Kurzbewertung des BKK Dachverbandes

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Stand 26.11.2025)

BKK Dachverband

Die bundesweite Transparenz und einheitliche Standards für die medizinische Notfallrettung als GKV-Leistung werden ausdrücklich begrüßt.

Für eine sektorenübergreifende und verlässliche Patientensteuerung braucht es ein bundesweit einheitliches Ersteinschätzungstool sowie rund um die Uhr verfügbare digitale und telefonische Beratungsangebote, die Patientinnen und Patienten zielgerichtet in die richtige Versorgungsebene lenken und ihre Eigenverantwortung stärken.

Für die Integrierten Notfallzentren (INZ) ist eine einheitliche Dokumentation sowie eine sektorenübergreifende Vergütung nach klarer ambulanter Logik erforderlich, damit gleiche Leistungen unabhängig vom Ort auch gleich vergütet werden.

Die vorgesehene hälftige Finanzierung zusätzlicher Notdienststrukturen durch GKV und KVen wird kritisch bewertet, da der Sicherstellungsauftrag die Vorhaltung von aufsuchendem Dienst und einer 24/7-Erreichbarkeit bereits heute umfasst und eine weitere Verpflichtung zu zusätzlichen Finanzmitteln daher nicht nachvollziehbar ist.

Empfehlung aus dem Entwurf im Detail	Kurzbewertung
Finanzierung ***Strukturfonds*** *Zusätzliche zweckgebundene finanzielle Mittel zur Sicherstellung der neuen Strukturen des Notdienstes (Akutleitstelle) hälftig durch GKV und KV unter Einbezug der PKV*	Eine Verpflichtung zusätzliche Finanzmittel für die Strukturen des Notdienstes durch die Neuformulierung von § 105 Abs. 1b SGB V bereitzustellen wird abgelehnt. Der Sicherstellungsauftrag umfasste auch vor der durch den Gesetzgeber nun initiierten Reform des Notdienstes die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten einschließlich eines aufsuchenden Dienstes

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Stand 26.11.2025)

Empfehlung aus dem Entwurf im Detail	Kurzbewertung
	sowie den Betrieb von Terminservicestellen mit einer 24/7 Erreichbarkeit.
Vergütung von Leistungen der Notfallversorgung *Regelungen für die Versorgung und die Vergütung im Rahmen des Notdienstes sollen weiterhin durch den ergänzten Bewertungsausschuss innerhalb der MGV festgelegt werden.*	Eine finanzielle Beteiligung der PKV an der Förderung der notdienstlichen Strukturen ist grundsätzlich sachgerecht.
Die Schweregraddifferenzierung soll dabei zu neuen Zuschlägen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität eine besonders aufwendige Betreuung oder Überwachung bedürfen, weiterentwickelt werden.	Es besteht ein Risiko für weitere Kostenausweitung durch die Einführung neuer Zuschläge. Ein ergänzender Satz, dass zusätzliche Finanzmittel ausgeschlossen werden sollen, sollte im Gesetzentwurf klarstellend ergänzt werden.
Vergütung Ersteinschätzung im INZ *Für die Durchführung der neu einzuführenden Ersteinschätzung soll eine neue Vergütung im ergänzten Bewertungsausschusses beschlossen werden. Diese soll unabhängig davon ausgeschüttet werden, ob und in welchem Umfang nachfolgend eine Behandlung erfolgt.*	Diese Änderung führt zu weiteren zusätzlichen Ausgaben in der GKV. Vor dem Hintergrund der derzeit angespannten Finanzlage der Krankenkassen geht hier ein nicht einschätzbares finanzielles Risiko gesehen, das in der Schätzung der Finanzwirkung bisher nicht berücksichtigt wurde. Bereits jetzt wird über die 116117 eine Ersteinschätzung angeboten; auch digital per Patientennavi zur Selbsteinschätzung. Mit einer „neuen“ Einzelleistungsvergütung für eine Ersteinschätzung unabhängig vom konkreten Behandlungsbedarf wird eine bereits im System bestehende Leistung mit zusätzlichem frischem Geld honoriert. Vielmehr wäre eine Fallabschließende Vergütung wünschenswert – anstatt alles einzeln ohne Endergebnis zu finanzieren.
medizinische Notfallrettung als eigenständige GKV-Leistung	Bundesweite Transparenz und einheitliche Standards für die medizinische Notfallrettung als GKV-Leistung anstelle eines Flickenteppichs wird ausdrücklich zu begrüßen.

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Stand 26.11.2025)

Empfehlung aus dem Entwurf im Detail	Kurzbewertung
Konkretisierung Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen *Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst mit der Konkretisierung des Absatz 1b eine jederzeit verfügbare Versorgung in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Diese Versorgung ist durchgängig sicherzustellen, das bedeutet 24 Stunden täglich an sieben Tagen der Woche.* *Sofern die Versorgung jedoch im Rahmen des Notdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen erbracht wird, wird sie künftig als notdienstliche Akutversorgung legaldefiniert. In diesem Fall ist die Behandlung ausdrücklich auf eine Erstversorgung der Versicherten begrenzt.*	Die vorgenommene Konkretisierung verkürzt die bisherige Sicherstellungsverpflichtung zu sprechstundenfreien Zeiten auf eine reine Erstversorgung. Damit werden u.U. neue Arztkontakte ausgelöst, da keine fallabschließende Behandlung mehr vorgesehen ist. Positiv ist die Möglichkeit der Ausstellung von AU und AM Verordnungen im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung. Zeitgleich werden doppelte Strukturen aufgebaut und vorgehalten (Terminservicestelle, Akutleitstelle) mit zusätzlichem Finanz- und Personalbedarf. Die von den Kven sukzessiv ausgebauten Anlaufstellen für die nach Ersteinschätzung (z.B. Patientennavi) dringenden Behandlungsfälle (Akutcode der TSS, aufsuchender Dienst, Doc-online) sollten gestärkt und nicht durch eine organisatorisch neu aufzubauende Struktur, die zusätzlichen Finanz- und Personalbedarf auslöst, ggf. unterminiert werden.
Organisatorische Trennung der Aufgaben der Terminservicestellen und der Akutleitstellen *Bisher hatten die Terminservicestellen die Aufgabe, Versicherten in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene, in geeigneten Fällen auch in Form einer telefonischen ärztlichen Konsultation, zu vermitteln. Diese Aufgabe wird nunmehr der neuen Akutleitstelle übertragen.* • *Verpflichtung aller Kassenärztlichen Vereinigungen zur Nutzung des elektronischen Terminservice der Kassenärztlichen Bundesvereinigung* • *KVen müssen den INZ ermöglichen, Behandlungstermine bei Vertragsärzten zu vermitteln*	Unklar bleibt, wie die organisatorische Trennung unter Beibehaltung derselben Telefonnummer (Terminservicestelle, Akutleitstelle, Notdienst) eine für Akutfälle u.U. zeitkritische Versorgung sicherstellen kann.

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Stand 26.11.2025)

Empfehlung aus dem Entwurf im Detail	Kurzbewertung
• *Aufsuchender Dienst im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung kann durch nicht-ärztliches Personal erbracht werden. Das Nähere ist im BMV-Ä zu regeln*	Grundsätzlich positiv zu bewerten ist der vorgesehene Einbezug nicht-ärztlichen Personals. Allerdings ist zu klären, in wieweit dann insbesondere die Ausstellung von AU-Bescheinigungen und AM-Verordnungen im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung sichergestellt werden kann. Bislang besitzt nicht-ärztliches Personal keine Verordnungsberechtigung. Dies bedarf einer gesetzlichen Anpassung zur ausführenden Berechtigung.
Integrierte Notfallzentren (INZ) §123; Einrichtung von Integrierten Notfallzentren §123a; Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ) §123b	Der Aufbau Integrierter Notfallzentren wird unterstützt und ist eine Kernforderung des Positionspapiers des BKK DV zur Notfallreform: Eine zentrale Ersteinschätzungsstelle für Hilfesuchende mit dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen ist von grundsätzlicher Bedeutung, um Patient:innen auf Basis der Behandlungsdringlichkeit und über die geeignete Versorgungsebene innerhalb des Integrierten Notfallzentrum zu leiten. Unabhängige bundeseinheitliche Ersteinschätzungsstandards sind dabei elementar – um insbesondere den stat. Bereich zu entlasten. Die Vergütung der INZ sollte stringent nach der ambulanten Logik vollzogen werden. Für gleiche Leistungen sollte es unabhängig vom Versorgungsort (ambulante Praxis oder INZ) die gleiche Vergütung geben. Eine zusätzliche finanzielle Förderung der INZ ist bereits jetzt auf Basis der regionalen Strukturförderung zur Stabilisierung des Sicherstellungsauftrages möglich.

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Stand 26.11.2025)

Empfehlung aus dem Entwurf im Detail	Kurzbewertung
	👍 Vorrangige Behandlung von Hilfesuchende, die nachweisen, dass sie das Integrierte Notfallzentrum aufgrund einer telefonischen oder digitalen Vermittlung durch die Akutleitstelle aufsuchen, wird ausdrücklich begrüßt. 👍 Mindestvoraussetzung für die Standorte INZ und KINZ sind mit den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern (§ 136c Absatz 4 SGB V) verbunden und gehen mit bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben einher (Erreichbarkeit: Fahrzeit von 30 Minuten für mindestens 95 Prozent der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion).
Gesundheitsleitsystem (§133a)	👍 Die digitale Vernetzung der Rettungsleitstellen und Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 133a Gesundheitsleitsystem stellt einen Fortschritt dar, um eine effiziente Ersteinschätzung und Versorgung zu gewährleisten. ☝ Wichtig für die Umsetzung ist die Einführung eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungstools. Damit wird gewährleistet, dass Patient:innen unabhängig vom Zugang (Gesundheitsleitsystem, Akutleitsystem, Ersteinschätzungsstelle) konsistent in das Gesundheitssystem gesteuert werden und übereinstimmende Bewertungen des Gesundheitszustandes erfolgen.
§ 123c ***Ersteinschätzung, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses***	👍 Insgesamt ist die Einführung eines Ersteinschätzungsverfahren inkl. Richtlinie des G-BAs positiv zu bewerten. Einheitliche Standards für das ges. Bundesgebiet sind dabei elementar und von Anfang zu berücksichtigen (Vgl. 116 117 und Ersteinschätzungsstelle).

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Stand 26.11.2025)

Empfehlung aus dem Entwurf im Detail	Kurzbewertung
	Aktuell ist jedoch unklar, ob der Zugang via Akutleitstelle und Ersteinschätzungsstelle, die gleiche Ersteinschätzung nutzen werden. Stringente einheitliche Lösungen sind umzusetzen. Auftrag an den G-BA bleibt hinter dem ursprünglichen durch das GVWG erteilten Auftrag in § 120 Absatz 3b SGB V zurück: eine Einbindung der Terminservicestelle sowie eine Weiterleitung an Notdienstpraxen gemäß § 75 Absatz 1b Satz 2 oder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Absatz 1 ist nicht vorgesehen. Eine Weiterleitung ist nur noch an ein INZ oder zur Behandlung am Krankenhausstandort vorgesehen. Damit wird auch im Bereich der Notfallversorgung auf Basis einer Ersteinschätzung die bestehende Sektorentrennung verstetigt. Auch vor dem Hintergrund eines schonenden Ressourcenumgangs sowie der Vermeidung überflüssiger Bürokratie sollten die Regelungen nach § 120 Abs. 3 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung beibehalten werden und die vom G-BA bereits beschlossene Ersteinschätzungsregelung in Kraft gesetzt werden. **Darüber hinaus gilt es folgende Anmerkungen zu beachten:** Aufbau einer bundesweit abgestimmten, interoperablen Zugangsarchitektur nach gemeinsamer Spezifikation durch die gematik – mit klaren Standards.

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Stand 26.11.2025)

Empfehlung aus dem Entwurf im Detail	Kurzbewertung
	Eigenverantwortung, Prävention und Gesundheitskompetenz sind zu berücksichtigen, um Versicherte gezielt und niedrigschwellig von Beginn an zu unterstützen, für gesundheitliche Themen oder Problemstellungen selbst Verantwortung zu übernehmen. Systematische Einbindung bzw. Substitution insb. durch speziell qualifizierte Pflegefachkräfte in die Ersteinschätzung und die Behandlung. Entwicklung und gesetzliche Verankerung eines bundeseinheitlichen Ersteinschätzungsalgorithmus. Regulierte Integration von KI-gestützten Tools in die Ersteinschätzung – mit Qualitäts-, Transparenz- und Haftungsstandards.
Arzneimittelversorgung ***§ 123 SGB V, Apothekengesetz, Apothekenbetriebsordnung*** *Die Versorgung von Patientinnen und Patienten von Notdienstpraxen mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten soll durch die Einführung von Versorgungsverträgen mit öffentlichen Apotheken verbessert werden.* *Diese Apotheken sollen grundsätzlich in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis liegen, oder alternativ eine zweite Offizin auf dem Gelände*	Die Verbesserung der Arzneimittelversorgung von Versicherten in Notfällen wird ausdrücklich begrüßt und ist längst überfällig. Versicherte sollen unmittelbar nach einer Notfallbehandlung ihre Arzneimittel erhalten. Anderenfalls könnten Versorgungslücken insbesondere im ländlichen Raum außerhalb der üblichen Öffnungszeiten einer Apotheke entstehen. Zu prüfen ist, ob das Ziel niederschwelliger erreicht werden kann. Vorgesehen ist im RefE zwingend ein Versorgungsvertrag mit einer

Empfehlung aus dem Entwurf im Detail	Kurzbewertung
der Notdienstpraxis betreiben. Die Apotheke muss während der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis geöffnet sein. Dafür erhält sie pro Woche einen pauschalen Zuschuss.	Apotheke vor Ort, die ggf. eine extra Offizin auf dem Gelände des INZ errichten könnte. Dies ist kosten- und personalintensiv. Zudem ist der Begriff „in unmittelbarer Nähe“ nicht definiert und kann in strukturschwachen, ländlichen Gegenden dazu führen, dass Versicherte weiterhin lange Wege für eine Arzneimittelversorgung im Anschluss an einen Notfall auf sich nehmen müssen. ☝ Wir schlagen vor, an erster Stelle die Krankenhausapotheken enger in die Versorgung einzubinden. Wird ein INZ an einem Krankenhaus betrieben, das auch eine Krankenhausapotheke hat, sollte diese die erforderlichen Arzneimittel an Patienten direkt abgeben dürfen, um somit eine kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten. Das gilt ergänzend auch für Patienten mit Entlassverordnungen. Nach jetziger Rechtslage dürfen die Krankenhausapotheken diese Arzneimittelrezepte nicht beliefern. Zulässig ist derzeit nur eine (optionale) Mitgabe einzelner Tabletten zur Überbrückung an Wochenenden oder Feiertagen, was für eine kontinuierliche Versorgung nicht ausreicht.
Neufassung des § 60 SGB V *Es wird nun klar zwischen Krankentransporten und Krankentransportflügen sowie Krankenfahrten differenziert, die in den Absätzen 3 und 4 definiert werden. Die bisher umfassten Rettungsfahrten sind nicht mehr Teil der Regelung des § 60, sondern als Notfalltransport in § 30 geregelt.*	☝ Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Inhalte der Krankentransport-Richtlinie in das SGB V übernommen werden. Dadurch wird der § 60 SGB V noch umfangreicher und macht das SGB V noch ausführlicher.
Leistungserweiterungen ○ ***Nr. 2 Buchst. b:*** *Fahrt in anderes Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements (§ 39 Abs. 1a).*	👎 Leistungserweiterung ohne medizinische Notwendigkeit. Bisher im Rahmen der BSG-Rechtsprechung verneint. Kostensteigerung ohne

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Stand 26.11.2025)

Empfehlung aus dem Entwurf im Detail	Kurzbewertung
○ ***Nr. 2 Buchst. a ergänzt:*** *Verlegung zulässig, wenn besondere Mittel des höheren Versorgungsniveaus nicht mehr erforderlich sind und Kapazitäten benötigt werden.*	Mehrwert für Patienten. Bisher Verlegung im Rahmen DRG abgegolten.
○ ***Nr. 3 Buchst. c neu:*** *Fahrten zu ambulanten Operationen in Vertragsarztpraxen inkl. Vor-/Nachbehandlung (Gleichstellung mit Krankenhaus).*	Grundsätzlich nachvollziehbare Anpassung als Gleichstellung mit der ambulanten Operation im Krankenhaus.
○ ***Nr. 4 geändert:*** *Keine Kopplung mehr an Vermeidung stationärer Behandlung; stattdessen Anknüpfung an Ausnahmetatbestände nach § 8 G-BA-Richtlinien (z. B. hohe Behandlungsfrequenz, Vermeidung von Schaden an Leib und Leben).*	Änderung wird befürwortet. Klare Regelung über Krankentransport-Richtlinie.
○ ***Nr. 5 neu:*** *Kostenübernahme für Fahrten zu Integrierten Notfallzentren nach Entscheidung eines Gesundheitsleitsystems (Disposition auch ohne klassischen Notfall möglich).*	Leistungserweiterung, aber es könnten dadurch Fahrten mit höherwertigen Rettungsmitteln vermieden werden.
Digitalisierung und die digitale Vernetzung	Konsistente digitale Fallübertragung. Digitale **Vernetzung:** Vollständige Anbindung aller relevanten Akteure an die Telematikinfrastruktur (TI), um Informationsflüsse zu verbessern und Versorgungskontinuität zu gewährleisten.
Änderung Zulassungsverordnung Vertragsärzte *Ziel ist eine bessere Verteilung der offenen Sprechstunden über die Woche, um Versicherten mit akutem Behandlungsbedarf den Zugang zu erleichtern.*	Die Zielsetzung eine bessere Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der zu offenen Sprechstunden verpflichteten Arztgruppen zu erreichen, wird eindeutig begrüßt.

Empfehlung aus dem Entwurf im Detail	Kurzbewertung
Ebenfalls Verbesserung der Möglichkeiten der Akutleitstellen, Versicherte an offene Sprechstunden zu vermitteln.	
Ergänzenden Änderungsbedarf	
Pflegestütze Notfallversorgung	Aufbau wohnortnaher pflegerischer Notfallstrukturen mit eigenem Kompetenzbereich. Entlastung ärztlicher Ressourcen bei nicht-medizinischen Notfällen durch qualifizierte Pflegefachkräfte.