonderen Anforderungen der Notfallversorgung und sichert die flächendeckende medizinische Notfallrettung auch künftig zuverlässig, insbesondere angesichts steigender Anforderungen durch demografische Entwicklungen und strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen.

Zu Satz 6b – neu –

Die Änderung ermöglicht die Fortführung und Etablierung effizienter, landesweiter Abrechnungsstrukturen für die medizinische Notfallrettung (beispielsweise in Bayern die Zentrale Abrechnungsstelle Bayern) im Rahmen der bundesrechtlichen Vergütungsregelungen des § 133 SGB V-E. Er schafft Rechtssi-

cherheit für bestehende und künftige Bündelungsmodelle und verhindert doppelte Verwaltungsaufwände. Die vorgeschlagene Regelung entspricht damit den Zielsetzungen des Gesetzentwurfs zur Reform der Notfallversorgung, wonach bundesweite Vergütungs- und Vertragsstandards ergänzt und digitalisierte, sektorenübergreifende Strukturen aufgebaut werden sollen. Durch dieses wirtschaftlich äußerst effiziente System wird die mehrfache Vorhaltung von Abrechnungsstrukturen bei jedem einzelnen Leistungserbringer vermieden und im Rahmen einer professionellen Bündelung eine Struktur geschaffen, die sowohl die Leistungserbringer von Bürokratie entlastet, als auch die Sozialversicherungsträger, die eigene Strukturen der Leistungserbringer im Rahmen der Entgeltverhandlungen einpreisen müssten, wirtschaftlich entlastet.

In 31. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 Absatz 2 SGB V)

Der Bundesrat bittet, § 133 Absatz 2 dahingehend anzupassen, dass für die Inanspruchnahme von Leistungen nach § 30 SGB V Entgelte auf Grundlage landes- oder kommunalrechtlicher Bestimmungen festgelegt werden können.

Begründung:

Bislang hat die gesetzliche Krankenversicherung die medizinische Notfallrettung indirekt als Fahrkostenersatz finanziert. Da nach dem Gesetzesentwurf die medizinische Notfallrettung, inklusive des Transports des Versicherten in Notfällen, nunmehr über § 30 SGB V ein eigenes Leistungssegment der gesetzlichen Krankenversicherung wird, sieht die neue Regelung des § 133 Absatz 2 SGB V-E vor, dass für Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach dem SGB V (§ 30) zwingend Entgeltverträge mit den Krankenkassen abzuschließen sind. Ohne entsprechende Verträge mit den Krankenkassen kommen Ansprüche gegenüber den Krankenkassen nicht mehr in Betracht.

Derzeit eröffnet § 133 Absatz 1 SGB V die Möglichkeit, dass für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte Entgelte durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt werden können.

Landesrechtliche und kommunalrechtliche Entgeltbestimmungen für Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte sind in der Regel öffentlich-rechtliche Gebührentatbestände mit festgelegten Gebührensätzen.

Bei einem Gebührenmodell, welche die Gesamtkosten des Rettungsdienstes deckt, handelt es sich um ein bewährtes und tragfähiges Finanzierungssystem, welches einen bedarfsgerechten, effizienten und leistungsfähigen öffentlichen Rettungsdienst gewährleistet.

Das Verfahren, dass Gebühren durch Rechtsverordnung/Gebührensatzung festgesetzt werden, stellt einen hoheitlichen Akt dar, welcher die haushalterische Steuerung und Sicherstellung der Finanzierung des Rettungsdienstes ermöglicht und das Kostendeckungsprinzip gewährleistet. Die Umstellung auf ein

vertragliches Vergütungssystem führt zu einem Verlust der alleinigen Steuerungshoheit über die Entgelthöhe und der Bund greift über die sozialgesetzlichen Regelungen des SGB V in die Gebührenhoheit der Länder ein.

Die haushalterische Planbarkeit der Einnahmen wird durch die Regelung des § 133 Absatz 2 SGB V-E erschwert, da die Vergütungsergebnisse von Verhandlungen und Schiedsverfahren abhängen. Dies bringt die Gefahr einer strukturellen Unterfinanzierung im Rettungsdienst mit sich und gefährdet ernsthaft die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung.

In 32. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 Absatz 6 Satz 1 und Satz 2 SGB V)

Bei
Annahme
entfällt
Ziffer 33

In Artikel 1 Nummer 19 § 133 Absatz 6 Satz 1 und Satz 2 ist jeweils die Angabe „zwölften“ durch die Angabe „sechsendreißigsten“ zu ersetzen.

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht in § 133 Absatz 6 Satz 1 SGB V-E eine Übergangsfrist vor, nachdem die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung im ersten Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes ihre Leistungen gegenüber den Krankenkassen noch nach der im Zeitpunkt der Verkündung geltenden Rechtslage abrechnen.

Entsprechend haben die Versicherten gem. § 133 Absatz 6 Satz 2 SGB V-E im ersten Jahr nach Inkrafttreten Anspruch auf Übernahme der Kosten für diese Leistungen in der nach bisheriger Rechtslage vorgesehenen Höhe.

Die Notfallreform, insbesondere die Novellierung des § 133 SGB V, bedingt die Durchführung komplexer landesrechtlicher Gesetzgebungsverfahren zur Anpassung und Harmonisierung der landesgesetzlichen Regelungen an die vom Bundesgesetzgeber vorgesehenen Regelungen.

Dies ist in einer derart kurzen Übergangszeit nicht adäquat abbildbar.

Mithin ist die Übergangsfrist des § 133 Absatz 6 Satz 1 SGB V-E dahingehend anzupassen, dass Leistungen gegenüber den Kostenträgern noch mindestens drei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes nach der jeweils im Zeitpunkt der Verkündung bestehenden landesrechtlichen Rechtslage abgerechnet werden können. Nur wenn den Landesgesetzgebern diese angemessene Frist eingeräumt wird, ist die Finanzierung des Rettungsdienstes für den Zeitraum der Umstellung des Systems auf Entgeltverträge nach dem Sachleistungsprinzip des SGB V gesichert, die Gefährdung der Sicherstellung der medizinischen Notfallrettung ausgeschlossen und die Einhaltung der zentralen Anforderungen an die Gesetzgebung, wie bspw. Vereinbarkeit mit höherrangigem Recht, Verhältnismäßigkeit sowie praktische Umsetzbarkeit, gewährleistet.

Damit die Versicherten keine Gefahr trifft die Kosten teilweise selber tragen zu müssen, ist die Dauer der Kostenübernahme entsprechend anzupassen.

G
In

Entfällt
bei
Annahme
von
Ziffer 32

33. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 Absatz 6 Satz 1 und Satz 2 SGB V)*

In Artikel 1 Nummer 19 § 133 Absatz 6 Satz 1 und Satz 2 ist jeweils die Angabe „zwölften“ durch die Angabe „vierundzwanzigsten“ zu ersetzen.

Begründung:

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wurde die Übergangsfrist im Vergleich zu dem ursprünglichen Referentenentwurf von 24 auf zwölf Monate verkürzt. Diese Verkürzung wird, vor allem bei einem unterjährigen Inkrafttreten des Gesetzes, in der Praxis nicht umsetzbar sein. Hierfür müssen zunächst die Landesrettungsdienstgesetze geändert werden, unter anderem um die Bestimmung der Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1 SGB V-E vorzunehmen. Die Verhandlung der Entgelte erfolgt üblicherweise jährlich. Bei einer erwarteten Verkündung des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung im Sommer 2026 ist mit einer Anpassung der Landesrettungsdienstgesetze allein schon im Hinblick auf gesetzliche Fristen der parlamentarischen Verfahren frühestens zum Jahresende zu rechnen. Die Leistungserbringer müssten aber bereits unterjährig zum Sommer 2027 ihr Abrechnungsverfahren umstellen. Bereits die unterjährige Umstellung würde einen erheblichen Bürokratieaufwand verursachen, der mit den Bemühungen der Bundesregierung zu Entbürokratisierung kaum vereinbar wäre. Sachgerechter wäre eine Umstellung zum neuen Abrechnungsjahr 2028, um den Beteiligten ausreichend Möglichkeiten zur Durchführung der Verhandlungen zu geben.

G 34. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133 SGB V)

Der Bundesrat bittet, im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens und dem Verfahren zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. BR-Drucksache 256/26) die beiden Gesetzentwürfe so aufeinander abzustimmen, dass § 133 SGB V im führenden Gesetzgebungsverfahren zur Reform der Notfallversorgung beschlossen wird und im Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung vollständig entfällt.

Begründung:

§ 133 SGB V regelt derzeit die Versorgung mit Krankentransportleistungen. Artikel 1 Nummer 19 des vorliegenden Gesetzentwurfs sieht im Rahmen der Reformbestrebungen die vollständige Neustrukturierung des § 133 SGB V-E

* Im In als Hilfsempfehlung zu Ziffer 32 beschlossen.

als Folge der Schaffung des neuen Leistungssegments der medizinischen Notfallrettung vor.

§ 133 SGB V ist allerdings zwischenzeitlich auch Gegenstand eines allgemeineren Gesetzentwurfs zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (vgl. BR-Drucksache 256/26) geworden. Jener Gesetzentwurf verstärkt vor allem die Regelung für die Festsetzung von Festbeträgen durch die Krankenkassen, greift jedoch die eigentlich vorgesehene Strukturreform nicht auf und ist mit der Notfallreform insoweit inkompatibel.

Auch aus systematischen Gründen ergibt es keinen Sinn, § 133 SGB V in der Fassung des Entwurfs eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und im Übrigen die Regelungen des Entwurfs eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung zu beschließen.

Die gegenwärtige Verfahrensweise verunsichert nicht nur die Träger des Rettungsdienstes, sondern erschwert auch die Planung der Kostenträger. Eine rechtssichere und rechtskonforme Umsetzung der zwingend gebotenen Notfallreform setzt ein klares und strukturiertes Gesetzgebungsverfahren voraus, weshalb der gegenwärtige Widerspruch einer umgehenden Auflösung bedarf.

G 35. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133a Absatz 1 Satz 1 SGB V)

Artikel 1 Nummer 19 § 133a Absatz 1 Satz 1 ist durch den folgenden Satz zu ersetzen:

„Die örtlich zuständige Kassenärztliche Vereinigung als Träger der Akutleitstelle ist verpflichtet, mit Leistungserbringern des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems zu schließen, sobald der Leistungserbringer über eine softwarebasierte standardisierte Notrufabfrage verfügt; diese ist bis zum 31. Dezember 2029 einzuführen.“

Begründung

Der Gesetzesentwurf sieht die Bildung eines Gesundheitsleitsystems bisher nur auf Antrag des Leistungserbringers des Notfallmanagements vor.

Das Gelingen der Steuerungsfunktion in die passende Versorgungsstruktur und die Reduktion von Fehlbeanspruchungen des Rettungsdienstes lassen jedoch keine bloß optionale Lösung zu.

Die große Anzahl der Rettungsleitstellen erschwert bereits heute eine einheitliche Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität. Im Sinne der Patientinnen und Patienten ist eine gleichwertige Versorgung anzustreben; im Sinne der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist daneben eine gleichwertige Ressourcensteuerung unabdingbar. Die softwarebasierte standardisierte Notrufabfrage ist als fachlicher Standard anzuse-

hen. Der Abschluss der Umsetzung dieses Standards in den noch nicht damit ausgestatteten Leitstellen binnen drei Jahren ist realistisch.

In 36. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Absatz 1 Satz 3 SGB V)

Artikel 1 Nummer 19 § 133b Absatz 1 Satz 3 ist durch den folgenden Satz zu ersetzen:

„Die Rahmenempfehlungen sollen regionale Besonderheiten und bestehende Systeme hinreichend berücksichtigen und dürfen nicht die wesentlichen planerischen und organisatorischen Vorgaben für den Rettungsdienst berühren.“

Begründung:

Der Gesetzentwurf verfolgt das Ziel, die sektorenübergreifende Steuerung von Hilfesuchenden zu verbessern und die Versorgungssicherheit zu erhöhen. Dafür sind bundeseinheitliche fachliche Orientierungshilfen (Rahmenempfehlungen) sinnvoll. Die vorgeschlagene Neufassung des § 133b Absatz 1 Satz 3 SGB V-E dient der klaren Zuordnung von Entscheidungsverantwortung und der Herstellung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen Finanzierungsverantwortung und Planungshoheit im Bereich der medizinischen Notfallrettung.

Ausgangspunkt ist die besondere Struktur der Notfallrettung in Deutschland: Die Länder tragen die Planungs- und Gewährleistungsverantwortung für eine bedarfsgerechte und leistungsfähige Notfallrettung. Sie legen insbesondere die rettungsdienstlichen Strukturen fest und sind für deren Ausgestaltung verantwortlich. Gleichzeitig tragen die Krankenkassen als Kostenträger die finanzielle Hauptlast der medizinischen Notfallrettung im Rahmen der Entgeltvereinbarungen.

Eine ausreichende Berücksichtigung bestehender Systeme ist unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten angezeigt und im Hinblick auf die Akzeptanz der Rahmenempfehlungen von besonderer Bedeutung. Neben den regionalen Besonderheiten sollten daher auch bestehende Systeme in gleicher Weise Berücksichtigung finden. Dadurch wird verhindert, dass bewährte und bereits investitionsintensive Modelle auf Landesebene durch pauschale bundesweit wirkende Vorgaben unterlaufen werden. Dadurch werden unnötige Umstellungs- und Investitionskosten sowie Akzeptanzverluste vor Ort vermieden und dem Reformziel einer auch kosteneffizienten Notfallrettung Rechnung getragen.

Die Verpflichtung die wesentlichen planerischen und organisatorischen Vorgaben für den Rettungsdienst unberührt zu lassen ist im Hinblick auf die Länderkompetenz für die Organisation des Rettungsdienstes und damit die Verfassungsmäßigkeit der Regelungen des § 133b Absatz 1 SGB V-E erforderlich.

G 37. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Absatz 2 Satz 4 und Absatz 3 SGB V)

Bei
Annahme
entfällt
Ziffer 38

Artikel 1 Nummer 19 § 133 b ist wie folgt zu ändern:

- a) Absatz 2 Satz 4 ist zu streichen.
- b) Absatz 3 ist durch den folgenden Absatz 3 zu ersetzen:

„(3) Beschlussempfehlungen erfolgen mit zwei Dritteln der stimmberechtigten Mitglieder nach Absatz 2 Satz 1 und 2. Die Mitglieder nach Absatz 2 Satz 1 und 2 haben jeweils eine Stimme. Die Mitglieder nach Absatz 2 Satz 3 und 4 haben ein Mitberatungsrecht.“

Begründung:

Mit Blick auf die Tragweite von Empfehlungen des Fachgremiums medizinische Notfallrettung für einzelnen Länder in der Umsetzung der Rahmenempfehlungen ist sowohl die Anzahl der stimmberechtigten Mitglieder als auch das Quorum (zwei Dreitmehrheit) adäquat anzupassen.

Bei der Anzahl der stimmberechtigten Mitglieder ist ein angemessener Interessenausgleich zwischen dem Ziel einer bundesweiten Förderung einer leitlinien-gerechten, qualitativ hochwertigen Patientenversorgung und der gleichzeitigen wirtschaftlichen medizinischen Versorgung vor dem Hintergrund der Umsetzbarkeit zu schaffen. Gerade letzteres ist Aufgabe der Länder, weshalb die Stimmrechtsverhältnisse hier nicht zu Lasten der Länder durch Aufnahme weiterer stimmberechtigter Mitglieder verschoben werden dürfen. Verschärfend wirkt zudem das Quorum mit nur einfacher Mehrheit. Jedoch zeigt bereits der Bezug zu § 133 Absatz 2 Satz 4 SGB V-E, dass die Krankenkassen bei dem Abschluss der Entgeltverträge diese Rahmenempfehlungen zu berücksichtigen haben, weshalb eine finanzielle Sanktion zu befürchten ist, soweit die Rahmenempfehlungen (noch) nicht umgesetzt sind. Daher ist es sachgerecht, wenn die weiteren Mitglieder (Spitzenorganisationen von Leistungserbringern sowie Fachgesellschaften und Fachverbände auf Bundesebene) in ihrer Expertise beratend mit eingebunden werden.

Darüber hinaus ist es zwingend erforderlich, dass Rahmenempfehlungen mit zwei Dritteln seiner stimmberechtigten Mitglieder gefasst werden.

In 38. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Absatz 3 Satz 2 und Satz 4 SGB V)

Entfällt
bei
Annahme
von
Ziffer 37

Artikel 1 Nummer 19 § 133b Absatz 3 ist wie folgt zu ändern:

a) Satz 2 ist durch den folgenden Satz zu ersetzen:

„Die Mitglieder nach Absatz 2 Satz 1 und 2 sowie die vier Mitglieder der maßgeblichen Spitzenorganisationen von Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung nach Absatz 2 Satz 3 haben jeweils eine Stimme.“

b) Satz 4 ist durch den folgenden Satz zu ersetzen:

„Das vom Bundesministerium für Gesundheit entsandte Mitglied und die weiteren Mitglieder nach Absatz 2 Satz 3 haben ein Mitberatungsrecht.“

Begründung:

Die vorgeschlagene Neufassung des § 133b Absatz 3 Satz 2 und 4 SGB V-E schafft eine klare und verbindliche Entscheidungsstruktur für das Gremium und dient der Herstellung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen Planung, Finanzierung und Leistungserbringung im Bereich der medizinischen Notfallrettung. Sie trägt damit den Anforderungen der laufenden Reform der Notfallversorgung Rechnung, die auf eine stärkere Verzahnung der beteiligten Akteure und eine höhere Verbindlichkeit gemeinsamer Rahmenvorgaben abzielt.

Die medizinische Notfallrettung ist durch ein arbeitsteiliges System gekennzeichnet, in dem unterschiedliche Akteure jeweils eigenständige, gesetzlich definierte Verantwortungsbereiche wahrnehmen. Die Länder tragen die Planungs- und Gewährleistungsverantwortung für eine bedarfsgerechte und leistungsfähige Notfallrettung. Sie legen die organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen fest und sind für deren Umsetzung verantwortlich. Die Krankenkassen übernehmen als Kostenträger die Finanzierung der Leistungen und tragen damit eine maßgebliche wirtschaftliche Verantwortung, insbesondere im Rahmen der Vereinbarung von Entgelten.

Ergänzend hierzu kommt den Leistungserbringern eine zentrale Rolle bei der operativen Umsetzung der Notfallversorgung zu. Nach § 133 Absatz 1 SGB V-E werden die Leistungen der medizinischen Notfallrettung ausschließlich durch nach Landesrecht vorgesehene Leistungserbringer erbracht. Zudem sind sie gemäß § 133 Absatz 2 SGB V-E unmittelbare Vertragspartner der Krankenkassen bei der Ausgestaltung der Entgelte. Damit sind sie nicht nur für die konkrete Leistungserbringung verantwortlich, sondern auch in die wirtschaftliche und strukturelle Ausgestaltung des Systems eingebunden. Ihre Verantwortung erstreckt sich insbesondere auf die Sicherstellung der Versorgungsqualität, die Organisation der Abläufe sowie den effizienten Einsatz personeller und technischer Ressourcen.

Vor diesem Hintergrund ist es sachgerecht, die Beschlussfassung über Rahmenempfehlungen auf diejenigen Akteure zu konzentrieren, die in ihrer jeweiligen Funktion Verantwortung für die Funktionsfähigkeit und Weiterentwicklung der Notfallrettung tragen. Die Einräumung eines Stimmrechts für die Vertreter der Länder, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer gewährleistet, dass alle wesentlichen Verantwortungsebenen – planerisch, finanziell und operativ – in die Entscheidungsprozesse eingebunden sind.

Die Regelung trägt damit auch dem Umstand Rechnung, dass die zu treffenden Entscheidungen regelmäßig sowohl strukturelle als auch wirtschaftliche und praktische Auswirkungen haben. Rahmenempfehlungen beeinflussen nicht nur die Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen und die Kostenentwicklung, sondern auch die konkrete Umsetzung im Versorgungsalltag. Eine gleichberechtigte Beteiligung der maßgeblichen Akteure erhöht daher die fachliche Qualität, die Realisierbarkeit und die Akzeptanz der getroffenen Entscheidungen.

Zugleich wird durch die klare Begrenzung des Stimmrechts auf die genannten Akteursgruppen eine handlungsfähige und verantwortungsgebundene Entscheidungsstruktur sichergestellt. Weitere beteiligte Akteure, insbesondere Fachgesellschaften, Fachverbände sowie das vom Bundesministerium für Gesundheit entsandte Mitglied, erhalten ein Mitberatungsrecht. Dadurch wird gewährleistet, dass zusätzliche wissenschaftliche und fachliche Expertise umfassend in die Beratungen einfließen kann, ohne die eindeutige Zuordnung von Entscheidungsverantwortung zu beeinträchtigen.

Die Möglichkeit der Stimmrechtsübertragung unterstützt darüber hinaus eine flexible und effiziente Arbeitsweise des Gremiums und trägt dazu bei, die Beschlussfähigkeit auch unter praktischen Bedingungen sicherzustellen.

Insgesamt führt die vorgeschlagene Regelung zu einer kohärenten und sachgerechten Ausgestaltung der Governance-Strukturen in der medizinischen Notfallrettung und damit zu einer sachgerechten Balance zwischen Beteiligung und Verantwortung. Fachliche Expertise wird umfassend eingebunden, während die Entscheidungsbefugnis konsequent bei denjenigen verbleibt, die die planerische und finanzielle Verantwortung tragen. Damit verbessert die vorgeschlagene Regelung die Legitimation der Beschlüsse und schafft die Grundlage für tragfähige, praxisnahe und wirtschaftlich ausgewogene Rahmenempfehlungen im Zuge der Reform der Notfallversorgung und trägt letztlich zu einer qualitativ hochwertigen, wirtschaftlichen und patientensicheren Notfallversorgung bei.

- G 39. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Absatz 2 Satz 6 – neu – und Satz 7 – neu –, Absatz 3 Satz 3a – neu –, Absatz 9 Satz 2 – neu – und Absatz 10 – neu – SGB V)

Bei
Annahme
entfällt
Ziffer 47

Artikel 1 Nummer 19 § 133b ist wie folgt zu ändern:

- a) Nach Absatz 2 Satz 5 sind die folgenden Sätze einzufügen:

„Die von den Ländern benannten Mitglieder wählen aus ihrer Mitte eine Sprecherin oder einen Sprecher, die oder der berechtigt ist, Tagesordnungspunkte für Sitzungen des Fachgremiums einzubringen. Auf Verlangen von mindestens einem Drittel der von den Ländern benannten Mitglieder beruft die Geschäftsstelle innerhalb von vier Wochen eine Sitzung des Fachgremiums ein.“

- b) Nach Absatz 3 Satz 3 ist der folgende Satz einzufügen:

„Rahmenempfehlungen zu den Gegenständen nach Absatz 4 Nummer 1, 2, 3 und 8 bedürfen, soweit sie Mindestanforderungen an die Organisation, die Qualifikation des Personals oder die technische Ausstattung der medizinischen Notfallrettung festlegen, einer Mehrheit von zwei Dritteln der stimmberechtigten Mitglieder.“

- c) Nach Absatz 9 Satz 1 ist der folgende Satz einzufügen:

„Die Geschäftsstelle nimmt ihre Aufgaben im Benehmen mit der Sprecherin oder dem Sprecher der von den Ländern benannten Mitglieder nach Absatz 2 Satz 5 wahr; das Nähere, insbesondere zur Erstellung der Tagesordnung und zur Vorbereitung der Beschlussvorlagen, regelt die Geschäftsordnung nach Absatz 8.“

- d) Nach Absatz 9 ist der folgende Absatz 10 einzufügen:

„(10) Die Rahmenempfehlungen nach Absatz 1 Satz 2 dienen der Festlegung von Mindeststandards für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30. Leistungserbringer und Kostenträger können in Entgeltvereinbarungen nach § 133 Absatz 2 einvernehmlich über die Rahmenempfehlungen hinausgehende Leistungsstandards vereinbaren; die hierfür entstehenden notwendigen Mehrkosten sind bei der Kalkulation der Entgelte nach § 133 Absatz 2 Satz 3 zu berücksichtigen. Landesrechtliche Anforderungen an die Organisation, die Qualität und die Ausstattung der medizinischen Notfallrettung, die über die Rahmenempfehlungen hinausgehen, bleiben unberührt; die zur Erfüllung dieser Anforderungen notwendigen Kosten

sind ansatzfähig. Die Rahmenempfehlungen entfalten keine Deckelungswirkung für die Entgelte nach § 133 Absatz 2.“

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Das Fachgremium wird vom GKV-Spitzenverband gebildet und dessen Geschäftsstelle koordiniert die Tätigkeit des Gremiums. Damit liegt die Kontrolle über Tagesordnung, Sitzungsladungen und Beschlussvorlagen strukturell beim GKV-Spitzenverband. Die Länder – als Träger der Planungsverantwortung für den Rettungsdienst – haben demgegenüber keine verfahrensrechtlich gesicherte Einflussmöglichkeit auf die Agenda des Gremiums.

Die Einführung eines Länder-Sprechers mit Tagesordnungsrecht sowie eines Minderheitseinberufungsrechts für ein Drittel der Ländermitglieder stellt sicher, dass Themen von Länderinteresse nicht durch Nichtaufnahme in die Tagesordnung de facto blockiert werden können. Dies entspricht dem in der Begründung des Gesetzentwurfs formulierten Anspruch, dass regionale Besonderheiten „hinreichend berücksichtigt“ werden sollen.

Zu Buchstabe b:

Die Rahmenempfehlungen des Fachgremiums zu Notrufabfragesystemen (§ 133b Absatz 4 Nummer 1 SGB V-E), vernetzten Einsatzleitsystemen (Nummer 2), Telemedizin (Nummer 3) und heilkundlichen Maßnahmen durch Notfallsanitäter (Nummer 8) greifen unmittelbar in Kernbereiche ein, die durch Landesrettungsdienstgesetze geregelt sind. Werden diese Empfehlungen mit einfacher Mehrheit – bei 16 GKV-Stimmen von 41 – beschlossen, können sie faktisch landesrechtliche Standards präjudizieren, ohne dass die betroffenen Länder dies verhindern könnten.

Eine Zwei-Drittel-Mehrheit für Empfehlungen mit Mindeststandard-Charakter in diesen Kernbereichen schafft eine strukturelle Sperrminorität: 14 Länder könnten gemeinsam eine Empfehlung blockieren, die ihren Landesstandards widerspricht. Dieses Modell ist dem Abstimmungsprinzip des Bundesrates nachgebildet und entspricht dem Grundsatz, dass grundlegende Veränderungen der Landesorganisation des Rettungsdienstes nicht gegen den erklärten Willen einer qualifizierten Ländermehrheit durch ein GKV-dominiertes Gremium festgelegt werden dürfen.

Zu Buchstabe c:

Die Geschäftsstelle des GKV-Spitzenverbands hat als faktischer Verfahrensherr erheblichen Einfluss auf die inhaltliche Vorbereitung von Beschlüssen, die Auswahl von Sachverständigen und die Dokumentation der Gremiumstätigkeit. Die Ergänzung, dass die Geschäftsstelle im Benehmen mit der Ländersprecherin oder dem Ländersprecher handelt und das Nähere in der Geschäftsordnung zu regeln ist, sichert eine strukturelle Mitsprache der Länder auf Verfahrensebene, ohne die organisatorische Zuordnung der Geschäftsstelle zum GKV-SV zu ändern.

Zu Buchstabe d:

Zu Satz 1:

Der Gesetzentwurf bezeichnet die Beschlüsse des Fachgremiums als „Rahmenempfehlungen“ und führt in der allgemeinen Begründung aus, sie dienten als „Orientierungsrahmen“. Dieser Charakter als Mindestrahmen findet im Normtext keinen Ausdruck. Die vorgeschlagene Klarstellung überführt den Begründungsgedanken in eine für Entgeltverhandlungen und Schiedsstellen verbindliche Aussage und verhindert, dass die in der Begründung zu § 133b Absatz 2 Satz 4 SGB V-E angelegte Indizwirkung zu einer de-facto-Kostendeckelung führt.

Zu Satz 2:

Der Gesetzentwurf regelt nicht, ob Leistungserbringer und Kostenträger einvernehmlich höhere Standards als die Rahmenempfehlungen vereinbaren können. Ohne ausdrückliche Regelung besteht das Risiko, dass Schiedsstellen die Rahmenempfehlungen als abschließenden Wirtschaftlichkeitsmaßstab heranziehen. Die Regelung stellt klar, dass bei einvernehmlicher Vereinbarung höherer Standards die damit verbundenen notwendigen Mehrkosten ansatzfähig sind.

Zu Satz 3:

Der Rettungsdienst ist originäre Landesaufgabe. Die Länder haben kraft ihrer Gesetzgebungskompetenz das Recht, höhere Qualitäts-, Ausstattungs- und Organisationsstandards zu setzen als ein bundesrechtlich eingesetztes Gremium empfiehlt. Ohne ausdrücklichen Landesrechtsvorbehalt entstände das Risiko, dass Kostenträger in Entgeltverhandlungen die Rahmenempfehlungen als abschließenden Bundesmaßstab setzen und Mehrkosten aus Landesrecht nicht anerkennen. Die Klarstellung sichert die Finanzierbarkeit landesrechtlich gebotener Mehrstandards.

Zu Satz 4:

Dieser Satz adressiert ausdrücklich die in der Begründung zu § 133 Absatz 2 Satz 4 SGB V-E angelegte Indizwirkung. Um zu verhindern, dass diese Begründungspassage in Schiedsstellenverfahren als implizite Kostendeckelung genutzt wird, bedarf es einer ausdrücklichen Gegennorm im Normtext.

In 40. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Absatz 4 einleitender Satzteil SGB V)

In Artikel 1 Nummer 19 § 133b Absatz 4 einleitender Satzteil ist die Angabe „insbesondere“ zu streichen.

Begründung:

Der Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung verfolgt das Ziel, die sektorenübergreifende Steuerung von Hilfesuchenden zu verbessern und die Versorgungssicherheit zu erhöhen. Dafür sind bundeseinheitliche fachliche

Orientierungshilfen (Rahmenempfehlungen) sinnvoll. Die vorgeschlagene Neufassung des § 133b SGB V-E dient der klaren Zuordnung von Entscheidungsverantwortung und der Herstellung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen Finanzierungsverantwortung und Planungshoheit im Bereich der medizinischen Notfallrettung.

Ausgangspunkt ist die besondere Struktur der Notfallrettung in Deutschland: Die Länder tragen die Planungs- und Gewährleistungsverantwortung für eine bedarfsgerechte und leistungsfähige Notfallrettung. Sie legen insbesondere die rettungsdienstlichen Strukturen fest und sind für deren Ausgestaltung verantwortlich. Gleichzeitig tragen die Krankenkassen als Kostenträger die finanzielle Hauptlast der medizinischen Notfallrettung im Rahmen der Entgeltvereinbarungen.

Bei der Festlegung von Rahmenempfehlungen gemäß § 133b SGB V-E und der sich aus § 133 Absatz 2 Satz 4 SGB V-E ergebenden Berücksichtigungspflicht im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen verbleibt in den durch Rahmenempfehlungen geregelten Bereichen für die Länderkompetenz im Rettungsdienst faktisch kein eigener Gestaltungsspielraum mehr. Der Katalog der Rahmenempfehlungen ist daher zunächst abschließend zu gestalten. Anderenfalls könnte durch die Möglichkeit des Gremiums nach § 133b Absatz 5 Satz 1 weitere Themen zu benennen und damit eigenständig zum Gegenstand von Rahmenempfehlungen zu machen, sämtliche Bereiche des Rettungsdienstes abschließend geregelt werden. Im Hinblick auf die Länderkompetenz der Länderregelungen zur Organisation des Rettungsdienstes zu treffen sind daher die Regelungen anzupassen und die Kompetenzen des Gremiums auf die ihm durch den Gesetzgeber verliehenen Kompetenzen zu beschränken.

G
In 41. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Absatz 4 Nummer 4 SGB V)

Artikel 1 Nummer 19 § 133b Absatz 4 Nummer 4 ist zu streichen.

Begründung:

Das Fachgremium medizinische Notfallrettung sollte nicht die Befugnis haben, Rahmenempfehlungen nach § 133b Absatz 4 Nummer 4 SGB V zur Einbeziehung von besonderen Einsatzmitteln, die primär auf eine Versorgung vor Ort ausgerichtet sind, in die medizinische Notfallrettung nach § 30 SGB V-E zu erlassen.

Die Länder sind für die Organisation und Durchführung des Rettungsdienstes bzw. der medizinischen Notfallrettung zuständig. Die Prüfung der Notwendigkeit der Einbeziehung von zusätzlichen Rettungsmitteln, die primär auf eine Versorgung vor Ort ausgerichtet sind, in die medizinische Notfallrettung, obliegt daher den Ländern.

Hier muss zudem bei der Ausgestaltung eine Harmonisierung mit und klare Abgrenzung sowohl zu den aufsuchenden Diensten anderer Versorgungssektoren als auch zu anderen Rettungsmitteln mit ähnlicher oder vergleichbarer Ziel-

setzung erfolgen. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf den aufsuchenden Dienst der kassenärztlichen Vereinigung nach § 75 Absatz 1b SGB V-E oder den in der Einzelbegründung zu § 30 SGB V-E erwähnten Notfallkrankentransportwagen.

Besonders bedeutsam ist dies für den in der Begründung des Gesetzentwurfs zu § 133b Absatz 4 Nummer 4 SGB V-E erwähnten Gemeindefallsanitäter (siehe BR-Drucksache 255/26, Seite 95). Dieser ist als aufsuchender Dienst auf die Kompensation von Engpässen in der ambulanten Versorgung ausgerichtet und gehört nicht zu den Aufgaben des Rettungsdienstes bzw. der medizinischen Notfallrettung. Er sollte daher auch nicht mittelbar als solche definiert werden.

In 42. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Absatz 4 Nummer 8 SGB V)

Bei
Annahme
entfällt
Ziffer 43

Artikel 1 Nummer 19 § 133b Absatz 4 Nummer 8 ist durch die folgende Nummer 8 zu ersetzen:

“8. die Entwicklung standardmäßiger Verfahrensweisen für die eigenständige Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter bei notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen gemäß § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c des Notfallsanitätergesetzes sowie die Entwicklung einheitlicher Ausbildungsalgorithmen für die eigenverantwortliche Durchführung medizinischer Maßnahmen der Erstversorgung bei Patientinnen und Patienten im Notfalleinsatz, um einer Verschlechterung der Situation der Patientinnen und Patienten bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder dem Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung vorzubeugen, wenn ein lebensgefährlicher Zustand vorliegt oder wesentliche Folgeschäden zu erwarten sind im Sinne des § 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c in Verbindung mit § 2a des Notfallsanitätergesetzes und”

Begründung:

Die vorgeschlagene Neufassung dient der systematischen Präzisierung sowie der fachlich gebotenen Erweiterung der Aufgaben des Ausschusses zur Qualitätssicherung gemäß § 133b SGB V.

Die bisherige Fassung des § 133b Absatz 4 Nummer 8 SGB V-E bleibt in ihrer rechtlichen Einordnung unklar, da sie unterschiedliche Handlungsregime – insbesondere die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen und die auf Delegation beruhende Leistungserbringung – nicht hinreichend differenziert. Dies widerspricht der Systematik des NotSanG. Die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen gemäß § 2a NotSanG ist

an das Vorliegen einer akuten Lebensgefahr oder die konkrete Gefahr wesentlicher Folgeschäden gebunden und stellt eine originäre Handlungskompetenz dar. Demgegenüber beruhen delegierte Maßnahmen gemäß § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c NotSanG auf einer ärztlichen Anordnung für definierte notfallmedizinische Zustandsbilder und folgen damit einem anderen rechtlichen und organisatorischen Steuerungsmodell.

Die Neufassung trägt dieser Zweiteilung Rechnung, indem sie beide Bereiche ausdrücklich benennt und jeweils eigenständig zum Gegenstand der Erstellung von Rahmenempfehlungen macht.

Die Änderung stellt sicher, dass die in der Ausbildung vermittelten Inhalte und die im Einsatz anzuwendenden Maßnahmen in einem klaren sachlichen Zusammenhang stehen. § 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c NotSanG erfasst die Ausbildungsinhalte, nach denen bestimmte Maßnahmen, insbesondere in Form standardisierter Ausbildungsalgorithmen, erlernt werden. Diese Ausbildungsalgorithmen müssen so ausgestaltet sein, dass sie von den Auszubildenden verstanden, eingeübt, sicher beherrscht und in der staatlichen Prüfung überprüft werden können. Damit wird gewährleistet, dass die für den Beruf erforderlichen Handlungsmuster nicht nur theoretisch vermittelt, sondern auch praktisch beherrscht werden.

Die im Rahmen des § 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c NotSanG vermittelten Maßnahmen bilden zugleich die Grundlage für die Anwendung der Kompetenzen nach § 2a NotSanG. Die dort geregelte eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen knüpft an genau diese in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten an. Was in der Ausbildung gelernt und geprüft wird, soll im Einsatz in den nach § 2a NotSanG erfassten Fällen sicher angewandt werden können.

Diese gesetzgeberische Klarstellung ist zudem eine zwingende Konsequenz aus der grundlegenden Reform der Notfallversorgung und der Einführung der Notfallrettung als eigenständiges Leistungssegment. Mit der gesetzlichen Etablierung eines spezifischen Anspruchs der Versicherten auf Leistungen der Notfallrettung wandelt sich das Anforderungsprofil. Die Notfallrettung tritt als strukturierter Leistungsbereich auf, dessen Qualität nicht mehr allein von regionalen Strukturen, sondern von einem bundesweit einheitlichen fachlichen Standard abhängt. Ein solches einheitliches Ausbildungs- und Kompetenzniveau der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter ist daher die fundamentale Voraussetzung für die Einlösung des Leistungsversprechens gegenüber den Versicherten.

Nur durch bundesweit harmonisierte Ausbildungsalgorithmen kann gewährleistet werden, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter ihre Kompetenzen unabhängig vom Einsatzort in fachlich gleichwertiger Qualität entfalten können.

Die Etablierung bundesweiter Rahmenempfehlungen ist zudem von zentraler Bedeutung für die Flexibilität und Mobilität des rettungsdienstlichen Personals.

Eine einheitliche, evidenzbasierte Ausbildung, die den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik widerspiegelt, stellt sicher, dass das Personal bei überregionalen Einsätzen unmittelbar und sicher nach einem gemeinsamen

Standard agieren kann. Dies erhöht die Einsatzflexibilität der Rettungsdienstmittel signifikant. Gleichzeitig minimiert die bundesweite Standardisierung regionale Diskrepanzen in der Ausbildung und Einsatzpraxis, was die Rechtssicherheit für das rettungsdienstliche Personal und die Ärztlichen Leitungen nachhaltig stärkt. Die Regelung trägt dazu bei eine effiziente, qualitativ hochwertige und versichertenorientierte Notfallrettung im gesamten Bundesgebiet sicherzustellen.

Zugleich trägt die Regelung dazu bei, Unterschiede in Ausbildung und Praxis zwischen den Regionen zu verringern. Dies stärkt die Rechtssicherheit für das rettungsdienstliche Personal ebenso wie für die Ärztlichen Leitungen und schafft eine verlässliche Grundlage für die Zusammenarbeit aller Beteiligten.

Insgesamt dient die Neufassung dazu, klare Zuständigkeiten zu schaffen, die Qualität der Ausbildung und der Leistungserbringung zu sichern und eine bundesweit gleichwertige, verlässliche Notfallrettung zu gewährleisten.

G 43. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Absatz 4 Nummer 8 SGB V)

Entfällt
bei
Annahme
von
Ziffer 42

Artikel 1 Nummer 19 § 133b Absatz 4 Nummer 8 ist durch die folgende Nummer 8 zu ersetzen:

„8. Vorgaben für die eigenständige Durchführung heilkundlicher Maßnahmen nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c des Notfallsanitätärgesetzes und die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen nach § 2a des Notfallsanitätärgesetzes und“

Begründung:

§ 133b Absatz 4 Nummer 8 SGB V-E sieht vor, dass das Fachgremium medizinische Notfallrettung „Rahmenempfehlungen für standardmäßige Verfahrensweisen für die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen bei Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern bei notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen“ abgibt. Die Norm zitiert damit größtenteils Formulierungen aus § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c NotSanG, ergänzt dies aber durch den Begriff „eigenverantwortlich“ aus § 2a bzw. § 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c NotSanG.

Vereinheitlichungsbemühungen im Bereich der Ausführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter werden grundsätzlich begrüßt. Sie haben das Potential, zu einer gleichmäßigen Handhabung innerhalb des gesamten Bundesgebietes führen. Dies liegt sowohl im Interesse der Patientinnen und Patienten als auch der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter.

Auch mehrere Länder haben bereits Bemühungen in diese Richtung unternommen. So erarbeitet die sog. 6-Länder-Arbeitsgruppe SAA BRP der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst „Standard-Arbeitsanweisungen und Behand-

lungspfade für den Rettungsdienst“ (SAA und BPR), die alle zwei Jahre aktualisiert werden. Diese Arbeitsgruppe wird durch Ärztliche Leitungen Rettungsdienst aus Baden-Württemberg, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt gebildet. Durch die große Kompetenz der Teilnehmenden und ihre Erfahrungen im Bereich der Notfallrettung wird eine hohe Fachlichkeit des Ergebnisses sichergestellt. Dadurch wird bereits in sechs Ländern nach ganz ähnlichen Standards gearbeitet – dies betrifft mehr als die Hälfte der Bevölkerung. Darauf kann für die bundesweiten Rahmenvorgaben aufgesetzt werden.

Die durch die 6-Länder-Arbeitsgruppe erarbeiteten SAA und BPR enthalten sowohl Richtlinien für die sogenannte Vorabdelegation (eigenständige Ausübung heilkundlicher Maßnahmen nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c NotSanG) als auch für die eigenverantwortliche Ausübung heilkundlicher Maßnahmen (§ 2a bzw. § 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c NotSanG). Aus dem Wortlaut der Vorschrift ist nicht klar erkennbar, worauf sich die avisierten Rahmenvorgaben beziehen sollen: Während der Wortlaut die Ausübung als eigenverantwortlich bezeichnet, verwendet er zugleich Begrifflichkeiten, die dem Rahmen der eigenständigen Ausübung zuzuordnen sind („standardmäßig“, „notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen“). Auch die Begründung ist diesbezüglich nicht eindeutig.

Das Fachgremium medizinische Notfallversorgung sollte seine fachlichen Vorgaben aber nicht davon abhängig machen, nach welcher Norm aktuell gehandelt wird, zumal dies vor Ort fließend ineinander übergehen kann. Die Ausübung heilkundlicher Maßnahmen sollte vielmehr ganzheitlich in den Blick genommen werden. Dies trägt zu einem besseren Zusammenspiel und einheitlichen Verständnis der Wechselwirkung der Regelungen bei. Es wäre folgerichtig, wenn sich die Rahmenempfehlungen sowohl auf die eigenständige als auch auf die eigenverantwortliche Ausführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter beziehen würden. Um hier Klarheit zu schaffen, wird daher beantragt, ohne zusätzliche (teilweise) Wiedergabe des Inhalts auf die jeweiligen Normen im Notfallsanitätergesetz zu verweisen.

In 44. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Absatz 5 Satz 1, Satz 1a – neu – und Satz 1b – neu – SGB V)

Artikel 1 Nummer 19 § 133 Absatz 5 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 1 ist die Angabe „und Entscheidung“ zu streichen.
- b) Nach Satz 1 sind die folgenden Sätze einzufügen:

„Die Mitglieder des Fachgremiums können mit Beschlussfassung nach Absatz 3 das Bundesministerium für Gesundheit auffordern, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die weiteren benannten Themen als Gegenstand einer Rahmenempfehlung zu benennen. Das Bundesminis-

terium für Gesundheit wird hierzu ermächtigt, in einer Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates weitere Themen als Gegenstand einer Rahmenempfehlung zu benennen.“

Begründung:

Der Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung verfolgt das Ziel, die sektorenübergreifende Steuerung von Hilfesuchenden zu verbessern und die Versorgungssicherheit zu erhöhen. Dafür sind bundeseinheitliche fachliche Orientierungshilfen (Rahmenempfehlungen) sinnvoll. Die vorgeschlagene Neufassung des § 133b Absatz 5 SGB V-E dient der klaren Zuordnung von Entscheidungsverantwortung und der Herstellung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen Finanzierungsverantwortung und Planungshoheit im Bereich der medizinischen Notfallrettung.

Ausgangspunkt ist die besondere Struktur der Notfallrettung in Deutschland: Die Länder tragen die Planungs- und Gewährleistungsverantwortung für eine bedarfsgerechte und leistungsfähige Notfallrettung. Sie legen insbesondere die rettungsdienstlichen Strukturen fest und sind für deren Ausgestaltung verantwortlich. Gleichzeitig tragen die Krankenkassen als Kostenträger die finanzielle Hauptlast der medizinischen Notfallrettung im Rahmen der Entgeltvereinbarungen.

Um dem BMG eine angemessene Möglichkeit zur Erweiterung des Katalogs möglicher Rahmenempfehlungen zu geben, sollte dieser durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erweitert werden können. Damit sind auf der einen Seite die Länderkompetenzen im Rettungsdienst durch das Bundesratsverfahren gewahrt, auf der anderen Seite kann das Bundesministerium für Gesundheit, dem selbst kein Stimmrecht in dem Gremium zusteht, als „neutrale“ Instanz eine Selbstermächtigung des Gremiums zur Übernahme immer weiterer Regelungsinhalte ausschließen. Die Ergänzung, den Themenkatalog nur per Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erweitern zu können, stärkt die demokratische Legitimation und die Beteiligung der Länder an Entscheidungen mit strukturpolitischer Wirkung. Sie ist ein geeignetes Verfahren, um Weiterentwicklungen zu ermöglichen, ohne die Länderkompetenz zu schwächen.

Die Änderungen schränken die fachliche Arbeit des Gremiums nicht inhaltlich ein, sondern ordnen sie verfahrens- und kompetenzgerecht ein. Dies erhöht die Umsetzbarkeit und Akzeptanz der Empfehlungen und beugt Kosten durch konfliktträchtige Doppelregelungen oder einer zwangsweisen Umstellung bewährter Systeme vor. Die Maßnahmen wirken kostendämpfend, weil sie unnötige Umstrukturierungen und daraus resultierende Investitionen vermeiden helfen. Sie erhalten die fachliche Steuerung durch das Fachgremium, schaffen jedoch in umsetzungsrelevanten Punkten Klarheit für die Praxisrealität vor Ort. Dadurch wird die Implementierung der Reform in den Ländern erleichtert und Beschluss- sowie Umsetzungsprozesse werden beschleunigt.

G
In 45. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Absatz 6 SGB V)

Artikel 1 Nummer 19 § 133b Absatz 6 ist zu streichen.

Begründung:

Nach § 133b Absatz 6 SGB V-E kann das BMG Fristen für die Erstellung der Rahmenempfehlungen festlegen. Wenn diese Fristen nicht eingehalten werden, kann das BMG entsprechende Empfehlungen im Benehmen mit den Mitgliedern des Fachgremiums medizinische Notfallrettung erlassen.

Für die Festlegung der Fristen sind keinerlei weitere Vorgaben oder Konkretisierungen und auch keinerlei Beteiligung der betroffenen Akteure, insbesondere der Länder und Leistungserbringer vorgesehen, so dass das BMG diese Fristen selbst völlig frei, ggf. auch sehr knapp festlegen könnte.

Bei Nichteinhaltung der Fristen kann das BMG entsprechende Empfehlungen ohne Zustimmung der Mitglieder des Fachgremiums erlassen. § 133 b Absatz 6 SGB V-E ist ersatzlos zu streichen. Der vorgesehene Erlass der Fristen und entsprechender Rahmenempfehlungen durch das BMG ist nicht sach- und fachgerecht.

Denn die Organisation und Verantwortung für den Rettungsdienst und damit für die medizinische Notfallrettung nach § 30 SGB V-E liegt bei den Ländern. Das BMG hat keine fachliche Expertise und Erfahrung hinsichtlich der Ausgestaltung und Durchführung des Rettungsdienstes und der medizinischen Notfallrettung nach § 30 SGB V-E. Das BMG kann angemessene Zeiträume aufgrund fehlender fachlicher Expertise und Erfahrung nicht einschätzen. Insbesondere auch für den Erlass der Rahmenempfehlungen verfügt das BMG über keine fachliche Expertise.

Zur Versorgungssicherung in den Ländern bedarf es keiner Lösung durch das BMG, da die Länder bereits Lösungen und Modelle zu den Gegenständen der Rahmenempfehlungen entwickelt haben.

In 46. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Absatz 6 SGB V)*

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren § 133b SGB V-E so auszugestalten, dass die Regelung in § 133b Absatz 6 gestrichen wird, nach der das Bundesministerium für Gesundheit Fristen für die Erstellung der Rahmenempfehlungen festlegen kann und bei Nichteinhaltung dieser Fristen berechtigt ist, im Benehmen mit den stimmberechtigten Mitgliedern des Fachgremiums medizinische Notfallrettung entsprechende Rahmenempfehlungen zu erlassen.

* Im In als Hilfsempfehlung zu Ziffer 45 beschlossen.

Begründung:

Gegen die Regelung des § 133 Absatz 6 SGB V-E, die dem BMG eine Fristsetzungsbefugnis für die Erstellung der Rahmenempfehlungen einräumen und für den Fall der Nichteinhaltung dieser Fristen eine eigene Ersetzungs- oder Ersatzkompetenz vorsehen, bestehen besondere verfassungsrechtliche Bedenken.

Diese Regelung würde es dem BMG ermöglichen, inhaltliche Rahmenempfehlungen zu erlassen, obwohl die materielle Regelungskompetenz für den Rettungsdienst den Ländern vorbehalten ist. Dies würde die föderale Kompetenzordnung strukturell verschieben, da der Bund über ein verfahrensrechtliches Steuerungsinstrument faktisch inhaltliche Vorgaben für einen originär landesrechtlich geprägten Regelungsbereich setzen könnte. Eine solche mittelbare Normsetzung widerspricht dem Grundsatz der Länderautonomie und der verfassungsrechtlich vorgesehenen Aufgabenverteilung.

An diesem verfassungsrechtlichen Befund ändert auch ein etwaiges Benehmen mit den Ländern nichts. Ein solches Konsultationserfordernis vermag die fehlende kompetenzielle Zuordnung nicht zu ersetzen und begründet insbesondere keine eigenständige Regelungs- oder Ersatzkompetenz des Bundes in einem den Ländern zugewiesenen Aufgabenbereich.

In 47. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b SGB V)

Entfällt
bei
Annahme
von
Ziffer 39

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren § 133b SGB V-E so auszugestalten, dass die vom Fachgremium medizinische Notfallrettung erarbeiteten Rahmenempfehlungen keinen verbindlichen Charakter entfalten, sondern als fachliche Orientierungshilfen ausgestaltet werden, deren Umsetzung im Rahmen der landesrechtlichen Regelungskompetenz der Länder erfolgt.

Begründung:

§ 133b SGB V-E sieht vor, dass das Fachgremium medizinische Notfallrettung Rahmenempfehlungen für die medizinische Notfallrettung erstellt und diese fortschreibt.

Aus § 133 Absatz 2 Satz 4 SGB V-E ergibt sich, dass die nach 133b Absatz 1 Satz 2 SGB V-E erstellten Rahmenempfehlungen bei den Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern verbindlich zu berücksichtigen sind. Dadurch entfalten sie faktisch eine mittelbare Bindungswirkung für die Kostenträger und beeinflussen die Vertragsverhandlungen. Zudem stellen sie organisatorische Anforderungen an den Rettungsdienst und wirken sich auf dessen Ausgestaltung aus.

Nach der Kompetenzordnung des Grundgesetzes obliegt die Ausgestaltung des Rettungsdienstes einschließlich der Notfallrettung den Ländern (Artikel 30 und 70 des Grundgesetzes). Dies umfasst insbesondere die Organisations-, Finanzierungs- und Vollzugsverantwortung.

Insofern ist sicherzustellen, dass die vom Fachgremium erarbeiteten Rahmenempfehlungen ausdrücklich als unverbindliche, nicht normsetzende fachliche Empfehlungen ausgestaltet werden, um eine Wahrung der landesrechtlichen Gestaltungsspielräume sicherzustellen und eine kompetenzrechtlich unzulässige Bindungswirkung auszuschließen.

In 48. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b SGB V)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren § 133b SGB V-E so auszugestalten, dass das Fachgremium medizinische Notfallrettung paritätisch mit 16 Vertretern der Kostenträger und der Länder besetzt wird, so dass den föderalen Zuständigkeiten der Länder im Bereich des Rettungsdienstes angemessene Rechnung getragen wird.

Begründung:

Die Besetzung des Fachgremiums medizinische Notfallrettung erfolgt nach § 133b Absatz 2 SGB V-E aus insgesamt 16 Vertretern der Länder, 16 Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherung, vier weiteren Vertretern aus dem Kreis der maßgeblichen Spitzenorganisationen von Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung auf Bundesebene, zwei weiteren Vertretern aus dem Kreis der maßgeblichen Fachgesellschaften auf Bundesebene, drei weitere Vertretern der maßgeblichen Fachverbände auf Bundesebene sowie ein Vertreter des BMG. Nach § 133b Absatz 3 SGB V-E erfolgt die Beschlussfassung mit einfacher Mehrheit, wobei jeder Vertreter mit Ausnahme des Vertreters des Bundesministeriums für Gesundheit eine Stimme hat.

Die Zuständigkeit der Länder umfasst im Bereich des Rettungsdienstes insbesondere die Ausgestaltung der organisatorischen Strukturen, die Festlegung der Durchführungsmodalitäten sowie die Verantwortung für den operativen Vollzug. Vor diesem Hintergrund ist die Einrichtung und Ausgestaltung eines auf Bundesebene vorgesehenen Fachgremiums daran zu messen, ob die föderale Kompetenzverteilung hinreichend gewahrt bleibt. Dies betrifft insbesondere die strukturelle Ausgestaltung des Gremiums und seine Zusammensetzung. Die Zusammensetzung eines solchen Gremiums ist dabei von entscheidender Bedeutung für die Wahrung der Länderkompetenzen. Eine angemessene Beteiligung der Länder muss gewährleistet sein, um sicherzustellen, dass landesspezifische Versorgungsstrukturen, unterschiedliche Organisationsmodelle sowie regionale Besonderheiten der Notfallrettung sachgerecht berücksichtigt werden können. Voraussetzung hierfür ist eine paritätische Besetzung des Gremiums mit jeweils gleich vielen Vertretern der Krankenkassen und der Länder. Eine

unausgewogene Prägung des Gremiums führt demgegenüber zu einer faktischen Verschiebung von Entscheidungs- und Steuerungskompetenzen.

G 49. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133d Absatz 1 Satz 1a – neu – SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 19 § 133d Absatz 1 Satz 1 ist der folgende Satz einzufügen:

„Falls die Länder eine Datenstelle in eigener Zuständigkeit einrichten, sind diese Daten auch an diese Landesdatenstellen zu übermitteln.“

Begründung:

Die durch die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 SGB V-E erhobenen Daten zur Ermittlung der Leistungsqualität in der medizinischen Notfallrettung können für die Länder eine wichtige Grundlage zur Optimierung und Verbesserung der Leistung in der medizinischen Notfallrettung sowie zur notfallmedizinischen Versorgungsforschung sein. Bereits jetzt ist in § 133d Absatz 2 Satz 2 SGB V-E vorgesehen, dass die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen geführte Datenstelle auf Anforderung der zuständigen Landesbehörden Auswertungen für die Belange der Länder zur Verfügung stellt.

Insofern die Länder selbstständig und in eigen Zuständigkeit Auswertungen zu Qualität und Umfang der Leistungserbringung und bzw. oder zur Versorgungsforschung durchführen wollen und eine landeseigene Datenstelle einrichten, ist die Bereitstellung der Daten durch die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 SGB V-E an diese Landesdatenstelle notwendig.

G 50. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133f Absatz 1 Satz 1 SGB V)

Artikel 1 Nummer 19 § 133f Absatz 1 Satz 1 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Nummer 1, Nummer 4 und Nummer 5 ist jeweils nach der Angabe „Einrichtung“ die Angabe „oder Weiterentwicklung“ einzufügen.
- b) In Nummer 2 ist nach der Angabe „Bildung“ die Angabe „oder Weiterentwicklung“ einzufügen.
- c) In Nummer 3 ist nach der Angabe „Einführung“ die Angabe „oder Weiterentwicklung“ einzufügen.
- d) In Nummer 6 ist nach der Angabe „Errichtung“ die Angabe „oder Weiterentwicklung“ einzufügen.

Begründung:

Entsprechend der Begründung des Gesetzentwurfs sollen Investitionen in die digitale Infrastruktur für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung in den Jahren von 2027 bis 2031 aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes finanziert werden. Hierbei werden in § 133f Absatz 1 Satz 1 SGB V-E die konkret in Frage kommenden Fördertatbestände aufgeführt. Der Entwurf sieht bislang jedoch nur Investitionskosten für die Etablierung der dort genannten Vorhaben vor. Länder die bereits als positive Beispiele vorangegangen sind und wo solche Systeme bereits zum Einsatz kommen bzw. Instrumente etabliert sind, haben insoweit das Nachsehen. Daher ist es geboten, dass auch die Weiterentwicklung und Verbesserung von bereits eingeführten Vorhaben im Sinne des § 133f Absatz 1 Satz 1 SGB V-E ebenfalls förderfähig sind, um so eine qualitativ hochwertige Versorgung und Steuerung von medizinischer Notfallrettung weiterhin gewährleisten zu können.

G 51. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133g Satz 4 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 19 § 133g Satz 4 ist die Angabe „31. Oktober 2026“ durch die Angabe „31. Dezember 2026“ zu ersetzen.

Begründung:

Die Frist zur Mitteilung des koordinierenden Krankenhauses (31. Oktober 2026) ist angesichts der laufenden Krankenhausübergangsprozesse nicht realisierbar. Eine Synchronisierung mit dem Jahresende ist sachgerecht.

G 52. Zu Artikel 5 Nummer 1 – neu – (§ 4 Absatz 25b – neu – AMG)

Artikel 5 ist wie folgt zu ändern:

a) Vor dem bisherigen Wortlaut ist die folgende Nummer 1 einzufügen:

„1. Nach § 4 Absatz 25a wird der folgende Absatz 25b eingefügt:

„(25b) Prüfzentrum ist eine Einrichtung im Sinne des Artikels 50 der Verordnung (EU) Nr. 536/2014, in der Tätigkeiten in klinischen Prüfungen unter Verantwortung eines namentlich festgelegten Prüfers oder Hauptprüfers im Sinne der Definition in § 4 Absatz 25 AMG durchgeführt werden.“

b) Vor dem bisherigen Wortlaut ist die Angabe „2.“ einzufügen.

Begründung:

Durch die Definition erfolgt eine Klarstellung, dass der in § 42 Absatz 1 und Absatz 2 AMG verwendete Begriff „Prüfzentrum“ dem in der amtlichen deutschen Übersetzung der CLINICAL TRIALS REGULATION (EU) NO 536/2014 (CTR) verwendeten Begriff „Prüfstelle“ entspricht und die in der CTR ausgestalteten Anforderungen an diese anzuwenden sind.

Der Begriff „Prüfzentrum“ wird im AMG ausschließlich in § 42d verwendet, in dem die Bundesregierung ermächtigt wird, nach Anhörung der betroffenen Verbände und Organisationen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Standardvertragsklauseln über die Rechte und Pflichten des Sponsors und des Prüfzentrums bei der Durchführung einer klinischen Prüfung festzulegen.

Der Begriff "Prüfzentrum", wie er im AMG ausschließlich in § 42d AMG in Absatz 1 und Absatz 2 verwendet wird, hat keinerlei Entsprechung im europäischen Recht und ist bislang nicht im AMG definiert. Insofern sind insbesondere Verantwortlichkeiten von natürlichen und juristischen Personen für die Einrichtung „Prüfzentrum“ unklar.

In der derzeitigen Form der Standardvertragsklauseln werden Aufgaben einem „Prüfzentrum“ zugewiesen, ohne dass eine konkrete verantwortliche Person als Adressat für eventuelle Verstöße gegen Rechtsvorschriften (z. B. die Pflicht zur Meldung von schweren unerwünschten Arzneimittelwirkungen oder Verstöße gegen die zugrundeliegende europäische CTR) ableitbar ist, was in der CTR nur für die „Prüfstelle“ ableitbar ist.

Da der Begriff „Prüfzentrum“ im AMG nicht definiert ist, besteht die Notwendigkeit, eine Definition als rechtliches Bindeglied zwischen den im AMG definierten Personen und dem Begriff des Prüfzentrums aufzunehmen. Mit der geplanten Definition des Begriffs „Prüfzentrum“ soll die Verbindung zwischen dem im § 42d AMG genannten Prüfzentrum und dem in der CTR verwendeten Begriff der „Prüfstelle“ geschaffen und klargestellt werden, dass es sich trotz der unterschiedlichen Begrifflichkeiten um ein und dieselbe Einrichtungsart handelt.

Die vorgeschlagene Änderung des AMG folgt der Intention der CTR, die Verantwortung bei der Durchführung klinischer Prüfungen durchgängig entweder dem Sponsor oder dem Prüfer oder Hauptprüfer zuzuweisen.

G 53. Zu Artikel 5 Nummer 1 – neu – (§ 42d Absatz 1 Satz 2a – neu – AMG)

Artikel 5 ist wie folgt zu ändern:

a) Vor dem bisherigen Wortlaut ist die folgende Nummer 1 einzufügen:

,1. Nach § 42d Absatz 1 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die Tätigkeiten in klinischen Prüfungen von Arzneimitteln im Prüfzentrum stehen unter Verantwortung eines namentlich festgelegten Prüfers oder Hauptprüfers im Sinne der Definition in § 4 Absatz 25.“ ‘

b) Vor dem bisherigen Wortlaut ist die Angabe „2.“ einzufügen.

Begründung:

In § 42d AMG wird die Bundesregierung ermächtigt, nach Anhörung der betroffenen Verbände und Organisationen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Standardvertragsklauseln über die Rechte und Pflichten des Sponsors und des Prüfzentrums bei der Durchführung einer klinischen Prüfung festzulegen.

In der derzeitigen Form der Standardvertragsklauseln werden Aufgaben einem „Prüfzentrum“ zugewiesen und es ist keine konkrete verantwortliche Person als Adressat für eventuelle Verstöße gegen Rechtsvorschriften ableitbar, z. B. Meldung von schweren unerwünschten Arzneimittelwirkungen oder Verstöße gegen die zugrundeliegende europäische CLINICAL TRIALS REGULATION (EU) NO 536/2014 (CTR). Die CTR weist die Verantwortung bei der Durchführung klinischer Prüfungen durchgängig entweder dem Sponsor, dem Hauptprüfer oder Prüfer zu. Zwar können Aufgaben von diesen vertraglich delegiert werden, doch verbleibt die Verantwortung schlussendlich bei ihnen.

Daher ist der Rahmen der Ermächtigung in § 42d AMG so auszugestalten, dass im Sinne der Intention der CTR mit den Formulierungen der Standardvertragsklauseln für alle vertraglich vereinbarten Aufgaben des „Prüfzentrums“ im Rahmen der Durchführung von klinischen Prüfungen eine konkrete Zuweisung der jeweiligen Verantwortlichkeit an einen namentlich festgelegten Prüfer oder Hauptprüfer im Sinne der Definition in § 4 Absatz 25 AMG vorgenommen wird.

G 54. Zu Artikel 5 (§ 43 Absatz 4 Satz 1 und Satz 2 – neu – AMG)

Artikel 5 § 43 Absatz 4 ist wie folgt zu ändern:

a) In Satz 1 ist nach der Angabe „Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ die Angabe „unter ihrer unmittelbaren fachlichen Verantwortung“ einzufügen und ist die Angabe „in einer zur Überbrückung für längstens drei Tage benötigten Menge“ durch die Angabe „die kleinste im Handel befindliche Packung“ zu ersetzen.

b) Nach Satz 1 ist der folgende Satz einzufügen:

„Die Vorschriften zur Lagerung sowie zur Beratungspflicht nach § 16 und § 20 Absatz 2 der Apothekenbetriebsordnung finden entsprechende Anwendung.“

Begründung:

Durch Aufnahme des ärztlichen Dispensierrechts stellt sich die Frage, inwiefern die Abgabe als solches delegierbar ist. Durch die bereits im § 13 Absatz 2b AMG etablierte unmittelbare fachliche Verantwortung wird die Abgabe grundsätzlich delegierbar. Zugleich wird jedoch deutlich gemacht, dass sie analog zur apothekerlichen Aufsicht in der Offizin stets so von statten gehen muss, dass der Arzt den Abgabevorgang überwacht und jederzeit Einfluss darauf nehmen kann. (vgl. NK-MedR/Brixius, 4. Aufl. 2024, AMG § 13 Rn. 26-29)

Eine effiziente Arzneimittelversorgung wird durch die Abgabe von Fertigarzneimitteln gewährleistet. Eine Begrenzung der Menge ausschließlich für den Verbrauch von drei Tagen hätte zur Folge, dass Ärztinnen und Ärzte im Integrierten Notfallzentrum (INZ) nur zur Abgabe von Teilmengen berechtigt wären. Es sollte jedoch die kleinste im Handel befindliche Packung abgegeben werden.

Die Arzneimittelsicherheit wird durch die Regelungen zur Lagerung und Beratungspflicht sichergestellt. Ein Verweis auf die Apothekenbetriebsordnung schafft Rechtssicherheit.

G 55. Zu Artikel 7 Nummer 01 – neu – (§ 2 Absatz 2 Satz 1 MPBetreibV)

Vor Artikel 7 Nummer 1 ist die folgende Nummer 01 einzufügen:

„01. In § 2 Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „durch dessen Beschäftigte“ gestrichen.“

Begründung:

Die Streichung des Begriffs „durch dessen Beschäftigte“ dient der Klarstellung der Begriffsbestimmung „Betreiber“ im Sinne der MPBetreibV. Dies schließt die bisher bestehende Regelungslücke für selbständige Personen (z. B. Ärzte oder Therapeuten), die ohne Beschäftigte in einer eigenen Gesundheitseinrichtung (z. B. Praxis) tätig sind und Produkte ausschließlich selbst betreiben und benutzen. Im Sinne der Patientensicherheit würde eine umfassendere Regelung sicherstellen, dass alle, die Produkte i. S. d. MPBetreibV betreiben und benutzen – unabhängig von der Anzahl der Beschäftigten – die gleichen rechtlichen Anforderungen erfüllen müssten.

G 56. Zu Artikel 7 Nummer 01 – neu – (§ 2 Absatz 4 Satz 2 – neu – MPBetreibV)

Vor Artikel 7 Nummer 1 ist die folgende Nummer 01 einzufügen:

,01. Nach § 2 Absatz 4 Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„Satz 1 gilt nicht für Einrichtungen, Stellen und Institutionen, in denen sonstige dazu befugte Personen Produkte ausschließlich zu nicht-medizinischen Zwecken betreiben oder anwenden.“ ‘

Begründung:

Die Änderung dient dazu, Fitness- und Kosmetikstudios aus dem Anwendungsbereich der MPBetreibV auszunehmen und so deren bürokratische Anforderungen zu verringern, da in diesen Institutionen bereits durch das Recht der nichtionisierenden Strahlen – NiSG und NiSV – für einen ausreichenden Schutz der Kunden gesorgt wird.

Mit der vorgeschlagenen Formulierung wird erreicht, dass die Bereiche des Medizinprodukterechts und des Rechts zum Schutz vor nicht-ionisierender Strahlung eindeutig voneinander abgegrenzt werden, ohne dass die Patientensicherheit verringert wird.

Außerdem sollen auch die Überwachungsbehörden entlastet werden, da mit dem derzeitigen Wortlaut zusätzlich zum NiSG auch das Medizinprodukterecht in diesen Einrichtungen kontrolliert werden müsste. Die Medizinprodukteüberwachungsbehörden sind durch die vorgeschlagene Änderung nicht mehr für die Kosmetik- und Fitnessstudios zuständig.

Diese Abgrenzung gelingt durch den Ausschluss der Anwendung von Produkten durch sonstige befugte Personen zu ausschließlich nicht-medizinischen Zwecken.

Dabei greift diese Ausnahmeregelung nicht, sobald in der Einrichtung, Stelle oder Institution eine der anderen in § 2 Absatz 4 Satz 1 MPBetreibV genannten Personengruppen Produkte anwendet.

Sonstige befugte Personen meint jede Person, die nicht medizinisches Personal oder Person der Pflegeberufe ist. Zu den sonstigen befugten Personen gehören auch ehrenamtlich Tätige. Allerdings sollen ehrenamtlich Tätige nicht grundsätzlich ausgeschlossen sein, weshalb die Anwendung der Produkte ausschließlich nicht-medizinischen Zwecken dienen darf.

Die nicht-medizinischen Zwecke richten sich dabei nach der Definition aus § 2 Absatz 2 Nummer 1 NiSV.

Es muss sich bei dem Umgang mit den Produkten um eine Anwendung im Sinne des Artikel 2 Nummer 37 VO (EU) 2017/745 handeln, da eine Benutzung im Sinne des § 2 Absatz 3 MPBetreibV ein Einsetzen am Patienten erfordert. Dessen Vorliegen wiederum impliziert einen medizinischen Zweck und würde daher zu einem Widerspruch führen.

Von der Ausnahmeregelung werden Ärzte, die in ihren Praxen ausschließlich kosmetische Eingriffe vornehmen, nicht erfasst. Bei ihnen handelt es sich nicht um sonstige befugte Personen, sondern um medizinisches Personal. Diese sind also weiterhin zur Einhaltung der Anforderung der MPBetreibV verpflichtet.

Die Definition der Gesundheitseinrichtungen wird also grundsätzlich beibehalten, aber Betriebe in denen keine Behandlungen zu medizinischen Zwecken erfolgen und in denen nur sonstige befugte Personen tätig sind, werden ausgeschlossen. Damit sind Betreiber von Fitness- und Kosmetikstudios oder rein kosmetisch arbeitende Fußpflegepraxen von den Anforderungen der MPBetreibV ausgenommen, während alle anderen Betriebe, wie medizinische Podologiepraxen, die auch kosmetisch tätig werden, oder Schönheitschirurgien, die ausschließlich kosmetische Behandlungen durchführen, erfasst bleiben.

G 57. Zu Artikel 7 Nummer 01 – neu – (§ 10 Absatz 2 MPBetreibV)

Vor Artikel 7 Nummer 1 ist die folgende Nummer 01 einzufügen:

,01. In § 10 Absatz 2 wird die Angabe „fünf“ durch die Angabe „zwei“ und wird die Angabe „Vorschriften“ durch die Angabe „Rechtsvorschriften“ ersetzt.’

Begründung:

Die Verkürzung der Aufbewahrungsfrist von fünf auf zwei Jahre dient einer früheren Entlastung bei Archivierungspflichten und somit dem Bürokratieabbau. Zudem ist nicht erkennbar, dass eine längere Aufbewahrungsfrist einen praktischen Nutzensgewinn mit sich bringt.

Die Ersetzung der Angabe „Vorschriften“ durch die Angabe „Rechtsvorschriften“ ist zur Schaffung von Rechtsklarheit erforderlich. Andernfalls entstünde ein Interpretationsspielraum, ob die Aufbewahrungsfrist von fünf Jahren gemäß der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen als Vorschrift die angestrebte verkürzte Aufbewahrungsfrist von zwei Jahren aufheben würde.

G 58. Zu Artikel 7 Nummer 1 (§ 12 Absatz 1 Satz 5 MPBetreibV)

Artikel 7 Nummer 1 ist durch die folgende Nummer 1 zu ersetzen:

,1. § 12 Absatz 1 Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Für andere Produkte und Gegenstände, die mit Produkten nach Anlage 1 verbunden sind, gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend.“ ‘

Begründung:

Die Änderung in § 12 Absatz 1 Satz 5 MPBetreibV dient der Klarstellung des Rechtstextes.

Die Pflicht zur Durchführung einer sicherheitstechnischen Kontrolle (STK) wird auf Produkte nach Anlage 1 und Gegenstände, die mit Produkten nach Anlage 1 verbunden sind, beschränkt. Dadurch werden sowohl bei den Vollzugsbehörden als auch bei den Rechtsunterworfenen Ressourcen eingespart.

Die Änderung ist erforderlich, weil sich aus dem aktuellen Wortlaut des § 12 Absatz 1 Satz 5 MPBetreibV ergibt, dass für alle „anderen Produkte“ eine STK durchgeführt werden muss, was aber nicht dem ursprünglichen Regelungszweck entspricht.

G 59. Zu Artikel 7 Nummer 1a – neu – (§ 13 Absatz 1 Satz 2 MPBetreibV)

Nach Artikel 7 Nummer 1 ist die folgende Nummer 1a einzufügen:

,1a. § 13 Absatz 1 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Satz 1 gilt nicht für elektronische Fieberthermometer als Kompaktthermometer einschließlich Infrarot-Fieberthermometern sowie für Blutdruckmessgeräte mit Quecksilber- oder Aneroidmanometer und elektronische Blutdruckmessgeräte mit Manschetten, jeweils zur nichtinvasiven Messung sowie in den Fällen des § 3 Absatz 4.“ ‘

Begründung:

Im Sinne des Bürokratieabbaus sollen die Ausnahmen in § 13 Absatz 1 Satz 2 MPBetreibV in Bezug auf das Führen von Medizinproduktebüchern um Infrarot-Fieberthermometer und elektronische Blutdruckmessgeräte mit Manschetten zur nichtinvasiven Blutdruckmessung erweitert werden.

Die zur eindeutigen Identifikation erforderlichen Angaben der ergänzten aktiven Produkte (Bezeichnung, Seriennummer, Anschaffungsjahr, Hersteller etc.) müssen auch weiterhin im Bestandsverzeichnis nach § 14 MPBetreibV aufgeführt werden.

Die Reduzierung des Bürokratieaufwands (insbesondere auch für Betreiber kleiner und mittelständischer Praxen und Einrichtungen) ermöglicht eine effizientere Nutzung von Ressourcen und sorgt gleichzeitig für eine höhere Praktikabilität und Akzeptanz der Verordnung, ohne den Schutz der Patientensicherheit zu gefährden.

Dies entspricht den Zielen des Bürokratieabbaus und der Verwaltungsvereinfachung.

G 60. Zu Artikel 7 Nummer 1a – neu – (§ 13 Absatz 3 Satz 2 MPBetreibV)

Nach Artikel 7 Nummer 1 ist die folgende Nummer 1a einzufügen:

,1a. In § 13 Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „fünf“ durch die Angabe „zwei“ ersetzt.'

Begründung:

Die Verkürzung der Aufbewahrungsfrist von fünf auf zwei Jahre dient einer früheren Entlastung bei Archivierungspflichten und somit dem Bürokratieabbau. Zudem ist nicht erkennbar, dass eine längere Aufbewahrungsfrist einen praktischen Nutzen mit sich bringt.

G 61. Zu Artikel 7 Nummer 1a – neu – (§ 14 Absatz 1 Satz 1 MPBetreibV)

Nach Artikel 7 Nummer 1 ist die folgende Nummer 1a einzufügen:

,1a. In § 14 Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „Betriebsstätte“ die Angabe „mit Ausnahme von Software der Klasse I“ eingefügt.'

Begründung:

Diese Änderung dient dem Bürokratieabbau. Sie nimmt Software der Klasse I von der Pflicht aus, im Bestandsverzeichnis aufgeführt zu werden.

Um den Schutz von Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, sollte Software höherer Risikoklassen (Klasse IIa, IIb und III) aber weiterhin im Bestandsverzeichnis aufgeführt werden müssen, da diese nicht wie gegenständliche Medizinprodukte in Gesundheitseinrichtungen direkt sichtbar ist. Würde Standalone-Software höherer Risikoklassen (Klasse IIa, IIb und III) nicht im Bestandsverzeichnis aufgeführt sein, bestände die Gefahr, dass die zuständigen Überwachungsbehörden diese bei Inspektionen nicht erkennen und nicht überprüfen.

G 62. Zu Artikel 7 Nummer 1a – neu – (§ 17 MPBetreibV)

Nach Artikel 7 Nummer 1 ist die folgende Nummer 1a einzufügen:

„1a. § 17 ist zu streichen.“

Begründung:

Die Durchführung von IT-Sicherheitsüberprüfungen gemäß § 17 MPBetreibV für Software als Medizinprodukt bzw. In-vitro-Diagnostikum bestimmter Klassen wurde mit der Neufassung der MPBetreibV eingeführt und ist seit dem 1. August 2025 anzuwenden. Weder die Inhalte der Prüfungen noch die Anforderungen an die Personen, die diese Tätigkeiten durchführen, wurden jedoch konkret bestimmt. Eine zusätzlich zu protokollierende Prüfung ohne konkrete Vorgaben hinsichtlich der Inhalte ist sowohl ineffizient als insbesondere auch rechtsunsicher.

Grundsätzlich gelten für Betreiber gemäß § 4 MPBetreibV bereits Anforderungen an miteinander verbundene Produkte mit anderen Gegenständen, hier Software als Medizinprodukt bzw. Software als In-vitro-Diagnostikum jeweils mit IT-Infrastruktur. Der Betreiber hat bei der Installation die vom Hersteller der Software an die IT-Infrastruktur gestellten Anforderungen zu berücksichtigen und im weiteren Betrieb ggf. vom Hersteller im Rahmen von Sicherheitskorrekturmaßnahmen veröffentlichte Sicherheitsupdates zu installieren. Insoweit besteht kein zusätzlicher Regelungsbedarf.

Zudem regelt das SGB V die Vorgaben an die IT-Sicherheit in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung (§ 390 SGB V) bzw. an die IT-Sicherheit in Krankenhäusern (§391 SGB V). Insoweit handelt es sich bei der Streichung des § 17 MPBetreibV auch um eine Entflechtung der Rechtsbereiche.

G 63. Zu Artikel 7 Nummer 2 (§ 17a MPBetreibV)

Artikel 7 Nummer 2 ist zu streichen.

Folgeänderung:

Artikel 7 Nummer 1 ist zu streichen.

Begründung:

Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zur Notfallreform soll mit Artikel 7 die MPBetreibV geändert werden.

Gemäß Artikel 1 sind umfangreiche Änderungen des SGB V geplant. Mit § 133h SGB V-E wird ein bundesweites Kataster für automatisierte externen Defibrillatoren (AEDs) errichtet. Bei AEDs handelt es sich um aktive Medizinprodukte.

Die erforderlichen Daten soll das AED-Kataster vom Betreiber des AEDs erhalten. Daher wird mit dem neuen §17a Absatz 1 MPBetreibV der Betreiber verpflichtet, die Angaben, die durch den neuen § 17a Absatz 2 MPBetreibV näher konkretisiert werden, innerhalb einer festgelegten Frist an das AED-Kataster zu melden.

Die Verordnungsermächtigung nach § 88 Absatz 1 Nummer 6 MPDG ermächtigt den Bund, Anforderungen an das Errichten, Betreiben, Anwenden und Instandhalten von Produkten und von sonstigen Produkten im Sinne des § 2 Absatz 2 MPDG festzulegen, soweit dies für das sichere Betreiben und die sichere Anwendung oder die ordnungsgemäße Instandhaltung notwendig ist.

Bei der geplanten neuen Regelung eines § 17a MPBetreibV geht es um die Auffindbarkeit der AEDs für Laien, Rettungsleitstellen und Ersthelfer-Apps und nicht um die sichere Anwendung des Produktes oder Möglichkeiten, die Instandhaltung zu verbessern.

Dementsprechend fehlen in der Begründung des Gesetzentwurfs unter Teil A Ziffer IV. „Gesetzgebungskompetenz“ Ausführungen zur Gesetzgebungskompetenz des Bundes für eine Aufnahme des geplanten § 17a MPBetreibV in die MPBetreibV. Sofern eine Meldepflicht für Informationen zu Standort, Zugänglichkeit usw. von AEDs für die Vernetzung der Akteure der Notfallversorgung als erforderlich erachtet wird, sollte dies ebenfalls im Zuge der Änderung des SGB V (konkret § 133h SGB V-E) berücksichtigt werden und nicht in der MPBetreibV.

G 64. Zum Gesetzentwurf allgemein

Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, wie eine niedrighschwellige Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln ohne die Schaffung redundanter Strukturen erfolgen kann.

In Betracht käme eine Zustellung durch Boten der Apotheke im Bedarfsfall, analog zu den bestehenden Regelungen in § 17 Absatz 2 ApBetrO in Verbindung mit § 129 Absatz 5g SGB V.

G 65. Zum Gesetzentwurf allgemein

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die digitale Einbindung der öffentlichen Apotheken in die Notfallversorgung zu berücksichtigen.

Begründung:

Die Notfallreform stellt die Digitalisierung als wesentlichen Baustein der Reform heraus. In diesem Zusammenhang sollte auch das Potenzial der öffentlichen Apotheken bei der Arzneimittelversorgung in Notfällen nicht außer Acht gelassen werden.

Der Gesetzentwurf nimmt insbesondere die Perspektive eines ersten Kontakts der Hilfesuchenden mit den Integrierten Notfallzentren (INZ) in den Blick. Dabei stehen Ersteinschätzung, digitale Fallübergabe und Weiterleitung in die geeignete Versorgungsebene im Vordergrund. In der Versorgungspraxis stellen jedoch bisher auch öffentliche Apotheken eine wichtige niederschwellige Anlaufstelle dar. Dort werden Beschwerden geschildert, Therapiemöglichkeiten erkannt und Hinweise auf eine mögliche Dringlichkeit sichtbar. Auch diese Schnittstelle sollte daher im Rahmen der Notfallreform stärker eingebunden werden.

Die digitale Einbindung der öffentlichen Apotheken kann dazu beitragen, Hilfesuchende frühzeitig in die richtige Versorgung zu steuern. Sie können im Bedarfsfall digital Kontakt mit Akutleitstellen aufnehmen. Dadurch kann frühzeitig entschieden werden, ob eine Vorstellung in einem INZ erforderlich ist, ob eine telemedizinische ärztliche Beratung ausreicht oder ob die Patientin oder der Patient über ein E-Rezept und pharmazeutische Beratung in der Apotheke ausreichend versorgt werden kann. So lassen sich vorhandene Kapazitäten effizienter nutzen und unnötige Wege vermeiden. Öffentliche Apotheken sind zudem flächendeckend vorhanden, an die Telematikinfrastruktur angebunden und über den Apothekennotdienst rund um die Uhr in die Versorgung eingebunden. Mit E-Rezept, KIM (Kommunikation im Medizinwesen), telepharmazeutischer Beratung und Botendienst verfügen sie bereits über Instrumente, um die Arzneimittelversorgung auch in digitalen Notfallstrukturen zuverlässig sicherzustellen. Die Versorgung kann bei Bedarf begleitet und durch Botendienst ergänzt werden. Das ermöglicht eine bedarfsgerechte Versorgung auch für immobile Patientinnen und Patienten, bewahrt die Arzneimittelsicherheit, bietet eine lückenlose Versorgung und entlastet ärztliche Strukturen.

G 66. Zum Gesetzentwurf allgemein

Der Bundesrat begrüßt die Bestrebungen der Bundesregierung, die Digitalisierung und Vernetzung in der Notfallversorgung voranzutreiben sowie ein Versorgungskapazitätsnachweissystem zu etablieren. Die Länder bitten die Bundesregierung bei der Entwicklung und Festlegung einer bundeseinheitlich definierten Anwendung zu berücksichtigen, dass einige Länder hier bereits eigene Systeme entwickelt haben und diese bereits angewendet werden. Es ist sicherzustellen, dass diese Systeme auch weiterhin zum Einsatz kommen und ohne kostenintensive Anpassungen zu Lasten der Länder an die künftigen bundeseinheitlich definierten Schnittstellen bzw. Standards angeschlossen werden können.

B

67. Der **Finanzausschuss** empfiehlt dem Bundesrat, gegen den Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes keine Einwendungen zu erheben.