Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: Deutscher Pflegerat

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	Der DPR begrüßt die Einführung eines eigenständigen Anspruchs auf medizinische Notfallrettung in § 30 SGB V, sieht jedoch Anpassungsbedarf. Pflegefachpersonen sind häufig die ersten, die insbesondere in der stationären und ambulanten Langzeitpflege Notfallsituationen erkennen und Versorgungsentscheidungen vorbereiten, werden im Gesetz aber nicht berücksichtigt. Eine explizite gesetzliche Benennung verhindert Fehlinterpretationen, sichert Versorgungsqualität und ermöglicht eine bundesweite Standardisierung. Zudem gibt es viele Notfälle, die nicht rein medizinische Problemlagen betreffen, sondern auch oder überwiegend pflegerische, angefangen bei Stürzen, Dehydration oder auch bei vielen palliativen Situationen. Daher kann im Bedarfsfall die Telepflege sinnvoll sein, u.a. können Community Health Nurses oder Advanced Practice Nurses mit der Spezialisierung auf Notfallpflege eingebunden werden. **Änderungsvorschläge zu § 30** § 30 ***~~Medizinische~~*** Notfallrettung **Absatz 2** (2) Die ***~~medizinische~~*** Notfallrettung umfasst:

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Notfalltransport in nächste geeignete Einrichtung und medizinisch zwingende Verlegungen • Zuzahlung	**Absatz 4** Die notfallmedizinische Versorgung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 umfasst die aus medizinischer Sicht erforderliche, auch telemedizinische und ***telepflegerische*** Versorgung an dem Ort, an dem sich der Versicherte zum Zeitpunkt des medizinischen ***oder pflegerischen*** Notfalls befindet, […] Der DPR schlägt vor, die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen mit notfall- und rettungsdienstlicher Zusatzqualifikation ausdrücklich als Teil des ‚nichtärztlichen Fachpersonals' nach § 30 Abs. 4 zu benennen. Dies schafft Rechtssicherheit, verhindert heterogene Landesinterpretationen und stärkt die fachlich notwendige Rolle der Pflege im Rahmen des neuen Sachleistungsanspruchs.
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	Der DPR begrüßt die strukturelle Neuordnung der Transportregelungen, sieht aber Ergänzungsbedarf: Zentral ist die digitale Einbindung der Pflege: Pflegeeinrichtungen und ambulante Dienste benötigen interoperable Schnittstellen zu den standardisierten Ersteinschätzungsverfahren, damit pflegerische Informationen unmittelbar in Transportentscheidungen einfließen können. Dies erhöht die Patientensicherheit und reduziert Fehlsteuerungen sowie unnötige Transporte. Darüber hinaus sollte die Reform erweiterte Entscheidungskompetenzen für Pflegefachpersonen vorsehen, insbesondere bei der Einschätzung der Transportnotwendigkeit und der Auswahl geeigneter Versorgungsmöglichkeiten. Die Transportkoordination belastet die Pflege bereits heute erheblich; klare gesetzliche Regelungen und digitale Prozesse sind erforderlich, um Einrichtungen spürbar zu entlasten. Weiterhin wäre zu prüfen, inwieweit für Bewohner:innen stationärer Pflegeeinrichtungen praxisgerechte Verfahren zur Genehmigung und Abrechnung von Krankenfahrten geschaffen werden können, um den

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			administrativen Aufwand für Einrichtungen und Angehörige zu begrenzen und Versorgungslücken zu vermeiden.
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	Aus Sicht des DPR ist es erforderlich, dass im Rahmen des Sicherstellungsauftrags nach § 75 die pflegefachliche Expertise verbindlich verankert wird und die Konzeption, Organisation und Durchführung der notdienstlichen Akutversorgung sowie der Akutleitstellen um pflegerische Verantwortlichkeiten ergänzt wird. Insbesondere für den aufsuchenden Dienst, der ausdrücklich auf die besonderen Belange pflegebedürftiger und immobiler Menschen eingehen soll, ist eine systematische Einbindung qualifizierter Pflegefachpersonen erforderlich, um medizinisch und pflegerisch angemessene Entscheidungen zur Transportnotwendigkeit, Versorgungsplanung und Anschlussversorgung sicherzustellen. Die im Entwurf vorgesehene Struktur lässt erheblichen Interpretationsspielraum. Aus Sicht der Pflege ist klarzustellen, dass der aufsuchende Dienst nur dann wirksam ist, wenn Pflegefachpersonen systematisch eingebunden werden. Ohne diese Einbindung drohen: • Überlastung ärztlicher Dienste • unzureichende Versorgung pflegebedürftiger und immobiler Menschen • Zunahme vermeidbarer Rettungseinsätze Community Health Nurses verfügen über eine besonders ausgeprägte Kompetenz, kritische Gesundheitszustände frühzeitig zu erkennen. Durch ihre kontinuierliche, wohnortnahe Arbeit mit Patient:innen können sie Veränderungen im körperlichen, psychischen oder sozialen Zustand rasch einschätzen, Risiken identifizieren und notwendige Maßnahmen veranlassen. Sie führen strukturierte Assessments durch, leiten gezielte Interventionen ein, etwa die Aktivierung ärztlicher oder rettungsdienstlicher Versorgung, die Anpassung pflegerischer Maßnahmen oder die

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Stabilisierung im häuslichen Umfeld, und tragen damit wesentlich dazu bei, Notfälle zu vermeiden und Versorgungslücken zu schließen. **Änderungsvorschlag zu Absatz 1b, Ziffer 3** 3. einen 24 Stunden täglich verfügbaren aufsuchenden Dienst ***durch qualifizierte Pflegefachpersonen*** für Fälle, in denen die Versorgung nach Satz 1 nicht anderweitig erbracht werden kann. Zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen Durchführung der in Satz 5 Nummer 2 und 3 genannten Maßnahmen sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen untereinander sowie mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kooperieren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Durchführung der in Satz 5 Nummer 3 genannten Maßnahmen qualifiziertes nichtärztliches Personal, ***sowie qualifizierte Pflegefachpersonen*** das nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung handelt, einsetzen. **Ergänzungsvorschlag:** Der DPR fordert, Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen als eigenständige Leistungserbringer innerhalb des aufsuchenden Dienstes gesetzlich zu verankern. Der Entwurf erlaubt ihren Einsatz, benennt ihn aber nicht verbindlich – dies widerspricht den Versorgungsrealitäten und dem Reformziel einer Entlastung ärztlicher Strukturen.
7	§ 76	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
8	§ 87	Auftrag an erweiterten Bewertungsausschuss: EBM für komplexe Fälle in INZ	
9	§ 87a	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
10	§ 90	Standortbestimmung für INZ durch erweiterten Landesausschuss	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
11	§ 90a	Ergänzung Vertreter des Rettungsdienstes in gemeinsamen Landesgremien nach § 90a	
12	§ 92	Klarstellung, dass Richtlinie des G-BA nicht den Notfalltransport umfasst	
13	§ 105	Finanzierung der notdienstlichen Strukturen der KVen durch gemeinsam von KV und Krankenkassen zusätzlich zur Verfügung gestellten Betrag, Beitrag der PKV i.H.v. 7 %	
14	§ 115e	Folgeänderung zu §§ 30, 60 SGB V	
15	§ 116b	Folgeänderung zu § 90 SGB V	
16	§ 120	• Klarstellung zur Vergütung in den Notdienst einbezogener Ärzte aus Gesamtvergütung • Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie (Folgeänderung zu § 123c)	
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	**Einbeziehung der pflegerischen Kompetenz** Da Pflegefachpersonen häufig die ersten sind, die Notfallsituationen bei Patient:innen oder zu pflegenden Personen erkennen und Versorgungsentscheidungen vorbereiten, müssen sie in die Ersteinschätzung und in die Entscheidungsprozesse des INZ einbezogen werden. Denn Pflegefachpersonen sind Kernakteur in Notaufnahmen und pflegerelevante Daten tragen wesentlich zur Triage bei. Dafür sind interoperable digitale Schnittstellen notwendig, über die pflegerisch relevante Informationen übermittelt werden können. Zudem sollten Pflegefachpersonen rechtssicher an der Einschätzung der Notwendigkeit von Notfallversorgung und Transportentscheidungen beteiligt werden, insbesondere in der Langzeitpflege.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Telemedizinische Anbindung an Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie • Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung von INZ	Weiterhin ist sicherzustellen, dass die INZ pflegerische Informations- und Schnittstellenprozesse verlässlich abbilden, damit die Weiterbehandlung von Pflegebedürftigen nicht erneut zu unnötigen Belastungen der Notfallstrukturen führt. Der DPR weist darauf hin, dass eine zentrale Ersteinschätzungsstelle ohne pflegefachliche Beteiligung weder effizient noch fachlich angemessen arbeiten kann. Pflegefachpersonen führen in den Notaufnahmen bereits heute strukturierte Assessments durch (z.B. ESI, MTS) und sind unverzichtbare Schnittstellen zwischen ambulantem, rettungsdienstlichem und stationärem Bereich. Zudem ist es sachgerecht in INZ Advanced Practice Nurses oder Community Health Nurses einzusetzen, auch etwa als Schnittstelle zur telepflegerischen Versorgung oder pflegerischen Notfallversorgung nach §30. Der Entwurf erkennt den besonderen Bedarf von Kindern und Jugendlichen an (§ 123b), behandelt aber nicht den spezifischen geriatrischen, palliativen und psychiatrischen Bedarf in vergleichbarer Weise. **Einbeziehung der psychiatrischen Kompetenz in der Pflege** Mit Blick auf psychiatrische Notfallsituationen ist die Einrichtung von INZ ein wichtiger Schritt, um Menschen mit akuten Gesundheitsproblemen in ein koordiniertes Versorgungssystem zu führen. Positiv ist, dass psychiatrische Fachabteilungen ausdrücklich als standortrelevante Faktoren anerkannt werden. Für INZ ohne psychiatrische Abteilung kann die vorgesehene telemedizinische Unterstützung jedoch nur ein erster Schritt einer psychiatrischen Notfallsituation sein. Psychische Krisen sind dynamische Situationen, die unmittelbare Wahrnehmung, persönliche Ansprache und fachliche Erfahrung vor Ort erfordern. Digitale Einschätzungen können dies nur begrenzt ersetzen. Schulung zu psychiatrischen Notfällen wäre hier eine sinnvolle Ergänzung, analog zur Schulung somatischer Notfälle in der Psychiatrie (z.B. Suizidalität, psychotisches Erleben, Menschen mit kognitiver Einschränkung).

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Psychiatrische Notfälle erfordern personalintensive Deeskalation und Erfahrungswissen, das telemedizinisch nicht hinreichend abgebildet werden kann. **Einbeziehung der Kompetenz von Hebammen** Es braucht eine strukturelle Einbindung von Hebammen im Rettungsdienst, in geburtshilflichen Ambulanzen und z.B. in INZ: Mit dem Wegfall geburtshilflicher Kliniken verlängern sich Anfahrtswege, was die Einsatzwahrscheinlichkeit des Rettungsdienstes und die Belastung von Notfallstrukturen erhöht. Viele Fälle, die über Rettungsstellen bislang direkt in den Kreißsaal verwiesen werden, sind ambulante Hilfeleistungen oder gynäkologische Fälle. Diese sollten niedrigschwellig an anderer Stelle versorgt werden, um Kreißsäle für tatsächliche Notfälle und Geburten freizuhalten. Der DPR unterstützt die Forderung, Hebammen verpflichtend in Rettungsdienststrukturen und INZ einzubinden. Dies ist insbesondere deshalb notwendig, weil die Zahl geburtshilflich relevanter Notfälle steigt und diese durch qualifizierte Hebammen wesentlich effektiver und zielgerichteter beurteilt werden können. Hebammen sind sektorenübergreifend einsetzbare Fachpersonen für Notfälle in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und können Versorgungslücken qualitätsgesichert und wirtschaftlich schließen. Die demografischen und strukturellen Veränderungen in der Geburtsversorgung (Schließung von Kreißsälen, längere Anfahrtswege) werden im Entwurf nicht berücksichtigt. **Einbeziehung der palliativpflegerischen/palliativversorgerische Kompetenz** Palliativpflegerische/palliativversorgerische Expertise kann in der Akut- und Notfallversorgung entscheidend dazu beitragen, eine Fehlversorgung (z.B. Übertherapie) am Lebensende zu vermeiden. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Zahl hochbetagter und multimorbider Patient:innen in komplexen Erkrankungssituationen, steigt die Relevanz

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			palliativpflegerischer/palliativversorgerischer Expertise in der Notfallsituation. Es liegen geeignete Instrumente vor, um palliativversorgerischen Behandlungsbedarf in Notfallsituationen zu identifizieren. Sie könnten als Entscheidungsgrundlage für das Einbeziehen der Palliativversorgung genutzt werden. **Palliative Notfälle** erfordern ein anderes Zielsystem (Symptomkontrolle statt kurative Therapie) **Änderungsvorschlag zu Absatz 4** Analog den Empfehlungen zu psychiatrischen Problemlagen empfiehlt der DPR dringend palliativversorgerische Expertise zu ergänzen: ***„Bei akutem palliativmedizinischem und -pflegerischem Beratungs- / Behandlungsbedarf ist die (telemedizinische) Verfügbarkeit palliativversorgerischer Expertise sicherzustellen.“*** **Einbeziehung geriatrischer Kompetenz** Im Rahmen der Notfallversorgung müssen für die Versorgung geriatrischer Patient:innen die erforderlichen altersmedizinischen Kompetenzen zur Verfügung stehen. INZ müssen dafür sorgen, dass sie geriatrische Kompetenz durch telemedizinische und telefonische Konsilien in die Versorgung mit einbinden, wenn an ihrem Standort keine Fachabteilung für Geriatrie bzw. Leistungsgruppe Geriatrie vorhanden ist. Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann Empfehlungen für eine landesweite Konzeption und Koordinierung dieser telemedizinischen Unterstützung aussprechen. Dies kann z. B. durch Kooperationen mit einer Fachabteilung Geriatrie an einem Krankenhaus erfolgen. Der DPR fordert, dass geriatrische, palliativpflegerische und psychiatrische Expertise als verpflichtende Bestandteile der INZ-Strukturen benannt werden.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Änderungsvorschlag zu § 123, Absatz 5 (der bisherige Absatz 5 wird zu Absatz 6): § 123 SGB V Integrierte Notfallzentren […] ***(5) Integrierte Notfallzentren haben bei der Behandlung von geriatrischen Patientinnen und Patienten Unterstützung durch telemedizinische Konsilien nach § 367 oder telefonische Konsilien von Geriatern zu gewährleisten, wenn an ihrem Standort keine Fachabteilung für Geriatrie bzw. Leistungsgruppe Geriatrie vorhanden ist. Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a bestimmt die Konzeption und Koordinierung dieser telemedizinischen Unterstützung.*** ***(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen berichten den für die Sozialversicherung und den für die Krankenhausplanung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder zweijährlich, erstmals zum (…),***
	§ 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	**Qualifikation von Pflegefachpersonen** In Absatz 2 Ziffer 2 wird geregelt, dass in den Kooperationsvereinbarungen Vereinbarungen „zur Organisation und zur personellen Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle einschließlich der notwendigen Qualifikationen, erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals“ zu treffen sind. Der DPR bittet um Klarstellung, ob hier auch Pflegefachpersonen mit Fachweiterbildung Notfallpflege mitgedacht werden. Weiterhin bedarf es regionale psychiatrische Kompetenzen für INZ ohne psychiatrische Fachabteilung. Erweiterte pflegerische Rollen bzw. Kompetenzen wie Community Mental Health Nursing bieten eine realistische Möglichkeit, die Lücke zwischen digitaler Ersteinschätzung, somatischer Notaufnahme und telemedizinischem Konsil zu schließen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Benennung der Geriatrie als „notfallmedizinisch relevante Fachabteilung Angesichts hoher und absehbar steigender notfallmedizinischer und notfallpflegerischer Versorgungsbedarfe geriatrischer Patient:innen bei gleichzeitig regelhaft bestehenden komplexen Krankheitsbildern und -verläufen, hält es der DPR für dringend erforderlich auch die Geriatrie als „notfallmedizinisch relevante Fachabteilung“ auszuweisen. **Änderungsvorschlag zu § 123a Absatz 1**: § 123a Einrichtung von Integrierten Notfallzentren […] Wenn in einer Planungsregion mehrere Krankenhausstandorte für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums gleich geeignet sind, sollen vorrangig Krankenhausstandorte als Standort für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums festgelegt werden, 1. die die Voraussetzungen einer höheren Notfallstufe gemäß den „Regelungen des Gemein-samen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ in der Fassung vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), der zuletzt am 18. Juni 2025 (BAnz AT 28.08.2025 B3) geändert worden ist, erfüllen oder eine nach anderen Kriterien, insbesondere Fallzahlen, leistungsfähigere Notaufnahme aufweisen, 2. die notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen vorhalten und 3. in denen Notdienstpraxen unmittelbar in der Notaufnahme eingerichtet werden können. Zu den notfallmedizinisch relevanten Fachabteilungen ***zählen*** auch die Psychiatrie ***und die Geriatrie***. Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann eine in Satz 1 genannte Festlegung abweichend von den Sätzen 5 bis 7 treffen, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist. […]

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	
	§ 123c	Ersteinschätzung • Vergütung ambulanter Behandlung für Krankenhäuser ohne INZ nur noch nach Ersteinschätzung, die die Unzumutbarkeit einer Verweisung an INZ festgestellt hat • Richtlinie des G-BA zu Vorgaben für standardisierte digitale Ersteinschätzung • Richtlinie regelt auch Mindestausstattungsanforderungen für Notdienstpraxen • Berichtspflicht G-BA zu Auswirkungen der Ersteinschätzung • EBM für Ersteinschätzung	
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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Entsprechende Geltung für Krankentransporte • Übergangsregelung	
	§ 133a	Gesundheitsleitsystem • Kooperationsvereinbarung zwischen Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116117 auf Antrag der Rettungsleitstelle • 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	In Absatz 4 wird geregelt, dass Kooperationspartner im Gesundheitsleitsystem medizinische komplementäre Dienste und sonstige komplementäre Dienste für vulnerable Gruppen oder krisenhafte Situationen vermitteln sollen, soweit diese verfügbar sind. Laut Begründung (Seite 81) fallen unter medizinische, komplementäre Dienste auch notfallpflegerische Leistungen. Der DPR schlägt vor, hier das Berufsbild der Acute Community Nursing ist zu implementieren, um der Bevölkerung einen aufsuchenden Notdienst bereitzustellen. In Österreich wird dazu ein Pilotprojekt durchgeführt, das auch in Deutschland erprobt werden könnte: https://magazin.pflegenetz.at/artikel/acute-community-nursing-acn-pilotprojekt-notruf-niederoesterreich/
	§ 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	In Absatz 4 wird geregelt, dass die Vertreter nach Absatz 1 Themen benennen können, über die eine Beratung und Beschlussfassung erfolgen soll. Berufsverbänden und Patientenorganisationen nach § 140f ist bei der Erstellung der Rahmenempfehlungen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Der DPR hält es für sachgerecht bei den Berufsverbänden einbezogen zu werden, insbesondere vor dem Hintergrund der geplanten Regelung,

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Fachliche Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung; bei Nichtzustandekommen Ersatzvornahme BMG • Empfehlungen zur Übermittlung der Daten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung, Rechtsverordnung durch BMG • Spezifikationen für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation unter Beteiligung von KBV, DKG und KIG, Rechtsverordnung durch BMG	wonach der DPR der maßgebliche Berufsverband der Pflegeberufe auf Bundesebene sein soll.
	§ 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	Der Entwurf betont mehrfach die Notwendigkeit medienbruchfreier digitaler Fallübergaben zwischen Leitstellen, KVen und Krankenhäusern (vgl. Zielsetzung und §§ 30, 60 und 75)
	§ 133d	Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form durch Datenstelle beim GKV-SV	Pflegefachpersonen erheben wesentliche Daten (z. B. Mobilität, Bewusstseinslage, soziale Situation, pflegerische Risiken), die für die Ersteinschätzung und Steuerung relevant sind, im Gesetzestext aber kaum adressiert werden. Der DPR fordert, gesetzlich sicherzustellen, dass pflegerische Assessments digital standardisiert übermittelt werden können. Dies erhöht die Sicherheit,

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			reduziert Fehleinweisungen und stärkt die Verbindlichkeit der sektorenübergreifenden Kommunikation.
	§ 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 Entwurf sieht erhebliche Investitionen in Leitstellen, Telemedizin und aufsuchenden Dienst vor – Pflege wird jedoch in den Kalkulationen nicht berücksichtigt. Der DPR weist darauf hin, dass die Finanzierung des aufsuchenden Dienstes und der INZ-Strukturen Pflegefachpersonen berücksichtigen muss. Ohne gesicherte Refinanzierung kann die pflegerische Expertise nicht flächendeckend bereitgestellt werden
	§ 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	
	§ 133g	Koordinierende Leitstelle: Möglichkeit für Landesbehörden, einer einzelnen Leitstelle überregionale Aufgaben zuzuweisen	
19	§ 140f	Antragsrecht Patientenvertretung	
20	§ 291b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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	
			Art. 2: Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
	§ 75	Modifizierte Berichtspflichten der KBV aufgrund der Einführung der Akutleitstellen	
			Art. 3: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
	§ 12b	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	
			Art. 4: Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
	§ 3	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	
			Art. 5: Änderung des Apothekengesetzes
1	§ 12b	Versorgungsvertrag zur Versorgung von Notdienstpraxen in INZ mit Arzneimitteln zwischen Apothekeninhaber, KV und beteiligtem Krankenhaus	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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
1	§ 12	Folgeänderung zu § 394 SGB V und § 17a Medizinprodukte-Betreiberverordnung	
2	§ 17a	Meldeverpflichtung für Bertreiber von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) an das AED-Kataster	
			Art. 8: Änderung des Betäubungsmittelgesetzes
1	§ 4	Ausnahme von der Erlaubnispflicht für die Ausfuhr und Einfuhr von Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf in angemessenen Mengen	
2	§ 11	Erweiterung der Verordnungsermächtigung auf Regelungen über das Mitführen von Betäubungsmitteln auf Fahrzeugen des	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		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 Fahrzeug des Rettungsdienstes in angemessener Menge als Rettungsdienstbedarf	
			Art. 10: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
	§ 19a	Gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe	
			Art. 11: Inkrafttreten
	Ggf. weitere Anmerkungen		Der DPR begrüßt, dass der Referentenentwurf zentrale strukturelle Herausforderungen der Notfallversorgung aufgreift und eine verbesserte Vernetzung sowie klarere Steuerungswege anstrebt. Gleichzeitig zeigt sich, dass wichtige Aspekte einer integrierten und professionsübergreifenden Notfallversorgung noch nicht vollständig abgebildet sind. Obwohl verschiedene Berufsgruppen maßgeblich zur Notfallversorgung beitragen, wird im Entwurf überwiegend auf „ärztliche Leistungen“ abgestellt. Die pflegefachliche Perspektive allgemein, aber auch pflegerische Fachkompetenzen wie etwa im Bereich der Palliativversorgung oder Geriatrie bleibt dabei unterrepräsentiert.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Der Referentenentwurf hebt hervor, dass eine *bedarfsgerechte Steuerung* der Hilfesuchenden und der Ausbau *telemedizinischer und aufsuchender Versorgung* zentrale Ziele der Reform darstellen (vgl. Problem- und Zielbeschreibung im Entwurf). **Diese Ziele sind ohne verbindliche Einbindung pflegefachlicher Expertise nicht erreichbar**. Der DPR weist darauf hin, dass die Reform elementare Steuerungs- und Versorgungsprozesse adressiert, die in der Praxis bereits heute wesentlich durch Pflegefachpersonen getragen werden – insbesondere in stationären und ambulanten Langzeitpflegeeinrichtungen sowie in häuslichen Versorgungskontexten. Die fehlende systematische Einbindung dieser Berufsgruppe stellt ein wesentliches Strukturdefizit des Entwurfs dar und gefährdet die Zielerreichung insbesondere in den Bereichen: • Erst- und Notfalleinschätzung • Transportindikation und -koordination • Stabilisierung im häuslichen Umfeld / Vermeidung unnötiger Transporte • sektorenübergreifende Weitergabe relevanter pflegefachlicher Daten • Versorgung geriatrischer, palliativer, psychiatrischer und multimorbider Patient:innen. Die Reformziele können nur umgesetzt werden, wenn Pflegefachpersonen – inklusive Community Health Nurses, Advanced Practice Nurses und Fachpflegepersonen für Notfallpflege – **gesetzlich als verpflichtende Akteure benannt, in Entscheidungsprozesse eingebunden und mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattet werden.** Auch die vertraglichen Ausgestaltungen liegen primär bei den etablierten Akteuren der Selbstverwaltung. Eine stärkere Einbindung pflegerischer Strukturen und Expertise könnte hier zu einer nachhaltigeren professionsübergreifenden Weiterentwicklung beitragen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Zudem enthält der Entwurf zahlreiche verfahrensbezogene und administrative Regelungen, deren unmittelbarer Nutzen für die Versorgungspraxis noch nicht in allen Teilen erkennbar ist. Die bestehende föderale Zuständigkeitsverteilung im Bereich der Notfallversorgung und insbesondere des Rettungsdienstes bleibt weitgehend unberührt. Eine stärkere Harmonisierung könnte dazu beitragen, Abläufe zu vereinheitlichen und Zugänge für Hilfesuchende zu erleichtern. In der Versorgungspraxis zeigt sich zudem, dass medizinische und pflegerische Notfälle unterschiedlich gelagert sind. Viele Situationen ließen sich durch eine pflegerisch gesteuerte Intervention adäquat lösen – insbesondere bei pflegebedürftigen Menschen, die häufig die Telefonnummern 112 oder 116117 kontaktieren. Diese differenzierte Betrachtung könnte im gesetzlichen Rahmen deutlicher hervorgehoben werden, um bestehende Ressourcen effizienter zu nutzen und Versorgungswege zielgerichteter zu gestalten. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, pflegerische Kompetenzen und Strukturen im Gesetz klarer zu verankern und die pflegefachliche Expertise stärker in Entscheidungs- und Steuerungsprozesse einzubeziehen. Dies würde die Grundlage für eine moderne, sektorenübergreifende und bedarfsgerechte Notfallversorgung stärken und dazu beitragen, die vorhandenen Versorgungsressourcen optimal zu nutzen.