Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: Björn Steiger Stiftung

Datum: 3.Dezember 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 • 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	Die Björn Steiger Stiftung begrüßt die Einführung der medizinischen Notfallrettung als eigenständigen Leistungsanspruch ausdrücklich. Die gesetzliche Aufteilung bildet die realen Versorgungsprozesse erstmals korrekt ab. Besonders positiv sind die verpflichtende standardisierte Notrufabfrage, die rechtliche Verankerung der telefonischen Anleitung lebensrettender Maßnahmen (T-CPR) sowie die Einbindung digitaler Ersthelferalarmierungssysteme. Ergänzungsbedarf: • Die standardisierte Abfrage muss bundeseinheitlich zertifiziert und qualitätsgesichert sein. • Für Ersthelfer-APPs sind Mindestanforderungen an Alarmierung, Rückmeldung, Flächendeckung, Haftung und Evaluierung festzulegen. • Zuzahlungen für Leistungen der Notfallrettung sind kritisch zu sehen und sollten bei lebensbedrohlichen Notfällen entfallen. • Die Definition der „nächsten geeigneten Einrichtung“ sollte bundeseinheitlich präzisiert werden (z.B. anhand der Fachkapazitäten). • Es fehlt die verbindliche Integration europäischer NG112-Standards (Sprach-, Text- und Video-Notrufe, Real-Time-Text).

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Zuzahlung	
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	Grundsätzlich sinnvoll strukturiert; die Kopplung an digitale Abfrageentscheidungen wird begrüßt. Jedoch sollte der Genehmigungsprozess für Krankentransporte weiter vereinfacht und komplett digitalisiert werden.
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 • Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung • Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge	Die Stiftung begrüßt die Einführung von Akutleitstellen mit klaren Erreichbarkeitszielen. Dennoch bleibt das System aus zwei parallelen Leitstellen (112 / 116117) strukturell problematisch. Notrufrelevante Prozesse brauchen ein möglichst konsolidiertes System, um Fehlsteuerungen zu vermeiden. Ergänzungsbedarf: • Klare Vorgaben zur Zusammenarbeit der Leitstellen (insbesondere digitale Schnittstellen, Entscheidungslogiken, Fallübergaben). • Erreichbarkeitsanforderungen müssen klar definiert und mit ausreichend Ressourcen hinterlegt werden. • Die Einbindung der Notfallrettung in die KV-Prozesse sollte stärker operationalisiert werden, sonst entstehen neue Schnittstellenprobleme.
7	§ 76	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
8	§ 87	Auftrag an erweiterten Bewertungsausschuss: EBM für komplexe Fälle in INZ	Die Einführung spezifischer EBM-Ziffern für komplexe Fälle im INZ wird unterstützt. Wichtig ist, dass die Vergütung sektorenunabhängig und einheitlich erfolgt, um Fehlanreize zu vermeiden.
9	§ 87a	Folgeänderung zu § 75 SGB V	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
10	§ 90	Standortbestimmung für INZ durch erweiterten Landesausschuss	Grundsätzlich sinnvoll, jedoch ist der Zeitrahmen von sechs Monaten für die Standortentscheidung unrealistisch. Das vorgesehene Anhörungsrecht für Vertreter der Leistungserbringer im Rettungsdienst wird begrüßt.
11	§ 90a	Ergänzung Vertreter des Rettungsdienstes in gemeinsamen Landesgremien nach § 90a	Die Aufnahme von Vertretern der Rettungsdienste in gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V wird begrüßt.
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 %	Die Finanzierung ist nachvollziehbar, jedoch sollte Transparenz der Kostengrundlagen verpflichtend sein. Die privaten Krankenversicherer sollten stärker einbezogen werden.
14	§ 115e	Folgeänderung zu §§ 30, 60 SGB V	
15	§ 116b	Folgeänderung zu § 90 SGB V	
16	§ 120	• Klarstellung zur Vergütung in den Notdienst einbezogener Ärzte aus Gesamtvergütung • Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie (Folgeänderung zu § 123c)	Zustimmung. Wichtig: Die Vergütung darf nicht zulasten der Einsatzfähigkeit gehen.
17	§ 123	Integrierte Notfallzentren (INZ) • Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion • Notaufnahme, Notdienstpraxis, Ersteinschätzungsstelle - optional Kooperationspraxis / statt Notdienstpraxis MVZ oder Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Nähe	Die Stiftung unterstützt das INZ-Modell ausdrücklich. Sektorenüberwindung ist zwingend notwendig. Besonders begrüßt werden die standardisierte Ersteinschätzung, die digitale Fallübergabe und die telemedizinischen Elemente. Ergänzungsbedarf: • Ersteinschätzungsverfahren müssen bundeseinheitlich validiert und evaluiert werden.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• 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	• Die Interoperabilität zwischen INZ, 112-Leitstellen und KV-Strukturen muss technisch und organisatorisch verbindlich vorgegeben werden. • Kooperationspraxen müssen klare Qualitätsanforderungen erfüllen, um Fragmentierung zu vermeiden.
	§ 123a	Einrichtung von INZ • Standortbestimmung nach gesetzlichen Kriterien • Kooperationsvereinbarung, gesetzliche Vorgabe von Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxis, Schiedsregelungen bei Nichtzustandekommen • Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit in INZ durch KBV, DKG und GKV-SV	
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	
	§ 123c	Ersteinschätzung • Vergütung ambulanter Behandlung für Krankenhäuser ohne INZ nur noch nach Ersteinschätzung, die die Unzumutbarkeit einer Verweisung an INZ festgestellt hat	Nicht jede Erkrankung erfordert eine ärztliche Behandlung. Wir fordern daher ein interprofessionell ausgerichtetes Ersteinschätzungssystem, das die Ersteinschätzung und Steuerung in die Versorgungsebenen breit und bedarfsgerecht aufstellt. Die Ersteinschätzung sollte nicht nur eine Zuweisung in not- oder fachärztliche Ebenen vorsehen, sondern auch eine Steuerung in Versorgungsstrukturen der Pflege oder in Apotheken.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• 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	
18	§ 133	Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung • Nur nach Landesrecht vorgesehene oder beauftragte Leistungserbringer • Vergütungsverträge für Leistungen nach SGB V erforderlich • Transparenzpflicht bezüglich Kalkulationen • Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 SGB V • Schiedseinrichtung bei Nichtzustandekommen • Entsprechende Geltung für Krankentransporte • Übergangsregelung	Wird von uns begrüßt, jedoch besteht Bedarf an bundeseinheitlichen Mindestvergütungsvorgaben.
	§ 133a	Gesundheitsleitsystem • Kooperationsvereinbarung zwischen Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116117 auf Antrag der Rettungsleitstelle • Verbindliche Absprache, wer welche Fälle übernimmt, und Abstimmung der Abfragesysteme	Die Stiftung begrüßt die digitale Fallübergabe als zentralen Fortschritt. Erforderlich ist jedoch eine zertifizierte, bundesweit einheitliche Schnittstelle und auch organisatorische Vorgaben der praktischen Umsetzung. Statt einer bloßen Vernetzung von Rettungsleitstelle und Akutleitstelle schlagen wir aber eine Integrierte und interoperable Leitstellenlandschaft mit bundesweit abgestimmten Schnittstellen (im Idealfall eine Cloudlösung),

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• 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	gemeinsamen Dispositionsstandards und einheitlicher Datengrundlage vor, die einen unmittelbaren cloudbasierten Zugriff auf die notwendigen Daten hat und damit eine schnelle und unkomplizierte Fallübergabe erleichtert.
	§ 133b	Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung • Gremium bei GKV-SV, paritätisches Stimmgewicht 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 Qualitätssicherung, Rechtsverordnung durch BMG • Spezifikationen für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		und Kommunikation unter Beteiligung von KBV, DKG und KIG, Rechtsverordnung durch BMG	
	§ 133c	Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende digitale Notfalldokumentation für alle Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätennachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung • Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme	Wird von uns begrüßt. Notwendig sind verbindliche Datensätze und TI-Kompatibilität. Bei der Einbindung von Ersthelfern über Ersthelferalarmierungssysteme und -APPs sind einheitliche Qualitätsstandards notwendig, um eine bundesweite Schnittstellenfähigkeit über Landkreis- und Bundeslandgrenzen hinweg sicherzustellen und den derzeitigen Kompatibilitäts-Flickenteppich zu beenden.
	§ 133d	Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form durch Datenstelle beim GKV-SV	Wird von uns begrüßt, ergänzt um die Forderung nach jährlichem öffentlichen Qualitätsbericht. Leitstellen-KPIs müssen enthalten sein (T-CPR, Reaktionszeiten, korrekte Abfragen).
	§ 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	Wird von uns begrüßt; wichtige Voraussetzung für eine Modernisierung.
	§ 133f	Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung	Die Stiftung hält 225 Mio. € für unzureichend. Die Förderung muss auch Altsysteme ablösen und bereits 2026 beginnen.

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 • Abwicklung durch GKV-SV, Richtlinie im Benehmen mit den Ländern zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen • Bezeichnete Investitionen können ausschließlich über diesen Weg gefördert werden	
	§ 133g	Koordinierende Leitstelle: Möglichkeit für Landesbehörden, einer einzelnen Leitstelle überregionale Aufgaben zuzuweisen	Wird von uns begrüßt. Interoperabilität und klare Governance notwendig.
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	Ein Zugriff der Integrierten Leitstellen auf die elektronische Patientenakte (ePA) ist erforderlich. Leitstellen treffen auf Grundlage der standardisierten Notrufabfrage medizinisch relevante Steuerungs- und Dispositionsentscheidungen. Dafür müssen alle für die Akutsituation relevanten Informationen unmittelbar verfügbar sein.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Ebenso müssen die in der Leitstelle erhobenen oder erzeugten Daten, insbesondere Ergebnisse der standardisierten Abfrage, durchgeführte Leitstelleninterventionen und Triageentscheidungen in die ePA zurückgeschrieben werden, damit allen nachfolgenden Akteuren eine vollständige Informationsgrundlage vorliegt. Die hierfür notwendigen Aufwendungen sind vollständig zu refinanzieren.
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	
2	§ 20	Pauschaler Zuschuss für Apotheken mit Versorgungsvertrag	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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	
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

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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	
			Art. 11: Inkrafttreten
	Ggf. weitere Anmerkungen		- Die Reform sollte eine bundesweit einheitliche Notrufstrategie mit interoperablen Leitstellenstrukturen (‚Leitstellen in der Cloud') klar verankern. - Der Ausbau von First-Responder-Systemen sollte stärker normativ hinterlegt werden (inkl. Mindeststandards, Haftung, Qualitätsmonitoring). - Die Digitalisierung muss verpflichtend, interoperabel und prüfbar erfolgen, um Flickenteppiche zu verhindern. - Die Evaluation der Reform sollte bereits jetzt gesetzlich vorgesehen werden (z.B. nach 3 und 5 Jahren).

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			- Um eine bedarfsgerechte, transparente und wirtschaftliche Steuerung in die jeweiligen Versorgungsebenen zu gewährleisten, sollte klargestellt werden, dass Leitstellenbetreiber im Sinne des § 133a SGB V nicht gleichzeitig Leistungserbringer von Leistungen der medizinischen Notfallrettung im Sinne des 133 Abs. 1 SGB V sind. Wir fordern eine klare Abgrenzung und Koordination zwischen hoheitlicher Gefahrenabwehr und medizinischer Notfallrettung, auch um Zuständigkeitskonflikte zu vermeiden. - Um Sprachbarrieren wirksam abzubauen, sollte sichergestellt werden, dass in Notaufnahmen und Integrierten Notfallzentren, bei Leitstellen und Notrufnummern Sprachmittlungsmöglichkeiten – auch in digitaler oder telefonischer Form – zur Verfügung stehen.