Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI e.V.)
Datum: 01.12.2025

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 27	Folgeänderung zu § 30 SGB V	**Die DIVI schlägt die Aufnahme eines Zusatzes für § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 vor**: „… einschließlich einer verpflichtenden digitalen und standardisierten Dokumentation sowie einer registerbasierten Qualitätssicherung“. **Begründung:** Mit der Einführung der medizinischen Notfallrettung als GKV-Leistung ist eine bundesweit einheitliche, interoperable Dokumentation zwingend erforderlich. Die Qualitätssicherung sollte registerbasiert erfolgen und auf bestehenden Strukturen (z. B. AKTIN) sowie dem Medizinregistergesetz aufbauen, um Doppelstrukturen zu vermeiden. **Kommentar zu A. Problem und Ziel:** Das im Entwurf genutzte Narrativ der primären „Fehlsteuerung“ ist wissenschaftlich nicht belegt. Studien zeigen, dass das Steuerungspotenzial niedrigdringlicher Fälle begrenzt ist und v. a. strukturelle Faktoren, wie fehlende ambulante Akutangebote außerhalb der Regelzeiten sowie Ressourcenmangel die Inanspruchnahme von Notaufnahmen bestimmen. Die im Entwurf angenommenen Einsparpotenziale sind aus Sicht der DIVI vor diesem Hintergrund nicht evidenzbasiert.
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	**Bewertung:** Die Aufnahme der medizinischen Notfallrettung als eigenständige Sachleistung wird seitens der DIVI ausdrücklich begrüßt. **Die DIVI empfiehlt eine Präzisierung von § 30 Abs. 1** wie folgt: „Ein rettungsdienstlicher Notfall liegt vor, wenn sich der Versicherte aus ex-ante Sicht in unmittelbarer Lebensgefahr befindet oder eine lebensbedrohliche Verschlechterung des Gesundheitszustands oder eine schwere gesundheitliche Schädigung zu erwarten ist, sofern nicht unverzüglich eine medizinische Versorgung erfolgt.“

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		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 • Zuzahlung	**Begründung:** Die Definition muss an der ex-ante-Perspektive ausgerichtet sein, die der realen Einsatzsituation entspricht und Fehlinterpretationen bei retrospektiver Bewertung vorbeugt. **Die DIVI empfiehlt In Bezug auf § 30 Absatz 2 folgende Ergänzung**: Gleiches gilt, wenn die Durchführung der notfallmedizinischen Versorgung oder eines Notfalltransportes durch die Besatzung eines Rettungsmittels vor Ort dokumentiert und das Vorliegen eines rettungsdienstlichen Notfalls durch den diensthabenden Notarzt oder die Ärztliche Leitung des Rettungsdienstes, oder im Falle der eigenverantwortlichen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch qualifiziertes Rettungsfachpersonal, festgestellt wird. **Begründung**: Die Ergänzung trägt der Versorgungsrealität Rechnung und ist aus notfallmedizinischen, ökonomischen und rechtlichen Gründen geboten: *Notfallmedizinische Notwendigkeit*: Im Sinne der Patientensicherheit ist es erforderlich, dass Rettungsdienstpersonal (insbesondere Notfallsanitäter) bei einer plötzlichen, schweren Zustandsänderung eines Patienten unverzüglich die notwendigen medizinischen Maßnahmen der Notfallrettung ergreifen kann, unabhängig davon, wie die initialen Einsatzmittel alarmiert wurden. *Rechtssicherheit und Bürokratieabbau (Ökonomie)*: Die jetzige Regelung zielt primär auf die Leitstelle. Fehlt eine explizite Regelung für die Feststellung vor Ort, könnte die Krankenkasse die Kostenübernahme für die Notfallrettung ablehnen, wenn der Einsatz z.B. als Krankentransport begonnen hat und dann eskaliert ist. Dies würde einen Fehlanreiz setzen, den Patienten im Zweifel unnötig zu transportieren oder bürokratische Umwege zu gehen. Die Ergänzung sichert die Abrechnung der Notfallrettung auch bei Eskalation oder Feststellung vor Ort, wodurch unnötiger Verwaltungsaufwand vermieden wird. *Abbildung der Qualifikation*: Die Formulierung berücksichtigt die gesteigerte Befugnis des qualifizierten Rettungsfachpersonals (Notfallsanitäter) zur eigenverantwortlichen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen, was zur notfallmedizinischen Versorgung nach § 30 Abs. 4 gehört. Durch die dokumentierte Feststellung wird dieser Akt der medizinischen Leistungssicherung rechtlich gleichgestellt.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Mit Bezug auf die Dokumentation und Qualitätssicherung (Abs. 2–4) empfiehlt die DIVI folgende Ergänzung: „Alle Leistungsbestandteile der medizinischen Notfallrettung sind digital, interoperabel und sektorenübergreifend zu dokumentieren. Die digitale standardisierte Notrufabfrage ist inhaltlich und technisch mit der präklinischen und klinischen Notfalldokumentation zu harmonisieren. Hierfür sind bundesweit einheitliche Qualitätsindikatoren festzulegen, einschließlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisparametern (z. B. Wiedervorstellungsrate, Behandlungszeit, Prozessqualität). Vorhandene Patientendaten (eMP, ePA) sind regelhaft einzubeziehen.“ **Begründung:** Eine einheitliche digitale Dokumentation ist Voraussetzung für Qualitätssicherung, Versorgungsforschung und die Evaluation des neuen Leistungsanspruchs. Nur eine harmonisierte Datenbasis gewährleistet, dass präklinische Notrufabfrage, Versorgung vor Ort und klinische Anschlussbehandlung konsistent abgebildet werden. In § 30 **fehlen spezifische Anforderungen** an die fachliche Qualifikation der Leistungsträger in der medizinischen Notfallrettung zur **Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen**, wie u.a. die verbindliche Anwendung strukturierter pädiatrischer Algorithmen. Die DIVI empfiehlt daher, die spezifischen Anforderungen an die Qualifikation des Rettungsdienstes in Bezug auf die Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen in §30 aufzunehmen. **Begründung**: Eine Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist nur dann sicher möglich, wenn eine ausrei chende ärztliche, pädiatrische Expertise (vor Ort / Telemedizin) verfügbar ist. Des Weiteren müssen strukturierte pädiatrische Algorithmen (z.B. PALS, GICC-Kind) verbindlich angewendet werden. Außerdem müssen im Rettungsdienst kinderspezifische Medikamente und Materialien vorgehalten werden. Dementsprechend muss jede Ausweitung rettungsdienstlicher Entscheidungsbefugnisse eine abgesicherte pädiatrische Kompetenz erfordern.
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	**Bewertung:** Die grundsätzliche Neustrukturierung des § 60 SGB V wird begrüßt. Die derzeitige Formulierung birgt jedoch das Risiko einer unzulässigen ex-post-Bewertung des Transportbedarfs.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die DIVI schlägt daher folgende Präzisierung in § 60 Abs. 1 und 2 zur Vermeidung der ex-post-Betrachtung vor: Die Formulierungen „zwingenden medizinischen Gründen“ sowie die Beurteilung der Transportnotwendigkeit sollten klar auf eine ex-ante Einschätzung gestützt werden. Entscheidend ist die medizinische Situation zum Zeitpunkt der Entscheidung durch die Leitstelle oder vor Ort tätiger Leistungserbringer. **Begründung:** Eine ex-post Betrachtung kann zu Fehlanreizen führen, vermeidbare Risiken begünstigen und die Rechtssicherheit der Leistungserbringer beeinträchtigen. Die Bewertung des Transportbedarfs muss, wie bei der Notfallrettung, an der ex-ante Situation ausgerichtet sein. **Weiterhin schlägt die DIVI folgende Änderungen vor:** (2) Die Krankenkasse übernimmt nach Absatz 1 Satz 1 die Kosten für Krankentransporte und Krankenfahrten bei ... 5. Fahrten zur Versorgung in einem Integrierten Notfallzentrum aufgrund einer mittels digitaler standardisierter Abfrage getroffenen Entscheidung, sofern die Fahrt nach den Umständen des Einzelfalls zwingend erforderlich ist; die Entscheidung mittels digitaler standardisierter Abfrage gilt als Verordnung dieser Leistung. 6. Fahrten von einem zugelassenen Krankenhaus, einem Integrierten Notfallzentrum oder einem Integrierten Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche zurück in den Wohnbereich oder eine stationäre Pflegeeinrichtung, wenn a) die ambulante Behandlung oder notdienstliche Akutversorgung gemäß § 75 Absatz 1b abgeschlossen ist und b) der Patient aufgrund seines Zustands nach der Behandlung zur Abwendung einer unmittelbar drohenden gesundheitlichen Schädigung auf eine fachlich-medizinische Betreuung oder die besondere Einrichtung eines Krankenkraftwagens angewiesen ist, oder c) der Patient ohne qualifizierte personelle Unterstützung nicht in der Lage ist, den Wohnbereich oder die stationäre Pflegeeinrichtung ohne Gefährdung der Gesundheit oder Sicherheit zu erreichen. **Begründung**: Die DIVI befürwortet eine Ergänzung des neuen § 60 SGB V (Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten) um einen Anspruch auf Rücktransport nach Hause oder in ein Pflegeheim nach einer ambulanten Behandlung, insbesondere wenn die Patienten nicht gehfähig sind und qualifizierte Hilfe benötigen. Hier wird eine derzeit bestehende Lücke gefüllt, bei bestehendem Bedarf, knappen Kapazitäten und fehlender Regelung.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
4	§ 73	Folgeänderung zu § 60 SGB V	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen
5	§ 73b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen
6	§ 75	Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung • Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung • Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge	**Die DIVI schlägt folgende Änderung des Sicherstellungsauftrags (Abs. 1b Satz 5 Nr. 3) vor:** Ersetzung von *„24 Stunden täglich verfügbaren"* durch „während der sprechstundenfreien Zeiten verfügbaren". **Begründung:** Die Verpflichtung zu einem 24/7-aufsuchenden Dienst ist angesichts des bestehenden Fachkräftemangels weder realistisch noch versorgungssichernd. Eine Konzentration auf die sprechstundenfreien Zeiten entspricht dem Kernauftrag des ärztlichen Notdienstes und verhindert eine faktische Überlastung ambulanter Strukturen. Dies vermeidet zugleich eine unkontrollierte Aufgabenverlagerung in die Notaufnahmen, die bereits heute strukturell überlastet und unterfinanziert sind. Wird der Sicherstellungsauftrag in Randzeiten auf Krankenhäuser verlagert, müssen Leitung, Prozesshoheit und auskömmliche Finanzierung im INZ zwingend dort verankert sein. **Mit Bezug auf die Anforderungen an die Ersteinschätzung (Abs. 1c Satz 3) schlägt die DIVI folgende Ergänzung vor:** „…auf der Grundlage des in Absatz 7 Satz 1 Nummer 6 genannten bundesweit einheitlichen, **validierten und standardisierten** Ersteinschätzungsverfahrens…" **Begründung:** Für die 24/7 erreichbaren Akutleitstellen sind validierte digitale Ersteinschätzungsverfahren unerlässlich. Ein bundesweit einheitliches, wissenschaftlich evaluiertes Tool stellt die Grundlage für Patientensicherheit, Rechtsklarheit und eine konsistente Steuerung über KV und Rettungsdienst hinweg dar. **Mit Bezug auf die Qualitätssicherung sollte aus Sicht der DIVI folgender Passus ergänzt werden**: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen gewährleisten die systematische Erfassung und Evaluation der Ersteinschätzungs- und Vermittlungsentscheidungen unter Anwendung interoperabler Dokumentationsstandards und sektorenübergreifender Schnittstellen."

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Begründung: Eine konsequente Qualitätssicherung ist für das Gelingen des Gesundheitsleitsystems essenziell. Dafür müssen einheitliche, interoperable Dokumentationsstandards genutzt werden, die die Akutleitstellen, Rettungsdienst und Notaufnahmen technisch verbinden (inkl. Harmonisierung mit der Notfelldokumentation aus § 30 und § 133c).
7	§ 76	Folgeänderung zu § 75 SGB V	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen
8	§ 87	Auftrag an erweiterten Bewertungsausschuss: EBM für komplexe Fälle in INZ	**Aus Sicht der DIVI ist die Vergütung ambulanter Behandlungen in den Notaufnahmen der INZ und KINZ an den tatsächlich entstehenden Kosten auszurichten**, **einschließlich der notwendigen Vorhalte- und Infrastrukturkosten der Notaufnahmen**. Dies betrifft insbesondere Fälle, die über das Gesundheitsleitsystem (§ 133a), den Rettungsdienst (§ 30), die Notdienstpraxis oder Kooperationspraxen gesteuert werden oder außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis in der Notaufnahme behandelt werden. Die DIVI schlägt daher einen geänderten §87 Absatz 2a Satz 21 Nummer 3 SGB V vor: Regelungen zur Vergütung von ambulanten Behandlungen in der Notaufnahme eines Integrierten Notfallzentrums nach §123 Absatz 1 oder eines Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche nach §123b Absatz 1, sofern diese Behandlung aufgrund einer Steuerung des Gesundheitsleitsystems nach §133a, einer Einlieferung durch Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach §30 Absatz 1, einer Weiterleitung aus der Notdienstpraxis oder der Kooperationspraxis des INZ, oder außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis in der Notaufnahme erfolgt. Die Vergütung dieser ambulanten INZ-Komplexfälle ist anhand der tatsächlich entstehenden, sachgerecht ermittelten Kosten der Notaufnahme, einschließlich der notwendigen Vorhaltekosten, zu bemessen. Ergänzung zu §87 Absatz 2a SGB V (Neue Sätze):"Zu diesem Zweck wird die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) verpflichtet, im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die tatsächlich entstehenden Kosten ambulanter Notfallbehandlungen, einschließlich der Vorhalte- und Infrastrukturkosten der Notaufnahmen, fortlaufend zu erheben und die Ergebnisse dem Bewertungsausschuss zur Bemessung der Vergütung nach Satz 21 Nummer 3 vorzulegen. Die

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Bemessung der Vergütung hat die in Satz 21 Nummer 3 genannten Kosten vollumfänglich zu berücksichtigen. **Begründung**: Aus notfallmedizinischer Sicht ist die strukturbedingte Unterfinanzierung ambulanter Behandlungen in den Notaufnahmen die Hauptursache für die Gefährdung der Versorgungsqualität und -sicherheit. Die geplante INZ-Struktur kann diesen Missstand nur beheben, wenn sie die Vergütung von der rein mengenorientierten EBM-Systematik auf eine kostenbasierte Struktur umstellt. *Deckung der Vorhaltekosten*: Notaufnahmen müssen 24 Stunden am Tag , 7 Tage die Woche hochkomplexe und interdisziplinäre Strukturen vorhalten (Schockraum, Fachpersonal, teure Diagnostik). Diese Vorhaltekosten sind in der derzeitigen EBM-Pauschale nicht annähernd abgebildet. Eine Vergütung, die sich an den tatsächlich entstehenden, sachgerecht ermittelten Kosten orientiert, ist die einzige Möglichkeit, diese Strukturkosten zu decken. *Honorierung der Komplexität*: Patienten, die über den Rettungsdienst oder die INZ-Steuerung zur Notaufnahme gelangen, stellen die Spitze der Komplexität im ambulanten Spektrum dar. Diese Fälle erfordern oft eine stundenweise Betreuung und Überwachung – Leistungen, die notwendig sind, um eine unnötige stationäre Aufnahme zu vermeiden (Substitutionswirkung). Nur eine kostenbasierte Vergütung kann diesen Aufwand angemessen honorieren und den ökonomischen Fehlanreiz zur stationären Einweisung beenden. *Qualitätssicherung*: Wenn die Notaufnahme finanziell stabilisiert wird, kann sie die gesetzlich geforderte interdisziplinäre Fachkompetenz und die digitale Infrastruktur (Ersteinschätzung, Kapazitätennachweis) aufrechterhalten. Dies ist die zwingende Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Notfallversorgung, wie sie die Reform anstrebt.
9	§ 87a	Folgeänderung zu § 75 SGB V	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen
10	§ 90	Standortbestimmung für INZ durch erweiterten Landesausschuss	**Aus Sicht der DIVI bedarf der § 90 SGB V einer fachlichen Nachschärfung.** Die Einbindung der klinischen Notfallmedizin auf Planungsebene sowie die Verankerung der Leitung im Krankenhaus sind unerlässlich, um Patientensicherheit, Prozessqualität und die Funktionalität der INZ sicherzustellen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die DIVI empfiehlt daher folgende Änderung in §90, Absatz 4: Der erweiterte Landesausschuss wird zur Festlegung der Standorte für Integrierte Notfallzentren nach $\S 123$a Absatz 1 SGB V um einen Vertreter der ärztlichen Leitung der Notaufnahmen der Krankenhäuser des Landes erweitert. Die Benennung dieses Vertreters hat vorrangig aus dem Kreis der ärztlichen Leitungen von Notaufnahmen zu erfolgen, deren Krankenhausstandort die Voraussetzungen der Notfallstufe 'Umfassende Notfallversorgung' oder 'Erweiterte Notfallversorgung' erfüllt und an dem bereits ein Integriertes Notfallzentrum (INZ) eingerichtet ist. Der Vertreter wird auf Vorschlag der Landeskrankenhausgesellschaft nach Benehmen mit den maßgeblichen Fachgesellschaften der Notfallmedizin bestimmt und verfügt über volles Stimmrecht **Begründung:** Für die Planung und Steuerung von INZ-Strukturen ist die Einbindung ärztlicher Leitungsexpertise der klinischen Akut- und Notfallmedizin zwingend erforderlich. Die klinischen Notaufnahmen tragen die operative Verantwortung für Schwer- und Komplexerkrankte, für Ausfallszenarien der Notdienstpraxen sowie für die Einhaltung der Prozessqualität im INZ. Die fachliche Expertise der Notfallmedizin ist in den Gremien bislang unzureichend abgebildet. Es muss sichergestellt werden, dass die fachliche Expertise im erweiterten Landesausschluss gegeben ist, somit sind zwingend Vertreter aus den Notaufnahmen von Krankenhäusern mit INZ in die Ausschüsse einzubeziehen. Die Einbindung der ärztlichen Notaufnahmeleitungen gewährleistet, dass Versorgungsrealität, Ressourcenlage und Patientensicherheitsaspekte sach- und fachgerecht berücksichtigt werden. **Mit Bezug auf die Steuerungsverantwortung und Governance-Struktur im INZ möchte die DIVI betonen, dass klinische Leitung und Prozesshoheit des INZ unbedingt im Krankenhaus verankert sein müssen.** **Begründung:** Die Notaufnahme trägt: • die medizinische Gesamtverantwortung für kritisch kranke und unklar erkrankte Patientinnen und Patienten,

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			• die operative Verantwortung für Ausfälle der Notdienstpraxis, • die Sicherstellung der kontinuierlichen Prozesskette (Ersteinschätzung, Diagnostik, Überwachung, Notfallversorgung), • die Integrationsverantwortung gegenüber Rettungsdienst, Leitstellen und stationären Abteilungen. Eine Leitung des INZ außerhalb des Krankenhauses würde der Versorgungsrealität widersprechen und birgt erhebliche Risiken für Prozessstabilität und Patientensicherheit. Die ärztliche Leitung der Notaufnahme verfügt über die notwendige klinische Expertise, um Versorgungsstrukturen zu steuern, Prioritäten zu setzen und sektorenübergreifende Abläufe im Sinne der Notfallversorgung zu koordinieren.
11	§ 90a	Ergänzung Vertreter des Rettungsdienstes in gemeinsamen Landesgremien nach § 90a	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen
12	§ 92	Klarstellung, dass Richtlinie des G-BA nicht den Notfalltransport umfasst	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen
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 DIVI empfiehlt die Einführung einer zweckgebundenen Vorhaltevergütung für Notaufnahmen** Die Ergänzung eines neuen § 87b SGB V (z. B. nach § 87): **„§ 87b Vorhaltevergütung der Notaufnahme“** wird vorgeschlagen: (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 fest, dass für Notaufnahmen von Krankenhäusern eine leistungsgruppenbezogene Vergütung (LG 65) oder ein INZ/KINZ Budget zur Sicherstellung der erforderlichen Vorhaltekosten, einschließlich des ärztlichen und pflegerischen Personals sowie der Funktionspflege, auf Grundlage des G-BA-Notfallstufenkonzepts zu vereinbaren ist. (2) Vor der Festlegung nach Absatz 1 ist ein eigener Fachabteilungsschlüssel „Notaufnahme (NAUFN)“ einzuführen, um Diagnosen, Leistungen und Kosten flächendeckend und einheitlich zu erfassen.“

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Begründung: Die strukturelle Unterfinanzierung der Notaufnahmen ist ein zentraler Risikofaktor für Versorgungsqualität und Patientensicherheit. Vorhaltekosten (Personal, Diagnostik, Funktionspflege, Ausstattung) sind im aktuellen System nicht abgebildet. Eine zweckgebundene Vergütung ist erforderlich, um den Dauerbetrieb der Notaufnahmen und die Funktionsfähigkeit der INZ sicherzustellen. Ein eigener Fachabteilungsschlüssel schafft die notwendige Datenbasis für eine sachgerechte Kalkulation und zukünftige Steuerungsentscheidungen.
14	§ 115e	Folgeänderung zu §§ 30, 60 SGB V	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen
15	§ 116b	Folgeänderung zu § 90 SGB V	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen
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 DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen
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	Die Etablierung von Integrierten Notfallzentren (INZ, KINZ) als sektorübergreifende Notfallversorgungsstrukturen wird insgesamt positiv bewertet. Für die Standortbestimmung der INZ/KINZ und die Wahrnehmung der Aufgaben nach §116b und §123 ist die Einrichtung von **erweiterten Landesausschüssen** gemäß §90 geplant. Um die fachliche Expertise in der Notfall- und Akutversorgung in diesen Gremien angemessen abzubilden, sollten Vertreter der Notaufnahmen, auch der pädiatrischen, integriert und die vorgesehene Stimmberechtigung zugunsten der Kostenträger aufgehoben werden. Für eine strukturierte Prozesssteuerung innerhalb des INZ ist aus Sicht der DIVI die geplante **Governance-Struktur** keinesfalls zielführend, da diese im Entwurf lediglich eine fachliche und datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit der Krankenhäuser für die Zentrale Ersteinschätzungsstelle vorsieht. So sollte die Leitung der INZ/KINZ zwingend in den Krankenhäusern liegen, um stringente Prozessabläufe in der Patientensteuerung sowie der fachlichen Akut- und Notfallversorgung innerhalb des INZ/KINZ sicherstellen zu können. Dies

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung von INZ	gilt insbesondere für Ausfallszeiten der Notdienstpraxen zur Sicherstellung des Betriebs der ambulanten Notfallversorgung, die sich durch die Änderungen der Strukturen in der notdienstlichen Akutversorgung (§75ff) ergeben werden. Da der Einsatz video-unterstützter/telemedizinischer Versorgungsangebote für u.a. das wachsende Kollektiv geriatrischer Patienten nicht geeignet ist und im aufsuchenden Dienst auch nicht-ärztliches Personal eingesetzt werden soll, ist zudem ein weiterer Anstieg der Zuweisungen in die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu erwarten. Für die Steuerung der Patientenströme an der Zentralen Ersteinschätzungsstelle sind schließlich aus Sicht der DIVI bereits im Entwurf **gesetzliche Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten, standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden** erforderlich, die **alle Fachdisziplinen und die wissenschaftliche Evidenz des Verfahrens unter dem Primat der Patientensicherheit umfassend berücksichtigen.** Die **Evaluation der INZ/KINZ** kann sich schließlich auch hier nicht isoliert auf die Notdienstpraxen beziehen und damit durch den Leistungsträger der ambulanten Notfallversorgung selbst erfolgen. Zur Qualitätssicherung in den INZ/KINZ ist demgegenüber eine **übergeordnete, neutrale Berichterstellung des gesamten INZ/KINZ** zu definierten Key Performance Indicators an das BMG erforderlich. **Die DIVI empfiehlt daher folgende Änderungen und Ergänzungen von § 123:** Ersetzung in § 123 Abs. 1 Satz 5: „Fachliche und datenschutzrechtliche Verantwortung“ durch „Gesamtverantwortung“ Ergänzung in § 123 Abs. 2 Satz 1: „…trifft die zentrale Ersteinschätzungsstelle eine Entscheidung auf Grundlage verpflichtend validierter und standardisierter Triage-Instrumente mit nachgewiesener Güte.“ Ergänzung in § 123 Abs. 2 Satz 4: Die digitale Fallübergabe und Dokumentation hat verpflichtend standardisierte Datenpunkte zu enthalten (u. a. Hauptbeschwerde, vorläufige

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Diagnose, Ressourcenverbrauch, Verlauf), die mit bestehenden interoperablen Notfalldatensätzen kompatibel sind. In § 123c Abs. 2 Satz 7 Nr. 1 sind verbindliche Mindestanforderungen an die Leistungserbringung in den Notdienstpraxen zu ergänzen (z. B. EKG-Befundung, Basislabor inkl. Blutentnahme, Wundversorgung, kleine Chirurgie, fokussierte Sonografie). **Begründung:** Für eine sichere und funktionsfähige INZ-Struktur sind vier Elemente unabdingbar. Erstens gewährleistet nur ein validiertes, standardisiertes Triage-Verfahren eine verlässliche und rechtssichere Ersteinschätzung und verhindert Fehlsteuerungen. Zweitens schafft eine interoperable und standardisierte digitale Dokumentation mit definierten Kernparametern Transparenz, ermöglicht Qualitätssicherung und verbindet präklinische und klinische Daten konsistent. Drittens ist ein Mindestleistungsumfang der Notdienstpraxen erforderlich, um Basisdiagnostik unmittelbar zu ermöglichen und unnötige Weiterleitungen in die Notaufnahme zu vermeiden. Viertens muss die Gesamtverantwortung aus Sicht der DIVI im Krankenhaus liegen, da die Notaufnahme in allen kritischen und ausfallbedingten Situationen die operative Verantwortung trägt. **Die DIVI empfiehlt zudem folgende Ergänzung zu §123 Absatz 2 SGB V** Unabhängig vom Ergebnis der Ersteinschätzung gelten Hilfesuchende, die durch Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung gemäß §30 Absatz 1 in ein Integriertes Notfallzentrum eingeliefert werden, als INZ-Fälle im Sinne des § 87 Absatz 2a Satz 21 Nummer 3, sofern keine stationäre Aufnahme erfolgt. **Begründung:** Auch bei Patientinnen und Patienten, die vom Rettungsdienst in die Notaufnahme verbracht werden besteht auch mit den positiven Auswirkungen der Notfallreform weiterhin ein Anteil an solchen, die lediglich eine ambulante Behandlung bedürfen. Siehe Begründung der Anpassung in §87 **Die DIVI empfiehlt zudem folgende Ergänzung zu §123 Absatz 3 SGB V:**

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Geänderter §123 Absatz 3 SGB V:"Zur Sicherstellung der Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten hat die zuständige Kassenärztliche Vereinigung gemeinsam mit dem Träger des Krankenhauses, mit dessen Notaufnahme die Notdienstpraxis ein Integriertes Notfallzentrum bildet, einen in §12b Absatz 1 Satz 1 des Apothekengesetzes genannten Vertrag mit dem Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke oder dem Träger des Krankenhauses mit eigener Krankenhausapotheke zu schließen.“ **Begründung** siehe Apothekengesetz §12b
	§ 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	**Mit Bezug auf planungsleitendem Richtwert und Standortbestimmung empfiehlt die DIVI folgende Anpassung:** Der Erweiterte Landesausschuss soll als planungsleitenden Richtwert die Einrichtung eines INZ je 250.000 Einwohnerinnen und Einwohner unter Berücksichtigung einer maximalen PKW-Fahrzeit von 30 Minuten einbeziehen. Werden mehrere Krankenhausstandorte in einer Planungsregion geprüft, sind Standorte mit höherer Notfallstufe gemäß G-BA-Systematik vorrangig festzulegen. Bei identischer Notfallstufe sind standortbezogene Leistungsfähigkeit und Fallzahlen der Notaufnahme als weitere Priorisierungskriterien heranzuziehen. **Die DIVI empfiehlt daher folgendes in §123a Absatz 1 Satz 8 SGB V:** Wenn in einer Planungsregion mehrere Krankenhausstandorte für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums in die engere Auswahl kommen, sind diese nachfolgender Priorität festzulegen: a) Vorrangig sind Standorte festzulegen, die die Voraussetzungen einer höheren Notfallstufe gemäß der in Satz 5 Nummer 1 genannten Regelungen erfüllen. b) Bei Standorten mit gleicher Notfallstufe sind jene vorrangig festzulegen, die eine nach anderen Kriterien, insbesondere Fallzahlen und Fallkomplexität, leistungsfähigere Notaufnahme aufweisen. **Begründung:** Die gesetzliche Festlegung der höheren Notfallversorgungsstufe als zwingendes Primärkriterium dient der Sicherung der öffentlichen Daseinsvorsorge und der Gewährleistung der Patientensicherheit in der neuen, gesteuerten Versorgungsstruktur.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Strukturelle Härte als Primärkriterium: Die G-BA-Notfallstufen sind harte, verbindliche Qualitätskriterien. Die höchste Stufe garantiert die 24/7-Vorhaltung sämtlicher Spezialisten und Ressourcen (z.B. Schockraum, interdisziplinäre Struktur). Dies ist die einzige Struktur, die in der Lage ist, das gesamte Spektrum des Notfallgeschehens – insbesondere die komplexen Spitzenlasten, die durch die INZ-Steuerung aufgefangen werden – ohne Transferrisiko zu behandeln. *Entwertung weicher Kriterien*: Im Gegensatz dazu sind reine Fallzahlen ("leistungsfähigere Notaufnahme") lediglich ein Indikator für das Behandlungsvolumen, nicht jedoch für die Komplexitätskompetenz. Die Priorisierung der höchsten Stufe stellt sicher, dass die strukturelle Qualität (Versorgungsgarantie) nicht durch weichere, rein quantitative Kennzahlen verdrängt wird. *Vermeidung von Transfer und Effizienz*: Die zwingende Anbindung des INZ an die Maximalversorgung gewährleistet die finale Behandlung komplexer Akutfälle am Erstversorgungsort. Dies reduziert gefährliche und kostenintensive Sekundärtransporte und trägt zur Wirtschaftlichkeit des Gesamtsystems durch Prozesssicherheit bei. Zusammenfassend benötigt eine verlässliche, datenbasierte Standortplanung eine bevölkerungsbezogene Richtwerte und Kriterien, die die reale Versorgungsfähigkeit abbilden. Höhere Notfallstufen definieren zwingende Mindestqualitätsstandards und garantieren die notwendige Struktur- und Prozessqualität. Eine Orientierung an Erreichbarkeit, Notfallstufe und Leistungsfähigkeit entspricht internationalen Standards und gewährleistet eine gleichwertige Versorgung. **Absatz 2 Die DIVI empfiehlt eine Neufassung des §123a Absatz 2 SGB V (Öffnungszeiten und Übernahme):** (2) Zur Organisation des Integrierten Notfallzentrums schließen die Kassenärztliche Vereinigung und der Krankenhausträger innerhalb von neun Monaten, nachdem der betreffende Krankenhausstandort als Standort eines Integrierten Notfallzentrums festgelegt worden ist, eine Kooperationsvereinbarung; die Rahmenvereinbarungen nach Absatz 4 sind zu berücksichtigen. Die in Satz 1 genannten Vertragsparteien beziehen Leistungserbringer im Sinne von §123 Absatz 1 Satz 6 in die Kooperationsvereinbarung ein, soweit diese die notdienstliche Akutversorgung sicherstellen. Es soll ein gemeinsames Qualitätsmanagement durchgeführt werden; die Kassenärztliche Vereinigung, der Krankenhausträger sowie die in

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			die Kooperationsvereinbarung einbezogenen Leistungserbringer im Sinne von § 123 Absatz 1 Satz 6 sind befugt, die für dieses gemeinsame Qualitätsmanagement erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten. In der in Satz 1 genannten Kooperationsvereinbarung ist insbesondere das Nähere zu vereinbaren [...] [... Derzeitige Kriterien 1 bis 5 bleiben erhalten ...] (6) Die Notdienstpraxis ist an Werktagen mindestens von 8 bis 23 Uhr und an Wochenenden und Feiertagen mindestens von 8 bis 23 Uhr zu öffnen. Kürzere Öffnungszeiten der Notdienstpraxis können in der in Satz 1 genannten Kooperationsvereinbarung festgelegt werden, wenn die Kassenärztliche Vereinigung (KV) mit dem Krankenhausträger Verträge über die vollständige Übernahme der Betreuung der Notdienstpraxis durch geeignetes Krankenhauspersonal schließt. Eine Reduzierung der Öffnungszeiten aufgrund von Unwirtschaftlichkeit ist ausgeschlossen. Für Fälle, die aufgrund dieser verkürzten Öffnungszeiten in die Notaufnahme geleitet werden, gilt die Vergütung für ambulante INZ-Komplexfälle nach § 87 Absatz 2a Satz 21 Nummer 3. **Begründung** Die vorgeschlagene Neufassung des §123a Absatz 2 SGB V dient der strukturellen Stabilität und der effizienten Ressourcenallokation im Integrierten Notfallzentrum (INZ) und korrigiert eine systemimmanente Störung der Krankenhausfinanzierung. Die derzeitige Regelung im Entwurf, die es der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) erlaubt, die Öffnungszeiten ihrer Notdienstpraxis bei Unwirtschaftlichkeit zu verkürzen, führt zu einer bewussten Verlagerung unwirtschaftlicher Lasten auf das Krankenhaus. Die Notaufnahme muss die gesamte notdienstliche Akutversorgung rund um die Uhr übernehmen, wenn die KV-Praxis schließt. Da diese Zeiten (Abend, Nacht, Wochenende) durch niedrige Fallzahlen und hohe Vorhaltekosten gekennzeichnet sind, ist der Betrieb der Notaufnahme in diesen Phasen defizitär. Die Verschiebung dieser planbaren, aber defizitären Zeiten vom KV-Sicherstellungsauftrag auf die Notaufnahme, stellt eine strukturelle Störung der Krankenhausfinanzierung dar. **Mit Bezug auf die Kooperationsvereinbarungen (§ 123a) schlägt die DIVI vor:**

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			In § 123a Abs. 2 Satz 4 ist zu ergänzen, dass die Kooperationsvereinbarung zwingend gemeinsame digitale Prozesse, interoperable Dokumentationsstandards und eine klare Governance zur Nutzung und Verarbeitung der im INZ anfallenden Daten, insbesondere im Rahmen von Qualitätssicherungs- und Registerstrukturen, festlegen sollten. **Begründung**: Die Funktionsfähigkeit eines INZ hängt von einheitlichen digitalen Abläufen, medienbruchfreien Informationswegen und klaren Verantwortlichkeiten bei der Datenverarbeitung ab. Nur verbindliche, interoperable digitale Prozesse ermöglichen Qualitätssicherung, Transparenz und konsistente Steuerung. **Mit Bezug auf die Führungsverantwortung im INZ möchte die DIVI erneut klarstellen, dass die Prozess- und Gesamtverantwortung für das INZ aufgrund der medizinischen Zuständigkeiten, der Ausfallszenarien der Notdienstpraxis und der Verantwortung für kritisch erkrankte Patientinnen und Patienten im Krankenhaus zu verankern ist.** **Begründung:** Die Notaufnahme trägt die Gesamtprozessverantwortung und muss in allen Szenarien die Versorgung sicherstellen können. Nur eine im Krankenhaus verankerte Führungs- und Steuerungsverantwortung gewährleistet Patientensicherheit, effiziente Abläufe und funktionierende INZ-Strukturen.
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	**Die DIVI schlägt vor in** § 123b Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 die Worte **„…keine berechtigten Interessen des Krankenhauses oder der Kassenärztlichen Vereinigung entgegenstehen…“** zu streichen. **Begründung:** Die Regelung eröffnet Krankenhäusern und KVen faktisch eine Ablehnungsoption, da in der Pädiatrie strukturell mangelnde Versorgungskapazitäten bestehen. Dies würde die Errichtung von KINZ flächendeckend verhindern und die Versorgungssicherheit gefährden. **Die DIVI empfiehlt eine Neufassung des § 123b Absatz 1 SGB V:** (1) Zur Sicherstellung der notdienstlichen Akutversorgung von Kindern und Jugendlichen ist in Planungsregionen mit einer überregionalen Versorgungsverantwortung oder einer überdurchschnittlichen Bevölkerungsdichte zwingend mindestens ein geeigneter

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Krankenhausstandort als Standort eines spezialisierten Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche (INZ K/J) festzulegen, sofern die Mindestanforderungen nach Absatz 2 erfüllt sind. In allen übrigen Planungsregionen kann der erweiterte Landesausschuss geeignete Krankenhausstandorte festlegen. **Begründung:** Durch die Verwendung von "ist zwingend festzulegen" wird die Einrichtung in Ballungszentren/Regionen mit überregionaler Versorgungsverantwortung zur Pflicht, sofern die Qualitätskriterien erfüllt sind. So wird verhindert, dass auf Grund „berechtigter“ Interessen kein INZ für Kinder und Jugendliche aufgebaut wird und alles nur auf Telemedizin beschränkt wird. Die Änderung definiert ebenfalls die Telemedizin in diesen Hochbedarfsregionen als ergänzendes Instrument, nicht als Ersatz der physischen Infrastruktur. **Die DIVI schlägt vor, n**ach § 123b Absatz 1 Satz 2 folgende Satz einzufügen: „Wird ein Standort eines zugelassenen Krankenhauses als Standort eines Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche festgelegt, ist dieses Krankenhaus verpflichtet, in den sprechstundenfreien Zeiten die notdienstliche Akutversorgung von Kindern und Jugendlichen sicherzustellen, sofern die Kassenärztliche Vereinigung die Notdienstpraxis nicht besetzen kann. Die Leistung ist organisatorisch innerhalb der Strukturen des INZ zu erbringen. Die anfallenden Vorhaltekosten sind über die Leistungsgruppe 65 (LG 65) nach § 87b Absatz 1 SGB V zu vergüten.“ **Begründung:** Da die KV-Notdienste in der Pädiatrie häufig nicht besetzbar sind, trägt das Krankenhaus real die operative Verantwortung, inklusive Haftungs- und Personallast. Die Regelung stellt Versorgungssicherheit her, verhindert Doppelstrukturen und gewährleistet, dass die bestehenden INZ-Infrastrukturen genutzt werden. **Die DIVI schlägt vor,** in § 123b Absatz 2 Satz 1 einen Verweis auf § 123 zu ergänzen: **„§ 123 Absatz 1 bis 5 …“**

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Begründung: Die Berichtspflichten nach § 123 Absatz 5 (Qualitäts- und Nutzungsberichte) sind auch für KINZ zwingend erforderlich, um Versorgungssicherheit und Inanspruchnahme evidenzbasiert zu evaluieren. **Die DIVI schlägt vor,** in § 123 Absatz 4 Satz 1 die Worte „…Unterstützung durch telemedizinische oder telefonische Konsilien…“ zu ersetzen durch: „…eine unmittelbare fachärztliche pädiatrische Akutberatung oder telemedizinische Behandlungskonsilfunktion…“ **Begründung:** Eine reine Konsilfunktion ist für die pädiatrische Akutmedizin unzureichend. „Akutberatung“ stellt eine aktivere, qualitätsgesicherte fachärztliche Beteiligung sicher. Gleichzeitig wird der unrealistische Anspruch eines vollwertigen 24/7-Ersatz-KINZ durch Telemedizin entschärft. **Die DIVI schlägt vor,** in § 123 Absatz 4 Satz 4 nach dem Wort „Anbindung“ einzufügen: „…, basierend auf den interoperablen Spezifikationen nach § 133b Absatz 7 zur digitalen Notfalldokumentation,“ **Begründung:** Eine durchgängige digitale Rettungskette (Notruf – Rettungsdienst – INZ/KINZ – Pädiatrie) erfordert interoperable Datenmodelle. Die Ergänzung stellt sicher, dass KINZ fachlich voll in digitale Qualitätsregister eingebunden werden können.
	§ 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	**Die DIVI schlägt vor** in § 123c Abs. 2 Satz 4 zu ergänzen: „…zur Mindestqualifikation des Personals der Integrierten Notfallzentren, der Notdienstpraxen und der Kooperationspraxen.“ **Begründung:** Die Ersteinschätzung und ambulante Akutversorgung kann nur dann zuverlässig funktionieren, wenn Mindestqualifikationen verbindlich geregelt werden (inkl. notfallmedizinischer Erfahrung, pädiatrischer Expertise, Kenntnisse der digitalen Ersteinschätzung). Fehlende Qualifikationsstandards gehören zu den Hauptursachen von variabler Qualität und Fehlsteuerung und gefährden ggf. die Patientensicherheit.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Berichtspflicht G-BA zu Auswirkungen der Ersteinschätzung • EBM für Ersteinschätzung	**Die DIVI schlägt vor** in § 123c Abs. 2 Satz 1 zu ergänzen: „…in einer Richtlinie die Vorgaben zur Durchführung einer validierten, qualifizierten, standardisierten und digitalen Ersteinschätzung…“ **Begründung:** Alle notfallmedizinischen Fachgesellschaften fordern den verpflichtenden Einsatz valider und wissenschaftlich geprüfter Ersteinschätzungsinstrumente. Einheitliche digitale Verfahren sind essenziell für Patientensicherheit, Reproduzierbarkeit und rechtskonforme Steuerung im Gesundheitsleitsystem (§ 133a). Die aktuelle Fassung lässt eine nicht-validierte Umsetzung zu, welche erhebliche Risiken birgt. **Die DIVI schlägt vor** in § 123c Abs. 2 Satz 4 Nr. 4 zu ergänzen: „Festlegung eines minimalen Triagedatensatzes“ sowie „Verpflichtendes Reporting der Triagedaten in einen interoperablen Datenraum“. **Begründung:** Eine INZ-Struktur ohne dokumentierte, auswertbare Triagedaten ist nicht qualitätssicherungsfähig. Die DIVI möchte die Notwendigkeit eines standardisierten, interoperablen Datensatzes (kompatibel zu § 133b Notfalldokumentation) betonen. Erst ein definierter Datensatz ermöglicht: • Transparenz der Ersteinschätzung, • Evaluation von Fristen, Prozessqualität und Fehlsteuerungen, • Versorgungsforschung und Benchmarking, • eine digitale, medienbruchfreie Rettungskette. Zusammenfassend möchte die DIVI betonen, dass für eine sichere und verlässliche INZ-Struktur Mindestqualifikationen des Personals, validierte digitale Triageverfahren, ein standardisierter Triagedatensatz und ein verpflichtendes Reporting verbindlich festgelegt werden müssen. Nur diese Kombination gewährleistet eine reproduzierbare, qualitätsgesicherte und evaluierbare Ersteinschätzung und verhindert Fehlsteuerungen im gesamten INZ-System. **Die DIVI schlägt daher vor, Absatz 2 Satz 1 wie folgt neu zu fassen**:

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in der Richtlinie verbindliche Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten, standardisierten und digitalen Ersteinschätzung fest. Die Richtlinie muss zwingend die Definition eines minimalen Ersteinschätzungsdatensatzes (mEDS) enthalten, dessen Erhebung zur Abrechnung der Ersteinschätzungsleistung verpflichtend ist. Der mEDS ist in einem bundeseinheitlich definierten, interoperablen Datenformat in strukturierter Form für die Qualitätssicherung, das Benchmarking und die Versorgungsforschung bereitzustellen (Notfallregister). Die Richtlinie hat zudem Mindestanforderungen an die fachliche Qualifikation und die regelmäßige Fortbildung des Personals der Akutleitstellen festzulegen sowie die systemseitige Interoperabilität der verwendeten Triage- und Dokumentationssysteme sicherzustellen. Nach Fertigstellung einer Leitlinie zur Ersteinschätzung soll diese Berücksichtigung finden.
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 DIVI schlägt vor** in § 133 Absatz 2 zu ergänzen: „Die Spezifikation interoperabler Datensätze und der digitalen Dokumentation ist unter Einbeziehung der notfallmedizinischen Fachexpertise sowie der bestehenden Register- und Dateninfrastrukturen zu entwickeln.“ **Begründung:** Eine sektorenübergreifende digitale Dokumentation ist nur dann funktionsfähig, wenn sie auf medizinisch validierten, interoperablen und in der Notfallmedizin etablierten Datenmodellen basiert. Die DIVI betont, dass ohne die Einbindung der klinischen Notfallmedizin und der bestehenden Registerstrukturen (z. B. AKTIN, digitale Notfalldokumentation nach § 133b) kein konsistenter Datenfluss zwischen Leitstellen, Rettungsdienst, INZ/KINZ und Krankenhäusern gewährleistet werden kann.
	§ 133a	Gesundheitsleitsystem • Kooperationsvereinbarung zwischen Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116117 auf Antrag der Rettungsleitstelle	Die DIVI begrüßt die Einführung eines Gesundheitsleitsystems zur Steuerung der Patientenströme in der Notfallversorgung. Die Grundlage des Gesundheitsleitsystems sieht eine enge Kooperation zwischen der Akutleitstelle in der Trägerschaft der KV und der integrierten Rettungsleitstellen vor.

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	Für die Durchführung der standardisierten, strukturierten Notrufabfrage ist aber unter Berücksichtigung der komplexen Anforderungen in der zukünftigen Leitstellenstruktur aus Sicht der DIVI auch die **fachliche (inklusive pädiatrische) Qualifikation des Personals in der Akutleitstelle der örtlich zuständigen KVen** durch den Gesetzgeber in §133a vorzugeben. Zudem ist derzeit ein **strukturiertes, einheitliches, digitales und fachübergreifend evaluiertes System zur Notrufabfrage**, das in der zukünftigen Akutleitstelle und der Rettungsleitstelle zu gleichen Ergebnissen führen soll, noch nicht verfügbar. Die Einführung eines gemeinsamen Qualitätsmanagementsystems zur **ständigen Evaluation der Abfragesysteme** ist sinnvoll, kann aber nicht allein durch die KVen evaluiert werden. Auch hier ist eine neutrale Qualitätssicherung, die eine unabhängige und objektive Bewertung der Kriterien (u.a. Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Arztterminen, Häufigkeit der Inanspruchnahme, Vermittlungsquote) aus Sicht der DIVI zu fordern. Um eine nachhaltige Entlastung der Rettungsmittel (RTW, NEF) zu erreichen, sind schließlich die „**komplementären Dienste**“, wie z.B. ambulante palliativmedizinische Versorgung, pflegerische Notfallversorgung und andere Verfahren der speziellen ambulanten Notfallversorgung zu konkretisieren und zu stärken. Schließlich fehlen in §133d auch die **pädiatrischen Anforderungen** für die Qualifikation des Personals an der Akutleitstelle sowie für die standardisierten Notrufabfragesysteme. So müssen hier u.a. altersabhängige Entscheidungsbäume, Gewichtsschätzung, Red Flags für den Kinderschutz und Non-Accidental Trauma Differenzierte Pathway-Steuerung berücksichtigt werden. **Weitere Ergänzungen:** **Die DIVI schlägt vor** in **§ 133a Absatz 2 Satz 6** zu ergänzen: „Die technische und inhaltliche Schnittstelle zur digitalen Fallübergabe ist mit den Rahmenempfehlungen nach § 133b sowie mit bestehenden interoperablen Datenmodellen zu harmonisieren.“ **Begründung:** Für eine sichere und medienbruchfreie digitale Steuerung müssen Abfragesysteme der Leitstellen, INZ/KINZ, Notaufnahmen und Rettungsdienste auf identischen interoperablen Datenspezifikationen beruhen. Nur die Anbindung an etablierte Datenmodelle (z. B. AKTIN, § 133b-Notfalldokumentation) kann hierbei die notwendige

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Durchgängigkeit der digitalen Rettungskette gewährleistet. Gleichzeitig verhindert dies Parallelstrukturen, reduziert Implementierungsaufwand und schafft eine einheitliche Grundlage für Qualitätssicherung und Vergütung. **Die DIVI schlägt vor** in § 133a Absatz 5 Satz 1 zu ergänzen: „…die systematisch die Einbindung von Routinedaten, zur Evaluation der Auswirkungen auf Inanspruchnahme, Fehlallokation und Ressourcenverbrauch vorsehen muss.“ **Begründung:** Eine Reform, die Steuerungsinstrumente (Ersteinschätzung, Lenkung, digitale Leitstellen) einführt, sollte zwingend anhand objektiver Routinedaten evaluiert 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 und Kommunikation unter Beteiligung von KBV, DKG und KIG, Rechtsverordnung durch BMG	**Die DIVI schlägt vor** in § 133b Absatz 2 Satz 1 nach dem Wort „Mehrheit“ die Worte „einschließlich mindestens einer positiven Stimme von Vertretern der einschlägigen Fachgesellschaften und Fachverbände“ einzufügen. Alternativ bzw. ergänzend ist § 133b Abs. 1 und 2 dahingehend zu ändern, dass: • Vertreter der Fachgesellschaften ein reguläres Stimmrecht erhalten, oder • ohne eine einvernehmlich bestätigte fachliche Position der relevanten medizinischen Fachgesellschaften keine fachlichen Rahmenempfehlungen verabschiedet werden dürfen. **Begründung:** Notfallmedizinische Fachgesellschaften, wie die DIVI kritisieren übereinstimmend, dass die fachlich entscheidenden Institutionen im Verfahren lediglich beratend beteiligt sind, während die Kostenträger eine strukturelle Stimmenübermacht besitzen. Die Gestaltung der digitalen Notfalldokumentation, der Interoperabilität und der Qualitätsindikatoren erfordert zwingend die verbindliche Mitwirkung der notfallmedizinischen Fachexpertise. Ohne Stimmrecht besteht ein erhebliches Risiko fachlich unzureichender oder einseitig systemischer Entscheidungen. **Die DIVI schlägt vor** in § 133d Absatz 3 Satz 1 die Worte „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen richtet eine Datenstelle auf Bundesebene ein“ zu ersetzen durch „Eine

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			geeignete, unabhängige wissenschaftliche Einrichtung richtet die Datenstelle auf Bundesebene ein.“ **Begründung:** Fachgesellschaften und Kliniken bemängeln die fehlende Neutralität, wenn die Datenstellen, die für Qualitätssicherung, Benchmarking und Versorgungsforschung zentral ist, durch einen Kostenträger betrieben wird. Eine unabhängige Einrichtung gewährleistet wissenschaftliche Validität, Vertrauen in die Datenverarbeitung und die notwendige Akzeptanz bei Klinikträgern, Leistungsanbietern und Forschungseinrichtungen. **Die DIVI schlägt vor** in § 133b Abs. 3 Nr. 5 sowie Abs. 6 Satz 2 zu ergänzen: „Die festzulegenden Datensätze müssen konsequent auf etablierten und fachgesellschaftlich konsentierten Standards basieren, insbesondere den interoperablen Spezifikationen nach § 133b Absatz 7.“ **Begründung:** Für die Qualitätssicherung der Notfallversorgung ist es unerlässlich, dass die Datensätze auf bereits etablierten, fachgesellschaftlich konsentierten Standards basieren. Nur durch die Nutzung validierter Modelle wie des AKTIN-Datensatzes und der interoperablen Spezifikationen nach § 133b lassen sich ein durchgängiger sektorenübergreifender Datenfluss, verlässliche Qualitätsindikatoren und eine belastbare Versorgungsforschung sicherstellen. Abweichende oder neu entwickelte Sonderlösungen würden zu Fragmentierung, fehlender Vergleichbarkeit und erheblichen Qualitätseinbußen führen.
	§ 133c	Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende digitale Notfalldokumentation für alle Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätennachweises für	Die Umsetzung der **digitalen Vernetzung zwischen den Sektoren in der Notfall- und Akutversorgung** über die Dienste der Telematik Infrastruktur wird insgesamt positiv bewertet. Bis dato fehlt jedoch eine standardisierte, interoperable und einheitliche Datenerfassung in Präklinik, Leitstelle, ambulanter und stationärer Notfallversorgung. Als wesentliche Voraussetzung wird daher die **Einführung einer standardisierten, einheitlichen digitalen Notfalldokumentation im interoperablen Datenformat inklusive eines pädiatrischen Notfalldatensatzes** gefordert. Ein langjährig, in der Praxis der Notaufnahmen bewährtes und

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung • Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme	skalierbares, digitales und system-unabhängiges Konzept liegt dazu grundsätzlich vor (3-5). Die Ausweitung auf ein digitales, interoperables Protokoll der Leitstellen und ebenso auf einen einheitlichen Datensatz der Notfallbehandlung in der notdienstlichen Akutversorgung durch die KVen wäre möglich. Schließlich sollte auf dieser Basis die **Einführung eines bundesweiten Notfallregisters** umgesetzt werden, um die o.g. Eckpunkte der objektiven Qualitätssicherung in allen Versorgungsbereichen abzubilden und zudem Benchmarking, Kostenanalysen sowie Forschung, u.a. in den Schwerpunkten Versorgungsforschung, Public Health und Surveillance, durchführen zu können. Dies setzt die Sicherstellung der Verfügbarkeit der Daten aus Notfall- und Akutversorgung in allen Sektoren, z.B. über das Forschungsdatenzentrum Gesundheit, voraus. Letztlich gewährleistet die interoperable und sektorenübergreifende Dokumentation nach einheitlichen und verbindlichen Standards in der gesamten **digitalen Rettungskette** (6) ein effizientes Qualitätsmanagement, schafft Transparenz und stellt somit die Voraussetzung für eine kontinuierliche Optimierung der Versorgungsqualität in der Notfallversorgung in Deutschland dar. **Die DIVI empfiehlt daher die folgenden Anpassungen in §133c:** Die DIVI schlägt vor in **§133c Absatz 1 Satz 1** die Worte „sobald die erforderlichen technischen Voraussetzungen vorliegen“ zu ersetzen durch „unverzüglich nach Inkrafttreten dieses Gesetzes auf Basis des fachgesellschaftlich etablierten Datensatzes der DIVI-Notfalldokumentation bzw. des AKTIN-Notaufnahmeregisters.“ **Begründung:** Die DIVI möchte betonen, dass eine funktionierende digitale Notfalldokumentation nur mit bereits validierten und etablierten Standards umgesetzt werden kann. Die Nutzung existierender Datenmodelle (AKTIN, HL7 FHIR-basierte DIVI-Notfalldokumentation) beschleunigt die Implementation, vermeidet Doppelstrukturen und gewährleistet unmittelbare Interoperabilität zwischen Leitstellen, Rettungsdienst, INZ/KINZ und Krankenhäusern. **133c SGB V Ergänzung: Absatz 1 Satz 2**:

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die Dokumentation hat in einem bundeseinheitlich definierten, interoperablen Datenformat zu erfolgen, das die durchgängige digitale Fallakte von der präklinischen Notfallrettung über die Notaufnahme bis zur nachfolgenden Versorgung ermöglicht und die Daten in strukturierter Form für die Qualitätssicherung, das Benchmarking und die Versorgungsforschung bereitstellt (Notfallregister). **Begründung**: Für ein effizientes Qualitätsmanagement ist die Erfassung der Daten in Registern unerlässlich. Das bestehende AKTIN-Register ist hierfür geeignet und als Infrastrukturmaßnahme im NUM dauerhaft finanziert. Die DIVI schlägt vor **§ 133c Abs. 2 Satz 1** wie folgt zu präzisieren: „Die zu hinterlegenden Versorgungsressourcen müssen den Anforderungen moderner interdisziplinärer Notaufnahmestrukturen entsprechen und sektorübergreifend in Echtzeit nutzbar sein.“ **Begründung**: Eine Steuerung über das Gesundheitsleitsystem ist nur möglich, wenn Kapazitäten von Notaufnahmen, Rettungsdienst, INZ/KINZ und Fachabteilungen realistisch, aktuell und strukturfähig abgebildet werden. DGIIN und DGK unterstreichen, dass ohne einheitliche, interdisziplinäre Kapazitätsparameter eine zielgenaue Allokation nicht möglich ist und Fehlsteuerungen drohen. Die DIVI empfiehlt folgende Änderung **§133c Absatz 2 Satz 3 SGB V**: Die an der Notfallversorgung beteiligten zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, ihre Versorgungskapazitäten entsprechend Satz 1 in Echtzeit an den Betreiber des Versorgungskapazitätsnachweises einrichtungsbezogen und nicht versichertenbezogen über den Versorgungskapazitätsnachweis zu übermitteln. Die Verpflichtung zur Echtzeitübermittlung tritt erst in Kraft, sobald der Hersteller des Krankenhausinformationssystems (KIS) die hierfür notwendige, den Vorgaben der §133b und §133e entsprechende Schnittstelle zur Verfügung gestellt hat und diese im Krankenhaus installiert und betriebsbereit ist.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Begründung: Ausschluss der unverschuldeten Pflichtverletzung: Ein Krankenhaus kann seine gesetzliche Pflicht zur Echtzeitdatenlieferung nur erfüllen, wenn der Markt für Krankenhausinformationssysteme (KIS) die notwendigen interoperablen Schnittstellen bereitstellt. Das Krankenhaus als Betreiber hat keinen direkten Einfluss auf die Entwicklungs- und Lieferzyklen der KIS-Hersteller. Die jetzige Formulierung würde das Krankenhaus in eine unlösbare Pflichtenlage bringen, da es von der Leistung eines Dritten abhängig ist.
	§ 133d	Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form durch Datenstelle beim GKV-SV	In §133d wird festgelegt, dass die **Einrichtung der Datenstelle zur Qualitätssicherung auf Bundesebene (§133d)** ebenfalls beim GKV-Spitzenverband alloziert werden soll. Hierbei ist aus Sicht der DIVI die Wahrung der Neutralität und Objektivität in der Qualitätssicherung in der notfallmedizinischen Rettung nicht gewährleistet; es wird daher eine neutrale und unabhängige Datenstelle empfohlen, die an einer Bundesbehörde angesiedelt sein sollte. **Die DIVI schlägt zudem vor,** in **§ 133d Absatz 2 Satz 1** nach dem Wort „veröffentlicht sie“ einzufügen: „sowie stellt ein pseudonymisiertes, einrichtungsbezogenes Feedback-System zur Verfügung.“ **Begründung:** Ein pseudonymisiertes Feedback-System ist zentral für den gesetzlichen Auftrag der Qualitätsverbesserung in der Notfallversorgung. Nur durch einrichtungsbezogene, risikoadjustierte Rückmeldungen können Notaufnahmen, INZ/KINZ und Rettungsdienste ihre Prozess- und Ergebnisqualität gezielt analysieren und Verbesserungsmaßnahmen ableiten.
	§ 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	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen
	§ 133f	Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung	**Die DIVI schlägt vor § 133f Absatz 1** so anzupassen, dass eine frühere Förderung des TI-Anschlusses ermöglicht wird und die Ausschließlichkeit der Förderung bis 2031 entfällt.

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	Zudem wird die folgende Ergänzung zu Absatz 1 Satz 1 gefordert: Aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität (SIK) werden in den Jahren 2027 bis 2031 die Kosten für die Entwicklung, den Aufbau, die flächendeckende Implementierung und den Betrieb der digitalen Anwendungen für die Koordination der Notfall- und Akutversorgung einschließlich der notwendigen Investitionen in die IT-Systeme der Zentralen Notaufnahmen (ZNA) der Krankenhäuser finanziert. **Begründung:** Die verpflichtende digitale Notfalldokumentation und TI-Anbindung werden deutlich vor 2027 benötigt. Ein späterer Förderbeginn führt zu Unterfinanzierung in der frühen Umsetzungsphase und gefährdet die fristgerechte Implementierung der zentralen Digitalisierungsbausteine (digitale Triage, Fallübergabe, Kapazitätsdaten). Zudem erfordert der laufende technische Fortschritt eine kontinuierliche Erneuerung der Infrastruktur, die durch eine zeitlich strikt begrenzte Förderung nicht abbildbar ist. Durch die Anpassung von Absatz 1, Satz 1 werden auch die Investitionen in die ZNA finanziert und die bisherige Lücke geschlossen. Alle Fachgesellschaften betonen die Notwendigkeit einer langfristig nachhaltigen Finanzierung, um digitale Systeme stabil betreiben zu können. **Die DIVI schlägt vor** § 133f Absatz 3 wie folgt zu ergänzen: „Gefördert werden nur Projekte, die vollständig kompatibel mit den bundeseinheitlichen Schnittstellen, Datenmodellen und Standarddatensätzen sind und die technische Möglichkeit einer späteren Nutzung in qualifizierten Registern gemäß MRG vorsehen.“ **Begründung:** Die Förderung sollte gezielt auf interoperable, standardkonforme Lösungen ausgerichtet werden, um Fragmentierung zu verhindern.
	§ 133g	Koordinierende Leitstelle: Möglichkeit für Landesbehörden, einer einzelnen Leitstelle überregionale Aufgaben zuzuweisen	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen
19	§ 140f	Antragsrecht Patientenvertretung	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
20	§ 291b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen
21	§ 294a	Mitteilungspflicht zu vorrangigen Schadensersatzansprüchen auch für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen
22	§ 302	Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Datenübermittlungspflicht	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen
23	§ 354	Fernzugriff auf ePA durch Leitstellen	**Die DIVI schlägt vor** § 354 Absatz 4 wie folgt zu ergänzen: „Die eingesetzten technischen Verfahren müssen ein umfassendes Datenschutz- und Sicherheitskonzept vorsehen und den Fernzugriff klar auf definierte Notfallsituationen sowie auf eindeutig notfallrelevante Inhalte der elektronischen Patientenakte begrenzen.“ **Begründung:** Der Fernzugriff auf die ePA kann die Patientensicherheit in akuten Notsituationen substanziell verbessern, muss jedoch datenschutzrechtlich eng begrenzt, technisch abgesichert und klar indikationsgebunden sein, um sowohl medizinische Notwendigkeit als auch Grundrechtsschutz sicherzustellen.
24	§ 370a	Redaktionelle Folgeänderung	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen
25	§ 377	Redaktionelle Folgeänderung	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen
26	§ 394	Errichtung eines bundesweiten, öffentlich zugänglichen Katasters automatisierter externer Defibrillatoren (AED), die für die Benutzung durch Laien vorgesehen sind	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen
			Art. 2: Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
	§ 75	Modifizierte Berichtspflichten der KBV aufgrund der Einführung der Akutleitstellen	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen
			Art. 3: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
	§ 12b	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 4: Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
	§ 3	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen
			Art. 5: Änderung des Apothekengesetzes
1	§ 12b	Versorgungsvertrag zur Versorgung von Notdienstpraxen in INZ mit Arzneimitteln zwischen Apothekeninhaber, KV und beteiligtem Krankenhaus	**Die DIVI unterstützt die Möglichkeit, Versorgungsverträge zwischen Krankenhausapotheken und Notdienstpraxen in INZ zu schließen**. Diese Verträge sollen greifen, wenn eine zeitnahe Versorgung durch öffentliche Apotheken nicht zumutbar gewährleistet werden kann (z. B. fehlender Notdienst, lange Wegezeiten, unmittelbarer Bedarf). **Die DIVI empfiehlt folgende Anpassungen**: **§12b Versorgung der Integrierten Notfallzentren** (1) Der Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke oder der Träger eines zugelassenen Krankenhauses mit einer nach §14 Absatz 1 Apothekengesetz genehmigten Krankenhausapotheke kann zur Versorgung von Patienten einer Notdienstpraxis nach §123 Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Arzneimitteln einen Versorgungsvertrag schließen. Der Versorgungsvertrag wird geschlossen mit der Kassenärztlichen Vereinigung, die die Notdienstpraxis betreibt, und dem Krankenhaus, in dessen Räumlichkeiten sich die Notdienstpraxis befindet. Die Vereinbarung regelt die Durchführung und die näheren Modalitäten der Versorgung. (2) Der Versorgungsvertrag darf nur geschlossen werden, wenn die Versorgung der Patienten der Notdienstpraxis durch öffentliche Apotheken nicht in zumutbarer Weise gewährleistet werden kann, insbesondere wegen 1. der Notwendigkeit, Arzneimittel unverzüglich abzugeben, 2. der unzumutbaren Wegezeiten zur nächstgelegenen öffentlichen Apotheke, 3. des Fehlens eines Notdienstes in der Zeit des notdienstlichen Betriebes der Notdienstpraxis. (3) Die Vergütung der nach Absatz 1 versorgten Patienten richtet sich nach den für die Versorgung durch öffentliche Apotheken geltenden Vorschriften, soweit im Versorgungsvertrag keine abweichende Regelung getroffen wird. Die in Absatz 1 genannten Vertragspartner haben sich über die Höhe der Vergütung zu einigen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			(4) Eine Krankenhausapotheke, die nach Absatz 1 einen Versorgungsvertrag geschlossen hat, ist berechtigt, die in der Notdienstpraxis behandelten Versicherten mit Arzneimitteln zu versorgen, solange und soweit der Versorgungsvertrag in Kraft ist. Die Versorgung darf nur im unmittelbaren räumlichen und zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung der Patienten in der Notdienstpraxis erfolgen. **Begründung:** Die Einbeziehung von Krankenhausapotheken in die Struktur der Integrierten Notfallzentren ermöglicht eine qualitätsgesicherte und zugleich wirtschaftliche Arzneimittelversorgung der ambulanten Notfallpatientinnen und -patienten unter Nutzung bereits bestehender Ressourcen. Krankenhausapotheken halten für die stationäre Versorgung ein sehr umfangreiches Warenlager vor, einschließlich selten benötigter und akut erforderlicher Arzneimittel und verfügen in der Regel über etablierte 24/7-Rufbereitschaften. Diese personellen, logistischen und lagertechnischen Strukturen können ohne zusätzliche Vorhaltekosten für die Versorgung der in den Notdienstpraxen behandelten Patientinnen und Patienten mitgenutzt werden. Für das am INZ beteiligte Krankenhaus kann damit eine weitgehend kostenneutrale Arzneimittelversorgung der INZ-Patienten erreicht werden ohne die Versorgungsaufgaben der öffentlichen Apotheken einzuschränken.
2	§ 20	Pauschaler Zuschuss für Apotheken mit Versorgungsvertrag	Die DIVI empfiehlt, dass Apotheken und Krankenhausapotheken, die einen Versorgungsvertrag gemäß § 12b geschlossen haben, einen pauschalen Zuschuss pro Kalenderwoche erhalten, in der sie während der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis die Arzneimittelversorgung sicherstellen. Die Leistungserbringer sollen dies dem Deutschen Apothekerverband quartalsweise per Selbsterklärung mitteilen. **Die DIVI empfiehlt daher eine Neufassung von §20 Absatz 4**: (4) Apotheken, deren Inhaber einen in §12b Absatz 1 Satz 1 genannten Vertrag abgeschlossen haben, erhalten unabhängig von pauschalen Zuschüssen nach Absatz 1 einen pauschalen Zuschuss für jede Kalenderwoche, in der sie während der Öffnungszeiten der jeweils betreffenden Notdienstpraxis geöffnet waren. Dies gilt auch für Krankenhäuser, deren Träger aufgrund eines in §12b Absatz 1 Satz 1 Apothekengesetz genannten Versorgungsvertrages die Arzneimittelversorgung der Notdienstpraxis mit ihrer Krankenhausapotheke sicherstellt. Die in Satz 1 und Satz 2 genannten Leistungserbringer

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			haben dem Deutschen Apothekerverband e. V. im Wege einer Selbsterklärung für jedes Kalenderquartal mitzuteilen, dass ein in § 12b Absatz 1 Satz 1 genannter Vertrag besteht, und in wie vielen Kalenderwochen des jeweiligen Kalenderquartals sie während der Öffnungszeiten der jeweils betreffenden Notdienstpraxis geöffnet waren. Der Deutsche Apothekerverband e.V. legt die Form und Näheres zum Inhalt der in Satz 3 genannten Erklärung fest und veröffentlicht diese Festlegungen auf seiner Webseite. Die in Satz 3 genannte Erklärung hat jeweils innerhalb von vier Wochen nach dem Ende des jeweiligen Kalenderquartals zu erfolgen. Absatz 3 und § 19 Absatz 7 gelten entsprechend. **Begründung** (Verweis auf § 12b): Die finanzielle Unterstützung ist notwendig, um eine verlässliche und zeitnahe Arzneimittelversorgung der INZ-Patientinnen und -Patienten sicherzustellen. Krankenhausapotheken und kooperierende Apotheken nutzen bestehende 24/7-Strukturen und umfangreiche Warenlager, wodurch ohne zusätzliche Vorhaltekosten eine qualitätsgesicherte Versorgung gewährleistet werden kann.
3	§ 25	Ordnungswidrigkeit	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen
			Art. 6 Änderung der Apothekenbetriebsordnung
1	§ 1a	Notdienstpraxenversorgende Apotheken	**Die DIVI empfiehlt eine Überarbeitung des § 1a entsprechend den folgenden Vorschlägen / Ergänzungen:** Die Ergänzung nachfolgender Formulierung würde einen neuen Absatz in § 1a der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) einführen, der die INZ-versorgende Krankenhausapotheke definiert. **Gesetzestextvorschlag** Art. 6 Änderung der Apothekenbetriebsordnung 1. In § 1a wird nach Absatz 19 folgender Absatz 20 eingefügt: (20) INZ-versorgende Krankenhausapotheken sind Krankenhausapotheken, die aufgrund einer von der zuständigen Behörde erteilten Erlaubnis die Patienten einer

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten versorgen. Die Erlaubnis kann erteilt werden, wenn der Abschluss eines Vertrags nach §12b Absatz 1 Satz 1 des Apothekengesetzes mit einer öffentlichen Apotheke nicht möglich ist. **Begründung:** Die primäre Versorgung der Notdienstpraxen in Integrierten Notfallzentren (INZ) soll durch öffentliche Apotheken erfolgen, wie in § 123 Abs. 3 SGB V und § 12b ApoG vorgesehen. Die Regelung in § 12b ApoG ermöglicht hierzu Versorgungsverträge mit einer öffentlichen Apotheke und gestattet den Betrieb einer zweiten Offizin am INZ-Standort. Sollte jedoch keine öffentliche Apotheke bereit sein oder in der Lage sein, einen solchen Versorgungsvertrag zu schließen (z.B. aufgrund regionaler Gegebenheiten, Personalmangels oder fehlender Wirtschaftlichkeit), muss die Arzneimittelversorgung der INZ-Patienten dennoch jederzeit sichergestellt sein. An INZ-Standorten, die ein zugelassenes Krankenhaus umfassen, ist in der Regel eine Krankenhausapotheke vorhanden oder der Krankenhausträger ist an eine versorgende Krankenhausapotheke angeschlossen. Diese Apotheken verfügen bereits über die notwendige Logistik, Infrastruktur und das Fachpersonal. Die Ergänzung schafft eine Subsidiärlösung für diese Versorgungslücken: • Sie ermöglicht es der Krankenhausapotheke, die notdienstliche Arzneimittelversorgung zu übernehmen. • Die Versorgung unterliegt der Erlaubnispflicht der zuständigen Behörde, um die Einhaltung der Vorgaben des Apothekengesetzes und der ApBetrO sicherzustellen. • Sie wahrt das Vorrangprinzip der öffentlichen Apotheke, indem sie die Erlaubniserteilung an die Bedingung knüpft, dass der Abschluss eines Versorgungsvertrages mit einer öffentlichen Apotheke nicht zustande gekommen ist. <u>Diese Änderung erfordert weitere Änderungen</u>:

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die nachfolgenden Einfügungen in Artikel 5 (Änderung des Apothekengesetzes) und Artikel 6 (Änderung der ApBetrO) regeln die Zulassung der INZ-versorgenden Krankenhausapotheke und die Anforderungen an deren Betrieb. **Art. 5 Änderung des Apothekengesetzes (ApoG)** **1. Ergänzung zu § 12b ApoG (Versorgungsverträge)** In §12b wird nach Absatz 3 folgender Absatz 4 eingefügt: **(4)** Kommt ein in Absatz 1 Satz 1 genannter Vertrag mit einer öffentlichen Apotheke nicht zustande, kann die zuständige Behörde auf Antrag des Krankenhausträgers diesem die Erlaubnis erteilen, die Patienten der Notdienstpraxis durch die **Krankenhausapotheke** oder eine angeschlossene Krankenhausapotheke zu versorgen. Die Versorgung hat nach Maßgabe der in Absatz 2 genannten Anforderungen zu erfolgen. Die zuständige Behörde widerruft die Erlaubnis, sobald ein Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 mit einer öffentlichen Apotheke zustande kommt. **Art. 6 Änderung der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO)** 1. (Siehe oben: Definition in § 1a Abs. 20 ApBetrO) 2. Ergänzung zu §3 ApBetrO (Personal) In §3 Absatz 6 Satz 2 wird nach der Angabe „sowie von Patienten einer zu versorgenden Notdienstpraxis aufgrund eines in §12b Absatz 1 Satz 1 des Apothekengesetzes genannten Vertrags“ die Angabe „oder aufgrund einer Erlaubnis nach § 12b Absatz 4 des Apothekengesetzes“ eingefügt.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Begründung: Dies stellt sicher, dass die Anforderungen an die Personalbesetzung und die Vertretung auch für die versorgende Krankenhausapotheke gelten. 3. Ergänzung zu § 4 ApBetrO (Räume und Einrichtungen) Nach § 4 Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt: (5a) Die INZ-versorgende Krankenhausapotheke kann zur Versorgung der Patienten der Notdienstpraxis einen Auslagerungsbereich in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notdienstpraxis betreiben, der über die erforderlichen Räumlichkeiten für die Arzneimittelabgabe und Lagerung verfügt. Die Absätze 2a, 2d und 6 gelten entsprechend. Begründung: Dies ermöglicht der Krankenhausapotheke – analog zur 2. Offizin der öffentlichen Apotheke – die Einrichtung eines räumlich getrennten, aber INZ-nahen Abgabebereichs unter Einhaltung der üblichen Qualitätsstandards. 4. Ergänzung zu § 23 ApBetrO (Dienstbereitschaft) In § 23 Absatz 1 wird nach Satz 5 folgender Satz 6 eingefügt: (6) Erfolgt die Versorgung der Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis durch eine INZ-versorgende Krankenhausapotheke nach § 1a Absatz 20, so ist der Auslagerungsbereich nach § 4 Absatz 5a während der Öffnungszeiten dieser Notdienstpraxis zur Dienstbereitschaft verpflichtet. Begründung: Dies stellt die Dienstbereitschaft der Krankenhausapotheke für die Dauer der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis sicher, um die sofortige Versorgung zu gewährleisten.
2	§ 3	Vorgaben zum Personal auch für notdienstpraxenversorgende Apotheken	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 4	Erlaubnis zweiter Offizin mit Lagerräumen am INZ-Standort	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen
4	§ 23	Dienstbereitschaft notdienstpraxenversorgender Apotheken	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen
			Art. 7: Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung
1	§ 12	Folgeänderung zu § 394 SGB V und § 17a Medizinprodukte-Betreiberverordnung	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen
2	§ 17a	Meldeverpflichtung für Bertreiber von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) an das AED-Kataster	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen
			Art. 8: Änderung des Betäubungsmittelgesetzes
1	§ 4	Ausnahme von der Erlaubnispflicht für die Ausfuhr und Einfuhr von Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf in angemessenen Mengen	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen
2	§ 11	Erweiterung der Verordnungsermächtigung auf Regelungen über das Mitführen von Betäubungsmitteln auf Fahrzeugen des Rettungsdienstes im grenzüberschreitenden Verkehr	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen
			Art. 9: Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung
1	§ 13	Ausnahme für Durchfuhr einer angemessenen Menge an Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf auf dem Fahrzeug eines ausländischen Rettungsdienstes	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen
2	§ 15	Ausnahme von Ein- und Ausfuhrgenehmigung für Zubereitungen der in den Anlagen II und III des	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		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	Die DIVI hat hier keine Empfehlungen zu Veränderungen
			Art. 11: Inkrafttreten
		Weitere Anmerkungen:	**Finanzierung**: Im Gesetzesentwurf werden nur die Finanzierung des Sicherstellungsauftrages der KV: (§75 1b), 1c); §133 a) und die Förderung der von den KVen verantworteten Einrichtungen und Stellen innerhalb der INZ/KINZ berücksichtigt. Es fehlt jedoch die notwendige Anschubfinanzierung der Investitionen in die digitale Infrastruktur der Leistungserbringer in den INZ/KINZ. Darüber hinaus sind die Vorhaltekosten für Personal (Ärztliches Personal/Notfallpflege) und sachliche Ausstattung der Zentralen Notaufnahmen der Krankenhäuser nicht abgebildet: Aus der Perspektive der DIVI ist daher im ersten Schritt die Einführung des Notaufnahme-Fachabteilungsschlüssels erforderlich für die flächendeckende Erfassung von Diagnosen, Leistungen und Kosten. Für die Sicherstellung der Finanzierung der stationären Notfallversorgung ist nachfolgend die Einführung der **Leistungsgruppe Notfallmedizin (LG65)** oder die **Einführung eines INZ-/KINZ Budgets** unabdingbar, um die Vorhaltekosten in den Zentralen Notaufnahmen der INZ/KINZ abzubilden.