Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

A. Problem und Ziel

Die bestmögliche Versorgung von Menschen in medizinischen Notfällen gehört zu den zentralen Aufgaben des Gesundheitswesens. Deutschland verfügt über umfassend ausgebaute Systeme der Notfallversorgung in ambulanten und stationären Einrichtungen sowie über ein ebenfalls gut etabliertes Rettungswesen. Diese drei Versorgungsbereiche unterliegen jeweils unterschiedlichen Gesetzmäßigkeiten und Ordnungsprinzipien hinsichtlich ihrer Planung, Leistungserbringung und Finanzierung.

Die ambulante ärztliche Notfallversorgung gesetzlich Krankenversicherter ist, sofern nicht eine notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes erforderlich ist, nach geltendem Recht die Aufgabe der vertragsärztlichen Leistungserbringer. Durch den Ausbau des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes, die Einrichtung einer bundesweiten Notdienstnummer sowie Kooperationen mit Krankenhäusern haben die Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Notdienstversorgung in den letzten Jahren weiterentwickelt und insbesondere durch Einrichtung von sogenannten Portalpraxen eine bessere Koordination von ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen erreicht. Auch durch Terminservicestellen mit der nun jederzeit erreichbaren Rufnummer 116 117 erhalten Patientinnen und Patienten schnellere Hilfe und Orientierung. Um an diese Entwicklung anzuknüpfen und der hohen Inanspruchnahme von Notfallambulanzen der Krankenhäuser auch bei leichteren Erkrankungen und Verletzungen entgegenzuwirken, muss das System so weiterentwickelt werden, dass eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme durch Patientinnen und Patienten erfolgt. Zentrale Aufgabe ist dabei, die regional sehr unterschiedlich entwickelten Notdienststrukturen in ein verbindliches System der integrierten Notfallversorgung zu überführen.

Ein neues System der integrierten Notfallversorgung muss auch den Rettungsdienst entlasten, der die zentrale Rolle bei der Ersteinschätzung und Erstversorgung von Notfällen und dem Transport in die gebotene Weiterversorgung hat. Der Rettungsdienst der Länder hat sich mit spezialisierter medizinischer Versorgung am Notfallort und während einer Rettungsfahrt zu einem medizinischen Versorgungsbereich entwickelt, dessen Leistungen bisher unzureichend im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung abgebildet werden. Die Länder fordern daher seit langem, den Rettungsdienst als eigenständigen Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung anzuerkennen.

Der Rettungsdienst steht vor der Herausforderung steigender Fallzahlen, insbesondere auch eines absehbar zunehmenden geriatrischen Notfallaufkommens. Zudem ist festzustellen, dass der Rettungsdienst vor dem Hintergrund der aktuell vorhandenen Strukturen der vertragsärztlichen Notfallversorgung und der derzeitigen Finanzierung der rettungsdienstlichen Leistungen als Fahrkosten zu einer Weiterbehandlung vielfach de facto nicht die Möglichkeit hat, Hilfesuchende in adäquater Weise dem vertragsärztlichen System zur medizinischen Abklärung und Weiterversorgung zuzuleiten. In der Folge kommt es oftmals zur unnötigen Inanspruchnahme von Rettungsmitteln und Notfallambulanzen der Krankenhäuser und zu belastenden Situationen für die Patientinnen und Patienten.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2018 über die „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“

die aktuelle Situation der Notfallversorgung in Deutschland analysiert und erheblichen Reformbedarf in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen festgestellt sowie richtungsweisende Empfehlungen zur Neuordnung erarbeitet.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass es für eine bedarfsgerechte und ressourcenschonende Notfallversorgung einer einheitlichen, qualitätsgesicherten Ersteinschätzung der von Hilfesuchenden als Notfälle empfundenen Erkrankungssituationen und einer professionellen Steuerung und Vermittlung in die aus medizinischer Sicht gebotene Versorgungsstruktur bedarf. Dies setzt eine integrierte Notfallversorgung voraus, die durch eine verbindliche Kooperation aller handelnden Akteure des Rettungsdienstes und der ambulanten und stationären Notfallversorgung zu erreichen ist und durch eine digitale Vernetzung begleitet sein muss.

Ziel des Gesetzes ist es daher, die bisher weitgehend getrennt organisierten Versorgungsbereiche der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung zu einem System der integrierten Notfallversorgung weiter zu entwickeln. Eine enge Verzahnung dieser Versorgungsbereiche wird zu mehr Orientierung für Patientinnen und Patienten, zu kürzeren Wartezeiten, zu einem sinnvollen und effizienten Einsatz personeller und finanzieller Ressourcen und damit zu einer Verbesserung der Gesamtqualität der medizinischen Notfallversorgung führen.

B. Lösung

Die Notfallversorgung in Deutschland wird unter Berücksichtigung der Perspektive der Patientinnen und Patienten effektiver und effizienter gestaltet. Wesentliche Maßnahmen sind:

1. Gemeinsames Notfallleitsystem (GNL)

Die zentrale telefonische Lotsenfunktion der integrierten medizinischen Notfallversorgung übernimmt künftig das GNL, das in lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Notsituationen unter der von den Rettungsleitstellen verantworteten Rufnummer 112 und in allen anderen Fällen unter der von den Kassenärztlichen Vereinigungen verantworteten Rufnummer 116 117 rund-um-die-Uhr erreichbar ist. Über das GNL werden Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Krankentransporte und eine telemedizinische oder aufsuchende notdienstliche Versorgung auf Basis eines qualifizierten, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens disponiert.

Vorgesehen ist eine umfassende Kooperation der an der medizinischen Notfallversorgung Beteiligten, die sich ganz wesentlich auf eine digitale Vernetzung und eine zentrale Steuerung durch das GNL stützt. Künftig sollen medizinische Notfalldaten zur Weiterversorgung sowie verfügbare Ressourcen und Versorgungskapazitäten der an der Notfallversorgung Beteiligten digital erfasst und in Echtzeit übertragen werden. Die dafür erforderliche Anschaffung von Softwarelösungen für Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung wird aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung gefördert.

2. Integrierte Notfallzentren (INZ)

Als zentrale, jederzeit zugängliche Einrichtungen der medizinischen Notfallversorgung werden INZ an dafür geeigneten Krankenhausstandorten derart eingerichtet, dass sie von den Patientinnen und Patienten als erste Anlaufstelle im Notfall wahrgenommen werden. INZ leisten eine qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs und erbringen die aus medizinischer Sicht unmittelbar erforderliche notdienstliche Versorgung oder veranlassen eine stationäre Versorgung. INZ werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern gemeinsam unter fachlicher Leitung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung betrieben.

3. Rettungsdienst als Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung

Die medizinische Notfallversorgung der Rettungsdienste der Länder wird als eigenständige Leistung der medizinischen Notfallrettung anerkannt und unabhängig von der Inanspruchnahme anderer Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt. Damit wird der zentralen Bedeutung der rettungsdienstlichen Notfallversorgung für eine effektive Notfallversorgung Rechnung getragen und der langjährigen Forderung der Länder nachgekommen.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Den Haushalten der Länder und Kommunen entstehen gegebenenfalls Mehrausgaben durch die Neuregelungen zu GNL sowie Baukosten durch die Einrichtung von INZ, die wesentlich von den sehr unterschiedlichen Gegebenheiten abhängig und insofern nicht quantifizierbar sind. Diesen Kosten stehen jedoch erhebliche, nicht quantifizierbare Einsparungspotenziale, insbesondere bei den rettungsdienstlichen Leistungen, gegenüber.

Der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen durch die Förderung der Anschaffungskosten für Softwarelösungen für die Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 und für die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung einmalige Kosten in Höhe von 25 Millionen Euro, die im Rahmen eines Umlageverfahrens über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden.

Durch den neuen Anspruch auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung sowie durch die Einrichtung von INZ entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht quantifizierbare Mehrausgaben. Diesen stehen jedoch nicht quantifizierbare Minderausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung aufgrund einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen ambulanten Notfallversorgung gegenüber.

Durch den Wegfall der Zuzahlung für die Bereiche der medizinischen Notfallrettung, der Krankentransporte und Krankenfahrten für Versicherte, die noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, können der gesetzlichen Krankenversicherung Mehrausgaben im niedrigen zweistelligen Millionenbereich entstehen.

Schließen sich die Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 an die Telematikinfrastruktur an, entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung einmalige Mehrausgaben in Höhe von bis zu 500.000 Euro und laufende Mehrausgaben in Höhe von bis zu 300.000 Euro pro Jahr. Für den Anschluss von je 1000 Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung an die Telematikinfrastruktur ergeben sich einmalige Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von rund 3 Millionen Euro sowie laufende Mehrausgaben von rund 1,1 Millionen Euro pro Jahr.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Die Neuregelungen sind mit keinem Erfüllungsaufwand für die Bürgerinnen und Bürger verbunden. Vielmehr führt die Neustrukturierung der medizinischen Notfallversorgung zu einer Entlastung von Bürgerinnen und Bürgern in medizinischen Notsituationen.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Die Errichtung von INZ führen bei den betroffenen Krankenhäusern zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von jeweils maximal 13.500 Euro für die Vereinbarung der Kooperationsverträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Aus der Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über den Stand der Vereinbarungen zum Ersteinschätzungsverfahren des GNL ergibt sich für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen insgesamt ein Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 2.500 Euro, der erstmals ein Jahr nach Inkrafttreten und anschließend in einem Abstand von zwei Kalenderjahren anfällt.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand für die Vereinbarung der Kooperationsverträge mit den Krankenhäusern über die INZ in Höhe von jeweils maximal 16.000 Euro.

Bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, sowie bei den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landeskrankenhausgesellschaften entsteht im Zusammenhang mit der Vergütung von INZ einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 217.000 Euro.

Den Krankenkassen entstehen für die Information ihrer Versicherten über das nächstgelegene INZ und über das GNL geringe, nicht quantifizierbare Erfüllungsaufwände.

F. Weitere Kosten

Keine.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel X des Gesetzes vom <Datum> (BGBl. I S. XY) zuletzt geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 11 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

   a) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:

      „5. der medizinischen Notfallrettung (§ 60)“

   b) Die bisherige Nummer 5 wird Nummer 6.

2. Im Dritten Kapitel wird der Achte Abschnitt wie folgt gefasst:

„Achter Abschnitt

Notfallrettung, Krankentransport und Krankenfahrten

§ 60

Medizinische Notfallrettung

(1) Bei einem Notfall haben Versicherte Anspruch auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung. Ein Notfall nach Satz 1 liegt vor, wenn sich der Versicherte infolge von Verletzungen oder Krankheit in unmittelbarer Lebensgefahr befindet, sein Gesundheitszustand eine lebensbedrohende Verschlechterung erwarten lässt oder schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, sofern nicht unverzüglich eine medizinische Versorgung erfolgt.

(2) Die medizinische Notfallrettung umfasst die aus medizinischer Sicht erforderliche Versorgung am Notfallort und Rettungsfahrten. Rettungsfahrten sind Fahrten, bei denen eine unmittelbare Behandlungsbedürftigkeit des Versicherten besteht und aus medizinischer Sicht die Beförderung mit einem qualifizierten Rettungsmittel erforderlich ist. Rettungsfahrten erfolgen vom Notfallort zu einer nach Absatz 3 anzufahrenden Einrichtung oder während einer stationären Behandlung von einem Krankenhaus in ein anderes Krankenhaus, sofern die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Entscheidung eines gemeinsamen Notfallleitsystems auf Basis des

Ersteinschätzungsverfahrens nach § 133b Absatz 3 Satz 5 steht der ärztlichen Verordnung gleich. Die zur Weiterbehandlung erforderlichen Informationen sollen unmittelbar an das integrierte Notfallzentrum oder Krankenhaus digital übermittelt werden. Die Kooperationsvorgaben nach § 133b Absatz 4 sind zu beachten.

(3) Besteht bei einer Rettungsfahrt noch keine eindeutige Indikation für eine stationäre Aufnahme, ist grundsätzlich das nächstgelegene integrierte Notfallzentrum anzufahren. Ist eine stationäre Aufnahme absehbar, sind grundsätzlich nur solche Krankenhäuser anzufahren, die die Anforderungen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 4 für eine Teilnahme an der Basisnotfallversorgung, der erweiterten Notfallversorgung oder der umfassenden Notfallversorgung oder die Anforderungen für das Modul Notfallversorgung Kinder dieses Beschlusses erfüllen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 16 bundesweit einheitlich, in welchen Fällen abweichend von den Sätzen 1 und 2 aus Gründen der zielgerichteten Behandlung ein spezialisiertes Krankenhaus angefahren werden soll. Die besonderen Bedürfnisse bei der Versorgung von bestimmten Patientengruppen, insbesondere Kindern und psychisch Erkrankten, sind zu berücksichtigen.

(4) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten bei Leistungen der medizinischen Notfallrettung eine Zuzahlung in Höhe des sich aus § 61 Satz 1 ergebenden Betrages, den die Krankenkasse vom Versicherten einzieht. Erfolgt unmittelbar nach der medizinischen Versorgung am Notfallort auch eine Rettungsfahrt, gelten diese als eine Leistung, für die nur einmal die Zuzahlung erforderlich wird.

(5) Der Anspruch der Versicherten nach Absatz 1 Satz 1 umfasst nicht einen Rücktransport in das Inland. § 18 bleibt unberührt.

§ 60a

Krankentransporte und Krankenfahrten

(1) Versicherte haben Anspruch auf Übernahme der Kosten für Krankentransporte und Krankenfahrten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Welches Fahrzeug benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall.

(2) Die Krankenkasse übernimmt die Kosten nach Absatz 1 Satz 1 bei

1. Fahrten zu Leistungen, die stationär erbracht werden,

2. Fahrten bei einer Verlegung während einer stationären Behandlung in ein anderes Krankenhaus oder zur Behandlung in einem anderen Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a, wenn dies aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus,

3. Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung nach § 115a oder zu einer ambulanten Operation nach § 115b im Krankenhaus oder zu einer ambulanten Operation in einer Vertragsarztpraxis einschließlich der hierzu erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist,

4. Fahrten zu ambulanten Behandlungen, sofern aus medizinischer Sicht ein Krankentransport erforderlich ist oder in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsamen Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 festgelegt hat, sowie

5. Fahrten zu einer notdienstlichen Versorgung in einem integrierten Notfallzentrum nach Entscheidung des gemeinsamen Notfallleitsystems auf Basis des Ersteinschätzungsverfahrens nach § 133b Absatz 3 Satz 5, sofern dies nach den Umständen des Einzelfalls zwingend erforderlich ist.

(3) Krankentransporte sind Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer medizinisch-fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtung eines Krankenkraftwagens bedürfen oder deren Erforderlichkeit aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist. Für Rettungsfahrten gelten ausschließlich die Regelungen des § 60. Bei einem Krankentransport nach Absatz 2 Nummer 5 steht die Entscheidung des gemeinsamen Notfallleitsystems auf Basis des Ersteinschätzungsverfahrens nach § 133b Absatz 3 Satz 5 der ärztlichen Verordnung gleich. Bei einem Krankentransport zu einer ambulanten Behandlung, der nicht unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 Nummer 5 erfolgt, besteht ein Anspruch auf Kostenübernahme nach Absatz 1 Satz 1 nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse.

(4) Krankenfahrten sind Fahrten ohne medizinisch-fachliche Betreuung, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen oder Taxen durchgeführt werden. Bei einer Krankenfahrt nach Absatz 2 Nummer 5 steht die Entscheidung des gemeinsamen Notfallleitsystems auf Basis des Ersteinschätzungsverfahrens nach § 133b Absatz 3 Satz 5 der ärztlichen Verordnung gleich. Bei Krankenfahrten nach Absatz 2 Nummer 4 besteht ein Anspruch auf Kostenübernahme nach Absatz 1 Satz 1 nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse. Die Genehmigung nach Satz 4 gilt als erteilt, sofern eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

1. ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“,

2. eine Einstufung gemäß § 15 des Elften Buches in den Pflegegrad 3, 4 oder 5, bei Einstufung in den Pflegegrad 3 zusätzlich eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität, oder

3. bis zum 31. Dezember 2016 eine Einstufung in die Pflegestufe 2 gemäß § 15 des Elften Buches in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung und seit dem 1. Januar 2017 mindestens eine Einstufung in den Pflegegrad 3.

(5) Als Kosten für Krankentransporte wird der nach § 133a vereinbarte Betrag anerkannt. Für Krankenfahrten sind als Kosten

1. bei der Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels des Fahrpreis unter Ausschöpfen von Fahrpreisermäßigungen,

2. bei Benutzung eines Taxis oder Mietwagens der nach § 133a vereinbarte Betrag,

3. bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs für jeden gefahrenen Kilometer der jeweils aufgrund des Bundesreisekostengesetzes festgesetzte Höchstbetrag für Wegstreckenentschädigung, höchstens jedoch die Kosten, die bei Inanspruchnahme des nach Nummer 1 oder 2 erforderlichen Transportmittels entstanden wären,

anerkannt.

(6) Die Kosten eines Rücktransports in das Inland werden nicht übernommen. § 18 bleibt unberührt.

(7) Im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden Reisekosten nach § 73 Absatz 1 und 3 des Neunten Buches übernommen. Zu den Reisekosten nach Satz 1 gehören bei pflegenden Angehörigen auch die Reisekosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung Pflegebedürftiger nach § 40 Absatz 3 Satz 2 und 3 entstehen. Die Reisekosten von Pflegebedürftigen, die gemäß § 40 Absatz 3 Satz 3 während einer stationären Rehabilitation ihres pflegenden Angehörigen eine Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches erhalten, hat die Pflegekasse des Pflegebedürftigen der Krankenkasse des pflegenden Angehörigen zu erstatten.

(8) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten zu den Kosten für Krankentransporte und Krankenfahrten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag. § 43c Absatz 1 gilt."

3. In § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 wird nach dem Wort „Krankentransporten" ein Komma und das Wort „Krankenfahrten" eingefügt.

4. In § 73b Absatz 4 Satz 7 werden die Wörter „vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten" durch die Wörter „notdienstlichen Versorgung nach § 75 Absatz 1b" ersetzt.

5. § 75 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 2 zweiter Halbsatz werden die Wörter „mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren" durch die Wörter „kooperieren mit den Rettungsleitstellen der Länder gemäß § 133b" ersetzt.

      bb) In Satz 3 Nummer 3 wird das Wort „Versorgungsebene" durch das Wort „Versorgungsstruktur" ersetzt.

   b) Absatz 1b wird wie folgt gefasst:

      „Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist (notdienstliche Versorgung). Ausgenommen von Satz 1 ist die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die notdienstliche Versorgung durch den Betrieb von integrierten Notfallzentren nach § 123 sowie durch einen telemedizinischen und einen aufsuchenden Bereitschaftsdienst sicher. Zur Sicherstellung der notdienstlichen Versorgung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch über die Organisation der notdienstlichen Versorgung treten, um die Versorgung der Versicherten zu verbessern."

   c) Nach Absatz 1b wird folgender Ansatz 1c eingefügt:

      „(1c) Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die vertragszahnärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten."

6. § 87 Absatz 2a Sätze 23 und 24 werden aufgehoben.

7. In § 87b Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „im Notdienst" durch die Wörter „in der telemedizinischen oder aufsuchenden notdienstlichen Versorgung" ersetzt.

8. § 90 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „sowie den erweiterten Landesausschüssen nach § 116b Absatz 3“ gestrichen.

bb) In Satz 3 werden nach dem Wort „auch“ die Wörter „das Recht zur Antragstellung und“ eingefügt.

cc) Satz 4 wird aufgehoben.

b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Der Landesausschuss nach Absatz 1 wird für die Wahrnehmung der Aufgaben nach § 116b Absatz 2 und § 123 Absatz 2 Satz 2 um Vertreter der Krankenhäuser in der gleichen Zahl erweitert, wie sie nach Absatz 2 jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und die Vertreter der Ärzte vorgesehen ist (erweiterter Landesausschuss). Die Vertreter der Krankenhäuser werden von der Landeskrankenhausgesellschaft bestellt. Über den Vorsitzenden des erweiterten Landesausschusses und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausgesellschaft einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes im Benehmen mit den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie der Landeskrankenhausgesellschaft berufen. Die dem erweiterten Landesausschuss durch die Wahrnehmung der Aufgaben nach § 116b Absatz 2 und § 123 Absatz 2 Satz 2 entstehenden Kosten werden zur Hälfte von den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie zu je einem Viertel von den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankenhausgesellschaft getragen. Der erweiterte Landesausschuss beschließt mit einfacher Mehrheit; bei der Gewichtung der Stimmen zählen die Stimmen der Vertreter der Krankenkassen doppelt. Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden wirken im erweiterten Landesausschuss beratend mit. Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach § 123 Absatz 2 Satz 2 umfasst das Mitberatungsrecht auch das Recht zur Antragstellung. Kommt die Festlegung nach § 123 Absatz 2 Satz 2 ganz oder teilweise nicht fristgemäß zustande, setzt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde unverzüglich eine Nachfrist, die sechs Wochen nicht überschreiten darf. Ist auch die Nachfrist fruchtlos verstrichen, erfolgt die Festlegung durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der Nachfrist. Der erweiterte Landesausschuss stellt die hierfür erforderlichen Informationen, Unterlagen und Stellungnahmen unverzüglich zur Verfügung.“

c) In Absatz 5 Satz 1 werden nach dem Wort „Landesausschüsse“ die Wörter „sowie die erweiterten Landesausschüsse“ eingefügt.

9. § 92 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 12 werden nach dem Wort „Krankentransporten“ die Wörter „und Krankenfahrten“ eingefügt.

bb) In Nummer 15 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.

cc) Folgende Nummer 16 wird angefügt:

„16. medizinische Notfallrettung und integrierte Notfallzentren.“

b) Folgender Absatz 7g wird eingefügt:

„(7g) Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 16 erhalten die Länder ein Antrags- und Mitberatungsrecht; Absatz 7e Satz 2 bis 7 gilt entsprechend. Den Bundesverbänden der Hilfsorganisationen, die im Rettungsdienst mitwirken, und den betroffenen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

10. § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 wird aufgehoben.

11. § 116b wird wie folgt geändert:

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

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a nimmt die Aufgaben nach Absatz 2 wahr. Der erweiterte Landesausschuss kann für die Beschlussfassung über Entscheidungen im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach Absatz 2 in seiner Geschäftsordnung abweichend von § 90 Absatz 4a Satz 1 die Besetzung mit einer kleineren Zahl von Mitgliedern festlegen; die Mitberatungsrechte nach § 90 Absatz 4a Satz 7 sowie § 140f Absatz 3 bleiben unberührt. Er ist befugt, geeignete Dritte ganz oder teilweise mit der Durchführung von Aufgaben nach Absatz 2 zu beauftragen und kann hierfür nähere Vorgaben beschließen.“

12. § 120 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach der Angabe „§ 76“ die Wörter „Absatz 1 Satz 2 oder“ eingefügt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Vergütung der in einem Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 ist um einen Abschlag von 50 Prozent zu kürzen, wenn an diesem Krankenhaus kein Standort eines integrierten Notfallzentrums nach § 123 Absatz 2 Satz 2 festgelegt worden ist oder eine Kooperation nach § 75 Absatz 1b Satz 2 in der Fassung vom … [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten] nicht vorliegt.“

13. Nach § 122 wird folgender § 123 eingefügt:

„§ 123

Integrierte Notfallzentren

(1) Integrierte Notfallzentren erbringen als zentrale, jederzeit zugängliche Anlaufstellen der Notfallversorgung auf der Grundlage des bundeseinheitlichen Verfahrens nach Absatz 3 eine qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs der Hilfesuchenden sowie die aus medizinischer Sicht erforderliche notdienstliche Versorgung. Soweit dies medizinisch erforderlich ist, sind sie

zur Weiterleitung in die stationäre Versorgung des Krankenhauses berechtigt und verpflichtet. Die Kooperationsvorgaben nach § 133b Absatz 4 sind zu beachten.

(2) Integrierte Notfallzentren werden von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemeinsam mit den nach Satz 2 bestimmten Krankenhäusern als räumlich und wirtschaftlich von diesen abgegrenzten Einrichtungen errichtet und betrieben. Die erweiterten Landesausschüsse nach § 90 Absatz 4a bestimmen innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Vorgaben nach Absatz 3 und unter Beachtung dieser Planungsvorgaben nach Absatz 3 die Krankenhäuser, an denen integrierte Notfallzentren einzurichten sind. Widerspruch und Klage gegen eine Festlegung nach Satz 2 haben keine aufschiebende Wirkung. Die fachliche Leitung des integrierten Notfallzentrums obliegt der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Das Nähere zur Einrichtung und zum Betrieb des integrierten Notfallzentrums vereinbaren die Kassenärztliche Vereinigung und das Krankenhaus innerhalb von sechs Monaten, nachdem das Krankenhaus als Standort eines integrierten Notfallzentrums festgelegt worden ist. In der Vereinbarung ist das Nähere zur wirtschaftlichen und organisatorischen Ausgestaltung des integrierten Notfallzentrums und zur Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 3 sowie insbesondere dazu zu regeln,

1. dass das integrierte Notfallzentrum räumlich derart an das Krankenhaus angebunden wird, dass es von den Hilfesuchenden als erste Anlaufstelle für die Notfallversorgung wahrgenommen wird und

2. dass nach § 75 Absatz 1b Satz 2 in der Fassung vom ……. [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten] aufgebaute Strukturen, insbesondere sogenannte Portalpraxen, in das integrierte Notfallzentrum überführt werden.

Kommt eine Vereinbarung nach Satz 5 nicht rechtzeitig zustande, wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, wird diese innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsperson. Nach § 75 Absatz 1b in der Fassung vom … [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten] aufgebaute Versorgungsstrukturen, insbesondere sogenannte Portalpraxen, sind bis zur Überführung in ein integriertes Notfallzentrum von der Kassenärztlichen Vereinigung weiter zu betreiben. Sofern das Krankenhaus nicht als Standort eines integrierten Notfallzentrums festgelegt wird, können die nach § 75 Absatz 1b in der Fassung vom … [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten] aufgebauten Versorgungsstrukturen, insbesondere sogenannte Portalpraxen, bis zu einem von dem erweiterten Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a zu bestimmenden Zeitpunkt übergangsweise weiter betrieben werden.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 16 bundesweit einheitliche bedarfsbezogene Planungsvorgaben zur Bestimmung der Anzahl und Standorte der integrierten Notfallzentren. Hierzu definiert der Gemeinsame Bundesausschuss

1. regionsbezogene Erreichbarkeitsrichtwerte mit Vorgaben für ein Betroffenheitsmaß und eine bevölkerungsbezogene Versorgungsdichte als verbindliche Planungskriterien und

2. Ausnahmetatbestände, in denen ein Krankenhaus in zwingend erforderlichen Fällen als Standort eines integrierten Notfallzentrums festgelegt werden kann, obwohl es nicht die Anforderungen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 4 für eine Teilnahme an einer Stufe der Notfallversorgung erfüllt oder nicht in der höchsten, regional verfügbaren Stufe einzuordnen ist.

In den Richtlinien nach Satz 1 bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss auch bundesweit einheitliche Vorgaben und Qualitätsanforderungen zur Leistungserbringung in integrierten Notfallzentren. Hierbei sind insbesondere Vorgaben

1. zur räumlichen, personellen und apparativen Ausstattung von integrierten Notfallzentren,

2. zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden und

3. zum Umfang der von den integrierten Notfallzentren zu erbringenden notdienstlichen Versorgung

festzulegen. Die besonderen Bedürfnisse bei der Versorgung von bestimmten Patientengruppen, insbesondere Kindern und psychisch Erkrankten, sind zu berücksichtigen. Sofern Leitlinien oder standardisierte Verfahrensanweisungen von wissenschaftlichen Fachgesellschaften oder in Modellvorhaben entwickelt wurden, sind diese bei der Entscheidung zu berücksichtigen. Integrierte Notfallzentren sind zu der nach § 133b Absatz 4 Satz 7 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmten Datenübermittlung verpflichtet.

(4) Die Leistungen der integrierten Notfallzentren werden von der Krankenkasse außerhalb der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütung nach Maßgabe dieses Absatzes vergütet. Hierzu beschließt der Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Vorgaben nach Absatz 3 die Aufnahme einer Grundpauschale und nach Schweregrad differenzierte Pauschalen je Inanspruchnahme jeweils in Euro in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen; § 87 Absatz 6 und 7 gilt entsprechend. Mit der Grundpauschale sind unabhängig von der Anzahl der behandelten Patienten die Vorhaltekosten für das integrierte Notfallzentrum entsprechend der nach Absatz 3 zu entwickelnden Vorgaben abzubilden und Grundsätze zur Berücksichtigung der spezifischen Investitionsbedingungen zu vereinbaren. Der Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a hat zwei Jahre nach Inkrafttreten und anschließend in einem Abstand von zwei Kalenderjahren die Entwicklung der Leistungen und der Vergütungen in der ambulanten Notfallversorgung zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten; das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zu dem Bericht bestimmen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren zudem innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Vorgaben nach Absatz 3 gemeinsam und einheitlich

1. Grundsätze zur wirtschaftlichen Leistungserbringung,

2. Grundsätze zur Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie

3. Näheres zum Abrechnungsverfahren und zu Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie der erforderlichen Vordrucke.

Die Kassenärztliche Vereinigung dient als Abrechnungsstelle im Land. Auf Grundlage des Beschlusses nach Satz 2 haben die Vertragspartner nach § 115 Absatz 1 die Berücksichtigung der spezifischen Investitionsbedingungen zu vereinbaren und können

zudem weitere ergänzende Regelungen zur Vergütung vereinbaren. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 5 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet jeweils auf Antrag einer Vertragspartei das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium gemäß § 89a. Die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen sind nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7 in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 um die in den Sätzen 1 bis 3 genannten Leistungen zu bereinigen, soweit sie bisher Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind.

(5) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise über das nächstgelegene integrierte Notfallzentrum und über die gemeinsamen Notfallleitsysteme nach § 133b."

14. § 133 wird wie folgt gefasst:

„§ 133

Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung

(1) Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 60 werden von den nach den Landesrettungsdienstgesetzen vorgesehenen Trägern des Rettungsdienstes oder den beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen erbracht.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich schließen mit den zuständigen Landesbehörden oder nach den Landesrettungsdienstgesetzen vorgesehenen Trägern des Rettungsdienstes oder den beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen Verträge über die Vergütung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 60. Dabei sind für die medizinisch erforderliche Versorgung am Notfallort und für die Rettungsfahrt Pauschalen zu vereinbaren, die unabhängig voneinander abgerechnet werden können. Die Pauschalen haben insbesondere die Betriebskosten zu berücksichtigen. Nicht umfasst werden die Leistungen der Rettungsleitstellen; hierzu sind gesonderte Vereinbarungen gemäß § 133b Absatz 5 zu treffen. Zudem bleiben die Kosten für die Finanzierung der Vorbereitung auf Großschadenslagen und des Brand- und Katastrophenschutzes unberücksichtigt. § 71 ist zu beachten. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande, so bestimmt eine nach Landesrecht errichtete Schiedseinrichtung den Vertragsinhalt.

(3) Die zuständigen Landesbehörden haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich bei der Planung der Anzahl von Luftrettungsstandorten, Rettungsleitstellen, Rettungswachen und Rettungsmitteln zu beteiligen. § 12 Absatz 1 ist ebenso wie die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung zu beachten.

(4) Auf Basis der vertraglichen Vereinbarung nach Absatz 2 können die Leistungen abgerechnet werden, die entsprechend der Vorgaben nach § 133b Absatz 4 Satz 7 erfasst wurden."

15. Nach § 133 werden die folgenden §§ 133a und 133b eingefügt:

„§ 133a

Versorgung mit Krankentransporten und Krankenfahrten

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich schließen mit den zuständigen Landesbehörden oder den dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen Verträge über die Vergütung der Leistungen der

Krankentransporte und Krankenfahrten. § 71 ist zu berücksichtigen. § 133 Absatz 2 Satz 7 gilt entsprechend.

§ 133b

Gemeinsames Notfallleitsystem

(1) In medizinischen Notsituationen sollen sich Versicherte oder Dritte zur telefonischen Ersteinschätzung und Vermittlung der erforderlichen medizinischen Versorgung an das gemeinsame Notfallleitsystem wenden. Besteht aus Sicht des Versicherten oder Dritten Lebensgefahr oder die Gefahr schwerer gesundheitlicher Schäden ist die Rufnummer 112 zu wählen. In allen anderen Fällen ist die Rufnummer 116 117 zu wählen.

(2) Das gemeinsame Notfallleitsystem vermittelt auf der Grundlage des Ersteinschätzungsverfahrens nach Absatz 3 Satz 5 eine unmittelbar erforderliche medizinische Versorgung in der gebotenen Versorgungsstruktur. Dabei disponieren die Rettungsleitstellen unter der Rufnummer 112 die Leistungen der medizinischen Notfallrettung sowie Krankentransporte zur notdienstlichen Versorgung und die Kassenärztlichen Vereinigungen unter der Rufnummer 116 117 die notdienstliche Versorgung nach § 75 Absatz 1b Satz 3. Das gemeinsame Notfallleitsystem kann digitale Unterstützungsangebote für Hilfesuchende in medizinischen Notsituationen anbieten oder digitale Anwendungen einbeziehen.

(3) Das gemeinsame Notfallleitsystem besteht in der verbindlichen Zusammenarbeit der Träger der Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 und der Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Rufnummer 116 117 nach § 75 Absatz 1a Satz 2. Sofern ein Träger einer Rettungsleitstelle der Rufnummer 112 ein gemeinsames Notfallleitsystem bilden möchte, ist die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung dazu verpflichtet. Das gemeinsame Notfallleitsystem ist eine organisatorische und technische, insbesondere digitale Verbindung, die sich auf die Kooperation in medizinischen Notsituationen beschränkt und nicht die weiteren Aufgaben der beiden Rufnummern betrifft. Wesentlich für das gemeinsame Notfallleitsystem ist ein gemeinsames und verbindliches Verständnis zur Einschätzung der Dringlichkeit des medizinischen Versorgungsbedarfs und der Disposition der erforderlichen medizinischen Versorgung. Hierzu vereinbaren die Träger der Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 mit der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ein qualifiziertes, standardisiertes und softwaregestütztes Ersteinschätzungsverfahren von medizinischen Hilfeersuchen und die zum jeweiligen Endpunkt des Einschätzungsverfahrens zu disponierende Versorgung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat erstmals ein Jahr nach Inkrafttreten und anschließend in einem Abstand von zwei Kalenderjahren dem Bundesministerium für Gesundheit über die Vereinbarungen nach Satz 5 zu berichten. Das Nähere zum Bericht bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit.

(4) Mit dem Ziel, eine effektive und effiziente medizinische Versorgung in Notfällen zu gewährleisten, arbeiten gemeinsame Notfallleitsysteme, Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung und integrierte Notfallzentren zusammen. Dies beinhaltet die interaktive Nutzung einer digitalen Dokumentation zur Übertragung der zur Weiterversorgung erforderlichen Daten sowie insbesondere auch eine Echtzeitübertragung der Versorgungskapazitäten von Rettungsmitteln, aufsuchendem Bereitschaftsdienst, integrierten Notfallzentren und Krankenhäusern, die die Anforderungen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 4 für eine Teilnahme an der Basisnotfallversorgung, der erweiterten Notfallversorgung oder der umfassenden Notfallversorgung oder die Anforderungen für das Modul Notfallversorgung Kinder dieses Beschlusses erfüllen. Diese digitale Vernetzung und Kooperation gewährleistet, dass gemeinsamen Notfallleitsystemen eine Disposition über Ländergrenzen hinweg

möglich ist. Für die digitale Vernetzung ist die Telematikinfrastruktur nach § 291a zu nutzen, sobald diese flächendeckend für die an der Notfallversorgung Beteiligten zur Verfügung steht und sofern die Sicherheit des Brand- und Katastrophenschutzes gewährleistet ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 16 das Nähere zur Kooperationsverpflichtung nach Satz 1 und zur digitalen Vernetzung unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen an die Informationssicherheit. Die Gesellschaft für Telematik nach § 291b und geeignete Dritte können beratend einbezogen werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt zudem in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 16 das Nähere für eine bundesweit einheitliche, nicht-versichertenbezogene Erfassung der medizinischen Notfallversorgung fest.

(5) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich schließen mit den zuständigen Landesbehörden oder den nach den Landesrettungsdienstgesetzen vorgesehenen Trägern der Rettungsleitstellen Verträge über die Vergütung der im Rahmen eines gemeinsamen Notfallleitsystems erbrachten Leistungen ausgehend von einer zu vereinbarenden Pauschale je Hilfeersuchen, das entsprechend der Vorgaben des Absatzes 4 Satz 7 erfasst wurde. § 133 Absatz 2 Satz 6 und 7 und Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.

(6) Die Errichtung von gemeinsamen Notfallleitsystemen und die digitale Vernetzung nach Absatz 4 wird durch die gesetzliche Krankenversicherung mit einer Summe von 25 Millionen Euro für die einmalige Finanzierung der Anschaffungskosten von Softwarelösungen für die Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 und die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung gefördert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhebt hierzu von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Die Zahl der nach Satz 2 maßgeblichen Versicherten der Krankenkasse ist nach dem Vordruck der KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Juli 2022 zu bestimmen. Bei einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung nach Satz 1 erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag. Von dem Fördervolumen kann jedes Land den Anteil abrufen, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Januar 2022 ergibt. Voraussetzung für die Zuteilung von Fördermitteln ist, dass nachgewiesen wird, dass

1. die Vorgaben nach Absatz 4 Satz 5 eingehalten werden und

2. das antragstellende Land, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der Rettungsleitstelle, mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens trägt.

Das Nähere zum Umlageverfahren und zum Verfahren der Förderung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen."

16. In § 140a Absatz 1 Satz 5 werden die Wörter „vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten" durch die Wörter „notdienstlichen Versorgung nach § 75 Absatz 1b" ersetzt.

17. § 140f wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 wird nach der Angabe „§ 90" die Angabe „Absatz 1" eingefügt und die Angabe „§ 116b Absatz 3" durch die Angabe „§ 90 Absatz 4a" ersetzt.

    b) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „ , § 133 Absatz 4" gestrichen.

18. Dem § 291a Absatz 7c werden folgende Sätze angefügt:

„Zum Ausgleich der bei den Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung nach § 133 Absatz 1 und den Trägern der Rettungsleitstellen der Rufnummer 112, die ein Gemeinsames Notfallleitsystem nach § 133b gebildet haben, entstehenden Investitions- und Betriebskosten nach Absatz 7 Satz 5 Nummer 1 und 2 erhalten diese einen Zuschlag in Höhe der den Vereinbarungen nach Absatz 7 Satz 5 für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in der jeweils geltenden Fassung vereinbarten Erstattungen (Telematikzuschlag). Das Nähere zum Abrechnungsverfahren legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest.“

19. Dem § 302 Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Bei der Abrechnung von Leistungen nach §§ 60 und 60a Absatz 2 Nummer 5 ersetzen der Nachweis der Ersteinschätzung durch ein gemeinsames Notfallleitsystem die nach Satz 1 erforderlichen Angaben zur Arztnummer und ärztlichen Verordnung. Das Nähere zum Nachweis der Ersteinschätzung durch ein gemeinsames Notfallleitsystem bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

20. Folgender § 329 wird angefügt:

„§ 329

Übergangsregelung zur Reform der Notfallversorgung

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 16 erstmals bis zum …[einsetzen: Datum des letzten Tages des achtzehnten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die in den §§ 60 Absatz 3, 123 Absatz 3 und 133b Absatz 4 in der ab …[einsetzen: Datum des ersten Tages des zweiundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] geltenden Fassung vorgesehenen Regelungen.

(2) Sofern ein Träger einer Rettungsleitstelle der Rufnummer 112 ein gemeinsames Notfallleitsystem gemäß § 133b in der ab …[einsetzen: Datum des ersten Tages des zweiundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] geltenden Fassung bilden möchte, hat die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung eine frühzeitige Vereinbarung nach § 133b Absatz 3 Satz 4 in der ab …[einsetzen: Datum des ersten Tages des zweiundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] geltenden Fassung über ein qualifiziertes, standardisiertes und softwaregestütztes Ersteinschätzungsverfahren von medizinischen Hilfeersuchen und die zum jeweiligen Endpunkt des Einschätzungsverfahrens zu disponierende Versorgung zu ermöglichen.

(3) Leistungen der medizinischen Notfallrettung können auch nach dem …[einsetzen: Datum des ersten Tages des zweiundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in entsprechender Anwendung des § 133 in der bis …[einsetzen: Datum des letzten Tages des einundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] geltenden Fassung vergütet werden, solange die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 16 noch nicht in Kraft getreten ist.“

Artikel 2

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

In § 12a Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel X des Gesetzes vom <Datum> (BGBl. I S. XY) geändert worden ist, werden die Wörter „integrierter Notfallstrukturen“ durch die Wörter „integrierter Notfallzentren nach § 123 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 3

Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

In § 11 Absatz 1 Nummer 5 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung vom 17. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2350), die durch Artikel 5 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) geändert worden ist, werden die Wörter „integrierten Notfallzentrums“ durch die Wörter „integrierten Notfallzentrums nach § 123 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 4

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am …[einsetzen: Datum des ersten Tages des zweiundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in Kraft.

(2) Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe a Doppelbuchstaben bb und cc und Buchstabe b sowie Nummer 20 treten am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die bestmögliche Versorgung von Menschen in medizinischen Notfällen gehört zu den zentralen Aufgaben des Gesundheitswesens. Deutschland verfügt über umfassend ausgebaute Systeme der Notfallversorgung in ambulanten und stationären Einrichtungen sowie über ein ebenfalls gut etabliertes Rettungswesen. Diese drei Versorgungsbereiche unterliegen jeweils unterschiedlichen Gesetzmäßigkeiten und Ordnungsprinzipien hinsichtlich ihrer Planung, Leistungserbringung und Finanzierung. Die sektorale Trennung erschwert es Patientinnen und Patienten, die Zuständigkeiten und Anlaufstellen für eine Versorgung in medizinischen Notfällen zu überblicken und bedarfsgerecht in Anspruch zu nehmen.

Die ambulante ärztliche Notfallversorgung gesetzlich Krankenversicherter ist, sofern nicht eine notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes erforderlich ist, nach geltendem Recht die Aufgabe der vertragsärztlichen Leistungserbringer. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben dies durch eine differenzierte Versorgungsstruktur auch im Rahmen des vertragsärztlichen Notdienstes sicherzustellen. Es ist jedoch festzustellen, dass Patientinnen und Patienten in medizinischen Notsituationen auch den direkten Weg in die Notfallambulanz des nächstgelegenen Krankenhauses wählen. Die hohe Inanspruchnahme von Notfallambulanzen ist auch durch solche Patientinnen und Patienten bedingt, deren Behandlung im Krankenhaus medizinisch nicht erforderlich ist. Die Inanspruchnahme einer nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztin bzw. eines nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes, zu denen regelmäßig auch Krankenhausärztinnen und -ärzte gehören, ist zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nur in Notfällen zulässig. Insofern ist eine bedarfsgerechte Koordination und Erbringung der Versorgung durch eine weitergehende Verknüpfung von ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen erforderlich. Die bereits mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) sowie dem Krankenhausstrukturgesetz vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) vorgesehene Weiterentwicklung des durch die Kassenärztlichen Vereinigungen organisierten Notdienstes durch Kooperationen mit Krankenhäusern hat in den letzten Jahren zur Einrichtung von sogenannten Portalpraxen, die räumlich in oder an Krankenhäusern angesiedelt sind, und damit bereits zu einer besseren Verzahnung von ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen geführt. Es gibt Hinweise darauf, dass die inzwischen zunehmend vereinbarten Kooperationen den gewünschten positiven Einfluss auf die Inanspruchnahme von Notfallstrukturen sowie die Steuerung von Patientinnen und Patienten haben. Die bessere Koordinierung von Hilfeersuchen wird durch die Kassenärztlichen Vereinigungen mit der künftig jederzeit erreichbaren Notdienstnummer 116 117 unterstützt. Um an diese Entwicklung anzuknüpfen und der hohen Inanspruchnahme von Notfallambulanzen der Krankenhäuser auch bei leichteren Erkrankungen und Verletzungen entgegenzuwirken, muss das System so weiterentwickelt werden, dass eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme durch Patientinnen und Patienten erfolgt. Zentrale Aufgabe ist dabei, die regional sehr unterschiedlich entwickelten Strukturen in ein neues System der integrierten Notfallversorgung zu überführen. Wesentliches Ziel ist es, funktionierende Strukturen in eine nachhaltige Neustrukturierung der ambulanten Notfallversorgung einzubinden und diese flächendeckend auszubauen.

Ein neues System der integrierten Notfallversorgung muss auch den Rettungsdienst der Länder entlasten, der die zentrale Rolle bei der Ersteinschätzung, -versorgung und den Transport in die gebotene Weiterversorgung hat. Der Rettungsdienst der Länder hat sich mit teilweise spezialisierter medizinischer Versorgung am Notfallort und während einer Ret-

tungsfahrt zu einem medizinischen Versorgungsbereich entwickelt, dessen Leistungen bisher unzureichend im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung abgebildet werden. Die Länder fordern daher seit langem, den Rettungsdienst als eigenständigen Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung anzuerkennen (siehe z. B. Bundesratsdrucksache 190/13).

Vor dem Hintergrund der aktuellen Strukturen der vertragsärztlichen Notfallversorgung einerseits und zum anderen der derzeitigen Finanzierung der rettungsdienstlichen Leistungen als Fahrkosten im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse ist festzustellen, dass bei einem Hilfeersuchen über die Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 überwiegend ein Rettungswagen als kosten- und personalintensives Einsatzmittel disponiert wird und dieser Rettungseinsatz in der Regel einen Transport in ein Krankenhaus auslöst, auch wenn im Einzelfall eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist. In der Folge kommt es oftmals zur unnötigen Inanspruchnahme von Rettungsmitteln und Notfallambulanzen der Krankenhäuser und zu belastenden Situationen für die Patientinnen und Patienten. Aus rettungsdienstlicher Sicht kann nur anhand der telefonischen Angaben des Betroffenen oder eines Dritten unter Berücksichtigung der möglicherweise eintretenden Gesundheitsgefahren für den Betroffenen gehandelt werden. Erforderlich ist daher in jedem Fall eine ärztliche Abklärung des Hilfebedarfs. Derzeit bestehen jedoch systemische Hürden, medizinisch weniger dringlich erscheinende Hilfeersuchen in adäquater Weise dem vertragsärztlichen System zur ärztlichen Abklärung und Weiterversorgung zuzuleiten. Die Weiterversorgung ist vorrangig auf die stationäre Versorgungsstruktur ausgerichtet, die in der Folge mit einem hohen Patientenaufkommen umgehen muss, das auch vertragsärztlich versorgt werden könnte.

Das Rettungswesen in Deutschland ist in den Rettungsdienstgesetzen der Länder verankert, auf kommunaler Ebene historisch gewachsen und organisiert und entsprechend heterogen ausgestaltet. Es ist geprägt durch die Entwicklung von einer satzungsmäßigen Aufgabe freiwilliger Hilfsorganisationen zu einer hoheitlichen Gesamtaufgabe von Gefahrenabwehr und Gesundheitsvorsorge und von der reinen Erstversorgung und dem Verletztentransport ins nächstgelegene Krankenhaus hin zu einer präklinischen, qualitätssichernden und optimierten Versorgung am Notfallort und während des Transportes. Neben den zentralen Aspekt der Gefahrenabwehr des Rettungsdienstes ist damit das Erfordernis der Unmittelbarkeit einer bestmöglichen medizinischen Notfallversorgung getreten, das im Interesse der Notfallpatientinnen und -patienten zunehmend etabliert werden muss. Eine solche integrierte Notfallversorgung zeichnet sich bereits heute ab, indem die mobile und stationäre Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten ineinander greift und beispielsweise Rettungsfahrzeuge über umfangreiche medizintechnische Ausstattungen verfügen, die eine spezialisierte Versorgung unmittelbar am Notfallort und während der Rettungsfahrt ermöglichen, und damit weit über eine medizinische Erstversorgung oder den reinen Verletztentransport hinausgehen.

Neben dem Erfordernis einer hochspezialisierten medizinischen Versorgung am Notfallort und während der Rettungsfahrt steht der Rettungsdienst vor der Herausforderung steigender Fallzahlen, die zunehmend die Einhaltung landesrechtlich definierter Hilfsfristen mit den gegebenen Ressourcen erschweren. Die Zunahme von Einsätzen ist nicht nur auf den steigenden Versorgungsbedarf einer alternden Bevölkerung mit geriatrisch geprägtem Notfallaufkommen zurückzuführen. Es ist auch eine zunehmende Nutzung rettungsdienstlicher Ressourcen in Notsituationen zu verzeichnen, die nicht die definitorischen Voraussetzungen eines Notfalls erfüllen. Denn Hilfesuchende können sich auf den durch die Länder sichergestellten Rettungsdienst als jederzeit verfügbares, leistungsfähiges System mit unverzüglicher medizinischer Hilfeleistung verlassen.

Die Frage, ob eine konkret als Notfall empfundene Situation tatsächlich einen Notfall darstellt oder nicht, ist für medizinische Laien, die selbst oder deren Angehörige betroffen sind, nur schwer zu beurteilen. Notfallpatientinnen und -patienten werden in den Rettungsdienstgesetzen der Länder oftmals als Personen definiert, die sich infolge Verletzung, Krankheit

oder sonstiger Umstände entweder in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich medizinische Hilfe erhalten. Das Bundessozialgericht geht für die Beantwortung der Frage, ob ein Notfall vorliegt, der ausnahmsweise zur Inanspruchnahme einer nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztin bzw. eines nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes (und damit auch der Notfallambulanz eines Krankenhauses) berechtigt, von einem ähnlichen Notfallbegriff aus. So ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ein Notfall dann zu bejahen, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen so dringlich ist, dass es bereits an der Zeit für die Auswahl eines zugelassenen Therapeuten und dessen Behandlung fehlt (siehe Urteil vom 8. September 2015, Aktenzeichen B 1 KR 14/14 R, mit weiteren Nachweisen zur diesbezüglich ständigen Rechtsprechung). Es muss also eine sofortige ärztliche Behandlung erforderlich sein und der Patientin bzw. dem Patienten darf die Inanspruchnahme einer Vertragsärztin bzw. eines Vertragsarztes anstelle der Notfallambulanz nicht zumutbar sein. Dies ist insbesondere dann zu bejahen, wenn Gefahren für Leib und Leben entstehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lange andauern würden. Nur in diesen Fällen ist auch die Notfallambulanz des Krankenhauses berechtigt, eine ambulante Behandlung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung vorzunehmen.

Neben der seit jeher nur schwer zu beurteilenden Frage, ob tatsächlich ein Notfall vorliegt, scheinen weitere Faktoren für die hohe Inanspruchnahme der Notfallambulanzen der Krankenhäuser und der rettungsdienstlichen Leistungen ausschlaggebend. In der Bevölkerung besteht offenbar eine große Unsicherheit, wohin man sich im Notfall wenden kann und sollte. Bei der Umsetzung und der Bekanntheit der mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) vorgeschriebenen bundeseinheitlichen Notdienstnummer 116 117 der Kassenärztlichen Vereinigungen gibt es noch Optimierungsbedarf. In der Bevölkerung ist vorrangig die Notrufnummer 112 bekannt, die jedoch nur in lebensbedrohlichen und schwerwiegenden medizinischen Notsituationen genutzt werden soll. Neben der Hilfe über die Notrufnummer 112 wird vielfach das nächstgelegene Krankenhaus als niedrigschwellig zugängliche und jederzeit erreichbare Möglichkeit der medizinischen Akutversorgung wahrgenommen. Krankenhäuser sind zur Abklärung von Notfällen rechtlich verpflichtet. Die Entscheidung für die Inanspruchnahme einer Notfallambulanz treffen Patientinnen und Patienten im Wesentlichen nach ihrem Notfallempfinden und weitergehenden Präferenzen wie dem Wunsch einer zeitnahen ärztlichen Behandlung oder umfassenden Diagnostik, häufig ohne genaue Kenntnisse über die Zuständigkeiten im Gesundheitssystem.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2018 über die „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ die aktuelle Situation der Notfallversorgung in Deutschland analysiert und erheblichen Reformbedarf in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen festgestellt sowie richtungsweisende Empfehlungen zur Neuordnung erarbeitet.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass es für eine bedarfsgerechte und ressourcenschonende Notfallversorgung einer einheitlichen, qualitätsgesicherten Ersteinschätzung der von Hilfesuchenden als Notfälle empfundenen Erkrankungssituationen und einer professionellen Steuerung und Vermittlung in die aus medizinischer Sicht gebotene Versorgungsstruktur bedarf.

Eine solche Steuerung sowie Vermittlung und Behandlung in die gebotene Versorgungsstruktur setzt eine integrierte Notfallversorgung voraus, die durch eine verbindliche Kooperation aller handelnden Akteure des Rettungsdienstes und der ambulanten sowie stationären Notfallversorgung zu erreichen ist und durch eine digitale Vernetzung begleitet sein muss.

Ziel des Gesetzes ist es daher, die bisher weitgehend sektoral organisierten Versorgungsbereiche der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung zu einem

System der integrierten Notfallversorgung weiter zu entwickeln. Eine enge Verzahnung dieser Versorgungsbereiche wird zu mehr Orientierung für Patientinnen und Patienten, zu kürzeren Wartezeiten, zur bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung in der gebotenen Versorgungsstruktur sowie zu einem sinnvollen und effizienten Einsatz personeller und finanzieller Ressourcen und damit zu einer Verbesserung der Gesamtqualität der Notfallversorgung führen.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Die Notfallversorgung in Deutschland wird unter Berücksichtigung der Perspektive der Patientinnen und Patienten effektiver und effizienter gestaltet, sodass die Patientinnen und Patienten angemessen durch die Notfallversorgungsstrukturen gesteuert werden. Wesentliche Maßnahmen sind:

1. Gemeinsame Notfallleitsystem (GNL)

Wesentliche Bedeutung für eine integrierte medizinische Notfallversorgung kommt einer telefonischen Steuerung von Hilfesuchenden in medizinischen Notsituationen zu. Diese zentrale Lotsenfunktion zur qualifizierten Ersteinschätzung und verbindlichen Steuerung von Hilfesuchenden in die medizinisch gebotene Versorgungsstruktur soll künftig das GNL übernehmen. GNL sollen in lebensbedrohlichen und schwerwiegenden Notsituationen unter der Rufnummer 112 erreichbar sein. In allen anderen Fällen ist 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche die Rufnummer 116 117 erreichbar. GNL bestehen in der verbindlichen Zusammenarbeit der Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 und der Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Rufnummer 116 117. Sofern eine Rettungsleitstelle der Rufnummer 112 ein GNL bilden möchte, ist die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung hierzu verpflichtet. GNL bedeuten eine konsequente Weiterentwicklung der Terminservicestellen, die durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 652) spätestens zum 1. Januar 2020 für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche als zentrale telefonische Anlaufstellen unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 116 117 erreichbar sein müssen und Versicherte in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsstruktur vermitteln sollen.

Wesentlich für das GNL ist ein künftig gemeinsames und verbindliches Verständnis zur Einschätzung der Dringlichkeit des medizinischen Versorgungsbedarfs und der Disposition der erforderlichen medizinischen Versorgung. Im Rahmen eines GNL disponieren die Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 die Leistungen der medizinischen Notfallrettung und auch Krankentransporte zur notdienstlichen Versorgung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen disponieren unter der Rufnummer 116 117 die notdienstliche Versorgung durch telemedizinische und aufsuchende Leistungen oder verweisen an das nächsterreichbare INZ.

Vorgesehen ist eine umfassende Kooperation der an der medizinischen Notfallversorgung Beteiligten, die sich ganz wesentlich auf eine digitale Vernetzung und eine zentrale Steuerung durch das GNL stützt. Dies beinhaltet die interaktive Nutzung einer digitalen Dokumentation zur Übertragung der zur Weiterversorgung erforderlichen Daten von Patientinnen und Patienten. Ziel ist zudem, eine Echtzeitübertragung der verfügbaren Ressourcen und Versorgungskapazitäten der an der Notfallversorgung Beteiligten. Die Anschaffung der dafür in den Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 und bei den Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung erforderlichen Softwarelösungen werden aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 25 Millionen Euro gefördert.

2. Integrierte Notfallzentren (INZ)

Als zentrale Einrichtungen der medizinischen Notfallversorgung werden INZ geschaffen. Alle Notfallpatientinnen und -patienten haben damit eine jederzeit zugängliche Anlaufstelle in Krankenhäusern, die nach Eintreffen der oder des Hilfesuchenden eine qualifizierte und

standardisierte Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs leistet und vor Ort die aus medizinischer Sicht unmittelbar erforderliche notdienstliche Versorgung erbringt oder eine stationäre Versorgung veranlasst. Es gilt hierbei grundsätzlich das Prinzip „ambulant vor stationär“.

INZ werden von den für die Sicherstellung der notdienstlichen Versorgung zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern gemeinsam errichtet und unter fachlicher Leitung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung betrieben. Auf Basis einer entsprechenden Kooperationsvereinbarung zwischen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung und dem betroffenen Krankenhaus werden INZ räumlich derart in ein Krankenhaus eingebunden, dass sie von den Patientinnen und Patienten als erste Anlaufstelle im Notfall wahrgenommen werden.

Diese neue Versorgungsstruktur trägt dem Umstand Rechnung, dass die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulantem Behandlungsbedarf Aufgabe der vertragsärztlichen Leistungserbringer, insbesondere auch im Rahmen des bisherigen vertragsärztlichen Notdienstes ist, die betroffenen Patientinnen und Patienten jedoch vielfach die Notfallambulanzen der Krankenhäuser aufsuchen oder die Rettungsdienste beanspruchen. Patientinnen und Patienten müssen künftig nicht mehr entscheiden, ob der vertragsärztliche Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung oder die Notfallambulanz eines Krankenhauses die richtige Anlaufstelle ist, sondern können in allen medizinischen Notsituationen das nächstgelegene, jederzeit erreichbare INZ aufsuchen.

Die Festlegung der Anzahl und konkreten Standorte von INZ erfolgt durch die erweiterten Landesausschüsse nach Maßgabe der bundesweit einheitlichen, bedarfsbezogenen Planungsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Dabei sind die bestehenden Strukturen sowohl des vertragsärztlichen Notdienstes, insbesondere sogenannte Portalpraxen, als auch der stationären Notfallversorgung zu berücksichtigen. Ziel ist grundsätzlich, die sogenannten Portalpraxen und Notfallambulanzen der Krankenhäuser sukzessive in INZ zu überführen. Die Planung der INZ soll eine flächendeckende, qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung mit INZ sicherstellen. Dabei ist es von entscheidender Bedeutung, dass die an der Notfallversorgung konkret Beteiligten auf regionaler Ebene zusammenarbeiten und sich gegenseitig entlasten. Es gilt auf regionaler Ebene Lösungen und Kooperationen zu finden, um eine effektive und effiziente, integrierte Notfallversorgung zu erreichen.

3. Rettungsdienst als Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung

Das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung erkennt die medizinische Notfallversorgung am Notfallort durch die Rettungsdienste der Länder sowie die Rettungsfahrt als eigenständige Leistungen der medizinischen Notfallrettung an und gewährt den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung einen Anspruch auf diese Leistungen. Damit wird der zentralen Bedeutung der rettungsdienstlichen Notfallversorgung für eine effektive Notfallversorgung Rechnung getragen und der langjährigen entsprechenden Forderung der Länder nachgekommen.

Die teilweise hochspezialisierte medizinische Versorgung am Notfallort und während der Rettungsfahrt sowie ein unmittelbar am Notfallort einsetzendes, präklinisches Fallmanagement haben erhebliche Bedeutung für die Qualität der Notfallversorgung und damit einen entscheidenden Einfluss auf den Behandlungserfolg der medizinischen Notfallversorgung. In einem zunehmend auf Spezialisierung ausgerichteten Gesundheitswesen ist es wichtig, dass Patientinnen und Patienten im Notfall unmittelbar der geeigneten Versorgungsstruktur zur Weiterbehandlung zugeleitet werden und dass insofern einheitliche Vorgaben durch den G-BA beschlossen werden.

Der Anspruch auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung besteht unabhängig von der Inanspruchnahme anderer Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und trägt damit wesentlich zu einer effizienten Nutzung der Notfalleinrichtungen, insbesondere zu einer Entlastung der Notfallambulanzen der Krankenhäuser und zu einem ressourcenschonenderem Einsatz der Rettungsmittel bei. Für einen bedarfsgerechten Einsatz der Rettungsmittel können künftig auch Krankentransporte zur notdienstlichen Versorgung über die Rettungsleitstellen der Länder ohne gesonderte ärztliche Verordnung disponiert werden.

Für alle in diesem Gesetz vorgesehenen Maßnahmen werden Vorgaben des G-BA maßgeblich sein, so dass die Regelungen erst dann zu einem Zeitpunkt in Kraft treten, zu dem neue Richtlinie des G-BA zu Leistungen der medizinischen Notfallrettung und INZ vorliegt. Der G-BA hat die Richtlinie innerhalb von 18 Monaten nach der Verkündung dieses Gesetzes zu beschließen.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Für Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung als sozialversicherungsrechtliche Regelungen ergibt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes (GG). Zentrale Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung für alle Versicherten. Dabei besteht ein weites gesetzgeberisches Ermessen bei der Frage, welche Leistungen hierfür in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden. Umfasst sind dabei nicht nur Regelungen über die Voraussetzung und den Umfang der Leistungsansprüche in der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch die Art und Weise der Leistungserbringung.

Diesem Kompetenzbereich sind die gesetzlichen Regelungen zur Umstrukturierung der medizinischen Notfallversorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung schwerpunktmäßig zuzuordnen. Teil der medizinischen Notfallversorgung ist die medizinische Notfallrettung durch den Rettungsdienst, die durch die unter der Rufnummer 112 erreichbaren Rettungsleitstellen gesteuert werden.

Gemäß Artikel 30 und 70 GG sind die Länder für den Rettungsdienst im Bereich der Gefahrenabwehr und Gesundheitsfürsorge zuständig und haben die Organisation sowie Durchführung des Rettungsdienstes in ihren Rettungsdienstgesetzen geregelt. Unbeschadet dessen sind im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung Regelungen betreffend die medizinische Notfallrettung vorzusehen. In Anbetracht der Entwicklung des Aufgabenspektrums des Rettungsdienstes ist es nicht mehr sachgerecht, die qualifizierte medizinische Versorgung von Versicherten am Notfallort als bloße Beförderungsleistung zu einer Hauptleistung der gesetzlichen Krankenversicherung anzusehen. Denn die Tätigkeit des Rettungsdienstes im Bereich der medizinischen Notfallrettung dient ganz wesentlich dem primären Zweck der gesetzlichen Krankenversicherung, eine hochwertige medizinische Behandlung des Versicherten zu gewährleisten. Die medizinische Notfallrettung durch den Rettungsdienst der Länder ist somit in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen.

Von entscheidender Bedeutung für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung in einem zunehmend auf Spezialisierung ausgerichteten Gesundheitswesen ist es, dass Patientinnen und Patienten im Notfall unmittelbar in der geeigneten Versorgungsstruktur weiterbehandelt werden. Vorgaben dazu, in welchem Fall bei einer Rettungsfahrt welche Einrichtung angefahren werden soll, stehen somit in einem untrennbaren

Sachzusammenhang zu der Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, allen Versicherten einen gleichwertigen Zugang zur erforderlichen medizinischen Versorgung zu ermöglichen und sind insofern zwingend für die Sicherstellung einer an dem Maßstab des Artikel 3 GG gemessenen Patientenversorgung. Denn diese Versorgung kann nur gewährleistet werden, wenn bestimmt ist, dass die aus medizinischer Sicht erforderliche Behandlung unmittelbar in einer dafür geeigneten, spezialisierten Versorgungsstruktur erfolgt. Dafür muss stets gewährleistet sein, dass die verschiedenen Bereiche der rettungsdienstlichen, stationären und ambulanten Notfallversorgung ineinander greifen. Unerlässlich ist insoweit eine verbindliche, übergreifende Kooperation aller Beteiligten, insbesondere auch durch eine digitale Vernetzung.

Angesichts einer geänderten Inanspruchnahme der Notfallstrukturen müssen zur Entlastung des Rettungsdienstes weitere Hilfsstrukturen vorgesehen werden, die auf Grundlage einer medizinischen Ersteinschätzung eine bedarfsgerechte, ressourcenschonende Versorgung ermöglichen. Um dieses Ziel zu erreichen, ist eine verbindliche Zusammenarbeit zwischen den Rettungsleitstellen und den Kassenärztlichen Vereinigungen durch die Möglichkeit zur Einführung eines GNL zu fördern. Um die Länder dabei zu unterstützen, werden die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Kooperation verpflichtet und Mittel zur Investitionsförderung bereitgestellt. Voraussetzung für eine Förderung ist, dass diese den Zielen der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Dabei steht es dem Gesetzgeber zu, für die Förderungswürdigkeit des Antragstellers differenzierte Regelungen vorzusehen.

Durch die Neuregelungen im Bereich der medizinischen Notfallrettung werden keine bewährten Strukturen des Rettungsdienstes beeinträchtigt. Vielmehr beschränken sich die Regelungen auf diejenigen Vorgaben, die zur Funktionsfähigkeit der Gesundheitsversorgung zwingend notwendig sind und somit in einem untrennbaren Sachzusammenhang mit der gesetzlichen Krankenversicherung stehen.

Kostenerstattungsregelungen zu Leistungen im Rahmen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) müssen grundsätzlich die Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung gewährleisten. Diesem Finanzierungs- und Stabilitätsziel entspricht die Maßgabe, nach der die Vergütung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung mit den Krankenkassen verhandelt werden muss. Aus der Finanzierungsverantwortung der gesetzlichen Krankenversicherung ergibt sich auch das Beteiligungsrecht der Krankenkassen bei der Planung der rettungsdienstlichen Leistungserbringung. Weiterhin bleiben die Länder für die Organisation und Durchführung des Rettungsdienstes zuständig, sodass die verfassungsrechtliche Finanzierungsverantwortung der Länder gemäß Artikel 104a Absatz 1 GG zu beachten ist.

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

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

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Das Gesetz trägt zur Rechts- und Verwaltungsvereinfachung bei, indem einheitliche Strukturen einer integrierten Notfallversorgung unter Einbezug der bestehenden heterogenen Kooperationen und Einrichtungen neu geschaffen werden.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Das Gesetz bewirkt eine nachhaltige Entwicklung der Lebensqualität und Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger sowie des sozialen Zusammenhalts im Sinne der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie. Mit dem Gesetz werden die notwendigen Reformen der bestehenden Versorgungsbereiche der medizinischen Notfallversorgung eingeleitet, um eine nachhaltige Verbesserung der rettungsdienstlichen und ambulanten medizinischen Notfallversorgung zu erreichen. Den Herausforderungen der rettungsdienstlichen und ambulanten medizinischen Notfallversorgung, die auch aus den wandelnden Strukturen der Gesellschaft wie dem demographischen Wandel und drohendem Ärztemangel insbesondere im ländlichen Raum entstehen, wird mit dem Gesetz wirksam begegnet. Ziel ist es, unter der Annahme eines zunehmenden, insbesondere geriatrisch geprägten Notfallaufkommens auch in Zukunft eine bedarfsgerechte, hochwertige und jederzeit erreichbare medizinische Notfallversorgung der Versicherten sicherzustellen. Damit wird verschiedenen Schlüsselindikatoren einer nachhaltigen Entwicklung Rechnung getragen. Wesentlich gefördert wird das Ziel, ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters zu gewährleisten und ihr Wohlergehen zu fördern. Die Maßnahmen des Gesetzes führen zu einer Senkung der vorzeitigen Sterblichkeit von Frauen und Männern. Darüber hinaus dient das Gesetz der Ressourcenschonung, indem es durch eine intensive Verzahnung der Versorgungsbereiche der medizinischen Notfallversorgung eine effizientere Nutzung der insbesondere auch personellen Ressourcen bewirkt.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

a) Bund

Dem Bund entstehen durch die Regelungen des Gesetzes keine Mehrausgaben.

b) Länder und Kommunen

Den Haushalten der Länder und Kommunen entstehen gegebenenfalls Mehrausgaben durch die Einrichtung von INZ an den hierfür ausgewählten Krankenhäusern, sofern bauliche Anpassungsmaßnahmen erforderlich sind. Welche Kosten hierfür entstehen, hängt von den baulichen Gegebenheiten des jeweiligen Krankenhauses und von den bereits am Krankenhaus eingerichteten Portalpraxen ab und kann daher nicht quantifiziert werden. Soweit es sich um Investitionsmaßnahmen handelt, die aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds gefördert werden, verringert sich der vom Land zu tragende Anteil auf die Hälfte der förderungsfähigen Kosten.

Die Haushalte der Länder und Kommunen sind des Weiteren durch die Neuregelungen zum GNL und den rettungsdienstlichen Leistungen der medizinischen Notfallrettung betroffen. Welche Kosten bei der Bildung eines GNL entstehen, hängt von den vorhandenen Strukturen, insbesondere der vorhandenen IT-technischen Ausstattung, den Anforderungen an das softwaregestützte Ersteinschätzungsverfahren sowie die digitale Vernetzung und Kooperation, zu denen der G-BA das Nähere bestimmt, ab. Zur Förderung der Bildung von GNL, insbesondere der Anschaffung von Softwarelösungen für die Rettungsleitstellen der Rufnummer 112, können Fördermittel der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 25 Millionen Euro zugeteilt werden. Den Kosten stehen jedoch erhebliche Einsparungspotenziale für die Haushalte der Länder und Kommunen gegenüber, die sich aus der verbindlichen Zusammenarbeit mit der Rufnummer 116 117 der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den INZ ergeben können.

c) Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Förderung von Softwarelösungen bei den Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 und bei den Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung nach § 133b Absatz 6 SGB V entstehen Kosten in Höhe von 25 Millionen Euro.

Insbesondere durch die Einrichtung und den Betrieb von INZ entstehen nicht quantifizierbare Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung, sofern zusätzliche Leistungen und Versorgungsstrukturen vergütet und vorgehalten werden. Den Mehrausgaben stehen jedoch nicht quantifizierbare Minderausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung aufgrund einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Notfallversorgung gegenüber, die mit der Integration von vertragsärztlichen Notdienststrukturen und Notfallambulanzen der Krankenhäuser in INZ sowie der Zusammenarbeit von INZ, GNL und dem Rettungsdienst der Länder verbunden ist.

Die Höhe der laufenden Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung und der GNL wird erst vertraglich vereinbart werden. Da die Leistungen der Rettungsdienste bereits nach geltender Rechtslage im Rahmen von Fahrkosten vergütet werden, sind insgesamt keine Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu erwarten.

Da im Bereich der medizinischen Notfallrettung, den Krankentransporten und den Krankenfahrten die Verpflichtung zur Zuzahlung auf Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, beschränkt wird, können der gesetzlichen Krankenversicherung Mehrausgaben im niedrigen zweistelligen Millionenbereich entstehen.

Schließen sich die Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 an die Telematikinfrastruktur an, entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung einmalige Mehrausgaben in Höhe von bis zu 500.000 Euro und laufende Mehrausgaben in Höhe von bis zu 300.000 Euro pro Jahr. Für den Anschluss von je 1000 Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung an die Telematikinfrastruktur ergeben sich einmalige Mehrausgabe für die GKV in Höhe von rund 3 Millionen Euro sowie laufende Mehrausgaben von rund 1,1 Millionen Euro pro Jahr.

4. Erfüllungsaufwand

4.1 Erfüllungsaufwand für die Bürgerinnen und Bürger

Die Neuregelungen sind mit keinem Erfüllungsaufwand für die Bürgerinnen und Bürger verbunden. Vielmehr werden Bürgerinnen und Bürger in medizinischen Notsituationen zeitlich entlastet, indem sie telefonisch jederzeit eine qualitätsgesicherte Einschätzung ihrer Notsituation und eine Vermittlung in die richtige Versorgungsstruktur erhalten und indem sie mit dem INZ eine jederzeit erreichbare Anlaufstelle haben und, wenn dies medizinisch geboten ist, dort unmittelbar notdienstlich versorgt werden. Die aktuelle Situation von teilweise sehr langen und im Einzelfall unzumutbaren Wartezeiten in Notfallambulanzen von Krankenhäusern wird aufgrund der mit diesem Gesetz vorgesehenen Maßnahmen nicht weiter bestehen.

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung, die das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden im Bereich der medizinischen Notfallrettung, den Krankentransporten und den Krankenfahrten von der Zuzahlungspflicht befreit und insgesamt um einen niedrigen zweistelligen Millionenbetrag entlastet.

4.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Bei den Krankenhäusern, an denen ein INZ errichtet werden soll, entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand für die Vereinbarung der Kooperationsverträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen. Der für den Abschluss eines Kooperationsvertrags entstehende Erfüllungsaufwand dürfte einen Betrag in Höhe von 13.500 Euro nicht übersteigen.

Aus der Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über den Stand der Vereinbarungen zum Ersteinschätzungsverfahren nach § 133b Absatz 3 SGB V ergibt sich für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen insgesamt ein Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 2.500 Euro, der erstmals ein Jahr nach Inkrafttreten und anschließend in einem Abstand von zwei Kalenderjahren anfällt.

4.3 Erfüllungsaufwand für die Verwaltung

Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand für die Vereinbarung der Kooperationsverträge mit den Krankenhäusern, an denen ein INZ errichtet werden soll. Der je abzuschließendem Kooperationsvertrag entstehende Erfüllungsaufwand dürfte einen Betrag in Höhe von 16.000 Euro nicht übersteigen.

Bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft entsteht durch die Vereinbarung der Grundpauschale und der Pauschalen je Inanspruchnahme nach § 123 Absatz 4 Satz 2 SGB V und der Vereinbarung nach § 123 Absatz 4 Satz 5 SGB V ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 17.000 Euro. Die Evaluierungs- und Berichtspflicht nach § 123 Absatz 4 Satz 4 SGB V löst die bereits in § 87 Absatz 2a Satz 24 SGB V vorgesehene Evaluierungs- und Berichtspflicht ab. Insoweit entsteht im Grundsatz kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand für die Übermittlung der Evaluierungsergebnisse an das Bundesministerium für Gesundheit.

Bei den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landeskrankenhausgesellschaften entsteht durch die zu schließende Vereinbarung nach § 123 Absatz 4 Satz 7 SGB V ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 200.000 Euro.

Den einzelnen Krankenkassen entstehen für die Information ihrer Versicherten nach § 123 Absatz 5 SGB V über das nächstgelegene INZ und über die GNL geringe, nicht quantifizierbare Erfüllungsaufwände.

Den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen entsteht durch die Vereinbarung von Vergütungen der Leistungen der medizinischen Notfallversorgung nach § 133 SGB V und der Krankentransporte und Krankenfahrten nach § 133a SGB V jeweils ein geringer einmaliger Erfüllungsaufwand, der nicht beziffert werden kann.

5. Weitere Kosten

Aus den gesetzlichen Maßnahmen ergeben sich keine Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau. Nennenswerte Auswirkungen auf die Einzelpreise von Waren und Dienstleistungen im Gesundheitssektor werden nicht hervorgerufen.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung sind nicht zu erwarten, weil mit dem Gesetz keine Regelungen getroffen werden, die sich spezifisch auf die Lebenssituation von Frauen und Männern auswirken.

Mit den im Gesetz vorgesehenen Maßnahmen ergeben sich keine Auswirkungen auf die demografische Entwicklung.

VII. Befristung; Evaluierung

Eine Befristung der im Gesetz vorgesehenen Regelungen wäre angesichts der beabsichtigten nachhaltigen Neustrukturierung der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland nicht angezeigt.

Die Entwicklung der Leistungen und der Vergütung in der ambulanten Notfallversorgung wird in Abständen von zwei Jahren vom Bewertungsausschuss in der Besetzung nach § 87 Absatz 5a SGB V evaluiert und dem Bundesministerium für Gesundheit berichtet.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Da die medizinische Notfallrettung durch die Rettungsdienste der Länder als neuer, eigenständiger Leistungsbereich im SGB V vorgesehen wird, ist diese in den Leistungskatalog des § 11 mitaufzunehmen. Durch die Neuregelungen in §§ 60, 60a wird die Übernahme der Kosten für die medizinische Notfallrettung (Rettungsfahrt mit einem qualifizierten Rettungsmittel sowie hiervon getrennte medizinisch erforderliche Versorgung am Notfallort) im Rahmen des Rettungsdienstes nicht mehr von der Inanspruchnahme anderer Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abhängig gemacht, sodass es sich dabei nicht mehr um eine akzessorische Nebenleistung zu anderen Leistungen der Krankenkassen, sondern um einen eigenständigen Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung handelt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung der neuen Nummer 5.

Zu Nummer 2

Die Regelungen zu den Fahrkosten werden grundlegend neu gestaltet. Bisher wird der Rettungsdienst im SGB V ausschließlich als Transportleistung verstanden und die Vergütung von Rettungsdiensteinsätzen davon abhängig gemacht, dass ein Transport durchgeführt wird. Dies ist angesichts der zunehmenden Bedeutung des Rettungsdienstes für die präklinische Versorgung nicht mehr zeitgemäß und führt überdies dazu, dass unnötig Ressourcen gebunden werden, weil notwendige Rettungsmittel länger beansprucht werden als zwingend erforderlich; überdies werden die Notfallambulanzen der Krankenhäuser zusätzlich belastet. Der Rettungsdienst leistet sowohl am Notfallort als auch während des sich anschließenden Transports in einem qualifizierten Rettungsmittel die aus medizinischer Sicht erforderliche Versorgung, sodass für diese Leistungen eine eigene Anspruchsgrundlage im SGB V geschaffen wird. Dies entspricht der langjährigen Forderung der Länder, die rettungsdienstlichen Leistungen als medizinische Leistungen anzuerkennen und nicht als bloße Transportleistung zu regeln.

Zu § 60

In § 60 wird nunmehr die medizinische Notfallrettung durch die Rettungsdienste der Länder als eigenständiger Leistungsbereich im SGB V ausgestaltet.

Zu Absatz 1

In Absatz 1 wird festgelegt, dass Versicherte in Notfällen Anspruch auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung durch die nach den Landesrettungsdienstgesetzen vorgesehenen Träger und Organisationen des Rettungsdienstes haben. Ein Notfall nach dieser Vorschrift ist gegeben, wenn eine lebensbedrohliche gesundheitliche Situation vorliegt, beziehungsweise der Eintritt einer solchen oder die Gefahr eines schweren gesundheitlichen Schadens zu erwarten ist und damit eine unverzügliche medizinische Versorgung erforderlich ist. Dies ist aus der ex ante Sicht im Rahmen eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahren zu beurteilen. Die Notfalldefinition ist angelehnt an die entsprechenden Regelungen der Rettungsdienstgesetze der Länder und gilt nicht für andere Regelungen des SGB V (vgl. z. B. § 76 Absatz 1 Satz 2).

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt den Leistungsumfang der medizinischen Notfallrettung. Dieser umfasst zum einen die vor Ort zu erbringenden medizinisch erforderlichen Leistungen und Abklärungen, die vielfach über Erste-Hilfe-Maßnahmen und die erste Stabilisierung des Versicherten hinausgehen und oftmals bereits eine spezialisierte medizinische Versorgung beinhalten. Hiervon ausgenommen sind nicht medizinische Leistungen des Rettungsdienstes im Rahmen der Gefahrenabwehr und des Katastrophenschutzes (z. B. Bergungen).

Zum anderen umfasst der Leistungsanspruch Rettungsfahrten. Rettungsfahrten sind Fahrten, bei denen eine unmittelbare Behandlungsbedürftigkeit besteht und die Beförderung aus medizinischer Sicht mit einem qualifizierten Rettungsmittel erforderlich ist. Qualifizierte Rettungsmittel sind Rettungswagen, Notarztwagen und Rettungshubschrauber. Dabei können Rettungsfahrten nicht nur die Fahrten vom Notfallort, sondern auch sogenannte Sekundärfahrten bzw. Verlegungsfahrten sein, bei denen die Notfallvoraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 vorliegen und der Einsatz eines qualifizierten Rettungsmittels unerlässlich ist.

Wesentlicher Vorteil der Neuregelung ist die Differenzierung zwischen der medizinischen Behandlung am Notfallort und der Rettungsfahrt und deren voneinander unabhängige Abrechnungsmöglichkeit und der damit einhergehenden Entlastung des Rettungsdienstes. Eine Rettungsfahrt soll nur noch dann erfolgen, wenn eine weitere unmittelbare Behandlungsbedürftigkeit besteht.

Die Entscheidung eines GNL auf Basis des verbindlichen Ersteinschätzungsverfahrens als qualifizierte medizinische Entscheidung nach § 133b Absatz 3 Satz 5 ersetzt die ärztliche Verordnung. Diese Fiktion ist sachgerecht, da das Ersteinschätzungsverfahren von Rettungsleitstellen und Kassenärztlicher Vereinigung aus medizinischer Sicht unter Berücksichtigung der Umstände des jeweiligen Einzelfalls die Frage beantwortet, in welchen Fällen Leistungen der medizinischen Notfallrettung angezeigt erscheinen. Am Notfallort ist dann die Erforderlichkeit einer Weiterbehandlung und einer Rettungsfahrt in ein INZ oder in ein Krankenhaus zu beurteilen. Grundsätzlich handelt es sich um eine besondere Situation, in der gerade nicht die Zeit für das Einholen einer ärztlichen Verordnung gegeben ist und dem beauftragten Leistungserbringer nicht nach Leistungserbringung der Auftrag entzogen werden kann. Im Übrigen gilt es, unnötigen bürokratischen Aufwand zu verhindern.

Bestandteil der Leistungserbringung ist es darüber hinaus, die zur Weiterbehandlung erforderlichen Informationen unmittelbar an das anzufahrende INZ oder Krankenhaus digital zu übermitteln. Diese Vorgabe stellt keine datenschutzrechtliche Verarbeitungsbefugnis für die personenbezogenen Daten der betroffenen Versicherten durch die Betreiber der medizinischen Notfallrettung, die INZ oder Krankenhäuser dar, sondern regelt – unter Nutzung der Öffnungsklausel nach Artikel 9 Absatz 4 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) - lediglich die Art und die Verbindlichkeit der Datenübermittlung. Die Befugnis zur Verarbeitung der genannten Daten ergibt sich aus Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe h in Verbindung mit Absatz 3 DSGVO und § 22 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie gegebenenfalls aus landesrechtlichen Vorschriften (Krankenhausgesetze).

Bereits heute wird schon teilweise das Notarztprotokoll elektronisch im Rettungswagen erfasst und an die angefahrene Notaufnahme übermittelt. Dabei handelt es sich um eine wesentliche Voraussetzung für eine verbesserte, integrierte Notfallversorgung. Die hierfür erforderliche Anschaffung von insbesondere entsprechenden Softwarelösungen verursacht Kosten, die wesentlich von den vorhandenen Strukturen abhängen. Um die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung bzw. die Länder, die grundsätzlich die Finanzierungsverantwortung hinsichtlich notwendiger Investitionskosten tragen, dabei zu unterstützen, werden gemäß § 133b Absatz 6 entsprechende Anschaffungskosten aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung gefördert.

Zu Absatz 3

Absatz 3 gibt vor, welche Einrichtungen situationsabhängig anzufahren sind. Diese Vorgaben sind notwendig für die Gewährleistung einer patientenorientierten und qualitätsgesicherten medizinischen Versorgung. Ist aus Sicht des rettungsdienstlichen Personals vor Ort noch unklar, ob eine stationäre Aufnahme erfolgen muss, ist das nächstgelegene INZ anzufahren. In den Fällen, in denen eine stationäre Aufnahme notwendig ist, sind grundsätzlich nur solche Krankenhäuser anzufahren, die die Anforderungen des Beschlusses des G-BA nach § 136c Absatz 4 für eine Teilnahme an der Basisnotfallversorgung, der erweiterten Notfallversorgung oder der umfassenden Notfallversorgung oder die Anforderungen für das Modul Notfallversorgung Kinder dieses Beschlusses erfüllen. Darüber hinaus wird der G-BA beauftragt, zu bestimmen, in welchen Fällen nicht das nächstgelegene INZ oder bei einer indizierten stationären Aufnahme nicht das nächstgelegene Krankenhaus, das nach dem G-BA Beschluss an der Notfallversorgung teilnimmt, sondern aus Gründen der zielgerichteten Behandlung ein spezialisiertes Krankenhaus anzufahren ist. Dies kann insbesondere bei Schlaganfällen, Verbrennungen oder Polytraumata der Fall sein. Beispielsweise ist bei schweren Verkehrsunfällen die unmittelbare Versorgung in spezialisierten Traumazentren von entscheidender Bedeutung für den Behandlungserfolg.

Den besonderen Bedürfnissen bei der Versorgung von bestimmten Patientengruppen, insbesondere Kindern und psychisch Erkrankten, ist Rechnung zu tragen. Beispielsweise soll die Kooperation mit sozialpsychiatrischen Kriseninterventionsdiensten der Länder vorgesehen werden.

Unter Berücksichtigung der weitreichenden Regelungsverantwortung der Länder für die Organisation und Durchführung des Rettungsdienstes beschränken sich die Vorgaben auf die zur Wahrnehmung der Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zwingend notwendigen Vorgaben. Eine qualitätsgesicherte medizinische Notfallversorgung in einer zunehmend auf Spezialisierung ausgerichteten Gesundheitsversorgung kann nur mit einer koordinierten Patientensteuerung gewährleistet werden.

Die Aufgabe wird dem G-BA übertragen, weil hier bundesweite Vorgaben unter Beteiligung der Länder und der betroffenen Organisationen sowie der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der Patientenvertreterinnen und -vertreter entwickelt werden können.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt, dass Versicherte eine Zuzahlung zu Leistungen der medizinischen Notfallrettung leisten. Die Zuzahlungshöhe richtet sich nach § 61 Satz 1. Bei Inanspruchnahme durch Minderjährige gilt die auch in anderen Leistungsbereichen des SGB V übliche Zuzahlungsbefreiung. Abweichend von § 43c Absatz 1 Satz 1 erfolgt der Einzug der Zuzahlung bei Notfällen durch die Krankenkasse. Der Versicherte wird regelmäßig bei einem Notfall aufgrund seines körperlichen Zustands nicht zur Zahlung im Stande sein. Durch Satz 2 wird geregelt, dass auch bei einer sich an die Notfallversorgung am Notfallort anschließenden Rettungsfahrt die Zuzahlung nur einmal zu entrichten ist.

Zu Absatz 5

Die Regelung entspricht dem bisherigen § 60 Absatz 4.

Zu § 60a

Die Rettungsfahrten sind in § 60 geregelt, so dass der Anspruch in § 60a, der im Wesentlichen dem bisherigen § 60 entspricht, auf die Übernahme von Fahrkosten für den Krankentransport und Krankenfahrten spezifiziert wird. Zudem wird die Vorschrift strukturierter und verständlicher gefasst, indem beispielsweise Begrifflichkeiten erklärt werden, die bislang nur in der Krankentransport-Richtlinie des G-BA definiert werden.

Zu Absatz 1

In Absatz 1 wird der bisher allgemein bestehende Anspruch auf die Übernahme von Fahrkosten einschließlich der Kosten für Rettungsfahrten auf die Übernahme von Kosten für Krankentransporte und Krankenfahrten spezifiziert. Eine Einschränkung des bisherigen Leistungsanspruchs ist damit nicht verbunden. Ebenso bleibt die Vorgabe bestehen, dass die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sein muss. Welches Fahrzeug benutzt werden kann, richtet sich dabei wie bisher nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall.

Zu Absatz 2

Der Absatz entspricht im Wesentlichen dem bisherigen Absatz 2 und bestimmt, in welchen Fällen Fahrkosten entstehen können, die unter den Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 übernahmefähig sind. Dabei ist grundsätzlich, sofern zwingend medizinisch notwendig, stets auch die Heimfahrt an den Wohnsitz bzw. den Ort des gewöhnlichen Aufenthalts umfasst. Wie bisher gehören hierzu Fahrten zu stationären Leistungen sowie bestimmte Verlegungsfahrten. Auch die bislang in Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 genannten Fahrten zur vor- oder nachstationären Behandlungen nach § 115a und zum ambulanten Operieren nach § 115b bleiben bestehen, sofern diese stationsersetzend sind. Weggefallen ist lediglich die Fahrt zur stationsersetzenden ambulanten Krankenbehandlung, da diese nicht zur Anwendung gekommen ist (und deshalb auch in der Krankentransport-Richtlinie des G-BA nicht mehr aufgeführt ist). Darüber hinaus werden die bislang in § 60 Absatz 1 genannten Ausnahmefälle für Fahrten zu ambulanten Behandlungen, die der G-BA festlegt, aus systematischen Gründen ebenfalls in diesem Absatz aufgelistet. Die Verlegungsfahrt des bisherigen Absatzes 2 Satz 1 Nummer 1 zweiter Halbsatz ist nun in Nummer 2 verortet.

Die Regelung der Nummer 5 beruht auf der Einführung von INZ, des GNL und der Neugestaltung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen für die notdienstliche Versorgung. Es werden die Kosten für Fahrten zu einer notdienstlichen Versorgung in einem INZ nach Entscheidung des GNL auf Basis des Ersteinschätzungsverfahrens nach § 133b Absatz 3 Satz 5 von der Krankenkasse übernommen. Die notdienstliche Versorgung entspricht einer gesetzlich vorgesehenen Hauptleistung, sodass Fahrkosten, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme dieser anfallen, erstattet werden können. Die GNL disponieren insofern auch Fahrten, bei denen zwar keine Notfallsituation im Sinne des § 60 vorliegt, aber ein Transport des Hilfesuchenden aus medizinischer Sicht zwingend geboten ist und auch unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls zwingend erforderlich ist. Dabei ist beispielsweise entscheidend, ob sich der Hilfesuchende in der Öffentlichkeit befindet und möglicherweise den Wetterbedingungen ausgesetzt ist, oder ob die Fahrt auch durch eine dritte Person durchgeführt werden könnte.

Insgesamt soll die Disposition von bedarfsgerechten Transportmitteln gefördert werden. So kann der Rettungsdienst im Rahmen der als GNL möglichen Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung und aufgrund des dazu vereinbarten Ersteinschätzungsverfahrens auch Krankentransporte disponieren. Bislang war die Durchführung erstattungsfähiger Krankentransporte zur ambulanten Erstversorgung nicht ohne weiteres möglich. Künftig sollen Rettungswagen nur dann disponiert werden, wenn ein Krankentransport oder eine Krankenfahrt zu einer notdienstlichen Versorgung im Einzelfall aus medizinischer Sicht nicht ausreicht.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt die Voraussetzungen für erstattungsfähige Krankentransporte. Der Absatz 3 Satz 1 entspricht dem bisherigen Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 und enthält die Definition des Krankentransports. Denkbar ist, dass Krankentransporte wie bisher ausnahmsweise auch mit einem qualifizierten Rettungsmittel durchgeführt werden, wenn dies aus medizinscher Sicht notwendig ist, obwohl kein Notfall nach dem neuen § 60 Absatz 1 Satz 2 vorliegt. Unter den in Satz 1 in Bezug genommenen Begriff des „Krankenkraftwagens“ wer-

den auch qualifizierte Rettungsmittel gefasst. Satz 2 stellt insofern klar, dass für Rettungsfahrten ausschließlich die Regelungen des § 60 und nicht die zusätzlichen Erfordernisse der Sätze 3 bis 5 gelten.

Gemäß Satz 3 bedürfen Krankentransporte der ärztlichen Verordnung nach § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 oder nach § 39a Absatz 1a. Dies ist lediglich eine Klarstellung entsprechend der bisherigen Rechtslage. Erfolgt der Krankentransport aufgrund der Entscheidung des GNL, steht diese Entscheidung der ärztlichen Verordnung gleich. Die ärztliche Verordnung wird folglich auf Grundlage des verbindlichen Ersteinschätzungsverfahrens als qualifizierte medizinische Entscheidung ersetzt. Diese Fiktion ist sachgerecht, da das Ersteinschätzungsverfahren von Rettungsleitstellen und Kassenärztlicher Vereinigung aus medizinischer Sicht unter Berücksichtigung der Umstände des jeweiligen Einzelfalls die Frage beantwortet, in welchen Fällen ein Krankentransport zu einer notdienstlichen Versorgung erfolgen soll. Diese Frage ist auf Grundlage des telefonischen Ersteinschätzungsverfahrens zu beantworten, da zum einen grundsätzlich die besondere Situation einer notdienstlichen Versorgung gerade voraussetzt, dass für eine übliche ärztliche Verordnung keine Zeit ist und zum anderen der beauftragte Leistungserbringer sich darauf verlassen können muss, dass er die Leistung nicht „umsonst“ erbringt. Im Übrigen gilt es, unnötigen bürokratischen Aufwand zu verhindern.

Bisher war in § 60 Absatz 1 Satz 4 geregelt, dass Fahrkosten für einen Krankentransport zu einer ambulanten Behandlung nur nach vorheriger Genehmigung übernommen werden können. Diese Regelung befindet sich nun in Absatz 3 Satz 5.

Zu Absatz 4

Krankenfahrten und die Voraussetzungen für den Anspruch auf Kostenübernahme sind in Absatz 4 geregelt. Satz 1 enthält die an die Krankentransportrichtlinie des G-BA angelehnte Definition von Krankenfahrten. Nach Satz 2 bedürfen auch Krankenfahrten wie bisher der ärztlichen Verordnung nach § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 oder nach § 39a Absatz 1a. Satz 3 entspricht dem neuen Absatz 3 Satz 4. Die Gleichsetzung der GNL-Entscheidung mit einer ärztlichen Verordnung ist sachgerecht, da sie auf einer qualifizierten medizinischen Entscheidung beruht und die besondere Situation einer notdienstlichen Versorgung, bei der für eine übliche ärztliche Verordnung gerade keine Zeit ist, berücksichtigt und zudem unnötigen bürokratischen Aufwand verhindert.

Die Sätze 4 und 5 entsprechen dem Regelungsgehalt der bisherigen § 60 Absatz 1 Satz 4 und 5 zum Genehmigungsvorbehalt und zur Genehmigungsfiktion in bestimmten Fällen.

Zu Absatz 5

Absatz 5 entspricht dem bisherigen § 60 Absatz 3. Geregelt wird, welche Kosten erstattet werden können. Für Krankentransporte wird dabei auf die mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vereinbarten Beträge verwiesen. Für Krankenfahrten richten sich diese entweder auch nach den vereinbarten Preisen, dem Fahrpreis des öffentlichen Verkehrsmittels und dem durch das Bundesreisekostengesetz vorgegebenen Kilometergeld.

Zu Absätzen 6 und 7

Die Absätze 6 und 7 entsprechen den bisherigen Absätzen 4 und 5 [Absatz 5 in der Fassung des Hebammengesetzes].

Zu Absatz 8

Gemäß Absatz 8 sind Versicherte zur Zuzahlung in der nach § 61 Satz 1 vorgesehenen Höhe verpflichtet. Bei Inanspruchnahme durch Minderjährige gilt die auch in anderen Leistungsbereichen des SGB V übliche Zuzahlungsbefreiung. Entsprechend der bisherigen

Rechtslage erfolgt der Einzug bei Krankentransporten, die oftmals von den Rettungsdiensten durchgeführt werden, durch die Krankenkasse. Bei Krankenfahrten erfolgt der Einzug gemäß § 43c Absatz 1 durch den jeweiligen Leistungserbringer.

Zu Nummer 3

Weil der § 60a nunmehr explizit einen Anspruch auf Krankentransporte und Krankenfahrten benennt, wird klargestellt, dass Ärztinnen und Ärzte Krankenfahrten verordnen können. Dies konnten sie auch nach der bisherigen Rechtslage, jedoch fand sich dies nicht im Gesetzeswortlaut wieder.

Zu Nummer 4

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 75 Absatz 1b.

Zu Nummer 5

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuregelung in § 133b.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine sprachliche Anpassung an die Neuordnung der ambulanten Notfallversorgung. Eine inhaltliche Änderung ist damit nicht verbunden.

Zu Buchstabe b

Bisher umfasst der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten. Diese bisherige Legaldefinition des Notdienstes wird aufgegeben. Korrespondierend zu der Einführung von INZ nach § 123, in denen künftig die ambulante Notfallversorgung rund-um-die-Uhr sichergestellt werden soll, wird der bisherige Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante Notfallversorgung neu gefasst. Der neue Begriff der notdienstlichen Versorgung umfasst die Versorgung in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die notdienstliche Versorgung ist durchgängig, d. h. 24 Stunden täglich an sieben Tagen der Woche, sicherzustellen. Entsprechend der bisherigen Rechtslage wird die notdienstliche Versorgung als vertragsärztliche Leistung erbracht. Die Teilnahme von INZ an der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt gemäß § 123 aufgrund der Standortfestlegung des erweiterten Landesausschusses und nach Maßgabe der Vorgaben des G-BA sowie der Kooperationsverträge zwischen den Krankenhäusern und den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die notdienstliche Versorgung künftig durch den Betrieb von INZ nach § 123 sowie durch einen telemedizinischen und aufsuchenden Bereitschaftsdienst sicherzustellen. Als potenziell gebotene Versorgungsstrukturen im Sinne von § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 handelt es sich bei diesen Versorgungsangeboten zugleich um Vermittlungsziele der Terminservicestellen, wenn ein Fall der notdienstlichen Versorgung vorliegt. Mit den INZ werden neben den zugelassenen und ermächtigten Leistungserbringern zusätzliche zentrale Anlaufstellen der vertragsärztlichen Versorgung in medizinischen Notsituationen geschaffen. Damit bleibt die Möglichkeit unberührt, dass in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist, diese Behandlung auch durch zugelassene und ermächtigte Leistungserbringer erfolgt. Im Rahmen des telemedizinischen Bereitschaftsdienstes, der über die bundesweit einheitliche Rufnummer 116 117 disponiert wird, ist eine telemedizinische Erreichbarkeit von Ärztinnen und Ärzten zu gewährleisten. Diese dienen den Patientinnen und Patienten, etwa mit einem

Rückrufservice innerhalb einer bestimmten Frist. Der aufsuchende Bereitschaftsdienst ist notwendig für eine bedarfsgerechte Versorgung, speziell mit Blick auf die heterogene Bevölkerungsentwicklung. Insbesondere soll der Bereitschaftsdienst auch auf die besonderen Belange von Pflegebedürftigen eingehen und Versorgungslücken schließen. Unter anderem können dadurch Fahrten in die Notfallambulanzen der Krankenhäuser reduziert (durch Klärung der Transportnotwendigkeit oder Behandlung vor Ort) und dem geriatrischen Patientenwohl entsprochen werden. Die Organisation der notdienstlichen Versorgung obliegt der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Dabei ist beispielsweise die Einbeziehung der ärztlichen Besetzung des INZ in den Nachtstunden in den telemedizinischen Bereitschaftsdienst denkbar.

Hinsichtlich der notärztlichen Versorgung im Rettungsdienst gilt bereits heute, dass diese nicht den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Die Länder haben somit die Möglichkeit, abweichende landesrechtliche Regelungen zu treffen und diese Aufgabe den Kassenärztlichen Vereinigungen zu übertragen; etwa durch entsprechende Landesrettungsdienstgesetze.

Zur Sicherstellung der notdienstlichen Versorgung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen. Unbeschadet der Regelung in § 123 Absatz 4 erfolgt dies über die Haushalte bzw. die (Verwaltungskosten-)Umlage der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die bereits heute gängige Praxis zur umfangreichen Finanzierung von sogenannten Portalpraxen oder Notdienstpraxen sowie des notdienstlichen Fahrdienstes wird damit in die Zukunft fortgeschrieben.

Festgehalten wird im Übrigen an der mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingeführten Vorgabe, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch treten sollen. Auch im Rahmen der Organisation der notdienstlichen Versorgung muss es das Ziel sein, Versicherten die Besorgung von Arzneimitteln nach Möglichkeit zu erleichtern.

Zu Buchstabe c

Die vertragszahnärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (zahnärztlicher Notdienst) bleibt von der Neufassung der notdienstlichen Versorgung unberührt. Auf die bisherige Legaldefinition des Notdienstes wird aufgrund der Neufassung des Absatzes 1b verzichtet. Eine Änderung des bislang bestehenden Sicherstellungsauftrags der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen für den zahnärztlichen Notdienst und der damit verbundenen Pflichten erfolgt nicht.

Zu Nummer 6

Aufgrund bereits erfolgter Umsetzung sowie als Folgeänderung zur Einführung von INZ nach § 123 und der für INZ vorgesehenen Vergütungsregelung ist der gesetzliche Auftrag in § 87 Absatz 2a Satz 23 zur Vereinbarung einer nach Schweregraden differenzierten Vergütung im Notfall und im Notdienst im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) aufzuheben. Die beschlossenen Vergütungsregelungen im EBM haben jedoch grundsätzlich weiter Bestand. Dies ist insbesondere für die Abrechnung ärztlicher Leistungen im teilweise zumindest übergangsweise vorgesehenen Weiterbetrieb der bestehenden Versorgungsstrukturen (insbesondere sogenannte Portalpraxen) und bei Inanspruchnahme von sonstigen Leistungserbringern nach § 76 Absatz 1 Satz 2 sowie für die telemedizinische und aufsuchende notdienstliche Versorgung notwendig. Unabhängig von der Aufhebung der gesetzlichen Regelung zur Schweregraddifferenzierung hat der Bewertungsausschuss in der Besetzung nach Absatz 5a den EBM gemäß Absatz 2 Satz 2 in bestimmten Zeitabständen zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen. Dies gilt insbesondere auch hinsichtlich der telemedizinischen und aufsuchenden notdienstlichen Versorgung.

Als Folgeänderung zu dem mit der neuen Vergütungsregelung für INZ nach § 123 Absatz 4 vorgesehenen Evaluations- und Berichtsauftrag an den Bewertungsausschuss in der Besetzung nach § 87 Absatz 5a wird die mit dem Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (KHSG) vorgesehene Evaluations- und die Berichtspflicht über die Entwicklung der Leistungen im EBM nach § 87 Absatz 2a Satz 24 aufgehoben.

Zu Nummer 7

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 75 Absatz 1b.

Zu Nummer 8

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

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

Zu Doppelbuchstabe bb

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

Zu Doppelbuchstabe cc

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

Zu Buchstabe b

Der erweiterte Landesausschuss nach dem bisherigen § 116b Absatz 3 erhält mit der Standortfestlegung von INZ nach § 123 Absatz 2 weitere Aufgaben und wird somit neu verortet. Das Mitberatungsrecht des Landes im erweiterten Landessauschuss bleibt erhalten. Im Zusammenhang mit der Festlegung der Standorte von INZ erhält die zuständige Landesbehörde zudem ein Antragsrecht, um ihre versorgungs- und planungsrelevanten Erkenntnisse bestmöglich in die Beratungen einbringen zu können. Soweit eine Entscheidung des erweiterten Landesausschusses nicht fristgemäß zustande kommt, wird die Landesbehörde verpflichtet, die Festlegung der Standorte für INZ innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf einer von ihr zu setzenden Nachfrist selbst vorzunehmen. Zu diesem Zweck kann die Landesbehörde vom erweiterten Landesausschuss sämtliche entscheidungsrelevanten Informationen, Unterlagen und Stellungnahmen anfordern, die ihr vom erweiterten Landesausschuss unverzüglich zur Verfügung zu stellen sind. Bis zum Eingang der angeforderten Informationen, Unterlagen und Stellungnahmen ist der Lauf der Frist zur Ersatzvornahme unterbrochen.

Zu Buchstabe c

Es wird klargestellt, dass das Aufsichtsrecht der Landesbehörden auch für den erweiterten Landesausschuss gilt. Die Formulierung der Aufsichtsrechte in § 90 Absatz 5 bezieht sich bislang lediglich auf den Landesausschuss.

Zu Nummer 9

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

In Folge der Änderung des § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 ist der G-BA zum Beschluss einer Richtlinie über die Verordnung von Krankentransporten und Krankenfahrten zu ermächtigen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Anfügung der neuen Nummer 16.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Anfügung der neuen Nummer 16 ist durch die künftigen Neuregelungen in § 60 Absatz 3 Satz 3, § 123 Absatz 3 und § 133b Absatz 4 Satz 5 und 7 erforderlich.

Zu Buchstabe b

Im neuen Absatz 7g erhalten die Länder hinsichtlich der Vorgaben zu den Leistungen der medizinischen Notfallrettung, der INZ und, soweit künftig übergreifende Vorgaben gemäß § 133b Absatz 4 Sätze 5 und 7 zu treffen sind, auch zu den GNL ein Antrags- und Mitberatungsrecht entsprechend der Regelungen in Absatz 7e Satz 2 bis 7. Die Stellungnahmen von Bundesverbänden der Hilfsorganisationen, die im Rettungsdienst mitwirken, und den betroffenen Fachgesellschaften sind in die Entscheidung einzubeziehen.

Zu Nummer 10

In Folge der Einführung von INZ nach § 123, in denen künftig die notdienstliche Versorgung sichergestellt werden soll, und der Neuregelung zum Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen durch Änderung des § 75 Absatz 1b bedarf es künftig nicht mehr eines dreiseitigen Vertrages nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 zur Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes, sodass diese Regelung aufgehoben wird. Die bisherige Möglichkeit, ergänzende Regelungen zur Vergütung zu vereinbaren, wird in § 123 Absatz 4 Satz 7 überführt.

Zu Nummer 11

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Nummer 12

Zu Buchstabe a

Mit der Regelung werden die Leistungen von Krankenhäusern, die nicht zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind, bei der Erbringung von Notfallleistungen gemäß § 76 Absatz 1 Satz 2 ausdrücklich in die Grundnorm zur Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen aufgenommen. Die in Notfällen von Nichtvertragsärztinnen und

Nichtvertragsärzten sowie von Krankenhäusern erbrachten Notfallleistungen werden bereits bisher nach ständiger Rechtsprechung des Bundesozialgerichts (siehe z. B. Urteil vom 12. Dezember 2012, Aktenzeichen B 6 KA 3/12 R) aus der Gesamtvergütung entsprechend den Gebührenordnungspositionen des EBM für die ärztlichen Leistungen vergütet.

Zu Buchstabe b

Um die Patientinnen und Patienten im Bedarfsfall in mit diesem Gesetz geschaffene bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen insbesondere in INZ nach § 123 zu steuern und zugleich unnötigen Vorhaltungen, Inanspruchnahmen und damit verbundenen vermeidbaren Ausgaben in Krankenhäusern ohne INZ effektiv entgegenzuwirken, sieht der neu angefügte Satz einen Vergütungsabschlag vor. Danach ist die im EBM vorgesehene Vergütung für die insbesondere in einer Notfallambulanz eines Krankenhauses erbrachten Leistungen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 um einen Abschlag in Höhe von 50 Prozent zu kürzen, wenn an diesem Krankenhaus kein Standort eines INZ nach § 123 Absatz 2 Satz 2 festgelegt worden ist oder eine Kooperation nach § 75 Absatz 1b Satz 2 in der Fassung vom … [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten] nicht vorliegt.

Zu Nummer 13

Zu Absatz 1

Absatz 1 enthält die Aufgabenbeschreibung von INZ. Danach sind diese die zentralen Anlaufstellen für die Erbringung von Leistungen der notdienstlichen Versorgung und der Veranlassung der stationären Versorgung. INZ müssen als solche jederzeit für die Patientinnen und Patienten zugänglich sein. Im INZ ist zunächst eine qualifizierte Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs der Patientinnen und Patienten auf der Grundlage eines für alle INZ einheitlichen Verfahrens nach den Vorgaben des G-BA gemäß Absatz 3 vorzunehmen. Darüber hinaus findet in den INZ auch die medizinisch erforderliche notdienstliche Versorgung der Patientinnen und Patienten statt. Hierbei handelt es sich etwa um diagnostische Maßnahmen, die z. B. zur Klärung der Frage erforderlich sind, ob eine unmittelbare stationäre Aufnahme zur Behandlung des Notfalls notwendig ist. Es gilt das Prinzip „ambulant vor stationär“. Ist eine stationäre Aufnahme nicht erforderlich, erfolgen diejenigen ambulanten Behandlungsmaßnahmen, die zur Stabilisierung und zur Verhütung einer weiteren Verschlimmerung dringend behandlungsbedürftiger Krankheitsbeschwerden nicht aufgeschoben werden können. Das Nähere zum Umfang der im INZ zu erbringenden notdienstlichen Versorgung wird vom G-BA gemäß Absatz 3 konkretisiert. Den besonderen Bedürfnissen bei der Versorgung von bestimmten Patientengruppen, insbesondere Kindern und psychisch Erkrankten, ist entsprechend den Vorgaben des G-BA gemäß Absatz 3 Rechnung zu tragen.

Entsprechend den Vorgaben des G-BA werden die Patientinnen und Patienten vom INZ in die geeignete Versorgungsstruktur weitergeleitet. Stellt sich aufgrund der Ersteinschätzung heraus, dass eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit besteht, sind die Patientinnen und Patienten unmittelbar vom INZ zur stationären Aufnahme in ein Krankenhaus weiterzuleiten.

Soweit aus medizinischer Sicht eine sofortige Versorgung nicht erforderlich ist, sind Hilfesuchende an die medizinisch gebotene Versorgungsstruktur zu verweisen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 umschreibt zunächst den organisatorischen Rahmen der INZ. In den INZ wird die ambulante Notfallversorgung durch den Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung und durch die Notfallambulanz des Krankenhauses zusammengeführt und örtlich integriert. Aufgrund dieser Zusammenführung ist es sachgerecht, dass die INZ von der Kassenärztlichen Vereinigung jeweils gemeinsam mit dem Krankenhaus eingerichtet und betrieben werden.

Die bisher aufgetretenen Probleme der Inanspruchnahme der Notfallambulanzen der Krankenhäuser durch Patientinnen und Patienten, deren Versorgungsbedarf durch vertragsärztliche Leistungserbringer (z. B. im Rahmen des vertragsärztlichen Notdienstes) hätte befriedigt werden müssen, werden durch die Einrichtung gemeinsam betriebener INZ entfallen, sodass die Krankenhäuser entlastet werden. Da die Patientinnen und Patienten künftig nicht mehr entscheiden müssen, ob der vertragsärztliche Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung oder die Notfallambulanz des Krankenhauses die richtige Anlaufstelle ist, wird die Inanspruchnahme der zutreffenden Versorgungseinrichtung durch die Patientinnen und Patienten erheblich erleichtert.

In Satz 2 wird die Aufgabe, die Anzahl und konkreten Standorte der INZ festzulegen, dem durch Vertreter der Krankenhäuser erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 4a (neu) übertragen. Die Standortfestlegung erfolgt damit unter Einbeziehung der betroffenen Interessen, da die an dem Betrieb und der Finanzierung Beteiligten vertreten sind. Die vom G-BA nach Absatz 3 aufgestellten Planungsvorgaben sind bei den Standortfestlegungen durch den erweiterten Landesausschuss zwingend zu beachten. Das Land hat gemäß § 90 Absatz 4a ein Mitberatungs- und Antragsrecht und führt die Rechtsaufsicht. Es ist zur Ersatzvornahme verpflichtet, soweit die Standortfestlegung im erweiterten Landesausschuss nicht fristgemäß erfolgt (siehe § 90 Absatz 4a).

Da die Kassenärztliche Vereinigung den Sicherstellungsauftrag für die notdienstliche Versorgung erhält, wird ihr die fachliche Leitung der INZ übertragen. Rechtsgrundlage für die gemeinsame Einrichtung und den gemeinsamen Betrieb eines INZ ist eine zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhaus abzuschließende Kooperationsvereinbarung, deren notwendige Inhalte in Satz 6 aufgeführt werden. In dieser Vereinbarung ist insbesondere das Nähere zur organisatorischen Ausgestaltung des INZ und zur Umsetzung der Vorgaben des G-BA nach Absatz 3 in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 16 hinsichtlich der personellen, apparativen und organisatorischen Ausgestaltung des INZ zu regeln. Hinsichtlich der ärztlichen Besetzung des INZ sind dabei beispielsweise auch Regelungen zu treffen, inwieweit statt Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzten auch andere Ärztinnen und Ärzte, insbesondere solche, die in dem Krankenhaus angestellt sind, im INZ tätig sein sollen. Zu den Regelungsgegenständen der Vereinbarung gehört auch die Festlegung, bis zu welchem Grad das INZ wirtschaftlich und organisatorisch abgegrenzt werden soll. Dies gibt den Vertragsparteien die notwendige Flexibilität, die im Einzelfall sachgerechten Regelungen zu vereinbaren. Gesetzlich vorgegeben ist insoweit, dass ein INZ räumlich derart an das Krankenhaus anzubinden ist, dass es von den Patientinnen und Patienten als erste Anlaufstelle der Notfallversorgung wahrgenommen wird. Die für die örtliche Zusammenführung der vertragsärztlichen Notdiensteinrichtungen und der Notfallambulanz des Krankenhauses gegebenenfalls erforderlichen baulichen Maßnahmen am Krankenhaus können aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds gefördert werden.

In der Kooperationsvereinbarung sind die Vorgaben der Richtlinie des G-BA nach Absatz 3 in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 16 zur Besetzung des INZ mit entsprechend qualifiziertem ärztlichem und nichtärztlichem Personal umzusetzen. Dies ist Voraussetzung für eine sachgerechte Durchführung der Ersteinschätzung und dafür, dass anschließend die Patientinnen und Patienten in die bedarfsgerechte Versorgungsstruktur vermittelt werden.

Um sicherzustellen, dass das Zustandekommen der Kooperationsvereinbarung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhaus nicht an Interessengegensätzen zwischen den Vertragsparteien scheitert, und die Funktionsfähigkeit der Versorgung sichergestellt werden kann, wird der Inhalt der Vereinbarung im Konfliktfall durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson als Vertragshelfer festgelegt. Um den Aufbau von INZ zügig voranzubringen, legt die Schiedsperson den Vertragsinhalt innerhalb von drei Monaten nach ihrer Bestimmung fest. Können sich die Parteien nicht auf eine Schiedsperson verständigen, legt das Land die Person innerhalb eines Monats nach

Vorliegen aller für die Bestimmung erforderlichen und von dem Land bei den Vertragsparteien angeforderten Unterlagen fest. Das Land ist aufgrund seiner Eigenschaft als Rechtsaufsicht über die Kassenärztliche Vereinigung und aufgrund seiner Zuständigkeit für die Krankenhausplanung am besten geeignet, eine unabhängige Person zu bestimmen und folglich einen sachgerechten Interessenausgleich zwischen den Vertragsparteien herbeizuführen. Die Länder müssen sowohl die Interessen der Kassenärztlichen Vereinigungen als auch die der Krankenhäuser berücksichtigen. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson durch das Land haben keine aufschiebende Wirkung. Somit soll möglichst rasch eine flächendeckende Versorgung mit INZ erreicht werden (Beschleunigungsgebot). Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts sind gegen eine der beiden Vertragsparteien zu richten, nicht gegen die Schiedsperson. Die Regelung orientiert sich insoweit an der vergleichbaren Regelung des § 73b Absatz 4a Satz 5.

Diese Form der außergerichtlichen Streitbeilegung soll eine interessenneutrale, am Patientenwohl orientierte Entscheidung herbeiführen. Zudem soll die Konfliktlösung in einem schnellen Verfahren erfolgen. Weigert sich eine Partei, einer getroffenen Vereinbarung nachzukommen, steht der jeweils anderen Partei der Rechtsweg offen.

Satz 12 gewährleistet, dass auch in dem Zeitraum bis zur Aufnahme des Betriebs eines INZ eine nahtlose Notfallversorgung sichergestellt ist. Zu diesem Zweck sind die bisherigen Notdiensteinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere die von diesen aufgebauten und betriebenen sogenannten Portalpraxen, bis zu ihrer Überführung in ein INZ weiter zu betreiben. Notdiensteinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, die sich nicht an einem Krankenhaus befinden, das Standort eines INZ ist, können nach Satz 13 bis zu einem von dem erweiterten Landesausschuss zu bestimmenden Zeitpunkt übergangsweise weiter betrieben werden.

Zu Absatz 3

Der G-BA wird beauftragt, einheitliche Planungsvorgaben zu beschließen, nach deren Maßgabe der erweiterte Landesausschuss die Anzahl und Standorte der INZ nach Absatz 2 Satz 2 festlegt. Die Planung soll eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte, flächendeckende Versorgung mit gleichmäßigem Zugang der Bevölkerung zu INZ als zentrale Anlaufstellen der Notfallversorgung an dafür geeigneten Standorten sicherstellen und auch dem Wirtschaftlichkeitsgebot Rechnung tragen. Damit nur solche Krankenhäuser als Standorte von INZ festgelegt werden können, die über die erforderliche personelle und sächliche Ausstattung für die Erbringung einer qualitätsorientierten stationären Notfallversorgung verfügen, muss ein Krankenhaus mindestens die Anforderungen des Beschlusses des G-BA nach § 136c Absatz 4 für eine Teilnahme an der Basisstufe, der erweiterten Stufe, der umfassenden Stufe oder der des Moduls „Notfallversorgung Kinder“ des G-BA-Beschlusses erfüllen. Da nicht alle Krankenhäuser, die am Notfallstufensystem für die stationäre Versorgung teilnehmen, ein INZ erhalten können, sollten insbesondere jene ausgewählt werden, welche die Anforderungen der erweiterten oder umfassenden Stufe der Notfallversorgung erfüllen. Der Beschluss des G-BA nach § 136c Absatz 4 ist nach Festlegung der INZ-Standorte anzupassen. Hierbei ist auch zu prüfen, ob ergänzende Vorgaben für die Teilnahme von Krankenhäusern an der stationären Notfallversorgung erforderlich sind.

Der erweiterte Landesausschuss trifft gemäß Absatz 2 Satz 2 seine Auswahlentscheidung nach den Planungsvorgaben des G-BA. Die Planungsvorgaben sollen insbesondere den Versorgungsbedarf der Bevölkerung im Sinne des Zugangs zur Versorgung sowie vorhandene Versorgungsstrukturen berücksichtigen und eine länderübergreifende Betrachtung einbeziehen. Der Zugang ist primär nach den Kriterien der Erreichbarkeit, Betroffenheit und der Versorgungsdichte zu definieren. Die Erreichbarkeit ist geprägt durch die Entfernung zu einem Standort und die benötigte Zeit zur Überbrückung dieser Entfernung. Der G-BA bestimmt Erreichbarkeitsrichtwerte unter Berücksichtigung der PKW-Fahrtzeit in Minuten, innerhalb der die Bevölkerung ein INZ potenziell erreichen soll. Die Erreichbarkeitsrichtwerte

sollen bevölkerungsseitig einen zeitlich zumutbaren Zugang zur Versorgung insbesondere auch in strukturschwachen und ländlichen Gebieten gewährleisten. In Anlehnung an die Regelungen des Beschlusses zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 macht der G-BA auch Vorgaben für ein Betroffenheitsmaß. Dieses gibt an, für wie viele Einwohnerinnen und Einwohner im räumlichen Einzugsgebiet eines INZ eine längere Anfahrt zu einem INZ als die generell vorgegebenen PKW-Fahrzeiten in Minuten zumutbar ist. Mit dem Betroffenheitsmaß wird klargestellt, dass für eine kleine Anzahl von Einwohnerinnen und Einwohnern längere Anfahrtswege als die grundsätzlich festgelegten Erreichbarkeitswerte tolerierbar sind. Gleichzeitig legt der G-BA eine Versorgungsdichte fest, die klarstellt, wie viele Einwohnerinnen und Einwohner in einem räumlichen Einzugsgebiet durch ein INZ versorgt werden sollen. Die Relation dient als Richtwert zur Bestimmung der notwendigen INZ unter Berücksichtigung der Bevölkerungsanzahl.

Sofern dies zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist, definiert der G-BA Ausnahmetatbestände, nach denen ein Krankenhaus als Standort eines INZ festgelegt werden kann, obwohl es nicht am gestuften System der Notfallversorgung nach seinem Beschluss gemäß § 136c Absatz 4 teilnimmt, oder nicht die höchste, regional verfügbare Stufe erfüllt. Hierbei ist eine Übergangsfrist festzulegen, in der das Krankenhaus die erforderlichen Qualitätsvorgaben zu erfüllen hat.

Der G-BA wird des Weiteren beauftragt, Vorgaben zur personellen und apparativen Ausstattung von INZ zu beschließen. Dabei ist eine bedarfsgerechte Differenzierung der personellen Ausstattung nach Tages- und Nachtzeiten möglich. Diese Vorgaben sind bei den Vereinbarungen nach § 123 Absatz 2 zu beachten. Hierdurch werden bundesweit einheitliche Anforderungen an die personelle und apparative Ausstattung von INZ verbindlich vorgegeben, die auch Grundlage für die Vergütungsvereinbarungen nach § 123 Absatz 4 sind.

Zudem wird der G-BA beauftragt, das Verfahren zur qualifizierten Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden in INZ und den Umfang der im INZ zu erbringenden notdienstlichen Versorgung (vgl. dazu Begründung zu Absatz 1) sowie die Sachverhalte der Weitervermittlung bundesweit einheitlich festzulegen. Dabei sind die besonderen Bedürfnisse bei der Versorgung von bestimmten Patientengruppen, insbesondere von Kindern und psychisch Erkrankten, angemessen zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang sollen beispielsweise Kooperationen mit sozialpsychiatrischen Kriseninterventionsdiensten der Länder vorgegeben und ausgestaltet werden.

Darüber hinaus ist die Kooperationsverpflichtung nach § 133b Absatz 4 zu beachten. Die diesbezüglichen Vorgaben des G-BA, insbesondere zur digitalen Vernetzung nach § 133b Absatz 4 Satz 5 sowie zur Erfassung der Notfallversorgung nach § 133b Absatz 4 Satz 7 sind zu erfüllen. Die INZ sind insofern zur Datenübermittlung verpflichtet.

Die Beauftragung des G-BA stellt sicher, dass eine Entscheidungsfindung unter hinreichender Berücksichtigung der medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnisse und der Betroffenenperspektive erfolgt. Eine angemessene Beteiligung der Länder ist im Rahmen des Antrags- und Mitberatungsrechts nach § 92 Absatz 7g gewährleistet.

Zu Absatz 4

Die Erbringung der ambulanten notdienstlichen Leistungen in INZ erfolgt in Anlehnung an die Vorschläge des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung – Gutachten 2018, Randnummern 1003 f.) auf Grundlage einer neu ausgerichteten Vergütungsstruktur. Diese folgt dem Ziel der Transparenz in der Vergütung der ambulanten Notfallversorgung sowie der Vergütung im Sinne einer optimalen Patientenversorgung. Hierzu hat der Bewertungsausschuss in seiner Besetzung nach § 87 Absatz 5a bestehend aus Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Spitzenverband Bund der Krankenkassen und Deutscher Krankenhausge-

sellschaft eine Vergütung bestehend aus Grundpauschale und nach Schweregrad differenzierten Pauschalen je Inanspruchnahme zu beschließen. Mit der Grundpauschale sollen unabhängig von der Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten die Vorhaltekosten für das INZ abgegolten werden, die sich an der personellen und apparativen Ausstattung des INZ auf der Grundlage der Richtlinie des G-BA nach Absatz 3 in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 16 orientieren. Zusammen mit der Vereinbarung der Grundpauschale hat der Bewertungsausschuss in der Besetzung nach § 87 Absatz 5a auch Grundsätze zur Berücksichtigung spezifischer Investitionsbedingungen zu beschließen. Auf dieser Grundlage vereinbaren die Vertragspartner nach § 115 Absatz 1 die tatsächliche Berücksichtigung der spezifischen Investitionsbedingungen bei der Vergütung, insbesondere im Hinblick auf die Finanzierung nach § 75 Absatz 1b und § 12a Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz. Die Vergütung pro Inanspruchnahme schließt eine Differenzierung nach Art der Leistung mit ein.

Der Bewertungsausschuss in seiner Besetzung nach § 87 Absatz 5a hat zwei Jahre nach Inkrafttreten und anschließend in einem Abstand von zwei Kalenderjahren die Entwicklung der Leistungen und der Vergütungen in der ambulanten Notfallversorgung zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zu diesem Bericht bestimmen. Die Evaluation und der Bericht umfasst die vollständige notdienstliche Versorgung nach § 75 Absatz 1b.

Die Leistungen der INZ werden außerhalb der Gesamtvergütung von der Krankenkasse vergütet. Vor diesem Hintergrund haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft gemeinsam und einheitlich

1. Grundsätze zur wirtschaftlichen Leistungserbringung,

2. Grundsätze zur Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Versorgung sowie

3. Näheres zum Abrechnungsverfahren und zu Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie der erforderlichen Vordrucke

zu vereinbaren. Dies ermöglicht eine bundesweite Vergleichbarkeit, die für die Durchführung einer Evaluation durch den Bewertungsausschuss in der Besetzung nach § 87 Absatz 5a notwendig ist. Um das Abrechnungsverfahren effektiv durchführen zu können, dienen die für die Sicherstellung der notdienstlichen Versorgung zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen als Abrechnungsstelle im Land zur Durchführung der Abrechnung der Leistungen der INZ. Dies ist insbesondere für die Abrechnung der Grundpauschale je INZ notwendig. Darüber hinaus können die Vertragspartner nach § 115 Absatz 1 wie nach bisherigem Recht auf Grundlage des EBM ergänzende Regelungen zur Vergütung vereinbaren.

Zur Refinanzierung der extrabudgetären Vergütung der Leistungen der INZ sind die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7 in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 um die Leistungen zu bereinigen, die bisher Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen sind und zukünftig nach den Sätzen 1 bis 3 vergütet werden. In den Vereinbarungen zur Bereinigung ist auch über notwendige Korrekturverfahren zu entscheiden.

Zu Absatz 5

Um zu verhindern, dass gehfähige Patientinnen und Patienten in medizinischen Notsituationen die Notfallambulanz eines Krankenhauses ohne INZ aufsuchen, ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Betroffenen wissen, wohin sie sich in solchen Situationen wenden können. Hierzu bedarf es einer Aufklärung über die Möglichkeit der telefonischen Ersteinschätzung durch das GNL sowie die Leistungen und Standorte der INZ. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Information der Versicherten über das jeweils nächstgelegene INZ.

Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten über entsprechende Informationsmaterialien, die sie beispielsweise den Leistungserbringern zur Verfügung stellen und in adäquater Form an ihre Versicherten versenden. Dabei sind auch digitale Informationswege, insbesondere E-Mails und andere Internetdienste, zu nutzen. Die Krankenkassen können auch gemeinsam über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen allgemein bevölkerungsbezogene Informationswege nutzen.

Zu Nummer 14

Korrespondierend mit der Schaffung eines eigenen Leistungsbereichs für die durch den Rettungsdienst erbrachte medizinische Notfallrettung im SGB V und der damit verbundenen Vergütung seiner medizinischen Leistungen nehmen die Krankenkassen künftig zwingend eine aktive Rolle bei der Festsetzung der Vergütung für den Einsatz des Rettungsdienstes und bei seiner Planung ein. Entgelte können somit nicht mehr einseitig durch die Länder festgelegt werden, wobei ohnehin bereits vielfach Vergütungsvereinbarungen durch diese vorgesehen sind.

Zu Absatz 1

Absatz 1 stellt klar, dass die Leistungserbringer nach § 60 die nach Landesrecht bestimmten Träger des Rettungsdienstes oder mit der Wahrnehmung rettungsdienstlicher Aufgaben beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen sind.

Zu Absatz 2

Absatz 2 sieht vor, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den zuständigen Landesbehörden oder mit den Trägern des Rettungsdienstes oder den mit der Wahrnehmung rettungsdienstlicher Aufgaben beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen die Vergütungen für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung zu verhandeln haben. Entsprechend des gesonderten Anspruchs auf eine medizinisch erforderliche Versorgung am Notfallort nach dem neuen § 60 ist eine Pauschale für diese zu vereinbaren, die auch ohne eine sich anschließende Rettungsfahrt abgerechnet werden kann. Zudem sind Pauschalen für Rettungsfahrten zu vereinbaren.

Die Pauschalen sollen insbesondere die Betriebskosten berücksichtigen. Zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung müssen die Pauschalen dazu beitragen, einen funktionsfähigen Rettungsdienst zu gewährleisten. Jedes Kostenelement muss für eine Leistung ansatzfähig sein, die die gesetzliche Krankenversicherung ihren Versicherten schuldet. Da der Rettungsdienst im Rahmen der Daseinsvorsorge Aufgabe der Länder ist, muss Artikel 104a Absatz 1 GG Rechnung getragen werden. Diese verfassungsrechtlich mit der Länderkompetenz einhergehende Finanzierungsverantwortung besteht insbesondere hinsichtlich der Investitions- und Vorhaltekosten für den Rettungsdienst.

Darüber hinaus können in die Berechnung der Pauschalen nicht die Kosten für die Vorbereitung auf Großschadenslagen und für den Brand- und Katastrophenschutz einfließen. Nicht berücksichtigungsfähig sind zudem die Leistungen der Rettungsleitstellen der 112. Für diese Leistungen sind gesonderte Vergütungsvereinbarungen gemäß § 133b Absatz 5 vorgesehen.

Sofern eine Vergütungsvereinbarung nicht zustande kommt, wird der Vertragsinhalt durch eine nach landesrechtlichen Bestimmungen errichtete Schiedseinrichtung festgelegt. Im Unterschied zur bisherigen Rechtslage wird nunmehr die Vergütung zwingend zu vereinbaren sein und kann nicht mehr einseitig festgelegt werden. Daher ist in jedem Fall eine vertragliche Einigung erforderlich. Aufgrund der unterschiedlichen Interessen von Leistungserbringern und Kostenträgern und des damit einhergehenden Konfliktpotentials ist daher ein Schiedsverfahren unerlässlich. Die medizinische Notfallversorgung wäre gefährdet, sofern eine Vergütungsvereinbarung nicht zustande kommt. Insofern steht die Aufnahme eines

Schiedsverfahrens zur Kostenerstattung und damit zur Sicherstellung dieser rettungsdienstlichen Leistungen in einem untrennbaren Sachzusammenhang mit der Funktionsfähigkeit der durch die gesetzliche Krankenversicherung zu gewährleistenden Gesundheitsversorgung. Ein solches Schiedsverfahren zeichnet sich dadurch aus, dass es im Konfliktfall sachgerechte Lösungen erzielt. Wesentliches Merkmal ist die gleichberechtigte Berücksichtigung aller beteiligten Interessen, die sich in der Besetzung der Schiedseinrichtung und Ausgestaltung des Schiedsverfahrens niederschlägt. Eine Ersatzvornahme oder eine sonstige einseitige Festlegung durch Landesbehörden widerspräche dem angestrebten Interessenausgleich, sofern diese gleichzeitig Vertragspartner sind. Das Verfahren soll eine zügige und flexible Festlegung des Vertragsinhalts ermöglichen. Die Wahl der Schiedseinrichtung und die konkrete Ausgestaltung des Schiedsverfahrens obliegen dabei den Ländern entsprechend ihrer Zuständigkeit für den Rettungsdienst und ermöglicht Lösungen, die der Trägerheterogenität des Rettungsdienstes gerecht wird. Bereits bestehende Schiedseinrichtungen können weiterhin genutzt bzw. im Sinne eines gleichberechtigten Interessenausgleichs weiterentwickelt werden.

Zu Absatz 3

Absatz 3 gibt vor, dass die Landesbehörden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich bei der Planung der Anzahl von Luftrettungsstandorten, Rettungsleitstellen, Rettungswachen und Rettungsmitteln zu beteiligen haben. Das Beteiligungsrecht der Krankenkassen begründet sich aus der Aufnahme der Leistungen der medizinischen Notfallrettung als eigenständige Leistungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung und der Finanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung. Bei der Planung ist die flächendeckende Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots sicherzustellen. Hierfür erscheint zumindest die Koordination der Planung auf Landesebene unerlässlich und sollte im Sinne eines effektiven und ressourcenschonenden Konzepts angrenzende Länder miteinbeziehen bzw. deren Planungen mit berücksichtigen. Die Frage, wie das Beteiligungsrecht der Krankenkassen bei der landesweiten Planung gestaltet wird, obliegt den Ländern entsprechend ihrer Zuständigkeit für das Rettungswesen.

Zu Absatz 4

Nach der Regelung ist vorgesehen, dass nur diejenigen Leistungen den Krankenkassen im Rahmen der getroffenen vertraglichen Vereinbarung in Rechnung gestellt werden können, die entsprechend bundeseinheitlicher Vorgaben nach § 133b Absatz 4 Satz 7 erfasst wurden. Im Rahmen der vertraglichen Vereinbarung nach Absatz 2 kann eine Übergangsregelung vorgesehen werden für die Zeit bis die Vorgaben zur Erfassung beschlossen sind.

Zu Nummer 15

Zu § 133a

Durch § 133a wird festgelegt, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich die Vergütungen mit den entsprechenden Einrichtungen oder Unternehmen für die Krankentransporte und Krankenfahrten zu vereinbaren haben.

Der Verweis des bisherigen § 133 Absatz 4 auf die Bildung von Rahmenempfehlungen entsprechend der Verträge im Hilfsmittelbereich nach § 127 Absatz 9 wird nicht übernommen, da hiervon kein Gebrauch gemacht worden ist.

Für den Fall der Nichteinigung bedarf es eines Schiedsverfahrens. Die Ausgestaltung obliegt gemäß § 133 Absatz 2 Satz 7 aufgrund der Länderverantwortung für den Rettungsdienst sowie der Heterogenität der Anbieter von Krankentransporten und Krankenfahrten (Träger Rettungsdienst, private Krankentransportunternehmen) den Ländern. Auf die Begründung zu § 133 Absatz 2 Satz 7 wird verwiesen.

Zu § 133b

Mit dem Ziel, Patientinnen und Patienten in dringenden medizinischen Fragestellungen einen jederzeit erreichbaren qualifizierten Ansprechpartner zu bieten und in die richtige Versorgungsstruktur zu steuern, werden Anreize für die Bildung von GNL als verbindliche Kooperationen von Rettungsleitstellen und Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzt. GNL erbringen keine allgemeinen Serviceleistungen, wie z. B. die Vergabe von Arztterminen.

Zu Absatz 1

Versicherte oder Dritte sind in medizinischen Notsituationen gehalten, sich zunächst telefonisch an GNL zu wenden. Besteht Lebensgefahr oder werden schwere gesundheitliche Schäden befürchtet, ist hierfür die Rufnummer 112 zu wählen. In anderen dringlichen medizinischen Anliegen ist die Rufnummer 116 117 zu wählen.

Zu Absatz 2

Durch das GNL wird der Hilfebedarf auf der Grundlage eines qualifizierten, standardisierten und softwaregestützten Ersteinschätzungsverfahrens beurteilt und die unmittelbar erforderliche medizinische Versorgung vermittelt. Die besonderen Umstände bei einem Anruf durch einen Dritten, der Hilfe leistet, sind bei dem Ersteinschätzungsverfahren zu berücksichtigen. Als zu vermittelnde Versorgungsstrukturen kommen insbesondere die Leistungen der medizinischen Notfallrettung, eine telemedizinische und aufsuchende notdienstliche Versorgung und der Verweis an ein INZ in Betracht. Unter der Rufnummer 116 117 werden auch solche telemedizinischen Leistungen vermittelt, die zur Klärung der gebotenen Versorgungsstruktur dienen können.

GNL zeichnen sich durch eine verbindliche Kooperation und ein einheitliches Verständnis der im Einzelfall gebotenen Versorgungsstruktur aus. Geht beispielsweise unter der Rufnummer 112 ein Hilfeersuchen ein, bei dem unmittelbar geklärt werden kann, dass eine lebensbedrohliche Situation oder die Gefahr schwerer gesundheitlicher Schäden nicht vorliegt, wird die oder der Hilfesuchende an die Rufnummer 116 117 weitergeschaltet. Sollte sich dann unter der Rufnummer 116 117 aus dem Ersteinschätzungsverfahren ergeben, dass ein Krankentransport zu einer notdienstlichen Versorgung zwingend erforderlich ist, wird dieser Bedarf an die Rufnummer 112 gemeldet und von dort ein entsprechender Krankentransport disponiert. Die Ersteinschätzung durch das GNL steht nach der Neuregelung der §§ 60 und 60a einer ärztlichen Verordnung für Leistungen der medizinischen Notfallrettung und für Krankentransporte sowie Krankenfahrten gleich.

Unter der Rufnummer 112 besteht durch telenotärztliche Leistungen die Möglichkeit, die Durchführung eigentlich ärztlicher Tätigkeiten unmittelbar an Notfallsanitäterinnen und -sanitäter oder Rettungsassistentinnen und -assistenten vor Ort zu übertragen, soweit dies medizinisch erforderlich ist. Die Entscheidung, ob eine Delegation ärztlicher Aufgaben angezeigt ist, verbleibt insofern bei der verantwortlichen Ärztin oder Arzt. In diesem Zusammenhang erscheint eine möglichst überregionale Organisation von GNL angezeigt. Zudem kann eine telenotärztliche Einbindung unter der Rufnummer 112 bei der Beurteilung der Notwendigkeit und Durchführung von Sekundärfahrten bzw. Verlegungsfahrten, die nach § 60 Absatz 2 Rettungsfahrten sind, sinnvoll sein. Darüber hinaus können regionale Vereinbarungen weitere Versorgungsstrukturen, wie z. B. sogenannte Gemeindenotfallsanitäter einbeziehen.

GNL können darüber hinaus digitale Unterstützungsangebote für Hilfesuchende in medizinischen Notfällen, z. B. sogenannte Notfallrettungs-Apps, anbieten oder digitale Anwendungen einbeziehen. Hierunter können beispielsweise solche digitale Anwendungen fallen, über die eine Alarmierung von qualifizierten, freiwilligen Ersthelferinnen und Ersthelfern erfolgen kann, so dass in lebensbedrohlichen Situationen (z. B. Herz-Kreislauf-Stillstand) schnelle Erste-Hilfe-Maßnahmen das therapiefreie Intervall bis zum Eintreffen des organi-

sierten Rettungsdienstes verkürzen können. In Ergänzung des organisierten Rettungsdienstes werden entsprechende Konzepte in einigen Bundesländern bereits erprobt und teilweise aus Mitteln des Innovationsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung gefördert. Sofern GNL derartige qualitätsgesicherte Ersthelfersysteme nutzen, können die diesbezüglichen Kosten im Rahmen der Vergütung nach Absatz 5 berücksichtigt werden.

Zu Absatz 3

Das GNL bedeutet eine verbindliche Kooperation der Rettungsleitstellen und der Kassenärztlichen Vereinigung. Die im Rahmen des GNL kooperierenden Rufnummern haben weitere Aufgaben. Über die Rufnummer 112 ist auch der Brand- und Katastrophenschutz zu gewährleisten und unter der Rufnummer 116 117 sind die Terminserviceleistungen nach § 75 Absatz 1a sicherzustellen. Die Bildung der GNL bezieht sich ausschließlich auf den Bereich der medizinischen Not- und Akutfälle und lässt die weiteren Aufgabenbereiche der jeweiligen Rufnummer unberührt. Die Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 haben die Möglichkeit, ein GNL mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zu bilden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind zu dieser Kooperation verpflichtet. GNL beinhalten die verbindliche Zusammenarbeit der Rettungsleitstellen der Rufnummern 112 und der Kassenärztlichen Vereinigung mit der Rufnummer 116 117 durch eine technische und digitale Verbindung.

Die GNL zeichnen sich im Kern durch ein gemeinsames und verbindliches Verständnis zur Einschätzung der Dringlichkeit des medizinischen Versorgungsbedarfs und der Disposition der erforderlichen medizinischen Versorgung aus. Hierzu vereinbaren die Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 mit der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ein qualifiziertes, standardisiertes und softwaregestütztes Ersteinschätzungsverfahren von Hilfeersuchen und die zum jeweiligen Endpunkt des Einschätzungsverfahrens zu disponierende Versorgung. Diese Vereinbarung muss auf medizinscher Expertise beruhen, die gewährleistet, dass die Erforderlichkeit von Leistungen der medizinischen Notfallrettung oder einer notdienstlichen Versorgung feststeht und insoweit eine gesonderte ärztliche Verordnung ersetzt. Mit der verbindlichen Kooperation geht insofern eine haftungsrechtliche Entlastung der Disponenten der Rufnummer 112 einher in Fällen, die auf Basis des Ersteinschätzungsverfahrens der Rufnummer 116 117 zugeordnet werden.

Bei der Festlegung des gemeinsamen und verbindlichen Verständnisses zur Einschätzung der Dringlichkeit des medizinischen Versorgungsbedarfs und der Disposition der erforderlichen medizinischen Versorgung sind die besonderen Bedürfnisse bestimmter Patientengruppen, insbesondere von Kindern und psychisch Erkrankten, zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang sollen beispielsweise Kooperationen mit sozialpsychiatrischen Kriseninterventionsdiensten der Länder vorgegeben und ausgestaltet werden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird verpflichtet, über den Stand dieser Vereinbarungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 regelmäßig zu berichten, um einen Überblick über die der Leitstellenebene überlassenen Regelung der Patientensteuerung zu erhalten.

Zu Absatz 4

Um eine effektive und effiziente, integrierte Notfallversorgung zu erreichen, ist es von entscheidender Bedeutung, dass die an der Notfallversorgung konkret Beteiligten auf regionaler Ebene zusammenarbeiten. Dies gilt insbesondere auch im Sinne einer digitalen Vernetzung und Kooperation, so dass beispielsweise ein digitaler Zugriff der GNL auf alle Rettungseinsatzmittel sowie auf die Kapazitäten der INZ und der Notaufnahmen der Krankenhäuser möglich wird und Falldaten aus den GNL oder aus einem Rettungseinsatzmittel an das aufnehmende INZ oder Krankenhaus übermittelt werden. Absatz 4 sieht insofern eine umfassende Kooperation der an der medizinischen Notfallversorgung Beteiligten vor, die sich ganz wesentlich auf eine digitale Vernetzung bezieht. Dies beinhaltet die interaktive

Nutzung einer digitalen Dokumentation zur Übertragung der zur Weiterversorgung erforderlichen Daten. Ziel ist auch, dass sich die Telematikinfrastruktur nach § 291a zur zentralen Kommunikationsinfrastruktur für das Gesundheitswesen entwickelt. Daher ist sie auch für die digitale Vernetzung im Rahmen der medizinischen Notfallversorgung zu nutzen, sobald sie den an der medizinischen Notfallversorgung Beteiligten flächendeckend zur Verfügung steht. Dies gilt nicht, sofern bei einem Träger einer Rettungsleitstelle der Rufnummer 112 durch die Anbindung an die Telematikinfrastruktur die Sicherstellung des Brand- und Katastrophenschutzes gefährdet wäre. Wesentlich ist darüber hinaus eine bundesweite Datenbank zur Echtzeitübertragung der Versorgungskapazitäten von Rettungsmitteln, aufsuchendem Bereitschaftsdienst, INZ und Krankenhäusern, die nach dem G-BA-Beschluss gemäß § 136c Absatz 4 an der Notfallversorgung teilnehmen. GNL müssen in die Lage versetzt werden, länderübergreifend zu handeln.

Die Regelungen des Absatzes 4 stellen Vorgaben für die Ausgestaltung der für die umfassende Kooperation erforderlichen digitalen Dokumentation und Vernetzung aller Beteiligten dar. Diese Vorgaben nutzen - bezüglich der Verarbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten - die Öffnungsklausel des Artikels 9 Absatz 4 DSGVO. Soweit personenbezogene Daten in diesem Rahmen für die medizinisch erforderliche Diagnostik und Behandlung der als Patientinnen und Patienten betroffenen Versicherten verarbeitet werden, ergibt sich die datenschutzrechtliche Befugnis für diese Verarbeitung aus Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe h in Verbindung mit Absatz 3 DSGVO und § 22 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b BDSG sowie gegebenenfalls landesrechtlichen Vorschriften (Krankenhausgesetze).

Das Nähere zu der als GNL definierten umfassenden Kooperation regelt der G-BA in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 16. Bei der Erstellung der Richtlinien muss der G-BA berücksichtigen, dass das aufzubauende Informationssystem aufgrund der Sensibilität der zu verarbeitenden Informationen und der Zeitkritikalität der Verarbeitung aus Sicht der Informationssicherheit über einen besonderen Schutzbedarf insbesondere bei den Schutzzielen „Integrität“ und „Verfügbarkeit“ verfügen muss. Es ist von großer Wichtigkeit, dass die Informationssicherheit bei der Systemkonzeption bereits frühzeitig berücksichtigt wird (Security-by-Design). Dies ist durch die Erstellung und nachzuweisende Umsetzung (beispielsweise durch eine Zertifizierung und/oder einen Penetrationstest) eines umfassenden Informationssicherheitskonzeptes nach dem Stand der Technik sicherzustellen. Das Sicherheitskonzept und seine Umsetzung müssen darüber hinaus im laufenden Betrieb kontinuierlich evaluiert und an Entwicklungen bei Technik und Bedrohungslage angepasst werden. Dabei kann der G-BA die Gesellschaft für Telematik nach § 291b und geeignete Dritte beratend einbeziehen.

In Satz 7 wird der G-BA zudem beauftragt, das Nähere zur einheitlichen Erfassung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung festzulegen. Dies umfasst die Vorgabe eines einheitlichen Datensatzes zu Hilfeersuchen der GNL, zu den Leistungen der medizinischen Notfallrettung und zu Leistungen der INZ. Versichertenbezogene Daten bleiben unberücksichtigt. Die erfassten Daten sind Voraussetzung für eine Weiterentwicklung einer qualitativ hochwertigen und zweckmäßigen integrierten Notfallversorgung.

Absatz 5

Die Vergütung erfolgt nach einer Pauschale je Hilfeersuchen und ist mit den Krankenkassen zu vereinbaren. Abrechnungsfähig sind jedoch nur diejenigen Leistungen der Rettungsstellen der Rufnummer 112, die im Rahmen von GNL erbracht wurden und nach den Vorgaben nach Absatz 4 Satz 7 erfasst wurden.

Für den Fall der Nichteinigung bedarf es eines Schiedsverfahrens. Dabei obliegt die Ausgestaltung entsprechend § 133 Absatz 2 Satz 7 aufgrund der Länderverantwortung für den Rettungsdienst sowie der Heterogenität der Träger von Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 den Ländern. Auf die Begründung zu § 133 Absatz 2 Satz 7 wird verwiesen.

Zu Absatz 6

Um mögliche finanzielle Hürden zur Bildung von GNL für die Länder abzubauen, wird die Anschaffung von Softwarelösungen für die Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung gefördert. Gefördert werden zudem die zur Umsetzung der Kooperationsvorgaben nach Absatz 4 für die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung erforderliche Anschaffung von Softwarelösungen. Damit soll die Umsetzung der Vorgabe nach § 60 Absatz 2 Satz 4 gefördert werden, wonach aus dem Rettungseinsatzmittel die zur Weiterbehandlung erforderlichen Daten an das aufnehmende Krankenhaus oder INZ übermittelt werden sollen.

Die gesetzlichen Krankenkassen stellen im Zuge eines Umlageverfahrens über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen Finanzmittel in Höhe von 25 Millionen Euro zur Verfügung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt das Förderverfahren durch. Die Förderung ist neben der Einhaltung der Vorgaben zur digitalen Vernetzung und Kooperation auch an die Finanzierungsbeteiligung der Länder geknüpft. Diese Verknüpfung ist sachgerecht, da die Länder für das Rettungswesen zuständig sind und insofern ihrer Finanzierungsverantwortung nach Artikel 104a GG Rechnung tragen müssen.

Mit Softwarelösungen für die Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 und die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung wird insbesondere die zur Weiterbehandlung erforderliche Übertragung von Patientendaten vom Rettungseinsatzmittel an das aufnehmende Krankenhaus oder INZ ermöglicht. Dies führt zu einer Qualitätssteigerung der Notfallversorgung, die allen Menschen in Deutschland gleichermaßen zugutekommen kann. Daher ist eine Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen an der Förderung dieser Softwarelösungen angezeigt

Medizinische Notfälle ergeben sich unabhängig vom Versicherungsstatus der Hilfesuchenden und es ist insofern grundsätzlich sinnvoll, übergreifende Strukturen zu schaffen. Zwar dient die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 75 Absatz 1a eingerichtete Rufnummer 116 117 der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung von Versicherten und gilt insofern nicht unmittelbar für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen. Dennoch besteht auch für diesen Personenkreis de facto und im Wege der in der Folge zu erwartenden Kooperationsvereinbarungen die Möglichkeit, die GNL in ihrer Gesamtheit zu nutzen.

Zu Nummer 16

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 75 Absatz 1b.

Zu Nummer 17

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuregelung des § 133a.

Zu Nummer 18

Die Telematikinfrastruktur soll als die zentrale Infrastruktur für eine sichere Kommunikation im Gesundheitswesen etabliert werden. Dementsprechend ist gemäß § 133b Absatz 4 die Telematikinfrastruktur auch für die digitale Vernetzung der an der Notfallversorgung Beteiligten zu nutzen. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Übermittlung von Patientendaten

nach § 60 Absatz 2 bereits vom Notfallort bzw. aus dem Rettungsmittel an das aufnehmende Krankenhaus oder INZ. Neben den Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung kommt auch den Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 eine besondere Bedeutung bei der Kooperation und Vernetzung zu. Auch sie sollen, sofern sie ein GNL gebildet haben und die Telematikinfrastruktur nutzen, eine Förderung der Anschluss- und Betriebskosten erhalten. Die Höhe ergibt sich in Entsprechung der Vereinbarung zwischen dem Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den ambulanten vertragsärztlichen Bereich gemäß Absatz 7 Satz 5.

Zu Nummer 19

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 60 Absatz 2 Satz 3, § 60a Absatz 3 Satz 3 und Absatz 4 Satz 2, wonach die Entscheidung des GNL auf Basis des Ersteinschätzungsverfahrens nach § 133b Absatz 3 Satz 5 der ärztlichen Verordnung gleichsteht. Die Leistungen der medizinischen Notfallrettung, zu denen sowohl die Versorgung am Notfallort als auch die Rettungsfahrten zählen, werden mit der Neufassung des § 60 eigenständige Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, so dass diese auch eine eigenständige Abrechnung erfordern. Dies gilt insbesondere in den Fällen, in denen ausschließlich eine Versorgung am Notfallort erfolgt. Darüber hinaus bedürfen auch Krankentransporte und Krankenfahrten, die auf einer entsprechenden Ersteinschätzung eines GNL beruhen, keiner gesonderten ärztlichen Verordnung, so dass die damit verbundenen Angaben als Abrechnungsvoraussetzungen durch einen entsprechenden Nachweis über die Ersteinschätzung eines GNL ersetzt werden. Das zugrunde liegende Ersteinschätzungsverfahren wird gemäß § 133b Absatz 3 Satz 5 mit den Kassenärztlichen Vereinigungen aus medizinischer Sicht vereinbart und ist insofern geeignet, eine ärztliche Verordnung zu ersetzen. Das Nähere zum Nachweis bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

Zu Nummer 20

Die Übergangsvorschrift zur Reform der Notfallversorgung regelt, dass zunächst der G-BA die neue Richtlinie über die medizinische Notfallrettung und INZ beschließt. Inhalt der Richtlinie sind die Vorgaben zum Ziel von Rettungsfahrten gemäß dem künftigen § 60 Absatz 3, Planungsvorgaben für INZ sowie Vorgaben zur Ausstattung von INZ, zum Ersteinschätzungsverfahren und zum Umfang der notdienstlichen Versorgung in INZ gemäß dem künftigen § 123 Absatz 3 sowie übergreifende Vorgaben zur digitalen Vernetzung und Kooperation aller an der Notfallversorgung Beteiligten und zur einheitlichen Erfassung der medizinischen Notfallversorgung gemäß dem künftigen § 133b Absatz 4 Satz 5 und 7. Diese Vorgaben sind Voraussetzung für die Standortfestlegung und Einrichtung von INZ sowie für die Leistungserbringung und künftige Abrechnung von rettungsdienstlichen Leistungen. Um sicherzustellen, dass diese Vorgaben, auf denen die künftige Ausgestaltung der Notfallversorgung beruht, vom G-BA frühzeitig erarbeitet werden, erhält er eine Fristvorgabe von 18 Monaten für die Beschlussfassung. Die neue Rechtslage tritt nach einer weiteren für das Inkrafttreten dieser Vorgaben erforderlichen Frist von vier Monaten in Kraft.

Absatz 2 ermöglicht, dass bereits parallel zu den Beratungen des G-BA die für die Bildung eines GNL erforderliche Vereinbarung der Träger der Rettungsleitstellen mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung über ein gemeinsames und verbindliches Verständnis der Ersteinschätzung von medizinischen Hilfeersuchen und die jeweils angezeigte Versorgungsstruktur erfolgt.

Absatz 3 ermöglicht eine Abrechnung rettungsdienstlicher Leistungen nach bisherigem Recht, solange die Richtlinie des G-BA noch nicht in Kraft getreten ist.

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Begriffsbestimmung von INZ in § 123 SGB V.

Zu Artikel 3 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Begriffsbestimmung von INZ in § 123 SGB V.

Zu Artikel 4 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Die neue Rechtslage tritt in Kraft, nachdem die für alle Bereiche des Gesetzes maßgebliche neue Richtlinie des G-BA in Kraft getreten ist und in der Praxis umgesetzt werden kann. Der G-BA hat die Richtlinie innerhalb von 18 Monaten nach der Verkündung zu beschließen. Das Inkrafttreten der neuen Rechtslage erfolgt daher 22 Monate nach der Verkündung.

Zu Absatz 2

Die Übergangsregelung zur Reform der Notfallversorgung in § 329 sowie die Erweiterung des G-BA Richtlinienauftrages tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft, um den zügigen Beginn der entsprechenden Beratungen im G-BA sicherzustellen.