Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: DGINA Deutsche Gesellschaft für Notfallmedizin

Datum: 04.12.2025

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 Etablierung und dargestellte Differenzierung der medizinischen Notfallrettung ist zu begrüßen. Die Fokussierung der med. Notfallrettung auf Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen und nicht auszuschließenden schweren gesundheitlichen Schäden ist dabei zielführend und notwendig. Die Versorgung von Patienten im Bereich der außerklinischen Akutversorgung (spezielle ambulante Notfallversorgung), mit den darin bestehenden Komponenten und Verbindlichkeiten muss jedoch als Versorgungsbereich neben der medizinischen Notfallrettung ebenso gesetzlich konkret abgebildet werden

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Zuzahlung	
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	Die Möglichkeit nach standardisierter Ersteinschätzung eine Fahrt in ein INZ zu verordnen, stellt eine sinnvolle Erweiterung dar, jedoch sollte dies grundsätzlich für eine notwendige Weiterversorgung nach erfolgter Ersteinschätzung gelten, auch wenn das Transportziel bspw. einer Kooperationspraxis entspricht. Darüber hinaus sollten Krankenfahrten nach ambulanter Behandlung in einem INZ bei Mobilitätseinschränkung ebenso genehmigungsfrei zu verordnen sein, auch wenn (noch) kein Schwerbehindertenausweis und Pflegegrad vorliegt.
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	Es ist sicherzustellen, dass alle INZ 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche telefonisch oder digital Termine über die TSS vereinbaren können. Die Definition der vertragsärztlichen Sicherstellung mit Beteiligung an INZ und KINZ, einem 24/7 vorzuhaltenden telefonischen und videounterstützten ärztlichen Versorgungsangebot und einem 24/7 vorzuhaltendem aufsuchenden Dienst wird ausdrücklich unterstützt. Die Einrichtung einer Akutleitstelle, welche die Hilfesuchenden in die am besten geeignete Versorgungsebene leitet bzw. eine telefonische oder telemedizinische abschließende Klärung herbeiführt, ist essenziell für eine effektive Patientensteuerung. Aus Sicht der DGINA muss ein Kontakt der Hilfesuchenden mit der Akutleitstelle bzw. dem Gesundheitsleitsystem nach §133a verpflichtend sein, d.h. ein selbständiges Aufsuchen von INZ bzw. Notaufnahmen sollte nicht vorgesehen sein.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Für die Versicherten muss der Kontakt zur Akutleitstelle einen Mehrwert darstellen, um die Akzeptanz zu erhöhen. Ein wesentlicher Baustein hierzu ist die Festlegung der Servicelevel für eine Erreichbarkeit, die unbedingt beibehalten werden müssen. Viele Hilfesuchende werden über Krankentransporte u.a. aus Alten- und Pflegeheimen in Notaufnahmen gebracht, obwohl ein aufsuchender Dienst viele dieser für die Hilfesuchenden und für die Notaufnahmen belastenden Transporte vermeiden könnte. Der 24/7 vorzuhaltende aufsuchende Dienst wird daher für dringend erforderlich angesehen. Der im Entwurf vorgesehene Einsatz von qualifiziertem nichtärztlichen Personal, z.B. in Kooperation mit dem Rettungsdienst ist sachgerecht, da in Modellprojekten bspw. zu Gemeindenotfallsanitätern nur in geringem Maße ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden musste und hierdurch auch bei 24/7 Vorhaltung keine übermäßige Beanspruchung des vertragsärztlichen Dienstes zu erwarten ist.
7	§ 76	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
8	§ 87	Auftrag an erweiterten Bewertungsausschuss: EBM für komplexe Fälle in INZ	Es ist eine lange erhobene Forderung der DGINA, komplexe und ambulant verbleibende Fälle in den Notaufnahmen kostendeckend zu vergüten. Die derzeitige durchschnittliche Vergütung ambulanter Fälle nach EBM liegt bei ca. 30€, während eine stationäre Abrechnung solcher Notfallpatientinnen und -patienten mit Kurzlieger-Abschlägen bei Einnahmen von ca. 600-800€ liegen. Komplexe ambulante Fälle liegen von den tatsächlich anfallenden Kosten dazwischen, so dass ein hoher Fehlanreiz zur Aufnahme besteht. Die adäquate Vergütung von komplexen ambulant verbleibenden Fällen kann diesen wirtschaftlichen Anreiz zur stationären Aufnahme reduzieren und hierdurch Ressourcen für die Kostenträger einsparen. Daher ist eine solche Vergütung eher im stationären Vergütungssektor z.B. über eine vorstationäre Abrechnung bzw. einem zu schaffenden §115h anzusiedeln. Komplex ambulante Fälle werden häufig über den Rettungsdienst zugewiesen und werden demnach in Krankenhäusern mit und ohne INZ

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			versorgt. Daher müssen diese in allen Notaufnahmen entsprechend vergütet werden.
9	§ 87a	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
10	§ 90	Standortbestimmung für INZ durch erweiterten Landesausschuss	Die Standorte der INZ werden zu Veränderungen der Krankenhauslandschaft führen, da eine relevante Anzahl an Patientinnen und Patienten, die in INZ gesteuert werden bzw. sich dort selbständig vorstellen, eine Indikation zur stationären Aufnahme haben. Die derzeitige Festlegung von Standorten von Notdienstpraxen durch KV und Krankenhäuser unterliegt ganz wesentlich wirtschaftlichen Beweggründen der einzelnen Akteure und weniger der Bedarfsgerechtigkeit. Die Planung der Krankenhäuser und damit der Notaufnahmen unterliegt bereits jetzt der Krankenhausplanung, daher sollte auch die INZ-Planung durch die Krankenhausplanungsbehörden der Länder und nicht durch die Selbstverwaltung erfolgen. Mindestens ist ein Einvernehmen mit den Planungsbehörden der Länder vorzunehmen.
11	§ 90a	Ergänzung Vertreter des Rettungsdienstes in gemeinsamen Landesgremien nach § 90a	Die Hinzuziehung von Vertretern des Rettungsdienstes im gemeinsamen Landesgremien nach § 90a wird ausdrücklich 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 %	
14	§ 115e	Folgeänderung zu §§ 30, 60 SGB V	
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 • Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie (Folgeänderung zu § 123c)	Die DGINA begrüßt die Streichung des §120 Absatz 3b und damit den Auftrag an den G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie. Die vom G-BA bereits erarbeitete und vom BMG gestoppte Richtline beinhaltete Regelungen zur Weiterleitung von Notfallpatientinnen und Patienten, die mit der Patientensicherheit nicht vereinbar waren. Diese Erfahrungen müssen bei einem erneuten Auftrag an den G-BA in §123c berücksichtigt werden (s.u.).
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 Definition von INZ (Notaufnahme, Notdienstpraxis in unmittelbarer räumlicher Nähe und Ersteinschätzungsstelle) und die unmittelbare Einbindung der Krankenhäuser in den Notdienst nach §75 Absatz 1b Satz 11 wird begrüßt. Hiermit wird für INZ die jahrelange Praxis, dass Krankenhäuser zwar die Hälfte der ambulant verbleibenden Notfälle behandeln, aber außer der Regelung in §76 SGB V (freie Arztwahl im Notfall) keinen gesetzlichen Auftrag hierzu haben, beendet. Obwohl die Ausstellung von Rezepten und AU Bescheinigungen für die Notaufnahmen einen zusätzlichen Aufwand bedeuten, wäre es den Patientinnen und Patienten nicht zu vermitteln, dass die entsprechenden Verordnungen nicht ausgestellt werden können, wenn sie z.B. in den Abendstunden nach Dienstende des KV-Arztes oder aufgrund des Ersteinschätzungsergebnisses in der Notaufnahme und nicht in der Notdienstpraxis behandelt wurden. Die Einbindung von Vertragspartnern wie zugelassene Ärzte und MVZ mittels Kooperationsvereinbarung mit INZ ist grundsätzlich zu begrüßen. Nach den Tragenden Gründen muss eine sichere und unmittelbare Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten in den Kooperationspraxen gewährleistet werden. Daher müssen diese Kooperationspraxen fußläufig vom INZ aus erreichbar sein. Einen Nachweis der Vermittlung durch die Akutleitstelle (im Bundesmantelvertrag) geregelt begrüßen wir.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die Regelung, dass die KV von der Einrichtung einer Notdienstpraxis nach Satz 1 absehen kann, wenn die notdienstliche Akutversorgung während der in § 123a Absatz 2 Satz 5 genannten Zeiten z.B. durch ein MVZ in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme sichergestellt wird, setzt voraus, dass das Krankenhaus vorher von dem erweiterten Landesgremium als INZ Standort ausgewählt wurde, was dann die Verpflichtung der KV zur Besetzung nach sich zieht und eine freiwillige Besetzung durch MVZ Ärzte zu diesen Zeiten unwahrscheinlich macht. Falls gemeint ist, dass ein Krankenhaus durch den Betrieb eines eigenen MVZ zu den Notdienst-Zeiten den Status eines INZ erlangen kann, muss dies in den Kriterien für die Auswahl von Standorten durch die Landeskrankenhausplanung bzw. durch das erweiterte Landesgremium nach §123a mit aufgeführt werden. Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass ein INZ einen Vertrag mit einer öffentlichen Apotheke zur Versorgung mit Medikamenten schließen muss. In dem neu eingefügten §12b ApoG ist dies jedoch für die Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke als „kann“ Lösung ausgeführt, so dass ein entsprechender Vertrag an vielen Standorten nicht zustande kommen wird. Die unter Punkt 5 geforderte Gewährleistung einer Unterstützung durch telemedizinische oder telefonische Konsile von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, wenn kein KINZ am Standort verfügbar ist, bleibt vage. Grundsätzlich sollte die Unterstützung organisatorisch möglich sein, aber die Inanspruchnahme fakultativ sein, wenn die eingesetzten Ärzte eine entsprechende Qualifikation und Erfahrung aufweisen (z.B. Allgemeinmedizin, KLINAM). Zudem sollte neben den KINZ auch eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als Ausnahme genannt werden (analog Psychiatrie), da die ärztliche Expertise dann unmittelbar zur Verfügung steht.
	§ 123a	Einrichtung von INZ	Die Bestimmung der Standorte von INZ über den erweiterten Landesausschuss wird abgelehnt (siehe Stellungnahme zu §90).

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• 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	Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass INZ so eingerichtet werden sollen, dass eine flächendeckende Versorgung innerhalb von 30 PKW-Minuten bei Berücksichtigung des ÖPV erreicht wird. In Ballungsräumen mit hoher Bevölkerungsdichte würde dies jedoch zu sehr hohen ambulanten Patientenzahlen in den INZ führen, die räumlich und personell nicht zu bewältigen sind, insbesondere wenn auch kleinere Krankenhäuser Standort eines INZ sind. Die DGINA fordert daher, zusätzlich zu dem Kriterium der Entfernung, einen Bevölkerungsbezug von mindestens einem INZ pro 250.000 Einwohnern. Hierbei ist eine länderübergreifende Planung vorzusehen. Krankenhäuser einer höheren Notfallstufe haben für spezielle Notfälle in den INZ mehr Behandlungsmöglichkeiten und höhere stationäre Kapazitäten, was zu einer geringeren Anzahl an Verlegungen führt. Daher sollten die Voraussetzung für eine höhere Notfallstufe unter den zu berücksichtigenden Kriterien für die Festlegung nach Satz 1 und nicht erst bei den Auswahlkriterien aufgeführt werden. Im Gegensatz dazu sollte das Bestehen einer Notdienstpraxis niedriger gewichtet werden und nur für die Auswahlentscheidung bei mehreren gleich geeigneten Krankenhäusern herangezogen werden. Die vorgesehene Rahmenvereinbarung zwischen KBV, GKV-SV und DKG zur Zusammenarbeit in INZ soll u.a. Voraussetzungen für die Weiterleitung von Hilfesuchenden in Kooperationspraxen festlegen. Zudem sollen individuelle Regelungen zwischen Krankenhaus und INZ getroffen werden. Die DGINA fordert, die Regelungen in der Rahmenvereinbarung eindeutig als Übergangsregelungen zu kennzeichnen, bis diese Punkte (mit Ausnahme von (4) 3., s.a. Kommentar zu §123c) in einer Richtlinie des G-BA festgelegt werden. Der Auftrag ist entsprechend anzupassen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	Grundsätzlich ist die Einrichtung von KINZ zu begrüßen. Aus Sicht der DGINA sollte eine flächendeckende Verteilung zumindest angestrebt werden.
	§ 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	Der G-BA wird erneut beauftragt, Vorgaben zur Durchführung einer Ersteinschätzung einschließlich der Festlegung zur Weiterleitung innerhalb eines INZ unter Berücksichtigung der Kooperationspraxen bzw. zur Weiterleitung von Patienten, die sich an ein Krankenhaus ohne INZ wenden, festzulegen. Aus Sicht der DGINA müssen alle Patientinnen und Patienten, die selbstständig ein INZ aufsuchen, 24/7 dort behandelt werden. Wenn MVZ bzw. Partnerpraxen im Rahmen der Kooperation eingebunden werden, muss bei Weiterleitung eine unmittelbare Behandlung erfolgen, so dass es für Patientinnen und Patienten keinen Unterschied macht, ob die Behandlung im INZ oder der Kooperationspraxis erfolgt (s.a. Kommentar zu Kooperationen in §123). Hierfür sind aus Sicht der DGINA nur Ersteinschätzungssysteme erforderlich, die nach Dringlichkeit separieren (z.B. MTS, ESI) und keine, die explizit in Versorgungsebenen steuern (z.B. SmED). Dieser Ablauf muss in §123 festgelegt werden, der Auftrag an den G-BA hierzu ist zu streichen. Eine Weiterleitung in Praxen nach ärztlicher Behandlung ist unabhängig von der Ersteinschätzungsstelle und dem Auftrag an den G-BA. Zur Weiterleitung von Patientinnen und Patienten von Standorten ohne INZ kann die Beauftragung des G-BA bestehen bleiben, hierbei sind zwingend die zukünftigen Ergebnisse der medizinischen S3 Leitlinie „Ersteinschätzung“ der Fachgesellschaften zu berücksichtigen. Ebenfalls zu berücksichtigen ist, dass Patientinnen und Patienten, die sich nicht selbstständig in einer Notaufnahme ohne INZ vorstellen, sondern dorthin verwiesen werden (z.B. KTW, Rettungsdienst) und am Ende der Behandlung ambulant verbleiben, selbstverständlich vergütet werden

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			müssen. Wenn solche Fälle komplex ambulant sind, müssen auch die entsprechenden Zuschläge gewährt werden (s. Stellungnahme zu §87). Der Auftrag an den G-BA zur Festlegung von Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung von Notdienstpraxen und Kooperationspraxen wird begrüßt. Die Terminvereinbarung über TSS muss für INZ und Notaufnahmen ohne INZ ermöglicht und als EBM-Leistung vergütet werden.
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	Die Regelungen nach §133 werden grundsätzlich begrüßt. Leistungen im Bereich der medizinischen Notfallrettung sind im Rahmen der Daseinsvorsorge mit Vorhaltekosten verbunden. Es muss klargestellt werden, dass diese Vorhaltekosten von Kassen zu tragen sind und ob diese Kosten fallbasiert umgelegt werden bzw. eine gesonderte Vorhaltevergütung erfolgt. Dies gilt ebenso für die Vorhaltung für medizinische Großschadenslagen.
	§ 133a	Gesundheitsleitsystem • Kooperationsvereinbarung zwischen Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116117 auf Antrag der Rettungsleitstelle • Verbindliche Absprache, wer welche Fälle übernimmt, und Abstimmung der Abfragesysteme	Die Einrichtung eines Gesundheitsleitsystems wird grundsätzlich begrüßt. Da dies auf Antrag einer Rettungsleitstelle erfolgt, sind theoretisch 230 Gesundheitsleitstellen in Deutschland möglich. Aus Sicht der DGINA ist dies nur mit einer Zusammenführung von Rettungsleitstellen, sowie verpflichtenden Kooperation mit den Akutleitstellen zielführend. Hierfür, sowie für die Größe von Leitstellenbereichen, für Eintreffzeiten der zu disponierenden Einsatzmittel,

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	Schnittstellen- und Datenstandards, sowie für Parameter der gemeinsamen Qualitätssicherung sollten im Gremium nach §133b Empfehlungen und Mindeststandards festgelegt werden.
	§ 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	Die Einrichtung eines Gremiums für Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung wird begrüßt. Der Punkt (3) 2. sollte um die Organisation der Fallübergabe bei Beteiligung mehrerer KVen und / oder Rettungsleitstellen in virtuellen Gesundheitsleitsystemen ergänzt werden (s. Kommentar §133a). Positiv hervorzuheben sind insbesondere die Themen der Einbeziehung von spezialisierten Formen der Notfallversorgung und die Standardisierung von digitalen Ersthelfersystemen. Die vollständige Einbeziehung der Länder im Gremium wird begrüßt, um deren jeweilige Bedarfe auf Bundesebene einbringen zu können und dabei gleichzeitig, regionale Notwendigkeiten in den Empfehlungen mit abbilden zu können.

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	Die Verwendung einheitlicher digitaler Schnittstellen und standardisierter Datensätze von allen an der Notfallversorgung beteiligten Akteure ist zu begrüßen. Während das Gremium für Rahmenempfehlungen der medizinischen Notfallrettung Spezifikationen für eine einheitliche digitale Kommunikation im Einvernehmen mit der KBV und DKG unter Einbeziehung des Kompetenzzentrums für Interoperabilität im Gesundheitswesen erstellen soll, ist die Festlegung der Standards für INZ und Notaufnahmen unklar. Hier sollten die bereits bestehenden Standards z.B. der DIVI Sektion Notfalldokumentation Verwendung finden.
	§ 133d	Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form durch Datenstelle beim GKV-SV	Die Patientenwege im Notfall, über die Sektoren hinweg, müssen nachvollziehbar und auswertbar sein, um die Effekte der Steuerung beurteilen zu können. Der §133d adressiert ausschließlich eine Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung. Dies ist zur Beurteilung der Notfallversorgung nicht ausreichend und verharrt in altem Sektorendenken. Es ist dringend erforderlich, ein Notfallregister zu schaffen, in dem die Kontakte eines Notfallpatienten mit der 116 117 der KV, der Notfallrettung, den INZ, den Vertragsärzten und den Krankenhäusern je 4 Wochen vor und nach einem Notfallkontakt erhoben werden – eine Abbildung der „Patient-Journey“. Nur so kann wissenschaftlich evaluiert werden, ob die Maßnahmen der Reform wirksam und nachhaltig sind. Hierzu müssen diese Daten von KV, Rettungsdienst und Krankenhäusern digital und interoperabel erhoben und verpflichtend an eine Vertrauensstelle z.B. am BMG übermittelt werden. Dort müssen die Daten personengebunden z.B. anhand der 10-stelligen Krankenversicherten-ID

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			zusammenführt und anschließend anonymisiert werden. Hierfür müssen vorab die gesetzlichen Grundlagen geschaffen werden. Das BMG könnte zur weiteren Auswertung der anonymisierten Daten ein Institut beauftragen, welches auf Antrag Datenauswertungen durch Landes- und Bundesministerien, dem ZI der KV, dem GKV-SV und Universitäten zur Versorgungsforschung ermöglicht.
	§ 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	Der Anschluss der Leistungserbringer an die TI wird begrüßt.
	§ 133f	Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung • 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	Für die digitale Integration und den sektorenübergreifenden Informationsaustausch einschließlich telemedizinischer Netzwerkstrukturen zwischen Notaufnahmen und INZ sollte eine Förderung der Notaufnahmen der Krankenhäuser aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes bereitgestellt werden, da sonst die digitale Rettungskette an den Notaufnahmen der Krankenhäuser abbricht und Kommunikationshürden an dieser sensiblen Stelle der Versorgung ein hohes Risiko in sich bergen.
	§ 133g	Koordinierende Leitstelle: Möglichkeit für Landesbehörden, einer einzelnen Leitstelle überregionale Aufgaben zuzuweisen	Es bleibt unklar, wie einerseits die zuständige Landesbehörde die Koordinierungsaufgaben an Leistungsbringer zuweisen kann (aber nicht muss), das Nähere zu den Inhalten aber durch die Vertragsparteien nach

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			§133 geregelt werden soll. Die zugewiesenen Inhalte müssen auch durch die Landesbehörde selbst festgelegt werden können und falls die Landesbehörde die Koordinierungsaufgaben selbst übernimmt, muss auch eine Finanzierung über §133 erfolgen. Zudem sind die Koordinierungsaufgaben nach §133g auch für die Gesundheitsleitstelle einschließlich Akutleitstelle und Krankenhäuser relevant, so dass sämtliche Koordinierungsaufgaben gemeinsam durch die für Notfallrettung und Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden erfolgen muss.
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	
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	Die Einrichtung eines AED-Katasters ist zu begrüßen.
			Art. 2: Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
	§ 75	Modifizierte Berichtspflichten der KBV aufgrund der Einführung der Akutleitstellen	Die Auswirkungen der Tätigkeit der KVen sollte nicht allein durch die KBV evaluiert und als jährlichen Report an das BMG übermittelt werden.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Insbesondere die Verweise der TSS und Akutleitstelle sind für eine erfolgreiche Umsetzung der Notfallreform hochgradig relevant, so dass diese Daten in einem sektorenübergreifenden Notfallregister zur Verfügung stehen müssen (s.a. Kommentar zu §133d).
			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	
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

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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	Diese Anpassung ist sehr zu begrüßen.
			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
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

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 19a	Gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe	
			Art. 11: Inkrafttreten
	Ggf. weitere Anmerkungen		