

Stellungnahme



**Verband der
Privaten Krankenversicherung e.V.**

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c
50968 Köln

Telefon (0221) 99 87-0
verband@pkv.de
www.pkv.de

zum

Referentenentwurf des Bundesministeriums
für Gesundheit zum

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

- Eine Neustrukturierung der Notfallversorgung ist dringend erforderlich und wird von der PKV grundsätzlich begrüßt. Hier sollten möglichst bundesweit einheitliche Regelung angestrebt werden, bei der alle Prozesse und Verfahren von der Notrufabfrage über die Ersteinschätzung der Akutleitstellen bis zur Behandlung in den Integrierten Notfallzentren (INZ) gut miteinander abgestimmt und vernetzt werden.
- Um eine rechtssichere und systemgerechte Ausgestaltung zu erreichen, ist eine einzel-fallbezogene Abrechnung überall dort erforderlich, wo ein Kontakt zum Hilfesuchenden mit Personenidentifikation entsteht.
- Pauschale Aufbau- und Struktukosten für INZ oder für die Errichtung von Gesundheitsleitsystemen können nicht auf die PKV umgelegt werden. Hierbei handelt es sich um Daseinsvorsorge des Staates und gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die aus Steuermitteln zu zahlen sind.
- Privat Krankenvollversicherte und Beihilfeberechtigte werden in der Nutzung der Notfallversorgung benachteiligt, wenn eine flächendeckende Ausstattung mit einer elektronischen Patientenakte mangels einer gesetzlichen Befugnis zur Zustimmungsfreien Vergabe einer Krankenversichertennummer (KVNR) durch die Versicherungsunternehmen nicht ermöglicht wird. Es bedarf daher dringend einer gesetzlichen Regelung.

I. Allgemeine Anmerkung

Die PKV begrüßt grundsätzlich das Ziel einer besser abgestimmten Notfallversorgung. Eine medizinisch sinnvolle Steuerung der Patienten und damit einhergehend Entlastung der stationären Strukturen gelingt am besten, wenn für die Bürgerinnen und Bürger einfach verständliche, transparente und funktionierende Versorgungsprozesse geschaffen werden.

Von Nachteil ist für privat Krankenversicherte und beihilfeberechtigte Personen, dass für sie aufgrund der immer noch ausstehenden gesetzlichen Befugnis zur zustimmungsfreien KVNR-Vergabe durch ihre Versicherungsunternehmen keine flächendeckende Ausstattung mit einer elektronischen Patientenakte (ePA) möglich ist. Dies kann im medizinischen Notfall zu einer schlechteren Gesundheitsversorgung führen, weil Notärzte und Rettungsassistenten keinen Zugriff auf medizinischen Daten erhalten und daraus eine Fehlversorgung resultieren kann. Die gesetzliche Regelung wird seit Jahren vom PKV-Verband eingefordert und ist überfällig.

Seitens der Privaten Krankenversicherung besteht die Bereitschaft, die entsprechenden notwendigen Aufwendungen der medizinischen Notfallbehandlung sowohl online als auch vor Ort fall- und leistungsbezogen angemessen zu vergüten. Um eine rechtssichere und systemgerechte Ausgestaltung zu erreichen, ist soweit möglich eine einzelfallbezogene Abrechnung erforderlich. Das trägt auch zur zielgerichteten Inanspruchnahme des Systems bei. Pauschalen sind nicht sachgerecht und erlauben keine versicherten- und tarifbezogene Zuordnung. Deshalb müssen im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens die entsprechenden Grundlagen für die Dokumentation und Abrechnung geschaffen werden.

Pauschale Aufbau- und Strukturkosten für Integrierte Notfallzentren oder für die Einrichtung von Gesundheitsleitsystemen können dagegen nicht auf die Private Krankenversicherung umgelegt werden. Hierbei handelt es sich um Daseinsvorsorge des Staates und gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die grundsätzlich aus Steuermitteln getragen werden müssen. Die Mittel sollten aus dem Bundeshaushalt stammen und entsprechend an die Bundesländer weitergeleitet werden. Im Übrigen ist nur durch die Steuerfinanzierung eine gerechte Kostenverteilung über alle Nutzendengruppen gewährleistet. Bei einer Pauschalfinanzierung durch die GKV und die PKV würden hingegen auch Leistungsberechtigte anderer Kostenträger profitieren, ohne für die Leistung gezahlt zu haben. Dies sind insbesondere die Beihilfe, die Bundesländer für Berufsgruppen, welche freie Heilfürsorge beziehen oder Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, der Bund für die Bundesbeihilfe und für Anspruchsberechtigte auf freie Heilfürsorge sowie die Unfallversicherung.

Zur Zuordnung der Patientinnen und Patienten in den richtigen Versorgungsbereich und zur optimalen Nutzung der personellen und einrichtungsbezogenen Ressourcen ist ein Ersteinschätzungsverfahren vorgesehen. Unter dem Stichwort „digitale Ersteinschätzung“ sollen digitale Tools zum Einsatz kommen, welche zum Teil auch heute bereits im Einsatz sind. Ein Beispiel ist SmED, (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland), die von Kassenärztlichen Vereinigungen und in einigen Krankenhäusern genutzt wird. Daneben gibt es weitere, auch KI-basierte Anwendungen. Der Markt ist ausgesprochen dynamisch und für die

kommenden Jahre werden viele neue, unterschiedlich aufgebaute, sich in Anwendung und Ergebnis unterscheidende Produkte erwartet. Um die Chancen dieser Tools für die Gesundheitsversorgung nutzbar zu machen, sollten Anbietervielfalt und ein Ringen um die besten, qualitätsgesicherten und nutzerfreundliche Angebote angestrebt werden. Die eingesetzten Anwendungen sind im Versorgungskontext zu evaluieren.

II. Zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfs

Siehe Anlage.

III. Weiterer gesetzlicher Änderungsbedarf

Regelhafte Ausstattung von Privatversicherten mit Krankenversichertennummern (KVNR)

Im Zweifelsfall hängen Leben und Gesundheit von einer schnellen Datenverfügbarkeit ab, etwa wenn Informationen zu Allergien, Erkrankungen, eingenommenen Medikamenten oder Implantaten vorhanden sind und in medizinische Notfallscheidungen einbezogen werden können. Daher ist es zu begrüßen, dass durch die Notfallreform die Digitalisierung im Gesundheitswesen im Interesse der Patientinnen und Patienten weiter vorangetrieben wird. Leistungserbringer sowie andere zugriffsberechtigte Personen erhalten einen Zugriff auf deren Gesundheitsdaten, die in der elektronische Patientenakte (ePA) vorhanden sind. Ebenso speichern sie dort die Daten der digitalen Notfalldokumentation, so dass sie für nachfolgende Behandlungen zur Verfügung stehen.

Was für gesetzlich Versicherte demnächst regelhaft beachtet werden muss, ist für privat Krankenvollversicherte und Beihilfeversicherte noch Zukunftsmusik. Für sie fehlt es bereits an der KVNR als Grundvoraussetzung für die Bereitstellung einer digitalen Identität und der ePA. Für eine zustimmungsfreie KVNR-Ausstattung ihres Bestandes fehlt den PKV-Unternehmen bis heute eine gesetzliche Berechtigung, obwohl ebendiese seit Jahren durch den PKV-Verband eingefordert wird. Das ist zum Nachteil dieser Kundinnen und Kunden.

In der PKV und bei den weiteren unter § 362 Abs. 2 SGB V aufgeführten Kostenträgern außerhalb der GKV wie die Bundes- und Landespolizeien, erfordert die Bildung der KVNR die aktive Mitwirkung der Versicherten. Nur in Einzelfällen wie bei Vorliegen einer implantatbezogenen Maßnahme, welche (anlassbezogene) gesetzliche Bereitstellungspflichten begründen können, oder der hier vorgesehenen Vergabe im Rahmen des MRG ist die PKV zur entsprechenden KVNR-Bereitstellung bzw. Bildung ohne Einwilligung bzw. Mitwirkung der Versicherten befugt. Das führt in der Praxis zu einer unzureichenden Ausstattung der betroffenen Bürgerinnen und Bürger mit einer KVNR gerade dann, wenn sie dringend benötigt wird. Die Folge sind unbefriedigende Ergebnisse in Bezug auf die Ziele der Qualitätsorientierung und Digitalisierung des gesamten Gesundheitswesens. Um möglichst sämtliche Privatversicherte sowie Beihilfeberechtigte mit einer KVNR ausstatten zu können, muss die PKV zu deren regelhafter, einwilligungsfreier Bildung befugt werden. Hierbei handelt es sich um eine überfällige Regelung, die schon in der vergangenen Wahlperiode erfolgen sollte.

Zur Umsetzung der zustimmungsfreien KVNR in der PKV kann auf bereits weit gediehene Vorschläge zurückgegriffen werden.

Zur Umsetzung erscheinen bspw. folgende Varianten gleichwertig tragfähig:

Umsetzungsoption 1:

Eine systematisch tragfähige Lösung könnte die versicherungsvertragsrechtliche Regelung darstellen, wie sie im Änderungsantrag Nr. 14 zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (BT-Drs. 20(14)235.1 v. 12.11.2024) vorgesehen war.

Umsetzungsoption 2:

Alternativ könnte die obligatorische – anlasslose - Bereitstellung und Nutzung der KVNR für alle Privatversicherten durch folgende kumulative Änderungen bzw. Ergänzungen des § 17 Abs. 4 IRegG, des § 2 Abs. 1 IRegBV und des § 362 Abs. 2 SGB V erreicht werden (vgl. u. a. die Stellungnahme des PKV-Verbandes zum GDAG-Kabinettsentwurf):

- Änderung des § 17 Abs. 4 S. 1 und 3 IRegG dahingehend, dass die KVNR künftig nicht nur anlassbezogen, sondern verpflichtend für alle Privatversicherten vergeben wird,
- Ergänzung des § 2 Abs. 1 IRegBV um eine hinreichende Frist zur Umsetzung der KVNR-Vergabe und
- Ergänzung des § 362 Abs. 2 SGB V insbesondere um die Verarbeitungsbefugnis einer bestehenden KVNR sowie der für deren Bildung und Clearing erforderlichen personenbezogenen Daten für die Bereitstellung und Nutzung einer eID sowie der Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach § 334 Abs. 1 S. 2 SGB V.

Ausgearbeitete Formulierungsvorschläge liegen beim BMG und BMJ seit längerem vor.

Ergänzender Regelungsbedarf für die Umsetzung der KVNR-Vergabe:

1. Zustimmungsfreie Abfrage bei Einwohnermeldeämtern

Ergänzend zu der datenschutzrechtlichen Befugnis für die einwilligungsfreie Bildung der KVNR (unter notwendiger Nutzung der Rentenversicherungsnummer (RVNR)) bedarf es einer Klärstellung dahingehend, dass die PKV-Unternehmen berechtigt sind, in Fällen unzureichender Mitwirkung der Versicherten fehlende Daten (z. B. Geburtsort) bei den Einwohnermeldeämttern abzufragen und dass hierfür sowie für den Gesamtprozess der Bildung der KVNR bzw. RVNR keine vorherige Schweigepflichtenbindung des Versicherten erforderlich ist (§ 203 StGB).

2. Einbeziehung in den GKV-Datenabgleich zur Verhinderung von Mehrfachvergaben

Wie im o. g. Änderungsantrag Nr. 14 zum GVSG vorgesehen, sollte aufgrund bestehender Unsicherheiten zudem – im Sinne sämtlicher Nutzer der TI – geregelt werden, dass die von den PKV-Unternehmen vergebenen KVNR im Verzeichnis nach § 290 Abs. 3 SGB V zu führen sind und der Datenabgleich (auch mit der GKV), um Mehrfachvergaben derselben KVNR auszuschließen oder zu korrigieren, innerhalb des von der Vertrauensstelle geführten Registers zu erfolgen hat. Hierzu wären in § 362 Abs. 2 S. 2 SGB V nach den Wörtern „§ 290 Absatz 1 Satz 4 bis 7“ die Wörter „und Absatz 3“ einzufügen.

Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Datum: 4.12.2025

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 27	Folgeänderung zu § 30 SGB V	
2	§ 30	Einführung eines Anspruchs auf medizinische Notfallrettung <ul style="list-style-type: none">• Voraussetzung: Definition rettungsdienstlicher Notfall• Leistungsbestandteile: Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung und Notfalltransport• Notfallmanagement als Vermittlung der erforderlichen Hilfe auf der Grundlage einer digitalen standardisierten Abfrage einschließlich telefonischer Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen und Einbindung von Ersthelfern durch auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme• Notfallmedizinische Versorgung vor Ort und während des Transports durch nichtärztliches Fachpersonal und bei medizinischer Notwendigkeit durch Notärzte• Notfalltransport in nächste geeignete Einrichtung und medizinisch zwingende Verlegungen• Zuzahlung	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	
4	§ 73	Folgeänderung zu § 60 SGB V	
5	§ 73b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
6	§ 75	Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung <ul style="list-style-type: none"> • Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung • Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge 	
7	§ 76	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
8	§ 87	Auftrag an erweiterten Bewertungsausschuss: EBM für komplexe Fälle in INZ	
9	§ 87a	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
10	§ 90	Standortbestimmung für INZ durch erweiterten Landesausschuss	
11	§ 90a	Ergänzung Vertreter des Rettungsdienstes in gemeinsamen Landesgremien nach § 90a	
12	§ 92	Klarstellung, dass Richtlinie des G-BA nicht den Notfalltransport umfasst	
13	§ 105	Finanzierung der notdienstlichen Strukturen der KVn durch gemeinsam von KV und Krankenkassen zusätzlich zur Verfügung gestellten Beitrag, Beitrag der PKV i.H.v. 7 %	<p><u>Vorgeschlagene Regelung:</u></p> <p>In § 105 Abs. 1b SGB V-E wird festgelegt, dass Kassenärztliche Vereinigungen und die Krankenkassen zweckgebunden die Strukturen des ärztlichen Versorgungsangebots / aufsuchenden Dienst, der Akutleitstelle, des</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Gesundheitsleitsystems sowie der INZ finanzieren und dazu verhandeln. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen sind in diese Vertragsverhandlungen einzubeziehen und es ist ein Einvernehmen herzustellen. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen sollen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an dem von den Kassen bereitzustellenden Betrag beteiligen. Der PKV-Verband und die Kassenseite vereinbaren das Nähere zur Bereitstellung des Betrages.</p> <p><u>Bewertung:</u></p> <p>Grundsätzlich handelt es sich bei der im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Strukturfinanzierung um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die der Da-seins- und Gesundheitsversorgung dient und allen Menschen, unabhängig vom Versicherungsstatus, zugutekommt. Neben gesetzlich und privat krankenversicherten Personengruppen profitieren von den neuen Strukturen auch Personen, die keinem der beiden Krankenversichertensysteme angehören. Dazu gehören etwa Personengruppen mit Anspruch auf Freie Heilfürsorge (v.a. Polizei, Feuerwehr oder Bundeswehr), Menschen, die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz beziehen oder Reisende aus dem Ausland. Aus diesem Grunde ist mindestens eine Mitfinanzierung aus Steuermitteln geboten.</p> <p>Eine pauschale Abgeltung von Aufwänden, wie sie beim Aufbau neuer Strukturen in der Notfallversorgung beabsichtigt ist, ist der privaten Krankenversicherung nicht möglich. Pauschale Finanzierungen sind der PKV systemfremd, zumal wenn sie nicht leistungsbezogen – gewissermaßen als</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>„Vorhaltevergütung“ - in bestimmte Finanzierungstöpfe der Kassenärztlichen Vereinigungen fließen. Eine rechts- und revisionssichere Abrechnung, die auch der aufsichtsrechtlichen Prüfung standhält, ist ausschließlich durch eine leistungsbezogene Einzelfallabrechnung möglich. Nur dann können die Aufwendungen dem entsprechenden Leistungsfall zugeordnet und tariflich gezahlt werden.</p> <p>Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die KBV haben den gesetzlichen Auftrag, die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen, einschließlich des Notdienstes zu sprechstundenfreien Zeiten. Dafür erhalten sie von den gesetzlichen Krankenkassen die so genannte morbiditätsorientierte Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung. Die Vergütung ärztlicher Leistungen für Privatversicherte basiert hingegen auf der GOÄ; der Honoraranspruch des Arztes richtet sich gegen den Versicherten. Eine Verknüpfung der beiden Systeme ist nicht ohne weiteres möglich.</p> <p>Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens könnten die entsprechenden Voraussetzungen geschaffen werden, damit Privatversicherte und beihilfeberechtigte Personengruppen entsprechend ihrer Nutzung an der Finanzierung der Notfallbehandlung beteiligt werden können. Dies kann ggf. durch Zuschläge oder Abrechnungsziffern erfolgen. Der PKV-Verband bringt sich gern mit entsprechenden Vorschlägen ein.</p> <p>Bei der Anwendung der Notfallsysteme ist darauf zu achten, dass eine medienbruchfreie Datenübertragung von Gesundheitsdaten und die Nutzung der TI-Strukturen zur Übermittlung erforderlicher behandlungsrelevanter</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Informationen an die jeweilige Einrichtung oder den Arzt auch für Privatpatienten sichergestellt sind. Hier lässt sich bislang noch kein Anspruch aus dem Gesetzentwurf ableiten.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u></p> <p>Die bisherigen Sätze 2 bis 4 sind zu streichen. Sie werden ersetzt durch die neuen Sätze 2 und 3:</p> <p><i>„Der Bund, die Länder und die gesetzliche Unfallversicherung beteiligen sich an der Finanzierung der Strukturen des Notdienstes. Die Vertragspartner nach Satz 1 können gemeinsam mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung eine Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen auf einer leistungs- und fallbezogenen Grundlage vereinbaren, sofern und insoweit die betreffenden Strukturstufen nicht bereits über Rettungsdienstgebühren und -entgelte finanziert werden.“</i></p> <p>Der bisherige Satz 6 wird wie folgt neu gefasst:</p> <p><i>„Die Kassenärztlichen Vereinigungen legen hierzu ihren Vertragspartnern und dem Verband der Privaten Krankenversicherung eine detaillierte Kalkulation und den Nachweis über das Vorliegen der Voraussetzungen insbesondere zur Vernetzung und Kooperation vor.“</i></p>
14	§ 115e	Folgeänderung zu §§ 30, 60 SGB V	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
15	§ 116b	Folgeänderung zu § 90 SGB V	
16	§ 120	<ul style="list-style-type: none"> • Klarstellung zur Vergütung in den Notdienst einbezogener Ärzte aus Gesamtvergütung • Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie (Folgeänderung zu § 123c) 	
17	§ 123	<p>Integrierte Notfallzentren (INZ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion • Notaufnahme, Notdienstpraxis, Ersteinschätzungsstelle - optional Kooperationspraxis / statt Notdienstpraxis MVZ oder Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Nähe • Ersteinschätzung und Steuerung innerhalb des INZ, gegenseitige Datenübermittlung • Versorgungsvertrag mit Apotheken • Telemedizinische Anbindung an Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie • Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung von INZ 	<p><u>Anmerkung:</u></p> <p>Eine zentrale Rolle für die reibungslose Notfallversorgung spielt die medienbruchfreie digitale Fallübergabe, die insb. bei Betreuung in einem INZ und Weiterleitung eines Patienten beschrieben wird.</p> <p>Die Kassenärztliche Bundesvereinigung soll im Einvernehmen mit dem Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen die technische Spezifikation der Schnittstelle zur Einbindung der digitalen Fallübergabe erstellen. Dabei muss darauf geachtet werden, dass die Einbindung aller Menschen unabhängig vom Versicherungsstatus gleichermaßen möglich wird.</p>
	§ 123a	<p>Einrichtung von INZ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Standortbestimmung nach gesetzlichen Kriterien • Kooperationsvereinbarung, gesetzliche Vorgabe von Mindestöffnungszeiten der 	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Notdienstpraxis, Schiedsregelungen bei Nichtzustandekommen <ul style="list-style-type: none"> • Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit in INZ durch KBV, DKG und GKV-SV 	
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	
	§ 123c	Ersteinschätzung <ul style="list-style-type: none"> • Vergütung ambulanter Behandlung für Krankenhäuser ohne INZ nur noch nach Ersteinschätzung, die die Unzumutbarkeit einer Verweisung an INZ festgestellt hat • Richtlinie des G-BA zu Vorgaben für standardisierte digitale Ersteinschätzung • Richtlinie regelt auch Mindestausstattungsanforderungen für Notdienstpraxen • Berichtspflicht G-BA zu Auswirkungen der Ersteinschätzung • EBM für Ersteinschätzung 	<u>Anmerkung:</u> Es ist vorgesehen, den G-BA mit einer Richtlinie zu den Vorgaben einer digitalen Ersteinschätzung zu beauftragen. Angesichts der rasanten Entwicklungen und der Verfügbarkeit von digitalen Ersteinschätzungsverfahren, die es bereits heute unter Anwendung von Large Language Models (KI-Systeme) gibt (etwa Infermedica oder Ada), sollten diese neben dem verbreiteten auf einem Entscheidungsbaumverfahren basierenden SmED unbedingt berücksichtigt werden. Für die Auswahl bieten sich u.a. folgende Kriterien an: Interoperabilität, Erfüllung technischer Standards (FHIR HL7) zur Einbindung in TI-Anwendungen, Erfüllung regulatorischer Voraussetzungen (AI Act), Mehrsprachigkeit, Transparenz/ Dokumentation des Entscheidungsweges, Anwendungsstudien, Ergebnisevaluation bzgl. Über- und Untertriagierung etc.
18	§ 133	Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung <ul style="list-style-type: none"> • Nur nach Landesrecht vorgesehene oder beauftragte Leistungserbringer • Vergütungsverträge für Leistungen nach SGB V erforderlich 	<u>Vorgeschlagene Regelung:</u> Gem. § 133 Abs. 2 SGB V-E schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den zuständigen Landesbehörden oder mit den nach den nach Landesrecht vorgesehenen Trägern oder beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen Verträge

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Transparenzpflicht bezüglich Kalkulationen • Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 SGB V • Schiedseinrichtung bei Nichtzustandekommen • Entsprechende Geltung für Krankentransporte • Übergangsregelung 	<p>über die Vergütung der einzelnen Leistungen der medizinischen Notfallrettung. Dies gilt gem. § 133 Abs. 5 SGB V-E auch für Krantransporte und Krankenfahrten im Sinne des § 60 SGB V-E.</p> <p><u>Bewertung:</u></p> <p>Die Regelung, dass die Entgelte der Leistungen der medizinischen Notfallrettung durch Vereinbarungen mit den Kassen und nicht durch einseitige Gebührenfestsetzungen bestimmt werden sollen, ist zu begrüßen. Hierdurch wird dem Interesse der Kostenträger an einer aktiven Mitwirkung und Einflussnahme auf die Höhe der Vergütung in angemessener Weise Rechnung getragen. Die vereinbarten Entgelte müssen freilich mit Wirkung für alle Hilfesuchende ungeachtet des jeweiligen Versicherungsstatus gelten. Der Grundsatz der Einheitlichkeit der Entgelte ist den Rettungsdienst-Entgeltregelungen auf Landesebene immanent und sollte auch in der vorliegenden Bundesregelung zum Ausdruck kommen.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u></p> <p>Nach § 133 Abs. 2 Satz 1 SGB V-E wird folgender Satz eingefügt:</p> <p><i>„Die vereinbarten Vergütungen gelten für alle Benutzer der Notfallrettung.“</i></p>
	§ 133a	<p>Gesundheitsleitsystem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kooperationsvereinbarung zwischen Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116117 auf Antrag der Rettungsleitstelle • Verbindliche Absprache, wer welche Fälle übernimmt, und Abstimmung der Abfragesysteme 	<p><u>Anmerkung:</u></p> <p>Innerhalb des Gesetzesentwurfes gibt es drei Stellen, an denen ein Mensch mit medizinischem Notfall eine Einschätzung erhält. Die drei Bewertungssysteme sind unabhängig voneinander beschrieben.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Medienbruchfreie Übergabe von Fällen und Daten • Schnittstelle durch KBV zur Verfügung zu stellen • Gemeinsames Qualitätsmanagement der Kooperationspartner • Vermittlung von Krankentransporten und medizinischen komplementären Diensten sowie sonstigen komplementären Diensten für vulnerable Gruppe oder krisenhafte Situationen • Bericht KBV zu Entwicklung der Gesundheitsleitsysteme 	<p>Zunächst erfolgt eine digitale standardisierte Notrufabfrage der Rettungsleitstelle, die nach § 30 Abs. 2 Satz 2 auch als Nachweis des Vorliegens eines rettungsdienstlichen Notfalls gegenüber der Krankenkasse gilt.</p> <p>Abs. 2 hier in § 133a fordert für das Ersteinschätzungsverfahren der kassenärztlichen Vereinigungen (KV) nach § 75 eine Abstimmung. Die Vorgabe, dass die KV darauf hinwirken, die Notrufabfragen bundeseinheitlich auszustalten, erscheint als Appell zu wenig und sollte verpflichtend vorgegeben werden.</p> <p>Die zweite Einschätzung erfolgt auf Basis des Ersteinschätzungsverfahrens der kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7, die dazu auch gemäß Gesetzesauftrag die Richtlinien festlegt. Hier sind die Akutleitstellen handelnde Akteure.</p> <p>Eine dritte Einschätzung findet dann durch die integrierten Notfallzentren statt, wenn sich Hilfesuchende direkt in einem Krankenhaus vorstellen. Dazu wird der Gemeinsame Bundesausschuss aufgefordert eine Richtlinie zu erlassen.</p> <p>Zu dem Zusammenwirken der G-BA Ersteinschätzung mit den vorgenannten Einschätzungen gibt es keine näheren Angaben.</p> <p>Da die Einschätzungen für das Funktionieren des Gesamtsystems und auch die Nachvollziehbarkeit für die Bevölkerung bzw. die Versicherten und Kostenträger eine wichtige Rolle spielen, wäre eine Abstimmung der drei Systeme aufeinander bzw. eine Ableitung aus einem Basissystem von großer Bedeutung.</p> <p>Offen bleiben im Gesetzentwurf auch Fragen zur Vergabe und Vertragsgestaltung für die Betriebszeit, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nach welchen Kriterien erfolgt die Vergabe? • Für welche Nutzungszeit erfolgt die Vergabe?

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<ul style="list-style-type: none"> • Wer für Korrekturen und Nachbesserungen am Einschätzung System durch? • wie werden die Preise für die Nutzung kalkuliert?
	§ 133b	Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung <ul style="list-style-type: none"> • Gremium bei GKV-SV, paritätisches Stimmengewicht zwischen GKV-SV und Ländervertretern, nicht stimmberechtigte Vertreter von Spitzenverbänden der Leistungserbringer und Fachverbänden und Fachgesellschaften sowie BMG • Fachliche Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung; bei Nichtzustandekommen Ersatzvornahme BMG • Empfehlungen zur Übermittlung der Daten der Leistungserbringer zur Qualitäts sicherung, Rechtsverordnung durch BMG • Spezifikationen für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation unter Beteiligung von KBV, DKG und KIG, Rechtsverordnung durch BMG 	
	§ 133c	Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung <ul style="list-style-type: none"> • Verpflichtende digitale Notfalldokumentation für alle Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätennachweises für 	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<p>Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme 	
	§ 133d	Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form durch Datenstelle beim GKV-SV	
	§ 133e	Verpflichtender Anschluss an TI für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung und Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten, Finanzierungsvereinbarung von GKV-SV, PKV-Verband sowie maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene	<u>Anmerkung:</u> <p>Soweit möglich sollten TI-Kostenanteile durch den Leistungserbringer fallbezogen mit der Einzelabrechnung gegenüber dem Patienten berechnet werden, so wie es bspw. bei Krankenhausrechnungen der Fall ist. Kosten, die sich so nicht abbilden lassen, werden im Rahmen der Finanzierungsvereinbarung zwischen PKV-Verband, GKV-SV und weiteren Verbänden der Leistungserbringer auf Bundesebene hinsichtlich ihrer Erstattung geregelt.</p>
	§ 133f	<p>Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finanzierung von Investitionen in digitale Infrastruktur von 2027 bis 2031 aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes • Abwicklung durch GKV-SV, Richtlinie im Benehmen mit den Ländern zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen 	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Bezeichnete Investitionen können ausschließlich über diesen Weg gefördert werden 	
	§ 133g	Koordinierende Leitstelle: Möglichkeit für Landesbehörden, einer einzelnen Leitstelle überregionale Aufgaben zuzuweisen	
19	§ 140f	Antragsrecht Patientenvertretung	
20	§ 291b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
21	§ 294a	Mitteilungspflicht zu vorrangigen Schadensersatzansprüchen auch für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung	
22	§ 302	Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Datenübermittlungspflicht	
23	§ 354	Fernzugriff auf ePA durch Leitstellen	<p><u>Anmerkung:</u></p> <p>Dem Notfall- und Rettungsdienst sollte unbedingt ein von der elektronischen Gesundheitskarte unabhängiger Zugriff auf die elektronische Patientenakte (ePA) eingerichtet werden; die Voraussetzungen hierfür sind zum heutigen Zeitpunkt nicht gegeben. Ebenso ist es erforderlich, dass Privatversicherten in der Notfallversorgung elektronische Verordnungen ausgestellt werden können (insb. E-Rezept). Da dem Ordnungsmerkmal der einheitlichen Krankenversichertennummer (KVNR) hier eine wichtige Rolle zukommt und diese in der Folge absehbar immer wichtiger werden wird, verweisen wir nochmals auf unsere Forderung der zustimmungsfreien, obligatorischen KVNR-Anlage für die Mitgliedsunternehmen für alle Bestandsversicherten.</p>
24	§ 370a	Redaktionelle Folgeänderung	
25	§ 377	Redaktionelle Folgeänderung	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
26	§ 394	Errichtung eines bundesweiten, öffentlich zugänglichen Katasters automatisierter externer Defibrillatoren (AED), die für die Benutzung durch Laien vorgesehen sind	
			Art. 2: Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
	§ 75	Modifizierte Berichtspflichten der KBV aufgrund der Einführung der Akutleitstellen	
			Art. 3: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
	§ 12b	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	
			Art. 4: Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
	§ 3	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	
			Art. 5: Änderung des Apothekengesetzes
1	§ 12b	Versorgungsvertrag zur Versorgung von Notdienstpraxen in INZ mit Arzneimitteln zwischen Apothekeninhaber, KV und beteiligtem Krankenhaus	
2	§ 20	Pauschaler Zuschuss für Apotheken mit Versorgungsvertrag	
3	§ 25	Ordnungswidrigkeit	
			Art. 6 Änderung der Apothekenbetriebsordnung
1	§ 1a	Notdienstpraxenversorgende Apotheken	
2	§ 3	Vorgaben zum Personal auch für notdienstpraxenversorgende Apotheken	
3	§ 4	Erlaubnis zweiter Offizin mit Lagerräumen am INZ-Standort	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
4	§ 23	Dienstbereitschaft notdienstpraxenversorgender Apotheken	
			Art. 7: Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung
1	§ 12	Folgeänderung zu § 394 SGB V und § 17a Medizinprodukte-Betreiberverordnung	
2	§ 17a	Meldeverpflichtung für Betreiber von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) an das AED-Kataster	
			Art. 8: Änderung des Betäubungsmittelgesetzes
1	§ 4	Ausnahme von der Erlaubnispflicht für die Ausfuhr und Einfuhr von Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf in angemessenen Mengen	
2	§ 11	Erweiterung der Verordnungsermächtigung auf Regelungen über das Mitführen von Betäubungsmitteln auf Fahrzeugen des Rettungsdienstes im grenzüberschreitenden Verkehr	
			Art. 9: Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung
1	§ 13	Ausnahme für Durchfuhr einer angemessenen Menge an Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf auf dem Fahrzeug eines ausländischen Rettungsdienstes	
2	§ 15	Ausnahme von Ein- und Ausfuhr genehmigung für Zubereitungen der in den Anlagen II und III des BtMG aufgeführten Stoffe auf einem Fahrzeug des Rettungsdienstes in angemessener Menge als Rettungsdienstbedarf	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 10: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
	§ 19a	Gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe	
			Art. 11: Inkrafttreten
	Ggf. weitere Anmerkungen		