Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: Bundesverband Managed Care e.V.

Datum: 04.12.2025

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 27	Folgeänderung zu § 30 SGB V	
2	§ 30	Einführung eines Anspruchs auf medizinische Notfallrettung • Voraussetzung: Definition rettungsdienstlicher Notfall • Leistungsbestandteile: Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung und Notfalltransport • Notfallmanagement als Vermittlung der erforderlichen Hilfe auf der Grundlage einer digitalen standardisierten Abfrage einschließlich telefonischer Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen und Einbindung von Ersthelfern durch auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme • Notfallmedizinische Versorgung vor Ort und während des Transports durch nichtärztliches Fachpersonal und bei medizinischer Notwendigkeit durch Notärzte • Notfalltransport in nächste geeignete Einrichtung und medizinisch zwingende Verlegungen • Zuzahlung	Aus Sicht des BMC ist die Einführung eines eigenständigen Leistungsanspruchs auf medizinische Notfallrettung ein zentraler Schritt hin zu einer modernen, integrierten Akutversorgung. Dass Notfallmanagement, präklinische notfallmedizinische Versorgung und Notfalltransport ausdrücklich als Teile der Krankenbehandlung definiert und als Sachleistung der GKV verankert werden, überwindet die bisherige Reduktion des Rettungsdienstes auf reine Transportleistungen und korrigiert den Fehlanreiz, wonach eine Vergütung im Regelfall nur bei tatsächlicher Beförderung erfolgte. Durch die Definition des „rettungsdienstlichen Notfalls“ und die Verknüpfung der Leistungsberechtigung mit einer standardisierten digitalen Notrufabfrage wird der Rettungsdienst als qualifizierter Eingang in die Akutversorgung gestärkt; dies eröffnet Chancen für eine zielgenauere Disposition, die Vermeidung unnötiger Transporte sowie eine bedarfsgerechte Steuerung in geeignete Versorgungsstrukturen, auch unter Nutzung telemedizinischer Beratung, telefonischer Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen und digital alarmierter Ersthelfer. Jedoch bleibt die Rolle des neuen Leistungsanspruchs in § 30 innerhalb der übergreifenden Akutversorgungsarchitektur im Zusammenspiel mit Akutleitstellen (§ 75), Integrierten Notfallzentren (§§ 123 ff.), dem Gesundheitsleitsystem (§ 133a) sowie der ambulanten Folgeversorgung aus Patient:innenperspektive noch nicht als durchgängige, verlässlich abgesicherte Versorgungskette erkennbar. Zudem ist die vorgesehene Zuzahlung pro Leistung in ihrer Zielsetzung (Steuerung vs. Einnahmeerzielung) und im Zusammenspiel mit digitaler Ersteinschätzung

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			und bestehenden Befreiungsregelungen nicht hinreichend konturiert und birgt das Risiko zusätzlicher Zugangshürden, insbesondere für vulnerable und chronisch kranke Patient:innen mit wiederholtem Versorgungsbedarf. **Änderungsbedarf** • Aus Sicht des BMC sollte die Notfallversorgung klarer in die sektorenübergreifende Akut- und Primärversorgung eingebettet werden, insbesondere durch gesicherte und nicht optionale Weiterbehandlungspfade in vertragsärztliche Strukturen nach der präklinischen Versorgung. • Die Qualifikations- und Kompetenzprofile der beteiligten Berufsgruppen im Notfallmanagement sollten bundeseinheitlich festgelegt werden, um Versorgungsqualität und Rechtssicherheit zu gewährleisten. • Die Zuzahlungsregelung nach Absatz 6 sollte so ausgestaltet werden, dass notwendige Inanspruchnahmen nicht erschwert und vulnerable Gruppen zuverlässig geschützt werden, und ihre Auswirkungen auf Inanspruchnahme und Versorgungsqualität sollten engmaschig evaluiert werden.
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	
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	Die Neufassung des § 75 stärkt die vertragsärztliche Verantwortung für die Akutversorgung spürbar und setzt wichtige Impulse für eine besser gesteuerte Versorgung außerhalb der Notaufnahmen. Sie stellt klar, dass vertragsärztliche Versorgung in dringlichen Fällen rund um die Uhr zur Verfügung stehen muss, definiert die notdienstliche Akutversorgung als auf unaufschiebbare Erstmaßnahmen begrenzte Leistung und schafft mit

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge	Akutleitstellen, telemedizinischen Angeboten und aufsuchenden Diensten ein erweitertes Instrumentarium für eine bedarfsgerechte, auch digital gestützte Akutversorgung. Die im Gesetz vorgesehene Priorisierung von Fällen, die über das standardisierte Ersteinschätzungsverfahren der Akutleitstellen gesteuert werden, ist aus Sicht des BMC ein zentraler Hebel, um Patient:innenströme weg von ungesteuerten Notaufnahmebesuchen hin zu strukturierten, vertragsärztlichen Akutangeboten zu lenken und vorhandene ambulante Ressourcen besser zu nutzen. Darüber hinaus bleibt offen, wie nach der strikt auf Erstmaßnahmen begrenzten notdienstlichen Akutversorgung eine notwendige Weiterbehandlung in der Regelversorgung verlässlich und zeitnah organisiert wird, insbesondere in Fällen, in denen ein weitergehender Facharzt- oder hausärztlicher Behandlungsbedarf besteht. Terminservicestellen und 116117 verbessern zwar grundsätzlich den Zugang zu Praxisterminen, garantieren aber bislang weder eine systematisch an die Akutversorgung gekoppelte Anschlussterminierung noch ausreichend kurze Wartezeiten auf Arzttermine. Auswertungen zeigen, dass viele Patient:innen Notaufnahmen weiterhin ohne vorherige Ersteinschätzung aufsuchen und einen Teil dies mit fehlenden oder zu spät verfügbaren Facharztterminen begründet, ein Hinweis auf anhaltende Orientierungsprobleme und Zugangsbarrieren in der ambulanten Versorgung. Vor diesem Hintergrund besteht das Risiko, dass Patient:innen nach der Erstbehandlung erneut ungezielt in Notfallstrukturen zurückkehren. Zudem besteht die Gefahr, dass Patient:innen die Vielzahl an Zugangswegen (Akutleitstelle, Terminservicestelle, INZ, 112) weiterhin als unübersichtlich erleben, wenn der Vorrang für den Zugang über die (digitale) Ersteinschätzung nicht konsequent kommuniziert und praktisch umgesetzt wird. Die im Gesetz angelegte stärkere interprofessionelle Zusammenarbeit bietet zwar relevante Chancen, bleibt jedoch ohne bundeseinheitliche Qualifikations-, Delegations- und Qualitätsstandards mit Blick auf Verantwortung, Haftung und Versorgungsqualität noch zu wenig spezifiziert.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Änderungsbedarf • Aus Sicht des BMC sollte die Steuerungslogik klarer herausarbeiten, dass der Zugang über eine (digitale) Ersteinschätzung grundsätzlich den ersten Schritt in die Versorgung bildet (Notfallversorgung sowie ambulante Versorgung) und andere Zugangswege (116117, INZ, 112) hieran anknüpfen. • Es bedarf einer bundesweit abgestimmten Kommunikationsstrategie, die den Versorgungsweg für Patient:innen verständlich macht und insbesondere den Vorrang der Ersteinschätzung erklärt. Ein zentrales Problem der heutigen fehlgesteuerten Inanspruchnahme von Notaufnahmen ist die weit verbreitete Unkenntnis über Strukturen und Zuständigkeiten der ambulanten Versorgung. • Die Begrenzung der notdienstlichen Akutversorgung auf Erstmaßnahmen sollte durch verbindliche, kurzfristige Weiterbehandlungsoptionen in der ambulanten Versorgung abgesichert werden. Aus Sicht des BMC sollte insbesondere für Fälle mit festgestelltem weiterem Behandlungsbedarf eine verbindliche zeitnahe Vermittlung von Anschlussterminen, etwa über Terminservicestellen, die telefonisch und über niedrigschwellige digitale Kanäle (Web, App, gegebenenfalls Integration in das Ersteinschätzungs-Tool (s. u.)) erreichbar sind, vorgesehen werden, um Versorgungslücken und Rückgriffe auf Notfallstrukturen zu vermeiden. • Für den Einsatz qualifizierten nichtärztlichen Personals im aufsuchenden Dienst sowie für Kooperationen mit dem Rettungsdienst sollten bundeseinheitliche Qualifikations-, Delegations- und Qualitätsstandards definiert werden, um Versorgungsqualität, Verantwortung und Haftung eindeutig zu regeln.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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	
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	Aus Sicht des BMC ist die Einführung Integrierter Notfallzentren (INZ) als gemeinsame Struktur von Notaufnahme, vertragsärztlicher Notdienstpraxis und zentraler Ersteinschätzungsstelle ein zentraler Schritt hin zu einer koordinierten, sektorenübergreifenden Notfall- und Akutversorgung. INZ schaffen eine klar definierte Anlaufstelle für selbstaufgesuchte, subjektiv

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Kooperationspraxis / statt Notdienstpraxis MVZ oder Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Nähe • Ersteinschätzung und Steuerung innerhalb des INZ, gegenseitige Datenübermittlung • Versorgungsvertrag mit Apotheken • Telemedizinische Anbindung an Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie • Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung von INZ	dringliche Fälle, binden reguläre Sprechstundenkapazitäten über Kooperationspraxen bzw. MVZ systematisch ein und sehen eine digitale Fallübergabe in interoperablen Datenformaten vor. Die Möglichkeit, personenbezogene Daten zur bedarfsgerechten Steuerung zwischen den beteiligten Leistungserbringern zu verarbeiten, nach einer notdienstlichen Akutversorgung aktiv einen ambulanten Anschlusstermin zu vermitteln und bei fehlenden Strukturen verpflichtend telemedizinische bzw. telefonische Konsile, insbesondere in der Kinder- und Jugendmedizin sowie Psychiatrie. einzusetzen, leistet aus Sicht des BMC einen wichtigen Beitrag zur Versorgungsqualität. Besonders bedeutsam ist, dass die Verknüpfung von stationären und vertragsärztlichen Strukturen über Kooperationsvereinbarungen erfolgt und damit bewusst Raum für regionale, bedarfsgerechte Ausgestaltungen bleibt, anstatt starr vorgegebener Einheitsmodelle. Gleichzeitig ist die Rolle der INZ im Zusammenspiel mit Akutleitstellen, Rettungsdienst und vertragsärztlicher Regelversorgung im Gesetz noch nicht durchgängig als klarer, aus Patient:innenperspektive verständlicher Steuerungspfad erkennbar, sodass weiterhin das Risiko neuer Schnittstellenbrüche besteht. Die Verantwortung der Krankenhäuser für die zentrale Ersteinschätzungsstelle bei gleichzeitiger starker Einbindung vertragsärztlicher Strukturen erfordert zudem klare, aber schlanke Regelungen zu Verantwortlichkeit, Haftung und Qualität, die Kooperationsmodelle nicht durch überdetaillierte Vorgaben überfrachten, sondern ihre flexible, regionale Ausgestaltung unterstützen. **Änderungsbedarf** • Aus Sicht des BMC sollte die Rolle der INZ im Gesamtsystem deutlicher als Teil eines einheitlichen Steuerungspfads beschrieben werden (digitale Ersteinschätzung/Akutleitstelle; INZ; weitere ambulante oder stationäre Versorgung), um Doppelstrukturen, Umwege und erneute Selbstzuweisungen in Notaufnahmen zu vermeiden. Dies kann z.B. durch eine verpflichten vorgeschaltete (digitale) Ersteinschätzung

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			erfolgen, so dass der Patient nicht ohne Unterstützung die Entscheidung für den Versorgungswert trifft. • Die Pflicht zur digitalen Fallübergabe sollte in den entsprechenden Spezifikationen und Richtlinien um Mindestanforderungen an Inhalt und Struktur der Datensätze ergänzt werden (u. a. Ergebnisse der Ersteinschätzung, wesentliche Befunde, durchgeführte Maßnahmen, klar definierter Weiterbehandlungsbedarf). • Die Anforderungen an Kooperationsvereinbarungen zwischen Krankenhäusern, KVen und Kooperationspraxen sollten auf wenige verbindliche Kernpunkte (z. B. Verantwortlichkeiten in der Ersteinschätzung, Datenflüsse, Qualitäts- und Dokumentationspflichten) fokussiert werden, während im Übrigen regionale Gestaltungsspielräume ausdrücklich erhalten bleiben.
	§ 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	§ 123a setzt einen sinnvollen Rahmen für die planvolle Einführung Integrierter Notfallzentren (INZ) und stärkt die gemeinsame Verantwortung von KVen und Krankenhäusern für die regionale Akutversorgung. Die Festlegung der INZ-Standorte durch den erweiterten Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a, und damit nicht allein durch die Krankenhausträger, erhöht die Wahrscheinlichkeit einer bedarfsgerechten, flächendeckenden Abdeckung und verhindert eine rein einrichtungsgetriebene Standortlogik. Die Festlegung der Standorte nach nachvollziehbaren Kriterien, die Vorgabe von Mindestöffnungszeiten, verpflichtende Kooperationsvereinbarungen mit klar definierten Kerninhalten sowie ein geregeltes Schiedsverfahren bei Nichteinigung schaffen Verlässlichkeit und Struktur; die Einbindung von Praxen und MVZ als Kooperationspraxen eröffnet zugleich die Möglichkeit, reguläre vertragsärztliche Kapazitäten systematisch für Akutfälle zu nutzen. Die weit gefasste Ausnahme „berechtigter Interessen des Krankenhauses“ ist kritisch, da sie insbesondere in strukturschwachen Regionen dazu führen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			kann, auf eigentlich notwendige INZ-Standorte zu verzichten. Zudem ist die Rolle der INZ im Zusammenspiel mit Akutleitstellen, Rettungsdienst und vertragsärztlicher Regelversorgung noch nicht ausreichend als klarer, aus Patient:innenperspektive nachvollziehbarer Steuerungspfad beschrieben. **Änderungsbedarf** • Aus Sicht des BMC sollte klargestellt werden, dass die Ausnahme „berechtigter Interessen des Krankenhauses“ eng auszulegen ist und insbesondere in unterversorgten Regionen vorrangig kooperative oder unterstützende Modelle zu prüfen sind, bevor auf einen INZ-Standort verzichtet wird. • Die Rolle der INZ sollte deutlicher als Teil eines einheitlichen Steuerungspfads beschrieben werden, bei dem (digitale) Ersteinschätzung, Gesundheitsleitsystem und INZ-Strukturen aufeinander aufbauen und Übergänge in die weitere ambulante oder stationäre Versorgung klar geregelt sind, um Schnittstellenbrüche zu vermeiden. • Das gemeinsame Qualitäts- und Berichtswesen sollte mit wenigen einheitlichen Kernindikatoren ausgestaltet werden, um Wirkung und Funktionsfähigkeit der INZ transparent zu machen, ohne die regionale Umsetzung durch übermäßige Bürokratie zu belasten. • Für Rahmenvereinbarung und Schiedsverfahren sollten ergänzende Transparenzanforderungen vorgesehen werden, um Nachvollziehbarkeit zu erhöhen und Lernprozesse zwischen den Regionen zu ermöglichen.
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	
	§ 123c	Ersteinschätzung	Aus Sicht des BMC stellt § 123c die qualifizierte, standardisierte und digitale Ersteinschätzung erstmals klar als zentrales Steuerungsinstrument der

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• 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	Notfallversorgung heraus und schließt damit eine wesentliche Lücke früherer Reformansätze. Das bundesweit einheitliche, richtliniengebundene Verfahren, mit dem an Krankenhausstandorten mit Integrierten Notfallzentren (INZ) über die geeignete Versorgungsebene (Notaufnahme versus notdienstliche beziehungsweise kooperative Versorgung) und an Standorten ohne INZ über die Weiterleitung an ein INZ oder die Behandlung vor Ort entschieden wird, kann die bisher häufig unstrukturierte Selbstzuweisung in Notaufnahmen deutlich reduzieren und Patient:innenströme systematischer zwischen stationären und ambulanten Strukturen lenken. Gleichzeitig koppelt § 123c die Vergütung ambulanter Notfallleistungen an Krankenhausstandorten ohne INZ sehr eng an die Durchführung der digitalen Ersteinschätzung und an die Feststellung der „Unzumutbarkeit“ einer Verweisung an ein INZ; dies setzt starke ökonomische Anreize zur Verlagerung mobiler Notfälle in INZ-Strukturen, deren Auswirkungen auf Versorgungsqualität, Zugangsgerechtigkeit und regionale Angebotsstrukturen sorgfältig beobachtet werden müssen. Darüber hinaus greift es aus Sicht des BMC zu kurz, die digitale Ersteinschätzung allein auf Hilfesuchende zu beziehen, die selbständig einen Krankenhausstandort aufsuchen. Dass Instrument soll so entwickelt werden, dass es in ein Primärversorgungssystem eingebettet werden kann und Patient:innen, ergänzend zur Notfallsteuerung, frühzeitig in geeignete hausärztliche, primärversorgende und fachärztliche Versorgungswege gelenkt werden. **Änderungsbedarf** • Die Voraussetzungen der „Unzumutbarkeit“ einer Verweisung in ein INZ sollten durch klar definierte Kriterien konkretisiert werden. • Die Evaluation nach § 123c sollte ausdrücklich um qualitätsorientierte und patientenrelevante Ergebnisgrößen ergänzt werden, damit die Steuerungswirkung der Ersteinschätzung nicht nur an Fallzahlen und

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Vergütungseffekten, sondern an Versorgungsqualität und Patientensicherheit gemessen wird. • Das vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu regelnde Ersteinschätzungsverfahren sollte in Form eines strukturierten Fragenkatalogs ausgestaltet werden, der systematisch zwischen unterschiedlichen Versorgungswegen differenzieren kann, etwa Notaufnahme, notdienstliche beziehungsweise kooperative Versorgung im INZ, vertragsärztliche Akut- und Regelversorgung, hausärztliche oder sonstige primärversorgende Strukturen sowie Situationen ohne unmittelbaren Behandlungsbedarf. Ziel ist, bereits in der Ersteinschätzung die Weichen zwischen Notfallversorgung, ambulanter Akutversorgung und planbarer Primärversorgung zu stellen. • Die digitale Ersteinschätzung sollte so konzipiert werden, dass sie perspektivisch über die Notfallversorgung hinaus als Steuerungsinstrument der Primärversorgung genutzt und mit Terminvermittlungsstrukturen verknüpft werden kann. • Interoperabilität und TI-Anbindung des Ersteinschätzungsinstruments sollten geschärft werden, indem verbindlich festgelegt wird, dass strukturierte Ersteinschätzungsdaten in standardisierten Formaten vorliegen und über Schnittstellen in ePA, Akutleitstellen-, INZ- und Terminvermittlungssysteme eingebunden werden können.
18	§ 133	Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung • Nur nach Landesrecht vorgesehene oder beauftragte Leistungserbringer • Vergütungsverträge für Leistungen nach SGB V erforderlich	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Transparenzpflicht bezüglich Kalkulationen • Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 SGB V • Schiedseinrichtung bei Nichtzustandekommen • Entsprechende Geltung für Krankentransporte • Übergangsregelung	
	§ 133a	Gesundheitsleitsystem • Kooperationsvereinbarung zwischen Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116117 auf Antrag der Rettungsleitstelle • 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	Aus Sicht des BMC ist das Gesundheitsleitsystem nach § 133a eines der zentralen Elemente der Notfallreform. Es schafft erstmals einen verbindlichen, digital gestützten Rahmen für die Zusammenarbeit von Rettungsleitstellen (112) und Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (116 117) und schlägt damit operativ eine Brücke zwischen dem SGB V und den Rettungsdienstgesetzen der Länder. Besonders wichtig ist, dass die Initiative zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems von den Rettungsleitstellen ausgehen kann und diese, in Verbindung mit den Digitalisierungsinvestitionen nach § 133f, gezielt unterstützt werden, während die Akutleitstellen und damit mittelbar auch die Integrierten Notfallzentren in ihren Planungsregionen in die entstehenden Steuerungsstrukturen eingebunden werden. Konzeptionell können Gesundheitsleitsysteme auch länderübergreifend ausgestaltet werden, was zusätzliche Chancen für die Vernetzung spezialisierter Versorgungsangebote über Landesgrenzen hinweg eröffnet. Die abgestimmten Abfragesysteme von 112 und 116 117, die medienbruchfreie Datenübermittlung, die Nutzung der Telematikinfrastruktur und das gemeinsame Qualitätsmanagement bilden eine solide Grundlage für eine indikationsgerechte Steuerung und ein lernendes System in der Akutversorgung. Gleichzeitig bleibt die Umsetzung anspruchsvoll: Viele Details werden in regionalen Kooperationsvereinbarungen geregelt; ohne

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			bundesweit einheitliche digitale Mindeststandards und klare Anforderungen an die Berichterstattung besteht das Risiko sehr unterschiedlicher Steuerungsqualität zwischen den Regionen. Zugleich bieten Gesundheitsleitsysteme die Chance, pflegerische Krisendienste wie Pflegenottelefone strukturiert einzubinden. Unter Pflegenottelefonen versteht der BMC landesrechtlich organisierte, rund um die Uhr erreichbare Hotlines, die Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen in akuten pflegerischen Krisensituationen (z. B. Überforderung, Ausfall der Pflegeperson, plötzliche Verschlechterung des Zustands) Beratung bieten, kurzfristige Unterstützung durch ambulante Pflegedienste organisieren und bei Bedarf Notfallplätze in der Kurzzeitpflege vermitteln; typischerweise arbeiten sie eng mit Pflegestützpunkten und weiteren Beratungsstrukturen zusammen. **Änderungsbedarf** • Aus Sicht des BMC sollte klargestellt werden, dass Gesundheitsleitsysteme länderübergreifend ausgestaltet werden können und sollen, wo dies medizinisch geboten ist (z. B. in Grenzregionen oder bei spezialisierten Versorgungsangeboten), und dass die relevanten Akteure der Länder frühzeitig in die Weiterentwicklung einbezogen werden. Hierfür sollte ein besonderer Eingabemechanismus geschaffen werden, der länderübergreifende Kooperationsvorschläge der beteiligten Leitstellen und Kassenärztlichen Vereinigungen formal in die Entscheidungsprozesse der jeweils zuständigen Landesausschüsse einbringt. • Ergänzend zu den bestehenden Berichtspflichten sollte eine bundesweit abgestimmte Kommunikationsstrategie verankert werden, die Bürger:innen die Rolle des Gesundheitsleitsystems, die Ersteinschätzung und das Zusammenspiel von 112, 116117, Akutleitstellen und INZ verständlich vermittelt, damit die vorgesehenen Steuerungsmechanismen im Versorgungsalltag tatsächlich greifen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			• Es klargestellt werden, dass zu den in § 133a Absatz 4 genannten komplementären Diensten ausdrücklich auch pflegerische Krisendienste, insbesondere Pflegenottelefone und vergleichbare landesrechtliche Angebote, gehören und dass diese strukturiert in die Gesundheitsleitsysteme eingebunden werden sollen, etwa durch definierte Routingszenarien bei Pflegenotfällen und feste Schnittstellen zu Pflegestützpunkten, ambulanten Pflegediensten und Kurzzeitpflege-Notfallplätzen.
	§ 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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 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	§ 133c ist ein Kernbaustein für eine digital vernetzte Notfall- und Akutversorgung. Die verpflichtende digitale Notfalldokumentation für Rettungsdienst, an der Notfallversorgung beteiligte Krankenhäuser, Akutleitstellen der KVen sowie notdienstlich tätige Ärzt:innen und Kooperationspraxen, mit perspektivischer Ablage in der ePA, kann Informationsbrüche entlang der Versorgungskette deutlich verringern. Der Versorgungskapazitätennachweis mit Echtzeit-Kapazitätsmeldungen der Krankenhäuser schafft erstmals eine belastbare Grundlage für die Steuerung von Notfallströmen, gerade bei Spezialversorgungen und Ausnahmesituationen. Entscheidend wird sein, dass Dokumentation und Kapazitätsmeldungen in bestehende Systeme integriert werden und papiergebundene sowie telefonische Parallelprozesse ablösen, statt zusätzliche Bürokratie zu erzeugen. Interoperable Ersthelfer-Apps können das therapiefreie Intervall verkürzen und die Versorgungsqualität verbessern, erfordern aber klare Rahmenbedingungen zu Qualität, Datenschutz, Haftung und Leitstellenanbindung. **Änderungsbedarf** • Es sollte klargestellt werden, dass die digitale Notfalldokumentation bestehende Dokumentationswege ersetzt und nicht zusätzlich zu Papier- und lokalen Routinen erfolgt. • Notfalldokumentation und der Nachweis zu Versorgungskapazitäten sollten verbindlich in integrierten, interoperablen Systemlösungen (KIS, Notaufnahmesysteme, Rettungsdienstdokumentation, Einsatzleitstellen) umgesetzt werden, um Medienbrüche und Doppelstrukturen zu vermeiden. • Der Nachweis zu Versorgungskapazitäten sollte als zentrale Plattform angelegt werden, die vorhandene Kapazitätsregister bündelt; hierfür sind bundeseinheitliche Kernindikatoren für die zu meldenden Kapazitäten festzulegen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 133d	Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form durch Datenstelle beim GKV-SV	
	§ 133e	Verpflichtender Anschluss an TI für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung und Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten, Finanzierungsvereinbarung von GKV-SV, PKV-Verband sowie maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene	Der § 133e setzt den richtigen Rahmen, um die im Notfallmanagement tätigen Leistungserbringer verbindlich an die Telematikinfrastruktur anzubinden und damit die Grundlage für eine durchgängig digitale Prozesskette von der Leitstelle über Rettungsdienst und Notaufnahme bis in die elektronische Patientenakte zu schaffen. Die Kopplung der Anschlussverpflichtung an TI-Pauschalen in Höhe der für Vertragsärzt:innen geltenden Sätze und eine gemeinsame Finanzierungsvereinbarung von GKV-Spitzenverband, PKV-Verband und maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer schafft grundsätzlich Planungs- und Finanzierungssicherheit und erkennt an, dass sich die Kostenstrukturen im Rettungsdienst und Leitstellenbereich von klassischen Praxisstrukturen unterscheiden. Gleichzeitig ist die Frist von 15 Monaten angesichts heterogener Trägerlandschaften und begrenzter IT-Ressourcen anspruchsvoll; ohne praxistaugliche, standardisierte Lösungen und Unterstützung bei Implementierung und Change-Management besteht das Risiko regional sehr unterschiedlicher Umsetzungsstände und lediglich formaler „Minimal-Anbindungen“, die das Potenzial der digitalen Anwendungen nicht ausschöpfen. **Änderungsbedarf** • Die Finanzierungsvereinbarung nach Absatz 3 sollte den spezifischen Kostenstrukturen der in § 133 Absatz 1 genannten Leistungserbringer Rechnung tragen, indem der „abweichende Erstattungsbedarf“ auf Basis transparenter Kostenanalysen bemessen und nicht nur als marginaler

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Aufschlag auf TI-Pauschalen in der vertragsärztlichen Versorgung ausgelegt wird. • Einmalige umfassende Investitionskosten (z. B. Hardware, Systemanpassungen, Einführungskosten, Betreuung) für den TI-Anschluss sollten, soweit sie nicht bereits über § 133f SGB V finanziert werden, ausdrücklich in der Finanzierungsvereinbarung abgebildet werden, um die flächendeckende Anbindung an die TI nicht durch Anfangsinvestitionen zu verzögern.
	§ 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	§ 133f ist ein wichtiges Signal, indem Investitionen in die zentrale digitale Infrastruktur der Notfallrettung in den Jahren 2027 bis 2031 gezielt aus dem Sondervermögen „Infrastruktur und Klimaneutralität“ finanziert werden. Damit werden die Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1 in die Lage versetzt, die in den übrigen Regelungen angelegte vernetzte, digitale Notfall- und Akutversorgung technisch aufzubauen. Die zeitliche Befristung ist für Anschubinvestitionen grundsätzlich angemessen. Offen bleibt jedoch, wie Wartung, Lizenzen, Support und Weiterentwicklung der geförderten Software nach Auslaufen des Sondervermögens dauerhaft finanziert werden sollen. Ohne eine tragfähige Anschlussfinanzierung besteht das Risiko, dass einmal aufgebaute digitale Infrastruktur nicht im erforderlichen Umfang betrieben und fortentwickelt werden kann. Ebenso entscheidend ist, dass das Antrags- und Bewilligungsverfahren schlank, transparent und praxistauglich ausgestaltet wird. Zu komplexe Förderverfahren würden dazu führen, dass Mittel verspätet abfließen oder gar nicht beantragt werden und sich die Digitalisierung regional sehr unterschiedlich entwickelt. Werden die Mittel hingegen konsequent genutzt, die Verfahren unbürokratisch umgesetzt und die laufenden Kosten perspektivisch in Regelvergütung und TI-Finanzierung integriert, kann § 133f einen wichtigen Modernisierungsschub auslösen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 133g	Koordinierende Leitstelle: Möglichkeit für Landesbehörden, einer einzelnen Leitstelle überregionale Aufgaben zuzuweisen	
19	§ 140f	Antragsrecht Patientenvertretung	
20	§ 291b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
21	§ 294a	Mitteilungspflicht zu vorrangigen Schadensersatzansprüchen auch für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung	
22	§ 302	Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Datenübermittlungspflicht	
23	§ 354	Fernzugriff auf ePA durch Leitstellen	
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

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 3	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	
			Art. 5: Änderung des Apothekengesetzes
1	§ 12b	Versorgungsvertrag zur Versorgung von Notdienstpraxen in INZ mit Arzneimitteln zwischen Apothekeninhaber, KV und beteiligtem Krankenhaus	
2	§ 20	Pauschaler Zuschuss für Apotheken mit Versorgungsvertrag	
3	§ 25	Ordnungswidrigkeit	
			Art. 6 Änderung der Apothekenbetriebsordnung
1	§ 1a	Notdienstpraxenversorgende Apotheken	
2	§ 3	Vorgaben zum Personal auch für notdienstpraxenversorgende Apotheken	
3	§ 4	Erlaubnis zweiter Offizin mit Lagerräumen am INZ-Standort	
4	§ 23	Dienstbereitschaft notdienstpraxenversorgender Apotheken	
			Art. 7: Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung
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

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
1	§ 4	Ausnahme von der Erlaubnispflicht für die Ausfuhr und Einfuhr von Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf in angemessenen Mengen	
2	§ 11	Erweiterung der Verordnungsermächtigung auf Regelungen über das Mitführen von Betäubungsmitteln auf Fahrzeugen des Rettungsdienstes im grenzüberschreitenden Verkehr	
			Art. 9: Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung
1	§ 13	Ausnahme für Durchfuhr einer angemessenen Menge an Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf auf dem Fahrzeug eines ausländischen Rettungsdienstes	
2	§ 15	Ausnahme von Ein- und Ausfuhrgenehmigung für Zubereitungen der in den Anlagen II und III des BtMG aufgeführten Stoffe auf einem Fahr-zeug des Rettungsdienstes in angemessener Menge als Rettungsdienstbedarf	
			Art. 10: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
	§ 19a	Gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe	
			Art. 11: Inkrafttreten
	Ggf. weitere		

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	Anmerkungen		