

Erläuterungen Maßnahmen Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (Notfallreform)

- nach dem Beschluss des Deutschen Bundestages vom 15.10.2026 -

I. Neustrukturierung und Vernetzung der ambulanten Notfallstrukturen

a. Etablierung von Akutleitstellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Strukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen hinter der Rufnummer 116117 werden flächendeckend ausgebaut. Die bisherigen Aufgaben der Terminservicestellen im Bereich der Akutfallvermittlung nehmen zukünftig Akutleitstellen wahr. Hilfesuchende erreichen unter der 116117 künftig sowohl die Terminservicestellen als auch die Akutleitstellen.

Akutleitstellen dienen als zentrale erste Anlaufstelle für Personen, die von einer unverzüglichen ambulanten Behandlungsnotwendigkeit ausgehen, jedoch nach eigener Einschätzung keine medizinische Notfallrettung (Rettungsdienst) benötigen. Sie haben die Aufgabe, den Versicherten auf Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln. Dies kann (vorrangig) eine Behandlung in der vertragsärztlichen Regelversorgung (z. B. Akuttermin in naheliegender Arztpraxis) oder eine videogestützte / telefonische ärztliche Konsultation sein. Nachrangig kommt in bestimmten Fällen (s. u.) auch eine aufsuchende Versorgung in Betracht. In lebensbedrohlichen Notfällen erfolgt eine Weiterleitung an die medizinischen Notfallrettung (112). Für Patientinnen und Patienten sind die Akutleitstellen Wegweiser im System.

Die vorrangige Weiterleitung in die vertragsärztliche Regelversorgung ist eine wichtige Maßnahme zur Steuerung von betroffenen Patientinnen und Patienten in die medizinisch gebotene Versorgungsebene und zur Entlastung der Strukturen der Notfallversorgung. Damit den Akutleitstellen für die Terminvermittlung ausreichend Behandlungstermine in vertragsärztlichen Praxen zur Verfügung stehen, wird der Umfang der erforderlichen Termine künftig von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen festgelegt. Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind verpflichtet, entsprechend Termine an die Terminservicestellen zu melden.

Für die Erreichbarkeit der Akutleitstellen werden klare Vorgaben etabliert. Die Wartezeit auf eine Ersteinschätzung darf in 75 Prozent aller Anrufe maximal drei Minuten und in 95 Prozent aller Anrufe maximal zehn Minuten betragen. Hierdurch wird verhindert, dass Hilfesuchende sich lediglich aufgrund zu langer Wartezeiten an den Notruf 112 wenden. Die Akutleitstellen müssen täglich 24 Stunden erreichbar sein.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat die Auswirkungen der Tätigkeit der Akutleitstellen jährlich zu evaluieren und dem Bundesministerium für Gesundheit hierüber zu berichten.

b. Bildung von Gesundheitsleitsystemen (Rufnummern 116117 und 112)

Die bisher weitgehend unabhängig voneinander agierenden Akteure der Notfallrettung (Rettungsdienst, 112) und des vertragsärztlichen Notdienstes (Kassenärztliche Vereinigungen, 116117) bilden künftig regelhaft flächendeckend Gesundheitsleitsysteme zur besseren Vernetzung, reibungslosen Fallübergabe und der bedarfsgerechten Versorgung von Akut- und Notfallpatientinnen und Akut- und Notfallpatienten.

In Kooperationsvereinbarungen sind die Einzelheiten der Zusammenarbeit festzulegen. Wesentliche Grundlage hierfür ist ein gemeinsames und verbindliches Verständnis zur Einschätzung der Dringlichkeit und des Versorgungsbedarfs der Hilfesuchenden. Die von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (116117) und Rettungsleitstelle (112) verwendeten Abfragesysteme müssen demzufolge eine übereinstimmende Bewertung des Gesundheitszustandes ermöglichen. Im Gesundheitsleitsystem muss eine unmittelbare telefonische Weiterleitung und eine reibungslose Übertragung der bereits aufgenommenen Daten (digitale Fallübergabe) gewährleistet sein. Darüber hinaus sind in den Kooperationsvereinbarungen klare Zuständigkeiten festzulegen, abhängig von den regional zur Verfügung stehenden Versorgungsangeboten. Für vulnerable Gruppen und krisenhafte Situationen sollen geeignete komplementäre Dienste vermittelt werden (z. B. notfallpflegerische, notfallpsychiatrische und notfallpalliative Leistungen). Dies gilt ebenso für Krankentransporte, wenn landesrechtliche Regelungen dem nicht entgegenstehen.

Die Gesundheitsleitsysteme umfassen die organisatorische, technische und insbesondere digitale Kooperation der beteiligten Partner. Die etablierten Rufnummern der jeweiligen Leistungserbringer bleiben grundsätzlich getrennt voneinander bestehen. Weitere Formen der Zusammenarbeit können im Einvernehmen der Kooperationspartner geregelt werden. Mit einem gemeinsamen Qualitätsmanagement werden die Abläufe im Gesundheitsleitsystem durch die Kooperationspartner fortlaufend dokumentiert, evaluiert und gegebenenfalls notwendige Anpassungen vorgenommen.

c. Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die gesetzliche Grundlage des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante notdienstliche Versorgung wird konkretisiert. Die bislang auf sprechstundenfreie Zeiten beschränkte notdienstliche Akutversorgung wird ausgebaut. Hierdurch soll eine bundesweit einheitliche Qualität gefördert werden.

Die Versorgung von Akutfällen kann und soll wie bisher vorrangig innerhalb vertragsärztlicher Sprechstunden (inkl. Hausbesuchen) erfolgen. In diesem Fall ist die Behandlung nicht auf bestimmte Maßnahmen begrenzt und kann über den Umfang der Erstversorgung hinausgehen. Die Akutleitstellen vermitteln daher in geeigneten Fällen eine Behandlung in Vertragsarztpraxen.

Die im SGB V neu definierte notdienstliche Akutversorgung gilt hingegen für jene Fälle, in denen eine unverzügliche medizinische Behandlung erforderlich ist und diese nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Sprechstunden erbracht werden kann. Die notdienstliche Akutversorgung ist durch die Kassenärztlichen Vereinigungen täglich an 24 Stunden sicherzustellen. Sie umfasst lediglich die Erstversorgung, also eine unaufschiebbar erforderliche Diagnostik und Therapie akuter Beschwerden. Darüber hinaus kann auch die Erstbescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit erfolgen. Gegebenenfalls notwendige Folgebehandlungen werden in der regulären vertragsärztlichen Versorgung erbracht. Die Kassenärztlichen Vereinigungen halten für die notdienstliche Akutversorgung durchgängig eine telemedizinische und aufsuchende Versorgung vor:

- Für die Versicherten mit akuten gesundheitlichen Beschwerden muss für geeignete Fälle jederzeit eine telefonische oder videounterstützte ambulante ärztliche Versorgung zur Verfügung stehen. Hierfür können die Kassenärztlichen Vereinigungen untereinander und mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kooperieren.
- Hierzu nachrangig ist zudem jederzeit eine aufsuchende Versorgung bereitzustellen. Diese kommt in Betracht, wenn Patientinnen und Patienten keine Arztpraxis oder Integriertes Notfallzentrum (INZ) aufsuchen können (z. B. aufgrund von Immobilität) und eine

telemedizinische Versorgung nicht möglich oder ausreichend ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können qualifiziertes nichtärztliches Personal einbinden und Kooperationen mit den Leistungserbringern der Notfallrettung eingehen. Auch in der aufsuchenden Versorgung können Ärztinnen und Ärzte in bestimmten Fallkonstellationen Arzneimittel für den akuten Bedarf abgeben.

Zudem werden die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages dazu verpflichtet, sich an den flächendeckend einzurichtenden INZ (s. u.) zu beteiligen.

d. Zusätzliche Vorhaltefinanzierung für ambulante Notfallstrukturen

Zur Finanzierung der neuen und auszubauenden Strukturen der notdienstlichen Akutversorgung müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen zusätzliche Finanzmittel zur Verfügung stellen. Diese dienen dem Ausbau und der Vernetzung der Leitstellen (Akutleitstelle, Gesundheitsleitsysteme), der Finanzierung der Strukturen der aufsuchenden Versorgung und der Telemedizin im Akutfall sowie anteilig der Einrichtung sektorenübergreifender Behandlungsstrukturen (INZ).

Die erforderlichen Mittel sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen in gleicher Höhe bereitzustellen. Darüber hinaus haben sich die privaten Krankenversicherungsunternehmen mit einem Anteil von 7 Prozent an dem von den Krankenkassen bereitzustellenden Betrag zu beteiligen. Hierdurch leisten privat Versicherte, die ebenfalls die Strukturen in Anspruch nehmen (z. B. Akutleitstelle), einen angemessenen Beitrag. Der PKV-Verband wird unmittelbar in die Vereinbarung zur Förderhöhe zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen einbezogen.

Die Höhe der zusätzlichen Mittel hängen vom tatsächlichen Bedarf ab. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen den Vertragsparteien eine hinreichend detaillierte und begründete Kalkulation vorlegen. Um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden, sind bereits von den Krankenkassen für die Versorgung im Notdienst bereitgestellte Mittel mindernd zu berücksichtigen. Darüber hinaus bleibt der ergänzte Bewertungsausschuss auch weiterhin dafür zuständig, die vertragsärztliche Vergütung für die Versorgung von Patientinnen und Patienten in Akutfällen und in der notdienstlichen Akutversorgung zu beschließen (hiervon nicht umfasst ist die medizinische Notfallrettung, s. u.).

II. Sektorenübergreifende Notfallversorgung: Etablierung Integrierter Notfallzentren

a. Integrierte Notfallzentren für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche

Es werden bundesweit flächendeckend an Krankenhausstandorten Integrierte Notfallzentren (INZ) etabliert. Außerdem ist die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ) möglich. INZ werden zur zentralen Anlaufstelle für Hilfesuchende in medizinischen Notfällen. In den INZ arbeiten Krankenhäuser und die Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich so zusammen, dass immer eine bedarfsgerechte medizinische Erstversorgung bereitsteht.

INZ bestehen aus der Notaufnahme eines zugelassenen Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle. Als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen stellen sie rund um die Uhr eine bedarfsgerechte

medizinische Erstversorgung in der hierfür geeigneten Versorgungsebene sicher. Die Notaufnahme, die Notdienstpraxis und die Ersteinschätzungsstelle an einem INZ-Standort sind digital so zu vernetzen, dass eine medienbruchfreie Fallübergabe jederzeit möglich ist. In einer Kooperationsvereinbarung vereinbaren die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenhäuser die Details zur Zusammenarbeit am jeweiligen Standort.

Die Standorte der INZ und KINZ werden von den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung im erweiterten Landesausschuss, den Vertretern der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, der Krankenhäuser und den Krankenkassen nach Anhörung von Vertretungen der medizinischen Notfallrettung festgelegt. Hierbei ist die Krankenhausplanung der Länder zu beachten. Ebenso sind die Besonderheiten der jeweiligen Region zu berücksichtigen. Ziel ist eine flächendeckend gute Erreichbarkeit der INZ (u. a. Anbindung an Personennahverkehr und höchstens 30 Min. Fahrzeit mit PKW). Zudem müssen die Krankenhäuser bestimmte fachliche und strukturelle Voraussetzungen erfüllen, um für die Einrichtung eines INZ in Frage zu kommen. Hierzu zählt zwingend das Vorhandensein einer leistungsfähigen Notaufnahme. INZ sollen bevorzugt an Krankenhäusern angedockt werden, die bestimmte notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen vorhalten (z. B. Unfallchirurgie oder Psychiatrie). INZ müssen zudem durch die Vernetzung mit palliativen Strukturen palliativmedizinische Expertise vorweisen und die besonderen Belange von Menschen mit Behinderungen berücksichtigen.

Die Vergütung der Behandlungsfälle in INZ erfolgt weiterhin nach den Vorgaben des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ambulante ärztliche Leistungen (EBM). Der ergänzte Bewertungsausschuss Ärzte hat Zuschläge für die Behandlung von Versicherten zu beschließen, die aufgrund von Art, Schwere und Komplexität der Diagnose eine besonders aufwändige Betreuung und Überwachung in den Notaufnahmen eines INZ bedürfen.

b. Zentrale Ersteinschätzungsstelle an INZ

Ein wichtiges Element der INZ ist die Einrichtung und der Betrieb einer Ersteinschätzungsstelle. Ziel der dort durchzuführenden Ersteinschätzung ist es, die Patientinnen und Patienten direkt in die richtige Versorgungsebene zu leiten und damit die Notaufnahmen strukturell zu entlasten. So werden die Patientinnen und Patienten in geeigneten Fällen und je nach Tageszeit direkt in eine Kooperationspraxis (zu Sprechstundenzeiten) oder in die KV-Notdienstpraxis des INZ geleitet. Die Ersteinschätzungsstellen sind Notfall-Wegweiser für die Patientinnen und Patienten.

Die Entscheidung der Ersteinschätzungsstelle ist künftig zwingende Voraussetzung für die Behandlung in einem INZ, sofern Hilfesuchende dieses ohne vorherige Steuerung durch eine Akutleitstelle aufsuchen. Eine Ersteinschätzung hat künftig auch in Krankenhäusern ohne INZ zu erfolgen. An diesen Standorten wird eine ambulante Notfallbehandlung künftig nur noch von den Krankenkassen vergütet, wenn die Ersteinschätzung ergeben hat, dass eine Behandlung im jeweiligen Krankenhaus medizinisch notwendig ist (insbesondere, wenn eine Weiterleitung an ein nächstgelegenes INZ nicht zumutbar ist).

Die fachliche Verantwortung für den Betrieb der zentralen Ersteinschätzungsstelle an einem INZ-Standort liegt beim Krankenhaus, falls in der Kooperationsvereinbarung nichts Abweichendes geregelt wird. Der Betrieb der Ersteinschätzungsstelle wird von den Krankenkassen – unabhängig der Weiterbehandlung der Hilfesuchenden – fallbezogen vergütet. Die Ersteinschätzung kann auch durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal durchgeführt werden.

Der Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) entwickelt in einer Richtlinie Vorgaben für ein entsprechendes standardisiertes (softwarebasiertes) Ersteinschätzungsinstrument. Der GBA wird abhängig von der Verfügbarkeit einer geeigneten Software einen Zeitpunkt festlegen, ab dem die Vorgaben der Richtlinie flächendeckend in INZ einzuhalten sind.

c. Notdienstpraxen und Kooperationspraxen an INZ-Standorten

KV-Notdienstpraxen und Kooperationspraxen von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sind wichtige Bestandteile für eine bedarfsgerechte Patientenversorgung an INZ- und KINZ-Standorten in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene.

Um die Notaufnahme der Krankenhäuser nachhaltig zu entlasten und für die Patientinnen und Patienten ein ausreichendes Versorgungsangebot in Akutfällen vorzuhalten, werden für die Notdienstpraxen an INZ-Standorten gesetzliche Mindestöffnungszeiten etabliert. Notdienstpraxen müssen an Wochenenden und Feiertagen mindestens von 9 Uhr bis 21 Uhr, mittwochs und freitags mindestens von 14 Uhr bis 21 Uhr und montags, dienstags und donnerstags mindestens von 18 Uhr bis 21 Uhr geöffnet haben. Verkürzungen der Öffnungszeiten können im Rahmen der Kooperationsvereinbarung nur dann vereinbart werden, wenn eine Öffnung aufgrund geringer Inanspruchnahme unwirtschaftlich ist. Zudem wird der GBA damit beauftragt, in einer Richtlinie allgemeine Anforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen festzulegen. Eine Notdienstpraxis muss dann nicht durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung errichtet werden, wenn die vertragsärztliche Versorgung in Akutfällen durch eine am Standort befindliche vertragsärztliche Struktur (Medizinisches Versorgungszentrum, Arztpraxis) übernommen wird.

Die ambulante Akutversorgung soll für die Zeiten, in denen die Notdienstpraxis innerhalb der Sprechstundenzeiten der vertragsärztlichen Praxen nicht geöffnet hat, durch eng an das INZ angebundene Kooperationspraxen abgedeckt werden. Zu Zeiten, in denen weder die Notdienstpraxis noch die Kooperationspraxis geöffnet haben, übernimmt die Notaufnahme des Krankenhauses die gesamte ambulante notdienstliche Versorgung.

d. Abgabemöglichkeit von Arzneimitteln an INZ-Standorten

Im Arzneimittelgesetz wird ein Abgaberecht zur unmittelbaren Anschlussversorgung mit Arzneimitteln für Ärztinnen und Ärzte der Notdienstpraxis eines INZ geschaffen, vergleichbar mit der bereits bestehenden Abgabemöglichkeit für Arzneimittel durch Krankenhausapotheken. Dies gilt für eng begrenzte Fallkonstellationen zur Notfallversorgung mit akutem Bedarf. Demnach darf eine Abgabe nur außerhalb der ortsüblichen Geschäftszeiten von Apotheken erfolgen oder wenn im unmittelbaren Anschluss an den Tag der Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. Die mögliche Abgabemenge ist beschränkt auf eine zur Überbrückung benötigte Menge (s. o.). Die Menge der kleinsten Packungsgröße darf nicht überschritten werden. Gleiche Regelung gilt für Leistungserbringer in der aufsuchenden notdienstlichen Versorgung (s. o.).

III. Reform der sozialversicherungsrechtlichen Regelungen des Rettungsdienstes

a. Medizinische Notfallrettung als Sachleistung im SGB V

Die medizinische Notfallrettung wird als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert. Somit werden das Notfallmanagement, die notfallmedizinische Versorgung vor Ort und der Notfalltransport ausdrücklich als Teile der

Krankenbehandlung anerkannt und nicht länger allein der Transportauftrag durch die Krankenkassen finanziert.

Versicherte haben künftig bei Vorliegen eines rettungsdienstlichen Notfalles einen Anspruch auf eine medizinische Notfallrettung. Diese umfasst neben der notfallmedizinischen Versorgung (durch nichtärztliches Fachpersonal und im Einzelfall auch durch Notärztinnen bzw. Notärzte) auch das Notfallmanagement (Entgegennahme des Hilfeersuchens, Vermittlung der Hilfe, telefonische Notfallberatung) und den Notfalltransport (Transport in eine geeignete Versorgungseinrichtung).

Die Länder bleiben wie bisher für die Planung und Organisation der Rettungsdienste zuständig. Parallel dazu werden Krankenkassen mit den geplanten Leistungserbringern Verträge schließen (s. u.). Diese Kombination aus Planungsverantwortung der Länder und vertraglicher Finanzierungsbasis der Krankenkassen schafft Rechts- und Finanzklarheit für alle Beteiligten.

b. Fachgremium medizinische Notfallrettung

In einem Fachgremium werden bundeseinheitliche Rahmenbedingungen für die medizinische Notfallrettung erarbeitet und fortlaufend weiterentwickelt. Das Gremium soll unter anderem zu folgenden Themen Empfehlungen aussprechen:

- Nutzung standardisierter, softwarebasierter Abfragesysteme in den Rettungsleitstellen
- Nutzung vernetzter Einsatzleitsysteme zur Koordinierung von Einsatzmitteln
- Qualitätsgesicherter Einsatz von Telenotärztinnen und Telenotärzten
- Einbezug besonderer Einsatzmittel für die bedarfsgerechte Versorgung vor Ort
- Vermeidung von Einsätzen durch die Vernetzung mit komplementären Diensten
- Einsatz einer Software zum Versorgungskapazitäten-Nachweis (insb. Krankenhäuser)
- Förderung der Reanimation durch Apps zur Alarmierung von freiwilligen Ersthelfenden
- Eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäter sowie deren Fort- und Weiterbildung

Die Ergebnisse des Fachgremiums dienen als Orientierungsrahmen. Die konkrete Ausgestaltung vor Ort kann an die regionalen Besonderheiten angepasst werden. Die Krankenkassen haben beim Abschluss ihrer Entgeltverträge für die medizinische Notfallrettung (s.u.) die Rahmenempfehlungen des Fachgremiums zu berücksichtigen.

Das Fachgremium wird mit einer breiten Expertenbasis besetzt. Hierzu zählen Vertreter der relevanten medizinischen Fachgesellschaften, Fachverbände, die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, die für die Planung des Rettungsdienstes zuständigen Länder und Vertreter der Krankenkassen. Das Gremium wird beim GKV-Spitzenverband angesiedelt.

c. Finanzierung und Vergütung der medizinischen Notfallrettung für GKV-Versicherte

Die Landesverbände der Krankenkassen schließen mit den jeweils verantwortlichen Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung Verträge über die Vergütung und die Entgelte der einzelnen Leistungen der medizinischen Notfallrettung. Die Verträge müssen eine flächendeckende Versorgung mit den Leistungen der medizinischen Notfallrettung sicherstellen. Es werden einheitliche Entgeltverträge für mehrere Leistungserbringer sowie eine zentrale Abrechnungsstelle ermöglicht, sofern Landesrecht dies vorsieht. Die Entgeltverträge sind im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. zu schließen.

Bei der Kalkulation der Entgelte für eine Kostenerstattung mit der GKV dürfen aufgrund der strengen Zweckbindung der Sozialversicherungsbeiträge nur jene Kosten berücksichtigt werden, die der Sicherstellung der medizinischen Notfallrettung dienen und für die Versorgung der Versicherten notwendig sind. Innerhalb dieser Grenzen können wie bisher auch Vorhalte- und Investitionskosten in die Entgelte anteilig eingerechnet werden. Dies berücksichtigt den Umstand, dass die medizinische Notfallrettung systemimmanent von einem hohen Fixkostenanteil geprägt ist (dauerhafte Vorhaltung der Strukturen, auch in Gebieten mit niedriger Bevölkerungsdichte).

Grundsätzlich gilt für die Vergütung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung – wie auch bisher für die Leistungen des Rettungsdienstes – eine Anbindung an die Entwicklung der Grundlohnsumme (Grundsatz der Beitragssatzstabilität, § 71 SGB V). Hiervon kann in Ausnahmefällen jedoch abgewichen werden. Es können höhere Entgelte vereinbart werden, wenn die Sicherstellung der medizinischen Notfallrettung dies nötig macht und diese ansonsten, auch bei der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, nicht zu gewährleisten ist. Gesetzlich werden bestimmte Kriterien definiert, die es den Leistungserbringern erleichtert, die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven und damit die Notwendigkeit höherer Entgelte darzulegen (Vorliegen einer überregionalen Bedarfsplanung, Investitionen werden überregional durchgeführt, Anwendung überregionaler Rahmenverträge).

d. Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung und weiterer Leistungserbringer

Für eine gute Versorgung der Notfall- und Akutpatienten ist es ganz wesentlich, dass den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und medizinischen Einrichtungen die bereits erhobenen Patientendaten und Informationen zu der erfolgten Versorgung vorliegen. Daher werden die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung mit den anderen Akteuren der Notfall- und Akutversorgung digital vernetzt unter Nutzung der Telematikinfrastruktur. Die medizinische Notfallrettung wird technisch so angebunden, dass eine digitale, fallbezogene Übergabe an nachfolgende Leistungserbringer stets möglich ist.

Die an der Notfall- und Akutversorgung beteiligten Leistungserbringer werden dazu verpflichtet, eine digitale Notfalldokumentation vorzunehmen und diese Daten an die jeweils weiterversorgende Stelle zu übermitteln. Hierzu gehören unter anderem die Ergebnisse eines Ersteinschätzungsverfahrens sowie Informationen zur vorgenommenen medizinischen Diagnostik und Versorgung und weitere relevante Falldaten.

Diese Verpflichtung gilt auch für die an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser, die Ersteinschätzungsstellen der INZ und KINZ, die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie für Ärztinnen und Ärzte, die im Notdienst tätig sind oder in einer Kooperationspraxis arbeiten. Für die digitale Notfalldokumentation sind bundeseinheitlich verbindlich geltende Schnittstellen und Datenstandards festzulegen. Zunächst müssen die technischen Voraussetzungen für die digitale Notfalldokumentation geschaffen werden.

IV. Weitere Regelungen mit Bezug zur Akut- und Notfallversorgung

a. Stärkere Rolle von Ersthelferinnen und Ersthelfer durch Nutzung von Ersthelfer-Apps

Ersthelferinnen und Ersthelfer sollen stärker in die medizinische Notfallrettung eingebunden werden als bisher. Dies kann im medizinischen Notfall Leben retten, wenn hierdurch die interventionsfreie Zeit bis zum Eintreffen der medizinischen Notfallrettung verkürzt werden kann.

Die Leistungserbringer des Notfallmanagements müssen nach Ablauf einer Übergangsfrist von zwei Jahren ab Inkrafttreten des Gesetzes auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme nutzen (Ersthelfer-App). Diese koordinieren die in diesem System organisierten Ersthelferinnen und Ersthelfer über eine digitale Alarmierungsanwendung, sodass diese bei einem Notfallereignis möglichst schnell vor Ort sein können und bereits lebensrettende Erste-Hilfe-Maßnahmen durchführen können. Die Tätigkeit der Ersthelferinnen und Ersthelfer erfolgt nach der Einführung des Systems freiwillig. Daher entsteht kein Anspruch der Versicherten auf ein Eintreffen einer Person zur Durchführung von lebensrettenden Maßnahmen. Das Fachgremium medizinische Notfallrettung erstellt Rahmenempfehlungen für Anforderungen an derartige Systeme. Ergänzt wird dieses System durch ein bundesweites Kataster der Standorte von automatischen externen Defibrillatoren (AED), die für die Anwendung von Laien vorgesehen sind.

b. Datenübermittlung an Drogenmonitoring- und Frühwarnsystem

Es wird eine rechtssichere Datenübermittlungsmöglichkeit für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Krankenhäuser, Labore, Strafverfolgungsbehörden sowie Drogen- und Suchthilfeeinrichtungen an ein Monitoring- und Frühwarnsystem für den missbräuchlichen Konsum von Betäubungsmitteln, neuen psychoaktiven Stoffen, sonstigen psychoaktiven Substanzen und psychoaktiven Arzneimitteln geschaffen. Damit sollen ungewöhnliche Häufungen von Vergiftungen mit psychoaktiven Substanzen schneller erkannt und Konsumierende insbesondere vor neu auftretenden Substanzen auf den illegalen Drogenmärkten gewarnt werden können. Durch die Frühwarnung sollen Überdosierungen und Todesfälle verhindert werden.

c. Zuzahlungen beim Rettungsdienst

Bereits mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wurde die Höchstsumme für die Zuzahlung bei den Fahrkosten für Versicherte von 10 auf 15 Euro erhöht. Mit der Notfallreform wird klargestellt, dass diese Zuzahlung auch bei der Notfallrettung weiterhin anfällt, aber bei einer Versorgung vor Ort und sich anschließenden Notfalltransport nur einmal erforderlich ist. Diese rechtliche Klarstellung stellt keine Mehrbelastung für die Versicherten dar, da die Höhe der Zuzahlung bei einem Einsatz des Rettungsdienstes unverändert bleibt.