# Stellungnahme des BKK Dachverbandes

zum

## Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung - Stand: 03.12.2025

**Präambel:**

Der uns vorliegende Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung setzt wichtige Impulse für mehr Transparenz, Verlässlichkeit und Qualität in der Akut- und Notfallversorgung. Besonders begrüßen die Betriebskrankenkassen, dass die medizinische Notfallrettung erstmals bundesweit einheitlich als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung definiert wird. Ein klarer Leistungsanspruch und gemeinsame Standards schaffen Rechtssicherheit, erhöhen die Vergleichbarkeit und tragen dazu bei, bestehende Versorgungsbrüche zu überwinden.

Gleichzeitig zeigt der Entwurf, wie zentral eine verlässliche und sektorenübergreifende Patientensteuerung für das Gelingen der Reform ist. Dafür braucht es ein bundesweit einheitliches Ersteinschätzungstool sowie rund um die Uhr verfügbare digitale und telefonische Beratungsangebote, die Versicherte sicher in die richtige Versorgungsebene lenken und ihre Eigenverantwortung stärken. Nur eine konsistente, bundesweit interoperable Steuerungslogik kann Fehlinanspruchnahmen reduzieren und die vorhandenen Ressourcen effizient einsetzen.

Mit Blick auf die Integrierten Notfallzentren unterstützen die Betriebskrankenkassen das Ziel, ambulante und stationäre Leistungen enger zu verzahnen. Voraussetzung dafür ist jedoch eine einheitliche Dokumentation und eine sektorenübergreifende Vergütung, die sich konsequent an der ambulanten Logik orientiert. Gleiche Leistungen müssen unabhängig vom Ort gleich vergütet werden, dies ist zentral für Transparenz, Wirtschaftlichkeit und eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen.

Kritisch sehen die Betriebskrankenkassen hingegen die vorgesehene hälftige Finanzierung zusätzlicher Notdienststrukturen durch gesetzliche Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen. Der Sicherstellungsauftrag umfasst bereits heute die Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten, einschließlich eines aufsuchenden Dienstes und einer 24/7-Erreichbarkeit. Eine zusätzliche finanzielle Verpflichtung ist daher nicht nachvollziehbar und belastet die Beitragszahlenden ohne erkennbaren Mehrwert.

Insgesamt stellt der Entwurf eine Grundlage für eine moderne, kooperative und patientenorientierte Notfallversorgung dar. Entscheidend wird nun sein, die strukturellen und digitalen Voraussetzungen so auszugestalten, dass sie den Versicherten, den Leistungserbringern und dem Gesamtsystem nachhaltig zugutekommen.

| Nr. im Entw. | Vor-schrift | Stichwort | Stellungnahme |
|---|---|---|---|
| | | | **Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch** |
| 1 | § 27 | Folgeänderung zu § 30 SGB V | Keine Stellungnahme erforderlich |
| 2 | § 30 | Einführung eines Anspruchs auf medizinische Notfallrettung<br>• Voraussetzung: Definition rettungsdienstlicher Notfall<br>• Leistungsbestandteile: Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung und Notfalltransport<br>• 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<br>• Notfallmedizinische Versorgung vor Ort und während des Transports durch nichtärztliches Fachpersonal und bei medizinischer Notwendigkeit durch Notärzte<br>• Notfalltransport in nächste geeignete Einrichtung und medizinisch zwingende Verlegungen<br>• Zuzahlung | Die Einführung des Anspruches auf medizinische Notfallrettung entspricht eine Kernforderung der Betriebskrankenkassen zur Notfallreform.<br><br>Die im Gesetzesentwurf enthaltene Definition eines rettungsdienstlichen Notfalls orientiert sich an objektiven Kriterien. Positiv hervorzuheben ist die Einbeziehung von Situationen, in denen die Notwendigkeit einer präklinischen Versorgung nicht ausgeschlossen werden kann. Dies schafft Rechtssicherheit für Disponenten und Einsatzkräfte. Allerdings bleibt die Formulierung 'hinreichende Anhaltspunkte' auslegungsbedürftig und könnte zu regionalen Interpretationsunterschieden führen. Eine Konkretisierung durch Richtlinien wäre empfehlenswert.<br><br>Die Aufteilung in die verschiedenen Leistungsbestandteile inkl. der Ausgestaltung sind nachvollziehbar und sinnvoll.<br><br>Die Zuzahlungsregelung ist nachvollziehbar. Für Notfallversorgung und Notfallrettung sollte nur eine einmalige Zuzahlung erfolgen. |
| 3 | § 60 | Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten | Der § 60 SGB wird vorliegend neu strukturiert und inhaltlich überwiegend in der bisherigen Fassung fortgesetzt. Es ist allerdings nicht nachvollziehbar, warum die Inhalte der Krankentransport-Richtlinie (KT-RL) in das SGB V übernommen werden. Dadurch wird der § 60 SGB V noch umfangreicher |

| Nr. im Entw. | Vor-schrift | Stichwort | Stellungnahme |
|---|---|---|---|
| | | | und macht das SGB V noch ausführlicher. Zudem bilden die Formulierung nicht vollständig die Inhalte der KT-RL ab.<br><br>Die Leistungserweiterung für Verlegungsfahrten ohne medizinische Notwendigkeit wird kritisch gesehen. Es wird zu einer Kostensteigerung ohne Mehrwert für die Patienten kommen, sondern es sollen dadurch Kapazitäten in Krankenhäusern der höheren Stufe schneller frei werden. Dies kann auch zu höheren Ausgaben im Bereich Krankenhaus führen.<br><br>Der Leistungsanspruch auf Fahrkosten bei ambulanten Operationen in Vertragsarztpraxen ist eine nachvollziehbare Anpassung als Gleichstellung mit der ambulanten Operation im Krankenhaus. Dabei sollte der Gesetzgeber noch klarstellen, inwieweit der Anspruch auf bei Leistungen nach §115f SGB V besteht. Insgesamt handelt es sich aber ebenfalls um eine Erweiterung des Leistungsanspruches, der zu einer zusätzlichen Ausgabensteigerung führen wird. Insbesondere wird die zunehmende Vermischung aus stationärem und ambulanten Sektor zu einer schwereren Differenzierung des Leistungsanspruches führen.<br><br>Die Änderung zu ambulanten Fahrten wird befürwortet. Die Krankentransport-Richtlinie definiert hier einen klaren Leistungsanspruch.<br><br>Die Leistungserweiterung für Fahrten zu Integrierten Notfallzentren nach einer Entscheidung des Gesundheitsleitsystems ist nachvollziehbar. Es sollen dadurch Fahrten mit höherwertigen Rettungsmitteln vermieden werden. |
| 4 | § 73 | Folgeänderung zu § 60 SGB V | |

| Nr. im Entw. | Vor-schrift | Stichwort | Stellungnahme |
|---|---|---|---|
| 5 | § 73b | Folgeänderung zu § 75 SGB V | |
| 6 | § 75 | Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung<br>• Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung<br>• Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge | 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.<br>Diese 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.<br>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.<br>Diese Vorgabe führt zum Aufbau doppelter Strukturen mit zusätzlichem Finanz- und Personalbedarf.<br>Ebenfalls bleibt unklar, wie die organisatorische Trennung unter Beibehaltung derselben Telefonnummer (Terminservicestelle, Akutleitstelle, Notdienst) eine für Akutfälle u.U. zeitkritische Versorgung sicherstellen kann.<br>Positiv ist die Klarstellung, dass nunmehr alle Kassenärztlichen Vereinigungen zur Nutzung des elektronischen Terminservice der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verpflichtet werden. Folgerichtig ist die |

| Nr. im Entw. | Vor-schrift | Stichwort | Stellungnahme |
|---|---|---|---|
| | | | Verpflichtung der KVen, den INZ die Möglichkeit einzuräumen, Behandlungstermine bei Vertragsärzten zu vermitteln. Allerdings wird hier eine neue Schnittstelle in der Versorgung geschaffen*, da* Auftrag an den G-BA hinter dem ursprünglichen durch das GVWG erteilten Auftrag in § 120 Absatz 3b SGB V zurück bleibt und eine Einbindung der Terminservicestelle sowie eine Weiterleitung u.a. an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Absatz 1 ist nicht mehr vorgesehen ist. 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. (vgl. § 123c)<br>Positiv bewertet wird die Möglichkeit, dass der aufsuchende Dienst im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung auch durch nicht-ärztliches Personal erbracht werden kann. Allerdings wird zu beachten sein, ob der Auftrag an die Bundesmantelvertragspartner ausreicht, um insbesondere die eindeutig begrüßte Möglichkeit des Ausstellens von AU-Bescheinigungen und Arzneimittelverordnungen im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung auch durch nicht-ärztliches Personal sicherzustellen. |
| 7 | § 76 | Folgeänderung zu § 75 SGB V | |
| 8 | § 87 | Auftrag an erweiterten Bewertungsausschuss: EBM für komplexe Fälle in INZ | Die Regelungen für die Versorgung und die Vergütung im Rahmen des Notdienstes sollen weiterhin durch den ergänzten Bewertungsausschuss innerhalb der MGV festgelegt werden. Die Schweregraddifferenzierung soll dabei zu neuen Zuschlägen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität eine besonders aufwendige Betreuung oder Überwachung bedürfen, weiterentwickelt werden.<br><br>Vorliegend besteht ein Risiko für weitere Kostenausweitung durch die Einführung neuer Zuschläge. Ein ergänzender Satz, dass zusätzliche |

| Nr. im Entw. | Vor-schrift | Stichwort | Stellungnahme |
|---|---|---|---|
| | | | Finanzmittel ausgeschlossen werden sollen, sollte im Gesetzentwurf klarstellend ergänzt werden. |
| 9 | § 87a | Folgeänderung zu § 75 SGB V | |
| 10 | § 90 | Standortbestimmung für INZ durch erweiterten Landesausschuss | Grundlage für die Standortbestimmung von INZ und KINZ ist die Einhaltung der Mindestvoraussetzungen gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern (§ 136c Absatz 4 SGB V). Diese Anforderungen sind mit bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben verknüpft, insbesondere der Sicherstellung der Erreichbarkeit innerhalb einer Fahrzeit von höchstens 30 Minuten für mindestens 95 Prozent der in einer Planungsregion zu versorgenden Bevölkerung. Diese Regelung ist insgesamt positiv zu bewerten. |
| 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 KVen durch gemeinsam von KV und Krankenkassen zusätzlich zur Verfügung gestellten Betrag, Beitrag der PKV i.H.v. 7 % | 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 sowie den Betrieb von Terminservicestellen mit einer 24/7 Erreichbarkeit.<br>Eine finanzielle Beteiligung der PKV an der Förderung der notdienstlichen Strukturen ist grundsätzlich sachgerecht. |
| 14 | § 115e | Folgeänderung zu §§ 30, 60 SGB V | Die Folgeänderung nachvollziehbar. |
| 15 | § 116b | Folgeänderung zu § 90 SGB V | |

| Nr. im Entw. | Vor-schrift | Stichwort | Stellungnahme |
|---|---|---|---|
| 16 | § 120 | • Klarstellung zur Vergütung in den Notdienst einbezogener Ärzte aus Gesamtvergütung<br>• Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie (Folgeänderung zu § 123c) | |
| 17 | § 123 | Integrierte Notfallzentren (INZ)<br>• Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion<br>• Notaufnahme, Notdienstpraxis, Ersteinschätzungsstelle - optional Kooperationspraxis / statt Notdienstpraxis MVZ oder Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Nähe<br>• Ersteinschätzung und Steuerung innerhalb des INZ, gegenseitige Datenübermittlung<br>• Telemedizinische Anbindung an Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie<br>• Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung von INZ<br><br>• Versorgungsvertrag mit Apotheken | Der Aufbau von INZ wird ausdrücklich begrüßt und ist eine Kernforderung des Positionspapiers des BKK DV zur Notfallreform: 221017_BKK_DV_Positionspapier_ambulante_Notfallversorgung.pdf<br><br>Eine zentrale Ersteinschätzungsstelle für Hilfesuchende mit dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen ist von gr. Bedeutung, um Patientinnen und Patienten über die Behandlungsdringlichkeit und über die geeignete Versorgungsebene innerhalb des Integrierten Notfallzentrum zu leiten. Dabei ist ein unabhängiger bundeseinheitlicher Ersteinschätzungsstandard elementar, der Hilfesuchende in die bedarfsgerechte Versorgungsstruktur leitet – um insbesondere den stationären Bereich zu entlasten.<br><br>Bevorzugter Erstzugang über die Akutleitstelle: Die vorrangige Behandlung von Hilfesuchende, die nachweisen, dass sie das Integrierte Notfallzentrum aufgrund einer telefonischen oder digitalen Vermittlung durch die Akutleitstelle aufsuchen, wird ebenfalls ausdrücklich begrüßt.<br><br>§ 123 Abs. 3 SGB V (Versorgungsvertrag mit Apotheken): Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung hat gemeinsam mit dem Träger des Krankenhauses einen Vertrag nach § 12b Abs. 1 Apothekengesetz (ApoG) mit einer öffentlichen Apotheke zu |

| Nr. im Entw. | Vor-schrift | Stichwort | Stellungnahme |
|---|---|---|---|
| | | | schließen. Zur Kommentierung hierzu siehe § 12b Apothekengesetz. |
| | § 123a | Einrichtung von INZ<br>• Standortbestimmung nach gesetzlichen Kriterien<br>• Kooperationsvereinbarung, gesetzliche Vorgabe von Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxis, Schiedsregelungen bei Nichtzustandekommen<br>• Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit in INZ durch KBV, DKG und GKV-SV | Die Grundlage für die Standortbestimmung von INZ und KINZ ist die Einhaltung der Mindestvoraussetzungen gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern (§ 136c Absatz 4 SGB V). Diese Anforderungen sind mit bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben verknüpft, insbesondere der Sicherstellung der Erreichbarkeit innerhalb einer Fahrzeit von höchstens 30 Minuten für mindestens 95 Prozent der in einer Planungsregion zu versorgenden Bevölkerung.<br><br>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. |
| | § 123b | Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung | Siehe §123a. |
| | § 123c | Ersteinschätzung<br>• Vergütung ambulanter Behandlung für Krankenhäuser ohne INZ nur noch nach Ersteinschätzung, die die Unzumutbarkeit einer Verweisung an INZ festgestellt hat<br>• Richtlinie des G-BA zu Vorgaben für standardisierte digitale Ersteinschätzung | Insgesamt ist die Einführung eines Ersteinschätzungsverfahren inkl. Richtlinie des G-BAs positiv zu bewerten.<br><br>Einheitliche Standards für das gesamte Bundesgebiet sind dabei elementar und von Anfang zu berücksichtigen (Vgl. 116 117 und Ersteinschätzungsstelle). Aktuell ist jedoch unklar, ob der Zugang via Akutleitstelle und Ersteinschätzungsstelle, die gleiche Ersteinschätzung nutzen werden. |

| Nr. im Entw. | Vor-schrift | Stichwort | Stellungnahme |
|---|---|---|---|
| | | • Richtlinie regelt auch Mindestausstattungsanforderungen für Notdienstpraxen<br>• Berichtspflicht G-BA zu Auswirkungen der Ersteinschätzung<br>• EBM für Ersteinschätzung | Der 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 Ärztinnen und 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.<br><br>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.<br><br><u>Darüber hinaus sind folgende Anmerkungen zu beachten:</u><br><br>• Der Aufbau einer bundesweit abgestimmten, interoperablen Zugangsarchitektur nach gemeinsamer Spezifikation durch die gematik – mit klaren Standards.<br>• 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.<br>• Systematische Einbindung, insb. von speziell qualifizierten Pflegeberufen in die Ersteinschätzung und die Behandlung.<br>• Entwicklung und gesetzliche Verankerung eines bundeseinheitlichen Ersteinschätzungsalgorithmus. |

| Nr. im Entw. | Vor-schrift | Stichwort | Stellungnahme |
|---|---|---|---|
| | | | • Regulierte Integration von KI-gestützten Tools in die Ersteinschätzung – mit Qualitäts-, Transparenz- und Haftungsstandards. |
| 18 | § 133 | Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung<br>• Nur nach Landesrecht vorgesehene oder beauftragte Leistungserbringer<br>• Vergütungsverträge für Leistungen nach SGB V erforderlich<br>• Transparenzpflicht bezüglich Kalkulationen<br>• Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 SGB V<br>• Schiedseinrichtung bei Nichtzustandekommen<br>• Entsprechende Geltung für Krankentransporte<br>• Übergangsregelung | Die Anpassung auf Grund der Einführung der medizinischen Notfallrettung in §30 SGB V ist erforderlich, um die Vergütung zu regeln.<br>Es erfolgt ein Paradigmenwechsel von einer stark landesrechtlich geprägten Regelung hin zu einer bundesweit einheitlichen und digitalisierten Vergütungsstruktur. Es bleibt abzuwarten inwieweit hier die Länder intervenieren.<br>Die Stärkung der Steuerungsfunktion des Bundes und des GKV-Spitzenverbandes wird grundsätzlich begrüßt und schafft mehr Transparenz.<br><br>Die Einrichtung einer Schiedseinrichtung ist sinnvoll, insbesondere auf Grund der zuletzt teilweise gescheiterten Verhandlungen in verschieden Ländern bzw. Kreisen.<br>Auch die getroffene Übergangsregelung ist sinnvoll und richtig. |
| | § 133a | Gesundheitsleitsystem<br>• Kooperationsvereinbarung zwischen Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116117 auf Antrag der Rettungsleitstelle<br>• Verbindliche Absprache, wer welche Fälle übernimmt, und Abstimmung der Abfragesysteme<br>• Medienbruchfreie Übergabe von Fällen und Daten<br>• Schnittstelle durch KBV zur Verfügung zu stellen | Die digitale Vernetzung der Rettungsleitstellen mit der Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigungen stellt einen Fortschritt dar, um eine effiziente Ersteinschätzung und Überleitung in eine bedarfsgerechte Versorgungsebene zu gewährleisten.<br><br>Wichtig für die Umsetzung ist die Einführung eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungstools. Damit wird gewährleistet, dass Patientinnen und Patienten unabhängig vom Zugang (Gesundheitsleitsystem, Akutleitsystem, Ersteinschätzungsstelle) konsistent in die jeweilige bedarfsrechte Versorgungsebene gesteuert werden und übereinstimmende Bewertungen des Gesundheitszustandes erfolgen. |

| Nr. im Entw. | Vor-schrift | Stichwort | Stellungnahme |
|---|---|---|---|
| | | • Gemeinsames Qualitätsmanagement der Kooperationspartner<br>• Vermittlung von Krankentransporten und medizinischen komplementären Diensten sowie sonstigen komplementären Diensten für vulnerable Gruppe oder krisenhafte Situationen<br>• Bericht KBV zu Entwicklung der Gesundheitsleitsysteme | Die medienbruchfreie Übergabe der Fälle und Daten ist zu begrüßen, da hierdurch auch Mehrfachgesuche transparent gemacht und reduziert werden können. Hierfür ist es jedoch nötig, dass die Kontaktierung auch in der ePA bzw. einer Plattform dokumentiert wird und jede Kontaktaufnahme mit einer ID Versehen wird, um diese im jeweiligen Setting nachzuverfolgen sind. |
| | § 133b | Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung<br>• Gremium bei GKV-SV, paritätisches Stimmgewicht zwischen GKV-SV und Ländervertretern, nicht stimmberechtigte Vertreter von Spitzenverbänden der Leistungserbringer und Fachverbänden und Fachgesellschaften sowie BMG<br>• Fachliche Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung; bei Nichtzustandekommen Ersatzvornahme BMG<br>• Empfehlungen zur Übermittlung der Daten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung, Rechtsverordnung durch BMG<br>• Spezifikationen für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation unter Beteiligung von KBV, DKG und KIG, Rechtsverordnung durch BMG | Vorliegend ist es fraglich, wieso das BMG ermächtigt wird, eine Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu erlassen, die die für die Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung nach § 133d erforderlichen Daten der Leistungserbringer festlegt. Eine Festlegung durch den G-BA wäre zu befürworten, da er fachlich unabhängiger und näher an der Versorgung ist. Regelungen des G-BA haben einen stark fachlich-technischen Schwerpunkt und orientieren sich nicht an kurzfristigen politischen Prioritäten. Qualitätssicherung sollte weiterhin primär Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung sein. |

| Nr. im Entw. | Vor-schrift | Stichwort | Stellungnahme |
|---|---|---|---|
| | § 133c | Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung<br>• Verpflichtende digitale Notfalldokumentation für alle Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung<br>• Verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätennachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung<br>• Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme | Zu Punkt 1: Die verpflichtende Dokumentation in der ePA wird ausdrücklich begrüßt. Die Speicherung und Ablage der Suche nach bei einem notfallmedizinischen Bedarf muss ebenso dokumentiert werden. Hier sollte das Ergebnis der Ersteinschätzung sowohl in der ePA, als auch auf einer Plattform ersichtlich sein. Allenfalls gilt es zu Bedneken, sollte der Patient in die Versorgung gezielt weiterleitet werden, ob in diesem Fall eine KIM-Nachricht erfolgen kann. |
| | § 133d | Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form durch Datenstelle beim GKV-SV | Grundsätzlich ist es zu befürworten, dass der GKV-SV eine Datenstelle zur Erfüllung der Aufgaben nach §133d Abs. 1-2 einzurichten hat. Da die zu übermittelnden Daten das Leistungsgeschehen transparenter machen, können sie eine Grundlage für Vergütungsverhandlungen im Rahmen der medizinischen Notfallrettung darstellen. Denn schließlich sollen die Daten nicht nur angenommen, ausgewertet und veröffentlicht werden, sondern ebenso sind auf Anforderung der LAB, LVKK sowie LVEK Auswertungen zu erstellen. Offen bleibt allerdings, welche Kosten mit der Etablierung und dem Betrieb einer solchen Datenstelle verbunden sind. |
| | § 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 | Um die Informationen der ePA und der Telematikinfrastruktur nutzen zu können ist eine Anbindung an die TI erforderlich und muss daher auch finanziert werden. Die Verteilung der Kosten auf GKV und PKV ist zu befürworten. |
| | § 133f | Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung | Die Kosten zum Ausbau unabhängig von der GKV sind zu befürworten, da mehrere Strukturen aufeinander abgestimmt und aufgebaut werden |

| Nr. im Entw. | Vor-schrift | Stichwort | Stellungnahme |
|---|---|---|---|
| | | • Finanzierung von Investitionen in digitale Infrastruktur von 2027 bis 2031 aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes<br>• Abwicklung durch GKV-SV, Richtlinie im Benehmen mit den Ländern zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen<br>• Bezeichnete Investitionen können ausschließlich über diesen Weg gefördert werden | müssen. Es muss darauf geachtet werden, dass es keine Insellösungen je nach Bundesländern oder Leistellen gibt. |
| | § 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 | Die Erweiterung ist sinnvoll. |
| 22 | § 302 | Verpflichtung zur Datenübermittlung der Abrechnungsinhalte der medizinischen Notfallrettung, der Leistungserbringer im Bereich der Heil- und Hilfsmittel, HKP sowie der digitalen Gesundheitsanwendungen und der weiteren Leistungserbringer an die Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung, d. h. entsprechende Datenübermittlungspflicht | Eine sinnvolle Erweiterung zur Transparenz der Abrechnungen und Leistungsinhalte. Zusätzlich schafft die Datenübermittlungspflicht eine Verbindlichkeit. Die Festlegungen zu den Inhalten und dem Abrechnungsverfahren sowie die Einbindung in die TI sind ebenfalls berücksichtigt. |

| Nr. im Entw. | Vor-schrift | Stichwort | Stellungnahme |
|---|---|---|---|
| 23 | § 354 | Fernzugriff auf ePA durch Leitstellen | Das ist zu begrüßen. Jedoch muss dabei dem Missbrauch Acht gegeben werden, um unbefugten Zugriff nicht zu ermöglichen. Möglichkeiten könnten hierbei in der Bestätigung durch den Versicherten liegen oder gesonderte Zugriffsrechte für Notärzte und Leitstellen sowie analog der „Grundsätze zum elektronischen Abruf der zuständigen Krankenkasse nach § 28a Absatz 3e SGB IV“ zu erleichterten Abfrage des Versichertenverhältnis sowie den Erhalt der Zugriffsrechte auf die ePA. Ebenso ist eine sofortige Dokumentation unabdingbar. |
| 24 | § 370a | Redaktionelle Folgeänderung | |
| 25 | § 377 | Redaktionelle Folgeänderung | |
| 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 | Nach § 123 Abs. 3 SGB V hat die zuständige Kassenärztliche Vereinigung gemeinsam mit dem Träger des Krankenhauses einen Vertrag nach § 12b Abs. 1 Apothekengesetz mit einer öffentlichen Apotheke zu schließen. |

| Nr. im Entw. | Vor-schrift | Stichwort | Stellungnahme |
|---|---|---|---|
| | | | Dieses dient der Sicherstellung der Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten.<br><br>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.<br><br>Der Gesetzgeber sieht allerdings vor, dass Integrierte Notfallzentren für die unmittelbare Arzneimittelversorgung nach einem Notfall einen Versorgungsvertrag mit Apotheken schließen müssen.<br><br>Besser wäre es, das Ziel der unmittelbaren Arzneimittelversorgung niederschwelliger zu erreichen. Vorgesehen ist im Entwurf zwingend ein Versorgungsvertrag mit einer Apotheke vor Ort, die ggf. eine extra Offizin auf dem Gelände des INZ errichten könnte. Dies ist kosten- und personalintensiv. Auch wenn vorgesehen ist, dass die Apotheke „in unmittelbarer Nähe“ liegt, ist dieser Begriff 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.<br><br>Die Betriebskrankenkassen schlagen daher vor, an erster Stelle die notdiensthabenden Apotheken mit den Integrierten Notfallzentren zu koordinieren. Zusätzlich sind Krankenhausapotheken enger in die Versorgung einzubinden. |

| Nr. im Entw. | Vor-schrift | Stichwort | Stellungnahme |
|---|---|---|---|
| | | | 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. Dabei reicht jedoch eine (optionale) Mitgabe einzelner Tabletten zur Überbrückung an Wochenenden oder Feiertagen für eine kontinuierliche Versorgung nicht aus. Patientinnen und Patienten müssten bereits kurz nach Ihrem Notfall erneut einen Arzt/eine Ärztin aufsuchen, um ein Rezept für ihre Arzneimittel zu erhalten. Besser wäre es daher, wenn die Krankenhausapotheke die kleinste definierte Normgröße gemäß Packungsgrößenverordnung abgeben dürfte. Das sollte ergänzend auch für Patientinnen und Patienten mit Entlassverordnungen gelten. Nach jetziger Rechtslage dürfen die Krankenhausapotheken diese Arzneimittelrezepte nicht beliefern.<br><br>Separate Versorgungsverträge nach § 12b Apothekengesetz würden dann nur noch erforderlich, um eventuelle Versorgungslücken bei der unmittelbaren Arzneimittelversorgung zu schließen. Vorgesehen ist momentan ein Vertragsschluss zwischen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und dem Krankenhausträger. Um den Vertragsschluss zu Lasten Dritter zu verhindern, sind die gesetzlichen Krankenkassen zwingend einzubinden. Mit den Landesverbänden der Krankenkassen ist mindestens das Einvernehmen herzustellen, besser wäre es, sie in die Vertragsverhandlung einzubinden. |
| 2 | § 20 | Pauschaler Zuschuss für Apotheken mit Versorgungsvertrag | Der § 20 Abs. 4 ApoG regelt, dass Notdienstpraxisversorgende Apotheken, einen pauschalen Zuschuss für jede Kalenderwoche erhalten, in der sie während der Öffnungszeiten der jeweils betreffenden Notdienstpraxis geöffnet waren. |

| Nr. im Entw. | Vor-schrift | Stichwort | Stellungnahme |
|---|---|---|---|
| | | | Dabei ist jedoch auch an eine erforderliche Anpassung des Absatzes 1 und 3 sowie an eine Abgrenzung der Dienstbereitschaftszeiten im Nacht- und Notdienst der Apotheken zu denken, insbesondere vor dem Hintergrund der geplanten Teilnotdienste der Apotheken, die über die „Zweite Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung und der Arzneimittelpreisverordnung“ eingeführt werden sollen. |
| 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 | |
| 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 Bertreiber 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 | |

| Nr. im Entw. | Vor-schrift | Stichwort | Stellungnahme |
|---|---|---|---|
| 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 Ausfuhrgenehmigung für Zubereitungen der in den Anlagen II und III des BtMG aufgeführten Stoffe auf einem Fahr-zeug des Rettungsdienstes in angemessener Menge als Rettungsdienstbedarf | |
| | | | **Art. 10: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte** |
| | § 19a | Gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe | Das Ziel, durch eine bessere Verteilung der offenen Sprechstunden über die Woche, Versicherten mit akutem Behandlungsbedarf den Zugang zu erleichtern, wird sehr begrüßt. |
| | | | **Art. 11: Inkrafttreten** |
| | | | |
| | **Ggf. weitere Anmerk ungen** | Apotheken stärker in die Notfallversorgung einbinden | Patientinnen und Patienten suchen eigenständig die Notaufnahme eines Krankenhauses auf, auch dann, wenn ihre Beschwerden keinen echten Notfall darstellen. Dem sollen zukünftig die Integrierten Notfallzentren begegnen, die aus einer Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle bestehen werden. Die zentrale Ersteinschätzungsstelle soll Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, eine Entscheidung |

| Nr. im Entw. | Vor-schrift | Stichwort | Stellungnahme |
|---|---|---|---|
| | | | über die Behandlungsdringlichkeit und über die geeignete Versorgungsebene innerhalb des Integrierten Notfallzentrums (INZ) treffen. Es entsteht vorliegend der Eindruck, dass primär an eine ärztliche Versorgung gedacht wird, die entweder in der Notaufnahme oder der Notdienstpraxis erfolgen könne. Dabei ist jedoch auch an die Fälle zu denken, bei denen keine sofortige ärztliche Hilfe erforderlich wäre. Für leichte Fälle könnten daher Apotheken als Anlaufstelle eingebunden werden. Ein solcher ergänzender Versorgungspfad wäre aufwandsärmer, insbesondere dann, wenn der Gesetzgeber das Konzept der notdienstpraxenversorgenden Apotheken weiterverfolgt. Die zentrale Ersteinschätzungsstelle könnte demnach Hilfesuchende mit lediglich leichten gesundheitlichen Beschwerden an die Apotheke verweisen. Es gibt einen weitreichenden Katalog an rezeptfreien, aber apothekenpflichtigen Arzneimitteln (OTC), die von der Apotheke für leichte medizinische Fälle abgegeben werden können. Beispiele sind entzündete Insektenstiche, kleinere Hautverletzungen, unkomplizierte Verbrennungen ersten Grades, harmlose Erkältungssymptome, Bindehautentzündung etc.<br>Zusätzlich sieht der Gesetzgeber im Referentenentwurf zum Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz eine Änderung des § 48b Arzneimittelgesetz vor. Apotheken sollen bestimmte verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne ärztliche Verordnung abgeben dürfen. Auch dieses wäre eine wichtige Ergänzung in der Notfallversorgung durch Apotheken. |
| | | ***Pflegestütze Notfallversorgung*** | Wünschenswert wäre ein Aufbau wohnortnaher pflegerischer Notfallstrukturen mit eigenem Kompetenzbereich. Hierdurch würde man eine Entlastung ärztlicher Ressourcen bei nicht-medizinischen Notfällen durch qualifizierte Pflegefachkräfte erreichen. |