Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

4. Dezember 2025

Stellungnahme der DEGAM

Bewertung des Referentenentwurfs Notfallreform 2025 und Empfehlungen der AG Akutversorgung

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) begrüßt den Ansatz zur Verbesserung der ambulanten Notfallversorgung in Deutschland. Ein Teil der im Referentenentwurf beschriebenen Maßnahmen, wie die Einrichtung von INZ, die Stärkung der Akutleitstellen und die digitale Vernetzung, sind wichtige Ansätze, um die aktuellen Defizite der Notfallversorgung zu adressieren und die Fehlsteuerung und Überlastung von Notaufnahmen zu reduzieren.

Aus Sicht der DEGAM fehlt dem Gesetzesentwurf jedoch die Einbeziehung der hausärztlichen Versorgungsebene – als erste, niedrigschwellige Versorgungsebene, insbesondere auch für Akutsituationen. Durch die hausärztliche Versorgung werden bereits heute die große Mehrheit von Akutberatungsanlässen in Praxen und auch aufsuchend in der häuslichen Umgebung suffizient und zumeist final versorgt.[1,2] Daher läuft der aktuelle Referentenentwurf durch verschiedene Maßnahmen Gefahr, kostenintensive Doppelstrukturen aufzubauen und die Steuerung und Versorgung der Patientinnen und Patienten weiter zu zersplittern.

---

[1] https://www.zi.de/das-zi/medien/grafik-des-monats/detailansicht/november-2025
[2] https://www.zi.de/das-zi/medien/medieninformationen-und-statements/detailansicht/fast-72-prozent-aller-hausaerztlichen-behandlungsfaelle-sind-akutfaelle-ueber-75-prozent-dieser-faelle-werden-ausschliesslich-und-abschliessend-in-der-hausarztpraxis-behandelt

---

1. § 60 SGB V – Krankentransporte / „digitale Abfrage“ als Verordnung

Kernaussage des Entwurfs

Fahrten ins Integrierte Notfallzentrum (INZ) werden übernommen, wenn eine „digitale standardisierte Abfrage“ dies als notwendig bewertet; diese Abfrage gilt als ärztliche Verordnung.

Bewertung der DEGAM

- Unklar, welches digitales Ersteinschätzungsinstrument gemeint ist (z.B. SMED).
- Unklar, ob das Instrument ausreichend wissenschaftlich evaluiert ist.
- Gefahr: Fehlsteuerungen bei nicht validierten Ersteinschätzungs-Instrumenten.

Empfehlung der DEGAM

- **Forderung nach gesetzlicher Pflicht zur wissenschaftlichen Evaluation und kontinuierlichen Weiterentwicklung** der digitalen Ersteinschätzung.
- Etablierung eines **bundeseinheitlichen Instruments** – keine föderalen Insellösungen!
- **Verweis auf internationale Erfahrungen (UK, DK)**: Systeme müssen kontinuierlich evaluiert und angepasst werden.

---

2. § 75 SGB V – Aufsuchender Dienst (24/7-Hausbesuchsdienst der KV)

Kernaussage des Entwurfs

Ein aufsuchender Dienst (24/7) wird verpflichtender Bestandteil des Sicherstellungsauftrags; Delegation an nichtärztliches Personal wird möglich.

Bewertung der DEGAM

- **Kontraproduktive Ausweitung** des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen mit der **Schaffung einer permanenten Doppelstruktur** der Versorgung.
- Zusätzliche **unkoordinierte Versorgung** durch externe Strukturen bedeutet **erhöhten Ressourcenverbrauch** durch längere Anfahrtswege und den Umgang mit bisher nicht bekannten Personen. Damit ergibt sich ein höheres Risiko für Doppel- und Fehlversorgung.
- **Fehlende Einbettung** der Patientensteuerung in ein hausärztlich geführtes Primärversorgungssystem (nach dem Modell der HZV), auch für Akutberatungsanlässe. Anders formuliert: Menschen, die einen Hausarzt/eine Hausärztin haben, sollten primär von diesem/dieser versorgt werden.
- **Personell nicht umsetzbar** angesichts Fachkräftemangels.
- **Delegation** nur möglich mit
    - klaren SOPs
    - definierten Qualifikationsstandards und Evaluation

- rechtssicherer Delegationsregelung (Delegation/Substitution)
- durchgehender allgemeinärztlicher Supervision

- **Supervision darf nur durch Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin** erfolgen – einziges Fach mit Expertise in:
  - Red Flags
  - abwendbar gefährlichen Verläufen (AGV)
  - Risikoabschätzung im ambulanten Setting ohne umfangreiche Diagnostik
  - intersektoraler Lotsenfunktion

Empfehlung der DEGAM

- **Kein verpflichtender 24/7-Hausbesuchsdienst** ohne klare Ressourcen- und Qualitätsvorgaben.
- **Patientensteuerung** durch Einbettung in ein übergeordnetes **hausärztlich geführtes Primärversorgungssystem (nach dem Modell der HZV)**, in Notfallsituationen auch Patientensteuerung in das Primärversorgungszentrum der Patienten**.**
- Verhinderung ineffizienter oder auch fachspezialistisch interessengeleiteter, regional unterschiedlicher Parallelstrukturen, **stattdessen Nutzung bzw. enge Verzahnung mit den hausärztlichen Primärversorgungszentren.**
- Forderung DEGAM: **Arztgeführte Strukturen, hausärztliche Expertise als Standard.**

3. § 123 SGB V – Integrierte Notfallzentren (INZ)

Kernaussage

INZ bestehen aus Notaufnahme, Notdienstpraxis, Ersteinschätzung; telemedizinische Anbindung; Versorgungsverträge mit Apotheken.

Bewertung der DEGAM

Die **fachliche Leitung** ist im Entwurf **nicht definiert**.

Empfehlung der DEGAM

Gesetzliche Festlegung: „Die **fachliche und organisatorische Leitung** der Notdienstpraxen eines INZ erfolgt in der Regel durch **Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin**."

Begründung:

- Einzige Fachrichtung mit **mind. 2 Jahren verpflichtender ambulanter Weiterbildung**.
- **Kompetenz** in
  - Steuerung und Lotsenfunktion
  - rascher Rückführung in die Regelversorgung
  - Einleitung einer suffizienten ambulanten Weiterversorgung / Vermeidung des Drehtüreffektes

- Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung
- Ressourcensteuerung im Sinne des Starfield-Modells & WHO.

- **Intersektorale Perspektive** nur in der Allgemeinmedizin strukturell verankert.

---

4. § 123a SGB V – Ausnahme: Verzicht auf Notdienstpraxis

Kernaussage

KV kann auf eine Notdienstpraxis verzichten, wenn ein zugelassener Leistungserbringer die Akutversorgung übernimmt.

Empfehlung der DEGAM

- **Nur Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin** dürfen solche Aufgaben übernehmen.
- Gleiche strukturelle **Qualifikation** wie INZ-Leitung zwingend notwendig.

---

5. § 123c SGB V – Ersteinschätzung & Ausstattung

Kernaussage

Krankenhäuser ohne INZ dürfen nur Ersteinschätzung durchführen; G-BA soll digitale Verfahren und Mindeststandards definieren.

Bewertung der DEGAM

- Gefahr massiver **Überleitung ungefilterter Patienten** an Maximalversorger.
- **Dringender Bedarf an klaren Kriterien** für INZ-Standorte durch die Landesgremien.
- **Bundeseinheitliche digitale Ersteinschätzung** zwingend erforderlich — keine KV-Landessysteme.
- **Fehlende Ausstattung** führt zu unnötigen Einweisungen (z. B. kein Sono → mehr Einweisungen; kein Uricult → mehr STD/HWI-Überweisungen).

Empfehlungen der DEGAM

- Einheitliches **Qualitätsmanagement**.
- Bundeseinheitliche **digitale Standards**.
- **Verbindliche Einbindung der Allgemeinmedizin** in Gremien nach § 133b.
- Entwicklung medizinischer **Falldefinitionen** → Grundlage für Ausstattung der Notdienstpraxen (Sono, EKG, Laborkooperationen, mikrobiologische Basisdiagnostik).

---

6. § 133a SGB V – Gesundheitsleitsystem

Bewertung der DEGAM

- Einheitliches **Qualitätsmanagement** begrüßenswert.
- Aber: Gefahr **landesweiter Insellösungen** (Widerspruch zu § 123c).
- Gefahr: **unterschiedliche Abfrage- und Ersteinschätzungsinstrumente**.

Empfehlung der DEGAM

- Klare Forderung: **Bundeseinheitliche Systeme statt KV-Einzellösungen**.
- Kontinuierliche **Evaluation**.

---

7. § 133b SGB V – Rahmenempfehlungen / Gremium

Bewertung der DEGAM

- Beteiligung verschiedener Fachgesellschaften vorgesehen.
- Risiko: **Unterrepräsentation** der Primärversorgung.

Empfehlung der DEGAM

- Hausärzt:innen als **generalistische Primärversorger** unverzichtbar.
- **Sitz der Allgemeinmedizin verbindlich sichern**, um den ambulanten Sektor abzubilden.

---

8. § 133c SGB V – Digitale Kooperation & Mindeststandards

Bewertung der DEGAM

- Richtlinie legt Mindestanforderungen an **Ausstattung** fest.
- Diese definieren, welche Fälle ambulant abschließend behandelt werden können.
- **Fehlende Diagnostik** = systematische Überweisungen (z.B. STD, kompl. HWI).

Empfehlung der DEGAM

- G-BA muss verbindlich festlegen:
  - Falldefinitionen („Notfall“ vs. „dringlicher Fall“)
  - Ausstattung, die ambulante Akutversorgung ermöglicht
  - Mindestdiagnostik: Sono, EKG, POCT-Labore (point of care), Uricult, Basis-Mikrobiologie

---

9. Ergänzung: Integration der Primärversorgung & hausärztliches Primärversorgungssystem im Sinne der HZV (im Koalitionsvertrag: Primärarztsystem)

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Hintergrund

In Deutschland soll ein **hausärztlich geleitetes Primärversorgungssystem nach dem Modell der HZV** (im Koalitionsvertrag: Primärarztsystem) eingeführt werden. INZ müssen in dieses System **integriert** werden. Kosten- und Ressourcenintensive, parallele Versorgungsstrukturen müssen unbedingt vermieden werden.

Bewertung der DEGAM

- Einbeziehung der **hausärztlichen Versorgungsebene**, als erste, niedrigschwellige Versorgungsebene, auch für Akutsituationen.
- INZ sind Teil der ambulanten **Primärversorgung**, nicht Klinikstrukturen.
- **Unnötige Ausweitung des Sicherstellungsauftrag und Doppelstrukturen** (aufsuchender Dienst, Telemedizin, parallele Anlaufstellen) widersprechen dem Ansatz eines hausärztlich geleiteten Primärversorgungssystems.
- INZ müssen als **Teil des Primärversorgungspfades** verstanden werden – mit hausärztlicher Leitung und Rückführung in die hausärztliche Regelversorgung auch in der Akutsituation.
- Nur so entsteht echte **Entlastung**, statt Mehrarbeit und Fragmentierung.

Empfehlung der DEGAM

- Gesetzliche Anbindung der Notfallversorgung an ein **hausärztlich geleitetes Primärversorgungssystem (nach dem Modell der HZV).**
- INZ gesetzlich als Bestandteil des **hausärztlich geleiteten Primärversorgungssystem** definieren**.**

- **Klare Rückführungspflicht** der INZ in das **hausärztlich geleitete Primärversorgungssystem**.
- Verhindern einer ressourcenintensiven und kontraproduktiven **Ausweitung des Sicherstellungsauftrag mit Schaffung von Doppelstrukturen**.

Zusammenfassende Empfehlungen der DEGAM

1. **Konsequente gesetzliche Anbindung der Notfallversorgung an ein hausärztlich geleitetes Primärversorgungssystem (nach dem Modell der HZV).**
2. **Hausärztliche Leitung der Notdienstpraxen gesetzlich verankern.**
3. **Bundesweit unabhängige und neutrale digitale Ersteinschätzung etablieren.**
4. **Evidenzbasierte Mindestdiagnostik für INZ definieren (Sono, EKG, POCT-Labor, Uricult, Basis-Mikrobiologie).**
5. **Ablehnung eines verpflichtenden 24/7-Hausbesuchsdienstes ohne Ressourcen, SOPs und hausärztliche Supervision.**
6. **Einbindung der Allgemeinmedizin in alle Gremien nach § 133b sicherstellen.**
7. **Kriterien für INZ-Standorte klar definieren (Vermeidung ungefilterter Überweisungen).**
8. **Gesetzliche Pflicht zur Evaluation und Weiterentwicklung digitaler Abfragesysteme einführen.**

Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: DEGAM

Datum: 4. 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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		nichtärztliches Fachpersonal und bei medizinischer Notwendigkeit durch Notärzte • Notfalltransport in nächste geeignete Einrichtung und medizinisch zwingende Verlegungen • Zuzahlung	
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	Der Entwurf sieht vor, dass Fahrten in ein Integriertes Notfallzentrum (INZ) dann übernommen werden, wenn eine digitale standardisierte Abfrage dies als zwingend erforderlich bewertet. Diese digitale Ersteinschätzung gilt zugleich als „Verordnung“ der Fahrt. Unklar bleibt jedoch, welches Instrument hier konkret gemeint ist – etwa SMED – und ob dieses ausreichend wissenschaftlich evaluiert wurde. Zwar ist eine bundesweit einheitliche Standardisierung solcher Abfrage- und Ersteinschätzungssysteme grundsätzlich sinnvoll, jedoch muss ihre systematische wissenschaftliche Bewertung und kontinuierliche Weiterentwicklung gesetzlich verpflichtend festgeschrieben werden. Erfahrungen aus Ländern wie Großbritannien und Dänemark zeigen nämlich, dass standardisierte Systeme ohne fortlaufende Anpassung nicht zuverlässig an die Versorgungsrealität anschlussfähig bleiben.
4	§ 73	Folgeänderung zu § 60 SGB V	
5	§ 73b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
6	§ 75	Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung • Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung • Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge	Die DEGAM weist darauf hin, dass die im Entwurf vorgesehenen Maßnahmen eine unnötige Ausweitung des Sicherstellungsauftrages bedeuten und mit der Etablierung einer ressourcenintensiven und womöglich kontraproduktiven Doppelstruktur verbunden wird. Mit dieser Maßnahme verstärkt sich eine Zunahme von unkoordinierter Versorgung, die nicht durch den medizinischen Bedarf, sondern durch die jeweiligen Patientenwünsche gesteuert wird. Damit verbunden muss ein erhöhter Ressourcenverbrauch durch längere Anfahrtswege und den Umgang mit bisher nicht bekannten Personen befürchtet werden, der das Risiko für Doppel- und Fehlversorgung deutlich erhöht. Die DEGAM empfiehlt daher dringend, die Patientensteuerung (auch in der Akutsituation) in ein hausärztlich geführtes Primärversorgungssystem (nach dem Modell der HZV) einzubetten und gesetzgeberisch zu verknüpfen. Durch die hausärztliche Versorgung werden bereits heute die große Mehrheit von Akutberatungsanlässen in Praxen und auch aufsuchend in der häuslichen Umgebung suffizient und zumeist final versorgt. Dieses Vorgehen ist etabliert und kosteneffizient. Daher muss unbedingt auch das Rückführen von Patientinnen und Patienten in die jeweilige hausärztliche Primärversorgungspraxis in alle Tools zur Patientensteuerung integriert werden. Zur Verhinderung von ineffizienten oder interessengeleiteten föderalen Unterschieden in der Patientensteuerung, soll die Einrichtung einer unabhängigen und neutralen Instanz zur Patientensteuerung beraten werden. Im aktuellen Gesetzesentwurf wird zwar eine einheitliche Software für die Patientensteuerung vorgegeben, jedoch ist damit nicht automatisch

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			eine Zuordnung zum Leistungserbringer verbunden. Hier droht ein uneinheitliches Vorgehen auf Ebene einzelner Landes-KVen. Die DEGAM weist darauf hin, dass die im Entwurf vorgesehene verpflichtende Bereitstellung eines 24/7-aufsuchenden Dienstes durch die Kassenärztlichen Vereinigungen unter den aktuellen Bedingungen des Fachkräftemangels personell schwer realisierbar sein wird. Der Rückgriff auf nichtärztliches Personal mag theoretisch vorgesehen sein, erfordert jedoch klare Regelungen: Delegationsmodelle erfordern klare rechtliche Rahmenbedingungen, verbindliche SOPs, definierte Qualifikationsstandards sowie eine jederzeit gesicherte ärztliche Supervision. Ohne diese Voraussetzungen entstehen erhebliche Risiken für die Patientensicherheit. Hinzu kommt, dass die notwendige ärztliche Aufsicht – insbesondere die Fähigkeit, Red Flags zu erkennen und im ambulanten Setting differenziert zu steuern – nur durch Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin gewährleistet werden kann, da ausschließlich sie über die entsprechende ambulante Weiterbildung, Lotsenkompetenz und Erfahrung in der Risikostratifizierung ohne extensive Diagnostik verfügen. Daher betont die DEGAM, dass jede Form der Delegation rechtssicher ausgestaltet sein muss und dass die ärztliche Verantwortung klar bei der Allgemeinmedizin liegen muss. Eine verpflichtende Vorhaltung eines flächendeckenden 24/7-Fahrdienstes ist in der vorgesehenen Form weder realistisch umsetzbar noch fachlich verantwortbar.
7	§ 76	Folgeänderung zu § 75 SGB V	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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 KVen durch gemeinsam von KV und Krankenkassen zusätzlich zur Verfügung gestellten Betrag, Beitrag der PKV i.H.v. 7 %	
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)	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
17	§ 123	Integrierte Notfallzentren (INZ) • 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	Die DEGAM empfiehlt, die fachliche und organisatorische Leitung der Notdienstpraxen in Integrierten Notfallzentren ausdrücklich Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin zu übertragen. Ihre verpflichtende zweijährige ambulante Weiterbildung – ein Alleinstellungsmerkmal unter den Fachdisziplinen – gewährleistet die notwendige Expertise in ambulanten Versorgungsabläufen und ermöglicht eine ressourcenschonende, bedarfsorientierte Steuerung der Patientenströme. Die Allgemeinmedizin bietet aufgrund ihres breiten, sektorenübergreifenden Ansatzes – im Einklang mit WHO-Empfehlungen und dem Starfield-Modell – die bestmögliche Grundlage, um Patientinnen und Patienten nach einer akuten Vorstellung rasch und sicher in die Regelversorgung zurückzuführen und dadurch Doppeluntersuchungen sowie Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden. Die hausärztliche Qualifikation ist die einzige Weiterbildung, die systematisch auf die Abwägung von Nutzen und Risiken ambulanter Diagnostik sowie auf intersektorale Lotsen- und Steuerungsaufgaben vorbereitet. Daher sollte gesetzlich festgelegt werden: Die fachliche und organisatorische Leitung der Notdienstpraxen eines INZ erfolgt durch Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin. Die DEGAM weist erneut ausdrücklich darauf hin, dass die geplante Notfallreform zwingend mit der bevorstehenden Einführung eines hausärztlich geleiteten Primärversorgungssystems (nach dem Modell der HZV) verzahnt werden muss.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			INZ sind eine Institutionsform zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und können ihre Steuerungsfunktion nur erfüllen, wenn sie strukturell an die Primärversorgung angebunden sind. Das angestrebte hausärztlich geleitete Primärversorgungssystem muss zentrale Koordinations-, Lotsen- und Filterfunktionen im Versorgungsgeschehen erhalten. Damit ist es folgerichtig, die fachliche Leitung der Notdienstpraxen im INZ der Allgemeinmedizin zu übertragen, um eine kohärente Steuerung aus einer Hand zu gewährleisten und die Anschlussfähigkeit zwischen INZ und hausärztlicher Regelversorgung sicherzustellen. Nur so kann verhindert werden, dass INZ isolierte Parallelstrukturen ausbilden, die dem Primärarztsystem und koordinierter Patientenversorgung entgegenlaufen, statt es zu stärken.
	§ 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	Wenn die Kassenärztliche Vereinigung ausnahmsweise auf die Einrichtung einer Notdienstpraxis verzichten darf, weil ein anderer zugelassener Leistungserbringer in unmittelbarer Nähe zur Notaufnahme die Akutversorgung übernimmt, muss sichergestellt werden, dass dieser Leistungserbringer die gleiche strukturelle Qualifikation besitzt wie die ärztliche Leitung eines INZ – also ein/e Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin ist.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 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 • 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	Krankenhäuser ohne INZ dürfen künftig nur eine Ersteinschätzung durchführen. Dies birgt die erhebliche Gefahr, dass viele Patientinnen und Patienten ungefiltert an Maximalversorger weitergeleitet werden und dadurch zusätzliche Überlastungen entstehen. Deshalb müssen die Landesausschüsse, die über INZ-Standorte entscheiden, klare Kriterien für die Standortplanung und Versorgungsabgrenzung entwickeln. Zentral ist die Nutzung eines bundeseinheitlichen digitalen Ersteinschätzungsinstruments, dass eine gemeinsame Qualitätssicherung, wissenschaftliche Auswertung und kontinuierliche Weiterentwicklung ermöglicht. Insellösungen auf Ebene der Länder-KVen wären kontraproduktiv und stehen im Widerspruch zu den bundeseinheitlichen Vorgaben des § 123c SGB V-E. Für die INZ sollten zudem einheitliche Mindeststandards der Ausstattung, insbesondere für Labor- und apparative Diagnostik, definiert werden. Entsprechend sollten auch bundeseinheitliche Empfehlungen für Behandlungsprozesse entstehen. Die DEGAM fordert daher ein einheitliches Qualitätsmanagement, gemeinsame digitale Standards sowie die verbindliche Einbindung der Allgemeinmedizin in die entsprechenden Gremien nach § 133b, um die Perspektive der ambulanten Versorgung angemessen abzubilden. Zudem sollten in diesen Gremien klare medizinische Falldefinitionen für die Behandlung im INZ entwickelt werden, an denen sich die Ausstattung der

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Notdienstpraxen orientiert (z. B. Sonographie, definierte Laborparameter, basale mikrobiologische Diagnostik).
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	
	§ 133a	Gesundheitsleitsystem • Kooperationsvereinbarung zwischen Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116117 auf Antrag der Rettungsleitstelle	An dieser Stelle wird ein einheitliches Qualitätsmanagement der Kooperationspartner erwähnt. Dies ist natürlich zu befürworten, jedoch widerspricht das der in §70 (siehe Kommentar oben) geforderten bundeseinheitlichen Abfragesysteme und Ersteinschätzungsinstrumente, da hier im §133a „die örtlich zuständige Kassenärztliche Vereinigung als Träger

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Verbindliche Absprache, wer welche Fälle übernimmt, und Abstimmung der Abfragesysteme • 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	der Akutleitstelle“ genannt wird. Hier besteht das Risiko, dass Insellösungen bzw. nur lokale Qualitätskontrollen auf Landesebene stattfinden.
	§ 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	Eine Kommission mit Vertretern verschiedener Fachgesellschaften soll das Gremium fachlich unterstützen bzw. diesen zuarbeiten. Dabei ist auf eine ausreichende Vertretung ambulant tätiger Fachrichtungen zu Abbildung des ambulanten Sektors zu achten, insbesondere der Hausärztinnen und Hausärzte als generalistische Primärversorger.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• 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 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	Die Richtlinie legt Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen in INZ sowie der Kooperationspraxen fest. Da die technische und personelle Ausstattung entscheidend dafür ist, welche Fälle in einer Notdienstpraxis abschließend behandelt werden können, muss die Richtlinie zwingend präzise definieren, welche diagnostischen Verfahren vorgehalten werden müssen. Fehlende Ausstattung führt nachweislich zu unnötigen Einweisungen, etwa wenn Sonographie fehlt oder keine Möglichkeit zur Basisdiagnostik wie Uricult oder POCT-Labor besteht – mit der Folge, dass z. B. sexuell übertragbare Infektionen oder komplizierte Harnwegsinfektionen nicht leitliniengerecht ambulant abgeklärt und daher häufig vorsorglich in die Notaufnahme weitergeleitet werden.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Um solche systematischen Überweisungen zu vermeiden, sollte der G-BA in der Richtlinie verbindlich festlegen, welche Patienten als „Notfälle“ und welche als „dringliche Fälle“ gelten. Diese Falldefinitionen – etwa im Sinne einer klaren Abgrenzung zwischen Emergency Care und Out-of-Hours Care – müssen die Grundlage für die Ausstattung der Notdienstpraxen bilden. Nur wenn definierte Fallgruppen mit einer entsprechenden Mindestdiagnostik abgedeckt werden können, ist eine sachgerechte, ressourcenschonende ambulante Akutversorgung gewährleistet.
	§ 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	
	§ 133f	Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung • Finanzierung von Investitionen in digitale Infrastruktur von 2027 bis 2031 aus dem	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		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	
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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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	

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	
			Art. 11: Inkrafttreten

Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	Ggf. weitere Anmerkungen		

Kontakt:
DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Schumannstraße 9
10117 Berlin
Tel.: 030-20 966 9800
geschaeftsstelle@degam.de

Stand: 4. Dezember 2025