



**Deutscher Bundestag**

Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache

20(14)230(1.1)

gel. VB zur öffent. Anh. am 06.11.20

05.11.2024

# Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 05.11.2024

---

zum Änderungsantrag 1 zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der  
Notfallversorgung Ausschussdrucksache: 20(14)231.1

---

GKV-Spitzenverband  
Reinhardtstraße 28  
10117 Berlin  
Telefon 030 206288-0  
politik@gkv-spitzenverband.de  
www.gkv-spitzenverband.de

# I. Vorbemerkung

---

Der Änderungsantrag sieht eine Herauslösung des Rettungsdienstes aus dem Bereich der Fahrkosten vor und zielt auf eine bessere Patientensteuerung, stärkere Digitalisierung, Reduzierung von Krankenhauseinweisungen und bundesweit vergleichbare Qualitätsvorgaben. Die Zielsetzung der Vorschläge deckt sich mit den Positionen des GKV-Spitzenverbandes und ist grundsätzlich zu begrüßen. Bestimmte Fragen bleiben allerdings offen und durch die konkretere Ausgestaltung gegenüber den Eckpunkten vom 04.10.2024 kommen kritische Aspekte hinzu.

Nachfolgend nimmt der GKV-Spitzenverband im Detail Stellung.

## II. Stellungnahme

---

### **Nr. 1**

In der Einweisungsvorschrift zur Krankenbehandlung sollen die neuen Leistungen der medizinischen Notfallrettungen ergänzt werden. Dies ist folgerichtig.

## Nr. 2

### Medizinische Notfallrettung (§ 30)

Versicherte sollen im Notfall einen Anspruch auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung entsprechend ihres medizinischen Versorgungsbedarfes haben. Die Leistungen der medizinischen Notfallrettung gliedern sich in ein Notfallmanagement, eine notfallmedizinische Versorgung sowie einen Notfalltransport. In diesem Zusammenhang soll eine Legaldefinition eines „rettungsdienstlichen Notfalls“ erfolgen.

Dass Notfalltransporte nicht nur zum Krankenhaus, sondern auch zu anderen nächst erreichbaren, geeigneten Versorgungseinrichtungen erfolgen sollen, ist vor dem Hintergrund einer bedarfsgerechteren Versorgung von Versicherten nachvollziehbar.

Gegenüber dem Eckpunktepapier wurde eine Regelung ergänzt, nach der die Leistungen der medizinischen Notfallrettung zuzahlungspflichtig sind. Dies ist im Grundsatz zu begrüßen, da eine Ausnahme dieser Leistungen von der Zuzahlungspflicht nicht sachgerecht wäre und ggf. Fehlanreize setzen würde; gleichwohl bedarf die vorgesehene Regelung noch einer Klarstellung, da sie den Zahlungsweg der Zuzahlung nicht widerspruchsfrei regelt. Weiterhin sollte ein expliziter Verweis auf § 61 Satz 1 SGB V erfolgen, um die Höhe der Zuzahlung eindeutig zu regeln.

In Bezug auf die notfallmedizinische Versorgung wird im Gesetzeswortlaut ausgeführt, dass diese auch durch geeignete spezialisierte ambulante Versorgungsangebote erfolgen kann, soweit diese Angebote landesrechtlich vorgesehen und vorhanden sind. Lt. Gesetzesbegründung können dies etwa Angebote der notfallpflegerischen, notfallpsychiatrischen oder notfallpalliativen Versorgung, der notfallmäßigen außerklinischen geburtshilflichen Versorgung oder Gemeindenotfallsanitäter sein. Der Rettungsdienst würde hierdurch entlastet und unnötige Krankenseinweisungen verhindert. Da Angebote der spezialisierten ambulanten Notfallversorgung jedoch im Bundesgebiet noch unterschiedlich ausgeprägt seien und sich einige Projekte in der Erprobungsphase befinden würden, werde auf die regionale Verfügbarkeit abgestellt.

Diese Systematik, den Leistungsanspruch inhaltlich durch einen dynamischen Verweis auf landesrechtlich vorgesehene und vorhandene Angebote auszugestalten, ist abzulehnen. Hinzu kommt, dass durch den Verweis in der Gesetzesbegründung auf Projekte auf Landesebene, die sich in der Erprobungsphase befinden, der Eindruck entstehen könnte, dass aus § 30 SGB V ein bundesgesetzlicher Anspruch auf Leistungen im Rahmen von Projekten auf Landesebene abgeleitet werden kann. Diese Regelungen, in denen eine Mitgestaltung der Krankenkassen nicht erkennbar ist, sind damit insgesamt abzulehnen.

Zum Gegenstand des Notfallmanagements soll auch die auf digitalen Anwendungen basierende Entsendung von Ersthelfenden bei besonders lebensbedrohlichen Notfällen gehören; nach erster Einschätzung sollte die Begrifflichkeit der „Entsendung von Ersthelfern“ wie in § 133c SGB V durch die Begrifflichkeit der „Einbindung registrierter Ersthelfer“ ersetzt werden.

Es ist im Gesetz klarzustellen, welche Behandlungsstätten unter welchen Voraussetzungen mit einem Notfalltransport angefahren werden können.

Die Entscheidung des Gesundheitsleitsystems als Nachweis für die Indikation eines Notfalltransportes heranzuziehen, ist nachvollziehbar. Hierzu muss sichergestellt werden, dass den Transportunternehmen ein Nachweis hinsichtlich dieser Entscheidung übermittelt wird, damit sie diesen im Rahmen ihrer Abrechnung nach § 302 SGB V anstelle der ärztlichen Verordnung bei den Krankenkassen einreichen können.

## Nr. 3

### Krankentransport und Krankenfahrten (§ 60)

Die Voraussetzungen für den Anspruch auf Übernahme von Kosten für Krankenfahrten und Krankentransporte sollen künftig weiterhin – mit einigen wenigen inhaltlichen Änderungen – in § 60 SGB V geregelt werden. Die Norm soll neu strukturiert werden und es soll eine Definition beider Begriffe eingeführt werden. Nach Entscheidung des Gesundheitsleitsystems sollen Krankenfahrten und Krankentransporte auch zu einem Integrierten Notfallzentrum (INZ) möglich sein.

Die Aufnahme einer Definition zu den Begriffen „Krankenfahrt“ und „Krankentransport“ wird grundsätzlich begrüßt und kann die Normklarheit erhöhen.

Neben einem Anspruch auf Verlegungsfahrten bei Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen, der dem bisherigen Wortlaut der Vorschrift entspricht, soll ein Anspruch auf Verlegung in ein anderes Krankenhaus zur Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V eingeführt werden, ohne dass erkennbar ist, auf welche Fallkonstellationen dies ausgerichtet ist. Diese Regelung ist abzulehnen.

Die Zuzahlungsregelung ist im Gegensatz zu den Regelungen in § 30 SGB V (neu) so zu regeln, dass die Krankenkassen die Fahrkosten unter Abzug des sich nach § 61 Satz 1 SGB V ergebenden Betrages je Fahrt übernehmen. Dies entspricht der bisherigen Praxis und steht im Einklang mit den Vorgaben des § 43c SGB V.

Der neue Anspruch auf eine Krankenfahrt zu einem INZ wirft Fragen im Verhältnis zum Fahrkostenanspruch zu ambulanten Behandlungen auf, zu denen nur in Ausnahmefällen gemäß der KT-RL ein Anspruch auf Fahrkostenübernahme besteht. Einen Anspruch auf Fahrkostenübernahme zu einem INZ einzuräumen, während Krankenfahrten im Rahmen der „normalen“ ärztlichen Behandlung grundsätzlich der Eigenverantwortung unterliegen, kann Fehlanreize setzen.

Die gesetzlich geregelte Genehmigungsfiktion für Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen soll erweitert werden auf Versicherte mit Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „TBI“ und bei Vorliegen der Merkzeichen „BI“, „H“ und „TBI“ auch die Genehmigung für eine Begleitperson umfassen. Da diesbezüglich keinerlei Aussagen in der Gesetzesbegründung enthalten sind, wirft insbesondere die Erweiterung der Genehmigungsfiktion auf Begleitpersonen Fragen auf.

## **Nr. 4**

### **Vertragsärztliche Versorgung (§ 73)**

Es wird geregelt, dass „nur“ die Verordnung von Krankentransporten und Krankenfahrten Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist.

- Bewertung: s. nachfolgende Bewertung zu Nr. 5

## **Nr. 5**

### **Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 92)**

Es wird klargestellt, dass sich die Richtlinienkompetenz des G-BA „nur“ auf die Verordnung von Krankentransporten und Krankenfahrten beziehen soll.

Nach der vorgesehenen Systematik der Herauslösung des Notfalltransportes aus den Regelungen des § 60 SGB V und Überführung in einen neuen Leistungsanspruch nach § 30 SGB V erscheint es zunächst folgerichtig, die Regelungsinhalte der §§ 73 und 92 SGB V entsprechend anzupassen. In der Konsequenz würden aber die Herausnahme der Verordnung von Notfalltransporten aus der vertragsärztlichen Versorgung und die Streichung diesbezüglicher Regelungen aus der Richtlinie des G-BA dazu führen, dass Vertragsärztinnen und -ärzte die Beförderung mit einem qualifizierten Rettungsmittel selbst bei einem Notfall in der vertragsärztlichen Praxis nicht mehr veranlassen dürfen, sondern über das Gesundheitsleitsystem gehen müssten. Dies erscheint nicht zielführend und sollte nochmals überprüft werden.



## **Nr. 6**

### **Tagesstationäre Behandlung**

Die bisherige Regelung zur Übernahme von Fahrtkosten im Rahmen einer tagesstationären Behandlung gilt künftig klarstellend für Krankentransporte und Krankenfahrten. Im Gesetzeswortlaut sollten nach den Wörtern „ausgenommen sind Krankenfahrten“ die Wörter „zum Krankenhaus“ ergänzt werden, damit klargestellt wird, dass sich die Regelungen ausschließlich auf die Fahrten zur tagesstationären Behandlung beziehen.

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

## Nr. 7

### **Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Krankentransporten und Krankenfahrten (§ 133)**

Im Zulassungssystem durch die Länder sollen keine Änderungen vorgenommen werden. Das Vergütungssystem für Rettungsfahrten und Krankentransporte soll um Transparenzregeln zugunsten der Krankenkassen und um die Berücksichtigung von Qualitätsanforderungen angepasst, jedoch nicht grundlegend reformiert werden. Der GKV-Spitzenverband soll in einer Richtlinie das Verfahren zur Umsetzung der Vertragsgestaltung festlegen.

Die Zulassung von Leistungserbringenden erfolgt durch die Länder. Dies ist aufgrund der grundgesetzlichen Kompetenzverteilung zwar nachvollziehbar, birgt jedoch Fehlanreize zur Vorhaltung von Überkapazitäten (z. B. bei der prestigeträchtigen Flugrettung).

Mehr Transparenz und die Berücksichtigung der durch den Qualitätsausschuss empfohlenen Qualitätskriterien bei der Vergütung sind grundsätzlich zu begrüßen. Die beschriebene Ausgestaltung lässt jedoch befürchten, dass die Empfehlungen kaum praktische Relevanz erlangen und durch die Bundesländer ausgehebelt werden können.

Es bedarf größerer Mitspracherechte der Krankenkassen bei der Vergütung. Die Verhandlung der Vergütung durch die Krankenkassen bzw. die Landesverbände soll – wie bisher – nur dann erfolgen, wenn Entgelte nicht landes-/kommunalrechtlich festgesetzt wurden. Die bisherige zahnlose Regelung zur (ersatzweisen) Festlegung von Festbeträgen durch die Krankenkassen, z. B. wenn diesen keine Gelegenheit zur Erörterung im Rahmen der Entgeltfestsetzung durch die Länder gegeben wurde, wird beibehalten und lediglich punktuell um Transparenzvorgaben zugunsten der Krankenkassen oder die Berücksichtigung der Qualitätsempfehlungen des Qualitätsausschusses erweitert. Es ist nicht zu erwarten, dass die Regelung dadurch zukünftig an praktischer Relevanz gewinnen wird. Dort, wo das Verhandlungsmodell greift, sollen Verträge statt – wie bisher – mit den geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen, nunmehr auch mit der zuständigen Landesbehörde geschlossen werden können. Dies birgt die Gefahr eines Kräfteungleichgewichts, vor allem wenn die zuständige Landesbehörde gleichzeitig Aufsichtsrechte über die Krankenkassen ausübt.

Zukünftig sollte die Vergütung in allen Bundesländern durch die Krankenkassen bzw. die Landesverbände mit den geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen verhandelt und nicht durch die Länder in Gebührenordnungen vorgegeben werden. Eine bloße Darlegungspflicht der Kostenzusammensetzung gegenüber den Krankenkassen ist nicht ausreichend. Zudem fehlen verbindliche Vorgaben zur Erfüllung von Qualitätsanforderungen z. B. in Form einer verpflichtenden Berücksichtigung bei der Vergütungshöhe.

## Nr. 8

### Gesundheitsleitsystem (§ 133a)

Es wird klargestellt, dass je nach Kooperationsvereinbarung zur Gesundheitsleitstelle auch KVen Krankentransporte zu ambulanten Behandlungen vermitteln dürfen, sofern Landesrecht nichts Anderes bestimmt. Vorgegeben wird zudem, dass beide Kooperationspartner im Gesundheitsleitsystem Leistungen der spezialisierten ambulanten Notfallversorgung nach § 30 Absatz 4 Satz 2 sowie komplementäre Dienste für vulnerable Gruppen vermitteln sollen, soweit diese jeweils verfügbar sind.

Der Begründung ist zu entnehmen, dass es sich bei Leistungen der spezialisierten ambulanten Notfallversorgung insbesondere um notfallpflegerische, notfallpsychiatrische und notfallpalliative Leistungen sowie Leistungen einer fachgerechten Versorgung außerklinischer geburtshilflicher Notfälle handeln soll. Komplementäre Dienste für vulnerable Gruppen sind alle geeigneten, regional vorhandenen Angebote unabhängig von der Trägerschaft, die Menschen in Not- oder Problemsituationen helfen. Dies kann etwa ein Dienst für wohnungslose Menschen sein, wie ein Kälte-Bus, oder ein psychosozialer Dienst. Durch die Aufforderung an das Gesundheitsleitsystem, diese komplementären Dienste zu vermitteln, soll auch Hilfesuchenden mit spezifischen Problemlagen passgenau geholfen werden können.

Es wird grundsätzlich begrüßt, dass die Vermittlungsangebote in einer erweiterten Leitstelle gebündelt werden.

Es wird auf die Bewertung zu § 30 zur Möglichkeit der Erbringung der notfallmedizinischen Versorgung auch durch geeignete spezialisierte ambulante Versorgungsangebote verwiesen. Darüber hinaus kann die Vielzahl an Angeboten leicht zu einer Überlastung der Leitstellen führen. Essenziell muss sein, dass die Leitstellen für echte Notfälle im Sinne der bisherigen 112 mit einem hohen Servicelevel verfügbar sind und von den Menschen in potenziell lebensbedrohlichen Notfällen unmittelbar erreicht werden können. Um das komplette Angebot gut umsetzen zu können, wären erhebliche personelle Ressourcen bei den Leitstellen erforderlich und ein stringentes und sehr gut aufgesetztes Ersteinschätzungsverfahren in Verbindung mit einem exzellenten Servicelevel.

## **Nr. 9**

### **Errichtung und Empfehlungen eines „Qualitätsausschusses Notfallrettung“ (§§ 133b, 133c)**

Der „Qualitätsausschuss Notfallrettung“ – bestehend aus 8 Mitgliedern (4 GKV-Spitzenverband, 4 Länder) – soll Empfehlungen für Qualitätskriterien sowie Vorgaben für die Digitale Notfalldokumentation sowie für die Qualitätssicherung an den GKV-Spitzenverband beschließen.

Die Festlegung von bundeseinheitlichen Qualitätsvorgaben wird begrüßt. Gleichwohl ist eine verbindliche Umsetzung über Empfehlungen hinaus sicherzustellen.

Ein „Qualitätsausschuss Notfallrettung“ wird kritisch gesehen, da dieser sich in seiner Zusammensetzung außerhalb der Ordnungsprinzipien der Selbstverwaltung bewegt. Hierdurch würde der G-BA umgangen und geschwächt. Hinzu kommen verfassungsrechtliche Fragen hinsichtlich einer Bewertung des Zusammenwirkens von unmittelbarer und mittelbarer Staatsverwaltung (Mischverwaltung). Als Alternative könnten Empfehlungen stattdessen im Verhandlungsweg festgelegt werden. Auch fehlt es im Änderungsantrag nach wie vor an einem Konfliktlösungsmechanismus für die Absätze 2 und 3, der typischerweise durch Schiedsstellen/-personen erfolgt. Der vorgesehene Konfliktlösungsmechanismus für Absatz 1 soll im Zuge einer Rechtsverordnung durch das BMG umgesetzt werden. Auch hier wird das Selbstverwaltungssystem gezielt umgangen. Dies wird grundsätzlich abgelehnt.

### **Digitale Notfalldokumentation (§ 133d)**

Alle Leistungserbringenden in der Notfallversorgung sollen einheitlich in einer „Digitalen Notfalldokumentation“ die Behandlung dokumentieren. Zudem sollen auch die Leistungserbringenden im Rettungswesen (Leitstellen, Rettungsdienste) Zugriff auf die ePA bekommen sowie Behandlungsdaten in der ePA speichern können. Die Telematikinfrastruktur soll eingebunden werden, sobald sie für diese Nutzungszwecke zur Verfügung steht.

Ein digitaler Zugriff der Leistungserbringenden auf für die Notfallversorgung relevante Daten ist sachgerecht und zu begrüßen. Ebenso sind eine einheitliche Dokumentation und die Möglichkeit zum Datenaustausch auf Basis interoperabler Schnittstellen zu begrüßen.

Es ist noch nicht ersichtlich, welcher Leistungserbringende in der Notfallversorgungskette zu welchem Zweck Zugriff auf Behandlungsdaten haben darf. Dies sollte konkret definiert werden. Zudem ist noch unklar, auf was sich die einheitliche digitale Notfalldokumentation beziehen soll – z. B. ausschließlich auf eine Ersteinschätzung oder auf alle Behandlungsdaten.

### **Datenübermittlung zur Qualitätssicherung (§ 133e)**

Beim GKV-Spitzenverband soll eine Datenstelle eingerichtet werden, die auf Basis eines bundeseinheitlichen Datensatzes Daten zur Qualitätssicherung von allen Leistungserbringenden der Notfallversorgung annimmt, auswertet und veröffentlicht.

Die Regelung ist ausdrücklich zu begrüßen, um erstmals einen bundeseinheitlichen Überblick über das Leistungsgeschehen und die Qualität in der Notfallversorgung, insbesondere im Rettungswesen zu erhalten. Der bundeseinheitliche Datensatz sollte auch die unmittelbare Anschlussversorgung stationär oder ambulant im Krankenhaus, ambulant durch Vertragsärztinnen und -ärzte und die jeweiligen Leistungserbringenden umfassen.