



Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: Marburger Bund Bundesverband

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin
Telefon 030 746846-0
Telefax 030 746846-16
bundesverband@marburger-bund.de

Datum: 4. Dezember 2025

Der Marburger Bund bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Stand 12.11.2025)

A. Grundsätzliche Anmerkungen

Das mit dem Referentenentwurf vorgelegte Reformvorhaben zielt auf eine integrierte Notfallversorgung, die durch eine verbindliche Kooperation aller handelnden Akteure des Rettungsdienstes, der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhäuser erreicht werden soll.

Dieses Ziel wird vom Marburger Bund unterstützt. Bereits im Mai 2017 haben wir Eckpunkte für eine Strukturreform der medizinischen Notfallversorgung vorgelegt, die auf eine Entlastung der Krankenhausnotaufnahmen durch eine bessere Steuerung der Patientenversorgung zielt. Hierfür bedarf es aus unserer Sicht einer guten Verknüpfung der Sektoren und einer integrativen ärztlichen Tätigkeit.

Wir teilen die Ausführungen im Referentenentwurf, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Notdienstversorgung durch den Ausbau des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes, die Einrichtung einer bundesweiten Notdienstnummer sowie Kooperationen mit Krankenhäusern in den letzten Jahren weiterentwickelt haben. Gleichwohl sehen wir anknüpfend an diese Entwicklung weiteren Verbesserungsbedarf in der Strukturierung und Vernetzung. Deshalb begrüßen wir die Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit, das System so weiterentwickeln zu

wollen, dass eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme durch Patientinnen und Patienten erfolgt und der hohen Inanspruchnahme von Notfallambulanzen der Krankenhäuser entgegengewirkt wird.

Der Referentenentwurf setzt auf die Reformentwürfe der beiden letzten Legislaturperioden auf und nimmt an wesentlichen Stellen Änderungen vor. Diese betreffen zum einen die Regelungen zu Integrierten Notfallzentren (INZ) und die Inanspruchnahme von Krankenhausnotfallambulanzen ohne INZ. Zum anderen die digitale Kommunikation zwischen den beteiligten Leistungserbringern durch Versorgungskapazitätennachweise und die Verpflichtung zu bundeseinheitlich definierten, digitalen Schnittstellen und Standards für die auszutauschenden Datensätze.

Die Implementierung eines bundeseinheitlichen Datenaustausch begrüßen wir als notwendige Voraussetzungen für eine integrative Patientensteuerung in der Notfallversorgung. Allerdings ist es aus unserer Sicht nicht verständlich, warum zur Patientensteuerung in den Gesundheitsleitsystemen, in den INZ und in Krankenhäusern ohne INZ unterschiedliche Ersteinschätzungssysteme eingesetzt werden sollen. Die Ersteinschätzung muss für Hilfesuchende an allen Stellen des Erstkontaktes gleich sein, um Patientinnen und Patienten zu einer telefonischen Ersteinschätzung zu motivieren. Im stationären Teil der Notaufnahme wird der Ersteinschätzung die bewährte Manchester- oder ESI-Triage vorgeschaltet.

Wir begrüßen, dass der bisherige Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante Notfallversorgung in § 75 Abs. 1b SGB V neu gefasst werden soll. Die Möglichkeit einer durchgehenden ambulanten notdienstlichen Versorgung ist aus Sicht des Marburger Bundes wünschenswert, weil sie dazu beitragen kann, die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu entlasten. Mehrere Erhebungen belegen, dass in der Regel die Zahl der wartenden und behandelten Patientinnen und Patienten tagsüber deutlich höher ist als nachts.

Wir begrüßen, dass der Referentenentwurf frühere Überlegungen aufgreift, den Rettungsdienst als eigenen medizinischen Leistungsbereich im SGB V zu regeln. Positiv zu werten ist, dass mit einem Gesundheitsleitsystem die Zusammenarbeit von Rettungsleitstellen und Kassenärztlichen Vereinigungen organisiert werden soll.

Wir haben allerdings Bedenken, dass die Umsetzung und der angestrebte Vernetzungsgrad angesichts der in zentralen Punkten unverbindlichen Regelungen tatsächlich flächendeckend gelingen wird. Damit steht und fällt auch das mit der Reform geschätzte Einsparpotenzial von ungefähr 705 Millionen Euro pro Jahr.

Sinnvoll wäre ein bundeseinheitlicher Einsatz von interdisziplinären Versorgungsnachweis-Systemen (z.B. IVENA), um Informationsdefiziten an Landesgrenzen entgegenzuwirken.

Wir unterstützen den Gedanken einer integrierten Notfallversorgung nachdrücklich. Dazu erachten wir es für grundsätzlich sinnvoll, die ambulante und die stationäre Notfallversorgung zentral „unter einem Dach“ zu organisieren. Zentrale Anlaufstellen und ein koordiniertes Vorgehen der Beteiligten können die Notaufnahmen der Krankenhäuser entlasten und eine medizinisch sinnvolle Inanspruchnahme der Notfallversorgung fördern. Die gesetzliche Vorgabe verbindlicher Standards für eine integrierte Notfallversorgung ist dafür sinnvoll und hilfreich. Wesentliche Bausteine für Integrierte Notfallzentren haben der Marburger Bund und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam entworfen.

Mit einer Notfallreform muss auch ein adäquates Finanzierungsmodell für INZ und ihre Betreiber etabliert werden. Hierzu sieht der Referentenentwurf lediglich eine Anschubfinanzierung über fünf Jahre vor. Dringend erforderlich ist aber die Finanzierung der strukturellen und insbesondere der personellen Vorhaltung.

Die Kernfrage ist, wie viele INZ für eine flächendeckende Notfallversorgung benötigt werden und nach welchen Kriterien die Standorte verteilt werden.

Wir erachten es für dringend erforderlich, die nunmehr beabsichtigte Reform der Notfallversorgung mit der Krankenhausreform bzw. dem aktuell im Gesetzgebungsverfahren befindlichen Krankenhausreformanpassungsgesetzes (KHAG) zu koordinieren. Die Anbindung eines INZ-Standortes an die Voraussetzung einer Notfallstufe gemäß dem System der Notfallstrukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses muss mit der Krankenhausplanung Hand in Hand gehen. Dafür ist es nicht ausreichend, dass die erweiterten Landesausschüsse bei der Festlegung der INZ-Standorte lediglich die Krankenhausplanung nachvollziehen. In ländlichen Gebieten mit unversorgten Regionen fehlt zudem eine Antwort auf die Frage, wie Notfälle zukünftig adäquat versorgt werden können. Auch die besondere Bedeutung der Sicherstellungskrankenhäuser im Rahmen der Notfallversorgung bleibt ungeregelt.

B. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 27	Folgeänderung zu § 30 SGB V	<p>Zu § 27 - Krankenbehandlung Der Referentenentwurf sieht vor, den Rettungsdienst als eigenen medizinischen Leistungsbereich im SGB V zu regeln. Bei einem Notfall sollen Versicherte einen Anspruch haben auf ein Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung und Notfalltransport in eine geeignete Einrichtung.</p> <p>Bewertung: Das ist im Sinne einer bedarfsgerechten Patientensteuerung grundsätzlich zu begrüßen. Zur inhaltlichen Festlegung des Leistungsumfangs verweisen wir auf unsere Stellungnahme zu §§ 133 ff.</p>
2	§ 30	<p>Einführung eines Anspruchs auf medizinische Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>Zu § 30 - Medizinischen Notfallrettung Zu Absatz 1 Satz 2: Definition Notfall <i>„Ein rettungsdienstlicher Notfall liegt vor, wenn aus objektiver Sicht hinreichende Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sich der Versicherte in unmittelbarer Lebensgefahr befindet oder eine lebensbedrohende Verschlechterung seines Gesundheitszustandes oder eine schwere gesundheitliche Schädigung des Versicherten zu befürchten ist, sofern nicht unverzüglich eine medizinische Versorgung erfolgt.“</i></p> <p>Bewertung: Die Formulierung „aus objektiver Sicht“ ist zeitlich nicht definiert. Grundsätzlich bezieht sich "objektiv" auf Tatsachen und Umstände, die von außen beobachtbar und unabhängig von individuellen Empfindungen, Meinungen oder Perspektiven sind. Im juristischen Kontext bedeutet dies,</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>dass eine objektive Betrachtungsweise notwendig ist, um Sachverhalte und Geschehnisse gerecht und unvoreingenommen zu bewerten. Das definiert aber nicht, wann eine solche Betrachtung zu erfolgen hat. In der Begründung heißt es, dass eine „ex-ante-Betrachtung“ zugrunde zu legen ist. Dieser Terminus sollte zur Klarstellung direkt in den Gesetzeswortlaut aufgenommen werden.</p>
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	<p>Zu § 60 - Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten Zu Absatz 2 Nr. 2 Bewertung: Der Marburger Bund begrüßt die Regelung § 60 Abs. 2 Nr. 2 der Kostenübernahme für Fahrten im Zuge einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus während einer stationären Behandlung, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder soweit es zur Behandlung des Versicherten der besonderen Mittel des Krankenhauses der höheren Stufe nicht oder nicht mehr bedarf und die dortigen Versorgungskapazitäten für andere Patienten benötigt werden. Wir haben wiederholt darauf aufmerksam gemacht, dass im Zuge der mit der Krankenhausreform forcierten Spezialisierung die Regelung der „Abverlegung“ und deren Finanzierung dringend erforderlich ist. Die sogenannten Interhospitaltransporte werden sowohl durch die Krankenhausreform als auch durch die Notfallreform erheblich zunehmen. Dem stehen bereits jetzt begrenzte personelle Ressourcen entgegen.</p>
4	§ 73	Folgeänderung zu § 60 SGB V	
5	§ 73b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
6	§ 75	Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung <ul style="list-style-type: none"> • Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung • Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge 	<p>Zu § 75 – Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen</p> <p>Zu Absatz 1b</p> <p>Bewertung:</p> <p>Die Ausführungen zum Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante Notfallversorgung in § 75 Abs. 1b SGB V halten wir für sachgerecht.</p> <p>Zur Sicherstellung einer medizinisch notwendigen Erstversorgung von Patientinnen und Patienten mit akutem Behandlungsbedarf werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, durchgängig eine telemedizinische und eine aufsuchende Versorgung bereitzustellen. Hinzu kommt die Besetzung von INZ an sieben Tagen der Woche in definierten Zeiten.</p> <p>Die Möglichkeit einer durchgehenden ambulanten notdienstlichen Versorgung ist aus Sicht des Marburger Bundes wünschenswert, weil sie dazu beitragen kann, die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu entlasten. Mehrere Erhebungen belegen, dass in der Regel die Zahl der wartenden und behandelten Patientinnen und Patienten tagsüber deutlich höher ist als nachts. Sie ist werktags höher als am Wochenende und sie ist während der Praxisöffnungszeiten höher als außerhalb der Praxisöffnungszeiten (Mittwoch- und Freitagnachmittag, nachts und am Wochenende) (Zi-Paper 2017).</p> <p>Die ambulante Notfallversorgung muss gerecht verteilt werden. Das heißt, dass sich alle Ärztinnen und Ärzte an der Notfallversorgung beteiligen, so wie es die Berufsordnungen vorsehen.</p> <p>Ziel muss es sein, die Notaufnahmen in den Krankenhäusern so zu entlasten, dass die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte sich um Patienten kümmern können, die eine Behandlung durch das Krankenhaus benötigen. Eine erst kürzlich veröffentlichte forsa-Umfrage der AOK zur Primärversorgung zeigt, dass sich Orientierungslosigkeit und fehlende Steuerung vor allem an den Wochenenden und außerhalb der Praxis-Sprechzeiten negativ auswirken würden: So gaben 32 Prozent der</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Befragten an, dass sie auch bei medizinischen Problemen, die keine lebensbedrohlichen Notfälle darstellen – z. B. bei einem akuten Harnwegsinfekt oder Fieber über 39 Grad – am Wochenende als erste Anlaufstelle die Notaufnahme aufsuchen würden. 5 Prozent gaben sogar an, dass sie in solchen Fällen die Notrufnummer 112 wählen würden.
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	<p>§ 90 Absatz 4a NEU: Erweiterter Landesausschuss</p> <p>Der erweiterte Landesausschuss bestehend aus Vertretern der Krankenkassen und Vertretern der Ärztinnen und Ärzte (Kassenärztliche Vereinigung) erhält mit der Standortfestlegung für INZ neue Aufgaben und wird um Vertreter der Krankenhäuser erweitert.</p> <p>Bewertung:</p> <p>Hier sehen wir Änderungsbedarf hinsichtlich Zusammensetzung des erweiterten Landesausschusses und der Stimmengewichtung bei Beschlüssen.</p> <p>Aus unserer Sicht muss die gesamte Ärzteschaft im erweiterten Landesausschuss vertreten sein, da die Krankenhausärzte ebenfalls in die INZ eingebunden sind. Das gilt umso mehr, als bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 Vertreter des Rettungsdienstes anzuhören sein sollen.</p> <p>Wir halten es für wichtig, die Landesärztekammern im erweiterten Landesgremium zu beteiligen, da sie laut Heilberufe-Kammergesetzen für die Notfallversorgung mit verantwortlich sind und die Weiterbildungsbefugnisse in ihren Händen liegen.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Schließlich ist die vorgesehene Stimmengewichtung im erweiterten Landesausschuss (Stimmen der Krankenkassen zählen doppelt) nicht sachgerecht.</p>
11	§ 90a	Ergänzung Vertreter des Rettungsdienstes in gemeinsamen Landesgremien nach § 90a	<p>§ 90a SGB V – Gemeinsames Landesgremium Nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen kann für den Bereich des Landes ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie weiteren Beteiligten gebildet werden. Das gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben; hierzu gehören auch Empfehlungen zu einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung.</p> <p>Bewertung: Vertreter des Rettungsdienstes werden explizit als mögliche Mitglieder in die Regelung der gemeinsamen Landesgremien nach § 90a aufgenommen. Dies geschieht, um die Expertise der Rettungsdienste insbesondere bei Empfehlungen zur sektorenübergreifenden Notfallversorgung mit einzubinden und die Mitspracherechte für sie als wichtige Akteure der Notfallversorgung zu erweitern, heißt es in der Begründung. Unseres Erachtens ist ebenso die Expertise der Krankenhausärztinnen und -ärzte erforderlich, insbesondere in Bezug auf die Patientensteuerung im INZ. Es sollten daher auch Vertretern des Marburger Bundes als mögliche Mitglieder in die Regelung aufgenommen werden.</p>
12	§ 92	Klarstellung, dass Richtlinie des G-BA nicht den Notfalltransport umfasst	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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	<ul style="list-style-type: none"> • 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) <ul style="list-style-type: none"> • Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion • Notaufnahme, Notdienstpraxis, Ersteinschätzungsstelle - optional Kooperationspraxis / statt Notdienstpraxis MVZ oder Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Nähe • Ersteinschätzung und Steuerung innerhalb des INZ, gegenseitige Datenübermittlung • Versorgungsvertrag mit Apotheken • Telemedizinische Anbindung an Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie 	<p>Zu § 123: Integrierte Notfallzentren (INZ)</p> <p>Zu Absatz 1:</p> <p>Durch die Notfallreform sollen an ausgewählten Krankenhäusern Integrierte Notfallzentren (INZ) flächendeckend etabliert werden. Sie sollen aus Notaufnahme des zugelassenen Krankenhauses, Notdienstpraxis und Ersteinschätzungsstelle bestehen. Diese arbeiten auf Grundlage einer Kooperationsvereinbarung zusammen und werden untereinander digital vernetzt.</p> <p>Wesentliches Element des Integrierten Notfallzentrums sei die zentrale Ersteinschätzungsstelle, die Hilfesuchende der richtigen Struktur innerhalb des Integrierten Notfallzentrums zuweist. Perspektivisch soll dies über eine standardisierte, qualifizierte und digitale Ersteinschätzung geschehen.</p> <p>Die Vertragspartner des Integrierten Notfallzentrums sollen zudem die Möglichkeit haben, zur Patientenversorgung geeignete, im Umkreis des jeweiligen Krankenhausstandortes gelegene zugelassene Ärzte sowie</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung von INZ 	<p>medizinische Versorgungszentren (Kooperationspraxen) in die Kooperationsvereinbarung einbeziehen.</p> <p>Bewertung:</p> <p>Die in Absatz 1 beschriebene Zusammensetzung eines INZ, bestehend aus Notaufnahme, Notdienstpraxis und zentraler Ersteinschätzungsstelle, greift unsere Vorschläge in vielen Punkten auf und wird von uns begrüßt.</p> <p>Die Zuweisung von Patientinnen und Patienten in eine geeignete ambulante Versorgungsebene scheitert derzeit oftmals an der unzureichenden Vorhaltung von regionalen Akutbehandlungsterminen im ambulanten, hausärztlichen und fachärztlichen Sektor.</p> <p>Die optionale Anbindung von Kooperationspraxen zur ambulanten Versorgung außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis kann daher grundsätzlich sinnvoll sein. Hierzu existieren bereits einige Modellprojekte wie zum Beispiel in NRW (Köln) und in Hessen.</p> <p>Zu Absatz 2: Steuerung innerhalb eines INZ</p> <p>Für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbstständig ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, trifft die zentrale Ersteinschätzungsstelle eine Entscheidung über die Behandlungsdringlichkeit und über die geeignete Versorgungsebene innerhalb des Integrierten Notfallzentrums.</p> <p>Bewertung:</p> <p>Die beschriebene Steuerung im INZ ist weder nachvollziehbar noch eindeutig in seiner Konsequenz geregelt.</p> <p>Nach dem Wortlaut soll ein Ersteinschätzungsverfahren nur bei Hilfesuchenden erfolgen, die selbstständig das INZ aufsuchen. Unklar ist, welches Verfahren bei Patientinnen und Patienten anzuwenden ist, die - so</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>wie es wünschenswert ist - vor Aufsuchen des INZ die Akutleitstelle telefonisch kontaktiert haben.</p> <p>Nach dem Wortlaut der Regelung trifft die zentrale Ersteinschätzungsstelle Entscheidungen über die Behandlungsdringlichkeit und über die geeignete Versorgungsebene ausschließlich innerhalb des Integrierten Notfallzentrums.</p> <p>Aus der Begründung ergibt sich, dass lediglich für die Zeiten, in denen die Notdienstpraxis oder eine Kooperationspraxis geöffnet hat, die Ersteinschätzung auch entscheide, in welcher Versorgungsebene des Integrierten Versorgungszentrums, also Notaufnahme oder Notdienstpraxis beziehungsweise bei einer bestehenden Kooperation in den entsprechenden Zeiten eine Kooperationspraxis, die Patientin oder der Patient am besten versorgt werden kann.</p> <p>In der Begründung heißt es dazu: „<i>Aus Gründen der Patientensicherheit ist nach einer bloßen Ersteinschätzung eine Verweisung aus den Räumlichkeiten des Integrierten Notfallzentrums heraus für Patientinnen und Patienten nur nach einer separat zu vergütenden, tatsächlichen Untersuchung durch eine Ärztin beziehungsweise einen Arzt entweder in der Notdienstpraxis oder der Notaufnahme möglich. Etwas anderes gilt nur unter der Voraussetzung, dass die Patientin oder der Patient von der Ersteinschätzungsstelle in eine Kooperationspraxis nach Absatz 1 Satz 7 mit der entsprechenden engen Vernetzung weitergeleitet werden kann. Durch die enge Verknüpfung der Kooperationspraxis mit dem Integrierten Notfallzentrum ist gewährleistet, dass die vermittelten Patientinnen und Patienten dort ebenso zeitnah und verlässlich versorgt werden wie in einer Notdienstpraxis.</i>“</p> <p>Zur Klarstellung – auch mit Blick auf die dazu kontrovers geführte Diskussion der vorherigen Reformentwürfe - sollte die Notwendigkeit eines</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Arztkontaktes in die Regelung selbst aufgenommen werden. Diese Notwendigkeit sehen wir auch vor dem Hintergrund, dass der G-BA bei der Entwicklung eines Ersteinschätzungsgerichts die Einbeziehung ärztlichen Personals lediglich bezüglich der Weiterleitung an ein INZ regeln soll (Siehe Begründung Seite 75).</p> <p>Ausdrücklich begrüßen wir die Festlegung des Datenaustausches innerhalb des Integrierten Notfallzentrums in Form einer digitalen Fallübergabe in einem interoperablen Datenformat.</p> <p>Das Angebot zur Vermittlung einer notwendigen ambulanten Weiterbehandlung nach einer notdienstlichen Akutversorgung im INZ ist sinnvoll.</p> <p>Im Sinne einer besseren Patientensteuerung erachten wir es für sachgerecht, dass Hilfesuchende, die nachweisen, dass sie das Integrierte Notfallzentrum aufgrund einer telefonischen oder digitalen Vermittlung durch die Akutleitstelle aufsuchen, dort bei gleicher Behandlungsdringlichkeit grundsätzlich vorrangig zu behandeln sind.</p>
	§ 123a	<p>Einrichtung von INZ</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>§ 123a: Einrichtung von Integrierten Notfallzentren</p> <p>Zu Absatz 1: Standortauswahl und Festlegung</p> <p>Die Standortfestlegung soll durch die erweiterten Landesausschüsse § 90 Abs. 4a innerhalb 6 Monaten nach Inkrafttreten durch Bescheid erfolgen. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und der Landesplanung sowie der Krankenhausplanung sind zu berücksichtigen.</p> <p>Ein Krankenhausstandort soll als Standort für ein Integriertes Notfallzentrum nur dann bestimmt werden, wenn die Voraussetzung der Notfallstufe Basisnotfallversorgung gemäß der vom G-BA beschlossenen Regelungen</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 erfüllt sind und keine berechtigten Interessen des Krankenhauses entgegenstehen.</p> <p>Bewertung:</p> <p>Der Marburger Bund begrüßt die Anbindung eines INZ-Standortes an die Voraussetzung einer G-BA Notfallstufe. Die genannte Basisnotfallstufe sehen wir als Mindestvoraussetzung.</p> <p>Bei einer „flächendeckenden“ Ausstattung mit INZ liegen die Vorstellungen weit auseinander. Vor dem Hintergrund begrüßen wir, dass die Bestimmung durch die erweiterten Landesausschüsse nach § 90 Absatz 4a nach bundeseinheitlichen Kriterien erfolgen soll. Allerdings müssen die dazu in den Nummern 1 bis 5 gelisteten Kriterien verbindlich vorgegeben werden und nicht lediglich als eine Soll-Regelung.</p> <p>Die Erreichbarkeitsvorgabe von 30-Fahrzeitminuten in Ziffer 1 erachten wir zudem als eine maximale Obergrenze, die bundesweit sichergestellt sein muss.</p> <p>Wenig konkret bleibt der Gesetzentwurf bei der Frage, wie letztlich eine flächendeckende Ausstattung mit INZ sichergestellt werden soll, wenn der Standortfestlegung berechtigte Interessen entgegenstehen. In der Begründung wird ausgeführt (Seite 70): „Als berechtigte Interessen in Betracht kommen beispielsweise geplante Schließungen des Krankenhausstandortes oder anstehende Strukturveränderungen in der Notfallversorgung, sodass der Standort die weiteren Standortkriterien nicht mehr erfüllen könnte. Dies gilt auch, wenn das Krankenhaus nachweist, dass es die mit der Bestimmung als Standort eines Integrierten</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p><i>Notfallzentrums verbundenen neuen Aufgaben personell oder finanziell nicht erfüllen kann.“</i></p> <p>Diese Interpretation des berechtigten Interesses sowie die Berücksichtigung der Erfordernisse und Ziele der Krankenhausplanung in Satz 1 bedeuten, dass die Notfallreform die Entscheidungen der Krankenhausreform nachvollziehen muss.</p> <p>Das ist aus unserer Sicht der falsche Ansatz für die Sicherstellung der Notfallversorgung als Teil der Daseinsvorsorge. Vielmehr muss die Notfallversorgung in der Krankenhausreform bereits mitgedacht werden. Nach dem derzeitigen Stand des Krankenhausreformanpassungsgesetzes sollen Erreichbarkeitskriterien für die Zuteilung von Leistungsgruppen im Rahmen der Krankenhausplanung gänzlich entfallen.</p> <p>Sicherstellungskrankenhäuser brauchen bereits nach dem KHVVG keine Notfallstufe mehr ausweisen.</p> <p>Fachkrankenhäuser nehmen ohnehin nicht an der Notfallversorgung teil. Zusammen mit dem Ziel der Konzentration von Krankenhausstandorten haben wir erhebliche Zweifel, wie die Notfallversorgung insbesondere in strukturschwachen Regionen und in Flächenländern zukünftig sichergestellt werden soll.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.) Streichung Absatz 1 Nummer 2; 2.) Um Interhospitaltransporte zu reduzieren und Klarheit bezüglich der Notfallversorgung am Krankenhaus zu schaffen, wäre die Einrichtung von INZ an allen Kliniken mit nach GBA Kriterien Stufe 1, 2 und 3 der Notfallversorgung sinnvoll. Die Einschränkung der Verfügbarkeit der vertragsärztlichen Versorgung ist in den Kooperationsverträgen nach Nachweis der Inanspruchnahme möglich.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Zu Absatz 2: Kooperationsvereinbarung und Öffnungszeiten Notdienstpraxis</p> <p>Zur Organisation des Integrierten Notfallzentrums schließen die Kassenärztliche Vereinigung und der Krankenhausträger innerhalb von neun Monaten, nachdem der betreffende Krankenhausstandort als Standort eines Integrierten Notfallzentrums festgelegt worden ist, eine Kooperationsvereinbarung.</p> <p>Für Notdienstpraxen am INZ werden Mindestöffnungszeiten vorgegeben. Dies umfasst mindestens Öffnungszeiten an Wochenenden und Feiertagen von 9 bis 21 Uhr, Mittwoch und Freitag von 14 bis 21 Uhr und Montag, Dienstag und Donnerstag von 18 bis 21 Uhr.</p> <p>Bewertung:</p> <p>Aus Sicht des Marburger Bundes macht es Sinn, dass die Organisation eines INZ in individuellen Kooperationsvereinbarungen geregelt werden soll, während die für alle INZ geltenden Grundsätze von den Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene in einer Rahmenvereinbarung getroffen werden sollen.</p> <p>Die gesetzliche Vorgabe von Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxen ist erforderlich, um die Steuerung der Patienten in die bedarfsnotwendige Behandlungsebenen als Zielsetzung der Reform realisieren zu können. Denn nach der geplanten Neuregelung des § 123 Abs. 2 soll lediglich für die Zeiten, in denen die Notdienstpraxis oder eine Kooperationspraxis geöffnet hat, die Ersteinschätzung auch darüber entscheiden, in welcher Versorgungsebene des Integrierten Versorgungszentrums, also Notaufnahme oder Notdienstpraxis beziehungsweise bei einer bestehenden Kooperation in den entsprechenden Zeiten eine Kooperationspraxis, die Patientin oder der Patient am besten versorgt werden kann.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Zu Absatz 4: Rahmenvorgaben zur Zusammenarbeit</p> <p>Bewertung:</p> <p>Der Marburger Bund erachtet es für sinnvoll, dass die Grundsätze der Zusammenarbeit in einem INZ in einer Rahmenvorgabe der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene geregelt werden sollen. Dies sichert ein bundesweit einheitliches Verfahren, insbesondere hinsichtlich der Voraussetzungen für die Weiterleitung von Hilfesuchenden in die Kooperationspraxen.</p>
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	
	§ 123c	<p>Ersteinschätzung</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>Zu § 123c</p> <p>Ersteinschätzung, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses</p> <p>Zu Absatz 1: Krankenhäuser ohne INZ</p> <p>Mit der vorliegenden Änderung wird die Abrechenbarkeit einer ambulanten Behandlung an einem Krankenhausstandort ohne Integriertes Notfallzentrum an die Voraussetzung geknüpft, dass mithilfe eines standardisierten digitalen Ersteinschätzungsverfahrens, welches der G-BA entwickeln soll, festgestellt wurde, dass eine Verweisung an das nächstgelegene Integrierte Notfallzentrum im Einzelfall nicht zumutbar ist. Dadurch soll auch den Krankenhäusern, die kein Integriertes Notfallzentrum betreiben, die standardisierte, digitale Ersteinschätzung aufgegeben werden. Die Regelung soll ab dem Zeitpunkt gelten, in dem der G-BA die Durchführung einer Ersteinschätzung für verbindlich erklärt hat.</p> <p>Bewertung:</p> <p>Wir begrüßen, dass der Referentenentwurf vorsieht, dass Krankenhäuser, die kein INZ-Standort sind, nicht von der ambulanten Notfallversorgung ausgeschlossen werden. Die Einbeziehung der Krankenhäuser ohne INZ ist</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>aus unserer Sicht zum einen deshalb erforderlich, da davon auszugehen ist, dass sich trotz einer verbesserten Patientensteuerung weiterhin Hilfesuchende an diese Krankenhäuser wenden werden. Zum anderen werden INZ-Standorte nicht alleine die Notfallversorgung übernehmen können. Nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft nahmen 1.145 Krankenhausstandorte im Jahr 2023 am gestuften System der stationären Notfallversorgung teil und verfügen folglich über eine Notaufnahme.</p> <p>Das vorgeschlagene Verfahren einer grundsätzlichen Verweisungsnotwendigkeit der Hilfesuchenden an INZ-Standorte erachten wir für kaum umsetzbar. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Anzahl der INZ Standorte nicht alle Notaufnahmen nach GBA Kriterien einbezieht. Zusätzlich ist es weder medizinisch, noch im Sinne eines effizienten Ressourceneinsatzes sinnvoll, wenn eine fallabschließende Behandlung, die ohne relevanten technischen Einsatz rasch möglich ist (z.B. Naht einer Schnittwunde) nicht unmittelbar stattfindet, sondern der Patient weiterverwiesen wird.</p> <p>Wir erachten zudem den Anspruch, dass der G-BA für Krankenhäuser ohne INZ ein Extratool entwickeln soll, dass die Frage der Zumutbarkeit der Weiterleitung an ein INZ klären soll für nicht umsetzbar. Die Zumutbarkeit kann nicht isoliert durch medizinische Kriterien gerechtfertigt werden. Letztlich soll eine solche Vorgabe nicht zum Zwecke der Patientensteuerung, sondern zur Entscheidung über die Vergütung eine ambulante Notfallbehandlung in einem Krankenhaus ohne INZ getroffen werden.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Zu Absatz 2</p> <p>Der Gemeinsame Bundesausschuss soll in einer Richtlinie innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes Vorgaben für ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument festlegen.</p> <p>Bewertung:</p> <p>Kritisch sehen wir die Entwicklung eines Tools für Krankenhäuser ohne INZ (siehe Ausführungen unter Absatz 1).</p> <p>Positiv bewerten wir, dass der G-BA in der Richtlinie außerdem Mindestanforderungen an die sächliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen und der Leistungserbringer nach § 123 Absatz 1 Satz 6 in INZ sowie der Kooperationspraxen stellt.</p> <p>Die Mindestanforderungen sollen sich laut Begründung an der üblichen personellen und sachlichen Ausstattung einer Hausarztpraxis orientieren und sollen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen.</p> <p>Festlegungen zur einheitlichen Ausstattung der Notdienstpraxen sind erforderlich für die Bewertung, welche Art und Schwere medizinischen Hilfeersuchens dort behandelt werden können. Dasselbe gilt auch für Kooperationspraxen, an die Akutpatientinnen und -patienten weitergeleitet werden.</p> <p>Entsprechende Vorschläge beinhaltet auch unser Konzept.</p>
18	§ 133	Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung <ul style="list-style-type: none"> • Nur nach Landesrecht vorgesehene oder beauftragte Leistungserbringer • Vergütungsverträge für Leistungen nach SGB V erforderlich 	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Transparenzpflicht bezüglich Kalkulationen • Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 SGB V • Schiedseinrichtung bei Nichtzustandekommen • Entsprechende Geltung für Krankentransporte • Übergangsregelung 	
	§ 133a	<p>Gesundheitsleitsystem</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>§ 133a: Gesundheitsleitsystem</p> <p>Die Bildung von Gesundheitsleitsystemen besteht aus einer Rettungsleitstelle mit der Notrufnummer 112 und einer Akutleitstelle mit der Rufnummer 116117, die digital miteinander vernetzt sind.</p> <p>Positiv zu werten ist, dass mit einem Gesundheitsleitsystem die Zusammenarbeit von Rettungsleitstellen und Kassenärztlichen Vereinigungen einen verbindlichen Charakter bekommen soll.</p> <p>Zu Absatz 1:</p> <p>Auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle ist die örtlich zuständige Kassenärztliche Vereinigung als Träger der Akutleitstelle verpflichtet, mit diesem eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems zu schließen, wenn die Rettungsleitstelle über eine digitale standardisierte Notrufabfrage verfügt.</p> <p>Aufgabe eines Gesundheitsleitsystems ist die organisatorische und technische, insbesondere digitale Kooperation.</p> <p>In einer Kooperationsvereinbarung sind die Einzelheiten der Zusammenarbeit festzulegen.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Bewertung:</p> <p>Absatz 1 regelt die Bildung von Gesundheitsleitsystemen durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen. Ein Gesundheitsleitsystem kann für den Hilfesuchenden und für eine besserer Koordination der Beteiligten nur dann nützlich sein, wenn es bundesweit verbindlich ist. Dies ist nach der geplanten Ausgestaltung nicht der Fall, da es nur auf Antrag der Leitstellen beantragt werden kann, die eine Software für standardisierte Notrufabfrage nutzen.</p> <p>Das Gesundheitsleitsystem ist folglich von einer doppelten Bedingung abhängig:</p> <p>Zum einen von der Nutzung einer standardisierten Notrufabfrage und zum anderen von einem Kooperationsantrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle.</p> <p>Der Umsetzungsgrad ist demnach davon abhängig, ob und in welchen Rettungsdienstbereichen eines der digitalen standardisierten Systeme bereits genutzt wird. Eine verpflichtende Einführung für die Rettungsleitstellen besteht nicht.</p> <p>Während das Abfragesystem für die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 75 Absatz 1c Satz 3 SGB V vorgegeben ist, werden für die Abfragesysteme der Rettungsleitstellen nur die Vorgabe gemacht, „dass das jeweils verwendete Abfragesystem dazu geeignet ist, sowohl lebensbedrohliche Zustände in weniger als einer Minute zu erkennen als auch Behandlungsanlässe mit geringer oder fehlender Dringlichkeit zu identifizieren.“</p> <p>Bundesweite Standards werden damit nicht gesetzt.</p> <p>Das erachten wir nicht für sinnvoll. Der Marburger Bund spricht sich für ein einheitliches System an allen Anlaufstellen aus. Ziel muss es sein, dass im Bereich der Ersteinschätzung überall die gleiche Sprache gesprochen wird.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Insgesamt ist mit der beabsichtigten Regelung der angestrebte Vernetzungsgrad, aber auch das geschätzte Einsparpotenzial fraglich.
	§ 133b	Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung <ul style="list-style-type: none"> • Gremium bei GKV-SV, paritätisches Stimmengewicht 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 	<p>§ 133b: Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung</p> <p>Der in Entwürfen der Vorgängerregierung beim BMG einzurichtende „Qualitätsausschuss Notfallrettung“ soll nun durch ein beim GKV-SV angesiedeltes Gremium ersetzt werden, das Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung beschließt.</p> <p>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsendet eine ausreichende Anzahl an Vertretern. Die Länder können jeweils einen Vertreter benennen. Die Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Länder benennen mit einfacher Mehrheit gemeinsam zusätzliche Vertreter der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1 und der maßgeblichen Fachgesellschaften und Fachverbände. Das Bundesministerium für Gesundheit entsendet einen Vertreter.</p> <p>Das Bundesministerium für Gesundheit kann zwar Fristen für die Erstellung von Rahmenempfehlungen festlegen. Bei einem fruchtbaren Verstreich kann das Bundesministerium für Gesundheit aber auch nur entsprechende Empfehlungen im Benehmen mit den Vertretern der Länder, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Leistungserbringer erstellen können.</p> <p>Bewertung:</p> <p>Die Leistungen der medizinischen Notfallrettung sollen lediglich in einer Rahmenempfehlung festgelegt werden. Die Umsetzung bundesweiter Standards für die Notfallrettung sind damit nicht gesichert.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 133c	<p>Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>§ 133c: Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung</p> <p>Die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, die an der stationären Notfallversorgung beteiligten zugelassenen Krankenhäuser, die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Ärzte, die notdienstliche Akutversorgung gemäß § 75 Absatz 1b erbringen oder die in einer Kooperationspraxis Patienten aus dem Integrierten Notfallzentrum behandeln sind zur digitalen Kooperation verpflichtet. Hierfür sind bundeseinheitlich definierte, digitale Schnittstellen und Standards für die Datensätze einzurichten.</p> <p>Die an der Notfallversorgung beteiligten zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, ihre Versorgungskapazitäten entsprechend Satz 1 in Echtzeit an den Betreiber des Versorgungskapazitätennachweises einrichtungsbezogen und nicht versichertenbezogen über den Versorgungskapazitätennachweis zu übermitteln.</p> <p>Bewertung:</p> <p>Um freie medizinische Notfallkapazitäten mit Hinterlegung der jeweiligen Fachspezifika schnell abfragen zu können, sollte in allen Bundesländern ein „einheitliches System“ zum interdisziplinären Versorgungsnachweis eingeführt werden, das auch länderübergreifend und im grenznahen Bereich eingesetzt werden kann.</p>
	§ 133d	Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form durch Datenstelle beim GKV-SV	<p>§133d: Datenübermittlung zur Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung</p> <p>Hier wird auf eine Rechtsverordnung nach § 133c Absatz 6 SGB V Bezug genommen. Diese Regelung findet sich in dem Referentenentwurf nicht. Gemeint ist wohl § 133b Absatz 6?</p> <p>In der Begründung wird auf eine Rechtsverordnung nach § 133c Absatz 7 in Verbindung mit § 385 Bezug genommen, die es so auch nicht gibt. Gemeint</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			ist wohl § 133b Absatz 7: Entscheidung Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Rechtsverordnung nach § 385 Absatz 1 Satz 1?
	§ 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	
	§ 133f	Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung <ul style="list-style-type: none"> • 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 Betreiber 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 Ausfuhr genehmigung 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	Finanzierung der für INZ-Standorte geforderten strukturellen und personellen Ausstattung	<p>Weiterer Regelungsbedarf</p> <p>Mit einer Notfallreform muss auch ein adäquates Finanzierungsmodell für INZ und ihre Betreiber etabliert werden. Hierzu sieht der Referentenentwurf lediglich eine Anschubfinanzierung über fünf Jahre vor. Erforderlich ist aber auch die Finanzierung der Vorhaltung seitens des Krankenhauses. Dies betrifft die Finanzierung der für INZ-Standorte geforderten strukturellen und personellen Ausstattung.</p> <p>Nach § 105 Absatz 1b SGB V sind laut Begründung im Referentenentwurf die Strukturen nach §§ 75 Absatz 1b Satz 5 Nummer 2 und 3, 75 Absatz 1c</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>und 133a förderfähig; hierzu zählen insbesondere die Errichtung und der Betrieb der Akutleitstellen, inklusive der Vorhaltung des Personals zur Ersteinschätzung und von Beratungsärztinnen und -ärzten, der aufsuchende Dienst und Maßnahmen zur digitalen Vernetzung der Akutleitstelle mit den Rettungsleitstellen. Darüber hinaus sind die integrierten Notfallstrukturen nach §§ 123 bis 123b förderfähig; hierzu zählen insbesondere die Errichtung und Vorhaltung von Notdienstpraxen und Maßnahmen zur digitalen Vernetzung. Kooperationspraxen nach § 123 Absatz 1 Satz 6 können durch Mittel aus dem Strukturfonds nach Absatz 1a gefördert werden.</p>