

STELLUNGNAHME ZUR REFORM DER NOTFALLVERSORGUNG

STAND: 07.09.2026

Überfällige Reform: der vdek unterstützt den Kurs, hält jedoch Nachbesserungen für notwendig

Kernpunkte

- Eine verbindliches Ersteinschätzungssystem stellt sicher, dass Hilfesuchende frühzeitig in die geeignete Versorgungsebene gelenkt werden – sei es in die vertragsärztliche Akutversorgung, in Integrierte Notfallzentren (INZ) oder in den Rettungsdienst. Das wird die Wartezeiten in der Notaufnahme erheblich verkürzen.
- Die geplante Vernetzung der Rufnummern 112 und 116 117 zu einem integrierten Gesundheitsleitsystem entspricht langjährigen Forderungen der Ersatzkassen. Die Verwendung von Mitteln aus dem Sondervermögen Infrastruktur für die Digitalisierung der Prozesse sollte jedoch nur dann erfolgen, wenn eine verbindliche Kooperation zwischen 116117 und 112 erfolgt. Für effiziente Prozesse muss zudem die Anzahl der Leitstellen reduziert werden. Hier sollte mit einer geeigneten Regelung nachgebessert werden.
- Die Umstellung auf Vergütungsverträge zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie den zuständigen Landesbehörden ist eine wichtige Verbesserung für eine leistungsbezogene Vergütung in der Notfallversorgung. Hier fehlt allerdings eine Klarstellung, dass eine Erstattung ausschließlich auf Vertragsbasis erfolgt.
- Die derzeit geteilte Richtlinienkompetenz für das Ersteinschätzungsverfahren in Akutleitestellen und Krankenhäusern ist nicht zielführend. Die Einheitlichkeit der Systeme auch im Hinblick auf das später einzuführende Primärversorgungssystem muss durch eine übergreifende Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gewährleistet werden.

Der vdek begrüßt den Kabinettsentwurf zur Reform der Notfallversorgung. Der Entwurf greift seit Jahren bekannte Fehlentwicklungen auf, die sich insbesondere in einer übermäßigen Inanspruchnahme kostenintensiver Notfallstrukturen zeigen.

Positiv bewerten wir vor allem die stärkere Patientensteuerung durch eine verpflichtende, bundesweit einheitliche Ersteinschätzung, die bessere Vernetzung der Rufnummern 112 und 116 117 sowie die klarere Rollenverteilung zwischen vertragsärztlichem Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und rettungsdienstlicher Versorgung. Diese Maßnahmen entsprechen langjährigen Forderungen der Ersatzkassen und sind geeignet, Hilfesuchende zielgerichtet in die jeweils passende Versorgungsebene zu lenken.

Das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) prognostizierte Einsparpotenzial ist aus Sicht des vdek an harte Bedingungen geknüpft: Ohne eine verbindliche Umsetzung der INZ, eine konsequente, einheitliche und verbindliche Ersteinschätzung, funktionierende digitalisierte Fallübernahmen zwischen Akutleitstellen und Rettungsdienst sowie den konsequenten Abbau von Parallelstrukturen bleibt die finanzielle Entlastung unsicher.

Klare Kooperationspflichten für die Träger der Rettungsleitstellen und übergreifende Richtlinienkompetenz fehlen

Die im Kabinettsentwurf vorgesehene weitere Stärkung und Präzisierung der fachlichen Vernetzung zwischen den Rettungsleitstellen (112) und den Akutleitstellen der KVen (116 117) zu einem integrierten Gesundheitsleitsystem ist aus Sicht der Ersatzkassen sinnvoll. Problematisch ist allerdings, dass eine verbindliche Kooperationspflicht für die Träger der Rettungsleitstellen fehlt. Dies gefährdet die flächendeckende Umsetzung des Konzepts. Mindestens sollte die Zuweisung von Fördermitteln aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität zur Digitalisierung der Notfallrettung an eine Kooperation mit einer Akutleitstelle geknüpft werden. Darüber hinaus sind weitere strukturelle Anpassungen erforderlich, etwa eine Reduzierung der Anzahl der Leitstellen. Sofern dies nicht im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens erfolgt, ist eine entsprechende Regelung zeitnah in einem separaten Verfahren mit den Ländern abzustimmen.

Bedenklich ist zudem die derzeit geteilte Richtlinienkompetenz: Während die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) für das Ersteinschätzungsverfahren in den Akutleitstellen zuständig ist, liegt die Verantwortung für die Krankenhäuser beim G-BA. Die unterschiedlichen Standards müssen zu einem einheitlichen Verfahren für alle Versorgungsebenen zusammengeführt werden. Erforderlich ist hierfür eine übergreifende Richtlinienkompetenz des G-BA. Diese stellt die Einheitlichkeit der Systeme sicher und gewährleistet, dass die Ersteinschätzung in Akut- und Rettungsleitstellen sowie Krankenhäusern zu identischen Ergebnissen führt. Darüber hinaus empfiehlt der vdek, die Vermittlung der Hilfesuchenden nicht ausschließlich auf die ärztliche Versorgung zu beschränken, sondern in einem zweiten Schritt gegebenenfalls auch psychische, soziale und pflegerische Angebote einzubeziehen.

Nachschärfungen beim Aufbau der INZ sind sinnvoll, jedoch nicht ausreichend

Der verpflichtende Aufbau von INZ an geeigneten Krankenhausstandorten ist grundsätzlich richtig. Die Nachschärfungen im Kabinettsentwurf sehen wir als sinnvoll aber noch nicht hinreichend an. Es ist folgerichtig, dass die Ersteinschätzung als Vergütungsvoraussetzung für Standorte ohne INZ eingeführt wird. Jedoch ist weiterhin nicht hinreichend klar geregelt, dass Krankenhäuser ohne INZ nicht an der ambulanten Notfallversorgung teilnehmen sollten. Das begrenzte Dispensierrecht in INZ-Notdienstpraxen ist aus Sicht des vdek eine pragmatische und versorgungspolitisch sinnvolle Lösung, die dort greift, wo Patient:innen ansonsten ohne gesicherte

Arzneimittelversorgung blieben – vorausgesetzt, die gesetzlich vorgesehenen engen Grenzen werden strikt eingehalten.

Strukturfonds gemäß § 105 Absatz 1b SGB V: Bewährte Kann-Regelung beibehalten und Mitspracherechte klarstellen

Die im Zuge der Neuausrichtung der Notdienststrukturen vorgesehenen Anpassungen beim Strukturfonds sind grundsätzlich nachvollziehbar. Die Umstellung der bislang als „Kann-Regelung“ ausgestalteten Vereinbarung auf eine verpflichtende und schiedsfähige Regelung lehnen wir jedoch ab. Die bisherige Praxis hat sich bundesweit bewährt: In allen Regionen der KVen wurden entsprechende Vereinbarungen zur Förderung der Notdienststrukturen geschlossen. Dies belegt eindrucksvoll die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung und deren Bereitschaft, Verantwortung für eine verlässliche Versorgung zu übernehmen.

Vor diesem Hintergrund erscheint eine verpflichtende Ausgestaltung sachlich nicht erforderlich. Vielmehr droht eine solche Regelung, die etablierte Vertragsautonomie einzuschränken, notwendige regionale Gestaltungsspielräume zu reduzieren und damit auch die bedarfsgerechte Ausgestaltung vor Ort zu erschweren. Zudem bestehen Zweifel an der Vereinbarkeit mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot, da eine verpflichtende Ausgestaltung zu bürokratischem Mehraufwand und ineffizienten Strukturen führen kann.

Darüber hinaus sollte ausdrücklich klargestellt werden, dass den Krankenkassen über die Festlegung der INZ-Standorte im erweiterten Landesausschuss hinaus ein substantielles Mitspracherecht bei der konkreten Ausgestaltung der Strukturen zukommt. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Interessen der Beitragszahlenden angemessen berücksichtigt und wirtschaftliche sowie versorgungsrelevante Aspekte gleichgewichtig in die Umsetzung einfließen.

Die Verankerung der Notfallrettung als Sachleistung im SGB V ist sachgerecht, Länder müssen aber ihre Verantwortung wahrnehmen

Der vdek begrüßt ausdrücklich die Abkehr von der reinen Fahrkostenerstattung und die Einführung einer vertraglich vereinbarten Vergütung der medizinischen Notfallversorgung. Dies stellt einen wesentlichen Fortschritt dar. Die vorgesehenen Regelungen zu Verträgen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie den zuständigen Landesbehörden sind geeignet, eine transparente und leistungsbezogene Vergütung sicherzustellen. Die Nutzung elektronisch validierbarer Kalkulationsdaten stärkt dabei Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit. Gleichwohl bleibt die Rechtslage unklar, da laut Gesetzesbegründung landes- oder kommunalrechtliche Entgeltfestlegungen weiterhin möglich sein sollen. Zur Herstellung von Rechtssicherheit muss daher gesetzlich klargestellt werden, dass die Vergütung ausschließlich auf vertraglichen Vereinbarungen beruht.

Es ist richtig, mit der Einordnung der medizinischen Notfallrettung als Sachleistung im SGB V einen Paradigmenwechsel zu vollziehen. Zugleich müssen die Länder ihrer verfassungsrechtlich begründeten Finanzverantwortung weiterhin in vollem Umfang nachkommen. Der vorgesehene Ausschluss von Kosten, die über den Leistungsanspruch nach § 30 SGB V hinausgehen, ist damit folgerichtig. Dies betrifft insbesondere Investitions- und Betriebskosten des Rettungsdienstes, die der öffentlichen Daseinsvorsorge und damit dem Aufgabenbereich der Länder zuzurechnen sind.

Die Ausgestaltung des vorgesehenen Fachgremiums bewertet der vdek kritisch. Die hohe Zahl von 43 Mitgliedern sowie die Vielzahl beteiligter Interessengruppen erschweren eine tragfähige Konsensfindung. Selbst wenn ein Konsens mit der vorgesehenen einfachen Mehrheit erzielt werden kann, ist zu befürchten, dass insbesondere überstimmte Länder und Leistungserbringerorganisationen –zentrale Akteure und Antragsberechtigte für die Integration der Leitstellen – die Empfehlungen in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich nicht umsetzen. Eine bundeseinheitliche Anwendung der Standards wäre damit nicht gewährleistet. Dieser strukturelle Mangel kann behoben werden, indem der Bund von seiner Regelungskompetenz im Bereich der Qualitätssicherung Gebrauch macht und den G-BA mit der Erstellung einer Richtlinie zur medizinischen Notfallrettung beauftragt.

Fahrkosten: Übersichtlichkeit verbessern, Fehlanreize vermeiden

Die Ersatzkassen begrüßen, dass die bestehenden Regelungen zur Kostenübernahme von Krankenfahrten und Krankentransporten neu strukturiert und somit übersichtlicher gestaltet werden. Sachgerecht ist, dass die zunächst im Referentenentwurf angedachte Kostenübernahme von Krankentransportflügen zu ambulanten Behandlungen gestrichen und auf medizinisch gebotene Verlegungen zwischen Krankenhäusern im Rahmen des Notfalltransports begrenzt wurde.

Die Ausweitung von Fahrkostenansprüchen zu stationersetzenden Operationen sehen wir kritisch, da eine eindeutige Abgrenzung zwischen stationärer, stationersetzender und ambulanter Versorgung zunehmend schwierig wird und sich somit der Verwaltungsaufwand der Krankenkassen für die Erbringung einer Nebenleistung unverhältnismäßig erhöht. Die Privilegierung von Fahrten zum Integrierten Notfallzentrum im Vergleich zu Fahrten zu ambulanten Behandlungen, bei denen aktuell nur in Ausnahmefällen eine Fahrkostenanspruch besteht, kann Fehlanreize setzen. Wenn ungeachtet dessen ein Fahrkostenanspruch eingeräumt werden soll, so sollte dieser auch für Fahrten zur notdienstlichen Versorgung in vertragsärztlichen Praxen eingeführt werden, soweit diese rettungsdienstliche Notfälle behandeln.

Um bei Leistungserbringern einen positiven Anreiz zu Vertragsabschlüssen zu setzen, sollte die vorgesehene Kostenübernahme der nach dem Personenbeförderungsgesetz geregelten Entgelte bis zum Vertragsabschluss entfallen oder zumindest zeitlich begrenzt werden. Die Vertragspflicht sollte zudem nicht nur für Krankentransporte, sondern auch für Krankenfahrten – d. h. Fahrten ohne medizinisch-fachliche Betreuung, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen,

Mietwagen oder Taxen durchgeführt werden – rechtlich verbindlich festgelegt werden. Hier bedarf es einer rechtlichen Klarstellung.

Die vorgesehene Regelung zum Zuzahlungseinzug ist in ihrer derzeitigen Gestaltung widersprüchlich. Die Krankenkasse sollte – wie bereits jetzt praktiziert – nur dann für den Einzug der Zuzahlung zuständig sein, wenn ein Krankentransport von einem Rettungsdienst durchgeführt wurde. In allen anderen Fällen sollte der Zuzahlungseinzug durch die Leistungserbringer erfolgen.

Anpassungen der Mandatsbegrenzung in Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste sind folgerichtig

Wir bewerten es ausdrücklich positiv, dass der Gesetzentwurf eine Anpassung der Mandatsbegrenzung in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste (MD) vorsieht. Der im Vergleich zum MDK-Reformgesetz aus dem Jahr 2019 flexiblere Ansatz, bis zu drei Mandate und drei Amtszeiten, anstatt bisher jeweils zwei ehrenamtlich tätig sein zu können, setzt ein wichtiges Signal für mehr Kontinuität, Fachkompetenz und Stabilität in der Arbeit der Selbstverwaltung.

Ergänzender Änderungsbedarf: Sicherung von Ausbildungszuschlägen im Rahmen von Krankenhausinsolvenzen

In vielen Bundesländern erfolgt die Finanzierung der Ausbildungskosten gemäß § 17a Absatz 1 KHG über Umlageverfahren. Dabei werden von sämtlichen Krankenhäusern im jeweiligen Bundesland Ausbildungszuschläge erhoben, in einen Ausgleichsfonds überführt und zweckgebunden an die ausbildenden Einrichtungen ausgeschüttet. Dieses System gewährleistet grundsätzlich eine solidarische und verlässliche Finanzierung der Ausbildung. Im Falle einer Krankenhausinsolvenz besteht jedoch die konkrete Gefahr, dass die erhobenen Ausbildungszuschläge nicht ordnungsgemäß an den Ausgleichsfonds abgeführt werden, sondern in die Insolvenzmasse fließen und damit zweckwidrig verwendet werden. Dies unterläuft die intendierte Zweckbindung der Mittel und gefährdet die Funktionsfähigkeit des Umlagesystems.

Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, auf Landesebene in den Verfahrensregelungen zum Ausgleichsfonds klare Vorkehrungen für den Insolvenzfall zu verankern. Insbesondere sollte sichergestellt werden, dass während eines laufenden Insolvenzverfahrens sowohl die Erhebung und Weiterleitung der Ausbildungszuschläge als auch die Auszahlungen aus dem Ausgleichsfonds an betroffene Einrichtungen ausgesetzt werden. Nur so kann verhindert werden, dass zweckgebundene Mittel fehlgeleitet werden und die Integrität des Systems beeinträchtigt wird.

Eine entsprechende Problemlage besteht auch im Umlageverfahren nach dem Pflegeberufegesetz. Es ist erforderlich, auch für diesen Bereich verbindliche Regelungen für den Insolvenzfall vorzusehen.

Kommentierung im Detail
zum
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Lfd. Nr. im Entwurf	Vorschrift	Bewertung / Stellungnahme / Priorisierung
		Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
2	§ 30	Beabsichtigte Neuregelung Absatz 1 Der Anspruch auf medizinische Notfallrettung besteht nur bei Vorliegen eines rettungsdienstlichen Notfalles. Dieser setzt mindestens voraus, dass eine schwere gesundheitliche Schädigung des Versicherten zu befürchten ist, sofern nicht unverzüglich eine medizinische Versorgung erfolgt. Bewertung Der Ausschluss des Leistungsanspruchs auf Behandlung von minderschweren gesundheitlichen Schädigungen oder Schädigungen, die keiner unverzüglichen medizinischen Behandlung bedürfen, wird begrüßt. Die Umschreibung des rettungsdienstlichen Notfalls impliziert, dass hierunter nicht der betreuungspflichtige Krankentransport fällt. Dies ist im Zusammenhang mit der Entgeltfestlegung nach § 133 Absatz 5 von Bedeutung. Absatz 2: Untergliedert die medizinische Notfallrettung in drei Teilbereiche. Bewertung Gestrichen wurde die Regelung, dass die von der Leitstelle aufgrund einer digitalen Notrufabfrage getroffene Entscheidung, maßgeblich für das Vorliegen eines rettungsdienstlichen Vorfalls ist. Hierdurch verliert der Absatz an Klarheit bezüglich der Abgrenzung. Es bleibt der bestehende Zustand erhalten, dass die ärztliche

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor- schrift	Bewertung / Stellungnahme / Priorisierung
		Verordnung oder das Notarztprotokoll als rechnungsbegründende Unterlage bei der Krankenkasse eingereicht werden müssen. Eine Chance zum Bürokratieabbau wird vergeben. Der Streichung wird nicht zugestimmt. Absätze 3 bis 5: Beschreiben die Inhalte der drei Teilbereiche der medizinischen Notfallrettung mit dem Notfallmanagement, der notfallmedizinischen Versorgung und des Notfalltransports. Bewertung Die Regelungen werden begrüßt. Absatz 4 Bewertung Der Absatz ist mit Blick auf die Rollenbeschreibung der Notärzte und des nichtärztlichen Fachpersonals nicht stimmig. Formulierungsvorschlag Die notfallmedizinische Versorgung umfasst die aus medizinischen Gründen erforderliche Versorgung durch ärztliches und/oder nichtärztliches Fachpersonal an dem Ort, an dem sich der Versicherte zum Zeitpunkt des rettungsdienstlichen Notfalls befindet und während eines Notfalltransports. Sofern aus medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich, kann die notärztliche Versorgung auch telemedizinisch erfolgen. Absatz 5 Die Änderungen im Vergleich zum Referentenentwurf sind unkritisch. Jedoch ist der Begriff "Notfalltransport" im Gegensatz zu den Begriffen „Krankenfahrten“ und „Krankentransporten“ nicht definiert. Dies sollte vom Gesetzgeber nachgeholt werden. Grundlage für die Begriffsdefinition sollten die Vorgaben von § 5 KT-RL sein.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor- schrift	Bewertung / Stellungnahme / Priorisierung
		Absatz 6 Regelt die Pflicht der Versicherten, zu jeder Leistung der medizinischen Notfallrettung eine Zuzahlung zu leisten. Die Zuzahlung zieht die Krankenkasse vom Versicherten ein. Bewertung Schon heute unterliegen die Fahrkosten (§ 60) der Zuzahlungspflicht. Soweit die Fahrten von Rettungsdiensten durchgeführt werden, zieht aktuell die Krankenkasse die Zuzahlung von den Versicherten ein (§ 60 Absatz 2 Satz 2). Die klarstellenden Ergänzungen im Vergleich zum Referentenentwurf werden begrüßt. Änderungsvorschlag Keiner.
3	§ 60	Beabsichtigte Neuregelung Die Regelung des § 60 SGB V wird neu strukturiert, beinhaltet aber im Wesentlichen die bisherigen Regelungen. Im Folgenden werden beabsichtigte Neuregelungen sowie Änderungsvorschläge dargestellt: Absatz 2 Satz 2: Die Regelung selbst sieht keinen Anspruch auf Übernahme von Kosten für Krankentransportflüge vor. In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass Krankentransporte mit medizinisch-fachlicher Betreuung in Fahrzeugen, die über die hierfür technische Ausstattung verfügen, erfolgen. Dies sei laut der Gesetzesbegründung unter anderem auch die besondere Einrichtung eines Luftfahrzeugs, das für die medizinisch-fachliche Betreuung eingerichtet ist. Bewertung Die Einbeziehung von Krankentransportflügen in der Gesetzesbegründung schafft Rechtsunsicherheit. In der Gesetzesbegründung zu § 60 Absatz 2 sollte daher „oder eines Luftfahrzeugs“ gestrichen werden.

Lfd. Nr. im Ent- wurf	Vor- schrift	Bewertung / Stellungnahme / Priorisierung
		Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b): Die Regelung sieht vor, dass ein Kostenübernahmeanspruch für eine Fahrt in ein anderes Krankenhaus zur Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a besteht. Bewertung Die in § 60 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b geplante Erweiterung des Anspruchs auf Verlegungsfahrten in ein anderes Krankenhaus zur Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V soll offensichtlich vor dem Hintergrund der Regelung in § 39 Absatz 1a Satz 7 SGB V, wonach das Entlassmanagement auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus umfasst, erfolgen. Mangels Hinweise in der Begründung bleiben jedoch mögliche Anwendungsfälle in Abgrenzung zu den Konstellationen nach § 60 Absatz 3 Nummer 1 und den anderen Verlegungsfahrten nach Nummer 2 unklar, sodass ein Bedarf für die Ergänzung der Nummer 2 Buchstabe b nicht erkennbar ist. Absatz 3 Satz 1 Nummer 3: Die Regelung nimmt die bisherige Regelung auf, dass ein Anspruch auf Kostenübernahme für Fahrten zu stationärsersetzenden Eingriffen besteht. Unter Buchstabe c) ist neu geregelt, dass die Krankenkasse auch die Kosten von Fahrten zu einer ambulanten Operation in einer Vertragsarztpraxis einschließlich der hierzu erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen innerhalb der Fristen des § 115a Absatz 2 Satz 1 bis 3 vorsieht. Die ambulante Operation in Vertragsarztpraxen wird somit der ambulanten Operation im Krankenhaus gleichgestellt. Zudem wird geregelt, dass ebenfalls ein Anspruch auf Transport zu Leistungen besteht, die unter die Hybrid-DRG fallen. Bewertung Die Regelung des Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 sollte gestrichen werden, da sie zu einem unverhältnismäßig hohen Prüfaufwand der Krankenkassen führt, ob in den betreffenden Fällen tatsächlich eine stationäre oder teilstationäre Behandlung medizinisch geboten gewesen wäre und der Eingriff lediglich aus patientenindividuellen Beweggründen ambulant vorgenommen wird. Es ist absehbar, dass künftig vermehrt Leistungen ambulant erbracht werden, die bislang stationär durchgeführt wurden. Dadurch ist eine eindeutige

Lfd. Nr. im Ent- wurf	Vor- schrift	Bewertung / Stellungnahme / Priorisierung
		Abgrenzung zwischen stationärer, stationersetzender und ambulanter Versorgung zunehmend schwierig. Die Prüfung eines Fahrkostenanspruchs bei ambulanten Leistungen, die eine an sich gebotene Krankenhausbehandlung vermeiden oder verkürzen, wird dadurch zunehmend komplexer und unüberschaubarer. Da solche Eingriffe bezogen auf den einzelnen Versicherten nicht häufig vorgenommen werden, wäre eine finanzielle Belastung der Betroffenen überschaubar und sollte die Versorgung der Betroffenen nicht gefährden. Der Anspruch auf Fahrkostenübernahme zu vor- und nachstationären Behandlungen gemäß § 115a SGB V könnte in § 60 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V integriert werden, sodass die Nummer 3 in § 60 Absatz 3 Satz 1 SGB V vollständig entfallen könnte. Absatz 3 Satz 1 Nummer 6: Mit der Regelung wird ein neuer Anspruch auf Übernahme von Kosten für Fahrten zur Versorgung in einem Integrierten Notfallzentrum geschaffen. Bewertung Die Privilegierung von Fahrten zum INZ im Vergleich zu Fahrten zu ambulanten Behandlungen, bei denen nur in Ausnahmefällen ein Fahrkostenanspruch gemäß der KT-RL besteht, kann Fehlanreize setzen. Wenn ungeachtet dessen ein Fahrkostenanspruch eingeräumt werden soll, so sollte dieser auch für Fahrten zur notdienstlichen Versorgung in vertragsärztlichen Praxen, soweit diese rettungsdienstliche Notfälle behandeln können, eingeführt werden. Analog zu den Vorgaben zu Notfalltransporten in § 30 Absatz 5 sollte auch für die Fahrten zu einer notdienstlichen Versorgung in einem INZ oder einer vertragsärztlichen Praxis gelten, dass jeweils die nächsterreichbare geeignete Behandlungsstätte angefahren wird. Im Sinne des Bürokratieabbaus ist es zu befürworten, dass die Entscheidung mittels eines digitalen Abfragesystems als Verordnung der Fahrt zum Integrierten Notfallzentrum und somit als rechnungsbegründende Unterlage gilt.

Lfd. Nr. im Ent- wurf	Vor- schrift	Bewertung / Stellungnahme / Priorisierung
		Absatz 4: Krankentransporte und Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen (Ausnahmefälle) bleiben grundsätzlich genehmigungspflichtig. Bewertung Die Regelung wird begrüßt. Absatz 4: Krankenfahrten sollen zukünftig gemäß Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 auch dann der Genehmigungsfiktion unterliegen, wenn ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „TBI“ (taubblind) vorliegt. Bewertung Die Neuregelung bezüglich der Genehmigungsfiktion bei Vorliegen des Merkzeichens „TBI“ stellt eine Leistungsausweitung dar, ist jedoch in Anbetracht der Beeinträchtigungen der betroffenen Personen und somit für die Sicherstellung ihrer Gesundheitsversorgung sachgerecht. In Absatz 4 Satz 2 wird irrtümlich auf Absatz 2 Nr. 4 verwiesen. Der Verweis müsste auf Absatz 3 Nr. 4 erfolgen. Absatz 5 Satz 1 Nr. 2: Die Regelung sieht vor, dass die Krankenkasse für Krankenfahrten bis zum Abschluss einer Vereinbarung mit Einrichtungen oder Unternehmen die Kosten in Höhe der nach dem Personenbeförderungsgesetz vereinbarten Entgelte übernimmt. Bewertung: Wir sehen die Gefahr, dass zukünftig kein Interesse mehr seitens der Leistungserbringer besteht, Verträge mit den Krankenkassen abzuschließen, da sie sich jederzeit auf höhere Entgelte nach dem Personenbeförderungsgesetz berufen können.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor- schrift	Bewertung / Stellungnahme / Priorisierung
		Absatz 5 Satz 1 Nummer 3: Die Kosten für einen Krankentransportwagen oder ein Rettungsfahrzeug werden nicht mehr bei der Berechnung des Höchstbetrages für die Erstattung von Kosten für die Nutzung eines PKW berücksichtigt. Bewertung Regelung wird begrüßt. Absatz 5 Satz 2: Es wird geregelt, dass die Krankenkassen oder ihre Landesverbände mit Einrichtungen oder Unternehmen Verträge über Krankenfahrten schließen sollen. Bewertung: Die Regelung wird kritisch gesehen, da hiermit entgegen der bestehenden Systematik des SGB V Leistungsrecht und Leistungserbringerrecht miteinander vermischt werden. Absatz 6 Satz 2: Die Regelung sieht vor, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den nach Landesrecht vorgesehenen oder beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen Verträge über Entgelte für Krankentransporte schließen. Bewertung: Die Regelung wird kritisch gesehen, da hiermit entgegen der bestehenden Systematik des SGB V Leistungsrecht und Leistungserbringerrecht miteinander vermischt werden. Änderungsvorschlag: § 60 Absatz 5 wird wie folgt geändert: “(5) Für Krankenfahrten übernehmen die Krankenkassen 1. bei der Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels die Kosten in Höhe des Fahrpreises unter Ausschöpfung von Fahrpreismäßigungen,

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor- schrift	Bewertung / Stellungnahme / Priorisierung
		2. bei der Benutzung eines Taxis oder Mietwagens die Kosten in Höhe der nach Satz 2 § 133i Absatz 1 vereinbarten Entgelte oder bis zum Abschluss einer Vereinbarung nach Satz 2 die nach Personenbeförderungsgesetz geregelten Entgelte, 3. bei der Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs die Kosten in Höhe des für jeden gefahrenen Kilometer jeweils aufgrund des Bundesreisekostengesetzes festgesetzten Höchstbetrages für Wegstreckenentschädigung, höchstens jedoch die Kosten, die bei Inanspruchnahme des in den Nummern 1 oder 2 genannten Transportmittel entstanden wären. Für Krankenfahrten nach Nummer 2 sollen die Krankenkassen oder ihre Landesverbände mit Einrichtungen oder Unternehmen Verträge schließen. § 133 Absatz 2 Satz 2 und 6 und Absatz 5 gilt entsprechend." § 60 Absatz 6 wird wie folgt geändert: "(6) Für Krankentransporte übernehmen die Krankenkassen die Kosten in Höhe der nach Satz 2 § 133i Absatz 2 vereinbarten Entgelte. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen gemeinsam und einheitlich mit den nach Landesrecht vorgesehenen oder beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen Verträge über Entgelte für Krankentransporte. § 133 Absatz 2 Satz 2, 6 und 7, Absatz 4, 5 und 6 gilt entsprechend." Nach § 133h wird folgender § 133i SGB V eingefügt: "§ 133i Versorgung mit Krankenfahrten und Krankentransporten (1) Für Krankenfahrten nach § 60 Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 sollen die Krankenkassen oder ihre Landesverbände mit Einrichtungen oder Unternehmen Verträge schließen. § 133 Absatz 2 Satz 2 und 6 und Absatz 5 gilt entsprechend. 2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen gemeinsam und einheitlich mit den nach Landesrecht vorgesehenen oder beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen Verträge über Entgelte für Krankentransporte. § 133 Absatz 2 Satz 2, 6 und 7, Absatz 4, 5 und 6 gilt entsprechend."

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor- schrift	Bewertung / Stellungnahme / Priorisierung
		Absatz 7: Die Regelung sieht vor, dass die Krankenkasse für den Einzug der Zuzahlung für Krankentransporte zuständig ist. Bewertung: Die Regelung wird kritisch gesehen. Der Zuzahlungseinzug für Krankentransporte sollte wie bereits jetzt praktiziert nur dann durch die Krankenkasse erfolgen, wenn der Krankentransport von einem Rettungsdienst durchgeführt wurde. Änderungsvorschlag: Absatz 7 wird folgendermaßen geändert: „(7) Versicherte leisten zu einer Krankenfahrt oder einem Krankentransport eine Zuzahlung in Höhe des sich aus § 61 Satz 1 ergebenden Betrages. Die Krankenkasse übernimmt bei Krankenfahrten <u>und Krankentransporten</u> die Kosten nach Absatz 1 Satz 1 unter Abzug der Zuzahlung nach Satz 1 oder zieht die Zuzahlung nach Satz 1 von den Versicherten ein. Bei Krankentransporten, <u>die von einem Leistungserbringer nach § 30 SGB V durchgeführt werden,</u> zieht die Krankenkasse die Zuzahlung nach Satz 1 von den Versicherten ein. Für Krankenfahrten und Krankentransporte nach § 60 Absatz 3 Nummer <u>1 bis 3</u> besteht eine Zuzahlungspflicht nur für die erste und die letzte Krankenfahrt oder für den ersten und den letzten Krankentransport.“ Absatz 8: Die Regelung entspricht der bisherigen Regelung. Es wird ergänzend eine Regelung zur Abgrenzung der Leistungsansprüche nach § 73 SGB IX (Verdienstausfallerstattung) und § 45 Abs. 1a SGB V (Kinderkrankengeld) vorgenommen. Bewertung: Die Änderung wird begrüßt.
4	Nach § 61	Beabsichtigte Neuregelung Es wird die Höhe der Zuzahlung für die medizinische Notfallrettung geregelt.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor- schrift	Bewertung / Stellungnahme / Priorisierung
		Bewertung Vor dem Hintergrund des Entwurfes des Beitragssatzstabilisierungsgesetzes ist eine Anhebung auf 15 Euro zu prüfen. Änderungsvorschlag Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt: „Die Zuzahlung zu Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 Absatz 2 Nummer 2 und 3 beträgt 15 Euro.“
7	§ 75	Beabsichtigte Neuregelung a) aa) Aufgrund der im Rahmen der Notfallreform vorgesehenen Trennung zwischen Terminservicestellen (TSS) und Akutleitstellen werden die telefonischen Erreichbarkeiten der TSS auf Montag bis Samstag beschränkt. Gleichzeitig wird klargestellt, dass alle TSS jederzeit digitale Angebote zur Terminvermittlung bereitstellen müssen. bb) Folgeänderung zur Einführung der Akutleitstellen: Die Vermittlung von Akutfällen wird als Aufgabe der TSS gestrichen. b) (1b) Anstelle der bisherigen Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten wird nun die jederzeit verfügbare Versorgung in Fällen, in denen eine unverzügliche Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist (Akutfall), Bestandteil des Sicherstellungsauftrages. Sie umfasst die Beteiligung an den Integrierten Notfallzentren (INZ), ein 24/7-Beratungsangebot per Telefon und Video sowie einen 24/7 aufsuchenden Dienst, für den die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) qualifiziertes nichtärztliches Personal unter ärztlicher Verordnung einsetzen und Kooperationen mit dem Träger des Rettungsdienstes sowie mit den Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung eingehen können.

Lfd. Nr. im Ent- wurf	Vor- schrift	Bewertung / Stellungnahme / Priorisierung
		Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in INZ können Telekonsile genutzt werden. Außerdem soll die Akutversorgung im ärztlichen Bereich besser mit dem Notdienst der Apotheken abgestimmt werden. Die Akutversorgung kann und soll wie bisher vorrangig innerhalb der vertragsärztlichen Sprechstunden einschließlich Hausbesuchen erbracht werden und ist in diesem Fall nicht auf bestimmte Maßnahmen begrenzt. Sofern die vertragsärztliche Versorgung jedoch nicht durch vertragsärztliche Leistungserbringer im Rahmen ihrer Sprechstunden erbracht wird (sog. notdienstliche Akutversorgung) ist die Behandlung ausdrücklich auf eine Erstversorgung der Versicherten begrenzt. Diese beinhaltet die unaufschiebbar erforderliche Behandlung sowie alle medizinisch gebotenen Maßnahmen der Diagnostik zur Klärung der Dringlichkeit und zum Ausschluss eines dringenden weitergehenden Versorgungsbedarfes sowie die überbrückende Therapie von akuten Beschwerden. Sie kann auch die Feststellung einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit, die Bescheinigung einer notwendigen Betreuung, Beaufsichtigung oder Pflege eines erkrankten Kindes sowie die Verordnung von kurzfristig benötigten Arzneimitteln umfassen. (1c) Die bisherigen Aufgaben der TSS zur Ersteinschätzung und Vermittlung eines Versorgungsangebots in Akutfällen werden auf neu einzurichtende, auf telefonischem und digitalem Weg erreichbare Akutleitstellen übertragen. Diese sind jederzeit unter derselben bundesweiten Rufnummer erreichbar wie die TSS. Für die Akutleitstellen gelten konkrete gesetzliche Erreichbarkeitsvorgaben für Anrufende, die innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes einzuhalten sind. Zusätzlich sind die Akutleitstellen 24 Stunden täglich über digitale Angebote erreichbar. Die Akutleitstelle hat Versicherten in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens der KBV in eine unmittelbare ärztliche Versorgung auf der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln; in geeigneten Fällen auch in Form einer telefonischen oder videounterstützten ärztlichen Konsultation. Die Vermittlung soll vorrangig in die Sprechstunden der Praxen zugelassener Ärzte und zugelassener medizinischer Versorgungszentren erfolgen. Die Veranlassung

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor- schrift	Bewertung / Stellungnahme / Priorisierung
		der Versorgung durch den aufsuchenden Dienst kommt nur in Betracht, wenn es den Patienten nicht möglich oder nicht zumutbar ist, eine verfügbare Vertragsarztpraxis oder ein Integriertes Notfallzentrum aufzusuchen und kein Hausbesuch möglich sowie eine telemedizinische Versorgung nicht möglich oder ausreichend ist. Für die Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem Facharzt bedarf es im Akutfall keiner Überweisung. (1d) gesetzliche Grundlage zur Datenverarbeitung und –speicherung für die TSS und die Akutleistellen (1e) Die bestehenden jährlichen Evaluations- und Berichtspflichten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu den Auswirkungen der Tätigkeit der TSS, insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Arztterminen, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme und auf die Vermittlungsquote, werden gesetzlich neu verortet. Anders als die bisherige Regelung in § 75a Satz 18 und 19 sieht der neue Absatz 1e keine jährliche, sondern nur eine einmalige Evaluations- und Berichtspflicht zum 30. Juni 2027 vor. Der Gesetzesentwurf sieht in Artikel 2 aber zugleich eine nochmalige Neufassung des Absatzes 1e vor, die erstmals zum 30. Juni 2028 und dann jährlich erweiterte Evaluations- und Berichtspflichten der KBV gegenüber dem BMG begründet, die neben den TSS auch die Tätigkeit der Akutleitstellen umfassen. (1f) Der kassenzahnärztliche Bereitschaftsdienst zu sprechstundenfreien Zeiten ist von den Neuregelungen in Absatz 1a) bis 1e) nicht umfasst. Bewertung a) aa) Eine 24/7-Erreichbarkeit der TSS per Telefon ist nicht erforderlich. Allerdings muss gleichzeitig sichergestellt sein, dass auf digitalem Wege das gleiche Vermittlungsangebot bereitgestellt wird wie bei einer Telefonvermittlung. Dies ist in vielen Regionen bei Terminen für bestimmte Fachgruppen derzeit nicht der Fall. Hier wird im Online-Angebot in konkreten Fällen auf die telefonische Vermittlung verwiesen. Damit es durch

Lfd. Nr. im Ent- wurf	Vor- schrift	Bewertung / Stellungnahme / Priorisierung
		die Verringerung der Erreichbarkeit nicht zu Einschränkungen im Serviceangebot kommt, sollte hier eine gesetzliche Klarstellung erfolgen. bb) Die Folgeänderung ist sachgerecht. cc) Die Folgeänderungen sind sachgerecht. dd) Versicherte berichten häufig von erheblichen Wartezeiten, wenn sie versuchen, die TSS telefonisch zu erreichen. Es ist daher sinnvoll, bundesweit einheitliche Vorgaben zu treffen, um eine bessere Erreichbarkeit sicherzustellen. ee) Bislang nutzen nach Auskunft der KBV nur 15 von 17 KVen den elektronischen Terminservice der KBV. Mit der eingefügten Ergänzung wird die bundesweite Einheitlichkeit des durch die Patient:innen zu nutzenden Systems zur Terminvergabe und Erreichbarkeit der Akutleitstelle sichergestellt. ff) Die neue Verortung der Regelung ist sachgerecht. gg) Die Regelung stellt bei Bedarf eine Weiterversorgung ohne erneute Inanspruchnahme der Notdienststrukturen sicher und ist daher sachgerecht. b) (1 b) Die Erweiterung der Aufgaben der KVen bei der Sicherstellung des Notdienstes kann sowohl zu einer Entlastung der neuen INZ und auch des Rettungsdienstes führen. Sie sind daher im Grundsatz positiv zu bewerten. Die vom Gesetzgeber erwarteten Einsparpotenziale durch weniger Einsätze im Rettungsdienst können allerdings nur mit zeitlicher Verzögerung erreicht werden. Schließlich kann der Umbau und die Reduzierung von Strukturen erst dann erfolgen, wenn auch die Nachfrage nach Rettungsdienstleistungen zurück geht. Der Ansatz, für den aufsuchenden Dienst auch entsprechend qualifiziertes nichtärztliches Personal einsetzen zu können, ist in jedem Fall zu begrüßen. Anderenfalls wäre unklar, wie die hier notwendigen personellen

Lfd. Nr. im Ent- wurf	Vor- schrift	Bewertung / Stellungnahme / Priorisierung
		Ressourcen überhaupt unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots gewonnen werden können. Aus Sicht der Ersatzkassen würden wir jedoch plädieren, das Wort „können“ durch das Wort „sollen“ zu ersetzen, damit der Besuchsdienst im Regelfall durch dieses Personal sichergestellt wird, wie bereits heute eine große Zahl von Hausbesuchen durch nichtärztliche Praxisassistent:innen durchgeführt werden. In der Häuslichkeit der Patient:innen bzw. im Pflegeheim kann bei Bedarf ärztliches Personal in den Akutleitstellen per Video eingebunden werden. (1c) Die Einrichtung einer Akutleitstelle zur Vermittlung von Behandlungsterminen in Akutfällen und für die Sicherstellung der notdienstlichen Akutversorgung wird ausdrücklich begrüßt. Die Vorgaben zur Erreichbarkeit und zum Servicelevel sind sinnvoll. Inwieweit die entsprechenden Vorgaben ausreichend sind, muss im Zeitverlauf beobachtet werden. Bezüglich der Ersteinschätzung muss deutlich gemacht werden, dass es sich hier um das Ersteinschätzungsverfahren gemäß § 75 Abs. 7 Satz 1 Nummer 6 handelt. Vorgaben dazu werden ausschließlich von der KBV erstellt und haben nichts mit dem Ersteinschätzungsverfahren gemäß § 123c (Ersteinschätzungsverfahren für INZ des G-BA) zu tun. Damit würden sich die Ersteinschätzungsverfahren von Akutleitstelle und INZ unterscheiden. Akutleitstellen müssen ein Ersteinschätzungsverfahren nutzen, dass den Vorgaben der Ersteinschätzungsverfahren des G-BA entspricht. Damit wird sichergestellt, dass auf jeder Ebene die Systeme gleich sind und damit dieselben Ergebnisse liefern. (1d) Die Regelungen sind erforderlich. (1e) Angesichts der Relevanz der Thematik ist eine jährliche Evaluation der Tätigkeit der TSS sowie zukünftig auch der Akutleistellen wichtig. Diese wird durch das zeitliche Zusammenspiel der beiden Neufassungen von Abs. 1e sichergestellt. (1f) Die Regelung ist sachgerecht.

Lfd. Nr. im Ent- wurf	Vor- schrift	Bewertung / Stellungnahme / Priorisierung
		Änderungsvorschlag a) aa) An Satz 2 wird folgender Satz angefügt: „Die digitalen Angebote nach Satz 2 haben das gleiche Service- und Terminangebot vorzuhalten wie die telefonische Terminvermittlung.“ b) (1b) § 75 Absatz 1b Satz 6 wird wie folgt gefasst: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen <i>sollen</i> zur Durchführung der in Satz 5 Nummer 3 genannten Maßnahme qualifiziertes nichtärztliches Personal, das nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung handelt, einsetzen.“ (1c) § 75 Absatz 1b Satz 3 wird wie folgt gefasst: Die Akutleitstelle hat Versicherten in Akutfällen auf der Grundlage des in § 123c Absatz 2 genannten bundesweit einheitlichen, standardisierten und digitalen Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung auf der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln. § 75 Absatz 7 Satz 1 Nummer 6 wird gestrichen. (1d) Keiner. (1e) Keiner. (1f) Keiner.
8	§ 76	Beabsichtigte Neuregelung Folgeänderung aufgrund der Einrichtung von Akutleitstellen. Bewertung Redaktionelle Folgeänderung.

Lfd. Nr. im Ent- wurf	Vor- schrift	Bewertung / Stellungnahme / Priorisierung
		Änderungsvorschlag Keiner.
14	§ 105	Beabsichtigte Neuregelung Die Regelungen zum Strukturfonds gemäß § 105 Absatz 1b SGB V werden den neu vorgesehenen Strukturen im Notfalldienst angepasst. Die bisher freiwillig gemeinsam und einheitlich abzuschließende Vereinbarung wird verpflichtend und schiedsfähig. Die für den Aufbau erforderlichen Mittel werden grundsätzlich hälftig von Kostenträgern und KVen aufbracht und unter Beteiligung des PKV-Verbandes verhandelt. Die KVen haben eine detaillierte Kalkulation vorzulegen. Bei den Kosten sind die leistungsbezogenen Vergütungen gemäß dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abzuziehen. Die KBV veröffentlicht jährlich einen Bericht über die regionalen Vereinbarungen und die vereinbarten Beiträge. Bewertung Die geplante Umwandlung der „Kann-Regelung“ in eine „Muss-Regelung“ bei gleichzeitiger Einführung der Schiedsfähigkeit wird abgelehnt. Die aktuelle „Kann-Regelung“ hat sich bewährt. Die Tatsache, dass bereits in allen KV-Regionen entsprechende Vereinbarungen zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes geschlossen wurden, belegt die Leistungsfähigkeit und Verantwortung der Selbstverwaltung. Eine Umwandlung in eine „Muss-Regel“ ist daher sachlich nicht geboten. Ein solcher Schritt würde die Vertragsautonomie untergraben, die notwendige regionale Flexibilität mindern und dem Wirtschaftlichkeitsgebot widersprechen. Eine Beteiligung der privaten Krankenversicherung (PKV) an den anfallenden Kosten für den Umbau der Strukturen der Notfallversorgung ist sachgerecht. Auch die Pflicht der KVen zur Vorlage detaillierter Kalkulationen ist eine Mindestvoraussetzung für eine Kostenbeteiligung der Krankenkassen an den entstehenden Mehrkosten. Allerdings sollte klargestellt werden, dass die Krankenkassen auch ein konkretes Mitspracherecht bei der Ausgestaltung – über die Festlegung der INZ-Standorte im erweiterten Landesausschuss hinaus – erhalten. Auch ist sicherzustellen, dass die KVen im Kontext der Umgestaltung und Erweiterung ihrer

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor- schrift	Bewertung / Stellungnahme / Priorisierung
		Notdienststrukturen nicht bislang von ihnen selbst im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags getragene Finanzierungslasten auf die Kassen verlagern (können). Ergänzend sollte klargestellt werden, wie die KVen ihren hälftigen Anteil aufbringen. In Anlehnung an die Begründung des Kabinettsentwurfs für ein Gesetz zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) zu § 105 Absatz 1a SGB V sollte die Finanzierung auch aus extrabudgetären Vergütungen erfolgen. Dies ermöglicht eine gleichmäßige Beteiligung aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringenden an der Finanzierung der für die Notdienststrukturen erforderlichen Mittel. Dies kann aber nur dann geschehen, wenn hier – analog zu den Verwaltungskostenumlagen der KVen – ein entsprechender Betrag von den Arzthonoraren im Rahmen des Honorarbescheides einbehalten wird. Korrespondierend zu § 75 Absatz 1f) sollte klargestellt werden, dass die Regelungen nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung gelten. Anderenfalls könnten Forderungen nach zusätzlicher Finanzierung des vertragszahnärztlichen Notdienstes, der in unveränderter Form durchgeführt wird, aufkommen. Änderungsvorschlag § 105 Absatz 1b wird wie folgt gefasst: „(1b) 1 Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich können vereinbaren, auf Grundlage der in Satz 8 genannten Kalkulation über die Mittel nach Absatz 1a hinaus, einen zusätzlichen, jährlich von beiden Vertragsparteien in gleicher Höhe aufzubringenden zusätzlichen Betrag zur Finanzierung der in Satz 7 genannten Förderungen bereitzustellen. 2 Der ärzteseitige Finanzierungsanteil ist in Form eines Abschlags auf die Honorarsumme im jeweiligen Honorarbescheid der Arztpraxen aufzubringen. 3 Gegenstand der Vereinbarungen nach Satz 1 ist auch die konkrete Ausgestaltung der Strukturen, für die die Mittel verwendet werden müssen. 4 Über die Höhe des in Satz 1 genannten Betrags ist mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung Einvernehmen herzustellen. 5 Die privaten Krankenversicherungsunternehmen beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an dem von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Satz 1 bereitzustellenden Betrag. 6 Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die privaten Krankenversicherungsunternehmen vereinbaren das Nähere zur Bereitstellung des

Lfd. Nr. im Ent- wurf	Vor- schrift	Bewertung / Stellungnahme / Priorisierung
		Betrages der in Satz 5 genannten Beteiligung. 7Der in Satz 1 genannte Betrag ist für folgende Zwecke zu verwenden: 1. Sicherstellung der in § 75 Absatz 1 b Satz 5 Nummer 2 und 3, § 75 Absatz 1 c und § 133a von den Kassenärztlichen Vereinigungen verantworteten Strukturen, 2. Förderung der von den Kassenärztlichen Vereinigungen verantworteten Einrichtungen und Stellen innerhalb der Integrierten Notfallzentren und der Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche. 8Die Kassenärztlichen Vereinigungen legen spätestens vier Wochen vor Beginn der Verhandlungen über die in Satz 1 genannte Vereinbarung zur Gewährleistung der zweckgerechten Verwendung des in Satz 1 genannten Betrags den anderen in Satz 1 genannten Vertragsparteien sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. eine detaillierte Kalkulation der Kosten vor, die bei der Umsetzung der in Satz 7 genannten Zwecke entstehen. 9Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, die bislang für die Sicherstellung des Notdienstes insgesamt aufgewendeten finanziellen Mittel detailliert und transparent nachzuweisen; gleiches gilt für die einzelnen Finanzierungsanteile der jeweiligen Kostenträger. 10Das bislang von der Kassenärztlichen Vereinigung insgesamt getragene Finanzvolumen ist auch nach Umstellung der Notdienststrukturen weiterhin alleinig von der Kassenärztlichen Vereinigung zu finanzieren. 11Im Zusammenhang mit dem Notdienst nach der regionalen Euro-Gebührenordnung oder nach einem Gesamtvertrag abrechenbare Leistungen und Kosten, von der Kassenärztlichen Vereinigung nicht verbrauchte Mittel des Honorarvolumens nach § 87b Absatz 1 Satz 3 sowie sonstige vereinnahmte Entgelte sind von den in Satz 1 genannten Vertragsparteien bei der Vereinbarung des in Satz 1 genannten Betrags in voller Höhe mindernd zu berücksichtigen. 12Die Höhe des jeweils zuletzt nach Satz 1 vereinbarten Betrags ist jährlich von den in Satz 1 genannten Vertragsparteien zu überprüfen und entsprechend der Entwicklung der in Satz 8 genannten Kosten anzupassen; Satz 4 gilt entsprechend. 13Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht jährlich, erstmals bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], barrierefrei im Internet einen Bericht über die Anzahl und den jeweiligen Inhalt der in Satz 1 genannten Vereinbarungen, einschließlich der Höhe der jeweils vereinbarten Beträge. 14Die Sätze 1 bis 13 sind auf die vertragszahnärztliche Versorgung nicht anzuwenden.“

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor- schrift	Bewertung / Stellungnahme / Priorisierung
17	§ 120	Beabsichtigte Neuregelung Zu a) Es handelt sich um eine Folgeänderung der Anpassung des § 75 Abs. 1b SGB V. Zu b) Es soll eine Regelung aufgenommen werden, wonach Krankenhäuser für die ambulante Notfallbehandlung nur dann eine Vergütung erhalten, wenn die Ersteinschätzung ergeben hat, dass eine Behandlung am Krankenhausstandort erfolgen kann. Bewertung Zu a) Folgeänderung. Zu b) Diese Regelung schafft Fehlanreize für Krankenhäuser. Dies würde dazu führen, dass Krankenhäuser Patienten stationäre aufnehmen. Änderungsvorschlag Zu a) Keiner. Zu b) Streichung
19	§ 133	Beabsichtigte Neuregelung Die mit dem Referentenentwurf beabsichtigte Einbeziehung der Verträge für Krankentransporte und Krankenfahrten wird gestrichen. Bewertung Die ursprünglich vorgesehene Verpflichtung der GKV-Verbände diese Verträge gemeinsam und einheitlich zu schließen (§ 5 alt) ist mit Blick auf die Stärkung des Wettbewerbs der Krankenkassen und ihrer Verbände untereinander zu begrüßen. Absatz 1: Medizinische Notfallrettung kann ausschließlich von nach Landesrecht ermächtigten Leistungserbringern erbracht werden. Die vorgenommene Streichung im Vergleich zum Referentenentwurf ist unkritisch.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor- schrift	Bewertung / Stellungnahme / Priorisierung
		Bewertung Die Regelung ist folgerichtig und zu begrüßen. Absatz 2: Die Vergütung der medizinischen Notfallversorgung wird in Verträgen auf Grundlage vollständiger und nachprüfbarer Kalkulationen vereinbart. Vertragspartner sind die nach Landesrecht beauftragten Leistungserbringer und nicht mehr die Gebietskörperschaften. Bewertung Die Abkehr von der Festlegung der Nutzungsentgelte nach kommunal- und gebührenrechtlichen Bestimmungen (Gebührensatzungen) und die stattdessen bundesweit verbindliche Vorgabe vertraglicher Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den Leistungserbringern stellen einen wichtigen Fortschritt dar und werden ausdrücklich begrüßt. Ebenso wird die Klarstellung begrüßt, dass in die Kalkulation nur Kosten für den Leistungsanspruch nach § 30 eingehen können, nicht aber solche z.B. des Katastrophenschutzes. Die geplanten Regelungen sind sachgerecht, um eine transparente, leistungsbezogene Vergütung auf Basis von Verträgen zu fördern. Die Nutzung elektronisch überprüfbarer Kalkulationsdaten ermöglicht eine nachvollziehbare Kostenkalkulation. Die Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen in den Verträgen ist ein Schritt in die richtige Richtung. Gleichwohl ist die Rechtslage nicht abschließend geklärt. In der Gesetzesbegründung wird weiterhin ausgeführt, dass landes- oder kommunalrechtliche Festlegungen von Entgelten grundsätzlich möglich bleiben. Vor diesem Hintergrund erfolgt die vorgeschlagene Änderung, um die Regelung klarzustellen. Änderungsvorschlag Es sollte gesetzlich klargestellt werden, dass die Vergütung ausschließlich auf Grundlage vertraglicher Vereinbarungen erfolgt.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor- schrift	Bewertung / Stellungnahme / Priorisierung
		Absatz 3 (neu): Finanzierung des Aufwands bei Übernahme von Vernetzungs- und Koordinierungsaufgaben durch einen Leistungserbringer einer koordinierenden Leitstelle nach § 133g. Bewertung Folgerichtige Klarstellung. § 4 (neu) Festsetzung des Vertrags- bzw. Vereinbarungsinhalts durch eine Schiedseinrichtung im Falle der Nicht-Einigung. Bewertung Dies ist folgerichtig und sachgerecht. Die Zuweisung des Rechtsweges zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit begrüßen wir. Die Änderungen im Vergleich zum Referentenentwurf sind unkritisch. Absatz 5 (neu): GKV-Spitzenverband (GKV-SV) erlässt Richtlinie zum Verfahren und Vertragsgestaltung. Bewertung Unklar ist das Verhältnis der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1, die in den Verhandlungen der Verträge nach Abs. 2 lediglich zu beachten sind zu den Richtlinien des GKV-SV. Richtlinien sind nach allgemeinem Verständnis für die handelnden Akteure verbindlich. Gilt dies auch für die Leistungserbringer? Absatz 6: Übergangsvorschrift. Bewertung Es sollte eine Frist von mindestens zwei Jahren festgesetzt werden.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor- schrift	Bewertung / Stellungnahme / Priorisierung
		§ 133a Führt erstmalig ein Gesundheitsleitsystem in das SGB V ein. Kernbestandteil ist die digitale der Vernetzung der Rettungsleitstelle (112) mit der Akutleitstelle der jeweiligen KV (116117). Bewertung Die digitale Vernetzung der Rettungsleitstelle mit der Akutleitstelle und die Vorgaben für die Kooperationsvereinbarung begrüßen wir ausdrücklich. Mit Absatz 4 wird die Forderung des vdek aufgenommen, Vermittlungen zu weitere Versorgungsdiensten, wie z. B. Soziale Dienste, Palliativversorgung im Sinne einer erweiterten Gesundheitsleitstelle aufzunehmen. Unzureichend ist, dass diese Zusammenschlüsse nicht vom Gesetzgeber verpflichtend für das Bundesgebiet vorgegeben werden, sondern in das Belieben (jetzt) der beauftragten Leistungserbringer des Notfallmanagements, also i.d.R. der Hilfsorganisationen, wie DRK, Johanniter etc. gestellt werden. Vormalis wurde den Gebietskörperschaften als Träger der Leitstellen diese Funktion zugewiesen. Die Verpflichtung zur Kooperation besteht aber nur dann, wenn der Leistungserbringer des Notfallmanagements über die ebenso unverbindlich vorgegebene digitale standardisierte Notrufabfrage verfügt – siehe § 133b Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung. Dies widerspricht dem grundgesetzlichen Gebot der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse. Änderungsvorschlag Absatz 1 Satz 1 Die Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 Abs. 2 Nummer 1 und die örtlich zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen als Träger der Akutleitstelle sind verpflichtet, eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems zu schließen. § 133b Ein beim GKV-SV einzurichtendes Gremium bestehend aus Vertretern der Länder, der Krankenkassen, der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer und der maßgeblichen Fachgesellschaften und Fachverbände beschließen Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallversorgung. Die Beschlussfassungen erfolgen mit einfacher Mehrheit.

Lfd. Nr. im Ent- wurf	Vor- schrift	Bewertung / Stellungnahme / Priorisierung
		Bewertung Die Vielzahl beteiligter Interessengruppen und die mit 43 hohe Anzahl an Mitgliedern in dem Fachgremium erschweren die Konsensfindung. Da Beschlüsse mit einfacher Mehrheit getroffen werden können, steht zu erwarten, dass insbesondere überstimmte Länder und Leistungserbringerorganisationen (Antragsberechtigte für die Integration der Leitstellen) die Empfehlungen in ihrem Zuständigkeitsbereich nicht umsetzen werden und die Bundeseinheitlichkeit dadurch nicht zu erreichen ist. Dieser Mangel kann behoben werden, wenn der Bund von seiner Regelungskompetenz in Fragen der Qualitätssicherung Gebrauch macht. Gestützt auf das Gutachten von Prof. Dr. Dr. Udo Di Fabio im Auftrag der Björn Steiger Stiftung (2024) und der Ausarbeitung von Krafft et al. in „Notfallversorgung und Rettungsdienst in Deutschland“ (2022) vertreten auch wir die Auffassung, „...dass der Bund einheitliche Vorgaben für Qualitätsparameter der Notfallrettung machen kann“ (Di Fabio). „Implizit liegt diese Aufgabe beim G-BA.“ (Krafft et al.) Änderungsvorschlag Der § 92 (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses) wird in Absatz 1 Satz 1 um die Nummer 16 „Richtlinien zur medizinischen Notfallrettung“ ergänzt. Gegenstand der Richtlinie sollen insbesondere die in § 133b Absatz 3 angeführten Nummern 1 bis 9 sein. §§133c bis g Beabsichtigte Neuregelung In den §§ 133c bis g werden die in einigen Bundesländern bzw. Kommunen bereits etablierten Instrumente der Digitalisierung und des Datenmanagements mit dem Ziel eines bundesweit einheitlichen Qualitätsmanagementsystems vereinheitlicht und dort wo nötig modernisiert. Bewertung Die Regelungen sind insgesamt zu begrüßen, aber in Teilen nicht weitgehend genug. Änderungsvorschläge: s.u.

Lfd. Nr. im Ent- wurf	Vor- schrift	Bewertung / Stellungnahme / Priorisierung
		133d Bewertung Eine einmal jährliche Datenübermittlung und einen darauf basierenden jährlichen Bericht ist nicht ausreichend, um eine angemessene Bewertung der Versorgungsqualität vorzunehmen. Weiterhin fehlt eine verpflichtende Teilnahme an bestehenden bundesweiten QM-Registern. Soweit erkennbar werden die an der Notfallversorgung beteiligten zugelassenen Krankenhäuser nicht verpflichtet, an der Datenübermittlung zur Qualitätssicherung teilzunehmen. Änderungsvorschlag Nach dem Vorbild bereits etablierter QM-Systeme in einzelnen Bundesländern und Kommunen sollte mindestens der Berichtszeitraum jeweils quartalweise erfolgen. Eine verpflichtende Teilnahme an bestehenden Bundesweiten QM-Registern, insb. Trauma- und Reanimationsregister, ist vorzusehen. Eine Integration der klinischen (Outcome-)Daten aus den Krankenhäusern, die die Notfallpatienten behandelt haben, ist nötig. §133e Beabsichtigte Neuregelung Die geplante Neuregelung zielt auf die Anbindung der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung an die Telematikinfrastruktur ab. Gleichmaßen wird damit ein Ausgleich der in § 376 SGB V genannten Ausstattungs- und Betriebskosten durch die gesetzlichen (und privaten) Krankenkassen verbunden. Der Erstattungsbedarf soll insbesondere die Größe, Anzahl der Fahrzeuge und Beschäftigtenanzahl berücksichtigen. Bewertung Die Anbindung der Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung an die Telematikinfrastruktur (TI) erscheint sachgerecht, muss aber auf die Ebene der Leistungserbringer- und Trägerorganisationen begrenzt werden. Eine Installation von zusätzlichen (physischen) technischen Komponenten in den Fahrzeugen, die eine Nutzung von Anwendungen in der TI im Rahmen eines Notfalleinsatzes vor Ort zu ermöglichen, muss

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor- schrift	Bewertung / Stellungnahme / Priorisierung
		ausgeschlossen werden. Die Anzahl der Fahrzeuge darf keine Rolle bei der Ermittlung des Erstattungsbedarfs, der von den Krankenkassen zu finanzieren wären, spielen, Gleiches gilt für die Anzahl der Beschäftigten. Änderungsvorschläge: § 133e Abs. 1 wird wie folgt gefasst: (1) Die Leistungserbringer- und Trägerorganisationen der von den in § 133 Absatz 1 erfassten Leistungserbringer haben sich bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünfzehnten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] an die Telematikinfrastruktur anzuschließen. § 133e Abs. 2 wird wie folgt gefasst: (2) Zum Ausgleich der in § 376 genannten Ausstattungs- und Betriebskosten erhalten die Leistungserbringer- und Trägerorganisationen der von den in § 133 Absatz 1 umfassten Leistungserbringer ab dem [...] [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünfzehnten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die in der jeweils geltenden Fassung der Vereinbarung nach § 378 Absatz 2 für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer vereinbarten Pauschalen von den Krankenkassen. § 133e Abs. 3 wird wie folgt gefasst: (3) Näheres zum Ausgleich nach Absatz 2, dem Zahlungs- und Abrechnungsverfahren sowie der Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen an den Kosten, legen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in einer Finanzierungsvereinbarung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit fest. Dabei ist auch ein von den Erstattungen nach Absatz 2 abweichender Erstattungsbedarf der von § 133 erfassten Leistungserbringer gegenüber den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern aufgrund ihrer Besonderheiten, insbesondere bezogen auf Größe, zu berücksichtigen.

Lfd. Nr. im Ent- wurf	Vor- schrift	Bewertung / Stellungnahme / Priorisierung
		§133f Bewertung Das im Raum stehende Investitionsvolumen in Höhe von 225 Millionen Euro p.a. bis 2031 ist nicht ausreichend, um alle genannten Beteiligte und insbesondere die bisher bestehenden über 220 Rettungsleitstellen technologisch zu ertüchtigen. Eine Konzentration der Mittel auf die Leitstellen bei gleichzeitiger erheblicher Reduzierung der Anzahl der bestehenden Leitstellen wäre sinnvoll. Weiterhin sollten auch die Bundesländer zusätzliche Mittel für die Ertüchtigung bereitstellen. Änderungsvorschlag Die Zuweisung von Investitionen aus dem Sondervermögen an die Bundesländer sollte die Verpflichtung zu einer deutlichen Reduzierung des Leitstellenanzahl (maximal 60 bundesweit) geknüpft werden. Die Antragstellung einzelner Leistungserbringer beim GKV-SV erscheint vor diesem Hintergrund nicht sinnvoll und führt außerdem zu weitere Bürokratieaufbau. §133g Bewertung Eine landesweite Koordinierungsfunktion für einen umfassenden Aufgabenkatalog, der über die bereits in einigen Bundesländern etablierten Einzelmaßnahmen (z.B. IVENA, TeleNotarzt) hinaus gehen, ist zu begrüßen. Änderungsvorschlag Sinnvollerweise sollte auch die Sicherstellung des präklinischen Qualitätsmanagements hier als Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben ergänzt werden. § 133h Beabsichtigte Neuregelung Ziel ist es ein Kataster zu schaffen, in dem alle notwendigen Informationen zu Automatischen externen Defibrillatoren (AED) abrufbar sind, um einen schnellen Einsatz eines solchen im Notfall zu ermöglichen. Der

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor- schrift	Bewertung / Stellungnahme / Priorisierung
		geplante § 17a MPBetreibV regelt die Meldeverpflichtung des Betreibers eines AEDs an das neu zu schaffende Kataster. Der neu zu schaffende § 133h SGB V schafft die formell rechtliche Grundlage für ein bundeseinheitliches, öffentlich zugängliches Kataster von AEDS. Die verlässliche Verfügbarkeit, verlässliche Informationen und die einfache Zugänglichkeit trägt unmittelbar zum Erfolg eines solchen Katasters bei und ist ebenfalls geregelt. Bewertung Die systematische Erfassung ermöglicht es einen AED schnell zu lokalisieren und im Ernstfall einzusetzen. Dies unterstützt sinnvoll sowohl Rettungsleitstellen als auch Laien. Änderungsvorschlag Keine.
21	§ 279	Beabsichtigte Neuregelung Die neue Regelung sieht Erhöhungen der bisherigen Begrenzungen für Mitglieder in einem MD-Verwaltungsrat von zwei auf drei Amtsperioden in einem MD-Verwaltungsrat und von zwei auf drei Ehrenämter in Selbstverwaltungsgremien vor. Darüber hinaus dürfen Personen, die am 1. Januar 2020 bereits Mitglieder im Verwaltungsrat eines Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung waren, zweimal, und nicht wie bisher einmalig, wiedergewählt werden. Bewertung Die neue Regelung ist ausdrücklich zu begrüßen. Die Abkehr von den restriktiven Vorgaben des MDK-Reformgesetzes von 2019 und die künftige Zulassung von drei Mandaten und drei Amtszeiten setzen ein wichtiges Signal für mehr Kontinuität, Fachkompetenz und Stabilität in der Selbstverwaltung. Damit wird die Handlungsfähigkeit der Medizinischen Dienste nachhaltig gestärkt und ihre Rolle als unabhängige und leistungsfähige Institutionen im Gesundheitswesen gefestigt.

Lfd. Nr. im Entwurf	Vor- schrift	Bewertung / Stellungnahme / Priorisierung
		Änderungsvorschlag Keiner
		Artikel 2 Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
	§ 75	Beabsichtigte Neuregelung Die Regelung sieht umfangreiche Evaluations- und Berichtspflichten der KBV zur Arbeit der Terminservice- stellen und Akutleitstellen vor. Bewertung Vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen ist eine stärkere Transparenz über die jeweiligen Aktivitäten sinnvoll. Der Bericht sollte auch dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt werden. Änderungsvorschlag Satz 2 wird wie folgt gefasst: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Spitzen- verband Bund der Krankenkassen jährlich zum 30. Juni, erstmals zum 30. Juni 2028, über die Ergebnisse."

Ergänzender Änderungsbedarf

Sicherung von Ausbildungszuschlägen im Rahmen von Krankenhausinsolvenzen

Beabsichtigte Neuregelung

Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG):

In § 17a Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 KHG wird vor dem Punkt am Ende folgender Satzteil eingefügt: *„sowie Vorgaben zur Aussetzung der in Rechnung zu stellende Zuschläge, der nach Absatz 6 Satz 4 an den Ausgleichsfonds abzuführenden Zahlungen und der aus dem Ausgleichsfonds nach Satz 5 zu zahlenden monatlichen Raten, wenn ein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Trägers eines Krankenhauses gestellt wurde“*

Pflegeberufegesetz (PflBG):

In § 33 Absatz 6 Satz 2 PflBG wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und der folgende Satzteil eingefügt: *„sowie Vorgaben zur Aussetzung der in Rechnung zu stellende Zuschläge, wenn ein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Trägers einer Einrichtung nach § 7 Absatz 1 gestellt wurde“*

Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV):

In § 19 Absatz 1 der PflAFinV werden vor dem Komma die Wörter *„oder als Träger einer Einrichtung nach § 7 Absatz 1 PflBG einen Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über sein Vermögen stellt“* eingefügt.

In § 15 wird folgender neuer Absatz 3 eingefügt: *„Wurde durch einen Träger der praktischen Ausbildung ein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über sein Vermögen gestellt, setzt die zuständige Stelle die Zahlung der Ausgleichszuweisungen ab Antragstellung aus.“*

Begründung

In vielen Bundesländern werden die Ausbildungskosten nach § 17a Absatz 1 KHG über ein Umlageverfahren finanziert. Dabei werden bei allen Krankenhäusern im Land Ausbildungszuschläge erhoben, die an einen Ausgleichsfonds abgeführt und an die ausbildenden Krankenhäuser im Land ausgezahlt werden. Die Mittel sind zweckgebunden für die Ausbildung zu verwenden.

Im Fall einer Krankenhausinsolvenz besteht die Gefahr, dass die in Rechnung gestellten Ausbildungszuschläge nicht an den Ausgleichsfonds abgeführt werden, sondern in der Insolvenzmasse aufgehen und somit zweckentfremdet werden. Um die zweckentsprechende Mittelverwendung auch im Rahmen einer Insolvenz sicherzustellen, sollten die Beteiligten auf Landesebene in den Verfahrensregelungen im Zusammenhang mit dem Ausgleichsfonds sicherstellen, dass während des Insolvenzverfahrens die vom Krankenhaus in Rechnung zu stellende Zuschläge, die an den Ausgleichsfonds abzuführenden Zahlungen, sowie die bei einem ausbildenden Krankenhaus aus dem Ausgleichsfonds auszahlenden Raten ausgesetzt werden.

Das gleiche Problem besteht beim Umlageverfahren nach dem Pflegeberufegesetz. Auch hier sollten deshalb in den Verfahrensregelungen auf Landesebene Regelungen für den Insolvenzfall aufgenommen werden.

Die Wiederaufnahme aller Zahlungsströme nach Beendigung des Insolvenzverfahrens sowie ein Ausgleich etwaiger Differenzen aufgrund der Aussetzung der Zahlungen, können ebenfalls in den Verfahrensregelungen bestimmt werden. Hierzu bedarf es keiner Erweiterung der Rechtsgrundlage, da beispielsweise der Ausgleich der Differenz zwischen den abgerechneten Zuschlägen eines Krankenhauses und den an den Fonds abgeführten Mitteln bereits heute in den Verfahrensregelungen vieler Länder enthalten ist.