

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

(Bearbeitungsstand: 12.11.2025)

Name des Verbandes: Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V.

Datum: 04.12.2025

Die Universitätsklinika befürworten das Anliegen des Gesetzentwurfs, die ambulante, stationäre und rettungsdienstliche Notfallversorgung zu einer integrierten Notfallversorgung zusammenzuführen. Die Vernetzung von Rettungsleitstellen, Akutleitstellen und Terminservicestellen ist zu begrüßen. Jedoch sollte die Verknüpfung zwischen den Stellen in jedwede Richtung verpflichtend sein. Begrüßt wird darüber hinaus die bundesweite Vereinheitlichung der notdienstlichen Akutversorgung durch die Konkretisierung und Betonung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) für die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland. Verpflichtende 24/7 telemedizinische Versorgung und aufsuchende Versorgung sind folgerichtig und vollumfänglich zu erbringende Leistungen im Rahmen der Verantwortung für den notdienstlichen Sicherstellungsauftrag. Die konkrete Umsetzung der gesetzlichen Maßnahmen ist von Beginn an engmaschig durch eine unabhängige Institution zu monitoren und für den Fall der Nicht-Erfüllung sind Sanktionen vorzusehen.

Ziel der Reform muss es sein, dass Patienten¹ im Notfall eine Versorgung erhalten, die ihrem akuten Versorgungsbedarf entspricht. Daher ist es richtig, geeignete Krankenhäuser mit entsprechender Infrastruktur als zentralen Anlaufpunkt der Notfallversorgung zu etablieren. Hier besteht jedoch Konkretisierungsbedarf im Gesetz dahingehend, dass zuvorderst Krankenhäuser mit den stationären G-BA-Notfallstufen 2 (erweiterte Notfallversorgung) und 3 (umfassende Notfallversorgung) als Standorte für Integrierte Notfallzentren (INZ) festgelegt werden, da hier die erforderliche Breite der medizinischen Versorgung/Behandlung möglich ist. Sollte darüber hinaus ein weiterer Bedarf für INZ bestehen, so muss entsprechend des regionalen Versorgungsbedarfs über weitere Standorte, die zumindest die Basisnotfallversorgung entsprechend der G-BA-Notfallstufe 1 vorhalten, entschieden werden.

Dem Krankenhaus die fachliche Leitung des INZ zuzuordnen ist sachgerecht, da Krankenhäuser die notwendige Expertise verlässlich sicherstellen können. Darüber hinaus wird das INZ aufgrund der Ansiedlung am Krankenhausstandort von den Patienten als Teil des Krankenhauses wahrgenommen. Patienten-Erfahrungen mit dem INZ sind ohnehin unweigerlich mit dem Krankenhaus assoziiert. Die vorgesehene fachliche Leitung

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der Stellungnahme das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint.

der INZ durch das Krankenhaus ist für Universitätsklinika in besonderem Maße von Bedeutung, weil die grundgesetzlich gewährleistete Freiheit von Forschung und Lehre eine Unabhängigkeit auch der ambulanten Notfallversorgung erfordert.

Für eine wirkliche Entlastung der Notaufnahmen in den Krankenhäusern ist eine tatsächliche Erfüllung des Sicherstellungsauftrages in der ambulanten Notfallversorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen durch einen 24/7-Betrieb der KV-Notdienstpraxis am INZ erforderlich.

Ein einheitliches Ersteinschätzungsverfahren für das INZ ist dem Grunde nach zu begrüßen. Es muss für alle Behandlungsfälle gleichermaßen gut geeignet sein und die Patienten in die richtige Versorgungsstruktur lenken. Daher ist ein wissenschaftlich validiertes System zu verwenden, das praktikabel, bürokratiearm und zur Anwendung auch durch medizinisch geschultes nicht-ärztliches Personal geeignet ist.

Nicht enthalten im Gesetzentwurf sind Maßnahmen, die darauf hinwirken, dass Patienten – außer bei schwerwiegender oder lebensbedrohlicher Symptomatik – vorrangig tatsächlich die Akutleitstelle in Anspruch nehmen. Ohne derartige Maßnahmen könnten die Ziele des Gesetzes in dem erwarteten Umfang womöglich nicht erreicht werden.

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 <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 	<p>§ 30 Abs. 2 SGB V – Medizinische Notfallrettung</p> <p><u>Sachverhalt:</u> Der neue § 30 SGB V regelt in Abs. 2, was die medizinische Notfallrettung umfasst.</p> <p><u>Bewertung:</u> Die geplante Verankerung der medizinischen Notfallrettung als eigener Leistungsbereich im SGB V ist grundsätzlich ausdrücklich zu begrüßen.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<p>Einbindung von Ersthelfern durch auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	<p>§ 60 Abs. 2 Nr. 2 SGB V – Krankentransporte und Krankenfahrten bei Fahrten im Zuge einer Verlegung</p> <p><u>Sachverhalt:</u> Mit der neuen Nr. 2 in Absatz 2 wird geregelt, dass Krankenhäuser höherer Stufe Patienten in Krankenhäuser niedriger Stufe verlegen können und die Kosten der Fahrten von den Krankenkassen übernommen werden.</p> <p><u>Bewertung:</u> Die Regelung ist dringend erforderlich und daher sehr zu begrüßen. Insbesondere den Universitätsklinika und Maximalversorgern bietet sie die Möglichkeit, Patienten mit gefestigtem Therapiefortschritt zur stationären Weiterbehandlung in Krankenhäuser niedriger Versorgungsstufe zu verlegen. Somit ergibt sich die Möglichkeit angesichts der Umstrukturierungen im Sinne der Krankenhausreform die bestehenden Strukturen effizienter zu nutzen. Dies gilt auch im Falle einer überregionalen</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Krisenversorgung im Rahmen hierfür ausgearbeiteter Koordinierungspläne der Transport- und Versorgungsstrukturen (z.B. nach dem Kleeblattprinzip). Zugleich ist es nötig korrespondierende Regelungen in anderen Gesetzen oder Bestimmungen ebenfalls anzupassen, bspw. in den zweiseitigen Verträgen und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften nach § 112 SGB V.</p> <p>Weiterhin muss bei einem Transport im Rahmen einer ambulanten Behandlung gemäß § 60 Abs. 2 Nr. 3 und 4 klargestellt werden, dass nach dieser ambulanten Behandlung ebenfalls ein Anspruch auf Rücktransport nach Hause oder in ein Pflegeheim besteht.</p>
4	§ 73	Folgeänderung zu § 60 SGB V	
5	§ 73b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
6	§ 75	<p>Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung • Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge 	<p>§ 75 Abs. 1b SGB V – Inhalt und Umfang der Sicherstellung</p> <p><u>Sachverhalt:</u></p> <p>Mit § 75 Abs. 1b wird der neue Begriff der notdienstlichen Akutversorgung als vertragsärztliche Leistung eingeführt. Diese umfasst Fälle, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist und soll 24 Stunden an sieben Tagen der Woche sichergestellt werden.</p> <p>Die notdienstliche Versorgung ist jedoch ausdrücklich auf eine Erstversorgung der Versicherten, also auf die kurzfristig erforderliche Behandlung sowie alle medizinisch gebotenen Maßnahmen der Diagnostik zur Klärung der Dringlichkeit und zum Ausschluss eines dringenden weitergehenden Versorgungsbedarfes und der überbrückenden Therapie von akuten Beschwerden, begrenzt.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Die KVen haben die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch die Beteiligung an INZ sowie durch ein telemedizinisches (telefonisch oder per Video) und ein aufsuchendes Versorgungsangebot sicherzustellen. Kann eine entsprechende Versorgung nicht sichergestellt werden, sind (fachärztliche) Notdienststrukturen – insbesondere zu sprechstundenfreien Zeiten – aufrechtzuhalten oder zu schaffen.</p> <p>Die Versorgung soll zudem auf die besonderen Belange von Pflegebedürftigen ausgerichtet sein. Den KVen/Vertragsärzten wird hierzu ermöglicht, diese Leistung auch durch nicht-ärztliches Personal im Rahmen der ärztlichen Delegation nach § 28 Abs. 1 SGB V zu erbringen.</p> <p><u>Bewertung:</u></p> <p>Durch die Beteiligung der KVen an INZ sowie durch das telemedizinische und aufsuchende Versorgungsangebot wird eine zusätzliche zentrale Anlaufstelle der vertragsärztlichen Versorgung in Not- oder Akutfällen geschaffen. Diese Konkretisierung des Versorgungsauftrages ist sehr zu begrüßen, da hierdurch eine Verbesserung der notdienstlichen Versorgung von Patienten, vor allem in der Fläche, erreicht werden kann. Es sollte näher definiert werden, was die Erstversorgung der Versicherten konkret umfasst. Auch ist eine Aufklärung der Versicherten über den damit einhergehenden Leistungsanspruch notwendig, um Missverständnisse hierüber zwischen Leistungserbringern und Patienten möglichst zu vermeiden.</p> <p>Darüber hinaus ist es richtig, die Versorgung auf die besonderen Belange von immobilen Patienten bzw. Pflegebedürftigen auszurichten. Hierzu sollten jedoch konkrete Maßnahmen für die Versorgung in Pflegeheimen verbindlich geregelt werden. Das bedeutet, dass die aufsuchende Versorgung 24/7 durch die KVen auch in Pflegeheimen erfolgen muss. Dies wäre ein wichtiger</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Baustein, um die Inanspruchnahme der Krankenhausstrukturen zu reduzieren.</p> <p>Zudem sollte ein engmaschiges Monitoring durch eine unabhängige Instanz dahingehend erfolgen, ob die KVen diesem Auftrag nachkommen und ggf. Sanktionsmaßnahmen geregelt sind.</p> <p>§ 75 Abs. 1c SGB V (neu) – Inhalt und Umfang der Sicherstellung</p> <p><u>Sachverhalt:</u></p> <p>Neben den Terminservicestellen haben die KVen unter derselben bundesweiten Rufnummer zusätzlich sog. Akutleitstellen einzurichten. Sie dienen als zentrale Anlaufstelle für Patienten, die von einer sofortigen ambulanten Behandlungsnotwendigkeit ausgehen. Hierfür werden konkrete Erreichbarkeitsvorgaben für die Akutleitstelle in den Sicherstellungsauftrag der KVen aufgenommen. Es obliegt der Rechtsaufsicht der Länder, die Umsetzung dieser Vorgaben zu kontrollieren.</p> <p>Auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens vermitteln die Akutleitstellen bei sofortiger Behandlungsbedürftigkeit und in geeigneten Fällen primär unmittelbar in die vertragsärztliche Regelversorgung. Sollte die Vermittlung nicht möglich oder unzumutbar sein, ist eine telefonische oder videotestgestützte ärztliche Konsultation verpflichtend anzubieten. Bei Vorliegen eines lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Notfalls leitet die Akutleitstelle unmittelbar an die Rettungsleitstelle weiter.</p> <p><u>Bewertung:</u></p> <p>Die Vernetzung der Akut- und Rettungsleitstellen ist zu begrüßen, da hierdurch eine bessere Steuerung von Hilfesuchenden ermöglicht wird. So</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>können bspw. Fälle der Rettungsleitstellen an die Akutleitstellen der KVen abgegeben werden. Im Ergebnis werden durch diese zielgerichtete und bedarfsgerechte Steuerung sowohl Notaufnahmen als auch Rettungsdienste entlastet. Allerdings sieht der aktuelle Referentenentwurf im Gegensatz zu vorhergehenden Entwürfen keine beiderseitige Kooperationspflicht für die Rettungsleitstellen und die Akutleitstelle der KV vor. Diese Verpflichtung sollte über die Gesetzesbegründung hinaus mit explizitem Bezug zu § 133a SGB V ergänzt werden. Nur damit ist eine einheitliche Versorgungsstruktur in allen Regionen gewährleistet.</p> <p>Um einen Anreiz für die Kontaktaufnahme mit der Akutleitstelle zu schaffen, sollen Hilfesuchende, die das INZ über die telefonische Vermittlung durch die Akutleitstelle aufsuchen, dort bei gleicher medizinischer Behandlungsdringlichkeit innerhalb derselben Dringlichkeitsstufe grundsätzlich vorrangig behandelt werden.</p> <p>Die folgerichtige Vernetzung der Rufnummern 116117 und 112 ist daher ebenfalls zu befürworten. Allerdings muss die Bevölkerung umfassend hierüber informiert werden. Die bereits bestehenden Angebote sind schon jetzt für Patienten häufig intransparent, was ein relevantes, vermeidbares Sicherheitsrisiko für diese darstellt. Zudem führt die Intransparenz auch zur Überlastung der Notaufnahmen im Krankenhaus. Aus diesen Gründen muss festgelegt werden, mit welchen Maßnahmen (z. B. Informationskampagnen) die Bevölkerung über diese strukturellen Änderungen im Rahmen der Notfallversorgung informiert wird.</p> <p>Auch die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags der KVen hinsichtlich der Erreichbarkeit („Warteschleife“) für die Akutleitstelle sowie die Kontrolle der Umsetzung dieser Vorgaben durch die Rechtsaufsicht der Länder ist zu begrüßen.</p>
7	§ 76	Folgeänderung zu § 75 SGB V	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
8	§ 87	Auftrag an erweiterten Bewertungsausschuss: EBM für komplexe Fälle in INZ	<p>§ 87 Abs. 2a Satz 21 Nr. 3 SGB V – Auftrag an erweiterten Bewertungsausschuss</p> <p><u>Sachverhalt:</u> Mit dem neu gefassten Satz 21 Nr. 3 des § 87 Abs. 2a wird der erweiterte Bewertungsausschuss beauftragt „Zuschläge für die Gruppe der Versicherten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität eine besonders aufwändige Betreuung und Überwachung in der Notaufnahme eines Integrierten Notfallzentrums nach § 123 Absatz 1 oder eines Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche nach § 123b Absatz 1 bedürfen.“ im Rahmen des EBM zu ermitteln.</p> <p><u>Bewertung:</u> Die hier vorgesehene Differenzierung der Vergütung ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings müssen die gemäß Satz 21 Nr. 3 vereinbarten Zuschläge eine kostendeckende Versorgung gewährleisten. Keinesfalls dürfen diese Zuschläge ein Präjudiz dafür sein, dass es sich bei der Versorgung in der Notaufnahme ausschließlich um eine ambulante Leistung handeln kann.</p>
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	

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	<p>Integrierte Notfallzentren (INZ)</p> <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>§ 123 SGB V (neu) – Integrierte Notfallzentren</p> <p><u>Sachverhalt:</u></p> <p>Integrierte Notfallzentren bestehen aus einer Notaufnahme eines Krankenhauses, einer KV-Notdienstpraxis und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle („gemeinsamer Tresen“). Dem Krankenhaus obliegt im Allgemeinen die Leitung der zentralen Ersteinschätzungsstelle. Für einen reibungslosen Versorgungsablauf innerhalb des Integrierten Notfallzentrums sind geeignete Schnittstellen im elektronischen Datenmanagement zu schaffen. Zur besseren Patientensteuerung außerhalb der Betriebszeiten der Integrierten Notfallzentren sollen Kliniken mit in räumlicher Nähe befindlichen Arztpraxen, sog. Kooperationspraxen, eng zusammenarbeiten. Auf diese Weise soll die Ersteinschätzungsstelle Patienten während der regulären vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten an diese Kooperationspraxen verweisen.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung von INZ 	<p>Über die Ersteinschätzungsstelle sollen Patienten, die ein Integriertes Notfallzentrum selbst aufsuchen, in die jeweils richtige Struktur – Notdienstpraxis, Notaufnahme oder ggf. Kooperationspraxis – geleitet werden. Wenn nach einer notdienstlichen Akutversorgung im Integrierten Notfallzentrum eine ambulante Weiterbehandlung erforderlich ist, wird den Patienten die Buchung eines Termins in der ambulanten Regelversorgung über das System der Terminservicestelle angeboten.</p> <p>Die Ersteinschätzung soll künftig über ein standardisiertes digitales Verfahren ablaufen und über den EBM vergütet werden. Der Bewertungsausschuss soll die Details dazu festlegen und auch die Auswirkungen der Vergütung auf die Versorgung evaluieren.</p> <p>Zur Unterstützung bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sollen Integrierte Notfallzentren mit Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin zusammenarbeiten und sich dazu auch telemedizinisch vernetzen.</p> <p>Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, alle zwei Jahre über die Entwicklungen im Notfallversorgungsgeschehen im Vergleich zur bisherigen Notdienstpraxis den Krankenkassen und Planungsbehörden zu berichten. In ähnlicher Weise soll die KBV gegenüber dem BMG berichten.</p> <p><u>Bewertung:</u></p> <p>Die Integrierten Notfallzentren werden als zentrale Säule in der Notfallversorgungsstruktur neu etabliert und treten an die bisherige Stelle des Notdienstes. Sie sind sektorenübergreifend angelegt, wodurch Notfallpatienten zielgerichteter in die jeweils für sie geeignete Versorgungsstruktur gelenkt werden sollen. Dies hilft einerseits den Notfallpatienten, andererseits können dadurch die vorhandenen Kapazitäten in der Notfallversorgung effizienter und effektiver eingesetzt werden. Insbesondere die Notaufnahmen können auf diese Weise nachhaltig entlastet</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>werden. Dieses wichtige Anliegen der Notfallreform ist sehr zu unterstützen. Die Universitätsmedizin befürwortet daher die Etablierung der Integrierten Notfallzentren. Richtig und wichtig ist auch, begleitend zur Einführung und in der Anfangsphase der Integrierten Notfallzentren die Folgen der Einführung umfassend zu monitoren, um im Bedarfsfall nachzusteuern.</p> <p>Dennoch bleibt bei der Ausgestaltung des Konzeptes der Integrierten Notfallzentren eine Reihe von Fragen offen. Augenscheinlich ist der Bruch zum bisherigen 24/7-Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen. Dem Anschein nach sollen künftig Krankenhäuser die Lücken, die die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Sicherstellung der Akutversorgung bislang nicht schließen können oder möchten, füllen. Doch auch im Krankenhaus sind Ressourcen und Kapazitäten, insbesondere das ärztliche und Pflegepersonal, nicht unbegrenzt verfügbar. Krankenhäuser können nicht ohne Weiteres zusätzlich leisten, wozu die Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzlich zwar verpflichtet sind, dieser Pflicht aber nicht ausreichend nachkommen (können). Dies gilt umso mehr für Universitätsklinika, die aufgrund ihres Versorgungsauftrages im Gesundheitssystem häufig als eine Art Sammelbecken für Patienten dienen, die aus unterschiedlichen Gründen an anderen Stellen im Gesundheitssystem nicht versorgt werden. Insofern sehen die Universitätsklinika es kritisch, dass Notaufnahmen unmittelbar in den KV-Notdienst eingebunden werden sollen. Eine solche Beteiligung darf allenfalls vorgesehen werden, wenn eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen sichergestellt ist. Dazu bedarf es zwingend auch wirksamer Sanktionsmechanismen, die bei Verstößen der Kassenärztlichen Vereinigungen gegen die ihnen vom Gesetzgeber auferlegten Pflichten greifen. Entsprechende Sanktionen sollten zumindest dem Grunde nach bereits im Gesetzentwurf verankert werden.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Darüber hinaus muss gewährleistet sein, dass Integrierte Notfallzentren in Frage kommende Patienten tatsächlich verlässlich zu Kooperationspraxen verweisen können. Kooperationspraxen sollten daher mindestens in den Betriebszeiten von 8 bis 18 Uhr Patienten permanent aufnehmen müssen. Gleichzeitig ist die räumliche Nähe zum INZ sicherzustellen. Wird die notdienstliche Akutversorgung nicht durch eine KV-Notdienstpraxis am Krankenhausstandort vorgehalten, muss das Einvernehmen mit dem Krankenhaus hierüber hergestellt werden.</p> <p>Darüber hinaus müssen Krankenhäuser für Leistungen, zu denen das Kassenärztliche System eigentlich verpflichtet wäre, eine ausreichende finanzielle Kompensation erhalten. Diese muss auch den Strukturen und Vorhaltungen der Krankenhäuser angemessen Rechnung tragen. Eine entsprechende Vergütung kann auch vom erweiterten Landesausschuss bestimmt werden. Dennoch sollte zum jetzigen Zeitpunkt bereits präzisiert werden, wie die Vergütung auszustalten ist. Eine reine Einzelleistungsvergütung wäre nicht angemessen, solange Aspekte wie Vorhaltekosten unberücksichtigt bleiben. In diesem Zusammenhang muss auch deutlich vorgegeben werden, dass die Entscheidung der zentralen Ersteinschätzungsstelle immer einen Vergütungsfall auslöst und nicht im Anschluss durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes angezweifelt werden darf.</p> <p>Bezüglich des Angebots eines Termins zur Weiterbehandlung bei niedergelassenen Ärzten sollte das Gesetz klarstellen, dass für den Terminservice ausschließlich die Notdienstpraxis, nicht aber die zentrale Ersteinschätzungsstelle zuständig ist.</p> <p>Eine begleitende Evaluierung der Maßnahmen muss zwingend interessensunabhängig durchgeführt werden und kann nicht allein durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Die in Absatz 3 vorgesehene Verpflichtung zum Abschluss eines Versorgungsvertrags mit einer öffentlichen Apotheke muss kritisch hinterfragt werden. Die Pflicht zum Vertragsabschluss darf nur in den Fällen gelten, wenn die Versorgung der Patienten der Notdienstpraxis durch öffentliche Apotheken nicht in zumutbarer Weise gewährleistet werden kann, insbesondere wenn kein Apothekennotdienst besteht.</p> <p>Darüber hinaus lässt die im Gesetzentwurf vorgesehene einseitige Verpflichtung für Krankenhäuser und KV zum Vertragsabschluss mit einer öffentlichen Apotheke offen, was die Folge ist, wenn keine öffentliche Apotheke zum Vertragsabschluss bereit ist.</p> <p>Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Einrichtung Integrierter Notfallzentren i.d.R. auch bauliche Maßnahmen an den Krankenhäusern erforderlich macht. Dies ist bei den zeitlichen Vorgaben der Umsetzung zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang ist zu begrüßen, dass durch die Änderungen im Zuge des KHAG die Förderung integrierter Notfallstrukturen durch den Transformationsfonds zukünftig auch für Hochschulkliniken vorgesehen ist.</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 	<p>§ 123a SGB V (neu) – Einrichtung von Integrierten Notfallzentren</p> <p><u>Sachverhalt:</u></p> <p>Der erweiterte Landesausschuss bestimmt, an welchem Klinikum ein Integriertes Notfallzentrum eingerichtet wird. Dazu legt er Planungsregionen fest. Voraussetzung für ein Integriertes Notfallzentrum ist u.a., dass das Krankenhaus wenigstens der Basisnotfallversorgung des G-BA-Stufenkonzeptes zur Notfallversorgung zugeordnet ist. Bei der Auswahl</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit in INZ durch KBV, DKG und GKV-SV 	<p>geeigneter Standorte sind ferner die Erreichbarkeit innerhalb von 30 Fahrzeitminuten für mindestens 95% der Bevölkerung in einer Planungsregion, die Bevölkerungsanzahl, der öffentliche Personennahverkehr und die Möglichkeiten zur Kooperation mit Arztpraxen bzw. medizinischen Versorgungszentren zu berücksichtigen.</p> <p>Wenn mehrere Krankenhausstandorte als Integriertes Notfallzentrum in Frage kommen, sollen vorrangig Standorte festgelegt werden, die eine höhere Notfallstufe, fallzahlstärkere Notaufnahmen sowie notfallmedizinisch relevante Fachrichtungen vorhalten oder bei denen Notdienstpraxen unmittelbar in der Notaufnahme eingerichtet werden können. Die Einstufung als Integriertes Notfallzentrum erfolgt per Bescheid.</p> <p>Kassenärztliche Vereinigung und Krankenhaus sollen eine Kooperationsvereinbarung schließen. Darin sind u.a. die Details eines gemeinsamen Organisationsgremiums, zum digitalen Datenmanagement, zur Durchführung der Ersteinschätzung (einschl. personeller Besetzung), zur Nutzung der räumlichen, technischen und diagnostischen Einrichtungen einschl. Nutzungsentgelten sowie zu Maßnahmen bei eventuellen Verstößen gegen die Kooperationsvereinbarung festgelegt.</p> <p>Die gesetzlich vorgegebenen Betriebszeiten der Notdienstpraxen sind mindestens wochenends und feiertags von 9 bis 21 Uhr, mittwochs und freitags von 14 bis 21 Uhr sowie montags, dienstags und donnerstags von 18 bis 21 Uhr. Hiervon kann unter bestimmten, dreiseitig zu treffenden Tatbeständen auch abgewichen und kürzere Betriebszeiten in der Kooperationsvereinbarung bestimmt werden.</p> <p>Sofern Kassenärztliche Vereinigung und Krankenhaus innerhalb von neun Monaten keine Kooperationsvereinbarung schließen, werden die Inhalte in einem Schiedsverfahren bestimmt.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p><u>Bewertung:</u></p> <p>INZ müssen an den Krankenhausstandorten konzentriert werden, die ein möglichst umfassendes medizinisches Spektrum vorhalten. Hierfür bedarf es grundsätzlich mindestens der erweiterten Notfallversorgung (Stufe 2) oder der umfassenden Notfallversorgung (Stufe 3). Denn nur dort wird die interdisziplinäre Kompetenz vorgehalten, auf die es sowohl bei der Ersteinschätzung als auch einer breit aufgestellten Notfallversorgung besonders ankommt. Auf ein Krankenhaus mit Basisnotfallversorgung sollte nur in Ausnahmefällen, wenn es zur flächendeckenden Versorgung kein Krankenhaus mit Stufe 2- oder Stufe 3-Notfallversorgung gibt, ausgewichen werden dürfen. Zu begrüßen ist, dass nun auch die Psychiatrien als notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen mit aufgeführt werden.</p> <p>Die zwingende Anbindung des INZ an die Maximalversorgung gewährleistet die fallabschließende Behandlung komplexer Akutfälle am Erstversorgungsort. Dies reduziert Sekundärtransporte und trägt zur Patientensicherheit und Wirtschaftlichkeit des Gesamtsystems bei.</p> <p>Die zwingende Vorrangigkeit des Kriteriums stellt somit sicher, dass das INZ als zentraler Anker der Akutversorgung an der leistungsfähigsten und sichersten Struktur des deutschen Krankenhauswesens verankert wird.</p> <p><u>Regelungsvorschlag:</u></p> <p>§123a Absatz 1 Satz 8 SGB V: sollte wie folgt angepasst werden:</p> <p><i>„Wenn in einer Planungsregion mehrere Krankenhausstandorte für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums in die engere Auswahl kommen, sind diese nachfolgender Priorität festzulegen:</i></p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p><i>a) Vorrangig sind Standorte festzulegen, die die Voraussetzungen einer höheren Notfallstufe gemäß der in Satz 5 Nummer 1 genannten Regelungen erfüllen.</i></p> <p><i>b) Bei Standorten mit gleicher Notfallstufe sind jene vorrangig festzulegen, die eine nach anderen Kriterien, insbesondere Fallzahlen, leistungsfähigere Notaufnahme aufweisen.“</i></p> <p><u>Weitergehende Bewertung:</u> Richtig ist es auch, die Details der Zusammenarbeit zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhaus in einer Kooperationsvereinbarung vertraglich zu vereinbaren. Darin sind auch Sanktionsmechanismen bei Verstößen gegen die vertraglich festgelegten Pflichten zu bestimmen. Aus Sicht der Universitätsklinika sollte der Gesetzgeber diese bereits im Gesetzentwurf konkretisieren.</p> <p>Wenig konkret bleibt der Gesetzentwurf bei der Frage, mit welchem Personal die Ersteinschätzungsstellen zu besetzen sind. Die Aufgaben sollten von Pflegekräften mit entsprechender Weiterbildung übernommen werden. Die Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung muss einen personellen Beitrag der Kassenärztlichen Vereinigung zur Ersteinschätzungsstelle umfassen. Darüber hinaus ist die Kassenärztliche Vereinigung zwingend häufig an der Finanzierung der Ersteinschätzungsstelle zu beteiligen.</p> <p>Nicht hinzunehmen ist jedoch, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen aus der Erfüllung des Sicherstellungsauftrages zu Lasten der Krankenhäuser entlassen werden. Nichts anderes folgt aus den im Gesetzentwurf vorgesehenen Öffnungszeiten für Notdienstpraxen. Öffnungszeiten bis 21 Uhr führen zu keiner spürbaren Entlastung in den Krankenhäusern. Im Gegenteil bedeutet dies im Umkehrschluss, dass die Last der</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Notfallversorgung während der Schließzeiten der Notdienstpraxen allein von den Notaufnahmen zu stemmen ist. Daher müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden, die Notdienstpraxen rund um die Uhr, mindestens aber bis 24 Uhr – und zwar werktags, feiertags sowie am Wochenende – geöffnet zu halten.</p> <p>Ebenso widerspricht es dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen, kürzere Öffnungszeiten von Notdienstpraxen aufgrund von zu wenigen Patienten oder unwirtschaftlichem Betrieb zuzulassen. Die vermeintlich unwirtschaftliche Vorhaltung eines Notdienstangebots darf nicht zu Lasten der Krankenhäuser gehen.</p> <p>Für die technische Umsetzung der digitalen Fallübergabe sieht der Referentenentwurf die Beauftragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Spezifikation einer interoperablen Schnittstelle vor. Die Umsetzung des Datenaustausches in digitaler Form ist begrüßenswert und heutzutage alternativlos. Das Einvernehmen mit dem Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen ist ebenfalls begrüßenswert. Dennoch zeigte sich bei der Konzeptionierung anderer digitalen Anwendungen ein starker Fokus auf die Versorgungsprozesse im ambulanten Bereich. Auf die verpflichtende Einbindung der stationären Sicht, welche das Arbeiten in fallbezogene Strukturen alltäglich umsetzt, sollte deshalb geachtet werden.</p>
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	
	§ 123c	Ersteinschätzung	§ 123c SGB V – Ersteinschätzung, Richtlinie des G-BA

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<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><u>Sachverhalt:</u></p> <p>§ 123c Abs. 2 regelt die Ausarbeitung einer G-BA Richtlinie zu Vorgaben für die standardisierte Ersteinschätzung.</p> <p><u>Bewertung:</u></p> <p>Ein einheitliches, standardisiertes digitales Ersteinschätzungsverfahren ist grundsätzlich positiv zu werten. Weiterhin zu begrüßen ist, dass der G-BA in einer Richtlinie auch Regelungen für Krankenhäuser trifft, die nicht Teil eines INZ sind. Es muss jedoch hohen fachlich-wissenschaftlichen Standards genügen, praktisch erprobt und bürokratiearm ausgestaltet sein. Dementsprechend sind dem G-BA enge und qualitativ hohe Vorgaben für die Entwicklung der Kriterien des Verfahrens zu machen. Es ist richtig, dass das Ersteinschätzungsverfahren sich auf Patienten bezieht, die den „gemeinsamen Tresen“ selbständig aufsuchen. Patienten, die über die Liegendarfahrt das Krankenhaus erreichen, müssen weiterhin unmittelbar Zugang zur Notaufnahme erhalten.</p>
18	§ 133	<p>Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nur nach Landesrecht vorgesehene oder beauftragte Leistungserbringer • Vergütungsverträge für Leistungen nach SGB V erforderlich • Transparenzpflicht bezüglich Kalkulationen • Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 SGB V 	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • 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 SGB V (neu) – Gesundheitsleitsystem</p> <p><u>Sachverhalt:</u></p> <p>Mit dem neuen § 133a SGB V wird die Errichtung des Gesundheitsleitsystems durch die Vernetzung der Rettungsleitstellen mit den Akutleitstellen sowie deren verbindliche Zusammenarbeit geregelt. Das Gesundheitsleitsystem vermittelt Hilfesuchenden die erforderliche medizinische (Erst-)Versorgung und übernimmt dabei keine weiteren Aufgaben des jeweils anderen Kooperationspartners.</p> <p>Die Zusammenarbeit beschränkt sich demnach auf die organisatorische und technische, vor allem digitale Kooperation. Daher ist als Voraussetzung geregelt, dass die Rettungsleitstelle über eine digitale standardisierte Notrufabfrage verfügen muss.</p> <p>Die Etablierung von Gesundheitsleitsystemen erfolgt durch Abschluss von Kooperationsvereinbarungen, in der die Einzelheiten der Zusammenarbeit festgelegt werden. Die KVen sind auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle zur Kooperation verpflichtet. Auch die Länder können in ihren Rettungsdienstgesetzen entsprechende landesweite Vorgaben machen, um eine flächendeckende Einführung sicherzustellen.</p> <p>In der Kooperationsvereinbarung ist insbesondere ein gemeinsames und verbindliches Verständnis zur Einschätzung der Dringlichkeit und des Versorgungsbedarfs sowie das von den Kooperationspartnern möglichst einheitlich verwendete Abfragesystem zu regeln.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Die Kooperationspartner sind zudem technisch so zu vernetzen (möglichst mit den Diensten der Telematikinfrastruktur), dass eine unmittelbare telefonische Weiterleitung und eine medienbruchfreie Bearbeitung und Übertragung der zum Versicherten aufgenommenen Daten möglich sind.</p> <p><u>Bewertung:</u></p> <p>Es erfolgt eine Klarstellung und Abgrenzung der Aufgaben und Pflichten der Kooperationspartner, insbesondere der KVen. Über Kooperationsvereinbarungen werden diese Absprachen schriftlich festgehalten. Positiv zu bewerten ist, dass auch die Länder entsprechende Regelungen treffen können, damit die Etablierung von Akutleitstellen durch die KVen flächendeckend forciert wird. Die digitale Vernetzung beider Kooperationspartner, die Nutzung der Telematikinfrastruktur sowie die Abstimmung auf ein möglichst einheitliches Abfragesystem sind zunächst zu begrüßen. Es muss jedoch engmaschig beobachtet werden, ob es zu den gewünschten Effekten kommt. Auch hiermit sollte eine unabhängige Instanz von Anfang an betraut werden.</p> <p>Des Weiteren sollte sichergestellt werden, dass die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung spezifizierte Schnittstelle für die digitale Fallübergabe im Gesundheitsleitsystem kompatibel zu der Schnittstelle zur Fallübergabe in den Intrigierte Notfallzentren ist, um eine zügige und möglichst aufwandsarme Umsetzung in den Leistungserbringerinstitutionen sicherzustellen. Auch die Datenübermittlung der Leistungserbringerinstitutionen an die Leitstelle zum Zwecke des Qualitätsmanagements sollte digital abgebildet werden und darf nicht zu unverhältnismäßigen Aufwänden führen. Hierzu sollte das Gesetz eine einheitliche Umsetzung der Datenübermittlung vorsehen, um</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Mehrfachimplementierungen bei den Leistungserbringerinstitutionen zu verhindern.
	§ 133b	<p>Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung</p> <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 	
	§ 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 	<p>§ 133c SGB V – Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung</p> <p><u>Sachverhalt:</u></p> <p>Die Regelung sichert die Datenübertragung der an der Notfallversorgung beteiligten Institutionen für die Nutzung in der folgenden medizinischen</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätennachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung • Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme 	<p>Versorgung und Übertragung in die elektronische Patientenakte. Die hierfür notwendigen Schnittstellenspezifikationen soll die Gesellschaft für Telematik definieren, zumal die Datenübertragung über die Telematikinfrastruktur abgebildet werden soll bzw., im Fall der Befüllung der elektronischen Patientenakte, muss. Zudem sollen verfügbare Versorgungsressourcen der Leistungserbringerinstitutionen in Echtzeit für die Notfallkoordination einsehbar sein und eine Anwendung für die Einbindung von Ersthelfern im Notfallmanagement entwickelt werden.</p> <p><u>Bewertung:</u></p> <p>Die neuen Regelungen führen zu einer besseren und schnelleren Verfügbarkeit für die Behandlung notwendiger Patientendaten. Dies ist ein bedeutender Schritt um die Qualität der Versorgung sowie die Behandlungszeit zu verbessern. Aus diesem Grund erscheint die der Gesellschaft für Telematik gesetzte Frist zur Erstellung der Spezifikation von 22 Monaten nach Verkündung des Gesetzes recht lang gewählt. Mit Berücksichtigung der Umsetzungsphase der Industrie werden die Notfalldaten somit frühestens Mitte 2028 zwischen den beteiligten Akteuren ausgetauscht werden können.</p> <p>Die Dokumentation nach Absatz 1 Satz 2 hat in einem bundeseinheitlich definierten, interoperablen Datenformat zu erfolgen, das die durchgängige digitale Fallakte von der präklinischen Notfallrettung über die Notaufnahme bis zur nachfolgenden Versorgung ermöglicht und die Daten in strukturierter Form für die Qualitätssicherung, das Benchmarking und die Versorgungsforschung bereitstellt.</p> <p>Der Versorgungskapazitätennachweis nach Absatz 2 Satz 3 ist grundsätzlich zu befürworten. Eine Verpflichtung zur Echtzeitübermittlung kann erst dann in Kraft treten, sobald der Hersteller des Krankenhausinformationssystems (KIS) die hierfür notwendige, den Vorgaben der §133b und §133e</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			entsprechende Schnittstelle zur Verfügung gestellt hat und diese im Krankenhaus installiert und betriebsbereit ist. Es darf keinesfalls eine alternative händische, nicht automatisierte Datenübermittlung gefordert werden.
	§ 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	
hO	§ 133f	<p>Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung</p> <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 	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • 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	
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	<p>§ 354 SGB V – Festlegungen der Gesellschaft für Telematik für die elektronische Patientenakte</p> <p><u>Sachverhalt:</u> Die Regelung beauftragt die Gesellschaft für Telematik zur Festlegung der technischen und organisatorischen Verfahren für die Nutzung der elektronischen Patientenakte. Durch das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung soll der Paragraf ergänzt werden, wodurch die Nutzung der elektronischen Patientenakte in einer Notfallsituation ermöglicht wird.</p> <p><u>Bewertung:</u></p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Diese Ergänzung begrüßen die Uniklinika ausdrücklich. Nicht nachvollziehbar ist allerdings die Wahl der Frist. Wo bei dem Datenaustausch zwischen den am Notfallprozess beteiligten Akteuren ein Umsetzungszeitraum von 22 Monaten nach Verkündung vorgesehen ist, wird hier ein festes Datum vorgegeben. Auch hier sollte der Fokus allerdings auf einer zügigen und aufeinander abgestimmten Umsetzung liegen, um mehrfache Change-Prozesse im Versorgungsalltag zu vermeiden.
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	<p>§ 75 Abs. 1e SGB V (neu) – Inhalt und Umfang der Sicherstellung</p> <p><u>Sachverhalt:</u> Gemäß § 75 Abs. 1e SGB V evaluiert die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen sowie der Akutleitstellen und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) jährlich über die Ergebnisse. Hierfür hat die KBV dem BMG ein Evaluationskonzept vorzulegen.</p> <p><u>Bewertung:</u> Neben den bereits bestehenden Evaluations- und Berichtspflichten der KBV sieht der neue § 75 Abs. 1e SGB V eine erweiterte Pflicht zur Evaluation und Bewertung der neu geregelten Akutleitstelle erstmals zum 30.06.2028 vor.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Diese weitere Verpflichtung wird begrüßt. Die Evaluation und Bewertung sollte jedoch nicht durch die Betreiber der Terminservicestellen und der Akutleitstellen selbst erfolgen, sondern durch eine unabhängige Institution außerhalb des KV-Systems.
			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	
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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			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 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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 10: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
	§ 19a	Gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe	
			Art. 11: Inkrafttreten
	Ggf. weitere Anmerkungen		<p>Ergänzend zu regeln sind konkrete Maßnahmen, mit denen die Abverlegung von Patienten nach erfolgter Notfallversorgung an Krankenhäuser niedrigerer Versorgungsstufen verbessert werden kann, um die Krankenhausstrukturen effizient zu nutzen. Hierfür sollten Krankenhäuser einschließlich sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen verpflichtet werden, aus ärztlicher Sicht geeignete Patienten aus Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen aufzunehmen (sog. Push-Funktion).</p> <p>Der Gesetzentwurf sollte erweitert werden um Maßnahmen, die darauf hinwirken, dass Versicherte tatsächlich die neuen Strukturen, insbesondere das Leitsystem in Anspruch nehmen.</p>