

Stellungnahme

Stellungnahme des DBRD zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes (Notfallgesetz – NotfallG)

der Abgeordneten Dr. Janosch Dahmen, Dr. Kirsten Kappert-Gonthier, Dr. Armin Grau, Simone Fischer, Linda Heitmann, Johannes Wagner, Leon Eckert, Misbah Khan, Dr. Paula Piechotta und der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN.

Der Deutsche Berufsverband Rettungsdienst e.V. begrüßt die Bemühungen von Bundesregierung und Opposition, die Notfallversorgung in Deutschland zu reformieren. Die Einschätzung, dass viele Hilfersuchen der Bürgerinnen und Bürger von nicht geeigneten Systemkomponenten beantwortet werden, teilen wir ausdrücklich.

Die zunehmende Inanspruchnahme des Rettungsdienstes führt dazu, dass immer mehr Rettungswagen und Notarzteinsetzungsfahrzeuge disponiert werden, ohne dass die Zahl tatsächlich schwerer Notfälle in gleichem Maße angestiegen ist. Dies verursacht eine erhebliche Mehrbelastung der Rettungsdienste und birgt zugleich das Risiko einer Abnahme der Versorgungsqualität infolge geringerer Einsatzerfahrung der einzelnen Teams bei vitalbedrohlichen Lagen.

Insbesondere telemedizinische Strukturen im ambulanten Bereich können dazu beitragen, einen relevanten Anteil von Hilfersuchen fallabschließend zu versorgen und dadurch Rettungsdienst und Krankenhäuser wirksam zu entlasten.

Für die Schnittstelle zwischen Rettungsdienst und Integrierten Notfallzentren beziehungsweise Notaufnahmen sind verbindliche zeitliche Vorgaben bis zum Beginn der Patientenübergabe erforderlich. Ziel muss die Reduktion teils erheblicher Warte- und Bindungszeiten vor Notaufnahmen sein. Diese Fristen können risikoadjustiert und nach Dringlichkeit gestaffelt ausgestaltet werden, dürfen jedoch 30 Minuten nicht überschreiten. Die Möglichkeit, Notfalltransporte nicht ausschließlich in Krankenhäuser, sondern auch in andere geeignete Versorgungseinrichtungen durchzuführen, ist sachgerecht und überfällig. Voraussetzung ist, dass Transporte ausschließlich auf Grundlage einer medizinischen Indikation erfolgen.

Die Telenotfallmedizin hat aus Sicht des DBRD eine nachgeordnete Bedeutung. Die Kompetenzen der Notfallsanitäter ergeben sich aus §§ 2a und 4 NotSanG sowie aus den bundeseinheitlich konsentierten Maßnahmen des Pyramidenprozesses. Ziel muss es sein, dass teleärztliche Rücksprachen nur gelegentlich erforderlich sind. Derzeit ist jedoch neben einer erheblichen Ausweitung der Zahl der Telenotärzte zugleich eine Zunahme der Notarzteinsetzungsfahrzeuge und der Notarzteinsetze zu beobachten. Diese Entwicklung steht im Widerspruch zu den gesetzgeberischen Zielsetzungen des Notfallsanitätergesetzes von 2014, insbesondere zur Stärkung der eigenverantwortlichen Handlungskompetenz der Notfallsanitäter.

Demgegenüber ist im ambulanten Sektor durch den strukturierten Einsatz telemedizinischer Verfahren eine substanzielle Ressourcenschonung zu erwarten.

§ 30 Medizinische Notfallrettung

Wir empfehlen die medizinische Notfallrettung genauer zu definieren. Insbesondere bedarf es deutlicherer Grenzen, welche Leistungen medizinische Notfallrettung sind, und welche Leistungen Teil des Katastrophenschutzes sind, etwa bei Großschadenslagen oder Großveranstaltungen.

In Absatz 4 kann „durch ärztliches und nichtärztliches Personal“ gestrichen werden, ohne an Sinn zu verlieren.

§ 60 Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten

Wir begrüßen ausdrücklich, dass Leitstellen bereits im Rahmen der strukturierten Notrufabfrage die Notwendigkeit eines Taxis, einer Krankenfahrt oder eines qualifizierten Krankentransports feststellen und entsprechend disponieren können. Dies führt zu einer spürbaren Entlastung der Notfallrettung.

Damit diese Effekte flächendeckend wirksam werden, ist eine Sicherstellung des qualifizierten Krankentransports rund um die Uhr an sieben Tagen pro Woche erforderlich. Sind Krankentransportfahrzeuge nur tagsüber verfügbar, wird der nächtliche Bedarf regelmäßig durch Rettungswagen kompensiert. Dies führt zu einer systematischen Fehlallokation notfallrettungsgebundener Ressourcen.

Werden Notfallsanitäter oder Pflegefachpersonen im Rahmen spezieller ambulanter Notfallversorgungsstrukturen oder im aufsuchenden Dienst des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes eingesetzt, ist es zwingend erforderlich, diesen Berufsgruppen die eigenständige Veranlassung von Taxi- und Krankenfahrten sowie von qualifizierten Krankentransporten zu ermöglichen. Dies muss ohne vorherige Genehmigung der Krankenkasse und ohne ärztliche Anwesenheit vor Ort rechtssicher ausgestaltet werden.

§ 75 Abs. 1b (neu)

Der Sicherstellungsauftrag des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes ist im Gesetzentwurf grundsätzlich sachgerecht beschrieben. Die vorgesehenen Erfüllungszeiten und Quoten sind geeignet, eine spürbare Entlastung des Rettungsdienstes zu bewirken. Diese verbindlichen Vorgaben müssen zwingend erhalten bleiben. Um Fehlanreize durch unterschiedliche schnelle Bearbeitung der Hilfeersuchen unter 112 und 116117 zu vermeiden ist es notwendig die Reaktionszeit der Leitstellen an einander anzupassen.

Der aufsuchende Dienst kann in geeigneten Konstellationen auch durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter oder durch Pflegefachpersonen erbracht werden. Voraussetzung für eine tatsächliche Systementlastung ist, dass diese Berufsgruppen regelhaft eigenverantwortlich und fallabschließend tätig werden können. Telemedizinische Delegationsmodelle sollten auf klar definierte Einzelfragen beschränkt bleiben. Dies erfordert eine Anpassung und Erweiterung der

heilkundlichen Befugnisse des eingesetzten Personals. Der vorliegende Gesetzentwurf sieht den Einsatz von Personal nach § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V vor. Diese Norm erfasst nicht ausschließlich Heilberufe, sondern ermöglicht unter Umständen auch den Einsatz von Medizinischen Fachangestellten. Die konkreten Anforderungen an das Personal der Ersteinschätzungseinrichtungen sollen den Vertragspartnern vor Ort überlassen werden und sind gesetzlich nicht weiter konkretisiert.

Die Ersteinschätzung beinhaltet jedoch die Bewertung des Gesundheitszustandes sowie der Versorgungsdringlichkeit und stellt damit ein zentrales Lenkungsinstrument im Versorgungssystem dar. Wird dieser Berufsgruppe in Integrierten Notfallzentren eine substanzielle Entscheidungsbefugnis eingeräumt, ist es folgerichtig, durch eine Anpassung des Notfallsanitätätersgesetzes auch Notfallsanitätären eine klar definierte heilkundliche Befugnis zur fallabschließenden Versorgung von Patienten mit niedriger Dringlichkeit einzuräumen.

Notfallsanitäter werden bereits heute regelmäßig mit Hilfeersuchen geringer Dringlichkeit konfrontiert. Eine strukturierte, eigenverantwortliche Bearbeitung unter Einbeziehung heilkundlicher Maßnahmen ist jedoch derzeit durch die Begrenzungen des NotSanG sowie durch die Vorgaben des Heilpraktikergesetzes rechtlich eingeschränkt. Hier besteht ein legislativer Anpassungsbedarf, sofern eine echte sektorenübergreifende Entlastung erreicht werden soll.

§ 75 Abs. 1e (neu)

Die Auswertung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist wichtig und richtig. Sie muss nach unserem Dafürhalten jährlich erfolgen und darüber berichtet werden.

Aufnahme des Rettungsdienstes als eigener Leistungsbereich des SGB V

Die Aufnahme des Rettungsdienstes als eigenständiger Leistungsbereich in das SGB V eröffnet die Möglichkeit, einzelne Teilleistungen der rettungsdienstlichen Versorgung differenziert zu erfassen, vergleichbar zu machen und die Einhaltung verbindlicher Versorgungsstandards systematisch zu überprüfen. Neben dem reinen Transport von Notfallpatienten können bei Erfüllung definierter Qualitätsmaßstäbe auch weitere Versorgungsleistungen sachgerecht vergütet werden.

Entscheidend ist, dass zugrunde gelegte Standards nicht auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner basieren, sondern den anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft abbilden. Maßgeblich sind insoweit nationale und internationale Leitlinien sowie evidenzbasierte Empfehlungen.

Der eigenverantwortliche Handlungsrahmen von Notfallsanitätären muss in diesem Kontext nicht nur rechtlich abgesichert, sondern auch verbindlich eingefordert werden. Nach gegenwärtiger Einschätzung liegt das quantitativ bedeutsamere Versorgungs- und Qualitätsdefizit weniger in der fehlerhaften Anwendung medizinischer Maßnahmen, sondern vielmehr im Unterlassen medizinisch gebotener Interventionen.

Vor diesem Hintergrund sprechen wir uns für die Schaffung klarer rechtlicher Rahmenbedingungen aus, die Notfallsanitätären heilkundliche Befugnisse auch außerhalb akuter

Lebensgefahr oder der Gefahr wesentlicher Folgeschäden eröffnen. Entsprechende Anpassungen des Notfallsanitättergesetzes sind aus unserer Sicht erforderlich, um eine leitliniengerechte und fallabschließende Versorgung rechtssicher zu ermöglichen.

§ 133 Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Krankentransporten, Krankentransportflügen und Krankenfahrten

In Paragraf 133, Absatz 3, Satz 2 wird präzisiert welche Kosten bei der Entgeltbemessung berechnet werden dürfen. Dabei bleibt aus unserer Sicht unklar, wo die medizinische Notfallrettung endet, und wo darüber „hinausgehende öffentliche Aufgabe“ beginnt. Ist etwa die Vorhaltung von spezialisierten Fahrzeugen (z. B. GW-San) für medizinische Großschadenslagen Teil der medizinischen Notfallrettung oder eine darüber hinausgehende öffentliche Aufgabe.

§ 133b, Qualitätsausschuss Notfallrettung

Das vorgesehene Gremium soll umfassende Vorgaben zur Umsetzung im Rettungsdienst entwickeln, Qualitätsparameter definieren und deren Einhaltung bewerten. Der Einfluss dieses Gremiums auf die rettungsdienstliche Versorgung und damit auf die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger ist erheblich.

Zur Erarbeitung, Evaluation und fortlaufenden Aktualisierung der Vorgaben nach § 133c SGB V sind substanzielle personelle Ressourcen erforderlich. Die Finanzierung dieser Stellenanteile ist bislang nicht geklärt. Es besteht die Gefahr, dass die Aufgaben nicht sachgerecht erfüllt werden können, sofern die Mitglieder diese zusätzlich zu bestehenden Kernaufgaben wahrnehmen müssen. Zudem fehlen bislang gesetzliche Rahmenvorgaben zur Zusammensetzung und Rolle der weiteren sieben Vertreter. Zwar soll sich der Qualitätsausschuss Notfallrettung eine eigene Geschäftsordnung geben, gleichwohl erscheint es sachgerecht, zentrale Verfahrensgrundsätze bereits gesetzlich festzuschreiben. Hierzu zählt insbesondere der Ausschluss von Stimmenthaltungen, um Pattsituationen zu vermeiden. Darüber hinaus sollte das Abstimmungsverhalten der Mitglieder nach Ablauf einer definierten Frist, beispielsweise drei Monate nach Beschlussfassung, transparent und öffentlich nachvollziehbar gemacht werden.

Die im Pyramidenprozess 3.0 durch den DBRD und den Bundesverband der Ärztlichen Leitung Rettungsdienste erarbeiteten und breit konsentierten Standards dürfen durch die Vorgaben des Qualitätsausschusses nicht unterschritten werden. Eine bundesrechtliche Regulierung darf keinesfalls zu einer Absenkung bestehender Qualitätsniveaus in Rettungsdienstbereichen führen, die bereits heute überdurchschnittliche Standards erfüllen.

Ebenso ist sicherzustellen, dass die Finanzierung der neuen Strukturen nicht zu einer Schwächung der rettungsdienstlichen Vorhaltung, der Ausstattung von Rettungsmitteln und Rettungswachen oder der bestehenden Strukturen der öffentlichen Daseinsvorsorge führt.

§ 133c, Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung

Rettungsdienstbereiche mit hoher Versorgungsverantwortung erfordern eine multiprofessionelle Leitungsstruktur. Die Aufgaben umfassen medizinische Steuerung, med. Qualitätsmanagement,

Personalführung, Rechtskonformität und strategische Entwicklung. Wo diese Aufgaben nicht arbeitsteilig organisiert sind, entstehen strukturelle Überlastungen mit unmittelbaren Auswirkungen auf den operativen Dienst. Monoprofessionelle oder personalisierte Leitungsmodelle sind daher systemisch inadäquat. Aus diesem Grund halten wir die Schaffung von Gremien aus Notfallsanitätern, Schulen und auch fachberatenden Ärzten als Team „Medizinische Versorgung“ für notwendig. Die Reduktion auf Telenotärzte greift zu kurz. Telemedizin eröffnet ein variables Konsilsystem, das je nach Indikation neben notärztlicher auch weitere fachliche Expertise einbinden kann. Aus diesen Gründen empfehlen wir folgende konkrete Änderungen:

Absatz 2, Nr. 1:

„Ärztliche Leitung“ mit „Team Medizinische Versorgung“ ersetzen. Wir empfehlen „Einsatz eines Telenotarztes“ durch „Einsatz von Telemedizin“ zu ersetzen.

Absatz 3, Nr. 1:

Wir empfehlen „Einsatz eines Telenotarztes“ durch „Einsatz von Telemedizin“ zu ersetzen.

Absatz 3, Nr. 4:

Wir empfehlen „ärztliche Leitung des Rettungsdienstes“ durch „Team Medizinische Versorgung des Rettungsdienstes“ zu ersetzen.

Absatz 3, Nr. 8:

Wir empfehlen „erforderlich“ durch „nachweislich erforderlich“ zu ersetzen. Dadurch wird den Beschließenden die Nachweispflicht der Erfordernis auferlegt, verhindert wird dort ein unreflektierter Aufbau weiterer kostenintensiver Strukturen.

Um die Beteiligung der relevanten Institutionen in jedem Fall sicherzustellen, empfehlen wir im

Absatz 5:

Nach Satz 3 empfehlen wir folgenden Halbsatz aufzunehmen: „die Vertreter der Patientenorganisationen nach § 140f sowie die geeigneten Fachgesellschaften, die maßgeblichen Berufsverbände und die maßgeblichen Leistungserbringer im Rettungsdienst oder deren Verbände sind anzuhören.“ Sollte der Qualitätsausschuss zu keiner Entscheidung kommen, und das BMG Empfehlungen erlassen, wird so die Beratung durch die relevanten Institutionen sichergestellt.

§ 133d, Digitale Notfalldokumentation

Die Pflicht zur Dokumentation sollte gesetzlich für jede versorgende Einheit ausdrücklich normiert werden. Die vereinzelt praktizierte Vorgehensweise, bei interdisziplinärer Zusammenarbeit lediglich ein gemeinsames Protokoll zu erstellen, ist zu beenden. Maßgeblich ist die ex ante Bewertung und Entscheidungsfindung des jeweils handelnden Heilberufs. Um diese eigenständige fachliche Einschätzung nachvollziehbar abzubilden und rechtssicher zu erfassen, ist eine getrennte, berufsbezogene Dokumentation erforderlich.

Darüber hinaus fehlen konkrete gesetzliche Vorgaben zur technischen und organisatorischen Umsetzung des Zugriffs des Rettungsdienstes auf die elektronische Patientenakte. Insbesondere sind Fragen der mobilen Verfügbarkeit sowie der Integration in bestehende Dokumentationssysteme bislang nicht hinreichend geregelt.

Der DBRD steht als ordentliches Mitglied des Fachbeirats des eGBR für weitergehende Abstimmungen zur Verfügung, um einen praxistauglichen und möglichst niedrighschwelligen Zugriff des Rettungsdienstes auf die Notfalldaten der elektronischen Patientenakte zu ermöglichen. Wir empfehlen folgenden Satz am Ende von § 133d aufzunehmen: „Im Fall Nummer 1 obliegt den dort genannten Leistungserbringern die Schaffung und Finanzierung der erforderlichen technischen Zugriffsvoraussetzungen einschließlich der notwendigen Komponenten zur Authentifizierung nach § 340 für die in ihrem Namen tätigen Zugriffsberechtigten nach § 352.“ Die Norm begründet so eine institutionelle Kostentragungspflicht der Leistungserbringer für die zur Nutzung der ePA erforderliche technische Infrastruktur und Authentifizierung. Eine persönliche Kostentragung durch einzelne Notfallsanitäter ist dann ausgeschlossen.

Im Hinblick auf die Herausforderungen im Gesundheitswesen besteht seit Langem kein Erkenntnisdefizit, sondern ein Umsetzungsdefizit. Die Empfehlungen der Regierungskommission sowie die Stellungnahmen verschiedener Spitzenverbände, darunter des DBRD und des Bündnisses Pro Rettungsdienst, belegen diese Einschätzung. Der Deutsche Berufsverband Rettungsdienst hofft, dass nun die strukturellen Voraussetzungen für einen Rettungsdienst geschaffen werden, der den aktuellen und zukünftigen Anforderungen gerecht wird. Dies erfordert neben der Bereitschaft zu strukturellen Veränderungen eine konsequente Einforderung der Leistungserfüllung in allen Versorgungssektoren.

Für den Vorstand,

Lübeck, 23.02.2026

Frank Flake
1. Vorsitzender

Kontakt:

Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e. V. (DBRD)
Maria-Goeppert-Straße 3
23562 Lübeck
Tel. 0451-30505 860
Fax 0451-30505 861
Internet: www.dbrd.de
E-Mail: info@dbrd.de

Berlin, 23.02.2026

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)64(11
gel. VB zur öffent. Anh. am
25.02.2026 - NotfallG
23.02.2026



Bundesverband für Bildung
im Rettungswesen

Bildung. Gemeinsam. Retten.

Stellungnahme des Bundesverbandes für Bildung im Rettungswesen zum Gesetzesentwurf der Fraktion der BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes (Notfallgesetz – NotfallG) - Bundestagsdrucksache 21/2214

Der Bundesverband für Bildung im Rettungswesen (BVBRW) begrüßt den vorliegenden Entwurf zur Weiterentwicklung der Notfallversorgung in seiner Grundrichtung. Besonders überzeugend ist, dass die Reform nicht bei Strukturverschiebungen stehen bleibt, sondern Qualitätssteuerung, Standardisierung und digitale Anschlussfähigkeit als durchgehende Systemvoraussetzungen verankert.

Hervorzuheben ist die vorgesehene Einrichtung eines Qualitätsausschusses Notfallrettung und die Verpflichtung, Struktur- und Prozessqualität entlang des aktuellen Stands der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse systematisch zu definieren, zu evaluieren und fortzuschreiben. Positiv ist zudem, dass die multiprofessionelle Einbindung von Leistungserbringern, Fachgesellschaften und Berufsverbänden vorgesehen ist und themenbezogene Unterausschüsse ermöglicht werden.

Ebenfalls zu würdigen ist die klare Festlegung, dass Notrufabfrage und telefonische Anleitung standardisiert, protokollgestützt, softwaregestützt und qualitätsgesichert erfolgen sollen. Die Leitstelle wird damit als zentrale patientensicherheitsrelevante Schnittstelle anerkannt – nicht nur als Dispositionsstelle, sondern als Ort strukturierten klinischen Entscheidens unter Zeitdruck und Unsicherheit. In dieser Logik ist folgerichtig, dass telefonische bzw. telemedizinische Beratungsanteile und qualitätsgesicherte Erste-Hilfe-Anweisungen als reguläre Versorgungsbestandteile benannt werden.

Der Entwurf setzt darüber hinaus wichtige Akzente bei der Zusammenführung von 112 und 116117 im Gesundheitsleitsystem. Schließlich ist die konsequente Ausrichtung auf Interoperabilität und strukturierte digitale Dokumentation zu unterstützen; medienbruchfreie Fallübergaben sind eine zentrale Voraussetzung für Prozesssicherheit und Transparenz.

Gerade mit Blick auf die im Entwurf angelegte stärkere Steuerung über das Gesundheitsleitsystem ist festzuhalten, dass niedrigprioritäre Einsätze im Rettungsdienst auch zukünftig in relevanter Zahl auftreten werden und sich nicht vollständig „wegsteuern“ lassen. Hilfesuchende wählen unter dem Eindruck subjektiver Dringlichkeit weiterhin die 112; in vielen Fällen bleibt ex ante unklar, ob eine rettungsdienstliche Indikation besteht oder eine ambu-

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

lante/aufsuchende Versorgung ausreicht. Wenn der Rettungsdienst hier qualifiziert, fallabschließend arbeiten und unnötige Transporte vermeiden soll, müssen diese Einsätze im Leistungs- und Vergütungsrecht ausdrücklich abgebildet und nicht als „Restkategorie“ behandelt werden. Der BVBRW regt an, im Rahmen des Notfallgesetzes klarzustellen, dass auch niedrigprioritäre Einsätze mit fallabschließender Versorgung vor Ort regulär vergütungsfähig sind und in die Qualitäts- und Strukturvorgaben einbezogen werden.

Damit verknüpft ist eine konsequente Qualifikationsperspektive für die im Rettungsdienst tätigen Fachkräfte. Wer im Rahmen standardisierter Notrufabfrage, telefonischer/telemedizinischer Beratung und vor Ort in niedrigprioritären Lagen eigenständig Entscheidungen trifft, braucht dafür eine spezifische, strukturierte Weiterqualifikation – über die Grundausbildung hinaus. Der BVBRW fordert, in den Qualitätskatalogen explizit Kompetenzanforderungen für die fallabschließende Bearbeitung niedrigprioritärer Einsätze zu verankern und diese mit passenden, möglichst akademisierten Weiterbildungsprofilen zu hinterlegen. Dazu gehört aus Sicht des Verbandes auch, die Notfallsanitäterausbildung um Inhalte zu niedrigprioritären Einsatzanlässen sowie ambulanten und außerklinischen Versorgungspfaden zu ergänzen und diese Qualifikationen in der Finanzierungssystematik des Rettungsdienstes abzubilden.

Gerade weil der Entwurf an diesen Stellen in die richtige Richtung weist, ist aus Sicht des BVBRW eine bildungs- und kompetenzpolitische Präzisierung notwendig, damit die intendierten Qualitätsgewinne im Systembetrieb tatsächlich realisiert werden. Standardisierte Notrufabfrage, telefonische Anleitung, telemedizinische Beratung, interoperable Dokumentation und medienbruchfreie Übergaben sind hochkomplexe Leistungen. Wer solche Leistungen verbindlich erwartet, muss daher auch verbindlich regeln, wie Kompetenz aufgebaut, nachgewiesen, erhalten und überprüft wird.

Aus BVBRW-Sicht sollten die weiteren Regelungen und die Ausgestaltung der Qualitätskataloge deshalb um folgende Punkte ergänzt bzw. konkretisiert werden:

- Erstens braucht es bundesweit anschlussfähige Qualifikationsprofile und Kompetenzniveaus für die zentralen Rollen im neuen System – insbesondere für Disponentinnen und Disponenten, für Funktionen der telefonischen/telemedizinischen Beratung sowie für alle, die Übergaben zwischen 112, 116117, Rettungsdienst und Notfallstrukturen verantworten. Mindestanforderungen dürfen sich nicht in Stundenvorgaben erschöpfen, sondern müssen Kompetenzen beschreiben. Dies gilt ausdrücklich auch für die im Rettungsdienst tätigen Fachkräfte, die niedrigprioritäre Einsätze vor Ort eigenständig fallabschließend bearbeiten sollen. Der BVBRW regt an, diese Kompetenzprofile im

Qualitätsrahmen als Strukturqualität zu verankern und so zu formulieren, dass Länder und Träger sie in Ausbildung, Fortbildung und Personalplanung praktisch umsetzen können.

- Zweitens sind eine systematische Kompetenzfeststellung und ein verbindlicher Kompetenzerhalt erforderlich. Wo der Entwurf den „Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse“ als Maßstab setzt und Qualitätsparameter mit Evaluation und Fortentwicklung vorsieht. Der BVBRW hält regelmäßige, nachweisgebundene Kompetenzauffrischungen für erforderlich – nicht als „nice to have“, sondern als Mindeststandard in einem System, das sich selbst über Qualität definiert. Dies betrifft neben den kommunikativ-diagnostischen Tätigkeiten in Leitstellen insbesondere die fallabschließende Bearbeitung niedrigprioritärer Einsätze im Rettungsdienst, bei denen vor Ort unter Unsicherheit entschieden, beraten und dokumentiert werden muss.
- Drittens braucht das Gesundheitsleitsystem eine verbindliche gemeinsame Lern- und Trainingsarchitektur. Übereinstimmende Dringlichkeitsbewertungen zwischen 112 und 116117 entstehen nicht allein durch abgestimmte Abfragesysteme, sondern durch ein geteiltes professionelles Verständnis, das aktiv hergestellt und gepflegt werden muss. Der BVBRW regt daher verbindliche interprofessionelle Trainings- und Reviewformate an. Dabei sollten ausdrücklich auch Szenarien niedrigprioritärer Einsätze abgebildet werden, in denen Leitstellen und Rettungsdienst gemeinsam ein fallabschließendes Vorgehen vor Ort planen, entscheiden und evaluieren, statt regelhaft in transportorientierte Muster zurückzufallen. Ohne solche Formate bleibt das Ziel der Übereinstimmung normativ – im Alltag aber fragil.
- Viertens muss die Digitalisierung als Qualifikationsaufgabe begriffen werden. Strukturierte digitale Dokumentation, Spezifikationen, Interoperabilität und medienbruchfreie Übergaben sind nicht nur Technik-, sondern Kompetenzfragen. Der BVBRW fordert, die Einführung digitaler Standards mit verbindlichen Qualifizierungsbausteinen zu flankieren: sichere strukturierte Übergabe, „Tool-Literacy“ im Umgang mit softwaregestützten Abfrage- und Entscheidungssystemen, Datenschutzkompetenz sowie dokumentationssicheres Arbeiten unter Einsatzbedingungen. Gerade bei niedrigprioritären Einsätzen, die vor Ort fallabschließend bearbeitet werden sollen, ist eine qualitativ hochwertige digitale Dokumentation Voraussetzung dafür, Versorgungsentscheidungen nachvollziehbar zu machen, Qualitätsindikatoren auszuwerten und Qualifikationsbedarfe gezielt zu erkennen. Andernfalls droht, dass Digitalisierung zwar implementiert, aber qualitativ uneinheitlich genutzt wird.

- Fünftens sollte die im Entwurf angelegte Qualitätssicherung über Daten konsequent so gestaltet werden, dass Qualifikation nicht nur „miterfasst“, sondern als steuerungsrelevanter Parameter nutzbar wird. Der BVBRW regt an, ein praxistaugliches, bundesweit anschlussfähiges Kategoriensystem zur Qualifikation und Kompetenzaktualität zu entwickeln, das datenschutzkonform ist und zugleich Vergleichbarkeit ermöglicht. Dabei sollten Zusatzqualifikationen für die fallabschließende Bearbeitung niedrigprioritärer Einsätze im Rettungsdienst als eigene Kategorie erfasst und auswertbar gemacht werden, um Weiterbildungsbedarfe gezielt zu identifizieren, Zusammenhänge zwischen Qualifikationsniveau und Versorgungsqualität sichtbar zu machen und die Ressourcenplanung evidenzbasiert zu steuern.

Der BVBRW unterstützt die Stoßrichtung des Entwurfs ausdrücklich: Qualität, Standardisierung, Vernetzung und digitale Anschlussfähigkeit sind die richtigen Hebel. Damit diese Hebel wirken, müssen sie jedoch durch eine ebenso klare Bildungs- und Kompetenzarchitektur ergänzt werden. Der BVBRW erwartet daher, dass der Qualitätsausschuss Notfallrettung Bildungs- und Qualifikationsanforderungen ausdrücklich als Bestandteil der Strukturqualität in seine Qualitätskataloge aufnimmt, verbindliche Mechanismen des Kompetenzerhalts mitdenkt und interprofessionelle Trainings- und Reviewformate zur Schnittstellenqualität als Regelbestandteil empfiehlt.

Als Interessenverband für die Bildung im Rettungswesen bietet der BVBRW an, die Ausgestaltung dieser Punkte fachlich zu unterstützen – mit dem Ziel, dass die Reform nicht nur gut begründet, sondern im Versorgungsalltag stabil, sicher und lernfähig umgesetzt wird.

Stellungnahme zum Gesetzentwurf von Bündnis 90/Die Grünen

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes (Drucksache 21/2214/ – 14.10.2025)

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin und Notfallmedizin (DIVI) bewertet wesentliche Punkte im Gesetzentwurf von Bündnis 90/Die Grünen zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes in Deutschland positiv.

Die hierin formulierten zentralen Reformmaßnahmen zur

- Integration der medizinischen Notfallrettung als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung und damit Aufnahme in SGB V
- Vernetzung der Leitstellen im Gesundheitsleitsystem
- Implementierung der Integrierten Notfallzentren (INZ) sowie INZ für Kinder und Jugendliche
- Konkretisierung des Sicherstellungsauftrag der KVen
- Anpassungen bei der Verordnung von Krankentransport/-fahrten und Apothekendiensten
- Finanzierung der Notfall- und Akutversorgung

sind bereits im Gesetzentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 5.11.2025 vorgesehen.

Aus Sicht der DIVI sind jedoch im Gesetzentwurf von Bündnis 90/Die Grünen weitere sinnvolle und gut begründete Regelungen zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes enthalten.

Die DIVI empfiehlt daher, die nachstehenden ergänzenden Regelungen in den vorliegenden Gesetzentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu integrieren. Zur weiteren Kommentierung wird auf die detaillierte Stellungnahme der DIVI zum Referentenentwurf des BMG verwiesen.

1. Medizinischen Notfallrettung (§30, §133)

Die notwendige Reform des Rettungsdienstes, insbesondere die Aufnahme in das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), ist im Gesetzentwurf von Bündnis 90/Die Grünen ebenfalls abgebildet.

Der geplante **Qualitätsausschuss Notfallrettung** (§133b) sowie die Einrichtung der Datenstelle zur Qualitätssicherung (§133d) wird jedoch im BMG und nicht im GKV-Spitzenverband als Kostenträger angesiedelt. Dies ist aus Sicht der DIVI sinnvoll, da nur auf diese Weise die Neutralität und Objektivität des Gremiums gewährleistet werden kann.

Zudem sollen die Vertreter der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer nach §133 Abs.1 sowie Vertreter der Fachgesellschaften und Fachverbände mit einem Stimmrecht und nicht nur mit einem Mitberatungsrecht in diesem Gremium vertreten sein. Dies stellt aus Sicht der DIVI die fachliche Expertise der Leistungsträger im Rettungsdienst sicher.

In Bezug auf die Empfehlungen und Regelungen, die der Qualitätsausschuss Notfallrettung erarbeiten soll, wird ein wesentlich umfassenderer Katalog definiert, der alle Leistungsbestandteile der Notfallrettung nach §30 SGB V abbildet.

Dies umfasst u.a.:

- Qualifikation des Personals, der Ausstattung, Besetzung und ärztliche Leitung der Leitstellen
- Sicherstellung der automatisierten und standardisierten Ortung von Notrufenden
- Festlegung der Hilfsfristen bzw. Planungsfristen sowie Maßnahmen zur Optimierung des jeweiligen Zielerreichungsgrades differenziert nach medizinischer Indikation und disponiertem Einsatzmittel
- Auswahl von bedarfsgerechten Einsatzmitteln (Disposition) und Maßnahmen zur Disposition anhand des Einsatzmittelstandorts
- Qualifikation des Personals, der Ausstattung und der Besetzung der Einsatzmittel einschließlich des Einsatzes eines Telenotarztes zur Unterstützung oder Sicherstellung einer fachgerechten Patientenversorgung
- Aufgaben der Ärztlichen Leitung des Rettungsdienstes
- Einsatz von Luftrettungsmitteln, Intensivtransportwagen und spezialisierten Rettungsfahrzeugen für die Versorgung von Kindern soweit medizinisch im Speziellen erforderlich,
- Einsatz eines ärztlichen Führungsdienstes soweit medizinisch auf Grund der Komplexität des Einsatzgeschehens oder der Durchführung besonderer invasiver medizinischer Maßnahmen erforderlich
- Erstellung und Betrieb des bundesweiten AED Katasters

Durch diese detailliertere Listung der expliziten Aufgaben des Qualitätsausschusses Notfallrettung in der Definition spezifischer Anforderungen sowie der Vorgabe von Mindeststandards wird aus Sicht der DIVI eine stringendere und präzisere Abbildung des Leistungskatalogs der notfallmedizinischen Rettung definiert, die die fachlich fundierte Festlegung aller Regelungen gewährleistet.

2. Gesundheitsleitsystem: Akutleitstelle und Integrierte Rettungsleitstelle (§133)

Als Grundlage des Gesundheitsleitsystems ist ebenfalls eine enge Kooperation zwischen der Akutleitstelle in der Trägerschaft der KV und der integrierten Rettungsleitstellen vorgesehen.

Darüber hinaus ist jedoch im Gesetzentwurf von Bündnis 90/Die Grünen die Abbildung der **speziellen ambulanten Notfallversorgung** (SANV) als eigener Leistungsbereich in § 30 Absatz 2 Nummer 4 SGB V abgebildet und zwar für notfallpsychologische Dienste, Palliativdienste, vorbeugenden Rettungsdienst etc. Aus Sicht der DIVI kann erst mit dieser Konkretisierung der speziellen ambulanten Notfallversorgung eine nachhaltige Entlastung der Rettungsmittel (RTW, NEF) erreicht werden.

Im Bereich der Akutleitstelle wird zudem die Verordnungsmöglichkeit von **Kranken-transporten/-fahrten sowie von Apothekenbotendiensten** vorgesehen (§ 75 Absatz 1c SGB V), was ebenfalls zu einer Entlastung des Rettungsdienstes und des aufsuchenden KV-Dienstes beitragen wird.

3. Integrierte Notfallzentren (INZ) und Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ) (§123)

Die Etablierung von Integrierten Notfallzentren (INZ, KINZ) als sektorübergreifende Notfallversorgungsstrukturen ist im Gesetzentwurf von Bündnis 90/Die Grünen ebenfalls abgebildet.

Für die **Standortbestimmung** der INZ/KINZ wird zudem die prioritäre Berücksichtigung der Bundeswehrkrankenhäuser (§ 123a Absatz 1 SGB V) gefordert, was im Kontext des Zivil- und Katastrophenschutzes auch im Hinblick der aktuellen Entwicklungen in der europäischen und internationalen Sicherheitslage aus Sicht der DIVI sinnvoll ist.

In Bezug auf die **Öffnungszeiten der Notdienstpraxen** ist gegenüber dem Gesetzentwurf des BMG eine feste und regional nicht anpassbare Vorgabe von 10.00-22.00 Uhr und dabei auch **keine Weiterleitung in Kooperationspraxen** während der Praxisöffnungszeiten vorgesehen.

Aus Sicht der DIVI wird durch diese einheitliche Regelung der Öffnungszeiten der Notdienstpraxen in den INZ eine geringere Komplexität in der Patientensteuerung erzielt. Zudem werden durch die Erstversorgung aller Notfallpatient:innen vor Ort im INZ Risiken in der Patientensicherheit minimiert, wenn die Weiterleitung in Kooperationspraxen entfällt.

4. Digitale Vernetzung der Leistungsträger

Die Umsetzung der digitalen Vernetzung zwischen den Sektoren in der Notfall- und Akutversorgung wird im Gesetzentwurf von Bündnis 90/Die Grünen ebenfalls abgebildet.

Im Kontext der Qualitätssicherung wird darüber hinaus die Einführung eines **bundesweiten Notfallregisters** gefordert inklusive der Bereitstellung von Auswertungen (§133e SGB V).

Aus Sicht der DIVI ist dies zur objektiven Qualitätssicherung in allen Bereichen der Notfall- und Akutversorgung sinnvoll und erlaubt zudem die Durchführung von Benchmarking, Kostenanalysen sowie Forschung (Versorgungsforschung, Public Health und Surveillance). Die Einführung eines bundesweiten Notfallregisters setzt jedoch eine standardisierte, interoperable und einheitliche Datenerfassung in Präklinik, Leitstelle, ambulanter und stationärer Notfallversorgung voraus. Daher ist die Einführung einer standardisierten, einheitlichen digitalen Notfalldokumentation im interoperablen Datenformat inklusive eines pädiatrischen Notfalldatensatzes eine notwendige und essentielle Voraussetzung. Ein langjährig, in der Praxis der Notaufnahmen bewährtes und skalierbares, digitales und systemunabhängiges Konzept inklusive einer Erweiterung auf ein digitales, interoperables Protokoll für Leitstellen und notdienstlichen Akutversorgung durch die KVen kann hierfür zur Verfügung gestellt werden. Die sektorenübergreifende Dokumentation nach einheitlichen und verbindlichen Standards in der gesamten digitalen Rettungskette erlaubt schließlich ein effizientes Qualitätsmanagement, schafft Transparenz und stellt somit die Voraussetzung für eine kontinuierliche Optimierung der Versorgungsqualität in der Notfallversorgung in Deutschland dar.

5. Finanzierung in den Notfallversorgungsstrukturen (§ 105)

In Hinsicht der Finanzierung der Strukturen in Notfall- und Akutversorgung wird im Gesetzentwurf von Bündnis 90/Die Grünen eine Vorhaltefinanzierung für ärztliche Personal-

kosten gemäß G-BA Notfallstufen für Krankenhäuser mit Notaufnahmen in Artikel 3 § 17b Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz gefordert.

Demgegenüber werden im Gesetzesentwurf des BMG nur die Finanzierung des Sicherstellungsauftrages der KV: (§75 1b), 1c); §133 a) und die Förderung der von den KVen verantworteten Einrichtungen und Stellen innerhalb der INZ/KINZ berücksichtigt.

Durch die Abschaffung der Leistungsgruppe Notfallmedizin im Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) und eines weiterhin fehlenden Fachabteilungsschlüssels für die Zentralen Notaufnahmen der Krankenhäuser fehlen daher wesentliche Regelungen zur Finanzierung der zentralen Strukturen in der Notfall- und Akutversorgung. Die Sicherstellung der Vorhaltekosten in den Zentralen Notaufnahme, u.a. durch die Vorhaltefinanzierung für ärztliche Personalkosten gemäß G-BA Notfallstufen für Krankenhäuser mit Notaufnahmen in Artikel 3 § 17b Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz, wird daher aus Sicht der DIVI ausdrücklich begrüßt.

Darüber hinaus wird die Vergütung von ambulanter Versorgung durch Notaufnahmen in INZ bei Transport durch den Rettungsdienst angelehnt an die vorstationäre Vergütung (§ 155a Abs. 1 SGB V) positiv bewertet. Notfälle, die mit dem Rettungsdienst in die Notaufnahme gebracht werden, haben eine höhere Wahrscheinlichkeit für einen erweiterten Versorgungsbedarf als ambulante Notfälle; die Kosten der Notfallbehandlung übersteigen daher die EBM Vergütung. Durch eine vorstationäre Vergütung wird in diesen Fällen daher im Gegensatz zur Vergütung ambulanter Versorgung in Notaufnahmen gemäß EBM eine kostendeckende Notfallversorgung in Notaufnahmen erreicht.



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)64(13)
gel. VB zur öffent. Anh. am
25.02.2026 - NotfallG
24.02.2026

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 23.02.2026

zum Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Reform der
Notfallversorgung und des Rettungsdienstes
(Notfallgesetz – NotfallG)

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
Stellungnahme	5
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	5
Nr. 1 – § 27 Krankenbehandlung	5
Nr. 2 – § 30 Medizinische Notfallrettung	6
Nr. 3 – § 60 Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	12
Nr. 4 – § 73 Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung	25
Nr. 6 a) – § 75 Absatz 1a	26
Nr. 6 b) – § 75 Absatz 1b bis 1f	28
Nr. 6c – § 75 Absatz 7	31
Nr. 10 – § 90 Landesausschüsse	32
Nr. 11 – § 90a Gemeinsames Landesgremium	35
Nr. 13 – § 105	36
Nr. 18 – § 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen	38
Nr. 18 – § 123 Integrierte Notfallzentren	39
Nr. 19 – § 123a (neu) Einrichtung von Integrierten Notfallzentren	46
Nr. 19 – § 123b (neu) Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche	52
Nr. 20 – § 133 (neu) Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Krankentransporten, Krankentransportflügen und Krankenfahrten	53
Nr. 21 – § 133a (neu) Gesundheitsleitsystem	55
Nr. 21 – § 133b (neu) Qualitätsausschuss Notfallrettung und § 133c (neu) Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung	57
Nr. 21 – § 133d (neu) Digitale Notfalldokumentation	59
Nr. 21 – § 133e (neu) Datenübermittlung zur Qualitätssicherung	60
Nr. 22 – § 136b Absatz 9 (neu) G-BA-Beschlüsse zur Qualitätssicherung im Krankenhaus	61
Nr. 23 – § 136c Absatz 4 Satz 3 (neu) G-BA-Beschlüsse Qualitätssicherung und Krankenhausplanung	63
Artikel 2 (Änderung SGB V)	64
§ 75 Absatz 1e	64
Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)	65
Nr. 1 - § 12a Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab 2019	65
Nr. 2 - § 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung	66
Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)	67
§ 9 Vereinbarung auf Bundesebene	67
§ 11 Absatz 1 Nummer 5 Vereinbarung auf Bundesebene	68
§ 19a	69
Evaluierung (neu)	70

Vorbemerkung

Mit dem Gesetzentwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN soll die Notfallversorgung bundesweit einheitlich, sektorenübergreifend und ressourcenschonend ausgerichtet werden, sodass Hilfesuchende jederzeit eine gleichwertige, qualitativ hochwertige und am Stand der Wissenschaft orientierte Versorgung erhalten. Der Rettungsdienst soll als eigenständiger Leistungsbereich in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen werden. Sektorale Grenzen sollen überwunden und die Strukturen verbindlich vernetzt werden, damit der Rettungsdienst sein volles Leistungspotenzial entfalten und eine effiziente, wirtschaftliche und bedarfsgerechte Notfallversorgung für alle Patientinnen und Patienten sicherstellen kann. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Zielsetzungen des Gesetzentwurfes.

Stärkung der vertragsärztlichen Akut- und Notfallversorgung

Die geplante Neuordnung des vertragsärztlichen Notdienstes schafft verbindliche Qualitäts- und Erreichbarkeitsstandards für den akuten medizinischen Zugang. Die Einführung einer rund um die Uhr erreichbaren Akutleitstelle mit verpflichtenden Reaktionszeiten und einem einheitlichen Ersteinschätzungsverfahren soll Patientinnen und Patienten besser unterstützen und unnötige Inanspruchnahmen von INZ oder Notaufnahmen vermeiden. Der GKV-Spitzenverband begrüßt diesen Schritt ausdrücklich. In Ergänzung sollte klar geregelt werden, dass der G-BA die Verantwortung für ein bundesweit einheitliches, qualitätsgesichertes Ersteinschätzungsverfahren trägt, um regionale Unterschiede zu verhindern.

Ersteinschätzung und Patientensteuerung

Ein standardisiertes, digital unterstütztes Ersteinschätzungsverfahren ist essenziell, um Hilfesuchende in die richtige Versorgungsebene zu leiten und wird begrüßt. Notwendig ist allerdings die Wiedereinführung bzw. Stärkung eines bundesweiten, einheitlichen Verfahrensstandards, eine zentrale Verantwortlichkeit des G-BA für alle Ersteinschätzungsprozesse – stationär wie ambulant und eine stärkere Verbindlichkeit für Weiterleitung und Terminvermittlung in die Regelversorgung. Der geplante Ausbau der Terminservicestellen (TSS) – einschließlich digitaler Angebote und einheitlicher Erreichbarkeit – ist ein wichtiger Baustein eines modernen Zugangsmanagements und wird ebenfalls begrüßt. Zusätzliche verpflichtende GKV-Beiträge zur Förderung von Notdienststrukturen lehnt der GKV-Spitzenverband jedoch ab, da die GKV diese bereits in erheblichem Umfang finanziert.

Flächendeckende Integrierte Notfallzentren (INZ)

Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich die Einführung bundesweit flächendeckender INZ als zentrale Steuerungs- und Anlaufstellen. Diese sollen Notaufnahme, KV-Notdienst und eine qualifizierte Ersteinschätzung unter einem Dach bündeln – ein zentraler Schritt, um Notaufnahmen zu entlasten und Patienten bedarfsgerecht zu steuern. Kritisch zu bewerten ist jedoch, dass wesentliche Struktur- und Standortentscheidungen den Ländern bzw. erweiterten Landesausschüssen überlassen bleiben. Ohne klare, verbindliche Vorgaben des G-BA drohen regionale Flickenteppiche, unklare Zuständigkeiten sowie ineffiziente Doppelstrukturen. Es bedarf einer bundeseinheitlichen Planungsgrundlage, die medizinische Bedarfe, ärztliche Kapazitäten, Erreichbarkeit und Versorgungsqualität verbindlich regelt – auch für INZ der Kinder- und Jugendmedizin.

Einführung der medizinischen Notfallrettung als eigener Leistungsbereich

Die Abgrenzung der medizinischen Notfallrettung als eigenständige GKV-Leistung wird grundsätzlich begrüßt. Die vorgesehenen Strukturen – Notfallmanagement, Versorgung am Einsatzort, Notfalltransport und spezielle ambulante Notfallversorgung – bilden ein modernes, bedarfsorientiertes System. Die wesentlichen Begriffe wie Notfall, Notfalltransport oder die genaue Eignung der Zielversorgungseinrichtung sollten jedoch genauer definiert werden, um Rechtsunsicherheiten und einen Anstieg ungerechtfertigter Rettungsdienst-Inanspruchnahmen zu vermeiden.

Neuordnung der Fahrkosten- und Transportregelungen

Die Neuordnung der §§ 60 und 30 SGB V mit klarerer Differenzierung zwischen Krankenfahrten, Krankentransporten und Notfalltransporten verbessert grundsätzlich die Transparenz. Verlegungsfahrten aus „Kapazitätsgründen“, die Ausweitung auf Krankentransportflüge sowie unpräzise Zuzahlungsregelungen werden jedoch abgelehnt. Es bedarf einer strikten Differenzierung, klarer Genehmigungsregeln sowie einheitlicher Definitionen, um Fehlanreize und Kostensteigerungen zu vermeiden.

Nachfolgend nimmt der GKV-Spitzenverband zu den für die GKV wesentlichen Regelungen des Gesetzesentwurfes im Detail Stellung.

Stellungnahme

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 – § 27 Krankenbehandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 27 Absatz 1 Satz 2 SGB V katalogisiert die Ansprüche auf Krankenbehandlung von Versicherten nach dem SGB V. Infolge der Einführung der medizinischen Notfallrettung als neuer, eigenständiger Leistungsbereich in § 30 SGB V (neu) soll diese als Nummer 7 in § 27 Absatz 1 Satz 2 SGB V eingefügt werden.

B) Stellungnahme

Bei der Ergänzung des § 27 Absatz 1 Satz 2 SGB V um die medizinische Notfallrettung nach § 30 SGB V (neu) handelt es sich um eine sachgerechte Folgeänderung. Damit wird klargestellt, dass die Notfallrettung zukünftig keine akzessorische Nebenleistung, sondern eine eigenständige Leistung sein soll.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – § 30 Medizinische Notfallrettung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch § 30 SGB V (neu) sollen die Anspruchsvoraussetzungen für die neue Leistung der medizinischen Notfallrettung vorgegeben werden. Dabei sieht § 30 Absatz 1 SGB V (neu) eine Legaldefinition des Notfalls vor.

Gemäß Absatz 2 umfasst die medizinische Notfallrettung ein Notfallmanagement, die erforderlichen medizinischen Leistungen am Notfallort, den notwendigen Notfalltransport in geeignete Einrichtungen sowie die spezielle ambulante Notfallversorgung. In diesem Zusammenhang wird klargestellt, dass die aufgrund einer Abfrage eines Gesundheitsleitsystems nach § 133a SGBV (neu) getroffene Entscheidung als Nachweis des Vorliegens eines rettungsdienstlichen Notfalls gelten soll.

Absatz 3 gibt vor, was zum Notfallmanagement gehört, welches durch Rettungsleitstellen erbracht werden soll. Das Notfallmanagement soll die Entgegennahme medizinischer Hilfeersuchen sowie die Vermittlung der erforderlichen Hilfe auf Basis einer protokollgestützten, standardisierten, qualitätsgesicherten und softwarebasierten Notrufabfrage umfassen. Die Verpflichtung zur Nutzung einer solchen Notrufabfrage soll am letzten Tag des elften Monats nach Verkündung in Kraft treten. Darüber hinaus beinhaltet das Notfallmanagement eine telefonische und telemedizinische Notfallberatung sowie standardisierte und qualitätsgesicherte Erste-Hilfe-Anweisungen. Hierzu zählt auch die digital unterstützte Alarmierung von Ersthelfern. Zudem soll eine digitale Fallübergabe zwischen den Leistungserbringern des Rettungsdienstes, den an der Notfallversorgung beteiligten Akteuren der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Integrierten Notfallzentren (INZ) erfolgen.

Gemäß Absatz 4 besteht künftig ein Anspruch auf eine notfallmedizinische Versorgung der Versicherten am Notfallort. Je nach Bedarf, erfolgt diese durch ärztliches oder nichtärztliches Personal oder telemedizinisch.

Absatz 5 regelt, dass zu den Notfalltransporten der erforderliche Transport vom Notfallort in die grundsätzlich nächst geeignete Versorgungseinrichtung sowie die aus zwingend medizinischen Gründen erforderliche Verlegung zwischen Einrichtungen gehören. Während des Transportes besteht ein Anspruch auf eine notfallmedizinische Versorgung nach Absatz 4. Zudem wird klargestellt, dass kein Anspruch auf Übernahme der Kosten für eine Rettungsfahrt aus dem Ausland ins Inland besteht.

Durch Absatz 6 wird klargestellt, dass die notfallmedizinische Versorgung auch geeignete spezielle ambulante Versorgungsangebote umfasst, etwa notfallpflegerische Leistungen, psychische Notfallhilfen oder die fachgerechte Versorgung außerklinischer geburtshilflicher Notfälle. Diese Leistungen sollen bei Bedarf durch die für das Notfallmanagement zuständigen Stellen vermittelt werden.

Alle Versicherten sollen nach Absatz 7 eine gesetzliche Zuzahlung für die Leistung des medizinischen Notfalltransports zahlen. Dabei soll die Zuzahlung entweder von der Krankenkasse eingezogen werden oder die Krankenkasse soll die Kosten des Notfalltransports unter Abzug der Zuzahlung übernehmen.

B) Stellungnahme

Die Einführung der medizinischen Notfallrettung als eigenständigen Leistungsbereich, die Unterteilung in ein Notfallmanagement, eine notfallmedizinische Versorgung, einen Notfalltransport sowie eine spezielle ambulante Notfallversorgung und die in diesem Kontext vorgesehene Legaldefinition eines rettungsdienstlichen Notfalls werden im Grundsatz begrüßt.

Die vorgesehene Qualifizierung einer digitalen standardisierten Notrufabfrage als Nachweis eines rettungsdienstlichen Notfalls gegenüber der Krankenkasse ist nachvollziehbar, bedarf jedoch weitergehender verbindlicher bundeseinheitlicher Regelungen. Zudem sind Klarstellungen in Bezug auf das Notfallmanagement sowie die Notfallrettung erforderlich.

Die vorgesehenen Zuzahlungsregelungen sind in Bezug auf den Einzug der Zuzahlung unklar.

Zu § 30 Absatz 1

Es wird eine Legaldefinition eines rettungsdienstlichen Notfalls eingeführt. Sofern ein solcher Notfall vorliegt, besteht Anspruch auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung. Die Regelungen sind grundsätzlich nachvollziehbar.

Laut Gesetzeswortlaut soll ein rettungsdienstlicher Notfall vorliegen, wenn sich Versicherte aus ex ante Sicht in unmittelbarer Lebensgefahr befinden oder eine lebensbedrohliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder eine schwere gesundheitliche Schädigung zu befürchten ist, sofern nicht eine sofortige medizinische Versorgung erfolgt. Dadurch würde ein Leistungsanspruch auch entstehen, wenn sich Versicherte aufgrund der örtlichen Gegebenheiten (z.B. Lage) oder Situation in Lebensgefahr befinden. Ein Anspruch auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung sollte jedoch nur bestehen, wenn sich Versicherte allein aufgrund ihres Gesundheitszustands in unmittelbarer Lebensgefahr befinden. Für die Gefahrenabwehr (Bergung) sind die Krankenkassen nicht zuständig, da es sich um eine allgemeine öffentlich-rechtliche Aufgabe in Zuständigkeit der Kommunen handelt. Dies sollte im Gesetzeswortlaut verankert und in der Begründung klarstellend ausgeführt werden. Zudem knüpft der Begriff des „rettungsdienstlichen Notfalls“ an das Erfordernis einer „sofortigen“ medizinischen Versorgung an. Da eine tatsächlich sofortige Leistungserbringung faktisch nicht möglich ist, sollte der Gesetzeswortlaut redaktionell angepasst werden, um Fehldeutungen und unrealistische Anforderungen zu vermeiden.

Zu § 30 Absatz 2

Hier wird der Leistungsumfang der medizinischen Notfallrettung bestimmt, welche – je nach medizinischen Versorgungsbedarf – ein Notfallmanagement, eine notfallmedizinische Versorgung, einen Notfalltransport sowie eine spezielle ambulante Notfallversorgung umfassen kann.

Die aufgrund einer Abfrage eines Gesundheitssystems nach § 133a SGB V (neu) getroffene Entscheidung als Nachweis des Vorliegens eines rettungsdienstlichen Notfalls zu qualifizieren und damit einer ärztlichen Verordnung gleichzusetzen, ist aufgrund der besonderen Situation, in der nicht die Zeit für das Einholen einer ärztlichen Verordnung gegeben ist und unter Berücksichtigung, dass dem beauftragten Leistungserbringer nicht nach Leistungserbringung der Auftrag entzogen werden kann, nachvollziehbar und vermeidet unnötigen bürokratischen Aufwand auch bei der Abrechnung der

erbrachten Leistungen durch die Leistungserbringer. Der bürokratische Aufwand durch eine ggf. nachträgliche Ausstellung einer Verordnung entfällt.

Die Entscheidung der standardisierten Notrufabfrage als Nachweis für die Indikation einer notfallmedizinischen Versorgung sowie eines Notfalltransportes heranzuziehen, setzt allerdings voraus, dass ein bundesweit standardisiertes und evaluiertes Abfragesystem besteht, das mit einer ärztlichen Entscheidung vergleichbare Ergebnisse zur Einschätzung der medizinischen Behandlungsbedürftigkeit und der geeigneten Versorgungsebene ausgibt. Bundesweite Empfehlungen zur Nutzung der Abfragesysteme, wie sie gemäß § 133c SGB V (neu) vorgesehen sind, greifen in diesem Zusammenhang zu kurz. Ohne klare und verbindliche Vorgaben droht eine uneinheitliche Steuerungspraxis, die regionale Unterschiede in der Auswahl der eingesetzten Rettungsmittel nach sich ziehen kann. Erforderlich sind daher bundeseinheitliche, verbindliche Regelungen, um eine vergleichbare Umsetzung zu gewährleisten.

Bis ein bundeseinheitliches Abfrage- und Disponierungsverfahren sowie ein Übermittlungsweg der Entscheidung des Gesundheitsleitsystems als leistungsbegründende Information an die Krankenkasse vorliegen, führt der Leistungsanspruch absehbar zu höheren Ausgaben für die GKV, da die Patientinnen und Patienten auch im Falle einer ungerechtfertigten Inanspruchnahme keine Kostenbeteiligung mehr fürchten müssen. Bestehende Fehlanreize bezüglich der Inanspruchnahme des Rettungsdienstes dürften sich hiermit verstärken.

Nach hiesigem Verständnis der neuen Regelungen sollen Notfalltransporte ausschließlich auf Basis der Entscheidung des Gesundheitsleitsystems nach § 133a SGB V (neu) veranlasst werden können. Es wird angeregt, diese Systematik in der Begründung klarer hervorzuheben und darzustellen, dass z. B. eine Vertragsarztpraxis oder ein Krankenhaus eigenständig keinen Notfalltransport (z. B. im Rahmen einer Notverlegung) verordnen und auslösen kann.

In besonderen Fällen soll ein Anspruch auf spezialisierte ambulante Versorgungsangebote bestehen, welche im Rahmen des Notfallmanagements durch das Gesundheitsleitsystem vermittelt werden sollen. Nach dem Gesetzeswortlaut und weiteren Ausführungen in der Begründung zu Absatz 6 können dies u. a. notfallpflegerische oder notfallpalliative Versorgungsangebote sein. Die Etablierung einer solchen speziellen ambulanten Notfallversorgung als weitere Notfallstruktur wird abgelehnt. Fälle eines „pflegerischen Notfalls“ dürften in erster Linie bei Versicherten in Frage kommen, die bereits die Versorgung durch Pflegedienste in Anspruch nehmen; in diesen Fällen entspricht es der Versorgungspraxis, dass sich die Versicherten bei Abweichungen in der Pflegesituation unmittelbar an ihren Pflegedienst wenden, der die Situation am besten einschätzen kann. Daher sollte das Gesundheitsleitsystem bei pflegerischen Notfällen nicht den Rettungsdienst, sondern unmittelbar die zuständige ambulante Versorgungsstruktur, insbesondere den beauftragten Pflegedienst oder die behandelnde Hausärztin bzw. den behandelnden Hausarzt, alarmieren, um die weiteren Schritte im Sinne einer strukturierten Weiterleitung planen zu können. Eine Versorgung vor Ort durch den Rettungsdienst ist in diesen Fällen ohnehin nicht möglich, da es sich um pflegerische Notfälle handelt, für die der Rettungsdienst weder über die erforderlichen Kompetenzen noch über die entsprechenden Versorgungsmöglichkeiten verfügt. Analog sollte bei außerklinischen, geburtshilflichen Notfällen, an die behandelnde Gynäkologin oder den behandelnden Gynäkologen verwiesen werden. Von dort kann, falls erforderlich und vorhanden, eine Abstimmung mit der betreuenden Hebamme erfolgen. Eine Betreuung durch eine freiberufliche Hebamme im geburtshilflichen Notfall ist bereits dadurch

ausgeschlossen, dass Hebammen ausschließlich regelgerechte Schwangerschaftsverläufe betreuen können und bei auftretenden Pathologien in eine ärztliche Behandlung übergeben müssen. Ein Aufbau von Doppelstrukturen ist an dieser Stelle zwingend zu vermeiden.

Zu § 30 Absatz 3

Der Anspruch auf Leistungen des Notfallmanagements soll auch die digitale Fallübergabe zwischen den im Rettungsdienst tätigen Leistungserbringern, den am Notdienst beteiligten Akteuren der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den INZ umfassen. Regelungen zur digitalen Fallübergabe sollten jedoch nicht in einer Norm verankert werden, die den Leistungsanspruch der Versicherten definiert. Eine systematisch stimmigere und rechtlich klarere Verortung wäre im Leistungserbringerrecht vorzunehmen und erfolgt dort bereits in § 133d SGB V (neu).

Zu § 30 Absatz 4

Der Leistungsumfang der medizinischen Notfallversorgung vor Ort soll – je nach medizinischem Bedarf und unter Berücksichtigung des Standes der Wissenschaft – ärztliche, nichtärztliche sowie telefonische oder telemedizinische Leistungen umfassen. Dies scheint sachgerecht, anstelle der Formulierung des Standes der Wissenschaft sollte jedoch der Sprachgebrauch des § 2 Abs. 1 SGB V „nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse“ aufgenommen werden. Die Klarstellung, wonach der Leistungsanspruch auch während eines Notfalltransportes nach Absatz 5 besteht, könnte direkt in Absatz 4 aufgenommen werden.

Zu § 30 Absatz 5

Die Begrifflichkeit „Notfalltransport“ wird neu eingeführt, jedoch weder in § 30 noch in der Begründung näher definiert. So wie in § 60 Absatz 3 und 4 SGB V (n.F.) für die Krankentransporte und Krankenfahrten vorgesehen, sollte auch für den Notfalltransport eine gesetzliche Legaldefinition erfolgen. Grundlage für die Definition sollten die derzeitigen Vorgaben in § 5 KT-RL sein.

Darüber hinaus wird in Absatz 5 als Zielort eines Notfalltransportes der neue Begriff der „grundsätzlich nächsten geeigneten Versorgungseinrichtung“ eingeführt, der ohne weitere Definition unterschiedliche Interpretationen zulässt. Gesetzlich wird bisher der Zielort einer Rettungsfahrt klar vorgegeben. Vor dem Hintergrund einer bedarfsgerechten Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung und einer effizienten Auslastung der Rettungsmittel sind die Neuerungen zu Notfalltransporten grundsätzlich nachvollziehbar. Im Sinne einer Klarheit des gesetzlich Gewollten sollte zumindest in der Begründung weitergehend klargestellt werden, welche Versorgungseinrichtungen unter welchen Voraussetzungen mit einem Notfalltransport angefahren werden können und in welchen Fällen nicht die nächste geeignete Versorgungseinrichtung angesteuert werden muss. In diesem Kontext sollte im Gesetz die Formulierung „nächsterreichbare geeignete Einrichtung der Notfallversorgung“ verwendet werden. Entsprechende Einrichtungen sind regelhaft Krankenhäuser, INZ oder auch vertragsärztliche Praxen, in denen rettungsdienstliche Notfälle behandelt werden können.

Zusätzlich sollte zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit im Gesetz klar vorgegeben werden, zwischen welchen Einrichtungen Notverlegungen erfolgen können. Es erscheint angebracht, dass eine Notverlegung stets zu einer höheren oder einer spezialisierteren Versorgungsebene (z. B.

Vertragsarztpraxis zum Krankenhaus, Krankenhaus mit niedriger Versorgungsstufe zu Krankenhaus mit höherer Versorgungsstufe oder zu einem spezialisierten Krankenhaus) zu erfolgen hat.

Die Klarstellung, dass kein Anspruch auf einen Notfalltransport im Rahmen eines Rücktransports ins Inland besteht, wird begrüßt. Dies entspricht der heutigen gesetzlichen Regelung.

Zu § 30 Absatz 6

Gemäß Absatz 6 soll der Anspruch auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung auch den Anspruch auf Leistungen der speziellen ambulanten Notfallversorgung (SANV) umfassen, der auch die Vermittlung dieser Leistungen durch das Notfallmanagement enthält. Wir verweisen hierzu auf unsere Stellungnahme zu Absatz 2.

Zu § 30 Absatz 7

Entsprechend der bisherigen Praxis ist eine Zuzahlung – abweichend zu anderen Leistungen der GKV – auch von Versicherten zu leisten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Eine Zuzahlung sollen Versicherte nur für Notfalltransporte leisten. Zur Zuzahlungshöhe wird allgemein auf § 61 SGB V verwiesen. Ausweislich der Begründung soll die Zuzahlungshöhe 10 EUR betragen. Eine solche Zuzahlungshöhe ist in § 61 SGB V für (Notfall-)Transporte bisher nicht vorgesehen, sodass § 61 SGB V sowie der Verweis in Absatz 7 auf die Regelung entsprechend anzupassen ist.

Auch die vorgesehene Regelung zum Zuzahlungseinzug ist nicht widerspruchsfrei. Einerseits soll der Einzug – entsprechend der bisherigen Praxis – bei den Krankenkassen verbleiben. Alternativ ist jedoch vorgesehen, dass die Krankenkasse die Kosten unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung übernimmt, sodass der Leistungserbringer die Zuzahlung einzuziehen hat. Um eine transparente und einheitliche Leistungsgewährung und Praxis des Zuzahlungseinzugs sicherzustellen, ist – analog zu den anderen Leistungen der GKV – klar vorzugeben, wer für den Zuzahlungseinzug zuständig ist. An der bisherigen Praxis, wonach die Krankenkassen zuständig sind, sollte festgehalten werden.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 2 wird § 30 Absatz 1 Satz 2 wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„Ein rettungsdienstlicher Notfall liegt vor, wenn sich der Versicherte allein aufgrund seines Gesundheitszustandes aus ex ante Sicht in unmittelbarer Lebensgefahr befindet oder eine lebensbedrohende Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder eine schwere gesundheitliche Schädigung zu befürchten ist, sofern nicht unverzüglich eine ~~sofortige~~ medizinische Versorgung erfolgt.“

In Artikel 1 Nr. 2 wird § 30 Absatz 2 Satz 1 wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„Die medizinische Notfallrettung umfasst:

1. das Notfallmanagement,
2. die notfallmedizinische Versorgung,
3. den Notfalltransport_z.

4. die spezielle ambulante Notfallversorgung:

In Artikel 1 Nr. 2 wird § 30 Absatz 3 Satz 3 gestrichen.

In Artikel 1 Nr. 2 wird § 30 Absatz 4 wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„Die notfallmedizinische Versorgung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 umfasst die aus medizinischer Sicht erforderliche Versorgung ~~vor am Notfalloort und während eines Notfalltransports~~ nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse durch ärztliches und nicht-ärztliches Personal, auch telemedizinisch.“

In Artikel 1 Nr. 2 wird § 30 Absatz 5 wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„Der Notfalltransport nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 umfasst den aus medizinischer Sicht erforderlichen Transport in die grundsätzlich nächsterreichbare geeignete ~~Versorgungseinrichtung~~ der Notfallversorgung oder die aus zwingenden medizinischen Gründen erforderliche Verlegung von einer Einrichtung der Notfallversorgung in eine andere Einrichtung der Notfallversorgung, bei der aus medizinischer Sicht die Beförderung mit einem qualifizierten boden- oder luftgebundenen Rettungsmittel erforderlich ist, ~~sowie die notfallmedizinische Versorgung nach Absatz 4 während des Transports. Das qualifizierte boden- oder luftgebundene Rettungsmittel muss über die erforderliche medizinisch-fachliche Betreuung und medizinisch-technische Ausstattung verfügen. Notverlegungen nach Satz 1 sind ausschließlich zu Versorgungseinrichtungen einer höheren oder weitergehend spezialisierten Versorgungsebene zulässig.~~ Der Anspruch umfasst nicht den Rücktransport in das Inland. § 18 bleibt unberührt.“

In Artikel 1 Nr. 2 wird § 30 Absatz 6 gestrichen.

In Artikel 1 Nr. 2 wird § 30 Absatz 7 wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„Versicherte leisten zu Leistungen des Notfalltransports nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 eine Zuzahlung in Höhe des ~~Betrages sich nach § 61 Satz 4 ergebenden Betrages. D, die die Krankenkasse zieht die Zuzahlung vom Versicherten einzieht oder übernimmt die Kosten unter Abzug des sich nach § 61 ergebenden Betrages.~~“

Darüber hinaus werden folgende Änderungen in § 61 SGB V vorgenommen:

- Nach § 61 Satz 3 wird folgender Satz 4 neu eingefügt: „Für einen Notfalltransport nach § 30 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 beträgt die Zuzahlung 10 EUR.“
- Die bisherigen Sätze 4 bis 6 werden Sätze 5 bis 7.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 – § 60 Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt die Voraussetzungen zum Anspruch auf Kostenübernahme von Krankentransporten, Krankentransportflügen und Krankenfahrten.

Der allgemeine Anspruch auf Übernahme der Kosten medizinisch notwendiger Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten soll in Absatz 1 geregelt werden.

In Absatz 2 wird festgelegt, in welchen Fällen ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten besteht. Danach soll künftig ein Anspruch auf Kostenübernahme auch für Verlegungsfahrten aus Kapazitätsgründen sowie zur Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements sowie für Krankenfahrten sowie Krankentransporte zu einer notdienstlichen Versorgung in einem INZ bestehen. Für die Transporte in ein INZ soll die Entscheidung des Gesundheitsleitsystems als ärztliche Verordnung gelten.

Absatz 3 definiert den Begriff „Krankentransport“ und gibt für diesen weitere Anspruchskriterien vor. Das bisher im Gesetz verankerte Genehmigungserfordernis für Krankentransporte zu ambulanten Behandlungen durch die Krankenkasse soll weiterhin bestehen bleiben, außer es handelt sich um einen Krankentransport zu einem INZ. Die Regelungen sollen auch für Krankentransportflüge gelten.

Die weiteren Kriterien für die Übernahme der Kosten von Krankenfahrten sollen in Absatz 4 festgelegt werden. U. a. wird der Begriff „Krankenfahrt“ definiert. Auch Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen bedürfen – wie bisher – regelhaft der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Dies gilt nicht für Fahrten zum INZ. Zudem werden die Regelungen zur Genehmigungsfiktion des § 60 Absatz 1 Satz 5 SGB V (a.F.) übernommen.

Absatz 5 gibt vor, welche Kosten für die einzelnen Beförderungsmittel übernahmefähig sind.

Gemäß Absatz 6 übernehmen Krankenkassen die Kosten für Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten, abzüglich einer gesetzlichen Zuzahlung. Diese soll entweder von der Krankenkasse eingezogen werden oder die Krankenkasse soll die Fahrkosten unter Abzug der Zuzahlung übernehmen.

Der Ausschluss der Kostenübernahme von Rücktransporten aus dem Ausland ins Inland wird in Absatz 7 geregelt.

Regelungen zur Übernahme von Fahr- bzw. Reisekosten im Zusammenhang mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation sollen in Absatz 8 getroffen werden.

Mit Absatz 9 wird ein neuer Anspruch auf Übernahme der Kosten für eine Verlegung mittels Krankentransportflug eingeführt, sofern die besonderen Einrichtungen eines Rettungshubschraubers benötigt werden oder dies zumindest erwartet wird. Ein Anspruch auf Kostenübernahme soll nach ärztlicher Verordnung oder nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse bestehen.

B) Stellungnahme

§ 60 wird neu strukturiert, entspricht inhaltlich in weiten Teilen jedoch der bisherigen Fassung. Künftig ist eine Differenzierung zwischen Krankenfahrten, Krankentransporten und Krankentransportflügen vorgesehen, zu denen eine Definition in die Norm eingeführt wird. Die Neustrukturierung der bisher bestehenden Regelungen zu Krankentransporten und Krankenfahrten, die aufgenommenen Begriffserklärungen sowie die damit verbundene bessere Verständlichkeit der Regelungen werden begrüßt.

Entsprechend des medizinischen Erfordernisses sowie im Sinne einer klaren und kaskadenartigen Systematik der Fahrkostenregelungen sollte die gesetzliche Reihenfolge die abgestufte Anspruchslogik widerspiegeln. Die Krankenfahrt als einfachste Beförderungsform ohne medizinische Betreuung sollte daher vor dem Krankentransport genannt und abgebildet werden. Infolgedessen sollte bereits in der Überschrift sowie auch im weiteren Gesetzeswortlaut die Reihenfolge der Begriffe „Krankenfahrt“, „Krankentransport“ und „Krankentransportflug“ entsprechend angepasst und die Absätze 3 und 4 des § 60 SGB V (n.F.) getauscht werden. Dies schafft eine nachvollziehbare Struktur, erleichtert die Anwendung für Leistungserbringer und Versicherte und folgt dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit.

Die geplante Ausweitung des Anspruchs auf Kostenübernahme einer Verlegungsfahrt für Verlegungen aus „Kapazitätsgründen“ sowie die Aufnahme von Regelungen zu „Krankentransportflügen“ wird abgelehnt.

Zu § 60 Absatz 1

Die vorgesehenen Regelungen schränken den bisherigen Anspruch auf Übernahme von medizinisch notwendigen Krankenfahrten und Krankentransporten nicht ein, sondern erweitern ihn sogar um einen neuen Anspruch auf einen Krankentransportflug.

Der Bedarf, den Anspruch auf einen Krankentransportflug explizit im Gesetz zu regeln, erscheint fraglich. Wir verweisen hierfür auf unsere Stellungnahme zu § 60 Absatz 9.

Zu § 60 Absatz 2

Bisher besteht ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für Verlegungsfahrten gemäß § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 2. Halbsatz SGB V, sofern die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder mit Einwilligung der Krankenkasse bei Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus. Dabei fehlt es an einer expliziten rechtlichen Ermächtigungsgrundlage für Krankenhäuser, Verlegungsfahrten zu verordnen, da in derartigen Fällen kein Entlassmanagement erfolgt. Analog zu den Regelungen im Entlassmanagement oder zu tagesstationären Behandlungen ist dafür eine rechtliche Grundlage zu schaffen, um eine reibungslose Praxis zu gewährleisten.

Die in § 60 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe a geplante Einführung eines Anspruchs auf Kostenübernahme für stationäre Verlegungsfahrten aus „Kapazitätsgründen“ eröffnet Potenzial zur Erlösoptimierung (Aufteilung einer Krankenhausbehandlung auf zwei Standorte aus ökonomischen Gründen).

Erste Ansätze finden sich hier bereits im Bereich der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen. Im Krankenhausentgeltrecht ist zu regeln, wann besondere Ausnahmesituationen bestehen, in denen Verlegungen aus Kapazitätsgründen überhaupt möglich sind.

Künftig soll eine Verlegung kostenübernahmefähig sein, wenn die besonderen Mittel eines Krankenhauses der höheren Versorgungsstufe für die Behandlung des Versicherten nicht oder nicht mehr erforderlich sind und die dortigen Versorgungskapazitäten für andere Patienten benötigt werden.

Zwar verfolgt die geplante gesetzliche Änderung das Ziel, spezialisierte Krankenhauskapazitäten effizienter zu nutzen und Versorgungsengpässe zu vermeiden, jedoch besteht die Gefahr, dass ohne zusätzliche Vorgaben Verlegungen primär aus ökonomischen Gründen erfolgen. Dies könnte zudem zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung, Erhöhung der Komplikations- und Wiedereinweisungsrate und Verlängerung der Krankenhausaufenthalte führen sowie ökonomische Fehlanreize schaffen, die insgesamt zu einer finanziellen Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung führen. Die geplante Regelung ist daher zu streichen.

Hilfsweise sollten Verlegungen aus Kapazitätsgründen nur dann kostenübernahmefähig sein, wenn ein festgestellter Engpass an stationären Versorgungskapazitäten vorliegt. Die Kriterien für das Vorliegen eines Versorgungsengpasses sollten dabei durch die Partner der Selbstverwaltung definiert werden. Diese verfügen über die notwendige fachliche Expertise und sind ohnehin beauftragt, Regelungen zu Verlegungsfällen im Fallpauschalen-Katalog zu vereinbaren.

Um die Einhaltung dieser Kriterien sicherzustellen, ist ein objektiver und nachvollziehbarer Nachweis erforderlich. Als maßgebliche Grundlage sollte z. B. ein Versorgungskapazitätennachweis gemäß § 136b Absatz 8 SGB V dienen. Dabei muss gewährleistet sein, dass die gemeldeten Kapazitäten der tatsächlichen Auslastung entsprechen und nicht durch strategische Abmeldungen seitens der Krankenhäuser beeinflusst werden. Nur so entsteht eine belastbare und transparente Entscheidungsbasis für die Kostenübernahme.

Die in § 60 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b geplante Erweiterung des Anspruchs auf Verlegungsfahrten in ein anderes Krankenhaus zur Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V soll offensichtlich vor dem Hintergrund der Regelung in § 39 Absatz 1a Satz 7 SGB V, wonach das Entlassmanagement auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus umfasst, erfolgen. Mangels Hinweise in der Begründung bleiben jedoch mögliche Anwendungsfälle in Abgrenzung zu den Konstellationen nach § 60 Absatz 2 Nummer 1 und den anderen Verlegungsfahrten nach Nummer 2 unklar, sodass ein Bedarf für die Ergänzung der Nummer 2 Buchstabe b nicht erkennbar ist.

Die nicht erfolgte Aufnahme der bisherigen Regelungen des § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V (a.F.) zum Anspruch auf Fahrkostenübernahme zu stationärsersetzenden ambulanten Krankenbehandlungen in § 60 Absatz 2 Nummer 3 entspricht den aktuellen Vorgaben der KT-RL und gelebter Praxis und trägt somit zur Rechtssicherheit bei.

Nicht nachvollzogen werden kann, weshalb die Aussage des derzeitigen § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V (a.F.) „wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung“ nicht in § 60 Absatz 2 Nummer 3

übernommen wurde. Damit wird bislang sichergestellt, dass Versicherte, die sich für eine solche regelhaft kostengünstigere Behandlung als die notwendige Krankenhausbehandlung entscheiden, eine gesetzliche Zuzahlung nur für die erste und letzte Fahrt leisten müssen und damit hinsichtlich der Fahrkostenübernahme nicht schlechter gestellt werden als bei der Inanspruchnahme einer stationären Krankenhausbehandlung. Hieran sollte auch weiterhin festgehalten werden, sodass im Rahmen von Fahrten zu vor-, teil- oder voll- sowie nachstationären Behandlungen eine Zuzahlung nur für die erste und letzte Fahrt gefordert wird. Um dies gesetzlich eindeutig zu regeln, sollte Absatz 6 dahingehend ergänzt werden, dass für Fahrten nach § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V eine Zuzahlung nur für die erste und die letzte Fahrt zu erheben ist. Ohne eine solche Klarstellung wäre eine Zuzahlung je Fahrt zu erheben, was eine Schlechterstellung der Versicherten zur Folge hätte.

Der Anspruch auf Fahrkostenübernahme zu ambulanten Operationen im Krankenhaus nach § 115b SGB V oder in der Vertragsarztpraxis sollte künftig entfallen. Anlass hierfür ist die fortschreitende Entwicklung der medizinischen Versorgung. Durch diese werden immer mehr Leistungen, die bislang stationär erbracht wurden, (zukünftig) ambulant erbracht. Dadurch verschwimmen die Grenzen zwischen stationärer, stationärsetzender und ambulanter Versorgung zunehmend, so z. B. bei Leistungen, die nach § 115f SGB V sektorenübergreifend einheitlich vergütet werden.

Die Prüfung eines Fahrkostenanspruchs bei ambulanten und zugleich stationärsetzenden Leistungen, die eine an sich gebotene Krankenhausbehandlung vermeiden oder verkürzen, wird dadurch zunehmend komplexer und nicht an objektivierbaren Maßstäben abgrenzbar. Auch unter Berücksichtigung der mittlerweile nicht mehr relevanten, ursprünglichen Zielsetzung bei der Einführung des Fahrkostenanspruchs gemäß § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V (a.F.), falsche Anreize für die Versicherten bei der Leistungsanspruchnahme zu vermeiden, ergibt sich keine abweichende Bewertung. Eine Streichung würde die Prüfung von Fahrkostenansprüchen vereinfachen – auch für zukünftige Leistungen, die derzeit noch stationär erbracht werden, aber perspektivisch ambulant möglich sind. Dies trägt insofern zu einer besseren Transparenz der Leistungsansprüche bei.

Die zu erwartenden Auswirkungen auf die GKV-Versicherten sind insgesamt gering. Ambulante Operationen werden üblicherweise nicht (mehr) als Ersatz für stationäre Behandlungen durchgeführt, sodass bereits aktuell für die überwiegende Zahl an Fällen kein Anspruch auf eine Fahrkostenübernahme besteht. Dauerhaft mobilitätsbeeinträchtigte Versicherte behalten weiterhin einen Anspruch auf Fahrkostenübernahme. Infolge einer Streichung der Buchstaben b und c der Nummer 3 des § 60 Absatz 2 SGB V (n.F., Fahrten zu ambulanten Operationen) würden sich die Regelungen der Nummer 3 künftig auf Fahrten zu einer vor- und nachstationären Behandlung nach § 115a SGB V beschränken. Daher wäre auch die bisherige Voraussetzung zu streichen, wonach eine stationäre Krankenhausbehandlung nicht ausführbar ist. Diese Bedingung wäre nicht mehr sachgerecht, da eine vor- oder nachstationäre Behandlung nach § 115a SGB V stets im Zusammenhang mit einer voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung nach § 39 Absatz 1 SGB V erfolgt.

In Nummer 4 des § 60 Absatz 2 SGB V sollen zwei Fahrten zusammengefasst werden, der erforderliche Krankentransport zu einer ambulanten Behandlung sowie die besonderen Ausnahmefälle für Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen, die der G-BA in der KT-RL festlegt. Beide Leistungsansprüche sollten in der gesetzlichen Norm voneinander getrennt dargestellt werden, da ansonsten die nachfolgenden Regelungen, insbesondere in § 60 Absatz 3 Satz 3 und Absatz 4 Satz 2

SGB V (n.F.), missverstanden werden können. Es ist aus unserer Sicht angezeigt, die unterschiedlichen Begrifflichkeiten und Transportmittel „Krankentransport“ und „Krankenfahrt“ nicht zu vermischen.

Der in § 60 Absatz 2 Nummer 5 SGB V neue Anspruch auf Übernahme der Kosten von Krankenfahrten und Krankentransporten zu einer notdienstlichen Versorgung in einem INZ nach Entscheidung des Gesundheitsleitsystems wirft Fragen im Verhältnis zum Fahrkostenanspruch zu ambulanten Behandlungen auf, zu denen nur in Ausnahmefällen gemäß der KT-RL ein Anspruch auf Fahrkostenübernahme besteht. Einen Anspruch auf Fahrkostenübernahme zu einem INZ einzuräumen, während Krankenfahrten im Rahmen der „normalen“ ärztlichen Behandlung grundsätzlich der Eigenverantwortung unterliegen, kann Fehlanreize setzen.

Wenn gleichwohl ein Fahrkostenanspruch eingeräumt werden soll, kann die Begrenzung auf Fahrten zu einem INZ nicht nachvollzogen werden. Ausweislich der Begründung zu § 30 Absatz 5 SGB V (neu) können Notfalltransporte zur notdienstlichen Versorgung auch zu „ambulanten Versorgern“ erfolgen. Warum dies nicht auch für vom Gesundheitsleitsystem disponierte Krankenfahrten und Krankentransporte gelten soll, ist unklar.

Durch die geplante Neuregelung muss rechtlich zudem die Möglichkeit geschaffen werden, dass im Rahmen des Notfallmanagements neben der Entsendung von Rettungsmitteln im Sinne des § 30 SGB V (neu) auch weitere Transportmittel nach § 60 SGB V (n.F.) wie Taxen, Mietwagen und Krankentransporte, die keine Rettungsmittel sind, disponiert bzw. ausgelöst werden können, sofern diese für die Beförderung zu einer notdienstlichen Versorgung in einem INZ aus medizinischen Gründen ausreichend sind. Für die Leistungserbringer ist auch für die Fahrt zu einem INZ klarzustellen, ob und inwiefern sie ihm Rahmen der Leistungsabrechnung einen Nachweis über die Entscheidung des Gesundheitsleitsystems nutzen können. Wir verweisen hierzu auf unsere Stellungnahme zu § 30.

In Einzelfällen kann es zudem vorkommen, dass Versicherte mit einem PKW oder öffentlichen Verkehrsmitteln zum INZ fahren können. Damit sie ihren Leistungsanspruch gegenüber ihrer Krankenkasse geltend machen können, bedarf es in diesen Fällen eines Nachweises der Entscheidung des Gesundheitsleitsystems oder über die erfolgte Behandlung im INZ. Dabei sollte auch festgelegt werden, wie die Versicherten Zugang zu einem solchem Nachweis erhalten. Die Regelungen sind daher entsprechend anzupassen.

Analog zu den Vorgaben zu Notfalltransporten in § 30 Absatz 5 SGB V (neu) sollte auch für die Fahrten zu einer notdienstlichen Versorgung in einem INZ oder einer vertragsärztlichen Praxis gelten, dass jeweils die nächsterreichbare geeignete Behandlungsstätte angefahren wird.

Bei einer Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus wird eine Entscheidungsfrist von 24 Stunden nach Antragseingang eingeführt. Eine solche Frist kann insbesondere an Wochenenden oder Feiertagen nicht gehalten werden. Zudem sind aus der Praxis keine Problemanzeigen bekannt, sodass diese Vorgabe nicht erforderlich ist.

Zu § 60 Absatz 3

In Absatz 3 erfolgt eine Definition des Begriffes „Krankentransport“, die sich weitgehend an den Vorgaben des § 6 der KT-RL orientiert. Fraglich ist, warum die Regelung des § 6 Absatz 1 Satz 2 KT-RL,

wonach die fachliche Betreuung nach den maßgeblichen landesrechtlichen Vorschriften durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal zu gewährleisten ist, keine Berücksichtigung gefunden hat. Eine entsprechende Aussage sollte im Gesetz oder zumindest in der Begründung ergänzt werden. Der Anspruch auf Kostenübernahme eines Krankentransports zu einer ambulanten Behandlung soll weiterhin nach der bisherigen Rechtslage nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse gemäß den aktuellen Vorgaben des § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V (a.F.) bestehen. Dies ist sachgerecht.

Die Vorgaben des Absatzes sollen auch für Krankentransportflüge gelten. In der Begründung wird dies als Klarstellung deklariert, ohne dass erkennbar ist, welche Sachverhalte gesetzlich geregelt werden sollen. Da eine luftgebundene Beförderung regelhaft deutlich kostenintensiver als ein bodengebundener Krankentransport ist, ist das Vorliegen der Voraussetzungen zur Nutzung eines bodengebundenen Krankentransportes allein nicht ausreichend für die Kostenübernahme durch die GKV, zumal es sich in Abgrenzung zu Notfalltransportflügen im Sinne des § 30 SGB V (neu) nicht um zeitkritische Transporte handeln dürfte. Daher sind die Regelungen zu Krankentransportflügen abzulehnen.

Zu § 60 Absatz 4

In Absatz 4 erfolgt in enger Anlehnung an § 7 KT-RL die Definition einer Krankenfahrt. Durch das Weglassen der Regelung des § 7 Absatz 1 Satz 2 KT-RL, wonach zu den Mietwagen auch solche gehören, die über eine behindertengerechte Einrichtung verfügen, könnten Irritationen und falsche Interpretationen des gesetzgeberischen Willens entstehen. Eine Klarstellung im Gesetz oder zumindest in der Begründung ist angezeigt.

Für Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen ist – wie bisher auch – eine vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse erforderlich. Es verbleibt zukünftig bei der Genehmigungsfiktion für dauerhaft mobilitätsbeeinträchtigte Versicherte analog zum derzeitigen § 60 Absatz 1 Satz 5 SGB V.

Die gesetzlich geregelte Genehmigungsfiktion für Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen von mobilitätsbeeinträchtigten Versicherten soll auf Personen mit einem Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „TBl“ (Taubblindheit) ausgeweitet werden und bei Vorliegen der Merkzeichen „Bl“, „H“ und „TBl“ auch die Genehmigung für eine Begleitperson umfassen.

Das Merkzeichen „TBl“ erhalten Menschen mit Behinderung, die wegen einer Störung der Hörfunktion mindestens einen Grad der Behinderung von 70 und wegen einer Störung des Sehvermögens einen Grad der Behinderung von 100 haben (§ 3 Absatz 1 Nummer 8 Schwerbehindertenausweisverordnung). Zusätzlich können Betroffene die Merkzeichen „Bl“ und „Gl“ erhalten, sofern sie die entsprechenden Voraussetzungen für diese Merkzeichen erfüllen. Die vorgesehene Ausweitung des Anspruchs auf Krankenfahrten auf Personen mit einem Merkzeichen „TBl“ kann nachvollzogen werden. Personen, die das Merkzeichen „Bl“ besitzen, haben bereits aktuell einen Anspruch auf Krankenfahrten. Insofern wird davon ausgegangen, dass es sich um eine geringfügige Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises handelt. Es ist jedoch angezeigt, in der Gesetzesbegründung nähere Hinweise zu dem gesetzlich Gewollten und gegebenenfalls entsprechenden Gründen für eine Ausweitung aufzunehmen.

Die vorgesehene Ausweitung der Genehmigungsfiktion auf eine Begleitperson für Versicherte mit Merkzeichen „Bl“, „H“ oder „TBl“ wird hingegen abgelehnt. Die Beeinträchtigungen der genannten Merkzeichen können unterschiedlich ausgeprägt sein, sodass nicht regelhaft davon ausgegangen werden kann, dass Versicherte stets zu ambulanten Behandlungen begleitet werden müssen. Dies erscheint insbesondere beim Merkzeichen „Bl“ von Relevanz. Der Bedarf einer Begleitperson sollte weiterhin für den Einzelfall geprüft werden. Zudem besteht ein Anspruch auf Begleitung für Menschen mit Behinderung, die die Voraussetzungen für das Merkzeichen „B“ (Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson) gemäß § 229 SGB IX i. V. m. den Vorgaben aus Teil D, Ziffer 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) erfüllen. Danach ist eine Berechtigung für eine ständige Begleitung bei schwerbehinderten Menschen gegeben, bei denen die Voraussetzungen für die Merkzeichen G (erhebliche Gehbehinderung), Gl (Gehörlosigkeit) oder H (Hilfslosigkeit) vorliegen. Die Begleitperson eines Menschen mit Schwerbehinderung und dem Merkzeichen B wird in öffentlichen Verkehrsmitteln unentgeltlich befördert. Bei einer Fahrt in einem Taxi oder Mietwagen ist regelmäßig davon auszugehen, dass die zusätzliche Beförderung einer Begleitperson ohne zusätzliche Kosten möglich ist. Einen solchen Anspruch gesetzlich zu fingieren, kann Fehlanreize erzeugen.

Zu § 60 Absatz 5

Aus Transparenzgründen und im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots sollte analog der derzeitigen Formulierung in § 60 Absatz 3 Nummer 2 und 3 SGB V zur Differenzierung von Krankenfahrten und Krankentransporten weiterhin in § 60 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 SGB V (n.F.) klargestellt werden, dass die Kosten für ein Taxi oder Mietwagen nur übernommen werden können, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann. Gleiches gilt für die Kostenübernahme von Krankentransporten in § 60 Absatz 5 Satz 1 SGB V (n.F.), die analog der Regelung in § 60 Absatz 3 Nummer 3 SGB V (a.F.) nur dann zu übernehmen sind, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel, ein Taxi oder ein Mietwagen nicht benutzt werden kann. Daher sollte im Interesse der gebotenen Wirtschaftlichkeit und einer besseren Übersichtlichkeit die Auflistung zur Höhe der Kostenübernahme der einzelnen Transportmittel wie im derzeitigen § 60 Absatz 3 SGB V dargestellt werden.

Daneben wird in § 60 Absatz 5 SGB V (n.F.) ausgeführt, dass sich die Höhe der Kostenübernahme für Krankentransporte sowie für Taxen und Mietwagen nach § 133 Absatz 2 und 3 SGB V (n.F.) bestimmt.

Zu § 60 Absatz 6

Die vorgesehene Regelung zum Zuzahlungseinzug ist – wie in § 30 SGB V (neu) – widersprüchlich. Einerseits soll der Einzug – entsprechend der bisherigen Praxis – bei den Krankenkassen verbleiben. Alternativ sollen Krankenkasse die Kosten unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung übernehmen, sodass der Leistungserbringer die Zuzahlung einzuziehen hat. Die Regelung steht zudem im Widerspruch zur Begründung, wonach die Krankenkasse die Zuzahlung einziehen soll. Eine klare Vorgabe zum Zuzahlungseinzug ist analog zu den übrigen Leistungen der GKV sicherzustellen. Bisher sieht § 60 Absatz 2 Satz 2 SGB V (a.F.) vor, dass für Fahrten, die von Rettungsdiensten durchgeführt werden, die Krankenkasse die Zuzahlung von den Versicherten einzieht. Dies können auch Krankentransporte nach § 60 SGB V sein, die von Rettungsdienstunternehmen durchgeführt werden. An der bisherigen etablierten Praxis, sollte festgehalten werden. Insofern scheint es angebracht, den Zuzahlungseinzug für Krankenfahrten und Krankentransporte differenziert zu regeln. Das Gesetz sowie die Begründung sollten entsprechend angepasst werden. Zudem ist der Verweis auf § 61 SGB V zu

präzisieren. Nur in der Begründung wird hier auf Satz 1 des § 61 SGB V verwiesen. Dies sollte auch im Gesetz erfolgen.

Zu § 60 Absatz 7

Die Regelungen entsprechen dem bisherigen § 60 Absatz 4 SGB V und sind sachgerecht.

Zu § 60 Absatz 8

Die vorgesehene Regelung in § 60 Absatz 8 Satz 1 SGB V (n.F.) sieht wie die aktuelle Regelung in § 60 Absatz 5 Satz 1 SGB V (a.F.) vor, dass im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Reisekosten nach § 73 Absatz 1 und 3 SGB IX übernommen werden. Dies ist sachgerecht, bedarf jedoch im Hinblick auf die daraus sich ergebende Herleitung eines Anspruchs auf eine Verdienstauffallerstattung für Begleitpersonen während einer stationären Rehabilitationsleistung einer klarstellenden Ergänzung.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften (PflStudStG, BGBl. 2023 I Nr. 359) wurde mit § 45 Absatz 1a SGB V ein neuer, zeitlich unbegrenzter Anspruch auf Kinderkrankengeld für Eltern eingeführt, die nach § 11 Absatz 3 SGB V bei stationärer Behandlung ihres versicherten Kindes aus medizinischen Gründen als Begleitperson mitaufgenommen werden müssen. Voraussetzung ist ferner, dass das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Ausweislich der Gesetzesbegründung besteht der Anspruch auch bei Mitaufnahme im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme (§ 40 Absatz 2 SGB V). Damit reagierte der Gesetzgeber auf die Bedürfnisse betroffener Familien bei längeren stationären Aufenthalten sowie auf die vorherige uneinheitliche Praxis zur Verdienstauffallerstattung bei diesen Begleitfällen.

Neben dem Anspruch auf Kinderkrankengeld besteht nach § 60 Absatz 5 Satz 1 SGB V (a.F.) - und § 60 Absatz 8 Satz 1 SGB V (n.F.) - in Verbindung mit § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB IX ein Anspruch auf Verdienstauffallerstattung für eine wegen Behinderung erforderliche Begleitperson während Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Diese Regelung enthält unter anderem weniger einschränkende Vorgaben zur Begleitperson. Damit können auch andere Angehörige als die Eltern der stationär rehabilitationsbedürftigen Person anspruchsberechtigt sein.

Die Einführung des § 45 Absatz 1a SGB V hat zu Unsicherheiten in der Praxis geführt, in welchem Verhältnis die beiden Ansprüche auf Erstattung von Verdienstauffällen stehen. Aus den Gesetzesmaterialien zum PflStudStG geht nicht hervor, dass der Gesetzgeber mit der Einführung des Kinderkrankengeldanspruchs bei stationärer Mitaufnahme den Anspruch auf Verdienstauffallerstattung im Rahmen von stationären Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 Absatz 2 SGB V gegenüber dem vorherigen Recht beschränken wollte. Folglich kann ein Elternteil, welches sein Kind mit Behinderung während einer stationären Rehabilitationsmaßnahme nach § 40 Absatz 2 SGB V begleitet, bei Erfüllung der jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen sowohl einen Anspruch auf Ausgleich eines Verdienstauffalls in Form des Kinderkrankengeldes nach § 45 Absatz 1a SGB V als auch nach § 60 Absatz 5 Satz 1 SGB V (a.F.) - und § 60 Absatz 8 Satz 1 SGB V (n.F.) - i. V. m. § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB IX haben.

Vor diesem Hintergrund wird zur Schaffung von Rechtsklarheit und Vermeidung von parallelen Ansprüchen vorgeschlagen, in § 60 Absatz 8 Satz 1 SGB V (n.F.) klarzustellen, dass der Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 Absatz 1a SGB V vorrangig ist, wenn die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Damit wird gewährleistet, dass Eltern, die ihr erkranktes Kind betreuen und daher ihrer Erwerbstätigkeit fernbleiben müssen, einen einheitlichen Ausgleich für ihre Entgeltausfälle erhalten, unabhängig davon, ob das Kind zu Hause oder während einer stationären Behandlung betreut werden muss. Zudem sind die Prozesse zur Gewährung von Kinderkrankengeld etabliert und den betroffenen Familien bekannt. Die gängige Praxis – auch zur Meldung von Entgeltdaten durch den Arbeitgeber im Rahmen des Datenaustauschverfahrens Entgeltersatzleistungen nach § 107 SGB IV – trägt zur effizienten Leistungsgewährung bei.

Gleichzeitig sollte in Fallkonstellationen, in denen Versicherte die Voraussetzungen für den Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 Absatz 1a SGB V nicht erfüllen, weiterhin ein Anspruch auf Reisekosten nach § 60 Absatz 8 Satz 1 SGB V (n. F.) in Verbindung mit § 73 Absatz 1 und 3 SGB IX bestehen, der auch den Anspruch auf eine Verdienstaussfallerstattung gemäß § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB IX umfasst. Der Anspruch erfasst insbesondere Begleitpersonen, die keine Eltern sind oder die ein Kind begleiten, das die Altersgrenze des § 45 Absatz 1a SGB V überschritten hat. So wird verhindert, dass betroffene Familien durch die Einführung des § 45 Absatz 1a SGB V schlechter gestellt werden.

Zu § 60 Absatz 9

Absatz 9 soll ergänzend zu Absatz 3 regeln, unter welchen Voraussetzungen ein Anspruch auf einen Krankentransportflug besteht. Bei der Definition eines Krankentransportfluges greift § 60 Absatz 9 Satz 1 SGB V (n.F.) die Definition eines Krankentransportes gemäß des aktuellen § 60 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V i.V.m. § 6 Abs. 1 KT-RL auf, begründet damit jedoch den Bedarf eines Rettungshubschraubers, was missverständlich ist. Zudem sollen ausweislich der Vorgaben in § 60 Absatz 3 SGB V (n.F.) für den neuen Anspruch auf Krankentransportflüge die Regelung für bodengebundene Krankentransporte entsprechend angewendet werden. In der Begründung zu Absatz 3 wird dies als Klarstellung deklariert. Da eine luftgebundene Beförderung regelhaft deutlich kostenintensiver als ein bodengebundener Krankentransport ist, ist das Vorliegen der Voraussetzungen zur Nutzung eines bodengebundenen Krankentransportes allein nicht ausreichend für die Kostenübernahme durch die GKV, zumal es sich in Abgrenzung zu Notfalltransportflügen im Sinne des § 30 SGB V (neu) nicht um zeitkritische Transporte handeln dürfte. Daher sind die Regelungen zu Krankentransportflügen abzulehnen.

Gemäß dem Gesetzeswortlaut handelt es sich um luftgebundene Verlegungen nach § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 (n.F., Verlegungen während stationären Krankenhausbehandlungen). Unklar ist, was mit der Ausführung in der Begründung gemeint ist „und andere Verlegungen mittels luftgebundener Rettungsmittel“. Der Anspruch auf Krankentransportflüge über Sachverhalte der Verlegung hinaus kann allein durch die Begründung nicht ausgeweitet werden.

Der Anspruch auf Fahrkostenübernahme im Falle von Verlegungen wird bereits in der Norm geregelt. Insofern scheint es dem Gesetzgeber nun noch um die Klarstellung zu gehen, dass ein Krankentransport in diesen Sachverhalten auch mittels eines luftgebundenen Krankentransportmittels erfolgen kann. Hierfür wäre es jedoch ausreichend, wenn der G-BA beauftragt wird, in der KT-RL

ergänzend zu den bisherigen Regelungen zu Krankentransporten in § 6 Vorgaben für Krankentransportflüge in den genannten Sachverhalten zu treffen.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 3 wird der Titel des § 60 wie folgt angepasst (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„Krankenfahrten und Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten“

In Artikel 1 Nr. 3 wird in § 60 der Absatz 1 wie folgt geändert (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„Versicherte haben unbeschadet der Regelung in § 27 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 in Verbindung mit § 30 nach Absatz 2 Anspruch auf Übernahme der Kosten für Krankenfahrten und Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Welches Transportmittel genutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall.“

In Artikel 1 Nr. 3 wird in § 60 der Absatz 2 wie folgt geändert (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für Krankenfahrten und Krankentransporte und Krankenfahrten nach Absatz 1 Satz 1 bei

1. Fahrten zur stationären Behandlung,

2. Fahrten im Zuge einer Verlegung

- a) 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,
- b) in ein anderes Krankenhaus zur Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a oder
- c) in ein wohnortnahes Krankenhaus, wenn die Krankenkasse in die Verlegung eingewilligt hat.

Eine Verordnung entsprechender Verlegungsfahrten hat durch das Krankenhaus zu erfolgen.

3. Fahrten

- a) zu einer vor- oder nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach § 115a,
- b) zu einer ambulanten Operation im Krankenhaus nach § 115b oder
- c) zu einer ambulanten Operation in einer Vertragsarztpraxis einschließlich der hierzu erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen innerhalb der Fristen des § 115a Absatz 2 Satz 1 bis 3;

wenn dadurch eine aus medizinischen Gründen erforderliche vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese nicht ausführbar ist,

4. Fahrten zu ambulanten Behandlungen, sofern

- a) aus medizinischer Sicht ein Krankentransport zwingend erforderlich ist oder
- b) sofern ein besonderer Ausnahmefall vorliegt, den der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 festgelegt hat, und

5. Fahrten zur Versorgung in das nächsterreichbare geeignete einem Integrierten Notfallzentrum oder die nächsterreichbare geeignete vertragsärztliche Praxis nach der Entscheidung eines Gesundheitsleitsystems, sofern die Fahrt nach den Umständen des Einzelfalls zwingend erforderlich ist; der Nachweis über die Entscheidung des Gesundheitsleitsystems gilt als Verordnung dieser Leistung. Wird für die Fahrt kein Leistungserbringer nach § 133 in Anspruch genommen, ist ein Nachweis der Entscheidung an den Versicherten auszuhändigen.

Bei einer Verlegung nach Nummer 2 Buchstabe c (Verlegung in ein wortortnahes Krankenhaus) ist über den Antrag auf Genehmigung abweichend von § 13 Absatz 3a Satz 1 innerhalb von 24 Stunden nach Antragsingang zu entscheiden.“

Falls die Streichung in § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a nicht erfolgt, ist folgende ergänzende Regelung in § 9 Krankenhausentgeltgesetz aufzunehmen:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 insbesondere

1. einen Fallpauschalen-Katalog nach § 17b Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zu Verlegungsfällen, **inklusive Kriterien, wann Verlegungen aus Kapazitätsgründen zugelassen sind**, und zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge (effektive Bewertungsrelationen),“

In der Begründung zu § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a sollte dann zum Ausdruck gebracht werden, dass Verlegungen aus Kapazitätsgründen ausschließlich in den in diesen Katalog genannten Fällen möglich sind.

In Artikel 1 Nr. 3 wird in § 60 der Absatz 3 zum Absatz 4 und der Absatz 4 zum Absatz 3.

In Artikel 1 Nr. 3 wird in § 60 der Absatz 3 (neu; alt: 4) nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:

„Zu den Mietwagen zählen auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung.“

Die bisherigen Sätze 2 und 3 werden zu den Sätzen 3 und 4.

In Artikel 1 Nr. 3 wird Absatz 3 (neu; alt: 4) Satz 4 Nummer 1 wie folgt geändert (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„1. ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder „TBl“, wobei bei Vorliegen der Merkzeichen „Bl“, „H“ und „TBl“ auch die Genehmigung für eine Begleitperson als erteilt gilt,“

In Artikel 1 Nr. 3 wird der Absatz 4 (neu; alt: 3) wie folgt geändert (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„Krankentransporte sind Fahrten mit medizinisch-fachlicher Betreuung, die in Kraftfahrzeugen durchgeführt werden, die über die besondere Einrichtung eines Krankenkraftwagens verfügen. Die

fachliche Betreuung in Krankentransportwagen wird nach den maßgeblichen landesrechtlichen Vorschriften durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal gewährleistet. Krankentransporte werden für Versicherte durchgeführt, die einer solchen Betreuung oder Einrichtung während der Fahrt bedürfen oder deren Zustand dies erwarten lässt, dass eine solche Betreuung oder Einrichtung während der Fahrt erforderlich ist. In den in Bei einem Krankentransport zu einer ambulanten Behandlung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe c sowie Nummer 4 Buchstabe a genannten Fällen besteht ein Anspruch auf Kostenübernahme nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse. Die Regelungen dieses Absatzes gelten entsprechend für Krankentransportflüge.“

Der Verweis auf Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe c ist im Falle einer Streichung des § 60 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b (Verlegungsfahrt zur Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements) anzupassen und lautet dann „Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b“.

In Artikel 1 Nr. 3 wird der Absatz 5 wie folgt geändert:

„Die Krankenkasse übernimmt Höhe der nach Absatz 1 Satz 1 übernommenen Kosten für Krankentransporte richtet sich nach § 133 Absatz 2 und 3. Für Krankenfahrten sind als Kosten anerkannt:

1. bei der Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels der Fahrpreis unter Ausschöpfen von Fahrpreisermäßigungen,
2. bei Benutzung eines Taxis oder Mietwagens, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann, die Kosten in Höhe des in einem Vertrag der Betrag nach § 133 Absatz 4 bestimmten Betrages,
3. bei Benutzung eines Krankenkraftwagens, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel, ein Taxi oder ein Mietwagen nicht benutzt werden kann, die Kosten in Höhe des in einem Vertrag nach § 133 Absatz 2 oder 3 bestimmten Betrages,
4. bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs die Kosten in Höhe des für jeden gefahrenen Kilometer der jeweils aufgrund des Bundesreisekostengesetzes festgesetzte Höchstbetrag für Wegstreckenentschädigung, höchstens jedoch die Kosten, die bei Inanspruchnahme des nach Nummer 1 oder Nummer 2 erforderlichen Transportmittels entstanden wären.“

In Artikel 1 Nr. 3 wird der Absatz 6 wie folgt geändert (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„Die Krankenkasse übernimmt die Kosten nach Absatz 1 Satz 1 unter Abzug des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages. Bei Krankentransporten oder zieht die Krankenkasse die Zuzahlung den sich nach Satz 1 § 61 ergebenden Betrag von den Versicherten ein. Für Fahrten nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und 3 besteht eine Zuzahlungspflicht nur für die erste und die letzte Fahrt.“

In Artikel 1 Nr. 3 wird der Absatz 8 Satz 1 wie folgt gefasst:

„Im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden Reisekosten nach § 73 Absatz 1 und 3 des Neunten Buches übernommen; dies gilt für den Anspruch auf Ausgleich eines Verdienstaufschlags nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 des Neunten Buches nur, sofern kein Anspruch nach § 45 Absatz 1a besteht.“

In Artikel 1 Nr. 3 wird der Absatz 9 gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 – § 73 Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 SGB V wird ergänzt, dass die vertragsärztliche Versorgung auch die Verordnung von Krankenfahrten und Krankentransportflügen umfasst.

B) Stellungnahme

Die Verordnung von Krankenfahrten ist derzeit durch die KT-RL vorgesehen. Damit entspricht die geplante Klarstellung, wonach Vertragsärztinnen und Vertragsärzte neben der Verordnung von Krankentransporten auch zur Verordnung von Krankenfahrten ermächtigt sind, der bisherigen Praxis sowie Rechtslage. Die geplante Änderung wird daher begrüßt.

Abgelehnt wird hingegen die Ausweitung auf Krankentransportflüge. Hierzu verweisen wir auf unsere Stellungnahme zu § 60 Absatz 9. Die Reihenfolge der Benennung der Transportmittel sollte sich nach dem medizinischen Erfordernis und dem Wirtschaftlichkeitsgebot richten. Dementsprechend sollten Krankenfahrten vor den Krankentransporten benannt werden. Wir verweisen hierfür auf unsere Stellungnahme zum § 60.

Aufgrund der Herauslösung des Notfalltransports aus § 60 SGB V und der Überführung in den neuen Leistungsanspruch nach § 30 SGB V erscheint es folgerichtig, die Regelung entsprechend anzupassen. In der Konsequenz führt die Herausnahme der Verordnung von Notfalltransporten aus der vertragsärztlichen Versorgung und die Streichung diesbezüglicher Regelungen aus der Richtlinie des G-BA dazu, dass z. B. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte die Beförderung mit einem qualifizierten Rettungsmittel selbst bei einem Notfall in der vertragsärztlichen Praxis nicht mehr veranlassen dürfen, sondern über die Rettungsleitstelle gehen müssten. Dies sollte in der Begründung klargestellt werden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 4 wird wie folgt angepasst (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„In § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 wird ~~nach~~ vor der Angabe „Krankentransporten“ die Angabe „Krankentransportflügen und Krankenfahrten und“ eingefügt.“

Artikel 1 (Änderung SGB V)

Nr. 6 a) – § 75 Absatz 1a

A) Beabsichtigte Neuregelung Absatz 1a - Terminservicestellen

Die bisherige Regelung wird redaktionell um die ehemalige Frist zur Einrichtung der Terminservicestellen bereinigt. Neu geregelt wird, dass die Leistungen der Terminservicestellen auch im Rahmen eines digitalen Angebotes durch Kooperation mit digitalen Dolmetschdiensten und in Gebärdensprache anzubieten sind. Die KBV soll hierzu eine Konkretisierung auf Bundesebene vornehmen.

cc)

bbb) Ersetzen der zuvor erfolgten Ersteinschätzung bei der Inanspruchnahme eines Krankenhauses zur ambulanten Notfallbehandlung durch die zuvor erfolgte Inanspruchnahme eines INZ als Vermittlungsgrund durch die TSS an einen Facharzt ohne Überweisungsvorbehalt.

dd)

bbb) Es wird neu eingefügt, dass die Vertragspartner des Bundesmantelvertrages auf Bundesebene Regelungen für eine einheitliche Erreichbarkeit der Terminservicestelle zu treffen haben.

ff) Es wird geregelt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen den INZ im Bedarfsfall eine Terminbuchung bei Vertragsärzten ermöglichen müssen.

B) Stellungnahme

Der Ausbau der Terminservicestellen wird begrüßt und kann maßgeblich zu einem verbesserten Zugang der Patientinnen und Patienten zu vertragsärztlichen Versorgungsangeboten beitragen.

Zu aa) Die redaktionelle Änderung ist sachgerecht. Die Erweiterung der TSS um digitale Angebote wird begrüßt. Eine verpflichtende Kooperation mit digitalen Dolmetscherdiensten wird dagegen abgelehnt. Dabei handelt es sich nicht um eine Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die durch die Länder und Kommunen für alle Bereiche zentral einzurichten ist, in denen fremdsprachliche Kommunikation erforderlich ist, beispielsweise auch für Sozialämter, die Justiz, die Polizei oder Bürgerämter.

Zu cc) bbb) Die Unterstützung der INZ durch die KVen sollte nicht auf Fälle beschränkt werden, die bereits in einem INZ versorgt wurden. Vielmehr sollte sich diese Unterstützung gerade auch auf Patientinnen und Patienten beziehen, für die die Ersteinschätzung im INZ einen vertragsärztlichen Behandlungsbedarf ergeben hat, der jedoch nicht dringlich ist. Für derartige Fälle ist keine Behandlung in INZ erforderlich. Sie hat deshalb auch dort nicht zu erfolgen.

Zu dd) bbb) Die gesetzliche Vorgabe, dass künftig die Bundesmantelvertragspartner -Ärzte entsprechende Regelungen zur einheitlichen Erreichbarkeit der Terminservicestellen in allen Bundesländern festlegen, wird begrüßt.

Zu ff) Die Regelung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

zu aa) Satz 3 wird gestrichen.

Zu cc) bbb)

§ 75 Abs. 1a Satz 4 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

„2. in Fällen, in denen sich bei einer zuvor erfolgten Ersteinschätzung in einem Integrierten Notfallzentrum oder in einem Integrierten Notfallzentrum für Kinder- und Jugendliche die Notwendigkeit einer Behandlung oder Weiterbehandlung in der vertragsärztlichen Versorgung ergeben hat.“

Artikel 1 (Änderung SGB V)

Nr. 6 b) – § 75 Absatz 1b bis 1f

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige Absatz 1b wird durch die Absätze 1b bis 1f (neu) ersetzt. Damit wird der Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) umfassend neu strukturiert und konkretisiert.

Zu Absatz 1b) Der Sicherstellungsauftrag der KVen wird konkretisiert. Er soll künftig eine vertragsärztliche Erstversorgung 24 Stunden täglich beinhalten, in Fällen, in denen eine unverzügliche Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die notdienstliche Akutversorgung wird als neuer Begriff legaldefiniert. Beabsichtigt ist eine fallabschließende Behandlung oder eine Weiterleitung in eine weiterführende ambulante Behandlung. Die notdienstliche Akutversorgung umfasst auch die Feststellung und Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit sowie die Verordnung von Arzneimitteln, Krankenfahrten, Krankentransporten und Apotheken-Botendiensten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch die Beteiligung an Integrierten Notfallzentren nach § 123 und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b, ein telefonisches und videounterstütztes ärztliches Versorgungsangebot 24 Stunden täglich auch durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und einen aufsuchenden Dienst 24 Stunden täglich sicherstellen. Für den aufsuchenden Dienst sollen auch speziell geschulte Angehörige der Gesundheitsfachberufe unter ärztlicher Anordnung und Verantwortung eingesetzt werden können. Der aufsuchende Dienst ist so zu planen, dass 10 Prozent der dringlichen Einsätze innerhalb von einer Stunde, 90 Prozent der weniger dringlichen Einsätze innerhalb von vier Stunden und 100 Prozent der Einsätze in einer Planungsregion innerhalb von sechs Stunden versorgt werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt den Kassenärztlichen Vereinigungen ein einheitliches softwaregestütztes System zur Dokumentation der Versorgung durch den Ärztlichen Bereitschaftsdienst, die Akutleitstellen und die Behandlung in einer Notdienstpraxis eines INZ zur Verfügung, welches die gemeinsame Notfallversorgung der Versicherten sowie eine digitale Fallübergabe sicherstellt. Es ist eine Kompatibilität mit der Telematikinfrastruktur zu gewährleisten.

Zu Absatz 1c) Mit § 75 Absatz 1c wird die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen eingeführt, eine rund um die Uhr erreichbare Akutleitstelle zu betreiben, die unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 116117 sowie über digitale Kanäle erreichbar ist. Diese Akutleitstellen sollen als erste Anlaufstelle für Versicherte dienen, die von einer unmittelbaren medizinischen Behandlungsnotwendigkeit ausgehen. Dabei werden konkrete Erreichbarkeitsvorgaben gemacht: In 75 Prozent der Fälle muss innerhalb von drei Minuten, in 95 Prozent der Fälle innerhalb von zehn Minuten eine Annahme des Anrufs erfolgen. Auf Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens soll die Akutleitstelle eine bedarfsgerechte und unverzügliche Vermittlung in die jeweils geeignete Versorgungsebene sicherstellen – sei es in Form einer sofortigen ärztlichen Behandlung in der Regelversorgung, einer telefonischen oder videobasierten Konsultation oder, falls erforderlich, durch die Organisation eines Krankentransports, einer Krankenfahrt oder eines Apothekenbotendienstes. Die Angebote der Akutleitstelle müssen durch digitale Dolmetschdienste in den wichtigsten Sprachen sowie in Gebärdensprache verfügbar sein. Zudem entfällt für die Vermittlung in die fachärztliche Versorgung im Akutfall das Erfordernis einer Überweisung. Auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle ist die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zur Kooperation nach § 133a Absatz 1 Satz 1 verpflichtet.

Zu Absatz 1e) Nach Absatz 1e führt die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Evaluation der Tätigkeit der Terminservicestellen durch. Bewertet werden insbesondere die Einhaltung der gesetzlichen Vermittlungsfristen, die Häufigkeit der Inanspruchnahme, die Vermittlungsquoten sowie weitere Leistungskennzahlen der Terminvermittlung. Die Ergebnisse sind dem Bundesministerium für Gesundheit regelmäßig in einem Bericht vorzulegen.

B) Stellungnahme

Zu Absatz 1b)

Die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages der KVen im Notdienst wird ausdrücklich begrüßt. Die Neukonzeption der notdienstlichen Akutversorgung hat das Potential zu einer echten Verbesserung des Versorgungsangebotes. Parallelstrukturen und doppelte Ausgaben müssen jedoch vermieden und der Vorrang der Versorgung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie MVZ stärker betont werden.

Im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung ist u. a. eine Feststellung und Erstbescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit vorgesehen. Darüber hinaus sollte es auch ermöglicht werden, eine Erkrankung eines Kindes festzustellen und hierfür eine ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes (Muster 21) auszustellen. Eine Beschränkung auf die (Erst-)Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit wäre für betroffene Versicherte nicht nachvollziehbar und würde den Aufwand in der Praxis erhöhen.

Zu Absatz 1c)

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die gesetzliche Verankerung einer Akutleitstelle als zentrale Anlauf- und Steuerungsinstanz für Akutfälle. Die Akutleitstelle ist ein zentraler Baustein für eine verlässliche Patientensteuerung, die Entlastung anderer Bereiche der Notfallversorgung und die Verbesserung der Zugänglichkeit zur vertragsärztlichen Versorgung.

Dabei sind folgende Aspekte aus Sicht der GKV maßgeblich. Die in § 75 Absatz 1c vorgesehenen Erreichbarkeits- und Servicelevel-Vorgaben sind sinnvoll und notwendig, um eine verlässliche Steuerungswirkung zu erzielen. Eine professionelle und neutral gesteuerte Ersteinschätzung ist entscheidend für eine bedarfsgerechte Lenkung der Patientinnen und Patienten. Für eine wirksame Patientensteuerung ist es unabdingbar, dass die Akutleitstelle auf ein bundesweit einheitliches, qualifiziertes und standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren zurückgreift. Die GKV hält es für zwingend erforderlich, dass die Regelungskompetenz hierfür beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) liegt. Der G-BA gewährleistet neutrale, qualitätsgesicherte Vorgaben unter Einbindung der Patientenvertretung und stellt sicher, dass regionale Unterschiede in Systematik und Qualität ausgeschlossen werden. Die Vermittlung in die vertragsärztliche Regelversorgung muss Vorrang vor der Behandlung in Integrierten Notfallzentren (INZ) oder anderen Strukturen haben, sofern kein unmittelbarer Behandlungsbedarf besteht. Telefonische oder videogestützte Konsultationen sind ein sinnvoller ergänzender Baustein, um unnötige Inanspruchnahmen anderer Versorgungsbereiche zu vermeiden. Die Weiterleitung an den aufsuchenden Dienst darf nur erfolgen, wenn andere Versorgungsformen nicht möglich oder nicht zumutbar sind. Eine Übersteuerung in notdienstliche Strukturen ist gezielt zu vermeiden. Die Akutleitstelle muss die Aufgabe haben, Patientinnen und Patienten – soweit medizinisch vertretbar – in die regulären Sprechstunden der Praxen zu vermitteln.

Eine verpflichtende Kooperation mit digitalen Dolmetscherdiensten wird dagegen abgelehnt. Dabei handelt es sich nicht um eine Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die durch die Länder und Kommunen für alle Bereiche zentral einzurichten ist, in denen fremdsprachliche Kommunikation erforderlich ist, beispielsweise auch für Sozialämter, die Justiz, die Polizei oder die Bürgerämter.

Zu Absatz 1e)

Die vorgesehene Evaluation der Tätigkeit der Terminservicestelle wird ausdrücklich begrüßt. Die vorgesehene Evaluation ermöglicht eine Erfolgsmessung und gegebenenfalls erforderliche gesetzliche Anpassungen. Die Evaluation sollte veröffentlicht werden.

C) Änderungsvorschlag

Zu 1b)

In Artikel 1 Nr. 6 Buchstabe b wird der Absatz 1b Satz 3 wie folgt gefasst:

„Die notdienstliche Akutversorgung umfasst auch die Feststellung und Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit, **die Feststellung und Bescheinigung einer notwendigen Betreuung, Beaufsichtigung oder Pflege eines erkrankten Kindes** sowie die Verordnung von Arzneimitteln, Krankenfahrten, Krankentransporten und Apotheken-Botendiensten.“

Zu 1c)

§ 75 Absatz 1c Satz 4 wird gestrichen.

Zu 1e)

In § 75 Absatz 1e wird folgender Satz 3 ergänzt:

„Die Evaluationsergebnisse werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf ihrer Internetseite veröffentlicht.“

Artikel 1 (Änderung SGB V)

Nr. 6c – § 75 Absatz 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

c) § 75 Absatz 7 wird redaktionell angepasst.

B) Stellungnahme

bb) Für ein bundesweit einheitliches, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens ist von zentraler Bedeutung, dass die Steuerung der Patientinnen und Patienten neutral und unter Abwägung einer bedarfsgerechten Versorgung erfolgt; dabei ist der Patientennutzen und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung in den Mittelpunkt zu stellen. Hierfür ist der G-BA das richtige Beratungsgremium, da hier ein Ausgleich der Ärzteschaft und der gesetzlichen Krankenkassen unter Einbindung der Patientenvertretung erfolgt. Folglich wird der bisherige Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zur Regelung eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens auf den G-BA durch eine ergänzende Regelung in § 120 Absatz 3b in der Fassung des GVWG bzw. hilfsweise durch eine ergänzende Regelung in § 123 Absatz 3 Satz 1 Nummer 9 (neu) übertragen. Mit der Übertragung dieser Zuständigkeit ergeben sich redaktionelle Folgeänderungen in § 75.

C) Änderungsvorschlag

bb) In § 75 Absatz 7 Nummer 6 werden vor dem Wort „Richtlinien“ die Wörter „bis zum Inkrafttreten der Richtlinie nach § 120 Absatz 3b (i.d.F. GVWG)“ eingefügt und die Angabe „Absatz 1a Satz 3 Nummer 3“ durch die Angabe „Absatz 1c Satz 3“ ersetzt.

Hilfsweise Regelung:

bb) In § 75 Absatz 7 Nummer 6 werden vor dem Wort „Richtlinien“ die Wörter „bis zum Inkrafttreten der Richtlinie nach § 123 Absatz 3 Satz 1“ eingefügt und die Angabe „Absatz 1a Satz 3 Nummer 3“ durch die Angabe „Absatz 1c Satz 3“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 – § 90 Landesausschüsse

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Es wird klargestellt, dass die zuständigen obersten Landesbehörden auch für die neuen Aufgaben nach § 123 Absatz 6 Satz 2, § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 im erweiterten Landesausschuss beratend mitwirken. Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung und das Recht zur Antragstellung.
- b) Der neue Absatz 4a regelt den erweiterten Landesausschuss und das Verfahren bezüglich seiner Aufgaben.

Der erweiterte Landesausschuss nach dem bisherigen § 116b Absatz 3 erhält mit der Standortfestlegung von INZ und INZ für Kinder und Jugendliche nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 neue Aufgaben und wird systematisch neu verortet. Es kommt auch die Aufgabe nach § 123 Absatz 6 Satz 2, die Konzeption und Koordinierung der telemedizinischen Unterstützung von Integrierten Notfallzentren, an deren Standort kein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche vorhanden ist, hinzu.

Bei Entscheidungen zur Standortfestlegung von INZ nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 ist Einvernehmen mit den obersten Landesplanungsbehörden herzustellen. Vertreter der Leistungserbringer im Rettungsdienst werden mit Mitberatungsrecht eingebunden. Kommt die Standortfestlegung nach § 123a Absatz 1 oder § 123b Absatz 1 ganz oder teilweise nicht fristgemäß zustande, setzt die zuständige oberste Landesbehörde eine Nachfrist. Ist die Nachfrist verstrichen, erfolgt die Festlegung durch die zuständige oberste Landesbehörde innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der Nachfrist. Die Festlegung der Standorte nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 sind regelmäßig zu überprüfen. Bei Veränderungen der tatsächlichen Gegebenheiten, etwa in dem Fall, dass ein Krankenhausstandort Kriterien nach § 123a Absatz 1 Satz 3 bis 5 nicht mehr erfüllt, die für seine Bestimmung wesentlich waren, kann eine neue Standortfestlegung beschlossen werden.

B) Stellungnahme

Die erweiterten Landesausschüsse sind grundsätzlich geeignet, INZ-Standorte festzulegen. Sie sollten diese Entscheidung jedoch auf der Grundlage bundeseinheitlicher Kriterien treffen, die durch den G-BA festgelegt werden sollten. Anderenfalls droht ein regionaler Flickenteppich. Der G-BA hat die Regelungskompetenz für die vertragsärztliche Bedarfsplanung. Da KV-Notdienstpraxen als wesentliches Element der INZ im Sicherstellungsauftrag der KVen liegen, wäre es sinnvoll die Regelungskompetenz des G-BA entsprechend auf die Planung von bedarfsgerechten Kapazitäten für die notdienstliche Akutversorgung zu erweitern. Ein bundeseinheitlicher Rahmen erleichtert die Entscheidungsfindung auf regionaler Ebene. Gleichzeitig beinhaltet die Bedarfsplanung des G-BA immer auch Spielräume für die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten.

Die Kompetenzen der Länder sind im Rahmen des vorgesehenen Konfliktlösungsmechanismus deutlich zu weitgehend und lassen befürchten, dass die Standortbestimmung maßgeblich durch die Länder

beeinflusst wird. Sofern eine Festlegung durch die Länder erfolgt, hat auch diese auf Grundlage der bundeseinheitlichen G-BA Vorgaben stattzufinden.

Um souveräne Entscheidungen der erweiterten Landesausschüsse bei der Festlegung von INZ-Standorten zu gewährleisten, wird das geforderte Einvernehmen mit den obersten Planungsbehörden abgelehnt. Die Neuregelung zum Stimmrecht für die Vertreter der Leistungserbringer im Rettungsdienst wird abgelehnt. Erstens sind die Vertreter der Leistungserbringer im Rettungsdienst nicht einheitlich organisiert und können nicht durch eine zentrale Organisation vertreten werden. Insofern ist eine Einbeziehung in Gremien praktisch schwierig. Hierfür wäre es sinnvoll auf Landesebene zunächst eine gemeinsame Institution zu schaffen, die die Interessen aller Rettungsdienste vertritt. Zweitens haben die Fachempfehlungen unmittelbare Auswirkungen auf die Leistungserbringer und können somit nicht vollständig neutral bewertet werden. Daher sollte die Entscheidung in Konfliktfällen nicht allein durch die betroffenen Akteure getroffen werden. Hinzu kommt, dass die Leistungserbringer durch ihre Beauftragung zur Erbringung rettungsdienstlicher Leistungen in einem engen Verhältnis zu den jeweiligen Bundesländern stehen und primär auf eigene wirtschaftliche und politische Ziele ausgerichtet sind. Es besteht die Gefahr, dass die konstruktive Entwicklung der Qualitätsvorgaben erschwert oder gar gänzlich verhindert wird. Vielmehr sollten Vertreter des Rettungsdienstes von den zuständigen obersten Landesbehörden benannt und von den erweiterten Landesausschüssen im Rahmen der Aufgaben nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 angehört werden.

Um die Beschlussfähigkeit des erweiterten Landesausschusses zu stärken, sollten Beratungen in kleinere Besetzung möglich sein, wenn der erweiterte Landesausschuss dies in seiner Geschäftsordnung entsprechend beschließt.

C) Änderungsvorschlag

§ 90 Absatz 4a Satz 7 wird gestrichen.

§ 90 Absatz 4a Satz 8 wird wie folgt geändert:

~~„Bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach § 123 Absatz 6, § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 erhalten sind Vertreter der Leistungserbringer im~~ **des Rettungsdienstes ein Mitberatungsrecht im Umfang einer Stimme anzuhören; diese Vertreter des Rettungsdienstes sind von der zuständigen obersten Landesbehörde zu benennen.**

„ § 90 Absatz 4a Satz 9 werden nach dem Wort „Landesbehörde“ die Wörter „auf Grundlage der bundeseinheitlichen Vorgaben gemäß § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 (neu)“ eingefügt.

§ 101 Absatz 1 Satz 1 wird um die folgende Nummer 7 ergänzt:

„7. Bundeseinheitliche Vorgaben für die Standortbestimmung von Integrierten Notfallzentren gemäß § 123a und 123b“

Nach § 90 Absatz 4a Satz 6 wird der folgende neuer Satz 7 eingefügt:

„Der erweiterte Landesausschuss kann für die Beschlussfassung in seiner Geschäftsordnung abweichend von Satz 1 die Besetzung mit einer kleineren Zahl von Mitgliedern festlegen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 – § 90a Gemeinsames Landesgremium

A) Beabsichtigte Neuregelung

In das gemeinsame Landesgremium können künftig auch die Rettungsdienste einbezogen werden.

B) Stellungnahme

Die Rettungsdienste sind nicht einheitlich organisiert und können nicht durch eine zentrale Organisation vertreten werden. Insofern ist eine Einbeziehung in Gremien praktisch schwierig. Hierfür wäre es sinnvoll, auf Landesebene zunächst eine gemeinsame Institution zu schaffen, die die Interessen aller Rettungsdienste vertritt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 – § 105

A) Beabsichtigte Neuregelung

Vor dem Hintergrund der Neustrukturierung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der vorgesehenen Etablierung integrierter Notfallzentren erfolgt eine Anpassung der bestehenden Regelungen zur finanziellen Förderung durch die GKV und den Kassenärztlichen Vereinigungen.

B) Stellungnahme

Die inhaltliche Neustrukturierung des Absatzes ist vor dem Hintergrund der weiteren beabsichtigten Anpassungen im Rahmen dieses Gesetzesvorhabens grundsätzlich nachvollziehbar.

Die vorgesehene finanzielle Beteiligung der privaten Krankenversicherung an der Förderung von Notdienststrukturen wird begrüßt, da sich medizinische Notfälle unabhängig vom Versichertenstatus ergeben und hierzu die etablierten Notdienststrukturen genutzt werden.

Allerdings wird eine verpflichtende zusätzliche finanzielle Beteiligung der GKV abgelehnt. Die Finanzierung von Infrastruktur- und Vorhaltekosten gehört nicht zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Die von den gesetzlichen Krankenkassen zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung beinhaltet bereits eine umfängliche Finanzierung ambulanter Notdienststrukturen durch die GKV. Darüber hinaus werden bereits von der GKV zusätzlich bereitgestellten Mittel im Rahmen des Strukturfonds nach § 105 Absatz 1a SGB V ebenfalls zur Förderung von Strukturen des Notdienstes genutzt. Insofern sollte eine darüberhinausgehende weitere Förderung ausschließlich im Rahmen einer freiwilligen Regelung aller Vertragspartner im Sinne einer Kann-Regelung vorgesehen werden. Gleichfalls sind die Vorgaben zur Kalkulation und Nachweis der Kassenärztlichen Vereinigung zu konkretisieren, da insbesondere in den vergangenen Jahren der Ausbau von Notdienststrukturen umfangreich finanziell von der GKV gefördert wurde.

Des Weiteren ist zwingend sicherzustellen, dass die Aufbringung der Mittel der Kassenärztlichen Vereinigung für eine anteilige Finanzierung durch eine gleichmäßige finanzielle Beteiligung aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringenden gewährleistet wird.

Die Verpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einen jährlichen Bericht über die Anzahl und den jeweiligen Stand der Vereinbarungen zu erstellen, wird begrüßt. Allerdings sollte dieser Bericht ergänzend zur Übermittlung an das Bundesministerium für Gesundheit grundsätzlich barrierefrei im Internet von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung veröffentlicht werden.

C) Änderungsvorschlag

Änderungsvorschlag: § 105 Absatz 1b Satz 1 (neu) wird wie folgt geändert:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich **können** vereinbaren über die Mittel nach Absatz 1a hinaus einen zusätzlichen jährlich von beiden Vertragsparteien in gleicher Höhe bereitzustellenden

zweckgebundenen Betrag zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes **vereinbaren.“**

Nach Satz 1 wird folgender Satz ergänzt:

„Die Kassenärztliche Vereinigung erhebt den Betrag nach Satz 1 über einen einheitlichen prozentualen Abschlag auf das gesamte Honorar für Leistungen der regionalen Euro-Gebührenordnung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer als Verwaltungskostenbeitrag gemäß § 81.“

Nach dem bisherigen Satz 6 werden die folgenden Satz ergänzt:

„Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, die in den Jahren 2020 bis einschließlich 2025 für die Sicherstellung des Notdienstes insgesamt aufgewendeten finanziellen Mittel detailliert und transparent nachzuweisen; mindestens ist das im Vorjahreszeitraum von der Kassenärztlichen Vereinigung bereitgestellte Finanzvolumen auch nach Umstellung der Notdienststrukturen weiterhin alleinig von der Kassenärztlichen Vereinigung aufzubringen.“

In § 105 Absatz 1b n.F. wird der bisherige Satz 9 gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 – § 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Redaktionelle Anpassung im Zuge der Neufassung von § 75 Absatz 1b.
- b) Der Auftrag des G-BA zur Festsetzung einer Richtlinie für ein qualifiziertes, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren wird aufgehoben. Die bereits beschlossene, aber beanstandete Ersteinschätzungsrichtlinie des G-BA verliert damit ihre Rechtsgrundlage. Der Auftrag an den G-BA soll mit den beabsichtigten Neuregelungen überführt werden zum Teil in einen neuen Auftrag an den G-BA zur Festlegung von Vorgaben für ein Ersteinschätzungsinstrument sowie zur sachlichen und personellen Ausstattung von Notdienstpraxen in INZ (§ 123 Absatz 3 SGB V (neu)) sowie zum Teil in die Kooperationsvereinbarungen zur Organisation von INZ zwischen Krankenhausträgern und zuständiger KV (§ 123a Absatz 2 SGB V (neu)).

B) Stellungnahme

- a) Die gesetzliche Anpassung verweist auf § 75 Absatz 1b Satz 9 und damit auf Regelungen zu einem gesetzlich definierten Servicelevel des aufsuchenden Dienstes. Es ist zu prüfen, ob hier ein redaktioneller Fehler vorliegt und der Gesetzentwurf auf § 75 Absatz 1b Satz 10 verwiesen sollte und damit auf die dortigen Regelungen zur Unterstützung von INZ durch kinder- und jugendmedizinische telemedizinische und telefonische Konsilien.
- b) Die Aufhebung des Regelungsauftrages des G-BA zur Festsetzung einer Ersteinschätzungsrichtlinie an dieser Stelle sowie die Aufsplittung und Verschiebung des Regelungsauftrags wird abgelehnt. Das ausgerufene Ziel des Gesetzentwurfs zeigt, dass eine qualifizierte Ersteinschätzung für eine sinnvolle Patientensteuerung nach wie vor benötigt wird und dass es sowohl Vorgaben zur Durchführung der Ersteinschätzung (Verfahren) bedarf als auch Vorgaben für eine technische Unterstützung (Instrument) der Ersteinschätzung. Auch sieht der Gesetzentwurf vor, dass in der Ersteinschätzung sowohl der medizinischen Behandlungsbedarf als auch die sachgerechte Versorgungsebene bestimmt werden sollen. Diese Regelungsinhalte waren bereits Bestandteil der im G-BA im Juli 2023 beschlossenen Ersteinschätzungs-Richtlinie. Das Ziel, die Notaufnahmen von nicht akut behandlungsbedürftigen Fällen zu entlasten, kann durch die Regelungen nicht erreicht werden, da die Möglichkeiten zur Weiterleitung von ambulant behandlungsfähigen Patientinnen und Patienten aus der Notaufnahme in die vertragsärztliche Versorgung nicht hinreichend aufgegriffen werden. Durch die beabsichtigten Neuregelungen wird der bisherige G-BA-Auftrag unnötig aufgesplittet in vorrangig technische Vorgaben auf Bundesebene (§ 123 Absatz 3 (neu)) und wichtige strukturelle Vorgaben, wie z. B. die Anforderung an die Qualifikation des Personals, das die Ersteinschätzung von Hilfesuchenden durchführt, auf Ebene der einzelnen INZ (§ 123a Absatz 2 (neu)).

C) Änderungsvorschlag

Für die Vorgaben zur Ersteinschätzung: Beibehaltung von § 120 Absatz 3b in der Fassung des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG).

Für die Vorgaben zum INZ: vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 19 (§ 123a).

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 – § 123 Integrierte Notfallzentren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu geschaffenen § 123 werden Integrierte Notfallzentren (INZ) definiert, die aus einer Notaufnahme eines zugelassenen Krankenhauses, einer Praxis der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zur notdienstlichen Akutversorgung in räumlicher Integration mit der Notaufnahme des betreffenden Krankenhausstandortes sowie der zentralen Ersteinschätzungsstelle in fachlicher Leitung und Verantwortung des Krankenhauses bestehen und bundesweit flächendeckend einzurichten sind. Krankenhäuser, von denen ein Standort als INZ festgelegt wurde, sind zur Kooperation mit der KV verpflichtet. Die notdienstliche Akutversorgung soll insbesondere durch Kooperation und organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern in INZ durch die KV sichergestellt werden. Innerhalb der INZ erfolgt eine digitale Fallübergabe zwischen den Betriebsteilen.

In der Ersteinschätzungsstelle sollen Hilfesuchende, die selbstständig ein INZ aufsuchen, gemäß Absatz 2 der Neuregelung eine Ersteinschätzung erhalten, bei der die Behandlungsdringlichkeit und die geeignete Versorgungsebene festgestellt werden. Die Ersteinschätzung kann im Wege der Delegation durch nichtärztliches Personal erbracht werden. Sofern nach einer notdienstlichen Akutversorgung im INZ eine ambulante Weiterbehandlung erforderlich ist, erfolgt eine Terminvermittlung durch das INZ in die ambulante Regelversorgung und die medizinische Verantwortung für die Versicherten geht in die vertragsärztliche Versorgung über. Hier stellt die Gesetzgebung klar, dass aus Gründen der Patientensicherheit nach einer erfolgten Ersteinschätzung keine Verweisung von Hilfesuchenden aus dem INZ ohne Akutbehandlung vorgesehen ist. Alle Hilfesuchende sollen entweder eine Notfallbehandlung in der Notaufnahme des Krankenhauses oder in der Notdienstpraxis bzw. in einer Kooperationspraxis erhalten. In den INZ sind Hilfesuchende, die nachweisen können, dass sie vor der Inanspruchnahme eine telefonische Vermittlung durch die Akutleitstelle in das INZ erhalten haben, bei gleicher Behandlungsdringlichkeit vorrangig zu behandeln. Das Nähere zum Nachweis der Vermittlung regeln die Bundesmantelvertragspartner.

Absatz 3 der Neuregelung sieht eine neue Richtlinie des G-BA vor, in der insbesondere Vorgaben für ein zukünftiges digitales Ersteinschätzungsinstrument, verschiedene Nachweise und Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen in INZ sowie der Ersteinschätzungsstelle geregelt werden sollen.

Nach Absatz 4 der Neuregelung soll der ergänzte Bewertungsausschuss die für die Vergütung der Leistung der Ersteinschätzung in INZ erforderlichen Anpassungen des EBM beschließen, die Auswirkungen des Beschlusses evaluieren und dem BMG hierüber berichten.

Absatz 5 der Neuregelung sieht die Einbindung psychiatrischer und psychosomatischer Behandlungskompetenz für Hilfesuchende mit Hinweisen auf psychische Erkrankungen vor, die auch durch entsprechende Fachärztinnen und -ärzte oder ein externes Fachkrankenhaus mittels telemedizinischer oder telefonischer Konsile gewährleistet werden kann. Entsprechende Krisendienste sind, wo möglich, einzubeziehen.

Absatz 6 der Neuregelung sieht vor, dass INZ bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen durch telemedizinische oder telefonische Konsilien von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendmedizin unterstützt werden, sofern an einem INZ-Standort kein INZ für Kinder und Jugendliche vorhanden ist. Die erweiterten Landesausschüsse bestimmen die Konzeption und Koordinierung dieser Unterstützung. Die entsprechenden INZ haben die erforderliche technische Ausstattung für die telemedizinische Anbindung vorzuhalten.

Absatz 7 der Neuregelung sieht einen jährlichen Bericht der KV an die Landesplanungsbehörden über die Versorgung in den INZ, die Anzahl der INZ für Kinder und Jugendliche sowie den Anteil der Inanspruchnahme von INZ mit und ohne vorherigen Kontakt zur Akutleitstelle vor. Weiter ist ein jährlicher Bericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) an das BMG vorgesehen.

Absatz 8 der Neuregelung bindet ab Inkrafttreten der neuen G-BA-Richtlinie nach Absatz 3 die Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen zur Behandlung von Notfällen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 an die Nutzung eines Ersteinschätzungsinstruments sowie an die Feststellung eines sofortigen Behandlungsbedarfs. Alternativ soll die Vergütung auch dann zulässig sein, wenn eine Weiterleitung des Hilfesuchenden in die vertragsärztliche Versorgung aus Kapazitätsgründen des nächstgelegenen INZ oder aufgrund des Fehlens eines nächstgelegenen INZ nicht möglich ist. In allen anderen Fällen sieht die Neuregelung eine verpflichtende Weiterleitung des Hilfesuchenden an das nächstgelegene INZ (maximal 30 Minuten Pkw-Fahrzeit) oder die vertragsärztliche Versorgung vor. Erfolgt dennoch eine ambulante Behandlung in der Notaufnahme, sieht die Neuregelung einen Abschlag auf die Vergütung der Leistung nach § 76 Absatz 1 Satz 2 um 50 Prozent vor.

Weiter sieht die Neuregelung in Absatz 9 eine verpflichtende Meldung der Behandlungsdaten der Versicherten in der Notaufnahme durch alle Krankenhäuser mit Notaufnahme an das AKTIN-Notaufnahmeregister vor.

B) Stellungnahme zu Absatz 1

Der mit der Neuregelung des § 123 beabsichtigte flächendeckende Aufbau von INZ als zentrale Anlauf- und Steuerungsstelle für Hilfesuchende an Krankenhäusern wird ausdrücklich begrüßt. Durch die räumliche Verbindung von zentraler Notaufnahme und KV-Notdienstpraxis am Krankenhaus, unterstützt durch ein standardisiertes und digital gestütztes Ersteinschätzungsverfahren, kann eine am Behandlungsbedarf ausgerichtete Steuerung der Hilfesuchenden in die jeweils geeignete Versorgungsebene gelingen. Ziel ist neben einer Verbesserung der Versorgung ambulanter Akutfälle insbesondere eine spürbare Entlastung der zentralen Notaufnahmen von Not- bzw. Akutfällen mit geringer Behandlungsdringlichkeit bzw. mit einem ambulanten Versorgungsbedarf. Hierzu sieht der GKV-Spitzenverband allerdings noch deutlichen Anpassungsbedarf im Gesetzentwurf.

Die in Absatz 1 vorgesehene Untergliederung in eine Notaufnahme, eine Notdienstpraxis und eine Ersteinschätzungsstelle unter dem gemeinsamen Dach eines INZ entspricht den langjährigen Vorschlägen des GKV-Spitzenverbandes und wird ausdrücklich begrüßt. Wichtig ist eine engmaschige Überprüfung, ob die Maßnahme tatsächlich in der Lage ist, die Nutzung der Notaufnahmen der Krankenhäuser deutlich zu vermindern und die Anzahl der stationären Aufnahmen signifikant zu senken (der OECD-Durchschnitt scheint als Orientierung geeignet). Soweit diese Ziele nicht erreicht werden, muss eine Nachsteuerung erfolgen.

Die Verortung der fachlichen Leitung und der Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle beim Krankenhaus wird grundsätzlich kritisch bewertet. Die Ersteinschätzungsstelle soll die Zentrale Notaufnahme (ZNA) entlasten und dafür sorgen, dass ambulant behandelbare Fälle auch ambulant versorgt werden. Wichtig ist daher, dass die Ersteinschätzungskraft ihre Entscheidung immer weisungsfrei vom Krankenhaus trifft. Dies sollte durch entsprechende Regelungen in der Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 sichergestellt werden.

Ebenfalls sinnvoll ist die Verpflichtung zur Kooperation von als INZ-Standort festgelegten Krankenhäusern mit der KV. Die Regelung zur digitalen Fallübergabe innerhalb des INZ wird begrüßt. Es muss jedoch bundesweit einheitliche Vorgaben zum Inhalt und zur Umsetzung geben.

zu Absatz 2

Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass auch der Gesetzgeber weiterhin die Einführung eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens vorsieht. Gleichwohl ist die vorliegende Regelung im Vergleich zu der bisherigen Regelung in § 120 Absatz 3 und der hierzu beschlossenen Ersteinschätzungs-Richtlinie weniger zielführend. So sieht der Gesetzentwurf keine Möglichkeit vor, Hilfesuchende, bei denen die Ersteinschätzung keinen akuten Behandlungsbedarf ergeben hat, auch ohne Akutbehandlung direkt in die ambulante Regelversorgung außerhalb des INZ und möglicher Kooperationspraxen weiterzuleiten, unterstützt durch das verbindliche Angebot einer Terminbuchung über die Terminservicestelle (TSS). Entscheidende Strukturanforderungen sollen dem Gesetzentwurf nach nicht bundesweit einheitlich, sondern zum Teil krankenhausespezifisch ohne Prüfungsinstanz festgelegt werden, z. B. Anforderungen an das die Ersteinschätzung durchführende Personal (vgl. § 123a Absatz 2). Der GKV-Spitzenverband spricht sich daher für ein Beibehalten der Regelung nach § 120 Absatz 3 in der Fassung des GVWG und für ein Inkraftsetzen der vom G-BA beschlossenen Ersteinschätzungsregelung aus bzw. hilfsweise für eine Überführung dieser Regelungen in § 123 Absatz 3.

Positiv hervorzuheben ist, dass die Ersteinschätzung auch durch nichtärztliches Personal in Folge der Delegation erfolgen kann. Ergänzt werden sollten allerdings Regelungen für die Festlegung bundeseinheitlicher Vorgaben zur Qualifikation des Ersteinschätzungspersonals.

Die vorgesehene Terminbuchung für eine ambulante vertragsärztliche Weiterbehandlung ist sinnvoll. Sie sollte jedoch auf Patientinnen und Patienten erweitert werden, für die kein unmittelbarer Behandlungsbedarf im INZ besteht.

Im Sinne einer besseren Patientensteuerung ist der Regelungsentwurf insofern begrüßenswert als Versicherte, die nach einem telefonischen Erstkontakt mit der Akutleitstelle zur Behandlung in ein INZ geleitet wurden, hier bei gleicher medizinischer Behandlungsdringlichkeit bevorzugt behandelt werden sollen. Neben medizinischer Behandlungsdringlichkeit können weitere Faktoren durch die Partner des Bundesmantelvertrags – Ärzte geregelt werden. Wichtig ist allerdings, dass die Bundesmantelvertragspartner zeitnah eine geeignete und patientenfreundliche Nachweismöglichkeit vereinbaren.

zu Absatz 3

Der G-BA soll bundeseinheitliche Kriterien für die sächliche und personelle Ausstattung von KV-Notdienstpraxen sowie der Ersteinschätzungsstelle in INZ definieren sowie Vorgaben für ein

standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument festlegen, was ausdrücklich begrüßt wird. Insgesamt erscheint es jedoch nicht sinnvoll, die wesentlichen Strukturanforderungen für INZ auf drei verschiedene Ebenen (G-BA, erweiterte Landesausschüsse, Kooperationsverträge) aufzuteilen. Für eine bundesweit gleichwertige Versorgungsstruktur ist es entscheidend, dass zentrale Vorgaben auf der Bundesebene durch den G-BA festgelegt werden und diese Vorgaben dann in den Regionen als Rahmen für die Entscheidungen der erweiterten Landesausschüsse dienen. Die Kooperationsverträge für die einzelnen INZ sollten verpflichtend diese Vorgaben einhalten und konkret umsetzen müssen.

Die erweiterten Landesausschüsse sollten beauftragt werden, die Einhaltung der Kooperationsvereinbarungen zu prüfen und Verstöße an die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörden zu melden. Diese setzt entsprechende Sanktionsmaßnahmen durch.

Als weiteres Qualitätskriterium für Notdienstpraxen an INZ-Standorten sollten aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes - über Mindestanforderungen an die personelle Ausstattung hinaus - bundeseinheitliche Anforderungen an das ärztliche Personal festgelegt werden, das in einer Notdienstpraxis eingesetzt wird. Es muss bundeseinheitlich sichergestellt werden, dass die eingesetzten Ärztinnen und Ärzte die erforderliche fachliche Eignung aufweisen und zur Behandlung von ambulanten Akutfällen jederzeit in der Lage sind.

Während die Regelungskompetenz für die Erstellung von Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten, standardisierten und digitalen Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs für Hilfesuchende, die selbständig einen Krankenhausstandort aufsuchen dem G-BA obliegt, hat die Kassenärztlichen Bundesvereinigung Richtlinien für ein bundesweit einheitliches standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren im Akutfall nach § 75 Satz 1 Nr. 6 zu regeln. Die unterschiedlichen Regelungskompetenzen sind aufzulösen. Der G-BA sollte künftig den Auftrag erhalten in seiner Richtlinie auch die Ersteinschätzung im Akutfall zu regeln, damit Akutleitstellen Versicherten eine unmittelbare ärztliche Versorgung auf der medizinisch gebotenen Versorgungsebene vermitteln können. Somit erhält der G-BA die Gesamtverantwortung für die Ausgestaltung der Ersteinschätzung über die verschiedenen Versorgungsebenen und gewährleistet einheitliche Regelungen für die Anwendung an ein integratives komplementäres Versorgungssystem im Notfall. Zudem ermöglicht die Verfahrensumstellung, dass neben ärztlichen Interessen auch die Interessen weiterer beteiligter Leistungserbringenden sowie der GKV gleichberechtigt Berücksichtigung finden.

zu Absatz 4

Der Auftrag an den ergänzten Bewertungsausschuss zur Anpassung des EBM zur Abbildung einer Einzelleistung für die Ersteinschätzung ist nachvollziehbar, um der zukünftig andersartigen Leistungsaufteilung zwischen den Trägern eines INZ gerecht zu werden. Hierzu sind die bisherigen Notfallpauschalen entsprechend ausgabenneutral im Hinblick auf die Einzelleistung für die Ersteinschätzung zu differenzieren. Der vorgesehene Evaluationsauftrag an den ergänzten Bewertungsausschuss wird begrüßt.

zu Absatz 5

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Die konkrete Ausgestaltung obliegt dem GBA in der Richtlinie. In Kliniken ohne eigene psychiatrische Fachabteilung wird darüber bei Bedarf eine psychiatrische Mitbehandlung sichergestellt und so die Versorgungsqualität verbessert. Die Konsile sollten jedoch nicht nur durch externe psychiatrische Fachkliniken erfolgen, sondern auch durch externe

psychiatrische Fachabteilungen, die rund 50 % der Versorgung sicherstellen. Eine Einbindung psychologischer Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten wird abgelehnt, da keine medizinischen und psychopharmakologischen Kompetenzen vorliegen.

zu Absatz 6

Die vorgesehene Unterstützung von INZ durch telemedizinische Konsile nach § 367 und telefonische Konsile von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendmedizin, falls der Standort kein INZ für Kinder- und Jugendliche ist, wird begrüßt. Die Kann-Regelung für den erweiterten Landesausschuss, Empfehlungen für die landesweite Konzeption und Koordinierung dieser Unterstützung auszusprechen, ist hingegen nicht zielführend. Zur Vermeidung von Flickenteppichen in der Versorgung und aufgrund der beim G-BA vorhandenen Fachkompetenz, die in den erweiterten Landesausschüssen derzeit so nicht vorliegt, ist eine bundeseinheitliche Lösung über eine Vorgabe des G-BA vorzuziehen, während die Koordinierung durch die erweiterten Landesausschüsse erfolgen kann.

zu Absatz 7

Die Berichtspflichten der KV an die zuständigen obersten Landesbehörden sind sachgerecht. Diese Berichte sollten auch den erweiterten Landesausschüssen zur Kenntnis gegeben werden, da diese Ergebnisse für die Anpassung von Entscheidungen der erweiterten Landesausschüsse von hoher Bedeutung sind. Der jährliche Bericht der KBV ist darüber hinaus von öffentlichem Interesse und sollte daher veröffentlicht werden (analog zur Regelung in § 105 Absatz 1b in diesem Gesetzentwurf).

zu Absatz 8

Die mit den Regelungen nach Absatz 8 beabsichtigte Klarstellung zur zukünftigen Vergütung ambulanter Krankenhausbehandlung von Notfällen und deren Verknüpfung mit der Durchführung einer Ersteinschätzung und der Vorlage eines entsprechenden Ersteinschätzungsergebnisses eines sofortigen Behandlungsbedarfs wird ausdrücklich begrüßt. Damit wird die Durchführung einer Ersteinschätzung und der Vorlage eines entsprechenden Ersteinschätzungsergebnisses auch für Krankenhausstandorte ohne INZ und damit für alle nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser verpflichtend. Das ist ein wichtiger Schritt in Richtung einer qualitätsgesicherten Patientensteuerung an Krankenhäusern. Mit dem vorgesehenen Aufbau von INZ an ausgewählten Krankenhäusern (§§ 123, 123a) wird eine flächendeckende, bedarfsgerechte ambulante Notfallversorgung an Krankenhäusern sichergestellt. Eine ambulante Notfallversorgung durch Krankenhäuser ohne INZ sollte daher eine absolute Ausnahme darstellen und an die Voraussetzung eines sofortigen ärztlichen Behandlungsbedarfs geknüpft sein. Hierfür braucht es zwingend bundeseinheitliche Vorgaben, die vom G-BA festgelegt werden sollten im Rahmen seiner Richtlinie nach § 123 Absatz 3. Alle anderen ambulanten Notfälle sollten von Krankenhäusern ohne INZ auf Grundlage des Ersteinschätzungsergebnisses an das nächstgelegene INZ verwiesen werden. Der vorgesehene Vergütungsabschlag ist daher sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 wird nach Satz 2 folgender Satz ergänzt:

„In der Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 ist festzulegen, dass Mitarbeitende in der Ersteinschätzungsstelle fachlich weisungsfrei vom Krankenhausträger hinsichtlich der Wahl der sachgerechten Versorgungsebene sind.“

In Absatz 1 wird nach Satz 5 folgender Satz eingefügt:

„Die Nationale Agentur für Digitale Medizin (Gematik), das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) und der Bundesbeauftragte für den Datenschutz legen sechs Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes ein datenschutzkonformes Konzept für die Umsetzung der digitalen Fallübergabe vor.“

In Absatz 2 wird in Satz 3 folgender Halbsatz ergänzt:

„das Ergebnis der Ersteinschätzung ist für die Ersteinschätzungsstelle grundsätzlich verbindlich.“

Zu Absatz 3:

Absatz 3 wird um folgenden neuen Satz 2 ergänzt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in seiner Richtlinie gemäß Satz 1 zusätzlich ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren, auf dessen Grundlage die Vermittlung in Akutfällen nach § 75 Absatz 1c Satz 2 zu erfolgen hat.“

Hilfsweise Ergänzung zum vorliegenden Gesetzentwurf:

Absatz 3 Satz 1 wird um folgende neue Nummer 9 ergänzt:

„ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren, auf dessen Grundlage die Vermittlung in Akutfällen nach § 75 Absatz 1c Satz 2 zu erfolgen hat.“

Für die Vorgaben zur Ersteinschätzung: Beibehaltung von § 120 Absatz 3b in der Fassung des GVG.

Für die Vorgaben zu INZ: vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 19 (§ 123a).

Absatz 6 Satz 2 wird wie folgt gefasst und durch einen neuen Satz 3 ergänzt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss legt bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in einer Regelung Mindestanforderungen für die telemedizinische Unterstützung, insbesondere zur technischen Ausstattung, zur Erreichbarkeit, zur Qualifikation, zu erforderlichen Schulungen und zu regelmäßigen Fortbildungen fest. Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a koordiniert auf Basis dieser Vorgabe die telemedizinische Unterstützung.“

Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt angepasst:

Nach den Worten „Verwaltungsbehörden der Länder“ werden die Worte **„und den erweiterten Landesausschüssen nach § 90 Absatz 4a“** eingefügt.

Absatz 7 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht jährlich barrierefrei im Internet einen Bericht über die in Satz 1 genannten Sachverhalte, erstmals zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des siebenundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats].“

Absatz 7 wird um den folgenden Satz 3 ergänzt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Landeskrankenhausgesellschaften sind verpflichtet, die Bevölkerung innerhalb von sechs Wochen nach Bestimmung gemäß § 123a Absatz 1 zielgerichtet und wiederholt in Form von analogen und digitalen Werbemaßnahmen über die Angebote der Akutleitstellen und der Terminservicestellen, die Standorte der Integrierten Notfallzentren, ihre Öffnungszeiten und die Inanspruchnahmevoraussetzungen zu informieren.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19 – § 123a (neu) Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im neuen § 123a wird in Absatz 1 geregelt, dass die erweiterten Landesausschüsse innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes die Standorte der INZ bestimmen. Ein Krankenhausstandort ist hierfür festlegbar, sofern mindestens die Notfallstufe Basisnotfallversorgung gemäß den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern erfüllt sind und keine berechtigten Interessen des Krankenhauses der Bestimmung entgegenstehen. Die erweiterten Landesausschüsse haben bei der Standortfestlegung verschiedene Kriterien zu berücksichtigen, auch für den Fall, dass mehrere Krankenhausstandorte für eine Planungsregion geeignet sind. Wenn es zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist, kann von den Kriterien abgewichen werden. Die Standortfestlegung unterliegt einer regelmäßigen Überprüfung durch die erweiterten Landesausschüsse.

Absatz 2 der Neuregelung sieht vor, dass die KV und die Krankenhausträger zur Organisation des INZ gemäß den Vorgaben eine Kooperationsvereinbarung abschließen und ein Organisationsgremium einrichten. Die Mindestinhalte der Kooperationsvereinbarung werden gesetzlich festgelegt. Darüber hinaus wird festgelegt, dass die Notdienstpraxen täglich von 10:00 Uhr bis 22:00 Uhr zu öffnen sind, sofern diese Öffnungszeiten nachweislich nicht bedarfsnotwendig sind.

Absatz 3 regelt die Konfliktlösung für Fälle einer fehlenden Einigung über die Kooperationsvereinbarung nach Absatz 2. In diesen Fällen wird die Kooperationsvereinbarung durch eine unabhängige Schiedsperson festgelegt.

Absatz 4 stellt klar, dass bereits bestehende Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern in INZ zu überführen sind.

B) Stellungnahme zu Absatz 1

Die erweiterten Landesausschüsse sind grundsätzlich geeignete Gremien, um Entscheidungen zu sektorenübergreifenden Fragestellungen zu treffen. Allerdings werden den Ländern weitgehende Rechte zur Festlegung von INZ-Standorten zugewiesen, sofern der erweiterte Landesausschuss nicht innerhalb von sechs Monaten zu einer Mehrheitsentscheidung gekommen ist. Hier ist zu befürchten, dass neben sachbezogenen Erwägungen auch tagespolitische Kriterien für Entscheidungen herangezogen werden. Daher sollte einer Entscheidung der erweiterten Landesausschüsse zwingend eine bundeseinheitliche Planungsgrundlage für die Festlegung von INZ-Standorten durch den G-BA vorgeschaltet werden. Der G-BA hat die Regelungskompetenz für die vertragsärztliche Bedarfsplanung. Da KV-Notdienstpraxen als wesentliches Element der INZ im Sicherstellungsauftrag der KV liegen, ist es nach Dafürhalten des GKV-Spitzenverbandes zwingend, die Regelungskompetenz des G-BA entsprechend auf die Planung von bedarfsgerechten Kapazitäten für die notdienstliche Akutversorgung zu erweitern. Die Bedarfsplanung des G-BA lässt stets auch Spielräume für die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten.

Der Ansatz des Gesetzgebers in Absatz 1 Kriterien vorzugeben sowie die grundsätzliche Auswahl der Kriterien werden begrüßt. Allerdings erscheinen einige Kriterien im Sinne einer bedarfsgerechten Angebotsgestaltung nicht hinreichend ausdifferenziert und in der Folge nicht unmittelbar umsetzbar. So ist der im Gesetzentwurf berücksichtigte Bevölkerungsbezug wichtig. Es fehlt jedoch eine Richtgröße, für wie viele Einwohner einer Planungsregion ein INZ zuständig sein soll, sowie ein Ansatz, um den Bevölkerungsbezug mit der benötigten Zahl an ärztlichen Kapazitäten eines INZ in Verbindung zu bringen (Verhältniszahl). Die Erreichbarkeit ist planungsrelevant, der öffentliche Personennahverkehr (ÖPNV) ist allerdings ungeeignet, weil sich aus der ÖPNV-Abdeckung keine sinnvollen Planungsoptionen für medizinische Versorgungsangebote ableiten lassen. So bedingt eine geringe ÖPNV-Abdeckung in einer dünn besiedelten, ländlichen Region nicht unmittelbar einen höheren Bedarf an INZ. Es wird begrüßt, dass der Regelungsvorschlag bei der Standortauswahl eine Auswahlentscheidung zwischen mehreren geeigneten Kliniken vorsieht. Es fehlen jedoch eine bevölkerungsbezogene Obergrenze sowie eine Kapazitätsbetrachtung der KV-Notdienstpraxen. Neben den Notfallstufen, den Fallzahlen und der Frage, ob am Standort bereits eine KV-Notdienstpraxis besteht, ist es zudem relevant, ob es sich um ein Sicherstellungshaus handelt. Sachgerecht erscheint eine gleichwertige Priorisierung zu bestehenden Notdienstpraxen der KV.

Die Regelung zur Bestimmung von INZ-Standorten abweichend von den genannten Kriterien zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung ist grundsätzlich nachvollziehbar. Es sollte allerdings ermöglicht werden, dass in diesen Fällen neben einem zusätzlichen INZ-Standort gleichfalls auch eine bedarfsgerechte notdienstliche Akutversorgung durch die aufsuchenden Dienste gemäß § 75 Absatz 1b Satz 5 Nummer 3 in Betracht gezogen werden kann. Bei einer geringen Bevölkerungsdichte und fehlenden Krankenhausstandorten dürfte dies vielfach die wirtschaftlichere Versorgungsstruktur darstellen.

Zu Absatz 2

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass eine Vielzahl der Strukturanforderungen, die sinnvoll durch den G-BA im Sinne bundeseinheitlicher Vorgaben zu treffen wären, in hochkomplexen Einzelverträgen zwischen Krankenhausträgern und KV geregelt werden sollen. Die vorgesehene Regelung über Einzelverträge führt zu einer hohen Intransparenz über die Versorgungsangebote in der notdienstlichen Akutversorgung. Für eine bundesweit hoch- und gleichwertige Versorgungsstruktur müssen die zentralen Strukturanforderungen bundeseinheitlich festgelegt werden. Dies betrifft vor allem die Anforderungen an die personelle Ausstattung und Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle von INZ. Der G-BA ist für die Festlegung solcher Vorgaben das geeignete Gremium. Vor dem Hintergrund der hohen Anzahl erforderlicher INZ erscheint es auch nicht praktikabel, für jedes INZ ein eigenes Organisationsgremium zu bilden. Hier wäre es sinnvoller, dessen Funktionen auf höheren regionalen Ebenen (z. B. den KV-Bezirken) durch die KV und Landeskrankenhausgesellschaften zu bündeln.

Die in Satz 5 vorgenommene gesetzliche Vorgabe einer Mindestöffnungszeit von 12 Stunden täglich wird als deutlich zu umfangreich gesehen. Damit werden auch übliche Sprechstundenzeiten der vertragsärztlichen Versorgung mitabgedeckt und es entsteht eine parallele und damit doppelte Versorgungsstruktur für vertragsärztlich zu versorgende Akutfälle. Routinedaten zeigen, dass die Auslastung der bestehenden ärztlichen Bereitschaftsdienstpraxen der KV im Durchschnitt als gering beschrieben werden kann, während sich für einzelne Krankenhausstandorte hohe Auslastungen zeigen. Daher scheint es aus Bedarfs- und Wirtschaftlichkeitsgründen dringend geboten, geeignete bundeseinheitliche Kriterien für die Öffnungszeiten von Notdienstpraxen festzulegen, bei denen das

tatsächliche Patientenaufkommen berücksichtigt wird. Für KV-Notdienstpraxen an INZ-Standorten mit hohen Fallzahlen könnte eine ambulante Notfallversorgung zu Sprechstundenzeiten bedarfsgerecht und pragmatisch durch die Vergabe von regulären vertragsärztlichen Zulassungen (Medizinische Versorgungszentren) erreicht werden. Die bisher vorgesehene Regelung lässt auch offen, wer auf welcher Grundlage die Einhaltung der Öffnungszeiten überprüft und welche Konsequenzen mit einer Nichteinhaltung verbunden wären. Die Sanktionsmöglichkeiten erscheinen unzureichend auf Einzelvertragsebene begrenzt.

zu Absatz 3

Die vorgesehenen Schiedslösungen sind grundsätzlich sachgerecht, allerdings nur bei entsprechender Geltung von bundesweiten Vorgaben und entsprechender Verschlankung der noch offenen Regelungsinhalte realistisch umsetzbar.

zu Absatz 4

Eine Berücksichtigung von bestehenden KV-Notdienstpraxen bei der Festlegung von INZ-Standorten nach Absatz 1 Satz 1 ist sachgerecht, um bereits etablierte und funktionierende Strukturen beizubehalten und in die neuen Versorgungsstrukturen mit INZ zu überführen.

C) Änderungsvorschlag

In § 101 Absatz 1 Satz 1 wird nach der Nummer 3a die folgende Nummer 3b eingefügt:

„3b. Allgemeine Voraussetzungen nach denen der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a Feststellungen gemäß § 123, 123a und 123b trifft.“

In § 101 wird folgender Absatz 7 ergänzt:

„Die Allgemeinen Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3b umfassen insbesondere die folgenden Kriterien:

- 1. eine Planungsregion, zum Beispiel eine Planung auf Kreis- bzw. Bezirksebene in Großstädten,**
- 2. eine Kapazitätsplanung mit Bevölkerungsbezug, zum Beispiel mittels einer Verhältniszahl, die den Bedarf an Ärztinnen und Ärzten für die notdienstliche Akutversorgung der Bevölkerung in KV-Notdienstpraxen abbildet und die Festlegung der maximalen personellen Kapazitäten je KV-Notdienstpraxis,**
- 3. sachliche und personelle Mindestanforderungen für den Betrieb einer KV-Notdienstpraxis einschließlich der Vorgaben zur Ermittlung von bedarfsgerechten Mindestöffnungszeiten in Abhängigkeit vom Patientenaufkommen,**
- 4. eine Erreichbarkeit für 95 v. H. der Bevölkerung innerhalb von 30 Pkw-Fahrzeitminuten, und**
- 5. die Berücksichtigung der Notfallstufe der Krankenhäuser; Voraussetzung ist mindestens die Erfüllung der Anforderungen der Basisnotfallstufe gemäß Abschnitt III der Notfallstufenregelung des Gemeinsamen Bundesausschusses.**

Für die Auswahl der Standorte bei mehreren geeigneten Krankenhäusern erfolgt die Auswahl nach der folgenden Reihenfolge:

1. **Vorrangigkeit von höheren Notfallstufen der Krankenhäuser**
2. **Sicherstellungshäuser**
3. **bestehende KV-Notdienstpraxen**
4. **Vorrangigkeit von höheren stationären Fallzahlen der Krankenhäuser."**

§ 123a Absatz 1 Satz 6 wird wie folgt geändert:

„Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann abweichend von den Sätzen 3 bis 5 einen Krankenhausstandort bestimmen, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist, **und einer Versorgung durch den aufsuchenden Dienst gemäß § 75 Absatz 1b Satz 4 Nummer 3 nicht wirtschaftlicher ist.**“

Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Zur Organisation des Integrierten Notfallzentrums schließen die Kassenärztliche Vereinigung und der Krankenhausträger innerhalb von sechs Monaten, nachdem der Krankenhausstandort als Standort eines Integrierten Notfallzentrums nach Absatz 1 Satz 1 bestimmt worden ist, eine Kooperationsvereinbarung. Die Kooperationsvereinbarung ist von dem zuständigen erweiterten Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a zu genehmigen. In der Kooperationsvereinbarung nach Satz 1 ist insbesondere das Nähere zu vereinbaren

1. **zur Organisation des Integrierten Notfallzentrums sowie zur personellen Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle und der Weisungsfreiheit des Personals,**
2. **zur Ausgestaltung der Ausschreibung des gemäß § 123 Absatz 5 abzuschließenden Versorgungsvertrags nach § 12b Apothekengesetz einschließlich der Möglichkeit der Anmietung oder Gestellung von Räumlichkeiten durch oder für Apotheken,**
3. **zur Nutzung der technischen und diagnostischen Einrichtungen des Krankenhauses durch die Notdienstpraxis einschließlich Nutzungsentgelten und**
4. **zu einem gemeinsamen Qualitätsmanagement nach Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses.**

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt bis zum [xxxx] geeignete bundeseinheitliche Kriterien für die Festlegung der Öffnungszeiten von Notdienstpraxen fest, bei denen das tatsächliche Patientenaufkommen berücksichtigt wird, wobei mindestens an Wochenenden und Feiertagen sowie Montag bis Freitag nach dem Ende der regulären vertragsärztlichen Sprechzeiten Öffnungszeiten vorzusehen sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt weiterhin fest, nach welchen Kriterien an einzelnen Standorten mit über- oder unterdurchschnittlich hohem Notfallaufkommen die Öffnungszeiten der Notdienstpraxen bedarfsgerecht über die sprechstundenfreien Zeiten hinaus zu erweitern bzw. zu reduzieren sind. Vertragliche Regelungen nach Satz 1 und 2 können als Rahmenvertrag in dreiseitigen Verträgen nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 landesweit vorgegeben werden. Die Vorgaben zu den Mindestöffnungszeiten nach § 101 Absatz 7 Nummer 3 sind von dem jeweiligen Integrierten Notfallzentrum einzuhalten. Die Kooperationsvereinbarungen sind den erweiterten Landesausschüssen zur Prüfung gemäß § 90 Absatz 4a Satz 11 (neu) zu übermitteln.“

Sofern eine Vorgabe durch den G-BA abgelehnt wird, sollte die Standortauswahl nach Kriterien erfolgen, die der Gesetzgeber konkreter vorgibt.

Alternativer Formulierungsvorschlag:

§ 123a wird wie folgt gefasst:

“§ 123a

Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

- (1) Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a bestimmt bis zum [...] [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser, an denen Integrierte Notfallzentren eingerichtet werden, auf der Grundlage der folgenden bundeseinheitlichen Vorgaben.**
- (2) Planungsregion für die Festlegung von Standorten für Integrierte Notfallzentren sind die Kreise und kreisfreien Städte. Für Berlin und Hamburg erfolgt die Planung auf der Ebene von Bezirken bzw. Stadtteilen.**
- (3) Für mindestens 95 Prozent der Bevölkerung ist ein Standort für ein Integriertes Notfallzentrum innerhalb von 30 PKW-Fahrtzeitminuten erreichbar.**
- (4) Die Planung erfolgt bevölkerungsbezogen. Die je Planungsregion erforderlichen ärztlichen Kapazitäten für die ambulante Notfallversorgung in den KV-Notdienstpraxen der Integrierten Notfallzentren sind regionalspezifisch zu ermitteln und auf geeignete Standorte gemäß Absatz 5 und 6 zu verteilen.**
- (5) Geeignete Standorte, auf die die erforderlichen ärztlichen Kapazitäten nach Absatz 4 verteilt werden, erfüllen die folgenden Anforderungen:**
 - 1. Die Voraussetzungen der Notfallstufe Basisnotfallversorgung gemäß der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 in der jeweils gültigen Fassung werden erfüllt.**
 - 2. Der Auswahl stehen keine Interessen des Krankenhauses entgegen.**
- (6) Bei der Standortauswahl sind die folgenden Kriterien der Reihenfolge nach anzuwenden:**
 - 1. Auswahl des Krankenhausstandortes mit der höchsten Notfallstufe,**
 - 2. bei gleicher Notfallstufe: Auswahl des Krankenhausstandortes mit Sicherstellungsstatus gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 in der jeweils gültigen Fassung,**

- 3. bei gleicher Notfallstufe und gleichem Sicherstellungsstatus nach Nummer 2: Auswahl des Krankenhausstandortes mit bestehender KV-Notdienstpraxis,**
 - 4. bei gleicher Notfallstufe, gleichem Sicherstellungsstatus, gleichem Vorhandensein einer KV-Notdienstpraxis: Auswahl des Krankenhausstandortes mit der höchsten stationären Fallzahl im Jahr 2023.**
- (7) Die Auswahl der geeigneten Standorte erfolgt nacheinander nach den Kriterien gemäß Absatz 6. Die Anzahl der auszuwählenden Standorte richtet sich nach der zu versorgenden Bevölkerung im Planungsbereich. Ein weiterer Standort sollte jeweils ausgewählt werden, wenn ein Integriertes Notfallzentrum an einem Krankenhaus mit Basisnotfallstufe mehr als 150.000 Einwohner versorgt oder ein Integriertes Notfallzentrum an einem Krankenhaus mit umfassender oder erweiterter Notfallstufe mehr als 350.000 Einwohner versorgt.
- (8) Der erweiterte Landesausschuss kann begründet von den bundeseinheitlichen Vorgaben gemäß Absatz 7 Satz 3 abweichen, wenn und solange dies für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. Die entscheidungsrelevanten Gründe sind durch die für die Sozialversicherung zuständigen oberste Verwaltungsbehörde des Landes zu veröffentlichen.
- (9) Die ausgewählten Standorte für Integrierte Notfallzentren sind in den Bedarfsplänen gemäß § 99 abzubilden. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt hierfür im Rahmen seiner Regelungskompetenz gemäß § 101 ein bundeseinheitliches Format fest. Die erweiterten Landesausschüsse übermitteln die ausgewählten Standorte unter Verwendung des vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 2 festgelegten Formates an die Kassenärztlichen Vereinigungen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19 – § 123b (neu) Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass die erweiterten Landesausschüsse Standorte für Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche einrichten können. Weiter ist vorgesehen, dass die erweiterten Landesausschüsse erstmals zwölf Monate nach Inkrafttreten der Regelung über die Einrichtung von INZ-Standorten für Kinder und Jugendliche zu entscheiden haben. Voraussetzung für die Einrichtung an einem Krankenhaus ist einerseits das Vorliegen des Moduls Notfallversorgung Kinder am Krankenhaus gemäß den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern und andererseits, dass kein berechtigtes Interesse gegen die Einrichtung besteht. Für Letzteres ist insbesondere die ausreichende Verfügbarkeit von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin ein Kriterium. Ansonsten gelten die gleichen Regelungen wie für INZ nach § 123 Absatz 1 bis 3 sowie § 123a Absatz 2 bis 4.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Möglichkeit zur Einrichtung von INZ für Kinder und Jugendliche. Die Regelung ist jedoch als „Kann-Regelung“ formuliert, ohne dass bundeseinheitlich verbindliche Kriterien für die Gründung oder Nichtgründung von INZ für Kinder und Jugendliche gelten. Mit der vorgesehenen verpflichtenden erstmaligen Entscheidung des erweiterten Landesausschusses zur Einrichtung von INZ für Kinder und Jugendliche wird zwar eine zumindest einmalige Entscheidung verbindlich gemacht. Dennoch ist vor diesem Hintergrund ein bundesweiter Flickenteppich in der Versorgung zu befürchten.

Der GKV-Spitzenverband spricht sich dafür aus, dass der G-BA, wie auch für INZ, bundeseinheitliche Kriterien (Anwendung eines Ersteinschätzungsinstruments, Kriterien zur Standortauswahl, Qualifikation, Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung, Kooperationspraxen und ausreichende Verfügbarkeit von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendmedizin) für INZ für Kinder und Jugendliche erarbeitet. Die erweiterten Landesausschüsse sollten die Standorte auf Basis dieser Kriterien festlegen.

C) Änderungsvorschlag

§ 123b Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst: **„Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann auf Basis der Kriterien nach § 101 Absatz 7 und abhängig von der Verfügbarkeit von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendmedizin Standorte zugelassener Krankenhäuser bestimmen, an denen Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche eingerichtet werden.“**

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20 – § 133 (neu) Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Krankentransporten, Krankentransportflügen und Krankenfahrten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Regelung soll im Wesentlichen die bisherige Rechtslage abbilden und Folgeänderungen zur Aufnahme der medizinischen Notfallrettung als eigenständigen Leistungsbereich vornehmen. Nach der vorgesehenen Regelung können Entgelte weiterhin einseitig auf landes- oder kommunalrechtlicher Grundlage festgelegt werden (Absatz 2). Nur sofern hiervon kein Gebrauch gemacht wird, erhalten die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Möglichkeit, mit den landesrechtlichen Trägern oder Leistungserbringern alternative Vergütungsformen (z. B. Verträge) zu nutzen. Grundlage sollen Kalkulationsdaten sein, die den Krankenkassen vorzulegen sind. Die Kosten sollen die besonderen Anforderungen des Gesundheitsleitsystems nach § 133a sowie die auf Bundesebene beschlossenen Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung berücksichtigen. Absatz 2 widersprechend werden nach Absatz 3 die Entgelte per se auf landes- oder kommunalrechtlicher Grundlage festgelegt.

B) Stellungnahme

Die Abkehr von einer reinen Fahrkostenerstattung für rettungsdienstliche Leistungen ist grundsätzlich sachgerecht und eine transparentere Aufteilung der Kosten wird ausdrücklich begrüßt. Insbesondere sind beispielsweise Investitions- und Vorhaltekosten von Betriebskosten abzugrenzen und ordnungspolitisch nicht der Kostentragung durch die GKV zuzurechnen. Die Möglichkeit, Entgelte einseitig auf landes- oder kommunalrechtlicher Grundlage festzulegen, wird hingegen abgelehnt. Eine solche Regelung ist nicht geeignet, eine transparente und leistungsbezogene Vergütung auf vertraglicher Basis zu fördern und damit eine wirtschaftliche Finanzierung rettungsdienstlicher Leistungen sicherzustellen.

Diesbezüglich besteht ein Regelungskonflikt zwischen den Absätzen 2 und 3. Absatz 2 will das bisherige System grundsätzlich beibehalten, wonach Entgelte vertraglich vereinbart werden können, sofern keine landes- oder kommunalrechtliche Festlegung erfolgt ist. Absatz 3 legt dagegen fest, dass Entgelte immer festgesetzt werden. Für vertragliche Vereinbarungen, an denen die Krankenkassen oder ihre Landesverbände angemessen beteiligt werden, bleibt unter diesem Wortlaut kein Raum mehr. Dies wäre ein enormer Rückschritt zum Ist-Zustand. Ausweislich der Gesetzesbegründung ist keine Abschaffung von Vertragslösungen intendiert. Dies sollte im Normtext mindestens klargestellt werden. Zweckdienlicher wäre es, generell die Entgelte unter Beteiligung der Krankenkassen oder deren Landesverbänden auf Verhandlungswege zu vereinbaren.

Die vorgesehene Verpflichtung zur Vorlage von Kalkulationsdaten im Falle von Vertragslösungen stellt zudem nur einen ersten Schritt in die richtige Richtung dar. Allerdings müssen diese Daten zwingend frühzeitig in die Verhandlungen eingebracht werden und dürfen nicht erst unmittelbar vor Vertragsabschluss vorgelegt werden. Eine so späte Übermittlung würde die Überprüfbarkeit und Nachvollziehbarkeit der Kostendaten erheblich einschränken und eine qualifizierte Bewertung durch die Krankenkassen faktisch verhindern.

Zudem ist eine transparente und eindeutig normierte Abgrenzung der Kosten für Rettungsleitstellen als Teil eines neu geschaffenen Gesundheitsleitsystems erforderlich. Auch hier bedarf es einer Klarstellung, sodass Aufgaben der Daseinsvorsorge nicht zweckfremd durch die GKV finanziert werden. Bei jenen Kosten, die in Verbindung mit einer Krankenbehandlung stehen, kann die Finanzierung außerdem nicht bei der GKV enden. So wäre beispielsweise auch die Kostendeckung für Privatversicherte, die ebenfalls die Rettungsleitstellen kontaktieren, durch die Private Krankenversicherung festzulegen.

Die Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen in den Verträgen ist ein grundsätzlich begrüßenswerter Ansatz. Diese Empfehlungen sollten jedoch verbindlich ausgestaltet werden, um eine bundesweit einheitliche Anwendung der Qualitätsanforderungen sicherzustellen.

C) Änderungsvorschlag

Es sollte gesetzlich geregelt werden, dass die Vergütung ausschließlich auf Grundlage vertraglicher Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den landesrechtlichen Trägern oder Leistungserbringern erfolgt. Hilfsweise sind die Sätze 1 und 2 des Absatzes 3 aufgrund von Regelungskonflikten mit Absatz 2 zu streichen. Absatz 3 Satz 3 sollte dann den Wortlaut des bisherigen § 133 Absatzes 2 Halbsatz 1 übernehmen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21 – § 133a (neu) Gesundheitsleitsystem

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der neu eingeführten Vorschrift des § 133a soll ein Gesundheitsleitsystem geschaffen werden, das Hilfesuchende – unabhängig davon, ob sie sich an die Akutleitstelle der KV (116 117) oder an die Rettungsleitstelle (112) wenden – in die jeweils erforderliche medizinische Versorgung steuert. Auf Antrag eines Trägers der Rettungsleitstelle ist die zuständige KV verpflichtet, eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems abzuschließen. Die Kooperationsvereinbarung soll insbesondere Regelungen zur Abstimmung und Kompatibilität der Abfragesysteme in den Gesundheitsleitsystemen, zu den technischen und strukturellen Anforderungen, zum gemeinsamen Qualitätsmanagement sowie zur verbindlichen Übernahme und unverzüglichen Bearbeitung übergebener Fälle zwischen den Leitstellen enthalten. Von den Aufgaben ausdrücklich nicht umfasst sind die weiteren Aufgaben der jeweiligen Kooperationspartner und insbesondere nicht die weiteren öffentlichen Aufgaben der Leitstellen, die mit der Notrufnummer 112 verbunden sind.

B) Stellungnahme

Die Einführung eines Gesundheitsleitsystems wird grundsätzlich positiv bewertet, da sie die digitale Vernetzung von Rettungsleitstellen (112) und Akutleitstellen (116 117) ermöglicht und damit eine bedarfsgerechte Steuerung der Hilfesuchenden unterstützt. Die gesetzliche Kooperationspflicht der KV, die verbindliche Ausgestaltung der medienbruchfreien Datenübergabe sowie die Vorgaben für ein gemeinsames Qualitätsmanagement werden ausdrücklich begrüßt. Ebenso zu begrüßen sind die Standardisierung der Abfragesysteme und die klare Regelung der jeweiligen Zuständigkeiten für das regionale Versorgungsangebot.

Offen bleibt allerdings, wie eine flächendeckende Vernetzung beider Leitstellen in ein Gesundheitsleitsystem sichergestellt werden kann. Die vorgesehene Regelung, die eine Einrichtung des Gesundheitsleitsystems nur auf Antrag eines Trägers der Rettungsleitstelle vorsieht, könnte die bundesweit flächendeckende Umsetzung erheblich verzögern. Dies birgt die Gefahr, dass bei der Umsetzung der Vorgaben nach § 133a Absatz 2 und 3 (u. a. technische Vernetzung, Bewertung des Gesundheitszustandes auf Basis von Abfragesystemen, Qualitätsmanagement) sehr unterschiedliche Regelungen entstehen. Gleiches gilt für die Vorgaben zur Überprüfbarkeit und kontinuierlichen Kontrolle des Standards der verwendeten Abfragesysteme. Zwar sollen die KV auf möglichst einheitliche Vereinbarungen zur Abstimmung der Abfragesysteme hinwirken. Ob dies aufgrund des Initiativrechts des Trägers der Rettungsleitstellen zur Gründung einer Kooperation gelingen kann, bleibt fraglich.

Die vorgeschlagene Regelung reicht daher nicht aus, um das Ziel einer bundesweit einheitlichen und gleichwertigen Notfallversorgung zu erreichen. Es ist zu befürchten, dass sie lediglich zu einer begrenzten Harmonisierung in einzelnen Rettungsdienstbezirken führt. Eine solche Teilangleichung mag zwar regional begrenzt erfolgreich sein, würde aber nicht den Anforderungen an ein modernes, bundesweit konsistentes System gerecht werden und dürfte erneut erheblichen Reformbedarf auslösen.

C) Änderungsvorschlag

Zur Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen und leistungsfähigen Patientensteuerung sollte die verbindliche Vereinheitlichung der standardisierten Abfragesysteme gesetzlich geregelt werden.

Darüber hinaus ist vorzusehen, dass die Einrichtung des Gesundheitsleitsystems bundesweit verpflichtend und nicht ausschließlich auf Antrag einzelner Rettungsleitstellen erfolgt.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21 – § 133b (neu) Qualitätsausschuss Notfallrettung und § 133c (neu) Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der geplanten Regelung soll beim BMG ein Gremium eingerichtet werden, das insbesondere Empfehlungen zu Qualitätskriterien sowie Vorgaben für interoperable Datensätze und die digitale Notfalldokumentation beschließt. Das Gremium soll aus stimmberechtigten Mitgliedern des GKV-Spitzenverbandes und der Länder mit paritätischer Stimmgewichtung bestehen. Zusätzlich sollen stimmberechtigte Vertreter der Leistungserbringer des Rettungsdienstes, der maßgeblichen Fachgesellschaften und der maßgeblichen Berufsverbände benannt werden.

Das Recht, Themen zur Beratung in den Qualitätsausschuss einzubringen, soll dem BMG und den Ländern vorbehalten sein.

B) Stellungnahme

Die Einführung bundeseinheitlicher Qualitätsempfehlungen wird grundsätzlich begrüßt. Einheitliche Vorgaben können wesentlich dazu beitragen, die Qualität und Verlässlichkeit der rettungsdienstlichen Versorgung bundesweit zu sichern und weiterzuentwickeln. Die vorgesehene paritätische Stimmengewichtung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Ländern ist sachgerecht, da sie eine ausgewogene Entscheidungsfindung gewährleistet. Zu berücksichtigen ist, dass es sich um eine rechtlich nicht vorgesehene Form der Mischverwaltung handelt.

Die Leistungserbringer des Rettungsdienstes sowie die maßgeblichen Fachgesellschaften und Berufsverbände sollten jedoch nicht mit einem Stimmrecht ausgestattet werden. Da die Fachempfehlungen unmittelbare Auswirkungen auf die Tätigkeit und wirtschaftlichen Interessen dieser Leistungserbringer haben, besteht das Risiko, dass Entscheidungen nicht ausreichend neutral getroffen werden. Die enge Verflechtung der Leistungserbringer mit den jeweiligen Landesstrukturen kann zudem dazu führen, dass landespolitische oder wirtschaftliche Erwägungen stärker in die Entscheidungsfindung hineinwirken als fachliche und qualitätsbezogene Gesichtspunkte. Für ein Gremium, dessen Aufgabe die objektive Weiterentwicklung von Qualitätsvorgaben ist, ist dies problematisch.

Zudem ist die vorgesehene Größe des Gremiums angesichts der Vielzahl beteiligter Akteure insgesamt zu umfangreich, um eine effiziente und zielgerichtete Arbeitsweise zu ermöglichen. Die Einbindung fachlicher Expertise ist für die Arbeit des Ausschusses zwar notwendig, kann jedoch in angemessener Weise auch über Stellungnahmeverfahren, Expertenanhörungen oder Workshops eingebracht werden, ohne dass den Beteiligten ein eigenes Stimmrecht eingeräumt werden muss.

Die vorgesehene Beschränkung des Initiativrechts auf das BMG und die Länder ist nicht nachvollziehbar. Als zentrales Mitglied des Gremiums muss der GKV-Spitzenverband ebenfalls die Möglichkeit erhalten, Themen einzubringen. Ohne ein solches Initiativrecht besteht die Gefahr, dass relevante Fragestellungen der GKV nicht ausreichende Berücksichtigung finden. Andernfalls besteht die Gefahr, dass das Gremium im Wesentlichen nur über Themen berät, die im Interesse des BMG oder

der Länder liegen. Dies würde der Intention des Qualitätsausschusses widersprechen und seine Funktionsfähigkeit nachhaltig beeinträchtigen oder gänzlich verfehlen.

C) Änderungsvorschlag

Die Vertreter der Leistungserbringer des Rettungsdienstes sowie der maßgeblichen Fachgesellschaften und Berufsverbände sollten nicht mit einem Stimmrecht ausgestattet werden. Ihre Beteiligung sollte stattdessen in Form eines Mitberatungs- oder Stellungnahmerechts erfolgen.

Die Anzahl der Vertreter der Leistungserbringer sollte zudem auf insgesamt drei Personen begrenzt werden, um die Arbeitsfähigkeit des Gremiums zu gewährleisten.

Darüber hinaus sollte dem GKV-Spitzenverband ein eigenes Initiativrecht eingeräumt werden.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21 – § 133d (neu) Digitale Notfalldokumentation

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Regelung sieht vor, dass alle an der Notfall- und Akutversorgung beteiligten Leistungserbringenden verpflichtet werden, die für die Weiterbehandlung erforderlichen Daten digital zu erheben, zu speichern und zu übermitteln. Hierfür sollen bundeseinheitliche digitale Schnittstellen und Datensatzstandards geschaffen werden. Zudem sollen sowohl die Telematikinfrastruktur als auch die elektronische Patientenakte zur Nutzung bereitstehen und in die Prozesse eingebunden werden.

B) Stellungnahme

Die Einführung einer verpflichtenden digitalen Notfalldokumentation wird ausdrücklich begrüßt. Die digitale, medienbruchfreie Bereitstellung relevanter Patientendaten ist ein zentraler Baustein für eine moderne und sektorenübergreifend abgestimmte Notfallversorgung. Durch die digitale Dokumentation wird nicht nur die Qualität der Versorgung verbessert, sondern auch die zügige Weitergabe entscheidungsrelevanter Informationen an nachfolgende Versorgungsebenen unterstützt.

Positiv hervorzuheben ist zudem die Einbindung der in § 133 genannten Leistungserbringer in die Telematikinfrastruktur und die elektronische Patientenakte. Dies fördert eine konsistente, interoperable und zukunftsfähige Datenverarbeitung und trägt dazu bei, Insellösungen zu vermeiden und digitale Standards bundesweit zu vereinheitlichen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21 – § 133e (neu) Datenübermittlung zur Qualitätssicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Regelung verpflichtet die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, jährlich bis zum 31. März anonymisierte Qualitätsdaten an eine vom GKV-Spitzenverband eingerichtete Bundesdatenstelle zu übermitteln. Ziel ist die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungen nach § 30 systematisch zu erfassen, auszuwerten und weiterzuentwickeln.

Die Bundesdatenstelle soll die übermittelten Daten bis zum 1. Juli in anonymisierter und aggregierter Form veröffentlichen. Darüber hinaus sollen dem BMG, dem Qualitätsausschuss Notfallrettung, den zuständigen Landesbehörden sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen auf Anforderung weitergehende Auswertungen bereitgestellt werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung wird aus fachlicher und technischer Sicht ausdrücklich begrüßt. Der GKV-Spitzenverband verfügt über die notwendigen Kompetenzen und Erfahrungen, um die Qualität der notfallrettungsrelevanten Daten in einer zentralen Bundesdatenstelle zu bündeln, auszuwerten und in geeigneter Form aufzubereiten. Eine solche bundeseinheitliche Datengrundlage ist entscheidend, um Transparenz über die Leistungsfähigkeit der Notfallrettung zu schaffen und eine nachvollziehbare Qualitätsentwicklung zu ermöglichen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 – § 136b Absatz 9 (neu) G-BA-Beschlüsse zur Qualitätssicherung im Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Regelung verpflichtet den G-BA, innerhalb von sechs Monaten eine Richtlinie zur Einrichtung und Umsetzung eines interdisziplinären Echtzeit-Nachweises der Behandlungs- und Versorgungskapazitäten von Krankenhäusern zu erlassen. Das Verzeichnis soll insbesondere verfügbare Ressourcen erfassen und die Steuerung von Patientinnen und Patienten unterstützen.

Die Kosten für die Führung des Verzeichnisses sollen vom GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) jeweils zur Hälfte getragen werden. Sofern das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) mit der Umsetzung beauftragt wird, sollen die Kosten über den Zuschlag nach § 17b Absatz 5 KHG finanziert werden.

B) Stellungnahme

Die Einführung eines verpflichtenden Echtzeit-Nachweises der Behandlungs- und Versorgungskapazitäten wird grundsätzlich begrüßt. Ein solches Verzeichnis ist ein wichtiger Schritt, um die Transparenz über die tatsächliche Verfügbarkeit von Kapazitäten zu erhöhen und eine zügige, zielgerichtete Patientensteuerung im Rahmen einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung zu ermöglichen. Dies gilt insbesondere für zeitkritische Situationen in der Notfallversorgung, in denen schnelle Informationswege entscheidend sind.

Allerdings sieht der Entwurf bislang ausschließlich eine Frist für den Erlass der Richtlinie durch den G-BA vor, nicht jedoch für die anschließende technische Umsetzung und verpflichtende Anbindung der Leistungserbringer. Ohne verbindliche Umsetzungsfristen ist zudem zu erwarten, dass einige Bereiche frühzeitig implementieren, andere deutlich später folgen und wiederum andere gar nicht angebunden werden. Dadurch bliebe das Potenzial des Echtzeit-Nachweises weitgehend ungenutzt und die angestrebte bundesweite Einheitlichkeit wäre nicht zu gewährleisten.

Zudem ist die Beschränkung des Anwendungsbereichs auf Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen unzureichend. Für eine sektorenübergreifend funktionierende Steuerung müssen auch ambulante Notfallstrukturen, wie INZ und vertragsärztliche Notfallversorgung, in das System einbezogen werden. Eine sektorenübergreifende Echtzeit-Erfassung aller geeigneten Versorgungskapazitäten (Krankenhäuser, INZ, Vertragsarztpraxis) ist jedoch unerlässlich, um Patientinnen und Patienten unter Berücksichtigung der jeweiligen Auslastung (z. B. Intensivbetten, OP-Kapazitäten, Großgeräte) zügig und zielgerichtet in die geeignete Versorgungseinrichtung steuern zu können. Nur wenn alle relevanten Leistungserbringer abgebildet sind, kann ein Echtzeit-Kapazitätsnachweis seine Funktion vollständig erfüllen und eine durchgängig koordinierte Versorgung ermöglichen.

Für den Fall, dass ambulante Versorgungsstrukturen in den Kapazitätsnachweis einbezogen werden, sollte zudem eine dreiseitige Finanzierung durch den GKV-Spitzenverband, die DKG und die KBV vorgesehen werden.

C) Änderungsvorschlag

Die ambulanten Notfallversorgungsstrukturen sollten verpflichtend in den Echtzeit-Nachweis der Behandlungs- und Versorgungskapazitäten einbezogen werden. Für den Fall ihrer Einbindung sollte eine dreiseitige Kostentragung durch den GKV-Spitzenverband, die DKG und die KBV vorgesehen werden.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 – § 136c Absatz 4 Satz 3 (neu) G-BA-Beschlüsse Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Regelung soll den G-BA verpflichten, bei der Ausgestaltung und Festlegung der Mindestanforderungen an ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, insbesondere zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen und Notaufnahmen, den Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) zu folgen. Abweichungen von diesen Empfehlungen sind in besonderer Weise zu begründen.

B) Stellungnahme

Bereits in seiner jetzigen Fassung sieht § 136c Absatz 4 ein Stellungnahmeverfahren für medizinische Fachgesellschaften vor. Dieses umfasst somit sowohl die DIVI als auch die DGINA. Die eingehenden Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung durch den G-BA zu berücksichtigen. Dieses Vorgehen ist etabliert und wurde jüngst bei den durchgeführten Stellungnahmeverfahren in den Jahren 2024 und 2025 angewandt. Die Stellungnahmen der DIVI und der DGINA haben dabei maßgebliche Hinweise geliefert, die bei der Ausgestaltung des Beschlusses berücksichtigt wurden.

Die grundsätzliche Ausgestaltung der Notfallstufen-Regelungen obliegt überdies den Trägerorganisationen des G-BA und somit der Selbstverwaltung. Die angedachte eng gefasste Ausgestaltung anhand der Positionen einzelner medizinischer Fachgesellschaften würde dem zuwiderlaufen.

C) Änderungsvorschlag

Die Anpassung wird abgelehnt. Sie ist zu streichen.

Artikel 2 (Änderung SGB V)

§ 75 Absatz 1e

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 75 Absatz 1e wird mit Wirkung von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes neu gefasst. Damit wird der Evaluationsauftrag der KVen in Bezug auf die Auswirkungen der Tätigkeiten von TSS und Akutleitstelle gegenüber der bisherigen Regelung deutlich erweitert.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Aufgrund des weiteren Ausbaus digitaler Angebote der Terminservicestellen sollte die Evaluation gleichfalls die Entwicklungen im Rahmen der Online-Buchungen beinhalten. Der jährliche Bericht der KBV ist darüber hinaus von öffentlichem Interesse und sollte daher veröffentlicht werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 75 Absatz 1e wird folgender Satz 4 ergänzt:

„Die Evaluationsergebnisse werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf ihrer Internetseite jährlich veröffentlicht.“

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1 - § 12a Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab 2019

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht eine Anpassung in den durch den Krankenhausstrukturfonds nach § 12a förderfähigen Vorhaben vor als Folgeanpassung der Neueinführung von INZ nach den §§ 123 und 123b SGB V.

B) Stellungnahme

Die (Rest-)Mittel des Strukturfonds nach § 12a sind an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zurückzuführen. Eine Förderung von INZ nach den §§ 123 und 123b SGB V mit den Mitteln nach § 12a wird vom GKV-Spitzenverband vor dem Hintergrund der Einführung des Transformationsfonds nach § 12b abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Die Anpassung in § 12a Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 wird gestrichen.

§ 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 6 wird wie folgt geändert:

Die Wörter „integrierter Notfallstrukturen“ werden durch die Wörter **“Integrierter Notfallzentren nach § 123 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Integrierter Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch”** ersetzt.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 - § 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neureglung sieht die bundeseinheitliche Vereinbarung einer Vorhaltefinanzierung der Personalkosten des ärztlichen Personals in der Notfallversorgung nach den Notfallstufen-Regelungen des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vor. Die bisherige Vereinbarung von Zu- und Abschlägen für die Notfallversorgung soll dafür entfallen.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung wird abgelehnt. Der GKV-Spitzenverband hält an dem bisherigen System zur Vereinbarung bundeseinheitlicher Zu- und Abschläge für die Vorhaltung bzw. Nichtvorhaltung von durch den G-BA definierten Notfallstrukturen fest. Wenn die Vorhaltung insbesondere von Personalressourcen in den Krankenhausstandorten mit Notfallstufe mittels der Einführung einer Vorhaltefinanzierung auch in diesem Bereich gestärkt werden soll, darf die Vorhaltevergütung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes keine on-top-Vergütung darstellen. Die über eine Vorhaltevergütung zu finanzierenden Kosten sind dann zwingend vorab aus der leistungsbezogenen DRG-Vergütung auszugliedern.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung in § 17b Absatz 1a Nummer 1 wird gestrichen.

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§ 9 Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung in § 9 Absatz 1a Nummer 5 sieht eine Weiterentwicklung der auf der Bundesebene zu vereinbarenden Zu- und Abschläge an die Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen des G-BA vor. Laut der Gesetzesbegründung soll damit eine regelmäßige Aktualisierung der Regelungen zu den Zu- und Abschlägen in Abhängigkeit von Änderungen der Regelungen des G-BA gewährleistet werden.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt. Der Auftrag an den G-BA zur Festlegung von Regelungen für ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V sieht keine regelmäßige Anpassung der Regelungen vor. Entsprechend bedarf es keines regelmäßigen Weiterentwicklungsauftrags für die Vertragspartner der Bundesvereinbarung über die Zu- und Abschläge.

C) Änderungsvorschlag

Die Anpassung in § 9 Absatz 1a Nummer 5 wird gestrichen.

Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

§ 11 Absatz 1 Nummer 5 Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung in § 11 Absatz 1 Nummer 5 ist eine Anpassung in Folge der Einführung von iNZ nach den §§ 123 und 123b SGB V und der vorgeschlagenen Neuregelung in § 12a Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 KHG (vgl. Kommentierung zu Artikel 3 Nr. 1).

B) Stellungnahme

Die (Rest-)Mittel des Strukturfonds nach § 12a KHG sind an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zurückzuführen. Eine Förderung von Integrierten Notfallzentren nach den §§ 123 und 123b SGB V mit den Mitteln nach § 12a KHG wird vom GKV-Spitzenverband vor dem Hintergrund der Einführung des Transformationsfonds nach § 12b KHG abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Die Anpassung in § 9 Absatz 1a Nummer 5 wird gestrichen.

In § 3 Absatz 6 Satz 1 der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung wird die Angabe „integrierter Notfallstrukturen“ durch die Angabe **„Integrierter Notfallzentren nach § 123 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Integrierter Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“** ersetzt.

Artikel 6 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

§ 19a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Neuregelung werden die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte beauftragt bundeseinheitliche Regelungen für eine möglichst gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden zu vereinbaren, um das Bedürfnis einer ausreichenden vertragsärztlichen Versorgung in Akutfällen bei der Festsetzung der offenen Sprechstunden zu berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist nicht erforderlich. Es ist festzustellen, dass die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) im Jahr 2019 verfolgten Ziele einer schnelleren Terminvergabe und Verkürzung von Wartezeiten in der ambulanten Versorgung durch zusätzliche Vergütungsanreize nicht erreicht wurden. Es gibt keine Belege für die Wirksamkeit dieser kostenintensiven Maßnahmen, welche u.a. auch die Regelungen zur offenen Sprechstunde beinhalten. Den gesetzlichen Krankenkassen entstehen hierdurch jedoch erhebliche Mehrausgaben. In seinem aktuellen Bericht bezifferte der Bundesrechnungshof die durch die TSVG-Maßnahmen seit 2019 entstandenen Mehrausgaben für die GKV auf 2,9 Milliarden Euro. Der GKV-Spitzenverband fordert vor diesem Hintergrund die Streichung dieser Regelungen sowie die Rückführung der in diesem Zusammenhang vorgenommenen Bereinigungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der TSVG-Regelungen.

Artikel 8 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Evaluierung (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Regelung sieht vor, dass die Auswirkungen der §§ 30, 60 sowie 133 bis 133e SGB V spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes evaluiert werden. Der Evaluationsbericht soll vom BMG erstellt und anschließend dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat übermittelt werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Evaluation wird begrüßt, da sie eine systematische Überprüfung der Wirksamkeit der neuen gesetzlichen Vorgaben ermöglicht. Eine solche Evaluation schafft eine belastbare Grundlage, um gegebenenfalls notwendige Anpassungen vorzunehmen und die Qualität der Notfallversorgung langfristig weiterzuentwickeln. Aus Gründen der Transparenz sollte der Evaluationsbericht jedoch über die parlamentarische Unterrichtung hinaus auch einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Dies stärkt die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse und unterstützt die Weiterentwicklung insbesondere der Qualitätsvorgaben des Qualitätsausschusses Notfallrettung.

C) Änderungsvorschlag

Der Evaluationsbericht sollte öffentlich verfügbar gemacht werden.

Hilfsweise sollte er zumindest allen Mitgliedern des Qualitätsausschusses Notfallrettung zugänglich sein.



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Gesetzentwurf

der Abgeordneten Dr. Janosch Dahmen, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Dr.
Armin Grau, Simone Fischer, Linda Heitmann, Johannes Wagner, Leon Eckert,
Misbah Khan, Dr. Paula Piechotta und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung und des
Rettungsdienstes (Notfallgesetz – NotfallG)

(Bundestagsdrucksache 21/2214 vom 14.10.2025)

Berlin, 23.02.2026

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Inhaltsverzeichnis

Bewertung des Gesetzesentwurfs.....	3
Allgemeine Bewertung.....	3
Bewertung einzelner Punkte.....	4
Zu Nummer 2. Umfang der „Medizinischen Notfallrettung“ (§ 30 SGB V Abs. 2 und Absatz 6)	4
Zu Nummer 6b. Notdienstliche Akutversorgung (§ 75 Abs. 1b SGB V):	4
Zu Nummer 18. Mindestanforderungen an die Qualifikation des in den Integrierten Notfallzentren eingesetzten Personals (§ 123 Absatz 3 Nummer 5 SGB V neu)	5
Zu Nummer 18. Einbezug psychiatrischer und psychosomatischer Expertise in den Integrierten Notfallzentren (§ 123 Abs. 5 SGB V neu)	7
Zu Nummer 18. Sanktionslogik bei ambulanter Versorgung in Notaufnahmen von Krankenhäusern ohne INZ (§ 123 Absatz 8 SGB V neu)	8
Zu Nummer 22. Echtzeit-Nachweis (§ 136b Abs. 9 (neu) SGB V).....	9
Zu Nummer 23. Ergänzung Notfallstufen-RL des G-BA (§ 136c Abs. 4 Satz 3 SGB V)	9
Weitere Gesichtspunkte	10

Bewertung des Gesetzesentwurfs

Allgemeine Bewertung

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist eine grundlegende Neuordnung der bestehenden Strukturen in der Akut- und Notfallversorgung dringend erforderlich. Das derzeitige System ist durch eine zunehmende Inanspruchnahme, unklare Zuständigkeiten sowie eine strukturelle Überlastung der Notaufnahmen geprägt. Dies führt nicht nur zu erheblichen Belastungen für Patientinnen und Patienten sowie für das medizinische Personal, sondern beeinträchtigt auch die Versorgungsqualität und Patientensicherheit.

Da der vorliegende Gesetzesentwurf von Bündnis 90/Die Grünen sich ebenso wie der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) nah an dem bereits im Jahr 2024 vorgelegten Gesetzesentwurf der damaligen Bundesregierung orientiert, verweisen wir auf die vorliegenden umfangreichen Stellungnahmen der Bundesärztekammer, so zum Gesetzentwurf der Bundesregierung – Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Notfallgesetz – NotfallG) (BT-Drs. 20/13166) vom 30.10.2024

(https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Stellungnahmen/Stellungnahme_BAEK_Reform_der_Notfallversorgung_Notfallgesetz_30.10.2024.pdf) und zum Referentenentwurf des BMG vom 04.12.2025

(https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Stellungnahmen/Notfallreform_RefE_SN_BAEK_04122025_final.pdf).

Die Bundesärztekammer hat sich zudem in Werkstattgesprächen im Austausch mit Expertinnen und Experten intensiv mit der Ausgestaltung der Akut- und Notfallreform befasst und hat dazu ein Konzeptpapier sowie Positionierungen zu den Stellungnahmen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vorgelegt, auf die wir ebenfalls verweisen

(<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/gesundheitsversorgung/notfallversorgung>).

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 hat in einem grundlegenden Beschluss zur Gesundheitsversorgung der Zukunft Eckpunkte für eine Reform der Notfallversorgung benannt (Drucksache II-01).

Gemessen an diesen Vorschlägen enthalten sowohl der Referentenentwurf des BMG als auch der hier vorliegende Gesetzentwurf viele Ansätze, die die Bundesärztekammer teilt. Im Detail gibt es jedoch auch Regelungsvorhaben, die die Bundesärztekammer kritisch sieht.

Erfreulich ist, dass mit beiden Entwürfen keine völlig neuen Strukturen geschaffen werden, sondern größtenteils auf die bestehenden Strukturen der Leitstellen und der Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern aufgesetzt wird.

Durch Vernetzung und Koordination können klarere Pfade für die Patientinnen und Patienten und eine sachgerechtere Steuerung der Versorgung erreicht werden. Mit den Akutleitstellen und deren Verzahnung mit den Rettungsleitstellen wird ein aus Sicht der Bundesärztekammer wesentlicher Baustein für eine Versorgungssteuerung gesetzt, der perspektivisch den Zugang in die Akut- und Notfallversorgung als „Single point of contact“ ermöglicht.

Bewertung einzelner Punkte

Explizit möchten wir zu einigen Punkten des vorliegenden Gesetzentwurfes Stellung beziehen:

Zu Nummer 2. Umfang der „Medizinischen Notfallrettung“ (§ 30 SGB V Abs. 2 und Absatz 6)

Versicherte sollen im Rahmen der medizinischen Notfallrettung (neben Notfallmanagement, Notfallversorgung und Notfalltransport) Anspruch auf eine „Spezielle ambulante Notfallversorgung“ bekommen (u. a. notfallpflegerische Leistungen, notfallpalliative Versorgung, psychische Notfallhilfen, vorbeugender Rettungsdienst, fachgerechte Versorgung außerklinischer geburtshilflicher Notfälle, Gemeindenotfallsanitäter). Die Erbringer der Leistungen des Notfallmanagements sollen die Vermittlung dieser Leistungen in geeigneter Weise sicherstellen müssen.

Bewertung der Bundesärztekammer:

Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich die Einbindung komplementärer Strukturen in die Gesundheitsleitsysteme und hat dies auch wiederholt eingefordert. Die Einbindung, Finanzierung und Zugriffsmöglichkeiten von Versorgungsangeboten wie Notfallpflege, Kurzzeitpflege, Palliativversorgung, sozialpsychiatrischen Diensten und Sozialdiensten in den Rettungsdienst sowie auch in den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst und die Notaufnahmen können deutlich zur Entlastung dieser Strukturen beitragen.

Dies als eigene Säule der Medizinischen Notfallrettung zu verankern, ist aus Sicht der Bundesärztekammer jedoch nicht sachgerecht. Bei den genannten komplementären Strukturen handelt es sich weder durchgängig um originär medizinische Leistungsanbieter noch um Angebote, die regelhaft und flächendeckend in gleicher Qualität und Verfügbarkeit vorgehalten werden können.

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist die im Referentenentwurf des BMG gewählte Formulierung, wonach komplementäre Dienste für vulnerable Gruppen oder krisenhafte Situationen vermittelt werden sollen, soweit diese verfügbar sind, ausreichend.

Die Bundesärztekammer weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der Ansatz, für die Lösung struktureller Probleme neue Berufsbilder wie den Gemeindenotfallsanitäter zu fordern, nicht zielführend ist. Denn auch in den Berufen, aus denen sich diese neuen Berufsbilder entwickeln sollen, herrscht Fachkräftemangel. Zielführender sind deswegen Maßnahmen, die alle Berufe im Gesundheitswesen, gerade im Bereich bürokratischer Anforderungen, entlasten. Die Einbindung von Dolmetscherdiensten in den wichtigsten Sprachen und Gebärdensprache – gegebenenfalls mithilfe von KI-Anwendungen – ist aus Sicht der Bundesärztekammer ausdrücklich zu begrüßen.

Zu Nummer 6b. Notdienstliche Akutversorgung (§ 75 Abs. 1b SGB V):

Die „Notdienstliche Akutversorgung“ soll ausweislich der Begründung des vorliegenden Gesetzentwurfes alle Maßnahmen des medizinischen Behandlungsbedarfs und je nach medizinischem Erfordernis auch die

fallabschließende Behandlung oder Weiterleitung in eine weiterführende ambulante Behandlung, die Feststellung einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit sowie die Verordnung kurzfristig benötigter Arzneimittel, Krankenfahrten, Krankentransporte und Apotheken-Botendienste umfassen.

Bewertung der Bundesärztekammer:

Vorwegzunehmen ist, dass die Bundesärztekammer das im Referentenentwurf des BMG vorgesehene ausdrückliche Verbot kritisch bewertet, im Rahmen der notdienstlichen Versorgung über die reine Abklärung der Dringlichkeit und eine kurzfristige Überbrückungsbehandlung hinausgehende diagnostische oder therapeutische Maßnahmen zu erbringen und abzurechnen. Eine Abgrenzung des in der jeweiligen Situation Erforderlichen kann nur unter Kenntnis der genauen medizinischen Hintergründe und des individuellen Settings erfolgen. Es besteht das Risiko, dass hierdurch Regressfragen provoziert werden, die für die im Notdienst tätigen Ärztinnen und Ärzte zu Rechtsunsicherheiten führen und ggf. einen hohen bürokratischen Aufwand auslösen.

Gleichwohl sieht die Bundesärztekammer es weder als zielführend noch als realistisch an, wenn die notdienstliche Akutversorgung sämtliche oben genannten medizinischen Maßnahmen umfasst. Eine zu jeder Tages- und Nachtzeit umfassende Versorgung auf dem gleichen hohen Niveau würde einen deutlich gesteigerten Personalbedarf auch außerhalb der Praxisöffnungszeiten bedeuten. Die hierfür notwendigen personellen Kapazitäten stehen jedoch bereits heute nicht zur Verfügung. Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es Patientinnen und Patienten durchaus zuzumuten, nach einer Akutbehandlung zu den regulären Zeiten eine Praxis aufzusuchen, um dort die Behandlung fortzusetzen. Die Entscheidung, welche Behandlung zum gegebenen Zeitpunkt medizinisch notwendig ist, muss den Ärztinnen und Ärzten obliegen und entsprechend vergütet werden. Grundsätzlich wird es personell nicht möglich sein, alle gesundheitlichen Anliegen der Bevölkerung als Akut- und Notfälle zu bedienen.

Zu Nummer 18. Mindestanforderungen an die Qualifikation des in den Integrierten Notfallzentren eingesetzten Personals (§ 123 Absatz 3 Nummer 5 SGB V neu)

Im Gesetzentwurf wird – im Unterschied zum Referentenentwurf des BMG – der Inhalt der vom G-BA gemäß § 123 Absatz 3 SGB V neu zu erarbeitenden Richtlinie in Nummer 5 dahingehend ergänzt, dass in der Richtlinie „Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen und der Ersteinschätzungsstelle in Integrierten Notfallzentren, inklusive der Mindestanforderungen an die Qualifikation des eingesetzten Personals“ geregelt werden sollen. Die vom Referentenentwurf des BMG in § 123c Absatz 2 SGB V neu vorgesehenen Inhalte betreffen demgegenüber in Nummer 1 lediglich die „Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen und der Leistungserbringer nach § 123 Absatz 1 Satz 6 in Integrierten Notfallzentren sowie der Kooperationspraxen“.

Auf diese Ergänzung wird auch in § 123a Absatz 2 Nummer 4 SGB V neu im Gesetzentwurf der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen Bezug genommen: In den Kooperationsvereinbarungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhausträgern sollen ausweislich der Nummer 4 Regelungen „zur Organisation und zur personellen Besetzung der Ersteinschätzungsstelle einschließlich der Qualifikationen, erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals gemäß den Mindestanforderungen der Richtlinie nach § 123 Absatz 3 Nummer 5“ festgelegt werden. § 123a Absatz 2 Nummer 2 SGB V neu des Referentenentwurfs des BMG regelt lediglich, dass in den Kooperationsvereinbarungen Regelungen „zur Organisation und zur personellen Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle einschließlich der notwendigen Qualifikationen, erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals“ zu vereinbaren sind.

Bewertung der Bundesärztekammer:

Die Bundesärztekammer sieht die Übertragung der Regelungskompetenz für Mindestanforderungen an die Qualifikation des in den Integrierten Notfallzentren eingesetzten (ärztlichen) Personals äußerst kritisch. Es ist fraglich, ob hierdurch praktikable und tragfähige Lösungen zu erwarten sind, zumal den Selbstverwaltungspartnern vor Ort gemäß § 123c Abs. 2 SGB V im Referentenentwurf des BMG bereits die Pflicht obliegen soll, die notwendigen Qualifikationen, erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen zu regeln. Durch den Regelungsvorschlag im Gesetzentwurf von Bündnis 90/Die Grünen wird diese Zuständigkeit faktisch ausgehebelt und dem G-BA übertragen, wodurch ggf. angemessene Lösungen vor Ort verunmöglicht werden. Die Bundesärztekammer beobachtet mit Sorge, dass der Gesetzgeber (ggf. indirekt über eine gesetzliche Beauftragung des G-BA) immer mehr zusätzliche Qualifikationsanforderungen regelt, die im konkreten Fall mitunter nicht sachgerecht sind bzw. zusätzlich Bürokratie erzeugen. Die für die Arbeit in den Integrierten Notfallzentren infrage kommenden Ärztinnen und Ärzte müssen bereits heute unter schwierigen Bedingungen die Patientenversorgung sicherstellen. Notwendige ärztliche Qualifikationen sind über die ärztliche Weiterbildungsordnung und von der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern entwickelte curriculare Fortbildungen umfassend definiert. Eine zusätzlich zu den Kooperationsvereinbarungen der Selbstverwaltungspartner eingezogene Regelungsebene in Gestalt des G-BA wäre somit eine erhebliche bürokratische Belastung ohne erwartbaren Mehrwert für die Patientenversorgung. Die Bundesärztekammer schlägt daher die Streichung von § 123 Absatz 3 Nummer 5 SGB V neu sowie des Zusatzes „gemäß den Mindestanforderungen der Richtlinie nach § 123 Absatz 3 Nummer 5“ in § 123a Abs. 2 Nr. 4 neu im Gesetzentwurf der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen vor.

Zu Nummer 18. Einbezug psychiatrischer und psychosomatischer Expertise in den Integrierten Notfallzentren (§ 123 Abs. 5 SGB V neu)

Im Gesetzentwurf wurde ein Absatz aufgenommen, der sich auf die psychiatrische und psychosomatische Behandlungskompetenz in den Integrierten Notfallzentren bezieht. Satz 2 fordert: „Bei fehlender psychiatrischer und psychosomatischer Behandlungskompetenz ist diese durch ein externes Fachkrankenhaus durch telemedizinische Konsile nach § 367 oder telefonische Konsile von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Erwachsene oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche zu gewährleisten.“

Bewertung der Bundesärztekammer:

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass in Integrierten Notfallzentren psychiatrische und psychosomatische Behandlungskompetenzen grundsätzlich vorgehalten und in diesem Zusammenhang telemedizinisch oder telefonisch entsprechende Expertise eingeholt werden soll. Gleichwohl sollte keine Auflistung der für eine umfassende Beratung erforderlichen Ärzte und Psychotherapeuten vorgenommen werden. Eine Aufzählung müsste die Abbildung aller in Frage kommenden Fachärzte und Ärzte mit entsprechender Zusatzqualifikation sowie von Personen aus dem Bereich der Psychotherapie umfassen. Die geeignete Behandlungskompetenz steht jedoch in Abhängigkeit zum konkreten Behandlungsfall; das Spektrum umfasst sowohl Kinder als auch Erwachsene bis hin zu geriatrischen Patientinnen und Patienten, auch sind die Behandlungsanlässe vielfältig. Daher sollte bei fehlender psychiatrischer und psychosomatischer Behandlungskompetenz des Notfallzentrums eine Person einbezogen werden, die aufgrund entsprechender Qualifikationen die jeweils im konkreten Einzelfall erforderliche psychiatrische oder psychosomatische Expertise einbringt.

Eine Aufzählung der in Frage kommenden Personen sollte beispielhaft in der Begründung erfolgen. Für den ärztlichen Bereich wären hier auch Fachärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie zu ergänzen, die ergänzend zu einer Facharztweiterbildung in der unmittelbaren Patientenversorgung erworben werden kann. Zu ergänzen sind ferner Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Im Gesetzestext sollte der Absatz wie folgt geändert werden: *„Bei fehlender psychiatrischer und psychosomatischer Behandlungskompetenz ist diese durch ein externes Fachkrankenhaus durch telemedizinische Konsile nach § 367 oder telefonische Konsile von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Erwachsene oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche mit entsprechend fachlich qualifizierten Ärzten oder Psychotherapeuten zu gewährleisten.“*

Zu Nummer 18. Sanktionslogik bei ambulanter Versorgung in Notaufnahmen von Krankenhäusern ohne INZ (§ 123 Absatz 8 SGB V neu)

Die Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 soll an die Nutzung eines Ersteinschätzungsinstrumentes gebunden werden, um zu gewährleisten, dass die Nutzung des Systems verpflichtend erfolgt und Abweichungen von den vorgesehenen Steuerungswegen konsequent sanktioniert werden. Sofern eine Ersteinschätzung nicht erfolgt oder das Ergebnis nicht beachtet wird, soll sich die Vergütung um 50 Prozent reduzieren.

Bewertung der Bundesärztekammer:

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist das Ansinnen, Patientinnen und Patienten aus Krankenhäusern ohne INZ für die ambulante Behandlung ausnahmslos in INZ zu verlegen, weder pragmatisch noch ressourcensparend. Vorrangig sollte vielmehr eine Aufklärungskampagne erfolgen, die die Funktion der vernetzten Leitstellen vermittelt. Zugleich müssen die technischen, kapazitären und personellen Voraussetzungen geschaffen werden, damit die Bedarfserfassung und Terminvermittlung über eine Leitstelle für Patientinnen und Patienten attraktiver wird als lange Wartezeiten im Wartebereich einer Notaufnahme. Im Zweifelsfall wird eine ausnahmslose Weiterverweisung aller Patienten einen hohen Aufwand auslösen, der im Vergleich zu einer schnellen Versorgung vor Ort kaum zu rechtfertigen ist. Wir möchten auch in diesem Zusammenhang nochmals dringend darauf hinweisen, dass auch im Rahmen der Krankenhausreform ein sehr hoher zusätzlicher Bedarf an Interhospitalverlegungen entstehen wird. Es ist vor diesem Hintergrund kaum zu rechtfertigen, dass Patientinnen und Patienten für eine ambulante Behandlung ggf. Transportleistungen in Anspruch nehmen müssen, obgleich das Krankenhaus die ambulante Versorgung hätte übernehmen können. Zudem ist zu berücksichtigen, dass eine Weiterleitung auch aus Gründen jenseits medizinischer Kriterien, problematisch bis unmöglich sein kann. Anzuführen sind soziale Kriterien aber auch logistische Schwierigkeiten.

Letztendlich muss das übergeordnete Ziel sein, als Single Point of Entry die vernetzten Leitstellen durchzusetzen. Patientinnen und Patienten sollten über eine breit angelegte Informationskampagne angehalten werden, vor jeder Inanspruchnahme einer Notfalleistung eine vernetzte Leitstelle zu kontaktieren. In diesem Zusammenhang ist auch zu überlegen, ob Patientinnen und Patienten, die ohne vorherige Einschätzung durch die Gesundheitsleitstelle die Notaufnahme aufsuchen – nachdem mittels der Triage in der Notaufnahme festgestellt wurde, dass sie keine unmittelbare stationäre Notfallversorgung benötigen (z. B. MTS-Stufe grün oder blau) – auf die Einstufung der Gesundheitsleitstelle verwiesen werden. Dazu kann in den INZ eine entsprechende Kontaktmöglichkeit geschaffen werden. Dies bietet auch den Vorteil, dass Daten erfasst und weitergeleitet werden und Termine in der vertragsärztlichen Versorgung vergeben werden können. Zwingende Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die technischen Möglichkeiten geschaffen werden, um dies umsetzen und für die Menschen attraktiv gestalten zu können.

Zu Nummer 22. Echtzeit-Nachweis (§ 136b Abs. 9 (neu) SGB V)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie, die Vorgaben zur Einrichtung und Durchführung eines interdisziplinären Echtzeit-Nachweises der Behandlungs- und Versorgungskapazitäten (Verzeichnis) von Krankenhäusern sowie zur Pflege der entsprechenden Daten beinhaltet.

Bewertung der Bundesärztekammer:

Die Bundesärztekammer begrüßt den Ansatz, Echtzeitdaten in die Akut- und Notfallversorgung einzubeziehen. Dies sollte im Rahmen der notwendigen digitalen Transformation erfolgen. Neben den Kapazitäten der stationären Versorgung, einschließlich der Behandlungskapazitäten für Notfälle (Chest Pain Unit, Stroke Unit, Traumazentren etc.) und Bettenverfügbarkeit (Intensiv- und Normalstationen), müssen den Leitstellen, dem Rettungsdienst, dem Ärztlichen Bereitschaftsdienst, den Notaufnahmen bzw. deren gemeinsamen Anlaufstellen auch die notfall- und akutmedizinischen Kapazitäten der Arztpraxen zur Verfügung gestellt werden.

Zu Nummer 23. Ergänzung Notfallstufen-RL des G-BA (§ 136c Abs. 4 Satz 3 SGB V)

Die gesetzlichen Vorgaben zur Richtlinie des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern soll dahingehend angepasst werden, dass Abweichungen von den Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin sowie von den Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung der Notaufnahmen der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin hinsichtlich der Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten beziehungsweise Notfallpatienten sowie der Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals besonders zu begründen sind.

Bewertung der Bundesärztekammer:

Die Bundesärztekammer hält es aus systematischen Gründen für kritisch, wenn in gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen pauschal auf Leitlinien einzelner Fachgesellschaften verwiesen wird. Zum einen ist es in aller Regel erforderlich, die Perspektive unterschiedlicher Fachgesellschaften miteinander abzugleichen. Zum anderen würde der Verordnungsgeber mit einem pauschalen Verweis seine Gestaltungsmöglichkeiten aus der Hand geben, da jede Änderung der entsprechenden Dokumente automatisch eine Änderung der Mindestanforderungen nach sich zöge. Zulässig ist ein Zurückgreifen auf Leitlinien zur Bestimmung des fachlichen Standards. Das setzt allerdings voraus, dass diesen einheitlich ein fachlicher Standard zu entnehmen ist. Wird hingegen pauschal auf die jeweils geltende Leitlinie wie auf eine Norm verwiesen, dürfte es sich um einen unzulässigen dynamischen Verweis handeln. Vorgaben sollten daher auf Grundlage der fachlichen Vorarbeiten der Fachgesellschaften ausgewählt und explizit normiert werden.

Weitere Gesichtspunkte

Über diese Punkte hinaus sind zum vorliegenden Gesetzentwurf von Bündnis 90/Die Grünen unter Berücksichtigung des Referentenentwurfes des BMG folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen:

Zwingende Voraussetzung für eine funktionierende Reform der Akut- und Notfallversorgung ist die **Schaffung ausreichender ambulanter, stationärer und rettungsdienstlicher Kapazitäten**. Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte können die Notaufnahmen und den Rettungsdienst nicht entlasten, wenn es keine freien Kapazitäten für die Versorgung von Akutfällen gibt. Hierfür muss es entsprechende Rahmenbedingungen und Anreize geben. Auf der anderen Seite muss die geplante Neuausrichtung von Krankenhausplanung und -vergütung so gestaltet werden, dass die stationäre Versorgung von komplex erkrankten multimorbiden Notfallpatienten und die dafür erforderliche Vorhaltung ausreichend refinanziert werden. Ein relevanter Teil der Überlastung von Notaufnahmen entsteht durch einen „Exit Block“, bei dem aufgrund fehlender stationärer Kapazitäten, insbesondere für aufwendige Patientinnen und Patienten, nur unter großem Zeitaufwand eine Anschlussversorgung organisiert werden kann. Es ist damit zu rechnen, dass diese Problematik im Zuge der anstehenden Krankenhausreform aufgrund der Zentralisierung und Spezialisierung von Krankenhausstandorten weiter zunehmen wird.

Gleiches gilt für die **Kapazitäten von Krankenfahrten und Krankentransporten**. Die Bundesärztekammer sieht eine gesteigerte Notwendigkeit zunehmender Interhospitaltransfers im Rahmen der Krankenhausreform. Dies wird Transporte sowohl aus Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen in kleine Häuser als auch umgekehrt betreffen. Hinzu kommen, entsprechend der hier vorgeschlagenen Regelungen, Transporte aus Krankenhäusern ohne INZ in Krankenhäuser mit INZ. Auch im Rahmen der Ambulantisierung wird es mehr Bedarf für Krankenfahrten geben. Die BÄK sieht diese Entwicklung mit Sorge, da bereits heute personelle Engpässe im Bereich des Rettungsdienstes bestehen. Umso wichtiger ist es, dass eine angemessene und an diesen zunehmenden Bedarf angepasste Leistungsvergütung und Investitionskostenfinanzierung für den Rettungsdienst sichergestellt werden.

Eine Notfallreform kann nur in einem Gesamtansatz unter Einbeziehung des Rettungsdienstes gelingen. Die Aufgaben der Ärztekammern umfassen die Überwachung der Berufsausübung von Ärztinnen und Ärzten in allen Versorgungsbereichen, die Sicherung der Qualität der Weiterbildung und die Förderung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Für diese Fragen sind sie die primären Ansprechpartner. Vor diesem Hintergrund sind die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern fachlich in die Ausgestaltung von Rahmenvorgaben im Rettungsdienst einzubeziehen. Dazu gehört eine **Empfehlung des Notarztindikationskatalogs der Bundesärztekammer (NAIK) als Standard-Handreichung** für strukturierte Notrufabfrageschemata der Disponentinnen und Disponenten in Notdienstzentralen und Rettungsleitstellen. Der NAIK wurde Ende 2023 aktualisiert und konkretisiert auf der Basis des aktuellen Standes der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse, welche Aufgaben von Notärztinnen und Notärzten wahrgenommen werden müssen. Die **Fortbildungscurricula der Bundesärztekammer** bilden den Goldstandard für ärztliche Fortbildungskurse. In einer breit angelegten Initiative

zur bundesweiten Vereinheitlichung und Aktualisierung von Qualifikationen im Bereich der Notfallmedizin hat die Bundesärztekammer seit 2023 die BÄK-Curricula „Telenotarzt/Telenotärztin“, „Leitender Notarzt/Leitende Notärztin“ (LNA), „Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin Rettungsdienst“ (ÄLRD) und „Notarzt/Notärztin in der Luftrettung“ beschlossen. Weitere diesbezügliche Qualifikationen, z. B. zum Thema Intensivtransport, und deren Zusammenführung in einer Richtlinie zu Qualifikationen in der Notfallversorgung werden derzeit erarbeitet. Diese Fortbildungen sollten bei der Definition von Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen vorrangig Berücksichtigung finden.

Ein weiterer Aspekt: Die Bundesärztekammer hat immer wieder die große Bedeutung der **Gesundheitskompetenz**, gerade auch im Zusammenhang mit der Notfallversorgung, hervorgehoben. Menschen mit akuten, beunruhigenden und/oder bedrohlichen Symptomen und Krankheitszeichen müssen zwischen einer Vielzahl an Handlungsoptionen, Akteuren der medizinischen Versorgung und Zugangswegen wählen. Viele Menschen suchen – oftmals aus Unwissenheit – nicht-bedarfsgerechte Strukturen auf. Solange hier keine intensive Aufklärungsarbeit geleistet wird und solange Gesundheitskompetenz nicht von Kindheit an und in den Lebenswelten der Menschen gestärkt wird, ist davon auszugehen, dass die Zahl der Hilfesuchenden nicht sinkt, sondern eher steigt und dass gut gemeinte Versorgungspfade von der Bevölkerung nicht angenommen werden. Hier sollten dringend die Vorschläge der Bundesärztekammer zur Stärkung der Gesundheitskompetenz aufgegriffen werden.

Die Bundesärztekammer begrüßt eine Entlastung der Notfallversorgung durch die stärkere Einbindung **telemedizinischer Angebote**. Es ist jedoch nicht zielführend und auch nicht umsetzbar, solche Angebote unabhängig vom tatsächlichen Bedarf rund um die Uhr und damit auch während der regulären Öffnungszeiten der Arztpraxen über die 116 117 vorzuhalten. Vielmehr sollte es dem KV-System überlassen werden, wie bei entsprechender Ersteinschätzung während der Praxisöffnungszeiten eine telemedizinische Versorgung sichergestellt wird. Dabei sind auch Kooperationen mit dem Tele-Rettungsdienst (Telenotärztinnen und Telenotärzte) denkbar. Dies gilt in gleicher Weise für die vorgesehene Etablierung eines aufsuchenden Dienstes auch während der Praxisöffnungszeiten. Mit Blick auf die geforderten **Erreichbarkeitskriterien** für die gemeinsamen Leitstellen bleibt es kritisch zu hinterfragen, warum 50 Prozent der notwendigen Finanzierung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und damit durch die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zu tragen sind.

Insgesamt ist zu konstatieren, dass der Gesetzentwurf eine **erhebliche Leistungsausweitung** verspricht. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass zusätzliche und besonders niederschwellige neue Angebote auch zu mehr Nachfrage führen können (supplier-induced demand), wenn die professionelle Hilfe an Stelle einer Selbsthilfe genutzt wird.

Bereits heute ist die **Besetzung des ambulanten Bereitschaftsdienstes** teilweise herausfordernd. Eine Ausweitung der Sicherstellung in dem hier beschriebenen Ausmaß (so z.B. die im vorliegenden Antrag vorgeschlagenen bundeseinheitliche Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxen von täglich von 10 bis 22 Uhr) wird personell nicht möglich sein. Dringend erforderlich sind schon jetzt zusätzliche Anstrengungen und Maßnahmen wie zum

Beispiel intelligente arbeits- und sozialversicherungsrechtliche Regelungen und Anreize für Ärztinnen und Ärzte, die im Ruhestandsalter weiterhin ärztlich tätig sein möchten. Dies fehlt im vorliegenden Gesetzentwurf.

Als sinnvoll erachtet die Bundesärztekammer eine bessere Vorbereitung des Gesundheitssystems für **Krisen- und Katastrophenlagen**. Hier spielt die Notfallversorgung eine entscheidende Rolle und es sind weitergehende Maßnahmen erforderlich.

Vollkommen unklar ist, wie die Notfallreform mit der **Krankenhausreform** abgestimmt werden soll und wie sich auch vor dem Hintergrund der Stufenzuteilung im Rahmen der Richtlinie des G-BA zu den „Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern“ und der Standortfestlegung als INZ durch die erweiterten Landesausschüsse eine konsistente Planung ergeben soll. Hier muss dringend Planungssicherheit geschaffen und eine Auswirkungsanalyse unter Einbeziehung aller zukünftigen Regelkreise vorgelegt werden. Unklar bleibt, wie die konkrete Zusammenarbeit zwischen Notaufnahmen in Krankenhäusern mit INZ und ohne INZ ablaufen soll.

Sehr kritisch sieht die Bundesärztekammer die fehlende strukturelle **Einbindung der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern in den Reformprozess**. Die Landesärztekammern als landesgesetzlich legitimierte berufliche Vertretungen der Ärztinnen und Ärzte aus dem stationären und ambulanten Bereich sollten bundesweit an den Gremien und Vereinbarungen beteiligt werden, die für die konkrete Umsetzung der Reform zuständig sind. Entsprechend muss auch die Bundesärztekammer in die Entwicklung bundesweiter Rahmenvorgaben eingebunden werden.

Die Bundesärztekammer hält Änderungen am Gesetzesentwurf für erforderlich und steht bereit, den ärztlichen Sachverstand in den weiteren Reformprozess einzubringen, um eine dauerhaft tragfähige, qualitativ hochwertige, patienten- und mitarbeitergerechte Notfallversorgung in Deutschland zu gewährleisten.

23.02.2026

Stellungnahme

zum Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/Die Grünen für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes (Notfallgesetz – NotfallG)

Der Deutsche Landkreistag und der Deutsche Städtetag bedanken sich für die Einladung zur Anhörung am 25. Februar 2026 und für die Gelegenheit zum vorgelegten Gesetzentwurf Stellung zu nehmen. Wir begrüßen, die Zielsetzung der vorgesehenen Reform der Notfallversorgung. Die vorgesehenen Änderungen im Bereich der Finanzierung des Rettungsdienstes sehen wir hingegen kritisch.

Unsere zentralen Punkte:

Notfallversorgung

- Wir begrüßen ausdrücklich, dass der Gesetzentwurf die dringend notwendige Reform der Notfallversorgung aufgreift und insbesondere eine bessere Vernetzung zwischen der 112 und der 116117 neu regelt.
- Sehr positiv ist auch die Errichtung der INZ. Wichtig ist jedoch, dass auch für Krankenhäuser finanzielle Mittel zur Errichtung der INZ vorgesehen sind. Es muss zwingend gewährleistet sein, dass keine mittelbaren Mehrbelastungen für Krankenhäuser oder Rettungsdienste entstehen. Dieses Ziel wird durch den Gesetzentwurf nicht erreicht.
- Auch die Erweiterung des Sicherstellungsauftrags der KVen ist sehr zu begrüßen. Die Wartezeit für die Akutleitstelle mit bis zu 10 Minuten (gemäß § 75 Absatz 1c SGB V-E) ist dennoch zu lang. Eine derart lange Wartezeit am Telefon würde die Betroffenen wieder zur 112 lenken. Wir fordern daher, dass die Akutleitstelle innerhalb von einer Minute für 75 Prozent der Anrufer und innerhalb von drei Minuten für 95 Prozent der Anrufer erreichbar sein muss.

Finanzierung des Rettungsdienstes und Rolle der Kommunen

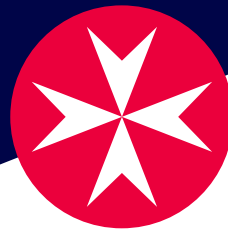
- Die vorgelegte bundesgesetzliche Reform des Rettungsdienstes sieht als zentrale Neuerungen die Etablierung der medizinischen Notfallrettung als eigenständigen Leistungsbereich in den §§ 27 und 30 SGB V-E und die Einsetzung eines Qualitätsausschusses Notfallrettung nach § 133b SGB V-E zur Erarbeitung von Empfehlungen vor. Diese Änderungen sind nicht notwendig und aus unserer Sicht unzulässig, da die Bundeskompetenz nach Artikel 72, 74 Absatz 1 Nummer 12 GG lediglich Regelungen zu Fragen der Finanzierung und Abrechnung ermöglicht, nicht jedoch zur Organisation des Rettungsdienstes. Selbst der Gesetzentwurf erkennt an, dass Planung, Organisation, Steuerung und Überwachung des Rettungsdienstes den Ländern vorbehalten sind.

Zudem sind Qualitätsvorgaben bereits in den jeweiligen Landesgesetzen berücksichtigt und der Länderausschuss Rettungswesen hat bereits bundeseinheitliche Qualitätsindikatoren zur Überprüfung von Qualitätskriterien erarbeitet und konsentiert.

- Der Rettungsdienst ist eine wichtige Säule der Gefahrenabwehr und Teil der Daseinsvorsorge vor Ort. Nur unter Berücksichtigung der örtlichen Strukturen kann diesen Funktionen Rechnung getragen werden. Die vorgesehenen Neuregelungen mit der umfassenden Regelung des Rettungsdienstes im SGB V lassen dies leider jedoch außer Acht und nehmen eine einseitig medizinbezogene Betrachtung vor. Damit werden leider weder die engen Verflechtungen mit dem Brand- und Katastrophenschutz und den ehrenamtlichen Hilfsorganisationen noch die Funktion des Rettungsdienstes als Teil der kommunalen Gefahrenabwehr berücksichtigt. In den Kommunen greifen Feuerwehr, Katastrophenschutz und Rettungsdienst eng ineinander. Aus unserer Sicht gefährden die vorgesehenen Regelungen etablierte und funktionierende Strukturen auf kommunaler Ebene. Gerade in Hinblick auf die zunehmende Bedeutung des Zivilschutzes in der aktuellen Bedrohungslage unseres Landes wäre dies kontraproduktiv.
- Die Sicherstellung der Notfallrettung erfolgt derzeit durch die Träger des Rettungsdienstes, die in der Regel Kommunen sind. Die im Entwurf geplante Systemumstellung würde die Kommunen auf die wortwörtliche Rolle von „Leistungserbringern“ reduzieren und den Kommunen noch nicht einmal mit Sicherheit eine Mitwirkung im Qualitätsausschuss Notfallrettung nach § 133b SGB-V-E ermöglichen.
- Vielmehr muss sich eine Reform auf die tatsächlich notwendigen Punkte konzentrieren. Im Wesentlichen sind dies die Schaffung einer rechtssicheren und zukunftsfähigen Vergütung im Rettungsdienst.
- Daher fordern wir für die Finanzierung des Rettungsdienstes ausschließlich eine Anpassung des § 60 SGB V, die regelt, dass neben der klassischen Transportleistung auch die medizinische Behandlung vor Ort durch den Rettungsdienst sowie die Disposition in den Leitstellen im Rettungsdienst systematisch und verbindlich abrechenbar sind. Ebenso sind der Transport in ambulante Versorgungsstrukturen sowie die telemedizinische Versorgung als Leistung des Rettungsdienstes anzuerkennen und zu finanzieren. Hierzu verweisen wir auch auf die vom Bundesrat in seiner 1058. Sitzung am 17. Oktober angenommene Entschließung „Notfallreform zügig voranbringen – Rettungsdienst als Schlüssel zur umfassenden Notfallversorgung“, die die notwendigen Änderungen vorsieht.



JOHANNITER



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit
Ausschussdrucksache
21(14)64(16)
gel. VB zur öffent. Anh. am
25.02.2026 - NotfallG
24.02.2026

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes

Stellungnahme der Johanniter-Unfall-Hilfe

Berlin, 23. Februar 2026

Die Johanniter-Unfall-Hilfe ist seit mehr als 70 Jahren in den unterschiedlichsten sozialen und karitativen Bereichen aktiv. Mit knapp 44.000 ehrenamtlich Aktiven, 33.500 hauptamtlich Mitarbeitenden und fast 1,2 Millionen Fördermitgliedern zählt sie zu den großen Hilfsorganisationen in Deutschland und ist zugleich ein großes Unternehmen der Sozialwirtschaft.

Im Lobbyregister des Bundes ist die Johanniter-Unfall-Hilfe unter der Registernummer R002223 zu finden.

Aus Liebe zum Leben

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes (Notfallgesetz – NotfallG)

Zu dem vorliegenden Entwurf:

Allgemein

Der Rettungsdienst bildet in einer Doppelrolle das Fundament der präklinischen Notfallversorgung und ist gleichzeitig Bestandteil der medizinischen Gefahrenabwehr. Die Regelungen zum Rettungsdienst sind so auszurichten, dass die Leistungsfähigkeit für die Vielzahl unterschiedlichster Gefahrenlagen erhalten und die Aufwuchsfähigkeit gewahrt bleibt. Dabei sind die Übergänge der einzelnen Schutzstufen nicht auf Gesetzesebene zu betrachten, sondern obliegenden Trägern Rettungsdiensten vor Ort.

Besonders positiv hervorzuheben ist, dass der Bundesgesetzgeber die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen betont, die im Rahmen ihrer Sicherstellungspflicht die Versorgung zu gewährleisten haben. Um diese Sicherstellungspflicht für die Bürgerinnen und Bürger greif- und nutzbar zu machen, bedarf es auch für die Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzlich festgelegte Planungsvorgaben und effektive Kontrollmechanismen. Dieser sind als Positivformulierung im SGB V zu verankern. Daran fehlt es bisher leider.

Darüber hinaus ist die Leistungsfähigkeit des Rettungsdienstes von verschiedenen rettungsdienstfremden Aspekten abhängig. Die Johanniter-Unfall-Hilfe spricht sich dafür aus, den Fokus auch auf die Stärkung der Gesundheitskompetenz sowie der Selbsthilfefähigkeit der Bevölkerung zu legen. Dadurch würde sowohl die eigene Fähigkeit, sich selbst in medizinischen Notlagen zu versorgen gestärkt, als auch die mit Blick auf die aktuellen geopolitischen Herausforderungen dringend notwendige Selbstschutzkompetenz gesteigert.

Einzelregelungen

§ 30 SGB V

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt die realitätsgetreuere Ausgestaltung, dass die Notfallrettung nicht mehr nur eine reine Transportleistung ist, sondern der Behandlung durch die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter bereits auf Ebene des SGB V Raum eingeräumt wird.

§ 30 Abs. 2 SGB V

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt die Aufnahme der speziellen ambulanten Notfallversorgung in den Leistungskatalog des § 30 Abs. 2 SGB V aufzunehmen.

§ 30 Abs. 4 SGB V

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt die Definition der notfallmedizinischen Versorgung am Notfallort und insbesondere die in der Begründung ausgeführte Klarstellung, dass die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter ihre Tätigkeiten gemäß ihrer Befähigung ausüben.

Hervorzuheben ist die in der Gesetzesbegründung – letztlich nach der Änderung des Betäubungsmittelgesetzes nur konsequent fortgeführte – positive Betonung der Möglichkeit der Generaldelegation durch standardmäßige Arbeitsanweisung durch die Ärztlichen Leitungen des Rettungsdienstes.

§ 30 Abs. 5 SGB V

Der Gesetzgeber gibt für den Notfalltransport die grundsätzlich nächste geeignete Versorgungseinrichtung vor und definiert diese regelmäßig als Krankenhäuser und im Einzelfall als ambulante Versorgungseinrichtungen.

Um eine effektivere Verteilung der Notfallpatientinnen und -patienten zu ermöglichen, sollten Notfalltransporte auch regelhaft in ambulanten Versorgungseinrichtungen enden dürfen. Dies ermöglicht nicht nur eine systemgetreue Versorgung niederschwelliger, nicht akut lebensbedrohlicher Notfallbilder, sondern entlastet gleichzeitig auch die klinischen Notaufnahmen.

Die diesbezügliche Klarstellung kann im Rahmen der Gesetzesbegründung zu § 30 Abs. 5 SGB V erfolgen.

§ 60 SGB V

§ 60 SGB V soll die Krankentransporte, Krankenflüge und die Krankenfahrten regeln und besteht im Wesentlichen aus redaktioneller Neuordnung des aktuell geltenden § 60 SGB V sowie weiterer fahrtkostenrelevanter Regelungen.

Besonders positiv hervorzuheben ist, dass über § 60 Abs. 2 Nr. 5 SGB V die Möglichkeit zur verordnungsgleichen Disposition von Krankentransporten eingeräumt wird.

Die Johanniter-Unfall-Hilfe regt an, die Verordnung zur Krankenförderung dergestalt zu digitalisieren, dass die physische Verordnung obsolet wird. Die anspruchsbegründenden Konstellationen sind in § 60 Abs. 2 SGB V abschließend aufgeführt, wobei den Fällen § 60 Abs. 2 Nr. 1 – 4 SGB V stets ein verordnender ärztlicher Kontakt vorausgeht. Die Einführung der Telematik-Infrastruktur im Rettungsdienst sowie im Krankenfahrdienst würde ermöglichen, dass in automatisierten Abläufen Anspruchsprüfung, Durchführung der Beförderung sowie nachgelagert die Abrechnung vereinfacht werden könnte.

Mit dem so möglichen Bürokratieabbau wären nicht unerhebliche Einsparungen durch vereinfachte Prozesse, geringere Materialkosten und vermeidbare Regresse verbunden.

§ 75 Abs. 1b SGB V

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt ausdrücklich die Klarstellung des Versorgungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigung sowie die damit verbundene Verpflichtung, die Dienstzeiten eines aufsuchenden KV-Dienstes auf 24 Stunden täglich zu verlängern. Um diesen effektiv und mit einem spürbaren Mehrwert für die Bürgerinnen und Bürger nutzbar zu machen, bedarf es hier weiterreichender Regelungen, die den Dienst konkretisieren. Dabei muss auch für den aufsuchenden KV-Dienst eine zeitliche Vorgabe etabliert werden, innerhalb derer er seinen Versorgungsbereich abzudecken vermag. Angeregt wird daher, den aufsuchenden Dienst an die verschiedenen KV-Planungsbereiche oder mindestens die Landkreise zu koppeln. Damit gilt es zu unterbinden, dass ein aufsuchender Dienst zwar formell angeboten, aufgrund von

ausufernden oder gar zusammengelegten Versorgungsbereichen und damit verbundenen langen Fahrt- und Wartezeiten praktisch nicht nutzbar wird. Nur so kann eine effektive Entlastung des Rettungsdienstes bewirkt werden. Um dies umzusetzen, empfiehlt die Johanniter-Unfall-Hilfe die Aufnahme eines § 75 Abs. 1b Satz 6 SGB V:

Der aufsuchende Dienst nach Satz 5 Nummer 3 ist so zu planen, dass 90 % der in der Planungsregion zu versorgenden Menschen innerhalb von 60 Minuten Fahrtzeit erreicht werden können.

Positiv hervorzuheben ist, dass der Bundesgesetzgeber die Kooperationsmöglichkeit mit den Rettungsdiensten explizit in § 75 Abs. 1b Satz 8 SGB V (Gesetzesentwurf) regelt. Dabei ist in der Entwurfsfassung unklar, wer mit „der Rettungsdienst“ als möglicher Kooperationspartner angesprochen wird: der Träger Rettungsdienst? die Leistungserbringer? Beide?

An dieser Stelle gilt zu bedenken, dass die Übernahme des eigentlichen, den kassenärztlichen Vereinigungen obliegenden, aufsuchenden Dienstes keine originär rettungsdienstliche Tätigkeit ist. Die Hilfsorganisationen, die in Deutschland überwiegend den Rettungsdienst gewährleisten und mit § 75 Abs. 1b Satz 8 SGB V (Gesetzesentwurf) zur Kooperation mit den kassenärztlichen Vereinigungen ermächtigt werden, beschäftigen neben Mitarbeitenden mit rettungsdienstlicher Qualifikation außerdem anderes qualifiziertes, nichtärztliches Personal. Der Bundesgesetzgeber sollte ermöglichen, dass die Rettungsdienstanbieter im Rahmen der Kooperationsmöglichkeit auch dieses qualifizierte, nichtärztliche Personal zum Einsatz bringen können. Die direkte Einbindungsmöglichkeit des nichtärztlichen Personals nach § 75 Abs. 1b Satz 7 SGB V (Gesetzesentwurf) bei den kassenärztlichen Vereinigungen würde hierfür nicht ausreichen. Daher empfiehlt die Johanniter-Unfall-Hilfe, den § 75 Abs. 1b Satz 8 SGB V (Gesetzesentwurf) wie folgt zu konkretisieren:

*Sie können zur Durchführung der in Satz 5 Nummer 3 genannten Maßnahme Kooperationen mit dem **Träger Rettungsdienst sowie mit den Leistungserbringern im Rettungsdienst zum Einsatz qualifizierten nichtärztlichen Personals** eingehen, soweit Landesrecht dies zulässt.*

Im Rahmen der abzuschließenden Kooperationsmöglichkeiten sind die notwendigen Qualifikationen dar- und eine nachhaltige Finanzierung sicherzustellen. An dieser Stelle gilt es zu betonen, dass die Lösungen präsent sind. Im Rahmen der neu auszurichtenden Gesundheits- und Notfallversorgung gilt es, Lösungen weg von Projekt- und hin zu Regelfinanzierung auszurichten.

§ 75 Abs. 1c SGB V

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt den Vorstoß, die telefonische Erreichbarkeit der 116 117 an gesetzlich vorgegebene Qualitätsvorgaben zu koppeln. Dabei ist die vorgegebene Zielerreichung von 75 % in drei Minuten und 95 % in zehn Minuten deutlich zu niedrig und die Wartezeit zu lang, um für die Bürgerinnen und Bürger eine effektive Ansprechbarkeit zu gewährleisten und eine Entlastung der Rettungsleitstellen zu bewirken. Sofern bereits bei dem jetzigen Regelungsstand davon ausgegangen wird, dass jeder vierte mehr als drei Minuten warten muss, besteht die nicht zu vernachlässigende Perspektive, dass diese Hilfesuchenden letztlich doch wieder den Notruf wählen.

Im Rettungsdienst werden die eingehenden Notrufe binnen Sekunden angenommen.

Um hier eine effektive Ansprechbarkeit zu gewährleisten, regt die Johanniter-Unfall-Hilfe eine telefonische Erreichbarkeit von 75 % in einer Minute und 95 % in drei Minuten an. Demzufolge würde § 75 Abs. 1c Satz 1 SGB V wie folgt lauten:

*Ab dem ... muss die Akutleitstelle unter der in Absatz 1a Satz 2 genannten bundesweite einheitlichen Rufnummer innerhalb von **einer Minute** für 75 Prozent der Anrufenden und innerhalb von **drei Minuten** für 95 % der Anrufenden erreichbar sein.*

§ 123 Abs. 2 SGB V

Als sehr praxisgerecht begrüßt die Johanniter-Unfall-Hilfe die gesetzliche Regelung zur Delegationsübertragung in § 123 Abs. 2 Satz 2 SGB V, da diese auch für die präklinische Versorgung wegweisend ist und sich in die grundsätzliche Regelung des § 13 Abs. 1b BtMG sowie die Ausführungen in der Gesetzesbegründung zu § 30 Abs. 4 SGB V einreicht.

Darüber hinaus begrüßt die Johanniter-Unfall-Hilfe die Regelung, dass Patientinnen und Patienten mit vorangegangener telefonischer Ersteinschätzung bei gleicher medizinischer Behandlungsdringlichkeit vorrangig zu Patientinnen und Patienten, die das integrierte Notfallzentrum ohne Vorkontakt aufsuchen, behandelt werden. Gleichzeitig gilt es, medial und kommunikativ sicherzustellen, dass bei der Bevölkerung sich die SAGA nicht weiter festigt, dass man im Rahmen rettungsdienstlicher Vorstellung ebenfalls priorisiert behandelt wird.

§ 123a Abs. 1 SGB V

Der Gesetzgeber sieht bei der Einrichtung der integrierten Notfallzentren eine Erreichung binnen 30 Minuten für 95 % der Bevölkerung vor. Diese Vorgabe der Zielerreichung unterstreicht die vorangegangene Forderung der notwendigen Kopplung von Krankenhaus- und Rettungsdienstbedarfsplanung.

§ 133 Abs. 1 SGB V

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt die Betonung der Regelungshoheit der Länder in Verbindung mit der Klarstellung, dass die medizinische Notfallrettung nur von den landesrechtlich dafür geplanten, vorgesehenen oder beauftragten Leistungserbringern erbracht werden. Die Länder und Kommunen planen und beauftragen den Rettungsdienst.

§ 133 Abs. 2 SGB V

§ 133 Abs. 2 SGB V gibt dabei den Grundstein für die Finanzierung der medizinischen Notfallrettung sowie der Krankentransporte vor.

§ 133 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit Abs. 3 SGB V gibt dem entgeltfinanzierten Modell der Notfallrettung den klaren Vorzug. Dies würde für die bisher gebührenfinanzierten rettungsdienstliche Ausgestaltung eine massive Umstrukturierung bedeuten.

Ferner zeigen sich verschiedene Passagen klärungs- und klarstellungsbedürftig:

„Transparenz“ als unbestimmter Rechtsbegriff

Der Gesetzesentwurf sieht fortwährend vor, dass gem. § 133 Abs. 2 Satz 4 SGB V die der Kalkulation zugrunde liegenden Daten transparent vorliegen müssen.

Das Kriterium der Transparenz wird dabei dergestalt hoch angesehen, dass die Krankenkassen bei fehlender Transparenz Festbeträge festsetzen können, § 133 Abs. 3 S. 2 Nr. 1 SGB V. Die Leistungserbringer ermöglichen bereits aktuell größtmögliche Einsehbarkeit der den Kosten zu Grunde liegenden Posten.

Problematisch ist die einseitige Beurteilungsmöglichkeit. Dabei ist „Transparenz“ ein unbestimmter Rechtsbegriff und wird absehbar zu Verhandlungsproblemen führen. Die Beurteilung, ob die Darlegung transparent genug sei, obliegt dabei einseitig den Kostenträgern. Bereits aktuell sind die Kostenverhandlungen zur Finanzierung des Rettungsdienstes in verschiedenen Bundesländern derart festgefahren, dass regelhaft Schiedsstellen angerufen

werden müssen. Dabei werden bereits heute die Kalkulationen im Rahmen der Verhandlungen dargelegt.

Die Johanniter-Unfall-Hilfe regt daher an, die Formulierung aus dem Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zu übernehmen und die Vorlage in „*elektronisch, vollständig und in nachprüfbarer Form*“ vorzugeben.

Begriff der „Vergütung der einzelnen Leistungen“

Der Gesetzgeber gibt in § 133 Abs. 2 Satz 1 SGB V vor, dass die Entgelte für die Vergütung der einzelnen Leistungen zu schließen ist.

In der Gesetzesbegründung wird dazu vorgegeben, dass die Verträge differenziert nach den einzelnen Leistungsbereichen „Notfallrettung vor Ort“ und „Notfalltransport“ zu schließen seien. Dies ist in der Darstellung und der leistungsbezogenen Systematik des SGB V durchaus nachvollziehbar. Wichtig und daher bereits auf Gesetzesebene klarzustellen ist, dass der Rettungsdienst fortwährend vollständig und auskömmlich durch die Gesetzliche Krankenversicherung finanziert bleibt. Eine Abkehr von der Vollkostenfinanzierung würde Finanzierungslücken eröffnen und damit die Versorgung massiv gefährden. Der Rettungsdienst ist kein disponibles Gesundheitsangebot, welches in der einsatzfreien Zeit anderen Betätigungsfeldern zur Kostendeckung nachgehen kann. Notfallversorgung als Kombination aus Gesundheitsversorgung und Gefahrenabwehr bedarf der Vollkostenfinanzierung. Hier wäre folgende Formulierung ratsam:

Die Vergütung nach Satz 1 sichert die auskömmliche Vollkostenfinanzierung der medizinischen Notfallrettung.

Mit Blick auf das erst kürzlich ergangene Urteil des OVG Berlin / Brandenburg, welches die Vollkostenfinanzierungsfähigkeit mit der aktuellen Gesetzeslage abschlägig beschied, ist eine kurzfristige Klarstellung der Vollkostenfinanzierung zwingend notwendig.

Zu bedenken ist an dieser Stelle außerdem, dass das System Notfallversorgung eine Aufwuchsfähigkeit bis hin zum Katastrophenschutz als zweifelsfrei den Ländern obliegende Aufgabe gewährleisten muss. Aufwachsende medizinische Lagen (z.B. Massenanfälle von Verletzten und / oder Erkrankten) sind Szenarien des Rettungsdienstes und mit der entsprechenden Struktur ebenso zu refinanzieren. Dem Gesetzgeber ist dies durchaus bewusst, da das in § 133c Abs. 2 SGB V geforderte System nach Nr. 2 ausdrücklich auch die Versorgungsressourcen und Patientenzuweisung im Massenanfall von Verletzten und / oder Erkrankten aufgreift. Eine entsprechende Klarstellung im Rahmen der Refinanzierungsregelungen ist demnach nur folgerichtig.

Preisgünstigste Versorgungsalternative

§ 133 Abs. 2 Satz 7 SGB V gibt vor, dass die Preisvereinbarung an der günstigsten Versorgungsalternative auszurichten ist. Diese Formulierung widerspricht der Einheit der Rechtsordnung und trägt selbst dem sehr restriktiv interpretierten Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V nicht Rechnung.

Sowohl § 12 SGB V als auch über öffentliche Ausschreibungen bezuschlagte Rettungsdienstleistungen werden an dem Gebot der Wirtschaftlichkeit gemessen. Der Zuschlag erfolgt auf das wirtschaftlichste Angebot. Die Rechtsordnung sieht hier ausdrücklich keine rein preisorientierte Leistungserbringung vor. Sofern der Bundesgesetzgeber hier die preisgünstigste Versorgungsalternative als Maßstab für sämtliche Leistungserbringung setzen möchte, definiert er Rückschritt und Medizin jenseits des Stands der Wissenschaft als Versorgungsstandard und stellt gleichzeitig jedwede Arbeitsbedingung in der Notfallrettung in Frage.

Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung

Bei Verhandlung der Vergütung sind die Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung zu berücksichtigen, § 133 Abs. 2 Satz 5 SGB V. Dieser im Grundsatz durchaus positive Ansatzpunkt des Einflusses des Qualitätsausschusses Notfallrettung hinkt nicht nur aufgrund der nicht vollumfänglichen Mitwirkung, sondern verfehlt bereits den Sinn einer Empfehlung, wenn über die Kostenseite die Bindungswirkung festgesetzt wird.

Die Mitwirkung wird unter § 133b SGB V thematisiert.

Gravierender ist die fehlerhafte Bindungswirkung der als Rahmenempfehlung bezeichneten Arbeitsergebnisse des Qualitätsausschusses Notfallrettung. Mit dieser würde der Bundesgesetzgeber über das Gremium in illegitimer Weise unmittelbar strukturelle und organisatorische Aspekte des Rettungsdienstes regeln.

Ferner ergibt sich in dem rettungsdienstlichen Dreiecksverhältnis Kostenträger – Träger Rettungsdienst – Leistungserbringer die Herausforderung, wie mit den Rahmenempfehlungen umgegangen wird und welche Auswirkung etwaige Abweichungen davon haben. Der Rettungsdienst bedarf der Vollkostenfinanzierung, die nicht durch Abweichungen von Rahmenempfehlungen gemindert werden kann. Etwaige Standardabweichungen, die durch den Träger Rettungsdienst vorgeben werden und / oder von diesem zu verantworten sind, dürfen nicht zu einer Benachteiligung der Leistungserbringer führen.

Beitragssatzstabilität

§ 133 Abs. 2 SGB V gibt mit dem Verweis auf § 71 Abs. 1 bis 3 SGB V die Beitragssatzstabilität vor.

Die Bezugnahme auf die Beitragssatzstabilität ist aus systematischen und gesellschaftspolitischen Gründen nachvollziehbar, steht jedoch im Widerspruch zu den hier neu definierten Leistungsbereichen als hinzukommende Aufgaben sowie den vorgegebenen Digitalisierungsvorhaben. Beide Aspekte sind mit zusätzlichen Ausgaben verbunden. Insbesondere die Umsetzung der Rahmenempfehlung zur Qualitätssicherung in der Notfallversorgung ist monetär zu berücksichtigen.

Der anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse entwickelt sich laufend fort und ist dabei insbesondere im Bereich der zeitrelevanten Notfallversorgung stark innovationsgeprägt. In Abwägung des Wirtschaftlichkeitsgebots, des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität und der hochwertigen medizinischen Notfallversorgung der Bürgerinnen und Bürger auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft sollte der Gesetzgeber bereits auf Ebene des SGB V klarstellen, dass die Einführung innovativer Maßnahmen in der medizinischen Notfallrettung und im qualifizierten Krankentransport nicht aufgrund Kostendeckelung behindert werden darf. Die Rettung von Menschenleben durch medizinischen Fortschritt darf nicht aufgrund vorgeschobener Kostendiskussionen ausgebremst werden.

§ 133 Abs. 4 SGB V

Ein funktionierender Krankenfahrtdienst entlastet den qualifizierten Krankentransport und bildet somit die Grundlage für einen leistungsfähigen Rettungsdienst. Um Angebote des Krankenfahrtdienstes nutzbar zu gestalten, bedarf es einer auskömmlichen Vergütung. Daher schlägt die Johanniter-Unfall-Hilfe folgende Formulierung des § 133 Abs. 4 Satz 2 SGB V vor:

*Für Fahrten nach dem Personenbeförderungsgesetz können die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich auch **auskömmliche** Verträge mit zur Leistungserbringung geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen abschließen.*

Die Johanniter-Unfall-Hilfe regt ferner an, für die Entgeltverhandlungen zu Krankenfahrten eine Schiedsstelle im SGB V zu etablieren. Die Bezugnahme über § 133 Abs. 5 Satz 2 SGB V zu § 133 Abs. 3 SGB V läuft leer. Die Herausforderung ist, dass für Leistungen des Rettungsdienstes in den meisten Fällen Schiedsmöglichkeiten in den Landesrettungsdienstgesetzen verankert sind, die Entgeltverhandlungen zu Krankenfahrten jedoch als Leistung außerhalb der Landesrettungsdienstgesetze von dieser Verhandlungseskalation nicht umfasst sind. Krankenfahrdienste werden nach Personenbeförderungsgesetz erbracht. Festgefahrene und gescheiterte Entgeltverhandlungen zu Krankenfahrten führen somit regelmäßig zum Wegfall der Leistung und einer gesteigerten – und für die gesetzlichen Krankenversicherungen letztlich teureren – Inanspruchnahme des Rettungsdienstes. Die Johanniter-Unfall-Hilfe schlägt daher folgende Formulierung des § 133 Abs. 5 Satz 3 SGB V vor:

Kommt ein Vertrag nach Satz 1 sechs Wochen, nachdem eine Vertragspartei zu Verhandlungen aufgefordert hat, nicht zustande oder erklärt eine Partei ausdrücklich das Scheitern der Verhandlungen, findet auf Antrag einer Partei über die Höhe der zu vereinbarenden Vergütung ein Schiedsverfahren statt.

Darauf aufbauend wäre zwischen nach § 133e SGB folgende Regelung einzufügen:

§ 133f Schiedsstelle

- (1) In den Ländern sind Schiedsstellen für Konflikte zu Entgeltverhandlungen zu Krankenfahrten nach § 133 Absatz 5 Satz 3 einzurichten. Sie sind mit einem unparteiischen Vorsitzenden und mit einer gleichen Zahl von Vertretern der Kostenträger sowie von Vertretern der Einrichtungen oder Unternehmen zu besetzen. Der Zeitaufwand der Mitglieder ist zu entschädigen, bare Auslagen sind zu erstatten. Für die Inanspruchnahme der Schiedsstellen können Gebühren erhoben werden.*
- (2) Kommt eine Vereinbarung nach § 133 Absatz 5 Satz 2 innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Partei schriftlich zu Verhandlungen aufgefordert hat, so entscheidet die Schiedsstelle auf Antrag einer Partei unverzüglich über die Gegenstände, über die keine Einigung erreicht werden konnte. Gegen die Entscheidung ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Die Klage richtet sich gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsstelle. Einer Nachprüfung der Entscheidung in einem Vorverfahren bedarf es nicht.*
- (3) Entscheidungen der Schiedsstelle treten zu dem darin bestimmten Zeitpunkt in Kraft. Wird ein Zeitpunkt für das Inkrafttreten nicht bestimmt, so werden die Festsetzungen der Schiedsstelle mit dem Tag wirksam, an dem der Antrag bei der Schiedsstelle eingegangen ist. Die Festsetzung einer Vergütung, die vor diesen Zeitpunkt zurückwirkt, ist nicht zulässig.*
- (4) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zu bestimmen über*
 - 1. die Errichtung der Schiedsstellen,*
 - 2. die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung ihrer Mitglieder,*
 - 3. die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für ihren Zeitaufwand,*
 - 4. die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie die Verteilung der Kosten und*
 - 5. die Rechtsaufsicht.*

Mit der Rechtswegezuweisung zur Sozialgerichtsbarkeit wird dem gesetzgeberischen Willen aus §§ 123 Abs. 1 Satz 10, 133 Abs. 3 Satz 5 SGB V gefolgt.

Diese einzufügende Regelung ist der Sozialgesetzgebung nicht fremd, sondern an § 78g SGB VIII angelehnt.

§ 133 Abs. 6 SGB V

Die einseitige Vorgabe einer Richtlinie zum Verfahren und zur Umsetzung der Vertragsgestaltung durch den GKV-SV wird als höchst kritisch gesehen. Damit wird den Kostenträgern einseitig die Position zugesprochen, den Vertragsinhalt für sämtliche Verträge der medizinischen Notfallversorgung zu gestalten.

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass hier mit einer einheitlichen Vertragsgestaltung gearbeitet wird, doch muss diese im paritätischen Mehrklang der Kostenträger, Träger Rettungsdienst und der Leistungserbringer erarbeitet werden.

Daher regt die Johanniter-Unfall-Hilfe an, § 133 Abs. 6 SGB V wie folgt zu formulieren:

Der Qualitätsausschuss Notfallrettung bestimmt in einer Rahmenempfehlung das Nähere zum Verfahren und zur Umsetzung der Vertragsgestaltung.

§ 133a SGB V

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt die Normierung des Gesundheitsleitsystems als Verzahnung der bisher oft als Silo erbrachten Dispositionsleistungen.

Wichtig ist jedoch, dass die Bildung eines Gesundheitsleitsystems nicht von lokalem Willen abhängig gemacht, sondern zur Förderung der Effizienz des Systems gesetzlich mit Fristen vorgegeben wird.

Daher wäre in § 133a Abs. 2 Satz 1 SGB V der Passus „Auf Antrag eines Trägers“ zu ersetzen und wie folgt zu formulieren:

Der Träger einer Rettungsleitstelle ist verpflichtet, bis zum [Datum definieren] eine standardisierte Notrufabfrage einzuführen und mit der örtlich zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung als Träger der Akutleitstelle eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems zu schließen.

Die Einführung einer standardisierten Notrufabfrage als eines der wesentlichen Schlüsselkriterien für eine zielgerichtete Disposition der Ressourcen im Gesundheitswesen ist elementar und darf daher nicht dem Belieben einzelner Träger überlassen werden.

§ 133b SGB V

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt grundsätzlich ein solches Gremium, wenngleich die Zusammensetzung sowie Abstimmungsmodalitäten noch optimierungsbedürftig sind und die Aufgabenstellung am geltenden Rechtsrahmen auszurichten ist.

§ 133b Abs. 2 SGB V

In Deutschland werden über 80 % der Leistungen im Rettungsdienst durch die anerkannten Hilfsorganisationen erbracht. Der Anteil an Leistungserbringung durch die Kommunen, sei es durch Feuerwehren oder kommunale Eigenbetriebe, liegt in Deutschland bei ca. 15 %. Der Rettungsdienst ist in Deutschland triangulär organisiert: Kostenträger – Träger Rettungsdienst – Leistungserbringer.

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt ausdrücklich, dass künftig Vertreter der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer in dem Gremium vertreten sein sollen und damit das rettungsdienstliche Dreieck der Organisation, Finanzierung und Durchführung in dem

Gremium vertreten ist. Dabei sind jedoch die in § 133b Abs. 2 Satz 6 SGB V vorgesehenen sieben Vertreter für die Leistungserbringer des Rettungsdienstes, der maßgeblichen Fachgesellschaften und der maßgeblichen Berufsverbände im Rettungsdienst deutlich zu wenig. An dieser Stelle ist bereits absehbar, dass ein politisches Wettrennen um die raren Plätze entstehen wird.

Darüber hinaus lässt § 133b Abs. 2 SGB V komplett offen, wie die Beteiligung in dem Qualitätsausschuss Notfallrettung als institutionalisiertem Gremium zur Fortentwicklung der Notfallversorgung refinanziert werden soll. Eine umlagebasierte Refinanzierung über die Rettungsdienstentgelte, -gebühren und -verträge wäre intransparent und eine rein als ehrenamtliches Engagement ausgestaltete Einbindung der Vertreter würde der Bedeutung eines Qualitätsausschusses Notfallrettung keinesfalls gerecht werden. Die Johanniter-Unfall-Hilfe rät daher zur Ergänzung des § 133b Abs. 2 SGB V um folgende Formulierung als § 133b Abs. 2 Satz 7 SGB V:

Die im Rahmen der Mitwirkung im Qualitätsausschuss Notfallrettung entstehenden Kosten der sieben weiteren Vertreter werden vom Bundesministerium der Gesundheit getragen. Näheres ist in der Geschäftsordnung des Qualitätsausschusses Notfallrettung zu regeln.

wobei sich die Bezifferung der mitwirkenden Vertreter auf aktuell sieben an dem aktuell vorliegenden Entwurf orientiert und bei realitätsgetreuer Anpassung entsprechend nachgezogen werden müsste.

Darüber hinaus wäre § 133b Abs. 2 Satz 11 SGB V wie folgt zu ergänzen:

Der Qualitätsausschuss Notfallrettung legt das Nähere zur Arbeitsweise, Besetzung, Refinanzierung und Beschlussfassung unverzüglich in einer Geschäftsordnung fest.

§ 133c SGB V

§ 133b Abs 3 SGB V regelt den Tätigkeitsumfang des neu einzuführenden Qualitätsausschusses Notfallrettung.

Dabei sei an dieser Stelle bereits anzumerken, dass verschiedenste Fragen, die der Gesetzgeber in § 133c SGB V durch Rahmenempfehlung vorzugeben gedenkt, gar nicht in der Regelungszuständigkeit des Bundes liegen und der Qualitätsausschuss Notfallrettung an dieser Stelle maximal evaluierende und wissenschaftliche Bedeutung entwickeln kann.

Ferner ist die Formulierung „Empfehlung“ irreführend und wird der Bedeutung nicht gerecht. Diese Empfehlungen wären über § 133 Abs. 2 Satz 5 SGB V zu berücksichtigender Bestandteil der Vergütungsverhandlungen und würden damit mittelbar Bindungswirkung entfaltend. Eine solche Regelungsbindung ist schon aufgrund der mangelnden Zuständigkeit zu rügen.

§ 133c Abs. 2 Nr.4 SGB V

Unabhängig der Zuständigkeitsfragen regt die Johanniter-Unfall-Hilfe an, dass die Empfehlungen im Bereich der Ersthelferalarmierungssysteme nach § 133b Abs. 3 Nr. 7 SGB konkretisiert wird. Es bedarf vor allem eines einheitlichen Kommunikations- und Datenformats, um die Hilfswilligen, die derzeit aufgrund lokaler unterschiedlicher Ausprägung bei einer Vielzahl an App-Anbietern registriert sind, über die eigene „App-Grenze“ hinaus alarmieren zu können:

Dies muss nicht zwingend im § 133b Abs 3 Nr. 7 SGB V selbst geschehen, da dies unter „Verfügbarkeit von Schnittstellen zu anderen auf digitalen Anwendungen basierenden Ersthelferalarmierungssystemen und den Integrierten Leitstellen“ subsumiert werden kann, sollte jedoch im Rahmen der Begründung noch einmal klargestellt werden.

§ 133c Abs. 3 SGB V

Der Qualitätsausschuss Notfallrettung soll sich gem. § 133c Abs. 3 SGB V mit verschiedenen strukturellen Fragestellungen beschäftigen. Dabei obliegen sämtliche Punkte zur Regelung der notfallmedizinischen Versorgung und des Notfalltransportes, die in dem Katalog des § 133c Abs. 3 Nr. 1 – 6 SGB V enthalten sind, sowie die diesem Katalog entsprechende Regelung zum qualifizierten Krankentransport der Regelungshoheit der Bundesländer, Art. 30, 70 GG.

Dazu im Einzelnen:

Die Qualifikationen im Rettungsdienst sind lediglich auf Ebene des Ausbildungsberufs der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters bundeseinheitlich. Die ebenfalls im Rettungsdienst eingesetzten Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter werden auf Grundlage unterschiedlicher landesrechtlicher Rechtsverordnungen ausgebildet und geprüft. Grundlage der unterschiedlichen Ausbildungs- und Prüfungsordnungen sind Empfehlungen des (Bund-) Länder-Ausschusses „Rettungswesen“. Manche Bundesländer bilden die Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter auf Grundlage der Empfehlung von 2008, manche auf Grundlage einer Empfehlung von 2019 aus. Dem Bund obliegt die Gesetzgebungskompetenz für die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen, Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG. Da das Tätigkeitsbild der Rettungssanitäterin und des Rettungssanitäters kein Heilberuf im Sinne des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG ist, fehlt dem Bund diesbezüglich die Regelungskompetenz.

Die Definition der Ausstattung der Rettungsmittel erfolgt primär im Rahmen der Gremienarbeit zu der Normung der im Rettungsdienst eingesetzten Rettungsmittel. Die Rettungsmittel sind dabei zum Teil bundeseinheitlich (z.B. ITW: DIN 75076, NEF: DIN 75079), zum Teil sogar europaweit (z.B. RTW / KTW: DIN EN 1789, RTH / ITH: DIN EN 13718) genormt. Die Normungsarbeit erfolgt bedarfsorientiert und praxisbezogen. Somit besteht an dieser Stelle kein Handlungsbedarf für den Qualitätsausschuss Notfallrettung.

Grundsätzlich begrüßt die Johanniter-Unfall-Hilfe den Vorstoß, Hilfsfristen (wenngleich diese zur besseren Differenzierung von den klassischen Planungsgrößen eher „Interventionsfristen“ darstellen) einsatzmittelindividuell und meldebildabhängig auszugestalten. Praktisch überschreitet der Qualitätsausschuss Notfallrettung auch hier an die Regelungskompetenzen, da die konkrete Ausgestaltung landesrechtlich geprägt ist.

Vergleichbares gilt für die gem. § 133c Abs. 3 Nr. 3 SGB V aufzustellenden Empfehlungen zu der medizinischen Versorgung vor Ort und während des Transportes. Diese Regelung steht im Widerspruch zu § 30 Abs. 4 SGB V, wonach die Versorgung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu erfolgen habe. Der aktuelle Stand der Wissenschaft wird in medizinischen Leitlinien und nicht in Empfehlungen eines Qualitätsausschusses Notfallrettung abgebildet. Verständlich ist, dass der Gesetzgeber hier versucht, die Arbeit des Pyramidenprozesses, in dem die Kompetenzen der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter erarbeitet, definiert und fortentwickelt werden, im Rahmen der Reform der Notfallversorgung zu legalisieren. Dies scheitert jedoch ebenso an der für eine solche Standardbestimmung untaugliche Besetzung des Qualitätsausschusses.

Der Qualitätsausschuss Notfallrettung soll sich gem. § 133c Abs. 3 Nr. 4 SGB V mit den Aufgaben der Ärztlichen Leitung des Rettungsdienstes beschäftigen. Auch hier stößt der Bundesgesetzgeber an die Grenzen der eigenen Gesetzgebungskompetenz. Die Rolle der Ärztlichen Leitung ist in den Bundesländern höchst unterschiedlich aufgestellt und erfüllt entsprechend der landesrechtlichen Regelungen ganz unterschiedliche Aufgaben. Die gemeinsame Definition von Rollen und Aufgaben würde auch hier die Regelungshoheit der Bundesländer verletzen.

Der Qualitätsausschuss Notfallrettung könnte sich jedoch mit einem wichtigen, noch nicht in § 133c Abs. 3 Nr. 1 – 6 SGB V aufgegriffenem Thema beschäftigen: den spezialisierten ambulanten Versorgungsangeboten für die notfallmedizinische Versorgung vor Ort. Der Qualitätsausschuss sollte die unterschiedlichen Angebote im Blick behalten und deren Einsatz mit den Auswirkungen auf den Rettungsdienst, die ambulante Weiterbehandlung, die Hospitalisierung und alle sonstigen gesundheitsökonomischen Aspekte beurteilen. Die daraus resultierenden Empfehlungen – die mangels Kompetenz tatsächlich Empfehlungen oder Bindungscharakter sein sollten – könnten dann Grundlage für die Planung neuer Versorgungsangebote sein. So könnte wissenschaftlich fundiert und gesundheitsökonomisch nachvollziehbar begründet werden, wieso einzelne Versorgungsangebote keinen gesamtheitlichen Mehrwert bringen und welche Versorgungsangebote sich in dem neugeordneten System der Notfallversorgung zielgerichtet einsetzen lassen.

§ 133d SGB V

Die Johanniter begrüßen ausdrücklich den legislativen Vorstoß, die digitale Kooperation in der präklinischen Notfallversorgung voranzutreiben.

Die Johanniter-Unfall-Hilfe befürwortet die Verpflichtung zur digitalen Erhebung und Speicherung der im Behandlungsablauf anfallenden Daten.

Gleichzeitig sei bereits an dieser Stelle darauf verwiesen, dass der Grad der Digitalisierung aktuell stark vom Träger Rettungsdienst abhängt, da dieser in der Regel die zu verwendenden Geräte vorgibt. Mit einer flächendeckenden Pflicht zur digitalen Datenverarbeitung werden nicht unerhebliche Kosten entstehen.

Der Johanniter-Unfall-Hilfe ist durchaus bewusst, dass mit der Einführung eines eigenen Leistungsbereichs auch die vollständige medizinrechtliche Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht aus § 630f. BGB (mind. in analoger Anwendung) einhergehen.

Die Johanniter-Unfall-Hilfe erkennt die vielen positiven Aspekte einer Anbindung des Rettungsdienstes an die Telematik-Infrastruktur, wie sie in § 133d Satz 2 SGB V vorgesehen ist. In § 133d SGB V fehlen hierzu maßgebliche Refinanzierungsregelungen – sowohl für die Erst- und Folgeausstattung, für die Schulung der potentiellen Anwendenden sowie letztlich den Betrieb. Die bisherigen Regelungen zur Refinanzierung der Telematik-Infrastruktur, insbesondere die Pauschalen in der Festsetzung des BMG zur Telematik-Infrastruktur in Anlage 32 des Bundesmantelvertrages, würden in der aktuellen Form keine Refinanzierungsgrundlage bilden.

Bei der Speicherung der Daten in der elektronischen Patientenakte ist zu gewährleisten, dass alle für die Träger Rettungsdienst und die Leistungserbringer relevanten Daten uneingeschränkt und während der kompletten Dokumentationszeit greifbar bleiben. Dies betrifft insbesondere alle abrechnungsrelevanten Daten sowie die Behandlungsdaten, die evtl. zur Abwehr von Schadensersatzansprüchen genutzt werden müssen. Die elektronische Patientenakte ist hierfür als Datenspeicherort ungeeignet.

§ 133e SGB V

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt ausdrücklich die vorgesehene Datenübermittlung zur Qualitätssicherung. Die Johanniter-Unfall-Hilfe regt an, den Kreis der abrufberechtigten Parteien gem. § 133e Abs. 2 Satz 2 SGB V um die Leistungsbringer der medizinischen Notfallversorgung sowie um Hochschulen und Universitäten zu erweitern.

Die Datenstelle hat für das Bundesministerium für Gesundheit, für das Gremium nach § 133b, für die für den Rettungsdienst zuständigen Landesbehörden, ~~sowie~~ für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, für die Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1 sowie für Hochschulen und Universitäten auf Anforderung Auswertungen für ihre Belange zu erstellen und sie der jeweiligen anfordernden Stelle zur Verfügung zu stellen.

Damit könnten die an der Versorgung beteiligte sowie mögliche wissenschaftliche Partner die Optimierung der Versorgung sowie die Versorgungsforschung mit Daten aus erster Hand effektiv vorantreiben.



JOHANNITER

**Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.
Bundesgeschäftsstelle**

Lützowstraße 94
10785 Berlin

Telefon 030 26997-0
Telefax 030 26997-444
info@johanniter.de
www.johanniter.de

Bundesvorstand (§ 26 BGB):

Thomas Mähnert
Oliver Meermann

Ansprechpartner:

Kevin Grigorian, LL.M., MBA
Leiter des Stabes der Bundesgeschäftsstelle
Beauftragter Nationale Hilfsgemeinschaft
rettungsdienst@johanniter.de

Stabsstelle Politik:

politik@johanniter.de



**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Notfallreformgesetz – NotfallG)

Berlin, 17.02.2026

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
Bundesverwaltung – Fachbereich Gesundheit,
Soziale Dienste, Bildung und Wissenschaft
Bereich Gesundheitswesen/Gesundheitspolitik
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

I. Gesamteinschätzung

Der vorliegende Gesetzentwurf adressiert wesentliche Problemstellungen und Herausforderungen in der Notfallversorgung. Dazu gehören steigende Einsatzzahlen, eine unzureichende Abstimmung zwischen ambulanten und stationären Strukturen sowie die derzeit mangelnde Steuerung der Patientenströme. In Anbetracht der flächendeckend überlasteten Notfallversorgungsstrukturen, einer dauerhaften Be- und Überlastung des Personals sowie einer hohen, nicht immer medizinisch indizierten Inanspruchnahme durch Patient*innen besteht aus der Sicht von ver.di ein hoher Reformdruck im Bereich der Notfallversorgung.

Die im Entwurf enthaltenen Regelungen verfolgen das Ziel, die Notfallversorgung der Patient*innen besser zu steuern und den Rettungsdienst als eigenständigen Bestandteil der Gesundheitsversorgung zu verankern. Beide Ansätze sind aus der Sicht von ver.di zu begrüßen, denn nur durch eine integrierte Versorgungsstruktur ist die bedarfsgerechte und effiziente Nutzung der vorhandenen Ressourcen im Rettungswesen möglich. Aus gewerkschaftlicher Sicht ist hervorzuheben, dass der Gesetzentwurf den Rettungsdienst über seine Transportfunktion hinaus erweitert und eine fallabschließende Versorgung sowie die Einrichtung einer spezialisierten Notfallversorgung vorsieht. Positiv bewertet wird, dass die Einrichtung von integrierten Notfallzentren (INZ) und die stärkere digitale und strukturelle Vernetzung der Beteiligten durch die Einführung von Gesundheitsleitsystemen dazu beitragen können, dass künftig Fehlsteuerungen reduziert und medizinisch nicht indizierte Besuche in der Notaufnahme vermieden werden können. Dies kann dazu beitragen, die Belastung des Personals in den Krankenhäusern zu vermindern und so die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten zu verbessern. ver.di begrüßt zudem, dass durch die Einführung der spezialisierten ambulanten Notfallversorgung multiprofessionelle Teams Einzug in das Notfallwesen halten. Der Rettungsdienst wird hierdurch entlastet und unnötige Einweisungen ins Krankenhaus können vermieden werden. Gleichzeitig profitieren Patient*innen von einer passgenaueren Versorgung. Begrüßt wird auch, dass der Gesetzentwurf eine weitreichende Standardisierung der Prozesse im Notfallmanagement vorsieht. Standardisierte qualitätsgesicherte Notrufabfragen, telemedizinische Beratung und digitale Fallübergaben können Abläufe beschleunigen und die Versorgungsqualität erhöhen.

Trotz der guten Ansätze bleiben jedoch Fragen bezüglich der praktischen Umsetzung der vorgesehenen Maßnahmen. Die Reform sieht einen tiefgreifenden Eingriff in die Rahmenbedingungen der Notfallrettung vor. Die geplanten Reformen sind nur dann durchsetzbar, wenn insbesondere im ambulanten Bereich zusätzliche Ressourcen zur Behandlung von medizinischen Notfällen bereitgestellt werden. Die neue spezialisierte ambulante Notfallversorgung erfordert zusätzliche

Qualifikationsprofile und verbindliche Regelungen zur Ausgestaltung von Arbeitsprozessen zwischen allen Beteiligten. Aus der Sicht der Beschäftigten ist besonders relevant, dass die Reformen nicht zu einer weiteren Arbeitsverdichtung führen. Die neu eingeführten Prozesse und Strukturen müssen mit genügend Personal ausgestattet sein. Dazu braucht es klare und verbindliche Vorgaben zur Personalbemessung, zu den Qualifikationsanforderungen und zur Finanzierung. Nur wenn diese Vorgaben erfüllt sind, kann die Reform zu einer echten Entlastung beitragen.

II. Zentrale Punkte im Einzelnen

Einführung eines Anspruchs auf medizinische Notfallrettung (§§ 27, 30 SGB V)

ver.di begrüßt ausdrücklich, dass die medizinische Notfallrettung in Zukunft als eigenständiger Leistungsbereich im SGB V verankert wird. Durch diese Regelung wird Rechtssicherheit für alle Beteiligten geschaffen. Gleichzeitig werden durch die damit einhergehende Änderung der Vergütungsstruktur Fehlanreize für unnötige stationäre Behandlungen abgeschafft. Die Möglichkeit notfallmedizinische Versorgung vor Ort abzuschließen, verhindert unnötige Folgekosten. Die Einführung digitaler Standards im Rahmen des Notfallmanagements kann zu einer Angleichung regionaler Versorgungsunterschiede beitragen.

ver.di begrüßt zudem den Ansatz, dass notfallmedizinische Versorgung auch durch spezialisierte ambulante Versorgungsangebote erfolgen kann. Wenn gut umgesetzt, kann dieser multiprofessionelle Ansatz zu einer Entlastung der stationären Strukturen und einer passgenaueren Versorgung führen. So können Versorgungsbedarfe gedeckt werden, die im klassischen Rettungswesen nur unzureichend behandelt werden können, wie zum Beispiel psychosoziale Krisen, komplexe Pflegebedarfe oder niedrighschwellige geburtshilfliche Unterstützung.

Allerdings beinhaltet der Gesetzentwurf keine konkreten Organisationsmodelle oder verbindliche Personal- bzw. Strukturvorgaben. Es bleibt leider offen, wie die Angebote praktisch aufgebaut, finanziert und personell ausgestattet werden sollen.

Kritisiert wird, dass die Maßnahmen der Notfallrettung der Zuzahlungspflicht für Versicherte unterfallen soll. Der Anteil privater Haushalte und Privatorganisationen an den Gesamtausgaben im Gesundheitssystem belief sich laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes im Jahr 2022 bereits auf 56 Mrd. pro Jahr mit kontinuierlich steigender Tendenz. Allein für Zuzahlungen für Heil- und Hilfsmittel mussten Privathaushalte im Jahr 2023 mehr als 1,2 Mrd. Euro zusätzlich ausgeben.

Weiterentwicklung des Sicherstellungsauftrags der KVen für die notdienstliche Versorgung (§ 75 SGB V)

ver.di begrüßt die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages und die damit einhergehende Verpflichtung der KVen zur Bereitstellung einer strukturierten, jederzeit erreichbaren notdienstlichen Akutversorgung. Ebenfalls positiv bewertet wird, dass der Gesetzentwurf in diesem Zusammenhang auch telemedizinische Angebote und aufsuchende Versorgungsformen vorsieht. Grundsätzlich wird positiv bewertet, dass die KVen stärker in die Pflicht genommen werden und aktiv zur Entlastung des Rettungsdienstes beitragen sollen.

Problematisch ist allerdings, dass der Gesetzentwurf nicht konkretisiert, wie Kapazitäten für die zusätzlichen Aufgaben der KVen aufgebaut werden sollen. Insbesondere bei der Konstruktion des aufsuchenden Dienstes muss der Gesetzgeber zur Kenntnis nehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung bereits heute nicht mehr als flächendeckend gesichert gelten kann. Lücken in der ambulanten Versorgung gehören zum Versorgungsalltag vieler Bürger*innen und beeinträchtigen die Qualität und Verfügbarkeit der flächendeckenden ambulanten Versorgung zum Teil deutlich. Vor diesem Hintergrund kann die Einrichtung von Akutleitstellen in Verbindung mit aufsuchenden Diensten nur dann eine Entlastung überlaufender stationärer Notfallversorgungsstrukturen wie auch eine Verbesserung der Akutversorgungssituation in entlegenen, strukturschwachen oder unterversorgten Gebieten bringen, wenn entsprechende ambulante Versorgungskapazitäten aufgebaut werden.

Integrierte Notfallzentren (§§ 123, 123a SGB V)

ver.di begrüßt die Etablierung von integrierten Notfallzentren. Es wird erwartet, dass die Ersteinschätzungsstellen im INZ die Steuerung der Patient*innen in die korrekte Versorgungsform deutlich verbessern wird.

Allerdings werden durch die Errichtung von INZs die Probleme der fehlenden Ressourcen, personeller Unterbesetzung und Überlastung, die in vielen Notaufnahmen an der Tagesordnung stehen nicht angemessen adressiert. INZ können jedoch über ihre Steuerungsfunktion der zentralen Ersteinschätzungsstelle zumindest einen Beitrag zur Entschärfung dieser Problemsituation liefern.

Grundsätzlich gilt aber auch hier, dass zunächst klar zu definieren ist, wie die personelle Ausstattung der INZ, insbesondere der Ersteinschätzungsstellen, konkret ausgestaltet werden soll. Es

muss sichergestellt werden, dass die bereits stark belasteten Beschäftigten in den Notaufnahmen nicht zusätzliche Aufgaben übernehmen müssen, die aus dem Betrieb der INZ entstehen. Im Zuge der Neuordnung der stationären Versorgungsstruktur durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und der damit verbundenen Veränderungen bei potenziellen INZ-Standorten ist zudem zu gewährleisten, dass diese Einrichtungen auch in strukturschwachen oder ländlichen Regionen schnell und niedrigschwellig erreichbar bleiben, insbesondere dort, wo der öffentliche Personennahverkehr und die vorhandene Infrastruktur nicht ausreichend ausgebaut sind. Darüber hinaus sollte die Möglichkeit geschaffen werden, INZ gezielt auch an bislang nicht vorgesehenen Standorten einzurichten, wenn dadurch drohende Versorgungslücken geschlossen und Beeinträchtigungen des Sicherstellungsauftrags verhindert werden können.

Ergänzende Punkte

Die im Gesetzentwurf beschriebene Überlastung der Notaufnahmen kann nicht allein durch eine bessere Patient*innensteuerung und ein besseres Notfallmanagement gelöst werden. ver.di hält vor diesem Hintergrund die Entwicklung, Erprobung und verbindliche Anwendung eines bedarfsgerechten Personalbemessungsinstruments in der Notfallversorgung für elementar. ver.di fordert, die bereits durch § 137 I SGB V für das Jahr 2024 vorgesehene Erarbeitung von Vorschlägen für eine bedarfsgerechte Personalbemessung von Notaufnahmen im Zuge des vorliegenden Gesetzesentwurf mit dem Ziel eine Entwicklung und Erprobung im Jahr 2026 zu forcieren.

Grundsätzlich muss sichergestellt werden, dass der Abzug einzusetzenden Personal für Erstein-schätzungsstellen nicht zu Unterschreitungen einer bedarfsgerechten Personalbemessung in anderen Bereichen und Abteilungen des Krankenhauses führt und dass Ausfallkonzepte und Vertretungspläne so ausgestaltet werden, dass sowohl eine durchgängige Erstein-schätzung an der hierfür vorgesehenen Stelle als auch eine regelhafte Versorgung in der Notaufnahme und den weiteren Krankenhausbereichen gewährleistet bleibt.

Dort wo die Vergütung der einzelnen Leistungen der medizinischen Notfallrettung und von Krankentransporten nicht durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt werden, sollen die Krankenkassen und ihre Landesverbände entsprechende Verträge mit den Leistungserbringern abschließen. ver.di fordert, dass diese Verträge die vollständige Refinanzierung der Personalkosten und entsprechender Tarifverträge im Bereich der Rettungsdienste sicherstellen müssen.

Stellungnahme

der DRF Stiftung Luftrettung gemeinnützige GmbH

zur Anhörung des Gesundheitsausschusses des
Deutschen Bundestages zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Reform der
Notfallversorgung und des Rettungsdienstes
(Notfallgesetz – NotfallG)**

Bundestagsdrucksache 21/2214 vom 14.10.2025

Stand: 23. Februar 2026

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Vorbemerkungen

„Menschen. Leben. Retten“ – Dieses Motto hat sich die gemeinnützige DRF Luftrettung seit ihrem ersten Luftrettungseinsatz am 19. März 1973 zur Aufgabe gemacht. Dabei steht bei all unserem Handeln die optimale Versorgung von Patientinnen und Patienten in medizinischen Notlagen im Fokus. Dies gelingt nur, wenn alle Akteure, angefangen bei den niedergelassenen Ärzten und dem ärztlichen Notdienst, über die Integrierten Leitstellen für Feuerwehr und Rettungsdienst, Ersthelfern und dem Rettungsdienst, bis zu den Krankenhäusern, aber auch alle anderen Beteiligten im Gesundheitssystem, wie z.B. Träger, Auftraggeber und Kostenträger, die medizinische Versorgung von Menschen als Gemeinschaftsleistung betrachten.

Daher begrüßen wir jede Initiative zur Stärkung der Notfallversorgung und der Regelungen zum Rettungsdienst ausdrücklich. Wir hoffen, dass die Reformanstrengungen in diesem wichtigen Politikfeld in dieser Legislaturperiode erfolgreich sein werden.

Eine Reform der Notfallversorgung ist ein wichtiger Baustein für eine zukunftsfähige medizinische Versorgung in Deutschland. Gemeinsam mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) kann die Versorgung in Deutschland verbessert werden und bestenfalls auch kosteneffizienter für die Versicherten gestaltet werden. Damit die notfallmedizinische Versorgung in der Stadt und insbesondere im ländlichen Raum in der Zukunft verbessert wird, sind einheitliche Standards, bundesländerübergreifende Planungen und eine effektive Zusammenarbeit über Ländergrenzen hinweg unabdingbar. Deshalb ist aus unserer Sicht auch eine frühzeitige Einbindung der Länder erforderlich, damit auch ggf. die jeweiligen landesrechtlichen Regelungen sinnvoll mit der Notfallreform zusammenpassen und so der gewünschte Fortschritt in der Notfallversorgung möglich wird.

Weder das KHVVG noch das GVSG können ohne einen gut aufgestellten Rettungsdienst und ohne eine bedarfsgerechte Luftrettung funktionieren. Es ist daher auch nicht sinnvoll anzunehmen, aufgrund von Leistungskonzentration und ggf. Schließung oder Umwidmung von Kliniken könne eine Umverteilung der Gelder ausschließlich innerhalb des Kliniksektors erfolgen. Die Auswirkungen dieser Konzentrationen auf weniger Krankenhausstandorte werden nicht nur für den Patienten bedeutsam sein, sondern auch den boden- und luftgebundenen Rettungsdienst durch eine Verlängerung von Fahr- und Flugstrecken zu und zwischen Kliniken, erhöhte Bindungszeiten der Rettungsmittel und eine erwartete Zunahme der Interhospitaltransporte vor höhere Anforderungen stellen. Dies ist nur leistbar, wenn freiwerdende finanzielle Mittel für eine Stärkung des Rettungsdienstes vorgesehen werden.

Wir möchten an dieser Stelle auf die bereits zu früherer Zeit veröffentlichten Stellungnahmen der DRF Luftrettung bezüglich der bisherigen Reformvorhaben zu einer Notfallreform aus den letzten Jahren verweisen (u.a. Positionspapier der DRF Luftrettung; Anhörung des BMG zur Notfallreform im November 2025; Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestags am 6. November 2024)

Aufnahme der Medizinischen Notfallrettung in das SGB V

- Wir begrüßen ausdrücklich das Ziel die medizinische Notfallrettung als Leistungssegment in das SGB V aufzunehmen. So wird ein Paradigmenwechsel weg vom Rettungsdienst als reine Transportleistung, hin zu einer präklinischen notfallmedizinischen Leistung zum Ausdruck gebracht.
- Wir regen an, dass bei der Definition des Notfalltransportes neben dem Transport von Patientinnen und Patienten im Primär- und Sekundäreinsatzfall auch zusätzlich an die nicht minder bedeutsamen eiligen Transporte von medizinischem Fachpersonal, Organen, Medikamenten, Antidoten, Blutprodukten und medizinischen Geräten gedacht wird.

Definition von Krankentransporten, - transportflügen und -fahrten

- Der Vorschlag zur Etablierung einer Möglichkeit von Verlegungen von einem Krankenhaus höherer Versorgungsstufe in solches einer niedrigeren Versorgungsstufe wird mit Blick auf knappe Kapazitäten in Spezialzentren seitens der DRF Luftrettung ausdrücklich begrüßt. So können knappe klinische Behandlungskapazitäten effektiver genutzt werden.
- Die klarstellende Definition bezüglich der Krankentransportflüge sollte ggf. für andere Gesetzesvorhaben im Bereich der Notfallversorgung zu Grunde gelegt werden.
- Es sollte überlegt werden, ob in den Gesetzentwurf auch die Idee einer verordnungsgleichen Disposition von Luftrettungsmitteln bei Verlegungsflügen durch eine Rettungsleitstelle aufgenommen wird.

Einbindung der Leistungserbringer in Landesgremien

- Die Vorschläge in §§ 90 und 90a SGB V auch die Leistungserbringer im Rettungsdienst mit einer Stimme in den entsprechenden Landesgremien zu verankern ist aus unserer Sicht folgerichtig. Wenn über die Vorgaben und Anfordern an die lokalen Notfallstrukturen und einen modernen Rettungsdienst gesprochen und entschieden wird, müssen die Leistungserbringer in diesem Feld eingebunden sein. Auf Grund der besonderen der Rolle der Luftrettung als überregionales Einsatzmittel sowie deren besonderen Anforderungen (insb. Luftrechtliche Vorgaben), regen wir an, dass neben dem bodengebundenen Rettungsdienst auch die Luftrettung stimmberechtigt in den Gremien verankert werden sollte.
- Im Sinne effizienter Ressourcennutzung sollten Krankenhausplanung, Planung von Integrierten Notfallzentren und Rettungsdienstbedarfsplanung Hand in Hand gehen. So lassen sich Unterversorgung und Überlagerungen insbesondere in der Fläche verhindern.

Integrierte Notfallzentren

- Wir begrüßen grundsätzlich die Idee von Integrierten Notfallzentren (INZ) sowie auch die vorgeschlagenen Vorgaben zu deren Erreichbarkeit.

- Gerade in ländlichen Bereichen ist auch die direkte Anbindungsmöglichkeit der Luftrettung an ein INZ unverzichtbar, damit Patientinnen und Patienten schnell in höherwertige klinische Versorgungseinrichtung transportiert werden können. Daher muss es in der direkten Nähe zu einem INZ einen Hubschrauberlandeplatz geben, damit im Einsatzfall keine kostbare Zeit und zusätzliche Ressourcen für einen bodengebundenen Zwischentransport zum Hubschrauberlandeplatz mit einem Rettungswagen benötigt werden.
- Hierfür kommen aus unserer Sicht keine „Public Interest Sites“ in Frage, da diese nach gültigem Luftrecht nicht mehr neu angelegt werden dürfen. Vielmehr sollten an INZ rund um die Uhr anfliegbare Landeplätze nach § 6 LuftVG vorgehalten werden. Hierfür sollte auf etwaige Fördermöglichkeiten (z.B. Sondervermögen Infrastruktur und Krankenhaustransformationsfond) hingewiesen werden.

Finanzierung des Rettungsdienstes

- Grundsätzlich werden bundesweit einheitliche Regelungen zur Finanzierung des Rettungsdienstes seitens der DRF Luftrettung begrüßt.
- Aus Sicht eines Leistungserbringer ist erforderlich, dass das Gesetz klar definiert, was Aufgaben im Sinne des § 30 der Medizinischen Notfallrettung und was darüberhinausgehende Leistungen sind, die nicht von den Kostenträgern getragen werden. So gibt es zum Beispiel Dissens bei der Frage der Refinanzierung einer Rettungswinde an einem Rettungshubschrauber, die sowohl für die Zuführung von medizinischem Fachpersonal an den Einsatzort als auch den Patiententransport genutzt werden kann.
- Kosten für Aus- und Fortbildung sowie auch für Investitionen in den Rettungsdienst müssen in die jeweiligen Kalkulationen aufgenommen und durch die Kostenträger refinanziert werden. Weiterhin muss gewährleistet sein, dass Kostensteigerungen, die nicht in der Hand der Leistungserbringer liegen (Tarifrecht, Steuern, etc.) erstattet werden.
- Eine Bildung zentraler Abrechnungsstellen auf Landesebene für den Rettungsdienst auf Seiten der Kostenträger (wie beispielsweise die ZAST in Bayern), böte die Möglichkeit eine teilweise gebotene Vorhaltefinanzierung – vergleichbar der kommenden Regelung im Krankenhausbereich – ratierlich auszus zahlen, um somit eine gleichmäßige Liquiditätsausstattung der überwiegend gemeinnützigen Leistungserbringer unabhängig der Einsatz-, Kilometer- oder Flugleistung sicherzustellen.
- Es muss im Gesetz verankert werden, dass ein durch die zuständige Landesbehörde oder durch die vom Landesrecht vorgesehenen Träger festgestellter Bedarf für eine Leistungserbringung zu einer Verpflichtung der Sozialversicherungsträger zum Abschluss eines Vergütungsvertrages mit einem beauftragten Unternehmen führt. Insbesondere bei neuen Versorgungsstrukturen, und Erweiterungen der Leistungen von einzelnen Rettungsmitteln sollten daher die zuständigen Träger frühzeitig vor einem Vergabeverfahren in einen Austausch mit den Kostenträgern gehen.

- Weiterhin sollte klargestellt werden, dass eine Kalkulation im Rahmen eines nach Wettbewerbsrecht durchgeführten Vergabeverfahrens die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung begründet.
- Es fehlt in dem Entwurf eine Regelung zum Kostendeckungsprinzip, ebenso wie zur Methodik eines Entgeltausgleichs über mehrere Jahre hinweg.
- In den im Entwurf erwähnten Arbeitsgemeinschaften zur möglichen Definition von Festbeträgen für Leistungen des Rettungsdienstes sollten auch Vertreter der Träger sowie die Leistungserbringer Gehör finden.
- Wir vermissen in dem vorgelegten Gesetzentwurf schließlich noch Regelungen zu Schiedsstellen, die Interessen der Versicherten und der Leistungserbringer angemessen berücksichtigen. Gerade da die Länder weiterhin für die Rettungsdienste zuständig sein sollen, ist es aus unserer Sicht erforderlich, dass es einheitliche Vorgaben vom Bundesgesetzgeber gibt, damit 16 verschiedene Landesregelungen vermieden werden, die einen erheblichen bürokratischen Aufwand sowohl auf Kostenträger- wie auch Leistungserbringerseite bedeuten. Insbesondere was den zeitlichen Verlauf eines möglichen Schiedsverfahrens betrifft, bedarf es eindeutiger und praktikabler Vorgaben, damit sich solche Verfahren nicht in die Länge ziehen. Zusätzlich wäre es im Sinne der patientenzentrierten Leistungserbringung notwendig zu definieren, dass im Rahmen von Schiedsverfahren die Kostenträgerparteien die Beweislast einer Unwirtschaftlichkeit tragen und nicht die Leistungserbringerseite die eigene Wirtschaftlichkeit darlegen muss, was oftmals nahezu unmöglich ist.

Qualitätsausschuss Notfallrettung

- Die Etablierung eines Qualitätsausschusses Notfallrettung beim das Bundesgesundheitsministerium begrüßen wir. So wird die Unabhängigkeit bei der Organisation der Ausschussarbeit gewährleistet und die Offenheit für neue Versorgungskonzepte gefördert.
- Als Mitglieder sollten nicht nur die Experten der bodengebundenen Rettungsdienste sowie Berufsverbände benannt werden, sondern auch die Belange der hochspezialisierten Leistungsbringer berücksichtigt werden.
- Der Gesetzentwurf enthält einen großen Katalog an möglichen Empfehlungen des Qualitätsausschusses für die Notfallrettung. Im Sinne eines einheitlich hohen Standards in der medizinischen Notfallversorgung begrüßt die DRF Luftrettung die Idee von bundesweit einheitlichen Vorgaben. Gerade die Luftrettung ist oft ländergrenzenüberschreitend im Einsatz und bisher mit zahlreichen unterschiedlichen Landesregelungen von der Disposition der Einsätze bis hin zu der Ausstattung der Rettungsmittel konfrontiert.
- Allerdings dürfen zukünftige einheitliche Vorgaben nicht zu einer Stagnation oder gar Verschlechterung der bisherigen Versorgungsqualität führen. Gerade die Luftrettung hat notfallmedizinische Innovationen in den vergangenen Jahren geprägt, dies sollte auch in der Zukunft möglich sein und durch Experimentierklausen gefördert werden können.

Dokumentation und Daten im Rettungsdienst

- Die Einführung einer einheitlichen digitalen Dokumentation wird begrüßt. Es muss aber sichergestellt sein, dass es einheitliche Vorgaben gibt, damit die Daten interoperabel auch zwischen verschiedenen Nutzern (Ärztlicher Notdienst, bodengebundener Rettungsdienst, Luftrettung, Krankenhaus, ...) nutzbar sind.
- Im Sinne der Qualitätssicherung sollten auch Daten und Ergebnisse aus den Versorgungseinrichtungen an den Rettungsdienst zurückgespiegelt werden, damit dieser das Feedback zur Patientenversorgung bei zukünftigen Einsätzen berücksichtigen kann.
- Eine zentrale Qualitätssicherung ist zu begrüßen. Hier ist zu ergänzen, dass die hierfür erforderlichen Aufwendungen in den Vergütungsverträgen nach § 133 Berücksichtigung finden.
- Es ist aus unserer Sicht unerlässlich, dass neben den Daten aus dem Rettungsdienst auch die klinischen Daten zum Patienten-Outcome an diese Datenstelle übermittelt werden, damit eine klare Bewertung der Ergebnisqualität des Rettungsdienstes möglich ist.

Abschließende generelle Anmerkungen

- Mit Blick auf die Luftrettung muss dem Gesetzgeber bewusst sein, dass diese eine besondere Rolle in der medizinischen Notfallversorgung einnimmt. So ist sie nicht nur schneller **Notarztzubringer**, sondern bringt **zusätzliche medizinische Kompetenz** und oft auch besonderes medizinisches Equipment an die Einsatzstelle und bietet schließlich noch die Möglichkeit des **zügigen Patiententransportes** in eine geeignete Klinik, was im Gegenzug Ressourcen des bodengebundenen Rettungsdienstes entlastet und dieser für Folgeeinsätze wieder schneller verfügbar ist.
- Luftrettungsmittel sollen insbesondere bei besonders indizierten Tracer-Diagnosen zum Einsatz kommen, daher sind Standby-Zeiten systemimmanent. Ferner gibt es aus Gründen der Sicherheit in der Luftfahrt wetterbedingte Ausfallzeiten. Daher können mit alleinigem Blick auf die Luftrettung nicht die Auslastung und die Kosteneffizienz als Bewertungskriterium herangezogen werden. Vielmehr muss der Nutzen für das gesamte Gesundheitssystem und vor allem der Outcome für die Patientinnen und Patienten im Fokus stehen.
- Liberalisierungen in den Bereichen der Arbeitnehmerüberlassung und der Arbeitszeitgesetze für das medizinische Personal der Luftrettung können dazu beitragen dem Fachkräftemangel aber auch Bürokratie und steigenden Kosten entgegenzuwirken.

Über die DRF Luftrettung:

Die DRF Luftrettung mit Sitz in Filderstadt ist eine der größten Luftrettungsorganisationen Europas. Von 33 Stationen an 31 Standorten in Deutschland aus starten die Hubschrauber und Ambulanzflugzeuge der gemeinnützigen Organisation zu ihren Einsätzen. Hierzu gehören seit über 50 Jahren Einsätze in der Notfallrettung, Verlegungsflüge von kritisch kranken oder verletzten Personen zwischen Kliniken und Rückholungen von Patientinnen und Patienten aus dem Ausland. An 13 der Hubschrauberstationen sind die Crews rund um die Uhr einsatzbereit, an einer weiteren ist die Besatzung im Tagbetrieb mit erweiterten Randzeiten einsatzbereit. An fünf Standorten kommen Hubschrauber mit Rettungswinde zum Einsatz. Über 400.000 Fördermitglieder unterstützen die innovative Arbeit der gemeinnützigen Luftrettungsorganisation.

Herausgeber und Kontakt:

DRF Stiftung Luftrettung gemeinnützige GmbH

Rita-Maiburg-Straße 2

70794 Filderstadt

T +49 711 7007-7000

F +49 711 7007-2349

partnermanagement@drf-luftrettung.de

www.drf-luftrettung.de

Eingetragen im Lobbyregister des Bundestages nach dem Lobbyregistergesetz, Registernummer: R006259.

Aktuelles Kartenmaterial mit einer Übersicht der deutschen Luftrettungsstationen und das Positionspapier der DRF Luftrettung für eine bessere Luftrettung in Deutschland sind [hier](#) abrufbar.

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT



Stellungnahme

zum Gesetzentwurf

der Fraktion BÜNDNIS 90/Die Grünen

für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung und des
Rettungsdienstes (Notfallgesetz – NotfallG)

(Stand: 09.02.2026)

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Einordnung	1
Zentrale Kritikpunkte.....	2
1) Fehlende auskömmliche Finanzierung	2
2) INZ-Strukturen mit scharfer Sektorentrennung und Aufbau von Doppelstrukturen	2
3) Sanktionen statt effizienter Patientensteuerung	2
4) Eingriff in die Krankenhausplanung der Länder	3

Allgemeine Einordnung

Die Krankenhäuser unterstützen die Zielsetzung, Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht in die jeweils geeignete Versorgungsebene zu steuern, die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu entlasten und die Zusammenarbeit zwischen den Versorgungssektoren zu verbessern, ausdrücklich. Allerdings weist der vorliegende Gesetzentwurf der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, ebenso wie auch der vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegte Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung¹, grundlegende strukturelle und finanzierungstechnische Defizite auf, die eine erfolgreiche Umsetzung der Notfallreform gefährden. Denn auch dieser Entwurf sieht vor, die Krankenhäuser für einen Ausgleich der strukturellen Mängel der aktuellen ambulanten Versorgung heranzuziehen, ohne die damit für die Krankenhäuser verbundenen Kosten zu refinanzieren.

Die zentralen Forderungen der Krankenhäuser lauten vor diesem Hintergrund:

1. Einführung eines eigenständigen, auskömmlichen INZ-Budgets
2. Reduktion von Doppelstrukturen, Überregulation und Bürokratie
3. Effiziente Patientensteuerung statt Sanktionen
4. Wahrung der Länderkompetenz in der Krankenhausplanung

¹ DKG-Stellungnahme (Stand: 04.12.2025) zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit online abrufbar unter: www.dkg-ev.de/dkg/politik/stellungnahmen [zuletzt abgerufen am 09.02.2026]

Zentrale Kritikpunkte

1) Fehlende auskömmliche Finanzierung

Der Gesetzentwurf sieht weiterhin **keine Vorhaltefinanzierung für Integrierte Notfallzentren (INZ)** vor. Krankenhäuser sollen umfangreiche Aufgaben der ambulanten Notfallversorgung übernehmen, ohne dass die dafür notwendigen personellen, infrastrukturellen und organisatorischen Kosten refinanziert werden.

Eine Reform ohne gesicherte Finanzierung ist nicht umsetzbar. Hierfür ist die Einführung eines eigenständigen, auskömmlichen INZ-Budgets außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung notwendig.

2) INZ-Strukturen mit scharfer Sektorentrennung und Aufbau von Doppelstrukturen

Die Idee zur Struktur eines INZ existiert spätestens seit dem Gutachten des Sachverständigenrates 2018. Dennoch hat sich der Dreiklang aus 1) Krankenhaus-Notaufnahme, 2) KV-Notdienstpraxis und 3) gemeinsamer Tresen bisher in Deutschland – insbesondere vor dem Hintergrund vermeintlich knapper vertragsärztlicher Ressourcen – so gut wie gar nicht an Krankenhausstandorten etabliert. Deshalb sollten **keine abschreckenden, verpflichtenden Vorgaben** gemacht, sondern Lösungen gesucht werden, damit Krankenhäuser und Kassenärztliche Vereinigungen die Verantwortung für die ambulante Notfallversorgung in ihrer Region gemeinsam tragen können.

Schon jetzt ist es der Fall, dass Notdienstpraxen und Notaufnahmen gemeinsam auf apparative, diagnostische und therapeutische Möglichkeiten zurückgreifen. Daher ist es nicht erforderlich, die Sektoren organisatorisch so klar voneinander abzugrenzen und **Doppelstrukturen** aufzubauen. Entscheidender ist es, die Akteure zu einem gemeinsamen Handeln und Verantwortungsbewusstsein zu verpflichten, ohne ihnen kleinteilige Anforderungen aufzubürden. In verbindlichen **Kooperationsverträgen** sollen sie die Regeln der Zusammenarbeit autark festlegen können, Mindestanforderungen an den Betrieb eines INZ sind dabei bundeseinheitlich vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festzulegen.

3) Sanktionen statt effizienter Patientensteuerung

Mehrfache Ersteinschätzungen, parallele Steuerungssysteme und umfangreiche Weiterleitungspflichten schaffen neue Bürokratie, ohne die Patientenversorgung nachweislich zu verbessern. Der vorliegende Entwurf verlagert die Verantwortung für Fehlsteuerungen zudem systematisch auf die Krankenhäuser. Gleichzeitig bleiben Kassenärztliche Vereinigungen von vergleichbaren Verpflichtungen weitgehend ausgenommen. Besonders kritisch sind die vorgesehenen **Vergütungskürzungen von bis zu 50 %**, die Krankenhäuser selbst dann treffen können, wenn ambulante Alternativen real nicht verfügbar sind.

Die Steuerung darf also nicht erst am Ende der Versorgungskette – in den Notaufnahmen – ansetzen. Vielmehr ist es erforderlich, eine verlässliche, transparente und nachverfolgbare digitale Ersteinschätzung sowie ein umfangreiches Regel-Versorgungsangebot an den Anfang des Patientenpfades zu stellen.

4) Eingriff in die Krankenhausplanung der Länder

Die vorgesehene Standortbestimmung über erweiterte Landesausschüsse stellt einen **Eingriff in die verfassungsrechtlich geschützte Krankenhausplanung der Länder** dar. Eine Parallelplanung durch Selbstverwaltungsgremien lehnen die Krankenhäuser ausdrücklich ab. Vielmehr sind bundesweite Planungskriterien zu entwickeln, die mit Empfehlungscharakter die Grundlage für die Krankenhausplanung der Länder bilden.

A photograph of a modern, multi-story building with balconies, partially obscured by a large green semi-transparent overlay. The building has a light-colored facade and dark window frames. The balconies have dark metal railings. The sky is a clear, pale blue.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

**Wegelystraße 3
10623 Berlin**

**Tel. (030) 3 98 01-0
Fax (030) 3 98 01-3000
E-Mail dkgmail@dkgev.de**

**Stellungnahme der hauptamtlichen unparteiischen
Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
vom 19.02.2026**

zum Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung
und des Rettungsdienstes (Notfallgesetz – NotfallG)**

Drucksache 21/2214

Allgemeines

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses begrüßen die mit dem vorliegenden Entwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes verbundene Zielstellung.

Mit dem Gesetzentwurf sollen insbesondere die Vernetzung der Versorgungsbereiche, die Steuerung der Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene und die wirtschaftliche Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten verbessert werden. Es besteht weitestgehend Konsens darüber, dass die vielfach beklagte Überlastung der Notaufnahmen aus einem unzureichend wahrgenommenen vertragsärztlichen Versorgungsangebot im Bereich der Akutversorgung resultiert (vgl. hierzu mit Verweis auf die Vorgaben des EU-Beihilferecht auch *Soltész/Buchner*¹). Vor diesem Hintergrund ist es auch zu begrüßen, dass der Entwurf weiterhin die Einführung eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens vorsieht.

Allerdings werden die zentralen Strukturanforderungen, wie die Anforderungen an das Personal und die Voraussetzung für die Weiterleitung an Kooperationspraxen, nach den Regelungen des Entwurfs nicht bundesweit einheitlich, sondern teilweise krankenhaus-individuell festgelegt. Damit wird die Zielstellung einer bundeseinheitlichen Sicherstellung der Notfallversorgung behindert. Es erscheint wenig sinnvoll, die wesentlichen Strukturanforderungen für Integrierte Notfallzentren anteilig auf den Gemeinsamen Bundesausschuss, die erweiterten Landesausschüsse und individuell abzuschließende Kooperationsverträge – mithin also drei verschiedene Ebenen – aufzuteilen.

Für eine bundesweit einheitliche und gleichwertige Versorgungsstruktur der Notfallversorgung ist es entscheidend, dass zentrale Vorgaben auf der Bundesebene durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden und diese Vorgaben dann in den Regionen als Rahmen für die Entscheidungen der erweiterten Landesausschüsse dienen (vgl. aus raumplanerischer Perspektive auch *Erbguth*²). Auch die Kooperationsverträge für die einzelnen Integrierten Notfallzentren sollten verpflichtend diese Vorgaben einhalten und konkret umsetzen müssen.

Der Gemeinsamen Bundesausschuss hat bereits im Jahr 2023 auf Grundlage des nunmehr zur Streichung beabsichtigten § 120b Absatz 3b SGB V bundeseinheitliche Vorgaben zur Durchführung eines qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens in allen Krankenhäusern mit der Ersteinschätzungs-Richtlinie beschlossen. Ziel der Ersteinschätzungs-Richtlinie ist die bessere Koordination bei der ärztlichen Behandlung von Hilfesuchenden durch ein standardisiertes und qualifiziertes Verfahren, das durch ein digitales Assistenzsystem unterstützt wird. Hierdurch wird sichergestellt, dass Hilfesuchende je nach

¹ Soltész, U/Buchner R: Lauterbach auf Konfrontationskurs zu Brüssel (EuZW 2024 Heft 15, S. 685 ff.)

² Erbguth W: Integrierte Notfallversorgung. Erweiterte Landesausschüsse als Raumplaner? (KrV 05.24, S. 177 ff.)

Dringlichkeit bestmöglich versorgt werden können und die Verfügbarkeit ausreichender Behandlungskapazitäten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser weiterhin gewährleistet bleibt. Der Gemeinsamen Bundesausschuss wurde gesetzlich beauftragt, hierzu Vorgaben zu beschließen. Dieser Auftrag wurde mit der Ersteinschätzungs-Richtlinie umgesetzt. Die für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser dringend erforderliche Ersteinschätzungs-Richtlinie kann infolge der Beanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nicht in Kraft treten. Dadurch kann bis auf Weiteres auch die dringend erforderliche Entlastung der Notaufnahmen der Krankenhäuser nicht umgesetzt werden.

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses sprechen sich daher für ein Beibehalten der Regelung nach § 120 Absatz 3b SGB V in der Fassung des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) und für eine unverzügliche Nichtbeanstandung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung gemäß § 120 Absatz 3b SGB V (Ersteinschätzungs-Richtlinie) aus.

Das mit dem vorliegenden Gesetzentwurf adressierte Ziel einer bundeseinheitlichen Sicherstellung der Notfallversorgung setzt auch weiterhin eine qualifizierte Ersteinschätzung für die notwendige Patientensteuerung voraus. Dafür bedarf es auch weiterhin entsprechender Vorgaben zur konkreten Ausgestaltung des Verfahrens der Ersteinschätzung sowie zur technischen Ausstattung des Instruments der Ersteinschätzung. Unverzichtbar bleiben dabei auch die Konkretisierung des medizinischen Behandlungsbedarfs und die Bestimmung der sachgerechten Versorgungsebene. Diese zentralen Bausteine sind bereits in der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Ersteinschätzungs-Richtlinie enthalten.

Ungeachtet der Forderung zur Beibehaltung des § 120 Absatz 3b SGB V begrüßen die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses ausdrücklich, dass dieser Gesetzentwurf in § 123 Absatz 3 SGB V für den Gemeinsamen Bundesausschuss auch die Regelung von Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen und der Ersteinschätzungsstelle in Integrierten Notfallzentren sowie an die Qualifikation des eingesetzten Personals vorsieht.

Ausdrücklich begrüßt wird auch der in § 123 Absatz 3 Satz 1 Nr. 6 SGB V vorgesehene Auftrag zur Festlegung eines Katalogs von Mindestanforderungen an die Auswahl der Standorte zur Einrichtung von Integrierten Notfallzentren nach § 123a SGB V und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b SGB V. Für die zwingend erforderliche bundeseinheitliche Anwendung dieser Mindestanforderungen an sachliche und personelle Ausstattung sowie der Kriterien zur Auswahl der Standorte zur Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums bedarf es jedoch ergänzender ausdrücklicher gesetzlicher Vorgaben.

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses nehmen darüber hinaus zum Entwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Einzelnen im nachfolgenden Umfang Stellung. Zu weiteren Aspekten wird aufgrund einer allenfalls mittelbaren Betroffenheit des Gemeinsamen Bundesausschusses auf eine Stellungnahme verzichtet.

Prof. Josef Hecken

(Unparteiischer Vorsitzender)

Karin Maag

(Unparteiisches Mitglied)

Dr. med. Bernhard van Treeck

(Unparteiisches Mitglied)

Einzelbemerkungen

Zu Artikel 1 „Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“

Nr. GE	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
10	§ 90	Standortbestimmung für Integrierte Notfallzentren (INZ) durch erweiterten Landesausschuss, Ersatzvornahme der Landesbehörde	<u>Bewertung:</u> Parallel zur Übertragung neuer Aufgaben auf die erweiterten Landesausschüsse erhalten auch die Bundesländer weitgehende Rechte zur Festlegung von Standorten für Integrierte Notfallzentren (INZ) im Sinne einer Ersatzvornahme, sofern der erweiterte Landesausschuss nicht fristgerecht zu einer Mehrheitsentscheidung gekommen ist. Es bedarf für die Auswahl und Bestimmung der jeweiligen INZ-Standorte unbedingt bundeseinheitlicher Vorgaben. Daher wird ausdrücklich begrüßt, dass nach dem Gesetzentwurf in § 123 Absatz 3 Satz 1 Nr. 6 der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit der Entwicklung der entsprechenden bundeseinheitlichen Vorgaben beauftragt werden soll. Auf der Basis dieser Vorgaben sollte dann aber auch die Auswahl und Bestimmung der jeweiligen INZ-Standorte bei Ersatzvornahme durch die Landesbehörde erfolgen. An einer ausdrücklichen bundesgesetzlichen Regelung zur Berücksichtigung der vom G-BA zu entwickelnden Kriterien fehlt es jedoch bisher. Daher sollte § 90 Absatz 4a Satz 10 SGB (neu) um einen entsprechenden Verweis auf § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 ergänzt werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> <i>10. § 90 wird wie folgt geändert:</i> <i>[...]</i> <i>„(4a) [...] Ist auch die Nachfrist ergebnislos verstrichen, erfolgt die Festlegung nach Maßgabe des § 123a Absatz 1 oder § 123b Absatz 1 durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der Nachfrist. [...]</i>

Nr. GE	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Siehe zudem die entsprechenden Änderungsvorschläge zur Anpassung von § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1.
17	§ 120	Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie in § 120 Absatz 3b (Folgeänderung zu § 123 Absatz 3)	<u>Bewertung:</u> Als Rechtsaufsichtsbehörde hat das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V die Ersteinschätzungs-Richtlinie mit Bescheid vom 12. Oktober 2023 in ihrer Gesamtheit beanstandet. Gegen diese offensichtlich rechtswidrige Beanstandung hat der G-BA fristgerecht Rechtsmittel vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eingelegt. Ziel der Ersteinschätzungs-Richtlinie ist eine bessere Koordination der ärztlichen Behandlung von Hilfesuchenden durch ein standardisiertes und qualifiziertes Verfahren, das durch ein digitales Assistenzsystem unterstützt wird. Dadurch soll sichergestellt werden, dass Hilfesuchende je nach Dringlichkeit bestmöglich versorgt werden können und die Verfügbarkeit ausreichender Behandlungskapazitäten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser weiterhin gewährleistet bleibt. Der G-BA wurde gesetzlich beauftragt, hierzu Vorgaben zu beschließen. Dieser Auftrag wurde mit der Ersteinschätzungs-Richtlinie umgesetzt. Die für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser dringend erforderliche Ersteinschätzungs-Richtlinie kann infolge der Beanstandung durch das BMG nicht in Kraft treten. Dadurch kann bis auf Weiteres auch die dringend erforderliche Entlastung der Notaufnahmen der Krankenhäuser nicht erreicht werden. Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA lehnen die Aufhebung des Regelungsauftrags des G-BA zur Regelung der Ersteinschätzungs-Richtlinie sowie die damit einhergehende Aufsplittung und Verschiebung des bisher in § 120 Absatz 3b SGB V enthaltenen Regelungsauftrags ab. Das mit dem vorliegenden Gesetzentwurf adressierte Ziel einer bundeseinheitlichen Sicherstellung der Notfallversorgung setzt auch weiterhin eine qualifizierte Ersteinschätzung für die notwendige Patientensteuerung voraus. Dafür bedarf es



Nr. GE	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			auch weiterhin entsprechender Vorgaben zur konkreten Ausgestaltung des Verfahrens der Ersteinschätzung sowie zur technischen Ausstattung des Instruments der Ersteinschätzung. Dabei bleiben die Konkretisierung des medizinischen Behandlungsbedarfs und die Bestimmung der sachgerechten Versorgungsebene unverzichtbar. Die zentralen Bausteine, die damit adressiert werden, liegen mit der vom G-BA beschlossenen Ersteinschätzungs-Richtlinie bereits vor. Durch die beabsichtigten Neuregelungen in § 123 SGB V (neu) sowie in den §§ 123a und 123b SGB V (neu) wird die bundeseinheitliche Ausgestaltung und Umsetzung des Ersteinschätzungsverfahrens erschwert. Das Verfahren wird künstlich in Vorgaben auf Bundesebene und strukturelle Vorgaben auf Ebene der einzelnen INZ aufgesplittet. Eine bundeseinheitliche Sicherstellung der Notfallversorgung wird damit verhindert. <u>Änderungsvorschlag:</u> Auf die Streichung des § 120 Absatz 3b SGB V wird verzichtet. Um das für die bundeseinheitliche Sicherstellung der Notfallversorgung wichtige Verfahren der Ersteinschätzung in der Praxis etablieren zu können, erklärt das BMG unverzüglich die Nichtbeanstandung der Ersteinschätzungs-Richtlinie als Voraussetzung für deren Inkrafttreten.
18	§ 123	INZ Regelungsauftrag des G-BA insbesondere zu Vorgaben für standardisierte digitale Ersteinschätzung	Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA begrüßen die beabsichtigte flächendeckende Einrichtung von INZ als zentrale Stelle zur Steuerung der Hilfesuchenden und den damit verbundenen Regelungsauftrag an den G-BA zur Ausgestaltung bundeseinheitlicher Kriterien in § 123 Absatz 3 SGB V (neu). Hervorzuheben gilt, dass durch die vorgeschlagene Regelung in § 123 Absatz 8 zumindest über die indirekte Steuerungswirkung der Vergütung der Einsatz des Ersteinschätzungsinstruments auch in Krankenhäusern regelhaft vorgesehen ist, die nicht als INZ-Standort ausgewählt wurden. Ob mit dieser indirekten Steuerung tatsächlich eine bundeseinheitliche



Nr. GE	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen und Ersteinschätzungsstellen • Mindestanforderungen an die Auswahl der Standorte der INZ	flächendeckende Anwendung des Ersteinschätzungsinstruments sichergestellt werden kann, bleibt abzuwarten. Für die zwingend erforderliche bundeseinheitliche Anwendung der Kriterien zur Auswahl der Standorte zur Einrichtung eines INZ bedarf es der ausdrücklichen Regelung zur entsprechenden Berücksichtigung auch im Wege der Ersatzvornahme der Länder bei fehlender fristgerechter Festlegung der erweiterten Landesausschüsse. <u>Änderungsvorschlag:</u> Siehe Änderungsvorschläge zur Anpassung von §§ 90 Absatz 4a, 123a Absatz 1 und 123b Absatz 1 SGB V (neu).
19	§ 123a	Einrichtung von INZ • Standortbestimmung nach gesetzlichen Kriterien • Kooperationsvereinbarung zur Durchführung der Ersteinschätzung sowie zur Organisation und personellen Besetzung der	<u>Bewertung:</u> Parallel zur Übertragung neuer Aufgaben auf die erweiterten Landesausschüsse gemäß § 123a Absatz 1 SGB V (neu) erhalten die Bundesländer auch weitgehende Rechte zur Festlegung von INZ-Standorten im Sinne einer Ersatzvornahme gemäß § 90 Absatz 4a SGB V (neu), sofern der erweiterte Landesausschuss nicht fristgerecht zu einer Mehrheitsentscheidung gekommen ist. Dadurch wird den Bundesländern die Möglichkeit zum Aufbau unterschiedlicher Strukturen eröffnet. Um diesen auch rechtlich fragwürdigen Aufbau unterschiedlicher Strukturen der Notfallversorgung zu verhindern, sollte der Bundesgesetzgeber eine verbindliche, bundesweit einheitliche Planungsgrundlage für die Festlegung von INZ-Standorten schaffen. Ein bundeseinheitlicher Rahmen erleichtert nicht nur die Entscheidungsfindung auf regionaler Ebene, sondern ist auch ein zentraler Baustein für eine bundeseinheitliche Sicherstellung der Notfallversorgung (vgl. hierzu auch <i>Erbguth</i>).



Nr. GE	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		Ersteinschätzungs- stelle, • gesetzliche Vorgabe von Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxis, • Schiedsregelungen bei Nichtzustandekommen	In § 123a Absatz 1 SGB V (neu) fehlen bundeseinheitliche Vorgaben zur konkreten räumlichen Bestimmung der Planungsregion. Zudem fehlen bundeseinheitliche Richtgrößen, die festlegen, wie viele Einwohner einer Planungsregion von einem INZ versorgt werden sollen, sowie ein Ansatz, um den Bevölkerungsbezug mit der benötigten Zahl an ärztlichen Kapazitäten eines INZ in Verbindung zu bringen. Auch konkrete Vorgaben für eine bevölkerungsbezogene Obergrenze sowie eine Kapazitätsbetrachtung der KV-Notdienstpraxen sind bisher nicht vorgesehen. Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA begrüßen daher ausdrücklich, dass der G-BA nach § 123 Absatz 3 Satz 1 Nr. 6 SGB V (neu) einen Katalog von Mindestanforderungen an die Auswahl der Standorte zur Einrichtung von INZ nach § 123a Absatz 1 und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ) nach § 123b in einer Richtlinie festlegen soll. Um die zwingend erforderliche bundeseinheitliche Anwendung dieser vom G-BA festzulegenden Kriterien zur Auswahl der Standorte zur Einrichtung eines INZ oder KINZ sicherzustellen, bedarf es einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung in § 123a. Gemäß § 123a Absatz 2 SGB V (neu) müssen Strukturvorgaben in einer Vielzahl von Einzelverträgen zwischen Krankenhausträgern und KVen festgelegt werden. Dadurch wird die zwingend erforderliche bundeseinheitliche Sicherstellung der Notfallversorgung nicht nur vereitelt, sondern geradezu ins Gegenteil verkehrt. Des Weiteren stellen Einzelverträge dieser Art einen erheblichen zusätzlichen bürokratischen Aufwand dar. Zudem führt der Abschluss einer Vielzahl von Einzelverträgen zu Intransparenz über die tatsächlich in den Regionen vorhandenen Versorgungsangebote in der notdienstlichen Akutversorgung. Erforderlich ist demgegenüber eine bundeseinheitliche Festlegung der zentralen Strukturanforderungen. An diesem normativen Befund ändert auch die in § 123a Absatz 2 Satz 4 Nr. 3 SGB V (neu) adressierte Regelung von Vorgaben zur Durchführung der Ersteinschätzung sowie der in § 123a Absatz 2 Satz 4 Nr. 4 enthaltene Verweis auf § 123 Absatz 3 Nr. 5 zur Organisation und personellen Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle nichts. Vielmehr bleibt nach dem



Nr. GE	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Wortlaut offensichtlich die konkrete Ausgestaltung des „Näheren“ zur Besetzung und zur Qualifikation des Personals der Ersteinschätzungsstelle als wesentlicher Inhalt der Kooperationsvereinbarung bestehen. In der Gesamtschau der beabsichtigten Neuregelungen in § 123 SGB V (neu) sowie in den §§ 123a und 123b SGB V (neu) wird offensichtlich, dass die bundeseinheitliche Ausgestaltung und Umsetzung des Ersteinschätzungsverfahrens mit diesen Regelungsinstrumenten nur schwer erreicht wird. Das Verfahren wird künstlich in Vorgaben auf Bundesebene und strukturelle Vorgaben auf Ebene der einzelnen INZ aufgesplittet. Eine bundeseinheitliche Sicherstellung der Notfallversorgung wird damit verhindert. Der G-BA ist für die Regelung der für eine bundeseinheitliche Sicherstellung der Notfallversorgung erforderlichen bundeseinheitlichen Vorgaben das geeignete Gremium. Dazu ist zumindest die ausdrückliche bundesrechtliche Regelung der Anwendung der gemäß § 123 Absatz 3 vom G-BA zu entwickelnden Kriterien erforderlich. Damit die vom G-BA erst noch zu entwickelnden Kriterien bereits bei der Standortfestlegung nach § 123a Absatz 1 angewendet werden können, ist zudem die Frist für die erweiterten Landesausschüsse auf zwölf Monate nach Verkündung des Gesetzes zu verschieben. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass der G-BA am 20. November 2025 eine Änderung der Notfallstufen-Regelungen nach § 136c Absatz 4 SGB V beschlossen hat. <u>Änderungsvorschlag:</u> <i>„§ 123a</i> <i>Einrichtung von Integrierten Notfallzentren</i> <i>Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a bestimmt bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des ~~sechsten~~zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser, an denen Integrierte Notfallzentren eingerichtet</i>



Nr. GE	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			werden. Bei der Bestimmung der Standorte ist ein Einvernehmen mit der obersten Landesplanungsbehörde herzustellen. Er legt hierzu zunächst geeignete Planungsregionen zur flächendeckenden Versorgung mit Integrierten Notfallzentren fest. Ein Krankenhausstandort kann als Standort für ein Integriertes Notfallzentrum bestimmt werden, wenn 1. dieser mindestens die Voraussetzungen der Notfallstufe Basisnotfallversorgung gemäß den vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 in der Fassung vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), zuletzt geändert am 20. November 2025~~50~~-(BAnz AT ~~24.12.2020~~ B2), erfüllt ~~sind~~ und 2. keine berechtigten Interessen des Krankenhauses entgegenstehen. Bei der Auswahl der Standorte ~~Standortfestlegung sollen sind~~ insbesondere folgende Kriterien anzuwenden berücksichtigt werden: 1. die Erreichbarkeit innerhalb von 30 Fahrzeitminuten für mindestens 95 Prozent der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion, 2. die Zahl der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion, 3. die Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Personennahverkehr, ~~und~~ 4. die Möglichkeiten der Kooperation mit Vertragsärzten oder medizinischen Versorgungszentren in der Nähe des Krankenhauses- und 5. die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 123 Absatz 3 beschlossenen Mindestanforderungen an die Auswahl der Standorte zur Einrichtung von Integrierten Notfallzentren nach § 123 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6. [...]



Nr. GE	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			(2) Zur Organisation des Integrierten Notfallzentrums schließen die Kassenärztliche Vereinigung und der Krankenhausträger innerhalb von sechs Monaten, nachdem der Krankenhausstandort als Standort eines Integrierten Notfallzentrums nach Absatz 1 Satz 1 bestimmt worden ist, eine Kooperationsvereinbarung. Sie richten ein gemeinsames Organisationsgremium zur operativen Umsetzung der Zusammenarbeit und eines gemeinsamen Qualitätsmanagements ein. Die Kooperationspartner sind befugt, die für das gemeinsame Qualitätsmanagement erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten. In der Kooperationsvereinbarung nach Satz 1 ist insbesondere das Nähere zu vereinbaren 1. zu dem gemeinsamen Organisationsgremium nach Satz 2, 2. zur Vernetzung und interoperablen, digitalen Fallübergabe innerhalb des Integrierten Notfallzentrums, 3. zur Durchführung der Ersteinschätzung nach § 123 Absatz 2 bis zu dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach § 123 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 festgelegten Zeitpunkt, 4. zur Organisation und Sicherstellung der Einhaltung der Mindestanforderungen gemäß der Richtlinie nach § 123 Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 an die sachliche und zur personellen Besetzung – Ausstattung der Ersteinschätzungsstelle einschließlich der Qualifikationen, erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des eingesetzten Personals gemäß den Mindestanforderungen der Richtlinie nach § 123 Absatz 3 Satz 1 Nummer 5, 5. zur Anmietung oder eigenen Gestellung von Räumlichkeiten, Einrichtung und Verbrauchsmaterial der Notdienstpraxis, 6. zur Nutzung der technischen und diagnostischen Einrichtungen des Krankenhauses durch die Notdienstpraxis einschließlich Nutzungsentgelten,



Nr. GE	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			7. zu Regelungen für den Fall wiederholter und schwerwiegender Verstöße gegen die Kooperationsvereinbarung oder für den Fall, dass die Notdienstpraxis zu den Zeiten nach Satz 4 oder 5 nicht geöffnet hat. Die Notdienstpraxis ist im Rahmen der Kooperation täglich von 10 bis 22 Uhr zu öffnen und hat die Einhaltung der Mindestanforderungen gemäß der Richtlinie nach § 123 Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 an die sachliche und personelle Ausstattung einschließlich der Qualifikation des eingesetzten Personals sicherzustellen. [...]“
19	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	<u>Bewertung:</u> Die in § 123b Absatz 1 SGB V (neu) vorgesehene Möglichkeit zur Einrichtung von Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ) ist grundsätzlich zu begrüßen. Nach dem Wortlaut des Gesetzentwurfs ist die Regelung jedoch als „Kann-Regelung“ formuliert, ohne dass bundeseinheitlich verbindliche Kriterien für die Gründung oder Nichtgründung von KINZ zur Verfügung stehen, um den drohenden Flickenteppich bei der Einrichtung zu verhindern. Vor diesem Hintergrund sind auch für die Einrichtung von KINZ bundeseinheitliche Kriterien festzulegen, insbesondere zur Standortauswahl und zu Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung einschließlich der Qualifikation des eingesetzten Personals. Daher wird auch der diesbezügliche Regelungsauftrag an den G-BA in § 123 Absatz 3 SGB V (neu) ausdrücklich begrüßt. Die erweiterten Landesausschüsse sollten die geeigneten Krankenhausstandorte unter Beachtung dieser Kriterien festlegen. Zudem gilt es sicherzustellen, dass auch im Wege der Ersatzvornahme durch die Länder die Kriterien gemäß § 123 Absatz 3 SGB V bei der Auswahl der KINZ-Standorte zu berücksichtigen sind.



Nr. GE	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Nach den Regelungen in § 123b Absatz 1 SGB V (neu) ist Voraussetzung für die Einrichtung eines KINZ an einem Krankenhausstandort das Erfüllen der Voraussetzungen des Moduls Notfallversorgung Kinder gemäß den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern. Da im Rahmen des Moduls Notfallversorgung Kinder entsprechend der Stufen der Notfallversorgung verschiedene Anforderungen gelten, sollten die erforderlichen Voraussetzungen für als KINZ geeignete Krankenhausstandorte konkret adressiert werden. Auch hier ist zu berücksichtigen, dass der G-BA am 20. November 2025 eine Änderung der Notfallstufen-Regelungen nach § 136c Absatz 4 SGB V beschlossen hat. <u>Änderungsvorschlag:</u> „§ 123b <i>Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche</i> <i>(1) Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a ~~kann bestimmt~~ Standorte zugelassener Krankenhäuser ~~bestimmen~~, an denen Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche eingerichtet werden. Bis zum [...] [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] hat er erstmals über die Einrichtung von Standorten nach Satz 1 zu entscheiden. Ein Krankenhausstandort kann als Standort für ein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche bestimmt werden, wenn</i> <i>1. dieser mindestens die Voraussetzungen des ~~Moduls Notfallversorgung Kinder gemäß den § 25 Absatz 2~~ der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 in der Fassung vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), ~~zuletzt~~ geändert am 20. November 2020~~05~~ (BAnz AT ~~24.12.2020 B2~~), erfüllt sind und</i> <i>2. keine berechtigten Interessen des Krankenhauses oder der Kassenärztlichen Vereinigung entgegenstehen.</i>

Nr. GE	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<i>Bei der Auswahl der Standorte sind insbesondere die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 123 Absatz 3 beschlossenen Mindestanforderungen an die Auswahl der Standorte zur Einrichtung von Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 anzuwenden. [...]</i> “
21	§ 133a	Gesundheitsleitsystem	Der Aufbau eines integrierten Gesundheitsleitsystems wird ausdrücklich begrüßt. Offen bleibt jedoch, wie das in § 133a Absatz 2 SGB V (neu) adressierte, bundesweit einheitliche standardisierte Ersteinschätzungsverfahren der Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem Ersteinschätzungsinstrument gemäß § 123 Absatz 3 SGB V (neu) verzahnt werden soll oder wie überhaupt eine inhaltliche Bezugnahme und damit eine bundesweit einheitliche Umsetzung der Ersteinschätzung sichergestellt werden soll.
21	§§ 133b und 133c	Qualitätsausschuss Notfallrettung beim BMG	Die in §§ 133b und 133c SGB V (neu) adressierte Einrichtung eines Qualitätsausschusses Notfallrettung beim BMG stellt im Grunde eine kompetenzrechtlich fragwürdige Form der Mischverwaltung dar, wie sie beispielsweise bereits mit dem Leistungsgruppenausschuss gemäß § 135e Absatz 3 SGB V besteht. An der rechtlichen Problematik ändert sich auch nichts durch den Empfehlungscharakter der fachlichen Vorschläge des Ausschusses. Vor dem Hintergrund bestehender, etablierter Strukturen der Selbstverwaltung und den sich rasant verknappenden finanziellen Mitteln stellt sich jedenfalls die Frage nach dem Aufwand-Nutzen-Verhältnis. Ungeachtet dessen bleibt fraglich, wie mit inhaltlich-fachlichen Überschneidungen zu bereits bestehenden Kompetenzen – beispielsweise zur Regelung der Verordnung von Krankentransporten gemäß § 92 Absatz 1 Nr. 12 SGB V – umzugehen sein sollte.
22	§ 136b Absatz 9	Echtzeit-Nachweis der Behandlungs- und Versorgungskapazitäten	Der neue Regelungsauftrag des G-BA zu einem bundesweiten Echtzeit-Nachweissystem gemäß § 136b Absatz 9 SGB V (neu) wird ausdrücklich begrüßt. Ein Echtzeit-Nachweissystem kann mit der damit verbundenen Meldeverpflichtung der Krankenhäuser, Notdienstpraxen und

Nr. GE	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Rettungsdienste die Intensiv- und Notfallkapazitäten und etwaige Engpässe im regionalen und zeitlichen Vergleich aufzeigen.
23	§ 136c Absatz 4 Satz 2	Einbeziehung der Empfehlung der einschlägigen Fachgesellschaften	Die klarstellende Regelung zur Einbeziehung der Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften wird ausdrücklich begrüßt. Auch in den bisherigen Beratungen erfolgte regelhaft die Einbeziehung und die Anhörung der adressierten Fachgesellschaften im Rahmen der durchgeführten Stellungnahmeverfahren.

Zu Artikel 4 „Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes“

Nr. GE	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
	Weitere Anmerkungen	Anpassung der Regelungen in § 5 Absatz 2 Satz 8 sowie § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG	Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde ausdrücklich geregelt, dass Sicherstellungszuschläge auch dann vereinbart werden können, wenn ein Krankenhaus an dem jeweiligen Standort die Anforderungen an die Notfallversorgung nach den Vorgaben des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V nicht erfüllt und nicht am gestuften System der Notfallstrukturen teilnimmt. Damit werden zwingend erforderliche Mindestanforderungen von der finanziellen Förderung strukturell entkoppelt. Die Sicherstellungszuschläge sollten gemäß der Intention des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) von 2015 jedoch gezielt diejenigen Krankenhäuser unterstützen, die tatsächlich zur Notfallversorgung beitragen, aber wirtschaftlich nicht überlebensfähig sind. Der Gesetzgeber hat damals unmissverständlich betont, dass eine Notfallversorgung in Sicherstellungskrankenhäusern notwendig vorzuhalten ist. Diese Zielsetzung wurde durch die Neuregelung im KHVVG unterlaufen. Nun können auch Krankenhäuser ohne die für eine Notfallversorgung zwingend erforderlichen Vorhaltungen und ohne entsprechend



Nr. GE	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			qualifiziertes Personal dauerhaft als Sicherstellungseinrichtungen geführt werden. Dadurch droht eine strukturelle Dequalifizierung der Versorgung. Zwar erreichen Patientinnen und Patienten rechnerisch innerhalb von 30 Minuten ein Krankenhaus, doch kann dieses keine adäquate Notfallversorgung leisten. Hinzu kommt ein weiterer systematischer Widerspruch: Der vorliegende Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung sieht in zutreffender Weise vor, dass nur Krankenhäuser, die mindestens die Anforderungen der Basisnotfallstufe erfüllen, als Standorte für Integrierte Notfallzentren (INZ) in Betracht kommen. Die Notfallstufen des G-BA werden somit zu einem zentralen, planerisch maßgeblichen Kriterium für die künftige Struktur der Notfallversorgung. Es ist umso problematischer, wenn aufgrund der Regelungen in § 5 Absatz 2 Satz 8 sowie § 9 Absatz 1a Nr. 6 KHEntgG keine bundeseinheitlichen Anforderungen an die Notfallversorgung durch Sicherstellungskrankenhäuser gestellt werden. Dadurch werden Standorte finanziell unterstützt, die für die Reformziele nicht nutzbar sind, während zugleich die Zahl potenzieller INZ-Standorte reduziert wird. Vor diesem Hintergrund sollten die im KHVVG eingeführten Regelungen gestrichen werden, um eine kohärente, qualitätsgesicherte und verlässliche Notfallversorgung in Deutschland sicherzustellen. <u>Änderungsvorschlag:</u> 1. § 5 Absatz 2 Satz 8 KHEntgG wird gestrichen. 2. § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG wird durch die folgende Nummer 6 ersetzt: <i>„6. jährlich zum 30. Juni eine Liste der Krankenhausstandorte, der Kinderkrankenhausstandorte und der Krankenhausstandorte mit Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin, welche die</i>

Nr. GE	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<i>Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen;“</i>

Positionen der ADAC Luftrettung zur öffentlichen Anhörung „Notfallgesetz“ am 25. Februar 2026

Stand: 20. Februar 2026

1. Einleitende Bemerkungen

Als größte Luftrettungsorganisation Deutschlands nimmt die ADAC Luftrettung seit mehr als 50 Jahren eine zentrale Rolle in der Notfallversorgung ein – insbesondere für die Versorgung komplexer und zeitkritischer Fälle sowie im ländlichen Raum. Von 37 Stationen aus fliegt sie jährlich rund 49.000 Einsätze. Die laufende Krankenhausreform, zunehmende Herausforderungen im Bereich des Bevölkerungsschutzes und der Fachkräftemangel führen zu steigenden Anforderungen an die Einsatzverfügbarkeit und Leistungsfähigkeit der Luftrettung.

Die ADAC Luftrettung steht bereit, den erhöhten Anforderungen an den Luftrettungsdienst gerecht zu werden. Gleichzeitig braucht es politische Weichenstellungen, um die Luftrettung in Deutschland zielgerichtet zu stärken. Es ist daher ausdrücklich zu begrüßen, dass das Bundesministerium für Gesundheit die Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes engagiert vorantreibt. Die Reform sollte zeitnah umgesetzt werden, um die langfristige Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des Rettungswesens sowie der Notfall- und Akutversorgung zu sichern.

2. Zentrale Positionen der ADAC Luftrettung

- **Einheitliche Qualitätsstandards mit regionaler Flexibilität:** Die Entwicklung von bundeseinheitlichen Mindeststandards für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Bereich der medizinischen Notfallrettung schafft Transparenz, Vergleichbarkeit sowie perspektivisch eine gleichmäßigere Versorgungsqualität. Gleichzeitig ist es unerlässlich, dass diese Standards ausreichend Flexibilität bieten, um regionale Besonderheiten, unterschiedliche Versorgungsbedarfe sowie technische und organisatorische Innovationen vor Ort angemessen zu berücksichtigen. Entscheidend für die Entwicklung praxistauglicher Standards ist die strukturelle Einbindung der Luftrettungsbetreiber in die standardsetzenden Gremien.
- **Verankerung der medizinischen Notfallrettung im SGB V:** Die ADAC Luftrettung begrüßt ausdrücklich die geplante Einführung eines eigenständigen Anspruchs auf medizinische Notfallrettung im SGB V. Der Rettungsdienst muss als vollwertige medizinische Leistung mit verlässlicher, bedarfsgerechter Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung verankert werden. Damit wird er aus der bisherigen Transportlogik herausgelöst und als medizinische Versorgungsleistung anerkannt. Eine bundeseinheitliche Grundlage zur Verhandlung und Vergütung aller rettungsdienstlichen Leistungen ermöglicht es, einheitliche Planungsgrundlagen für die Rettungsdienstträger unter Einbeziehung der Kostenträger zu schaffen.
- **Leitstellenübergreifende Alarmierung und GPS-basiertes Monitoring:** Die leitstellenübergreifende Alarmierung von Rettungshubschraubern ist in einigen Bundesländern bereits etabliert, in anderen Regionen aber noch nicht möglich. Ein GPS-basiertes Online-Monitoring aller Luftrettungsmittel sollte bundesweit Standard werden. So können sämtliche Rettungshubschrauber für alle Leitstellen jederzeit mit ihrem genauen Standort sichtbar gemacht und flexibel, bedarfsgerecht sowie zeitkritisch eingesetzt werden. Die Effizienz und Verfügbarkeit der Luftrettung können so erhöht werden.
- **Digitale Vernetzung der Rettungskette:** Eine digitale Rettungskette und interoperable Kommunikationsstandards sind essenziell für eine effiziente und qualitativ hochwertige Notfallversorgung. Die Anbindung aller Rettungsmittel an die Telematikinfrastruktur und die Förderung der notwendigen technischen Ausstattung bilden dafür eine wichtige Grundlage. Die

spezifischen technischen Anforderungen des Luftrettungsbetriebs sollten dabei berücksichtigt werden.

- **Vereinheitlichung digitaler Dokumentationslösungen:** Nach länderübergreifenden oder überregionalen Einsätzen muss die Luftrettung eine Einsatzdokumentation relativ zeitgleich an verschiedene Empfänger in unterschiedlichen Bundesländern bzw. Rettungsdienstbezirken übermitteln. Derzeit erschweren zahlreiche, oft nicht kompatible Systemanwendungen diesen Prozess und verursachen unnötige Bürokratie und Zeitverlust. Es werden daher dringend kompatible Systemlösungen benötigt, die eine einheitliche Dokumentation, Abrechnung und zeitgleiche Information aller relevanten Empfänger ermöglichen. Bundeseinheitliche Vorgaben für offene Schnittstellen zur Datenübertragung sind zwingend erforderlich.
- **Länderübergreifende Koordinierung im Sekundärtransport:** Viele Luftrettungseinsätze sind überregional und länderübergreifend. Die Bedarfsplanung und Koordination der Luftrettung sollten deshalb nicht an Ländergrenzen enden, sondern bundesweit und kooperativ erfolgen. Eine zentrale, länderübergreifende Disposition – insbesondere für Sekundärtransporte – ermöglicht eine bedarfsgerechte und flexible Nutzung der Luftrettungsmittel und verbessert die Versorgungssicherheit. Die Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie (Kleeblatt-Konzept) zeigen, dass eine solche Steuerung einen deutlichen Mehrwert bietet.
- **Langfristige, planbare und bedarfsgerechte Vergaben:** Der Aufbau und Betrieb von Luftrettungsstationen erfordert erhebliche, langfristige Investitionen in Technik, Infrastruktur und Personal. Um Planungssicherheit und eine nachhaltige Versorgung zu gewährleisten, müssen Vertragslaufzeiten von mindestens 20 Jahren festgelegt werden. Bei Ausschreibungen sollten zudem Qualitätsstandards und Innovationsfähigkeit stärker gewichtet werden. Eine alleinige Orientierung am Preis als ausschlaggebendes Kriterium ist im Sinne einer qualitativ hochwertigen Versorgung nicht sinnvoll. Darüber hinaus sollte für eine effiziente und am tatsächlichen Bedarf orientierte Versorgung erwogen werden, die Kostenträger bereits bei der Ausgestaltung der Ausschreibungen einzubeziehen.
- **Telenotarzt in der notfallmedizinischen Versorgung:** Die ADAC Luftrettung spricht sich dafür aus, telenotärztliche Systeme bundesweit zu etablieren. Der Fachkräftemangel im Rettungsdienst erfordert, dass wir effizienter mit wertvollen notärztlichen Ressourcen umgehen. Der Telenotarzt als Teil des öffentlich-rechtlichen Rettungsdienstes leistet dazu einen wesentlichen Beitrag. Denn nicht jeder Notarzteinsatz benötigt einen Notarzt vor Ort.
- **Flächendeckende, interoperable Ersthelferalarmierungssysteme:** Smartphone-basierte Ersthelferalarmierungssysteme sollten flächendeckend verfügbar und mit allen gängigen Leitstellensystemen interoperabel sein. Um die flächendeckende Versorgung mit diesen Systemen sicherzustellen, werden tragfähige Finanzierungslösungen sowie einheitliche Standards benötigt. Neben gesetzlichen Vorgaben sind für Leitstellen technische, personelle und finanzielle Ressourcen, insbesondere hinsichtlich Implementierung, Betrieb und Instandhaltung der Software erforderlich.
- **Einsätze in Tagesrand- und Nachtzeiten:** Die ADAC Luftrettung nimmt die politischen Forderungen nach einer Erweiterung der Einsatzzeiten der Luftrettung in die Tagesrand- und Nachtzeiten aufmerksam wahr. Technisch sind solche Einsätze grundsätzlich möglich; die Luftrettung verfügt über die notwendigen Kompetenzen und Ausstattungen. Voraussetzung sind jedoch passende regulatorische und vergütungsseitige Rahmenbedingungen.

Herausgeber:

ADAC Luftrettung gGmbH

Geschäftsführung: Frédéric Bruder (Vorsitzender), Denis Benk

Claude-Dornier-Str. 420

82234 Weßling

E-Mail: interessensvertretung@luftrettung.adac.de

Eingetragen im Lobbyregister nach dem Lobbyregistergesetz, Registernummer: R003423

Die Interessensvertretung wird auf der Grundlage des Verhaltenskodex nach dem Lobbyregistergesetz und dem ADAC Verhaltenskodex Interessensvertretung betrieben.

**Wir helfen
hier und jetzt.**

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit
Ausschussdrucksache 21(14)64(4) gel. VB zur öffent. Anh. am 25.02.2026 - NotfallG 23.02.2026



Stellungnahme des Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e. V. (ASB) zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes (Notfallgesetz – NotfallG) vom 14.10.2025 – Drucksache 21/2214, Gesetzesentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN

Der ASB begrüßt die, auch in diesem Entwurf zugrundeliegende Haltung, das jedes Hilfeersuchen als solches anerkannt und vom „Gesundheitssystem“ auf die richtige Ebene geleitet werden muss.

Darüber hinaus gibt es viele begrüßenswerte Parallelen zum Referentenentwurf des BMG vom 5.11.2025¹. Der vorliegende Entwurf geht jedoch darüber hinaus und enthält zahlreiche Aspekte einer Neugestaltung mit bundeseinheitlich verpflichtenden ergänzenden Systembausteinen und Kooperationsverpflichtungen.

Leider sollen auch in diesem Entwurf die Leistungserbringer keine vollumfängliche stimmberechtigte Funktion im umfangreichen Prozess der Neugestaltung erhalten (s. § 133b, sog. *Qualitätsausschuss*). Der ASB als eine der fünf anerkannten Hilfsorganisationen, die 80% des Rettungsdienstes in Deutschland sicherstellen², hält dies für einen erheblichen Fehler, da auf diese Weise weiterhin Synergien der Expertisen von behördlicher Planung und Praxis ungenutzt bleiben.

Darüber hinaus stellt auch dieser Entwurf klar, dass die Leistungen der Krankenkassen keine Investitionskosten und Kosten der Reservevorhaltung im Sinne der öffentlichen Aufgabe der Gefahrenabwehr (Katastrophenschutz/Zivilschutz) enthalten dürfen. Schnittstellen, fließende Übergänge, Synergien etc. werden auch hier nicht behandelt.

Der Rettungsdienst ist fundamentaler Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung im Alltag einerseits und der staatlichen Daseinsfürsorge in außergewöhnlichen Lagen andererseits. Im vorliegenden Entwurf steht dabei die klare wirtschaftliche Orientierung der Notfallversorgung (u.a. §133) im Sinne des SGB V völlig unverbunden neben notwendigen, möglicherweise nicht benötigten, präventiven Investitionen der Gefahrenabwehr. Diese Herangehensweise bringt das System der Notfallversorgung in Deutschland, aus Sicht des ASB,

¹ vgl. ASB-Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Notfallversorgung vom 4.12.2025

² vgl. Regierungskommission 2023: Neunte Stellungnahme und Empfehlung, „Reform der Notfall- und Akutversorgung“

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

auf Dauer in herausfordernden Lagen nicht weiter. Beide Seiten der „Medaille Rettungsdienst“ müssen gemeinsam betrachtet und aufeinander abgestimmt gestaltet werden.

Unabhängig davon begrüßt der ASB insbesondere die folgenden, über den Referentenentwurf des BMG hinausgehenden, verpflichtend ergänzten Bausteine:

- Die Aufnahme der speziellen ambulanten Notfallversorgung als Teil der Medizinischen Notfallversorgung § 30. Sie ermöglicht u.a. eine qualifizierte Behandlung vor Ort ohne Transport und erlaubt den kompetenzorientierten Einsatz des hoch qualifizierten Personals im Gesundheitsbereich.
- Die Aufnahme der „Akutversorgung“ und Vorhaltung einer „Akutleitstelle“ (inkl. Terminvermittlung) durch die Kassenärztlichen Vereinigungen mit klar definierten und zu erbringenden Qualitätskriterien (Hilfsfristen etc.). Dadurch würde der Rettungsdienst künftig nicht mehr der einzige 24/7 wirklich erreichbare Dienstleister, zumal dann eingehende Hilfeersuchen nach festen Kriterien weiter-/und umgeleitet werden können und müssen.
- Die Aufnahme psychiatrischer und psychosomatischer Behandlungskompetenzen, Servicestellen zur Terminvermittlung in der Regelversorgung, Kinder- und Jugendmedizin etc. in die zu schaffenden „Integrierten Notfallzentren“. Auch diese Regelungen bilden die Komplexität der Notfallversorgung über die bestehenden traditionellen drei Sektoren hinaus deutlich realistischer ab und stellen vielfältige qualifizierte Angebote für eingehende Hilfsanfragen sicher.
- Die erweiterte Einführung und Beschreibung des Gesundheitssystems mit Leistungen der speziellen ambulanten Notfallversorgung, komplementären Diensten für vulnerable Gruppen etc. An dieser Stelle sind insbesondere auch niedrigschwellige Fahrdienste etc. zu berücksichtigen, die den Rettungsdienst zur Wahrnehmung seiner eigentlichen Aufgaben entlasten und gleichzeitig kompetenz- und bedarfsorientierte Hilfsangebote ermöglichen.
- Die Einrichtung von Schiedsstellen auf verschiedenen Ebenen ist notwendig, da es sich bei der Notfallversorgung um sehr komplexe und nicht rein ökonomisch funktionierende Strukturen handelt.

Unverzichtbares Herzstück dieser erweiterten Bestandteile der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes sind aufeinander abgestimmte protokollgestützte, standardisierte, qualitätsgesicherte und softwaregestützte Notrufabfragen und Dokumentationen. Sie sollen begrüßenswerter Weise im Sinne einer Verordnung von Rettungsmitteln, Medikamenten, Weiterleitungen im System etc. gelten und allen beteiligten Akteuren, auch im Sinne einer Prüfung eigener Entscheidungen, zur Verfügung stehen.



**BJÖRN STEIGER
STIFTUNG**

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)64(5)
gel. VB zur öffent. Anh. am
25.02.2026 - NotfallG
23.02.2026

Abs: Björn Steiger Stiftung – Petstr. 12 – 71364 Winnenden

**An den
Deutschen Bundestag-Gesundheitsausschuss
Frau Amtierende Vorsitzende
Dr. Tanja Machalet, MdB**

Ihr Ansprechpartner
Ing. Christof Constantin Chwojka
Geschäftsführer

 71364 Winnenden, Pettrstraße 12
 c.chwojka@steiger-stiftung.de
 www.rettungslandschaft.de

Via Email anhoerungen-gesundheitsausschuss@bundestag.de

Winnenden, 22. Februar 2026

Betrifft: Anhörung am 25. Februar, Stellungnahme vorab

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

vielen Dank für die Einladung zur Anhörung am 25. Februar 2026 im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags in Berlin zu BT-Drs. 21/2214 (NotfallG) sowie den Anträgen BT-Drs. 21/1752 und 21/2228.

Die dringend nötige Reform der Notfallversorgung ist nicht allein eine organisatorische oder finanzielle Frage. Sie berührt den Kern staatlicher Verantwortung.

Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 Grundgesetz garantiert das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Aus dieser Gewährleistung folgt nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts eine objektiv-rechtliche Schutzpflicht des Staates. Der Staat darf sich nicht darauf beschränken, Gefahren lediglich hinzunehmen oder an untergeordnete Ebenen weiterzureichen. Er ist verpflichtet, effektive organisatorische und rechtliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die Leben schützen und gesundheitliche Schäden möglichst verhindern. Die Notfallversorgung ist einer der sensibelsten Bereiche dieser Schutzpflicht.

Deutschland verfügt über ein historisch gewachsenes, im Grundsatz leistungsfähiges System aus Rettungsdienst, Notaufnahmen und ärztlichem Bereitschaftsdienst. Gleichwohl ist dieses System strukturell fragmentiert, regional unterschiedlich ausgestaltet und vielfach von Fehlanreizen geprägt. Die Unterschiede in Organisation, Finanzierung und Qualität führen dazu, dass die konkrete Überlebens- und Versorgungschance im medizinischen Notfall nicht überall gleich ist.

Das berührt nicht nur Fragen der Effizienz, sondern das verfassungsrechtliche Gebot gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Wenn in den Regionen unterschiedliche Hilfsfristen gelten, die medizinisch nicht evidenzbasiert sind, wenn Leitstellen nicht interoperabel arbeiten und deshalb nicht das schnellste geeignete Rettungsmittel disponiert wird, wenn präklinische Versorgung nur als Transport bewertet und finanziell schlechter gestellt ist, dann handelt es sich nicht mehr um bloße Verwaltungsfragen. Dann entstehen strukturelle Risiken für Leben und Gesundheit.

Vor diesem Hintergrund begrüßt die Björn Steiger Stiftung ausdrücklich, dass mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf eine stärkere bundeseinheitliche Rahmensetzung erfolgt und der Rettungsdienst als eigenständiger Leistungsbereich im SGB V anerkannt werden soll. Die bisherige Konstruktion als bloße Nebenleistung im Rahmen von Fahrkostenregelungen hat ein System geschaffen, das Transporte begünstigt und fallabschließende Versorgung benachteiligt. Dies steht nicht nur im Spannungsverhältnis zum Wirtschaftlichkeitsgebot der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch zur Pflicht, eine medizinisch sachgerechte Steuerung sicherzustellen.

Eine Reform darf sich jedoch nicht auf Zuständigkeitsverschiebungen beschränken. Sie muss strukturelle Fehlanreize beseitigen und verbindliche Qualitätsstandards etablieren. Lebensschutz darf nicht vom Wohnort abhängen. Wenn bundeseinheitliche Sozialleistungsansprüche normiert werden, müssen auch die strukturellen Voraussetzungen zu ihrer Einlösung bundeseinheitlich abgesichert sein.

Die geplante Verschränkung von 112 und 116117 sowie die Einrichtung eines Gesundheitsleitsystems sind wichtige Schritte. Entscheidend ist jedoch, dass dieses System tatsächlich als Gatekeeper funktioniert. Es muss sichergestellt sein, dass unabhängig von der gewählten Rufnummer eine standardisierte, qualitätsgesicherte Ersteinschätzung erfolgt und der Patient verlässlich in die medizinisch geeignete Versorgungsstufe gesteuert wird. Nur so können Ressourcen geschont und zugleich kritische Notfälle priorisiert werden.

Ebenso ist eine Neubewertung der Hilfsfristen geboten. Starre, historisch gewachsene Fristen ohne differenzierte Betrachtung medizinischer Indikationen werden dem Stand der Wissenschaft nicht gerecht. Bei bestimmten Krankheitsbildern entscheidet jede Minute über Überleben und Langzeitfolgen. Der Staat ist angehalten, seine Schutzpflicht an diesen medizinischen Realitäten auszurichten.

In besonderer Weise gilt dies zum Beispiel für die Reanimation. Die verpflichtende, flächendeckende standardisierte Telefonreanimation sowie interoperable Ersthelfer-Alarmierungssysteme sind keine optionalen Ergänzungen, sondern nachweislich wirksame Instrumente zur Lebensrettung. Wenn ihre Einführung an föderalen oder technischen Fragmentierungen scheitert, bleibt staatliches Schutzpotenzial ungenutzt.

Auch die Kompetenzen des rettungsdienstlichen Fachpersonals müssen so ausgestaltet sein, dass eine sachgerechte, fallabschließende Versorgung möglich ist. Wenn hochqualifizierte Fachkräfte strukturell daran gehindert werden, medizinisch gebotene Entscheidungen eigenverantwortlich umzusetzen, wird vorhandene Expertise nicht ausgeschöpft. Das schwächt das System insgesamt.

Die anstehende Reform bietet die Chance, die Notfallversorgung in Deutschland auf eine verfassungsrechtlich tragfähige Grundlage zu stellen: mit bundeseinheitlichen



**BJÖRN STEIGER
STIFTUNG**

Qualitätsstandards, klaren Zuständigkeiten, digitaler Vernetzung und einer Finanzierung, die medizinische Rationalität statt Transportlogik honoriert.

Die bestehenden Probleme sind seit Jahren bekannt. Es fehlt nicht an Analysen, sondern an konsequenter Umsetzung. Die Reform der Notfallversorgung ist daher auch ein Testfall staatlicher Handlungsfähigkeit im Bereich des elementaren Lebensschutzes.

Ich bedanke mich für die Möglichkeit zur Stellungnahme, darf auf unsere Infowebseite www.rettungslandschaft.de mit vielen Erläuterungen hinweisen und stehe bei Fragen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ing. Christof Constantin Chwojka
Geschäftsführer

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses

**zum Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung
und des Rettungsdienstes (Notfallgesetz – NotfallG)
BT-Drucksache: 21/2214**

Stand 18.02.2026

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Str. 31
10178 Berlin
Tel: 030 34646-2299
info@bv.aok.de

**AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.**

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Zusammenfassung:

Der AOK-Bundesverband sieht in dem vorliegenden Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung gute Ansätze, die sich teilweise auch im Referentenentwurf des BMG wiederfinden. Die Gesetzgebung zur Notfallversorgung erfordert grundsätzlich eine enge Abstimmung mit den parallellaufenden Reformen der Bundesregierung, insbesondere mit der Krankenhausreform (KHAG) und mit der Primärversorgung. Die geplante Einbindung des Rettungsdienstes in die Notfallreform ist extrem wichtig, um die Effizienz der Versorgungsprozesse zu verbessern. Die Notfallreform darf jedoch nicht daran scheitern, dass die Länder Regelungen zum Rettungsdienst kritisch gegenüberstehen - wir können uns weitere Verzögerungen bei der Umsetzung des Reformvorhabens nicht länger leisten.

Regelungen für die notdienstliche Akutversorgung durch die Selbstverwaltung

Begrüßenswert ist es, die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) stärker in die Pflicht zu nehmen, indem der Sicherstellungsauftrag mit der Einführung der „notdienstlichen Akutversorgung“ konkretisiert wird und sie zur Einrichtung einer Akutleitstelle verpflichtet werden. Die „notdienstliche Akutversorgung“ sollte sich aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebotes jedoch nur auf die Erstversorgung von Fällen beschränken, bei denen eine unmittelbare Behandlung erforderlich ist. Doppelstrukturen sind zu vermeiden und der Vorrang der Versorgung durch Vertragsarzt/-innen und MVZ muss stärker betont werden. Das vorgesehene 24/7-Angebot für den aufsuchenden Dienst würde ein konkurrierendes und schwer eingrenzbares zusätzliches Angebot während der Praxisöffnungszeiten schaffen, welches weder für die Versorgung nötig noch wirtschaftlich oder personell umsetzbar ist. Die konkrete Ausgestaltung der notdienstlichen Akutversorgung sollte deshalb von den Partnern der Bundesmantelverträge übernommen werden. Hierdurch könnten Abgrenzungsprobleme zur Regelversorgung gelöst, hohe Vorhaltekosten reduziert und die Herausforderung der begrenzten Personalressourcen besser bewältigt werden. Ergänzend muss es eine verbesserte Erreichbarkeit der ambulanten Versorgung geben, indem die offenen Sprechstunden aufeinander abgestimmt werden.

Ersteinschätzung muss zu gleichen Ergebnissen kommen

Von Hilfesuchenden kann in einer akuten Notsituation nicht erwartet werden, dass die unterschiedlichen Versorgungswege bekannt sind. Die Einführung einer verpflichtenden Ersteinschätzung zur Ermittlung der Dringlichkeit und der richtigen Versorgungsebene in den neu einzurichtenden Akutleitstellen und integrierten Notfallzentren (INZ) ist daher sinnvoll. Jedoch sind bisher die Regelungskompetenzen für die Vorgaben zur Ersteinschätzung von Akutleitstellen und INZ im Gesetzentwurf unterschiedlich ausgestaltet. Während die KBV die

Vorgaben für die Ersteinschätzung in den Akutleitstellen bestimmt, soll der G-BA diese ausschließlich für die INZ festlegen. Wichtig ist, dass diese Trennung aufgelöst wird und der G-BA einen gemeinsamen Auftrag für eine Richtlinie zur Ersteinschätzung im Akutfall erhält, welcher auch die Ersteinschätzung in den Akutleitstellen umfasst. Somit wird sichergestellt, dass Hilfesuchende die gleiche Einschätzung des Versorgungsbedarfs an den unterschiedlichen Kontaktpunkten erhalten. Dieses Instrument zur Ersteinschätzung sollte perspektivisch auch von den Rettungsleitstellen genutzt und im Rahmen der Einführung eines Primärversorgungssystems erweitert werden.

Integrierte Notfallzentren in Krankenhäusern als zentraler Baustein der Reform

Es ist zu begrüßen, dass integrierte Notfallzentren (INZ) bestehend aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und einer Ersteinschätzungsstelle einzurichten sind. Es wird eine zentrale Anlaufstelle benötigt, die medizinisch sachgerecht und neutral über den weiteren Versorgungsweg entscheidet. Die Entscheidung zur Einrichtung der INZ über die erweiterten Landesausschüsse ist, verbunden mit dem doppelten Stimmgewicht der Krankenkassen, der richtige Weg.

Mehr Mut braucht es bei einheitlichen Standards für die Ausgestaltung der INZ. Die zentralen Vorgaben müssen bundeseinheitlich festgelegt werden, um eine gleichwertige Versorgungsqualität sicherzustellen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist hierfür das geeignete Gremium. Grundsätzlich begrüßt wird die Klarstellung, dass die KVen in den INZ die notdienstliche Akutversorgung sicherstellen sollen. Jedoch gehen die Regelungen im Gesetzentwurf zu weit und schaffen im Vergleich zum aktuellen Referentenentwurf des BMG eine noch weitreichendere Konkurrenz zur vertragsärztlichen Versorgung: Hierzu zählen die langen täglichen Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxen von 10 - 22 Uhr, die auch reguläre Sprechzeiten der Vertragsarztpraxen umfassen oder die verpflichtende Einrichtung von KV-Notdienstpraxen auch an Krankenhäusern, an denen eine vergleichbare Versorgung auch durch ein MVZ oder eine Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Nähe der Notaufnahme erfolgen könnte.

Die Steuerung von Patientinnen und Patienten ist nicht zu Ende gedacht

Die Regelungen im Gesetzentwurf werden nicht dazu führen, dass die Notaufnahmen der Krankenhäuser wirksam entlastet werden. Zum einen können Krankenhausstandorte ohne INZ weiterhin ambulante Notfallversorgung durchführen. Zum anderen können die Hilfesuchenden, die sich in einem INZ vorstellen, nur innerhalb des INZ versorgt werden. Die direkte Weiterleitung in die reguläre vertragsärztliche Versorgung nach der Ersteinschätzung ist nicht vorgesehen und muss zwingend ermöglicht werden. Zielführend wäre es, wenn es im Rahmen der Ersteinschätzung möglich ist, Termine für Hilfesuchende über die TSS in die vertragsärztliche Versorgung zu buchen. Dies würde ein größeres Potenzial an Terminoptionen ermöglichen und das System insgesamt stärker entlasten.

Die Entlastung der Krankenhäuser könnte noch aus einem weiteren Grund geringer ausfallen als erhofft. Denn mit der Etablierung von INZ-Standorten mit 24-stündiger Öffnungszeit werden sich viele Hilfesuchende, die bisher zu den Praxisöffnungszeiten in der vertragsärztlichen Regelversorgung versorgt wurden, direkt an die INZ wenden. Dieser Sogeffekt durch die Umgehungsmöglichkeit der vertragsärztlichen Versorgung kann zu einer noch stärkeren Überlastung der notdienstlichen Strukturen in den Krankenhäusern führen und ist unbedingt durch Zugangs- und Steuerungsinstrumente bei der Ersteinschätzung zu verhindern.

Finanzierbarkeit ernst nehmen

Die im Gesetzentwurf beschriebenen Einsparungen sind durch die Notfallreform allein nicht erzielbar. Insofern sind die hohen Einsparpotenziale von zukünftig bis zu 5 Mrd. Euro jährlich nicht seriös beziffert. Beispielsweise wird angenommen, dass durch die Vermeidung von (kurzstationären) Krankenhausaufenthalten Einsparungen von bis zu 4 Mrd. Euro erzielt werden könnten. Bisher führt die anhaltende Abnahme der Fallzahlen im Krankenhaus jedoch nicht zur finanziellen Entlastung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Krankenhäuser behandelten zuletzt zwar durchschnittlich rund 10 Prozent weniger Fälle als im Jahr 2019, trotzdem ist der Anstieg der Krankenhausausgaben ungebrochen. So zeigen die veröffentlichten GKV-Finanzdaten für das erste Halbjahr 2025 einen weiteren Anstieg der Krankenhausausgaben um 9,6 Prozent (+ 4,8 Mrd. Euro). Die aufgezeigten Einsparpotentiale können nur erreicht werden, wenn eine Reform die weiteren Gesetzesvorhaben wie das KHAG oder das Primärversorgungssystem umfassend einbezieht. Nur mithilfe einer wirksamen Krankenhausreform, die einerseits stationäre Überkapazitäten gezielt und qualitätsorientiert abbaut und andererseits mit einer Weiterentwicklung bei den ambulanten Versorgungsstrukturen die Sektorengrenzen überwindet, kann die Notfallreform tatsächlich gelingen. Einsparungen sind in diesem Bereich erst zu erwarten, wenn die Patientensteuerung tatsächlich effizienter wird und die Vorhaltestrukturen entsprechend verschlankt sind. Das heißt konkret, dass Standorte von INZ weit überwiegend dann auch mittelfristig für die Versorgung benötigten Krankenhäusern entstehen sollten. Die besonderen Herausforderungen des ländlichen Raums sind dabei zu beachten.

Völlig unrealistisch sind die im Gesetzentwurf genannten Einsparungen für den Rettungsdienst. Selbst wenn die engere Kooperation von Rettungsleitstellen mit den KV-Akutleitstellen sehr zügig etabliert und ein sukzessiv steigender Anteil der Versorgung in den ambulanten Bereich verlagert würde, führt dies nicht ohne weiteres und unmittelbar zu entsprechenden Einsparungen. Im Rettungsdienst wird insbesondere die Vorhaltung vergütet; weniger Einsätze führen allenfalls zu marginalen Kostensenkungen. Einsparungen sind allenfalls mittelfristig zu erwarten und nur dann, nachdem Einsatzkapazitäten abgebaut und Rettungsleitstellen zusammengelegt werden konnten. Zwischenzeitlich ist eher mit weiteren Transformationskosten zu rechnen. Mit der Vorgabe, für Krankenfahrten landesweit einheitliche Preisvereinbarungen zu schließen, werden zudem Wettbewerbselemente abgebaut und höhere Preise etabliert. Zudem werden mit der Übertragung des Zuzahlungseinzugs im Taxibereich auf die GKV neue Bürokratiekosten geschaffen.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
Artikel 1	
Artikel 1 Nr. 1 Krankenbehandlung Der GKV-Leistungsrahmen wird auf der Überschriftenebene um die medizinische Notfallrettung ergänzt.	Die Regelung ist sachgerecht.
Artikel 1 Nr. 2 Neufassung § 30 Medizinische Notfallrettung Abs. 1: Versicherte haben Anspruch auf medizinische Notfallrettung, wenn ein rettungsdienstlicher Notfall vorliegt, d.h. wenn der Versicherte aus ex ante Sicht in unmittelbarer Lebensgefahr ist oder eine Verschlechterung seines Zustands droht. Für einen Anspruch auf Leistungen des Notfallmanagements reicht der Verdacht aus, dass der Versicherte Bedarf an Leistungen der notfallmed. Versorgung oder der notdienstlichen Akutversorgung hat.	Den Anspruch auf medizinische Notfallrettung dezidiert als eigenständige Leistung im SGB V zu verankern, ist zu begrüßen. Bisher regelt das SGB V den Transport von Patienten nur als Annexleistung, als ergänzende „Fahrtkosten“, die ggf. in Zusammenhang mit einer anderen Leistung übernommen werden. Dass jetzt die notfallmedizinische Versorgung, die durchaus auch vor Ort und durch Nicht-Ärzte erfolgen kann, in den Vordergrund gerückt wird, entspricht der Professionalisierung der im Rettungsdienst Tätigen und ist seit langem überfällig.
Abs. 2: Definition der medizinischen Notfallrettung, die das Notfallmanagement, die notfallmedizinische Versorgung, den Transport und die spezielle ambulante Notfallversorgung umfasst. Die Entscheidung des Gesundheitsleitsystems nach § 133a (Notfallreform) gilt als Nachweis der Indikation/Verordnung, wodurch die oftmals nachträgliche Verordnung entfällt.	Das in der Notfallreform adressierte Gesundheitsleitsystem (§ 133a) wird als Anknüpfungspunkt für die rettungsdienstliche Reform genutzt. Dies ist sachgerecht und zu begrüßen. Besonders hervorzuheben ist, dass das Notfallmanagement ausdrücklich als erster Baustein der Notfallrettung genannt wird, betont die Wichtigkeit der Steuerung des Patienten.
Abs. 3: Definition des Notfallmanagements: umfasst die Entgegennahme des Hilfersuchens auf Grundlage einer softwaregestützten standardisierten Notrufabfrage, die Vermittlung der Hilfe, die telef. oder telemed. Notfallberatung und die tel. Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen inkl. der auf digitalen Apps basierenden Entsendung von Ersthelfern. Es umfasst auch die digitale Fallübergabe zw. RD, Leistungserbringern der KV und INZ.	Es ist sehr zu begrüßen, dass hilfesuchenden Patienten zukünftig nicht nur mit der Entsendung von Rettungsmitteln, sondern auch durch andere situationsangemessene, standardisierte Hilfevermittlung geholfen werden soll. Dies kann helfen, die Notfallambulanzen zu entlasten. Ebenfalls zu begrüßen ist die verpflichtende digitale Fallübergabe.
Abs. 4: Definition der notfallmedizinischen Versorgung: umfasst die erforderliche Versorgung vor Ort durch ärztl. und nichtärztl. Personal, auch telemedizinisch; kann auch durch amb. Versorgungsangebote erfolgen, sofern landesrechtlich vorgesehen und vorhanden.	Es ist zu begrüßen, dass ausdrücklich auch nichtärztliches Personal und Telemedizin eingesetzt werden kann.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
Abs. 5: Definition des Notfalltransports: umfasst den erforderlichen boden- und luftgebundenen Transport in die nächste geeignete Einrichtung oder die zwingend erforderliche Verlegung in eine andere Einrichtung sowie die notfallmed. Versorgung während des Transports.	Die Transportaufgabe des Rettungsdienstes war bisher ähnlich in § 60 Fahrkosten geregelt. Durch die Einbindung in den neuen § 30 wird sein Stellenwert im Rahmen der Versorgungskette gestärkt.
Abs. 6: Definition der speziellen ambulanten Notfallversorgung (SANV): umfasst spezielle Versorgungsangebote wie notfallpflegerische Leistungen, psychische Notfallhilfen und Hilfen für außerklinische Geburtshilfe. Diese Leistungen sind durch die für das Notfallmanagement zuständigen Stellen zu vermitteln.	Die Etablierung weiterer spezieller ambulanter Angebote (SANV) als eigener Bestandteil der medizinischen Notfallrettung wird abgelehnt. Hier besteht die Gefahr, dass sich ein neuer Leistungsbereich mit Doppelstrukturen entwickelt, der zu erheblichen Mehrausgaben für die GKV führen würde.
Abs. 7: regelt die Zuzahlung der Versicherten	Die Regelung ist sachgerecht, sie entspricht der bisherigen Zuzahlungsregelung.
Artikel 1 Nr. 3 Neufassung § 60 Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten § 60 Abs. 1: Festschreibung des Anspruchs der Versicherten auf Übernahme der Kosten für Krankentransporte und Krankenfahrten. § 60 Abs. 2: Definition des Leistungsanspruchs bei Fahrten zur stationären Behandlung und bei Verlegungen. Der Anspruch wird auf Abverlegungen in Krankenhäuser niedriger Versorgungsstufe ergänzt. Anträge auf Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus sind von der Krankenkasse innerhalb von 24 Std. zu entscheiden.	Die Regelung ist sachgerecht. Der § wird klarer gegliedert, dabei wird der Inhalt der Leistung in den Vordergrund gestellt. Erstmals werden Krankentransportflüge ausdrücklich erwähnt. Maßgeblich bleibt weiterhin die Erforderlichkeit aus zwingenden medizinischen Gründen. Die Regelung entspricht bis auf die neu eingeführte Abwärtsverlegung in ein Krankenhaus niedriger Versorgungsstufe der aktuellen Rechtslage. Die zur Auslastungssteuerung mögliche Abwärtsverlegung ist kritisch zu sehen, sie kann von breit aufgestellten Krankenhausträgern zur Erlösoptimierung eingesetzt werden und zur erheblichen Fahrkostenmehrung bei den Krankenkassen führen. Die Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus ist nicht so dringlich, dass eine 24 Std. Entscheidungsfrist gerechtfertigt wäre. Diese wird abgelehnt.
§ 60 Abs. 3: Definition der Krankentransporte	Die Regelung ist sachgerecht. Sie entspricht der Krankentransport-Richtlinie des G-BA.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
	Die Regelungen werden auch auf Krankentransportflüge ausgeweitet.
§ 60 Abs. 4: Definition der Krankenfahrten	Die Regelung ist sachgerecht. Sie entspricht der Krankentransport-Richtlinie des G-BA.
§ 60 Abs. 5: Regelungen zur Höhe der übernommenen Kosten und zu den anerkannten Kosten (ÖPNV, Taxi, privater PKW)	Die Regelung ist sachgerecht, entspricht der aktuellen Rechtslage.
§ 60 Abs. 6: Regelung zur Kostenübernahme durch die Kassen	Die Regelung ist sachgerecht, entspricht der aktuellen Rechtslage.
§ 60 Abs. 7: keine Kostenübernahme für Rücktransport in das Inland	Die Regelung ist sachgerecht, entspricht der aktuellen Rechtslage.
§ 60 Abs. 8: Regelung zur Übernahme der Kosten im Zusammenhang mit med. Rehabilitation	Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt. Sie entspricht der aktuellen Rechtslage.
§ 60 Abs. 9: Definition der Krankentransportflüge	Krankentransportflüge werden analog Krankentransporten definiert. Dies ist sachgerecht.
Artikel 1 Nr.6 Inhalt und Umfang der Sicherstellung § 75 Abs. 1a Trennung von Terminservicestelle und Akutleitstelle; Reduzierung der telefonischen Erreichbarkeit auf „Werktags“. Die Leistungen der Terminservicestellen sind auch durch Kooperationen mit digitalen Dolmetscherdiensten in den wichtigsten Sprachen und in Gebärdensprache anzubieten.	Der Ausbau der Terminservicestellen (TSS) wird ausdrücklich begrüßt. Insbesondere im Hinblick auf die geplante Einführung eines Primärversorgungssystems können die Terminservicestellen maßgeblich zu einem verbesserten Zugang zur Versorgung beitragen. Eine 24/7-telefonische Erreichbarkeit der Terminservicestellen wäre zwar unsachgemäß, jedoch sollte die Vorgabe dennoch konkreter gefasst werden als nur „an Werktagen“. Denkbar wäre beispielsweise eine Erreichbarkeit von 6 - 21 Uhr. Eine verpflichtende Integration digitaler Dolmetscherdienste in den wichtigsten Sprachen zur Sicherstellung eines barrierefreien Zugangs zu Hilfsangeboten ist abzulehnen; insbesondere mit Blick auf die offene Finanzierungsregelung. Integration stellt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, die auch gesamtgesellschaftlich aus Steuermitteln zu finanzieren ist.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
§ 75 Abs. 1b Der Sicherstellungsauftrag der KVen wird dahingehend konkretisiert, dass sie eine notdienstliche (Erst)Versorgung 24/7 sicherzustellen zu haben. Dies beinhaltet auch die unverzügliche Behandlung aus medizinischen Gründen und je nach medizinischer Erfordernis die fallabschließende Behandlung. Hiervon umfasst sind die Feststellung einer AU, die Verordnung von Arzneimitteln, Krankentransporten und Apothekenbotendiensten. Sicherzustellen ist die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch eine verpflichtende Beteiligung an Integrierte Notfallzentren (INZ) sowie durch ein 24/7 telemedizinisches und ein aufsuchendes Versorgungsangebot. Besondere Bedarfe in der Notfallbehandlung psychisch erkrankter Menschen und der Intervention bei psychischen Krisen sind zu berücksichtigen. Für den aufsuchenden Dienst kann qualifiziertes nichtärztliches Personal unter ärztlicher Anordnung und Verantwortung eingesetzt werden.	ren ist. Die Übertragung ganz wesentlicher Finanzierungslasten auf die Träger der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ist nicht sachgerecht und zugleich mit hohen Ausgabenrisiken verbunden. Der AOK-BV begrüßt die Bestrebungen durch eine Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags, die ambulante notdienstliche Akutversorgung zu verbessern. Jedoch sind die im Gesetzesentwurf dargestellten Elemente der Versorgung zu weitreichend. Die „notdienstliche Akutversorgung“ sollte sich auf Grund des Wirtschaftlichkeitsgebotes nur auf die kurzfristig erforderlichen Maßnahmen von Fällen beschränken, bei denen eine schnellstmögliche Behandlung erforderlich ist. Hierzu gehören auch die Feststellung einer AU und Verordnungen nur für kurzfristig benötigte Arzneimittel und keine Apothekenbotendienste. Parallelstrukturen und doppelte Ausgaben müssen vermieden und der Vorrang der Versorgung von Vertragsärzt/-innen und MVZ stärker betont werden. Deshalb sollten für den zeitlichen Umfang des telemedizinischen Angebotes und des aufsuchenden Dienstes Regelungen durch die Partner der Bundesmantelverträge getroffen werden. Hierdurch können Abgrenzungsprobleme zur Regelversorgung gelöst, hohe Vorhaltekosten reduziert und die Herausforderung der begrenzten Personalressource besser bewältigt werden. Ein 24/7-Angebot für den aufsuchenden Dienst ist flächendeckend weder für die Versorgung nötig noch wirtschaftlich oder personell umsetzbar. Vom Sicherstellungsauftrag ist auch die Versorgung psychisch erkrankter Menschen umfasst und damit auch die notdienstliche Akutversorgung in diesem Bereich. Gemäß § 17 Abs. 1c BMV-Ä müssen psychiatrisch tätige Fachärztinnen

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
	und Fachärzte fünf offene Sprechstunden pro Woche ohne Terminvergabe zur Verfügung stellen, in denen Betroffenen mit akuten Gesundheitsproblemen vorstellig werden können. Eine Teilnahme von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten an der notdienstlichen Akutversorgung wird kritisch gesehen, da keine medizinischen und psychopharmakologischen Kompetenzen vorliegen. Vor diesem Hintergrund wird kein Regelungsbedarf gesehen. Positiv zu bewerten ist, dass für den aufsuchenden Dienst auch weitere Gesundheitsprofessionen mit eingebunden werden können. Die Begrenzung auf „unter ärztlicher Anordnung und Verantwortung“ ist aufgrund anderer gesetzlicher Regelungen (siehe BEEP) nicht notwendig und führt dazu, dass die Lösung hinter dem Potential zurückbleibt.
§ 75 Abs. 1c Die KVen haben zusätzlich zur TSS eine Akutleitstelle einzurichten. Diese soll 24 Stunden täglich erreichbar sein. Grundlage der Vermittlung stellt ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren auf Grundlage einer KBV-Richtlinie dar.	Die Verpflichtung zum Aufbau von Akutleitstellen durch die KVen wird begrüßt. Wichtig für die Ersteinschätzung ist, dass es zukünftig ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument gemeinsam für die Akutleitstellen und für die INZ gibt. Dieses muss manipulationsresistent sein. So ist sichergestellt, dass die Behandlungsdringlichkeit und die richtige Versorgungsebenen überall übereinstimmend festgestellt werden. Hierzu soll die G-BA Richtlinie in § 123c Abs. 2 Festlegungen treffen, die dann für die Ersteinschätzung in Akutleitstellen und den INZ gleichermaßen gelten. Bis zum Inkrafttreten der Richtlinie nach § 123c erfolgt die Ersteinschätzung in der Akutleitstelle übergangsweise nach den bestehenden Kriterien der KBV-Richtlinie. Es ist zu begrüßen, dass verbindliche Erreichbarkeitsvorgaben für die Akutleitstelle gemacht werden. Die Einhaltung der

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
	enthaltenden verbindlichen Erreichbarkeitsvorgaben ist eine essenzielle Voraussetzung für eine gelingende Vernetzung zwischen Akutleitstelle und Rettungsleitstelle. Mit der Einhaltung dieser Zeiten kann darüber hinaus verhindert werden, dass Hilfesuchende sich an andere, nicht zuständige Strukturen wenden. Akutleitstellen und Terminservicestellen stellen eine tragfähige Grundlage dar, die vor dem Hintergrund der Einführung eines Primärversorgungssystems perspektivisch funktional erweitert und konsequent auf die Primärversorgung ausgerichtet werden sollten. Durch die Verknüpfung von Erstein-schätzung und Terminvermittlung können diese Strukturen maßgeblich zu einem bedarfsgerechteren Zugang zur Versorgung beitragen. Bei der Ausgestaltung der Akutleitstellen sollten die Krankenkassen beteiligt werden.
§75 Abs. 1d Die KVen sind befugt, personenbezogene Daten der Anrufenden zur Erfüllung Ihrer Aufkommen zu verarbeiten und für die Dauer von 10 Jahren zu speichern.	Die Regelung ist sachgerecht.
§75 Abs. 1f Die KZV haben bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten sowie barrierefreie Zugangsmöglichkeiten zu informieren.	Die Regelung wird begrüßt.
Artikel 1 Nr.10 §90 Landesausschüsse Die Norm zum erweiterten Landesausschuss wird in einem neuen Absatz 4a verortet. Der erweiterte Landesausschuss nimmt nun zusätzlich seine Aufgaben zur Standortbestimmung von INZs und KINZs wahr.	Die Normierung des erweiterten Landesausschusses unter § 90 Abs. 4a SGB V wird begrüßt. Die erweiterten Landesausschüsse sind grundsätzlich ein geeignetes Gremium, um die Aufgaben nach § 123, § 123a und § 123b SGB V wahrzunehmen. Die Kriterien für die Standortfestlegung und für die Festlegung geeigneter Planungsregionen sollen durch den G-BA bundesweit einheitlich festgelegt werden. Die Neuregelung

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
	zum Stimmrecht für die Vertreter der Leistungserbringer im Rettungsdienst wird abgelehnt. Die Fachempfehlungen haben unmittelbare Auswirkungen auf die Leistungserbringer. Stattdessen sollten Vertreter des Rettungsdienstes von den zuständigen obersten Landesbehörden benannt und von den erweiterten Landesausschüssen bei den Aufgaben der Standortbestimmung von INZs und KINZs angehört werden.
Artikel 1 Nr. 11 § 90a Gemeinsames Landesgremium Das Gemeinsame Landesgremium wird um den Rettungsdienst als weiteren Vertreter ergänzt.	Die Regelung ist sachgerecht.
Artikel 1 Nr. 13 § 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung Aus der bisherigen Kann-Bestimmung zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes wird eine Verpflichtung der Vereinbarung durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) und Landesverbände der Krankenkassen / Ersatzkassen, die paritätisch finanziert wird. Diese wird auf die entsprechende Neuregelung des Notdienstes ausgeweitet. Eine Konkretisierung der Höhe ist damit nicht verbunden. Die private Krankenversicherung muss einbezogen werden, um eine Beteiligung zu vereinbaren. Zusätzlich finden sich weitere Detailbestimmungen wie die Vorlage einer Kalkulation etc.	Die vorgeschlagene Regelung wird insgesamt kritisch gesehen. Die angestrebte Regelung hat inhaltliche Mängel, die abzulehnen sind. Beispielsweise ist die Verpflichtung zur Vereinbarung nicht notwendig. Tatsächlich findet schon heute eine Förderung der Strukturen des Notdienstes durch die Vereinbarungspartner statt. Auch die Beteiligung der PKV ist in der Höhe nicht klar geregelt, so dass von einer nicht sachgerechten Beteiligung auszugehen ist. Die Gesetzesinitiative sieht in der Norm ein Einbeziehen der privaten Krankenversicherungsunternehmen vor, um eine Beteiligung zu vereinbaren. Das läuft schon in der Hinsicht fehl, als dass es sich hierbei eine Vielzahl von Unternehmen (ca. 47) handelt. Richtigerweise hätte hier der entsprechende Verband genannt werden müssen, der im darauf folgenden Satz adressiert wird. Richtig ist die paritätische Finanzierung zwischen KVen und Krankenkassen bzw. Kostenträgern. Gleichzeitig muss eine Belastung der Kostenträger über Gebühr verhindert werden. Die Ausgaben für die GKV sind daher in Analogie zu § 105 Abs. 1a SGB V auf einen sehr geringen Maximalbetrag der nach § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V vereinbarten morbiditätsbedingten

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
	Gesamtvergütung zu beschränken. Darüberhinausgehende Mittel sind ausschließlich durch die KVen zu finanzieren.
Artikel 1 Nr. 14 § 115a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus Die Behandlung ist auch bei Zuweisung der Versicherten durch den Rettungsdienst zulässig, wenn das Krankenhaus über ein Integriertes Notfallzentrum nach § 123 verfügt.	Die Regelung ist sachgerecht.
Artikel 1 Nr. 15 § 115e Tagesstationäre Behandlung Kein Anspruch auf Fahrtkostenübernahme ab Aufnahme im Krankenhaus	Die Regelung ist sachgerecht: Zustimmung. Die Kostenübernahme für Fahrten während einer tagesstationären Behandlung (§ 115e SGB V) ist weiterhin grundsätzlich ausgeschlossen; die bereits bestehende Ausnahmeregelung gilt weiter. Die Kostenübernahme für Rettungsfahrten wird klargestellt.
Artikel 1 Nr. 17 § 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen b) § 120 Abs. 3b SGB V wird aufgehoben	Der bisherige Auftrag an den G-BA zur Erstellung einer Richtlinie, die Vorgaben zur Durchführung einer Ersteinschätzung von Patienten macht, wird an dieser Stelle aufgehoben und im § 123 Abs. 3 neu formuliert. Die Regelung ist sachgerecht.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
Artikel 1 Nr. 18 § 123 „Integrierte Notfallzentren“ Abs. 1: INZ bestehen aus der ZNA, einer Notdienstpraxis in räumlicher Integration mit der ZNA und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle. Die fachliche Leitung und Verantwortung liegen i.d.R. beim Krankenhaus. Die KV stellt die notdienstliche Akutversorgung sicher. KHs, die ein INZ-Standort sind, sind zur Kooperation mit der KV verpflichtet. Innerhalb des INZ erfolgt eine digitale Fallübergabe mit Schnittstelle zur digitalen Fallübergabe der KBV.	Die hier dargestellte Lösung muss erst noch den Nachweis erbringen, dass sie die Anzahl der stationären Aufnahmen signifikant senkt (OECD-Durchschnitt als Orientierung), da die Verantwortung für die Ersteinschätzung bei den Krankenhäusern liegt. Soweit dieses Ziel nicht erreicht wird, muss eine Nachsteuerung erfolgen. Zu prüfen wäre dann, ob INZ als eigenständige Versorgungsstruktur dazu geeignet sind, bestehende Sektor-Interessen nachhaltig im Sinne einer Effizienzsteigerung zu modifizieren. Die Einführung einer verpflichtenden digitalen Fallübergabe wird begrüßt. Um den Aufbau von Doppelstrukturen zu vermeiden, sollte von der verpflichtenden Einrichtung einer Notdienstpraxis abgesehen werden können, sofern die notdienstliche Akutversorgung zu den in § 123a Abs. 2 genannten Zeiten durch eine in unmittelbar räumlicher Nähe zur Notaufnahme des Krankenhauses befindlicher Vertragsarztpraxis oder MVZ erbracht werden kann.
Abs. 2: Patienten, die selbständig in das INZ kommen, werden in Ersteinschätzungsstelle hinsichtlich Behandlungsdringlichkeit und geeigneter Versorgungsebene innerhalb des INZ. Die Ersteinschätzung kann durch Delegation erbracht werden. G-BA bestimmt Zeitpunkt, zu dem ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument verwendet werden muss. Für Patienten, die ambulant weiterversorgt werden müssen, muss verpflichtend ein Termin über die Terminservicestelle gebucht werden. Die medizinische Verantwortung geht dann in die vertragsärztliche Versorgung über. Wird kein Termin gebucht, verbleibt die med. Verantwortung beim KH. Patienten, die über die telefonische Vermittlung der Akutleitstelle in das INZ kommen, werden bei gleicher Dringlichkeit bevorzugt behandelt. Der Bundesmantelvertrag regelt das Nähere zum Nachweis der Vermittlung.	Es wird begrüßt, dass eine standardisierte digitale Ersteinschätzung vorgesehen wird. Die vorliegenden Regelungen zur Weiterleitung sind allerdings wenig zielführend: Eine Weiterleitung bei sofortigen Behandlungserfordernis soll nur innerhalb des INZ erfolgen. Auch sollen alle anderen Hilfesuchende mit Behandlungsbedarf nicht direkt in die vertragsärztliche Versorgung weitergeleitet werden können, sondern erst einem Arzt innerhalb des INZs vorgestellt werden. Ist die Notdienstpraxis innerhalb des INZs geschlossen, wird faktisch jeder Hilfesuchende weiterhin in der Notaufnahme versorgt.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
	Um die Notaufnahmen der Krankenhäuser wirksam zu entlasten, muss für Versicherte, bei denen in der Ersteinschätzung kein akuter Behandlungsbedarf festgestellt wurde, auch ohne Behandlung im INZ direkt in die ambulante Regelversorgung über die TSS weitergeleitet werden können. Andernfalls werden sich mit der Etablierung von INZ-Standorten mit 24-stündiger Öffnungszeit sich viele Hilfesuchende, die bisher zu den Praxisöffnungszeiten in der vertragsärztlichen Regelversorgung versorgt wurden, direkt an die INZs wenden. Dieser Sogeffekt durch die Umgehungsmöglichkeit der vertragsärztlichen Versorgung kann zu einer noch stärkeren Überlastung der notdienstlichen Strukturen in den Krankenhäusern führen und ist unbedingt durch die dargestellten Zugangs- und Steuerungsinstrumente bei der Ersteinschätzung zu verhindern. Die geplante Bevorzugung von Patienten, die über die Akutleitstelle in das INZ kommen, setzt den Anreiz, dass die Patienten die Angebote der Akutleitstelle stärker nutzen und wird daher begrüßt. Ziel ist, dass Hilfesuchende bereits vor Aufsuchen des INZ in die richtige Versorgungsebene gesteuert werden.
Abs. 3: Der G-BA legt innerhalb von 6 Monaten in einer Richtlinie Vorgaben an ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument, Vorgaben zum Nachweis der Einhaltung dieser Anforderungen, Vorgaben zum Inhalt des Nachweises der Ersteinschätzungsstelle, Mindestanforderungen an sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen und der Ersteinschätzungsstelle inkl. Mindestanforderungen an die Qualifikation des Personals sowie einen Katalog von Mindestanforderungen an die Standortauswahl für INZ und KINZ fest. Zudem macht er Vorgaben zur Kontrolle dieser Vorgaben.	Die Regelung, dass der G-BA innerhalb von sechs Monaten Vorgaben zum Ersteinschätzungsinstrument entwickelt, wird begrüßt. Darüber wird sichergestellt, dass bundesweit ein einheitliches, validiertes und sicheres Ersteinschätzungsinstrument zum Einsatz kommt. Positiv zu werten ist ebenfalls, dass mit dem Vorliegen eines Ersteinschätzungsinstruments auf dem Markt, das den G-BA Vorgaben entspricht, die Vergütung der Ersteinschätzung an die Verwendung dieses Instruments inkl. des Verwendungsnachweises geknüpft ist.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
Vergütet wird die Ersteinschätzung perspektivisch nur, wenn der Nachweis durch die Ersteinschätzungsstelle hinsichtlich der Verwendung eines Verfahrens nach G-BA-Vorgaben erbracht wird. G-BA berichtet dem BMG über Auswirkungen der RL bis zum 31.12.2026.	Nur so kann sichergestellt werden, dass eine bundesweite Nutzung in den INZ tatsächlich erfolgt. Die Regelung, dass der G-BA darüber hinaus auch die sächliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen und der Ersteinschätzungsstellen festlegt und Vorgaben zum Nachweis und zur Kontrolle der Einhaltung dieser Mindestanforderungen macht, wird im Sinne der Patientensicherheit und der Sicherung der Versorgungsqualität begrüßt. Allerdings sollten auch Sanktionsmechanismen festgelegt werden für den Fall, dass die Anforderungen nicht eingehalten werden. Es wird begrüßt, dass der G-BA Anforderungen an die Standortauswahl festlegen soll. Diese sollten noch um Strukturanforderungen ergänzt werden. Das Datum für die Wirkungsanalyse des G-BA sollte um ein Jahr nach hinten verschoben werden auf den 31.12.2028, da die Auswirkungen auf die Versorgung in den Daten nicht so schnell sichtbar werden.
Abs. 4: Der Bewertungsausschuss beschließt die Anpassungen an die Vergütung der Ersteinschätzung als Einzelleistung unabhängig von der Weiterbehandlung.	Die Verpflichtung des Ergänzten Bewertungsausschuss zur Festlegung der Vergütung der Ersteinschätzung ist sachgerecht. Kritisch anzumerken ist, dass im ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss ein ungleiches Stimmengewicht zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen besteht.
Abs. 5: INZ müssen psychiatrische und psychosomatische Behandlungskompetenz sicherstellen ggf. durch ein externes Fachkrankenhaus durch telemedizinische oder telefonische Konsile. Krisendienste sollten, wenn möglich, einbezogen werden.	Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Die konkrete Ausgestaltung obliegt dem GBA in der Richtlinie. In Kliniken ohne eigene psychiatrische Fachabteilung wird darüber bei Bedarf eine psychiatrische Mitbehandlung sichergestellt und so die Versorgungsqualität verbessert. Die Konsile sollten jedoch nicht nur durch externe psychiatrische Fachkliniken erfolgen, sondern auch durch externe psychiatrische Fachabteilungen, die rund 50 % der Versorgung sicherstellen. Eine Einbindung

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
	psychologischer Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten wird abgelehnt, da keine medizinischen und psychopharmakologischen Kompetenzen vorliegen.
Abs. 6: INZ gewährleisten die Behandlung von Kindern und Jugendlichen durch telemed. oder telefonische Konsile, wenn am Standort kein INZ für Kinder und Jugendliche vorhanden ist. Der erweiterte Landesausschuss bestimmt die Konzeption und Koordination dieser telemedizinischen Konsile.	Die Regelung wird begrüßt Eine Bestimmung auf Landesebene ist sachgerecht. Auf Landesebene gibt es sehr unterschiedliche Strukturen und Versorgungsangebote im Kinder- und Jugendbereich. Die konzeptionelle Ausgestaltung und die telemedizinische Anbindung können so die landesspezifischen Besonderheiten berücksichtigen.
Abs. 7: Die KVen berichten den obersten Landesbehörden jährlich über die Versorgung in den INZ. Die KBV berichtet jährlich dem BMG.	Die Regelung ist sachgerecht.
Abs. 8: Ambulante Leistungen zur Behandlung von Notfällen im KH werden ab Gültigkeit des Ersteinschätzungsinstruments nur noch vergütet, wenn das Instrument genutzt wurde und ein dringlicher Behandlungsbedarf festgestellt wurde oder wenn eine Weiterleitung in eine Notdienstpraxis nicht möglich ist. In den anderen Fällen müssen KHs mit ZNA die Patienten gemäß Ergebnis der Ersteinschätzung in die nächstgelegene Notdienstpraxis oder in den ambulanten Bereich weiterleiten. Andernfalls ist die Vergütung um 50 % zu kürzen.	Die beabsichtigte regelhafte Einbindung von Krankenhäusern ohne INZ in die ambulante Notfallversorgung wird kritisch gesehen. INZs sollen als zentrale Anlaufstelle der Notfallversorgung anhand einheitlicher Kriterien an geeigneten Krankenhausstandorten durch die Erweiterten Landesausschüsse geplant werden. Damit sollen die INZs eine flächendeckende und bedarfsgerechte Notfallversorgung im Krankenhausbereich sicherstellen. Könnten Krankenhäuser ohne INZ zusätzlich regelhaft weiter versorgen, würde eine nicht bedarfsgerechte Parallelstruktur aufgebaut. Es muss deshalb sichergestellt werden, dass die Versorgung von Hilfesuchenden in Krankenhäusern ohne INZ nach der Ersteinschätzung die Ausnahme bleibt. Die Vorgaben des G-BA müssen entsprechend eng gefasst werden.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
Abs. 9: Alle KHs mit ZNA sind verpflichtet, Daten über die Behandlung der Versicherten in der ZNA an das AKTIN-Notaufnahmeregister zu melden.	Die Regelung wird begrüßt.
Artikel 1 Nr. 19 § 123a „Einrichtung von Integrierten Notfallzentren“ Abs. 1: Der erweiterte Landesausschuss bestimmt die Standorte der KHs, an denen INZ eingerichtet werden, auf Grundlage von geeigneten Planungsregionen. Bei der Bestimmung der Standorte ist das Einvernehmen mit den obersten Landesbehörden herzustellen. Voraussetzung ist, dass das KH mind. die Basisnotfallstufe hat. Kriterien für die Standortfestlegung sind die Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten für mind. 95% der Menschen in der Planungsregion, die Zahl der Menschen in der Planungsregion, die Erreichbarkeit mit dem ÖPNV und die Möglichkeit der Koop. mit VÄ und MVZ in der Nähe des KHs. KHs mit höherer Notfallstufe, höheren Fallzahlen und leistungsfähigerer Notaufnahme sowie relevanteren Fachabteilungen und Notdienstpraxen in der ZNA werden bevorzugt. Der erweiterte Landesausschuss kann auch Standorte bestimmen, die die Anforderungen nicht erfüllen, um die flächendeckende Versorgung sicherzustellen.	Die Einrichtung von INZ an dafür geeigneten Krankenhäusern wird begrüßt. Die Krankenhäuser sollten grundsätzlich mindestens die Kriterien der Basisnotfallstufe erfüllen. In weniger stark besiedelten Regionen kann ein INZ im Bedarfsfall aber auch ohne Krankenhausanbindung an zentralen Orten betrieben werden. Jedoch sollte nicht jedes Krankenhaus mit einer Notfallstufe nach § 136c Abs. 4 SGB V automatisch ein INZ aufbauen. Die Planung der Standorte muss sich am tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung orientieren. Die Kriterien zur Feststellung des Bedarfs sollten nicht im Gesetz festgelegt werden, sondern ausschließlich durch den G-BA in einer Notfall-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 16 SGB V. Die Kriterien müssen sich am Notfallstufenkonzept orientieren und Handlungsfreiräume für regionale Gestaltungsmöglichkeiten ermöglichen. Die Bevorzugung von Krankenhäusern mit einer höheren Notfallstufe und einer besseren Ausstattung bei der Standortauswahl wird im Hinblick auf die Qualität der Versorgung der Patienten begrüßt. Die Regelung, dass der erweiterte Landesausschuss auch Standorte bestimmen kann, die die Anforderungen nicht erfüllen, um die flächendeckende Versorgung sicherzustellen, ist sachgerecht.
Abs. 2: KHs und KV schließen innerhalb von 6 Monaten eine Kooperationsvereinbarung und richten ein gemeinsames Organisationsgremium ein. Geregelt werden die digitale Fallübergabe, die Ersteinschätzung, die Organisation und Besetzung der Ersteinschätzungsstelle, Räumlichkeiten, Nutzung der technischen Einrichtungen des KHs und Qualifikation und Fortbildung des Personals gemäß Mindestanforderungen der G-BA Richtlinie.	Der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen und die Durchführung eines gemeinsamen Qualitätsmanagements werden grundsätzlich begrüßt. Um allerdings eine einheitliche Ausgestaltung der INZ zu gewährleisten, sollten durch den G-BA entsprechende allgemeine Kriterien festgelegt werden, die bundesweit gelten. Der Umfang der festgelegten

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
Vorgaben zu Mindest- Öffnungszeiten der Notdienstpraxis: täglich von 10-22 Uhr Kürzere Öffnungszeiten können auf Grundlage empirischer Daten festgelegt werden.	Mindestöffnungszeiten ist deutlich zu hoch und wird abgelehnt. Um Doppelstrukturen zu vermeiden, sollten sich die Öffnungszeiten auf Wochenenden und Feiertage und Montag bis Freitag nach dem Ende der regulären vertragsärztlichen Sprechzeiten beschränken abhängig vom Patientenaufkommen. Bundeseinheitliche Kriterien für die Festlegung der Öffnungszeiten, welche das tatsächliche Patientenaufkommen berücksichtigen, sollten durch den G-BA festgelegt werden.
Abs. 3: Wenn die Kooperationsvereinbarung nicht zustande kommt, legt eine unabhängige Schiedsperson, die von den Vertragspartnern bestimmt wird, die Inhalte innerhalb von drei Monaten fest. Kann sich nicht auf eine Schiedsperson geeinigt werden, legt das Land die Schiedsperson innerhalb eines Monats fest.	Die Regelung ist sachgerecht.
Abs. 4: Bereits bestehende Notdienstpraxen sind in die INZ zu überführen.	Die Regelung ist sachgerecht.
Artikel 1 Nr. 19 § 123b „INZ für Kinder und Jugendliche“ Abs. 1: Der erweiterte Landesausschuss kann Standorte bestimmen, an denen INZ für Kinder und Jugendliche eingerichtet werden, erstmals zwölf Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes. Voraussetzungen sind, dass das KH die Kriterien des Moduls Notfallversorgung Kinder der Notfallstufen-RL einhält und keine Interessen des KHs entgegenstehen. Abs. 2: § 123 Absatz 1 bis 3 und 5 sowie § 123a Absatz 2 bis 4 gelten entsprechend.	Abs. 1: Die Regelung ist sachgerecht. Die Festlegung der Standorte sollte sich am tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung orientieren. Abs. 2: Die Regelung ist sachgerecht.
Artikel 1 Nr. 20 § 133 Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Krankentransporten, Krankentransportflügen und Krankenfahrten § 133 Abs. 1: Klarstellung, dass Leistungen nach § 30 ausschließlich durch Leistungserbringer erbracht werden, die nach Landesrecht dafür geplant	Die Regelung betont das Primat der Länder für die konkrete Ausgestaltung des Rettungsdienstes. Dies ist eine (nachvollziehbare) Konzession, um nach mehreren gescheiterten An-

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
und vorgesehen oder beauftragt sind. (Steuerungskompetenz bleibt beim Land!)	läufen angesichts der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz nunmehr überhaupt überregionale Strukturvorgaben zu etablieren.
§ 133 Abs. 2: Die Vergütung durch die Krankenkassen erfolgt wie bisher auf der Grundlage von Verträgen oder entsprechend der auf Länderseite festgesetzten Gebühren. Besondere Anforderungen eines Gesundheitsleitsystems (standardisierte Abfrage, gemeinsames Qualitätsmanagement) sind bei Vergütung von Rettungsleitstellen zusätzlich zu berücksichtigen. (Anreiz zur Vernetzung mit der Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigungen - § 133a SGB V s. Notfallreform) Transparente Kostendarlegung nach unterschiedlichen Leistungsbestandteilen gegenüber den Krankenkassen sind notwendig. Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung sind bei Festlegung der Vergütung zu berücksichtigen.	Hinsichtlich der Beziehungen zu den Leistungserbringern wird die Chance vertan, hier - anders als in anderen Leistungsbe-reichen längst erfolgreich umgesetzt - Vertragsbeziehungen zwischen den Beteiligten verbindlich vorzuschreiben. Bei der in einigen Bundesländern praktizierten einseitige Gebührenfestsetzung sind immer wieder Unwirtschaftlichkeiten zu Lasten der Beitragszahlergemeinschaft zu beobachten. Die Regelung wird daher abgelehnt. Einvernehmliche Lösungen über die Ausgestaltung und Finanzierung des Rettungsdienstes lassen sich besser im vertragspartnerschaftlichen Miteinander auf Augenhöhe finden. Bei der besonderen Vergütung für das Tätigwerden einer von 112 und 116 117 gemeinsam gebildeten Gesundheitsleitstelle ist darauf zu achten, dass es nicht zu Doppelzahlungen hinsichtlich des bereits ausfinanzierten KV-Bereitschaftsdienstes kommt.
§ 133 Abs. 3: Festlegung, dass die Versicherten unabhängig von der Form der Entgeltfestsetzung Anspruch auf medizinische Notfallrettung haben. Regelung der Voraussetzungen für die Festlegung von Festbeträgen	Die Regelung wird kritisch gesehen, da sie nur notwendig ist, weil die einseitige Gebührenfestsetzung durch den Aufgabenträger nicht unterbunden wird. Die zur Vermeidung der Ausfinanzierung von Unwirtschaftlichkeit durch GKV-Beiträge festgesetzten Festbeträge führen regelhaft zur Verunsicherungen und Friktionen in der Versorgung, welche vermieden werden könnten, wenn Vertragsprinzip verbindlich etabliert würden.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
	Ergänzend zu den bestehenden Möglichkeiten können Festbeträge auch festgesetzt werden, wenn die Gebührenberechnung nicht transparent dargelegt wurde oder die Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung unberücksichtigt lässt.
§ 133 Abs. 4: Festlegung, dass Krankenkassen oder ihre Landesverbände Verträge über die Vergütung der Krankenfahrten nach § 60 SGB V mit geeigneten Einrichtungen/Unternehmen unter Beachtung der Regelungen zur Beitragsstabilität schließen.	Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.
§ 133 Abs. 5: Das Landesrecht kann eine unmittelbare Abrechnung der Leistungserbringer mit den Krankenkassen vorsehen.	Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.
§ 133 Abs. 6: Vorgabe von Verfahrens-Richtlinien des GKV-SV zur Umsetzung der Vertragsgestaltung und von Festbeträgen.	Die Rolle des GKV-SV, Strukturvorgaben für Verträge und Festbeträge zu machen, wird gestärkt. Dies ist zu begrüßen.
Artikel 1 Nr. 21 Ergänzung §133a Gesundheitsleitsystem: §133a Abs. 1: § 133a regelt die Bildung von Gesundheitsleitsystemen durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen zwischen den Trägern der Rettungsleitstellen und den jeweils zuständigen KVen.	Die Einrichtung von Gesundheitsleitsystemen wird begrüßt. Die bessere Vernetzung zwischen Rettungsleitstellen und den KV-Akutleitstellen mit telefonischer Weiterleitung und medienbruchfreier Datenübergabe ist essenziell. Kritisch ist, dass dies aus kompetenzrechtlichen Gründen nicht bundesweit vorgegeben werden kann.
§133a Abs. 2: Auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle ist die zuständige Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, mit diesem ein Gesundheitsleitsystem zu bilden und im Rahmen einer digitalen Vernetzung zwischen der 112 und der 116117 zusammenzuarbeiten. Die Abfragesysteme sind so aufeinander abzustimmen, dass es zu übereinstimmenden Bewertungen kommt. Zwischen den jeweiligen Leitstellen übergebene Fälle sind unverzüglich weiter zu bearbeiten, Daten müssen medienbruchfrei weitergeleitet werden können.	Die Etablierung von Gesundheitsleitsystemen ist grundsätzlich zu begrüßen, sollte aber deutlich verbindlicher erfolgen. Wenn diese nur auf Antrag eines Rettungsleitstellenträgers zustande kommen wird es weiter bei dem für den Bürger unübersichtlichen Flickenteppich regional unterschiedlichster Organisationsformen bleiben. Ohne einheitliche Vorgaben werden die derzeitigen kleinteiligen Leitstellenstrukturen fortgeschrieben. Damit vervielfältigen sich die Kosten der Einführung, ohne dass bundesweite Standards erfüllt würden.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
	KV-Akutleitstellen und Rettungsleitstellen müssten unter bundeseinheitlichen Vorgaben zur digitalen Vernetzung und Qualität zur Kooperation verpflichtet werden, um eine wirksame Steuerung und nachhaltige Entlastung der Strukturen zu bewirken.
§133a Abs. 3: Die Kooperationspartner eines Gesundheitsleitsystems haben ein gemeinsames Qualitätsmanagement zu vereinbaren.	Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.
§ 133a Abs. 4: Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien vermitteln Krankentransporte, soweit Landes recht nichts anderes bestimmt. Sie sollen Leistungen der speziellen ambulanten Notfallversorgung sowie komplementäre Dienste für vulnerable Gruppen vermitteln.	Die Etablierung einer speziellen ambulanten Notfallversorgung (SANV) als eigenen Bestandteil der GKV wird abgelehnt. Dies würde zu erheblichen Mehrausgaben in der GKV führen. Es soll aber an komplementäre Dienste weitergeleitet werden, soweit diese verfügbar sind, beispielsweise an notfallpflegerische Angebote und psychosoziale Dienste. Wichtig ist hierbei, dass die Finanzierung und Organisation in den jeweiligen Zuständigkeiten bleiben. Perspektivisch sollte im Rahmen des Notfallmanagements auch an wohnortnahe pflegerische Steuerungsinstanzen vermittelt werden, soweit diese verfügbar sind. Deren Etablierung liegt in der Verantwortung der Länder. Von dort können regional vorhandene pflegerische Versorgungsangebote organisiert werden.
§ 133a Abs. 5: Die KBV hat dem BMG jährlich über die Zahl und den Stand der Kooperationsvereinbarungen sowie über die Auswertungen des gemeinsamen Qualitätsmanagements zu berichten	Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.
Ergänzung § 133b Qualitätsausschuss Notfallrettung 133b Abs.1: Beim BMG wird ein „Qualitätsausschuss Notfallrettung“ eingerichtet. Dieser hat die Aufgabe Empfehlungen zur Notfallrettung zu erlassen.	Die Regelung entspricht dem in vielen Landesrettungsdienstgesetzen vorgesehenen „Landesausschuss Rettungsdienst“. Die in früheren Reformen angedachte Anbindung an den G-BA war von den Ländervertretern massiv kritisiert worden.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
	Mit dem jetzt geschaffenen neuen, neutralen Gremium besteht zumindest die Chance, überregionale Qualitätsparameter abstimmen zu können.
§ 133b Abs.2: Der Qualitätsausschuss besteht aus 31 stimmberechtigten Mitgliedern (16 Land, 8 Kassen (mit doppeltem Stimmrecht), 7 weiteren einvernehmlich benannte aus Kreis von Fachgesellschaften bzw. Berufsverbänden) und einem unabhängigen Vorsitzenden. Die Amtszeit beträgt 5 Jahre. Beim BMG wird eine Geschäftsstelle eingerichtet.	Die Größe des Gremiums ist aus Proporzgründen gewählt und erscheint in dieser Form kaum arbeitsfähig.
§ 133b Abs. 3: Regelung, dass der Qualitätsausschuss empfehlen kann, dass das BMG geeignete Dritte beauftragt Leistungen zur Unterstützung seiner Tätigkeit zu erbringen. Zudem wird geregelt, dass Patientenorganisationen an den Beratungen teilnehmen können.	Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.
Ergänzung § 133c Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung § 133c Abs. 1: Der Qualitätsausschuss beschließt Empfehlungen in Form eines Kataloges von Struktur- und Qualitätsparametern für die med. Notfallrettung, den Krankentransport und Krankentransportflüge.	Dass die notfallmedizinische Versorgung entsprechend der diversen Landesrettungsdienstgesetze aktuell äußerst heterogen strukturiert ist, ist eigentlich unhaltbar. Das vorgesehene Expertengremium kann zwar nur „Empfehlungen“ zu Struktur- und Prozessqualitätsparametern und zum Aufbau der allgemein zu nutzenden Datensätze abgeben, dies entspricht aber aufgrund der föderalen Gemengelage dem Machbaren. Die Regelung wird begrüßt.
§ 133c Abs. 2: Beschreibung von Mindestinhalten des Kataloges für das Notfallmanagement (u. a. Qualifikation des Personals, Ausstattung, Besetzung und ärztliche Leitung der Leitstellen, Nutzung von standardisierten softwaregestützten Abfragesystemen etc.)	Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
§ 133c Abs. 3: Beschreibung von Mindestinhalten des Kataloges für die notfallmedizinische Versorgung und den Notfalltransport (u. a. Qualifikation des Personals, differenzierte Hilfsfristen, med. Versorgung vor Ort und während des Transportes, Aufgaben der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst).	Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.
§ 133c Abs. 4: Mindestinhalte zum Krankentransport und für Krankentransportflüge	Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.
§ 133c Abs.5: Der Qualitätsausschuss Notfallrettung hat auf Antrag des BMG oder einer obersten Landesbehörde über Themen zu beraten und zu beschließen.	Der nicht im Qualitätsausschuss vertretenen Exekutive wird das Recht Themen zu setzen eingeräumt.
§ 133c Abs.6: Empfehlungen für die Datenübermittlung von Daten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung	Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.
§ 133c Abs.7: Der Qualitätsausschuss erstellt Spezifikationen für eine einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation. Hierzu ist das Einvernehmen mit der KBV und DKG herzustellen. Diese Empfehlungen sind dem Kompetenzzentrum Interoperabilität im Gesundheitswesen vorzulegen.	Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.
Ergänzung § 133d Digitale Notfallkommunikation § 133d: Verpflichtung der an der Versorgung von rettungsdienstlichen Notfällen und in der notdienstlichen Akutversorgung Beteiligten zur digitalen Erhebung und Speicherung der erforderlichen medizinischen Daten und deren Übermittlung an die weiterversorgende Stelle entsprechend bundeseinheitlicher Standards.	Die reibungslose Weitergabe der medizinischen Daten im Rahmen der arbeitsteiligen Notfallversorgung ist essentiell. Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.
Ergänzung § 133e Datenübermittlung zur Qualitätssicherung § 133e Abs.1 Die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung werden zur Qualitätssicherung verpflichtet, jeweils zum 31.03. Daten in anonymisierter Form zu übermitteln. Hierzu wird beim GKV-SV eine Datenstelle eingeführt.	Folgeänderung zur bundesweiten Zusammenführung und Auswertung der Datensätze. Dies ist wichtig für die sachgerechte Weiterentwicklung der Notfallversorgung. Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
§ 133e Abs. 2 Verpflichtung der Datenstellen jeweils zum 01.07. eines Jahres die bundes- und landesweiten Ergebnisse zu veröffentlichen. Zudem muss die Datenstelle Auswertungsanfragen des BMG, des Qualitätsausschusses, den zuständigen Landesbehörden sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nachkommen.	Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.
Artikel 1 Nr. 22 § 136b Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus Ein neuer Absatz 9 wird eingefügt. Hiermit wird der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet, innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten eine Richtlinie zu erlassen, die Inhalt, Umfang und Verfahren eines bundesweit einheitlichen Echtzeit-Nachweises der Versorgungskapazitäten festlegt. Die Führung des Verzeichnisses/ Registers obliegt einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu bestimmenden Stelle. Die Kosten sollen von DKG und der GKV übernommen werden. Krankenhäuser, Notdienstpraxen und Rettungsdienste werden zur fortlaufenden Meldung ihrer verfügbaren, belegten oder überlasteten Kapazitäten verpflichtet. Mit diesem digitalen Nachweissystem in Echtzeit soll eine präzise und jederzeit aktuelle Übersicht über die Versorgungslage gewährleistet werden. Eine enge Vernetzung mit den Rettungsleitstellen, die im Rahmen der Richtlinie in das Nachweissystem eingebunden werden sollen, wird umgesetzt, um Notfallpatientinnen und -patienten unmittelbar und ohne Zeitverlust in geeignete, verfügbare Einrichtungen steuern zu können. Durch eine webbasierte Veröffentlichung strukturierter Daten wird Transparenz geschaffen und eine zielgerichtete Steuerung der Patientenzuweisung ermöglicht. Im Falle von Großschadenslagen oder Katastrophen erhalten die zuständigen Behörden einen unmittelbaren Datenzugriff, um schnell und koordiniert reagieren zu können.	Die Einrichtung eines digitalen Echtzeit-Nachweises der verfügbaren Ressourcen entlang der Versorgungskette zur Gesundheitsversorgung in Notfällen ist sinnvoll und kann die Patientenversorgung verbessern, Prozesse optimieren und Effizienz steigern. Im Rahmen der notwendigen Digitalisierung im Gesundheitswesen erscheint dies Bürokratie entlastend, jedoch sind die vorgeschlagenen Variablen auf Datensparsamkeit zu prüfen. Die Beauftragung des G-BA mit einer sechsmonatigen Frist bis zum Richtlinienbeschluss ist sehr engagiert und wahrscheinlich nicht umsetzbar. Eine webbasierte Veröffentlichung strukturierter Daten wird Transparenz schaffen und wird befürwortet. Die Kostenaufteilung nur zwischen DKG und GKV wird abgelehnt, die Länder/ der Bund sind zu beteiligen, da dieses Verzeichnis auch Aufgaben der Daseinsvorsorge übernimmt. Ein Zugriff der im Falle von Großschadenslagen oder Katastrophen zuständigen Behörden auf die Daten scheint sinnvoll zur Beherrschung etwaiger Krisen.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
Artikel 1 Nr. 23 § 136c Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung In Absatz 4 wird nach Satz 2 ein neuer Satz 3 (neu) eingefügt, der festlegt, dass die Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Notfallstufen gemäß § 136c an den aktuellen Stand der Wissenschaft anzupassen sind (gemeint sind Empfehlungen der Fachgesellschaften) und die Notfallstufen sich in Bezug auf die Vorgaben für das Personal und die Ausstattung an die Empfehlungen der maßgeblichen Fachgesellschaften zu orientieren haben.	Als Orientierung scheint ein Hinweis auf die Vorgaben der Fachgesellschaften hilfreich zu sein. Jedoch sollten diese Empfehlungen lediglich Eingang in die Beschlussfassung finden nicht jedoch jegliche Abweichung zu einer gesonderten Begründungspflicht führen.
Artikel 1 Nr. 25 § 377 Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten In § 377 Absatz 5 wird das Wort „Notfallambulanzen“ durch das Wort „Notaufnahmen“ ersetzt.	Die Regelung ist sachgerecht.
Artikel 2	
Neben den bereits bestehenden Evaluations- und Berichtspflichten evaluiert die KBV zusätzlich die Auswirkungen der Terminservicestellen und Akutleitstellen. Die KBV hat dem BMG ein Evaluationskonzept vorzulegen.	Die Regelung ist sachgerecht. Der jährliche Bericht sollte veröffentlicht werden.
Artikel 3	
Nr. 2 § 17b KHG Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung Es sollen bundeseinheitliche Regelungen zu Zu- und Abschlägen für die Vorhaltefinanzierung der Personalkosten für Ärzte in der Notfallversorgung nach den Regelungen der Notfallstufen getroffen werden.	Dass eine Rechtsgrundlage für die Vergütung der Vorhaltung von ärztlichem Personal geschaffen wird, ist abzulehnen. Erstens, weil die Vergütung ja bereits über die DRGs läuft und die Abgrenzung (was ist Station und was ist Notaufnahme) ohnehin nicht sauber erfolgen kann. Zweitens besteht dadurch die Gefahr der Doppelvergütung der ärztlichen Personalkosten.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
Artikel 4	
§ 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG Vereinbarung auf Bundesebene Die Zu- und Abschläge der Notfallstufen sind an die Weiterentwicklung der Anforderungen anzupassen.	Regelung ist sachgerecht.
Artikel 6	
Ärzte Zulassungsverordnung § 19a Absatz 1 Gleichmäßige Verteilung der offenen Sprechstunden	Die Regelung ist zwingend notwendig, um die Akutversorgung zu verbessern.

Ausschussdrucksache
21(14)64(6)
gel. VB zur öffent. Anh. am
25.02.2026 - NotfallG
23.02.2026

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses

zu den Anträgen der Fraktion der AfD

„Medizinische Notfallversorgung schnell, qualitativ hochwertig und bezahlbar gestalten“ - Bundestagsdrucksache 21/2228 und

„Flächendeckende Einführung und bundeseinheitliche Regulierung von smartphonebasierten Ersthelfer-Alarmierungssystemen“ – Bundestagsdrucksache 21/1752

Stand 20.02.2026

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Str. 31
10178 Berlin
Tel: 030 34646-2299
info@bv.aok.de

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

**AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.**

Mit dem Antrag „*Medizinische Notfallversorgung schnell, qualitativ hochwertig und bezahlbar gestalten*“ - Bundestagsdrucksache 21/2228, fordert die AfD-Fraktion eine optimierte Patientensteuerung, stärkere Personalkapazitäten und verbesserte Strukturen, um die Notfallversorgung effizienter und bezahlbarer zu gestalten.

Der Antrag „*Flächendeckende Einführung und bundeseinheitliche Regulierung von smartphonebasierten Ersthelfer-Alarmierungssystemen*“ - Bundestagsdrucksache 21/1752, zielt auf eine flächendeckende Implementierung smartphonebasierter Ersthelfer-Systeme ab, um das therapiefreie Intervall bei Herz-Kreislauf-Stillständen bundesweit zu verkürzen.

Zu diesen Anträgen der AfD-Fraktion nimmt der AOK-Bundesverband wie folgt Stellung:

Seit dem Jahr 2004 sind die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) für die medizinisch-pflegerische Versorgung ihrer Versicherten von rund 140 Mrd. Euro auf 312 Mrd. Euro im Jahr 2024 angestiegen.

Für die Behandlung von Patientinnen und Patienten sind die Ausgaben der GKV für:

- die **vertragsärztliche Versorgung** von rund 23 Mrd. Euro im Jahr 2004 auf **mehr als 50 Mrd. Euro** in 2024,
- die **stationäre Behandlung** von rund 47 Mrd. Euro im Jahr 2004 auf fast **102 Mrd. Euro** in 2024 und
- den Transport durch den **Rettungsdienst** bzw. *Krankenfahrten* von knapp 2,6 Mrd. Euro in 2004 auf **fast 10 Mrd. Euro**

angestiegen.

Auch die ersten 3 Quartale des Jahres 2025 zeichnen sich durch eine starke Ausgabenzuwachsdynamik aus. So sind die GKV-Ausgaben um rund 7,8 Prozent und damit deutlich stärker als die Beitragseinnahmen mit rund 5,3 Prozent angestiegen.

Dabei sind vor allem die Ausgaben für:

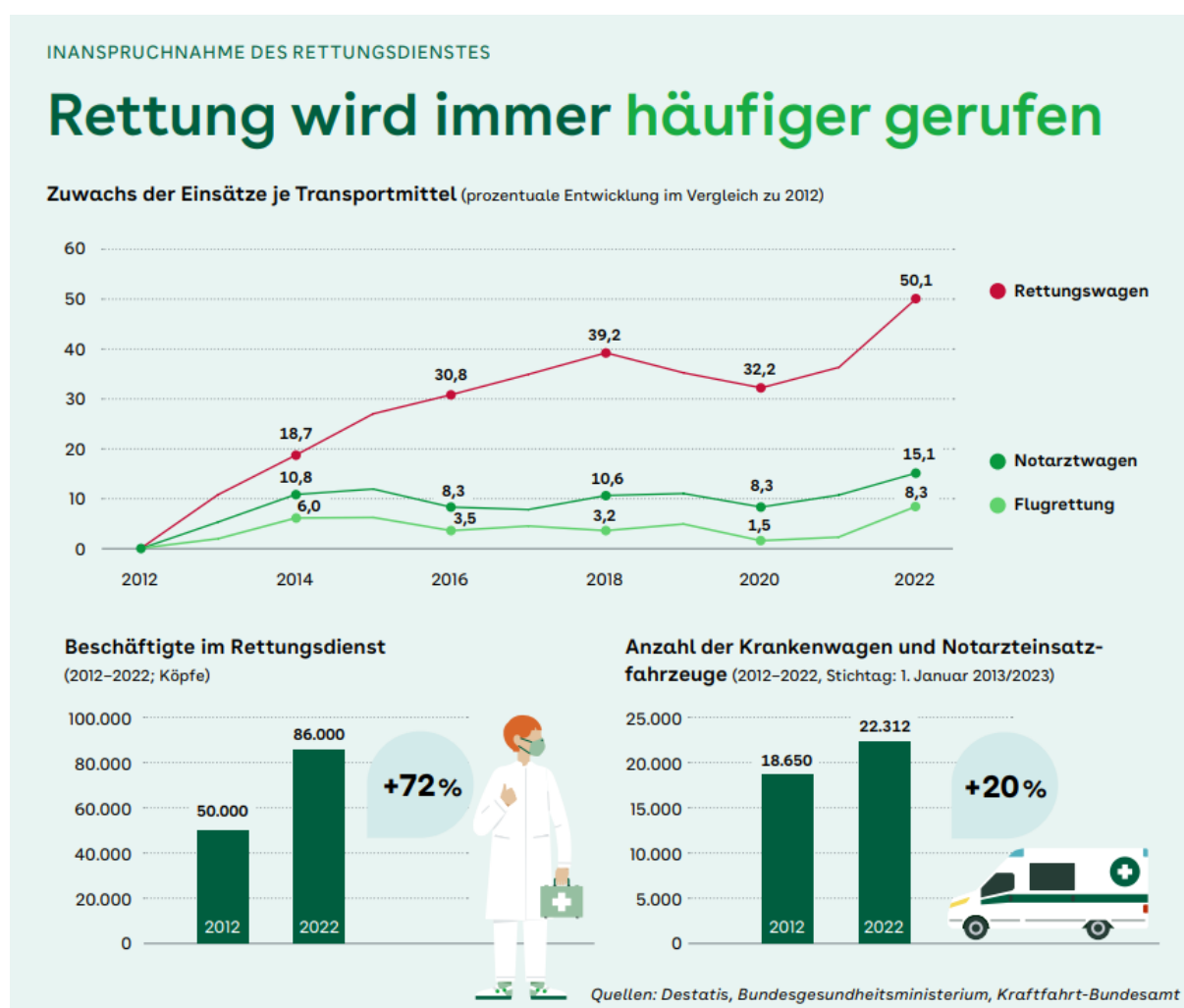
- die **vertragsärztlichen Behandlungen um 7,6 Prozent** bzw. 2,9 Mrd. Euro auf 40,3 Mrd. Euro,
- die **Krankenhausbehandlungen um 9,9 Prozent** bzw. 7,4 Mrd. Euro auf 82,4 Mrd. Euro angestiegen und
- die **Fahrkosten** sind mit **10,1 Prozent** bzw. 720 Mio. Euro eine zweistellige Wachstumsrate festzustellen. Die Ausgaben für Fahrtkosten erreichen 7,8 Mrd. Euro. Ursächlich für die hohe Ausgabendynamik sind insbesondere die Aufwendungen für **Fahrten mit Rettungswagen und Notarztwagen, die um 11,0 Prozent** bzw. 503 Mio. Euro stiegen.

Festzuhalten ist, dass sich seit dem Jahr 2004 die Ausgaben der GKV für die Versorgung der Versicherten mehr als verdoppelt haben. Im Jahr 2026 ist davon auszugehen, dass die Leistungsausgaben der GKV auf rund 330 Mrd. Euro ansteigen werden.

Die Finanzierung der Versorgung der Patientinnen und Patienten ist somit mehr als gewährleistet.

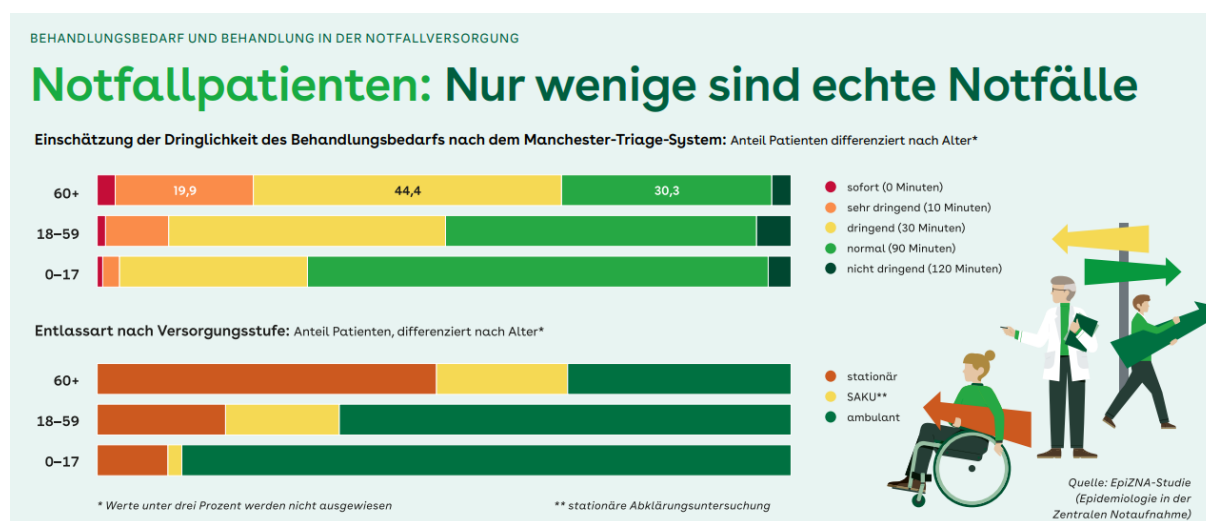
Zur Notfallversorgung

Der Rettungsdienst und die dort aktiven Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter leiden vor allem unter einer massiven Überlastung im Bereich der Low-Level-Einsätze. Wurden die Mitarbeitenden der Rettungsdienste im Jahr 2013 noch für 4,4 Millionen Einsätze alarmiert, wurden sie in 2023 schon zu mehr als sechs Millionen Mal angefordert – allerdings zunehmend aus Anlässen, die medizinisch betrachtet als Bagatel- len gelten. Laut Berufsverband Rettungsdienst sind lediglich 10 bis 15 Prozent der Notärztinnen/Notarzt-Einsätze wirklich gerechtfertigt.



Die zunehmende Einsatzbelastung der Mitarbeitenden der Rettungsdienste hat zur Folge, dass immer mehr Personalressourcen aufgebaut werden müssen. Während der Personalbestand im gesamten Gesundheitswesen seit 2012 um etwa 20 Prozent aufwuchs, entstand so im Rettungsdienst ein Beschäftigungsplus von 72 Prozent.

Dass bei der Notfallversorgung ein erheblicher Reformbedarf besteht, zeigt unter anderem die Auswertung von Patientendaten im Rahmen der EpiZNA-Studie (Epidemiologie in der Zentralen Notaufnahme). Die Notfallteams der Uni Düsseldorf behandelten im Jahr 2019 insgesamt 43.821 Patienten. Doch sogar in der Altersgruppe der über 60-Jährigen wurde jeder dritte (33,1 Prozent) als „normal“ oder „nicht dringend“ (grün/dunkelgrün) eingeschätzt; 44,4 Prozent der Patienten galten als „dringend“ (gelb) und 22,5 Prozent als „kritisch“ (rot/orange).



Dabei ist zu beachten, dass bei der Manchester-Triage die akute Behandlungsbedürftigkeit betrachtet wird. Mit einem dringenden Behandlungsbedarf (gelb) ist nicht zwingend eine stationäre Aufnahme verbunden. Die Hälfte der Senioren wurde jedoch anschließend stationär aufgenommen (48,9 Prozent).

Über alle Altersgruppen hinweg nahm die Uniklinik Düsseldorf im Beobachtungszeitraum 28 Prozent der Hilfesuchenden stationär auf. Sie hat damit im Vergleich mit anderen deutschen Kliniken eine relativ niedrige Quote: Bundesweit geben die Häuser in Umfragen Aufnahmequoten von 38 Prozent an. Die Fachliteratur berichtet sogar von Einrichtungen, die bis zu 60 Prozent ihrer Notfälle stationär behandeln. Als Ursachen sieht unter anderem auch der Gesundheitsökonom Prof. Reinhard Busse (TU Berlin) die unzureichende Notfallqualifikation vieler Notaufnahmen und die überhöhten Bettenkapazitäten in Krankenhäusern.

Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger stärken

Die AOK-Gemeinschaft setzt gezielt auf die Förderung der Gesundheitskompetenz, um Patienten eine bessere Orientierung im Gesundheitssystem zu ermöglichen und so unnötige Rettungseinsätze sowie Überlastungen der Notaufnahmen zu vermeiden.

Ein wesentliches Instrument ist die Aufklärung über die richtige Anlaufstelle: Durch Informationskampagnen und [Ratgeber](#) wird die Unterscheidung zwischen dem Notruf 112 und der Rufnummer 116 117 (ärztlicher Bereitschaftsdienst) geschärft. Ziel ist es, dass Bürger bei nicht lebensbedrohlichen Beschwerden primär den Bereitschaftsdienst kontaktieren, statt direkt die Notaufnahme aufzusuchen.

Zudem engagiert sich die AOK-Gemeinschaft in der aktiven Patientensteuerung durch innovative Projekte wie „[OPTINOFA](#)“. Dieses Modell zielt darauf ab, Hilfesuchende bereits bei der ersten Kontaktaufnahme medizinisch fundiert einzuschätzen und sie direkt in die passende Versorgungsebene – ob ambulant oder stationär – zu leiten.

Ergänzend dazu stärken Angebote wie das „[Patienten-Navi](#)“ oder digitale Entscheidungshilfen die Fähigkeit der Versicherten, Krankheitssymptome selbst besser einzuschätzen.

Smartphonebasierte Ersthelfer-Alarmierungssysteme (SbEA) in der Notfallversorgung

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt die Bestrebungen zur gesetzlichen Verankerung und flächendeckenden Einführung smartphonebasierter Ersthelfer-Alarmierungssysteme. Angesichts der Tatsache, dass bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand jede Sekunde zählt, stellen diese Systeme eine lebensrettende Ergänzung zur professionellen Rettungskette dar. Ziel muss es sein, das therapiefreie Intervall durch qualifizierte [Laien-Reanimation](#) signifikant zu verkürzen.

Die AOK-Gemeinschaft engagiert sich zudem bereits heute in vielfältiger Weise für die Integration digitaler Helfer in die Notfallrettung, so zum Beispiel:

- **Implementierung von Ersthelfer-Apps:** In Kooperation mit Initiativen wie den „**Mobile Rettern**“ unterstützt die AOK-Gemeinschaft den Aufbau regionaler Netzwerke, in denen registrierte Ersthelfer per App direkt zum Notfallort navigiert werden.
- **Künstliche Intelligenz:** Die AOK-Gemeinschaft unterstützt auch den Einsatz von [KI im Rettungsdienst](#), um Notrufe in Leitstellen schneller zu analysieren und entsprechende Ersthelfer-Systeme präzise auszulösen.

Neben der Akutrettung fördert die AOK die präventive Sicherheit durch:

- **Hausnotrufsysteme:** Im Rahmen der Pflegeversicherung unterstützt die AOK-Gemeinschaft die Nutzung von [Hausnotrufen](#), die zunehmend smartphonebasierte Erweiterungen für eine mobile Absicherung integrieren.
- **Aufklärung:** Die AOK-Gemeinschaft informiert proaktiv über die Funktionsweise und den Nutzen von [Notruf-Apps](#), um die Akzeptanz und Teilnahme in der Bevölkerung zu erhöhen.

Fazit

Der AfD-Antrag „*Medizinische Notfallversorgung schnell, qualitativ hochwertig und bezahlbar gestalten*“ - Bundestagsdrucksache 21/2228, fordert zwar eine optimierte Patientensteuerung und stärkere Personalkapazitäten sowie verbesserte Strukturen, um die Notfallversorgung effizienter und bezahlbarer zu gestalten. Aus Versichertenperspektive fehlt es dem Antrag aber an konkreten Finanzierungskonzepten, er vernachlässigt zudem die Ausweitung von Kompetenzen für das Rettungsdienstpersonal und riskiert durch eine zu starke Fokussierung auf „Fehlnutzung“ die Stigmatisierung von Hilfesuchenden.

Der AfD-Antrag „*Flächendeckende Einführung und bundeseinheitliche Regulierung von smartphonebasierten Ersthelfer-Alarmierungssystemen*“ – Bundestagsdrucksache 21/1752, zielt auf die flächendeckende Implementierung smartphonebasierter Ersthelfer-Systeme ab, um das therapiefreie Intervall bei Herz-Kreislauf-Stillständen bundesweit zu verkürzen. Dazu wird die Schaffung verbindlicher technischer sowie rechtlicher Standards gefordert, um die Interoperabilität der Systeme zu gewährleisten. Nicht geklärt werden in diesem Antrag die Fragen der föderalen Kompetenzen, die solide Finanzierung ohne ausschließlich die Versichertengemeinschaft zu belasten sowie Haftungs- und Datenschutzfragen.



Stellungnahme

Malteser Hilfsdienst

Gesetzesentwurf

der Abgeordneten Dr. Janosch Dahmen, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Dr. Armin Grau, Simone Fischer, Linda Heitmann, Johannes Wagner, Leon Eckert, Misbah Khan, Dr. Paula Piechotta und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes

(Notfallgesetz – NotfallG)

Drucksache 21/2214

Stand: 23.02.2026

Malteser Hilfsdienst gemeinnützige GmbH

Erna-Scheffler-Straße 2, 51103 Köln
Postadresse: 51101 Köln
malteser@malteser.org
www.malteser.de
Tel: 0221 9822-0
Fax: 0221 9822-1499

Malteser Hilfsdienst gemeinnützige GmbH, Köln
Amtsgericht Köln, HRB 26997
Steuernr.: 218/5990/0040
Bank für Sozialwirtschaft, Köln
BIC BFSWDE33XXX
IBAN DE65 3702 0500 0002 4001 00

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Geschäftsführung:
Thomas Kleinert, Dr. Elmar Pankau (Vors.),
Ulf Reermann, Frank Weber

Aufsichtsratsvorsitzender:
Georg Khevenhüller

Inhalt

A.	Vorbemerkung	3
B.	Ausgangslage	3
C.	Stellungnahme	4
I.	Generelle Anmerkungen	4
II.	Stellungnahme zu einzelnen Regelungen	5
D.	Weiterer Ergänzungsbedarf	19
I.	Errichtung eines AED-Katasters.....	19
II.	Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten mit Tätigkeit in der Akut- und Notfallversorgung..	19
III.	Anpassungen der Vorschriften des Betäubungsmittelrechts	20
IV.	Zusammenwirken von Rettungsdienst und Katastrophenschutz.....	20
V.	Auf- und Ausbau der Gesundheitskompetenzen in der Bevölkerung.....	21
E.	Fazit	21

A. Vorbemerkung

Der Malteser Hilfsdienst ist ein Verband mit einem Schwerpunkt unter anderem im Rettungsdienst. Daher nimmt die vorliegende Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes im nachfolgenden Umfang in erster Linie die Perspektive des Rettungsdienstes ein.

Seit Bestehen des Rettungsdienstes ist der Malteser Hilfsdienst in Deutschland mitgestaltend aktiv. Als römisch-katholische Hilfsorganisation mit 55.000 Ehrenamtlichen und 40.000 Mitarbeitenden sowie als großer Leistungserbringer im Rettungsdienst mit mehr als 300 Rettungswachen bundesweit sieht der Malteser Hilfsdienst einen mehrfach adressierten, überfälligen Reformbedarf in der Akut- und Notfallmedizin, nicht nur im stationären und ambulanten Sektor, sondern auch im Rettungsdienst. Der Rettungsdienst steht vor enorm großen Herausforderungen. In den vergangenen Jahren hat sich das einstige Erfolgs- und Vorzeigemodell zu einem notleidenden System gewandelt.

B. Ausgangslage

Die grundlegende Problemlage wird im Antrag zutreffend beschrieben. Sie deckt sich mit den Erkenntnissen des Malteser Hilfsdienstes. Der Malteser Hilfsdienst stellt seit Jahren eine weitgehende Einigkeit unter den meisten Expertinnen und Experten hinsichtlich der Bewertung der aktuellen Situation fest. Auch die Reformvorschläge für den Rettungsdienst unterscheiden sich unter den Fachleuten kaum. Gleichzeitig werden die Probleme kontinuierlich größer, weil politisch zuerst viel zu lange gar nicht gehandelt wurde und nach dem Scheitern der letzten Bundesregierung das weitgehend abstimmungsreife Gesetz zum großen Bedauern des Malteser Hilfsdienstes nicht mehr verabschiedet wurde. Die notwendig gewordene Neubefassung mit der dringend erforderlichen Reform in der 21. Wahlperiode wird nach Auffassung des Malteser Hilfsdienstes bedauerlicherweise von der derzeitigen Bundesregierung nicht in der gebotenen Dringlichkeit vorangetrieben. Statt den Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit als Gesetzentwurf der Bundesregierung im Deutschen Bundestag zu beraten, befasst sich der zuständige Ausschuss für Gesundheit mit Einzelanträgen von Fraktionen. Dabei greift der von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eingebrachte Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes (Drucksache 21/2214) zahlreiche Kernforderungen des Malteser

Hilfsdienstes auf. Er setzt wichtige Rahmenbedingungen für eine bundesweit einheitliche, sektorenübergreifende und qualitativ hochwertige Notfallversorgung.

C. Stellungnahme

I. Generelle Anmerkungen

1. Begriffsdefinition „Rettungsdienst“

Wenn im Gesetzentwurf allgemein Bezug zum „Rettungsdienst“ genommen wird, bleibt viel Auslegungsspielraum, welche Akteure im Rettungsdienst konkret gemeint sind, zum Beispiel „Leistungserbringer (Durchführende) im Rettungsdienst“ oder „Träger des Rettungsdienstes“. Auslegungssache bleibt zum Beispiel bei § 75 Absatz 1b, welche beteiligte Instanz innerhalb des Rettungsdienstes genau legitimiert ist, mit wem die Kassenärztlichen Vereinigungen Kooperationen zur Sicherstellung eines aufsuchenden Dienst 24 Stunden täglich eingehen können. Im Sinne einer gesetzlichen Klarheit und zur Vermeidung späterer Interpretationskonflikte sollten durchgängig Begriffe verwendet werden, die die berechtigten Akteure eindeutig benennen, wie es zum Beispiel im Kontext zur Errichtung von Gesundheitsleitsystemen (§ 133a Absatz 1) mit dem Begriff „Träger der Rettungsleitstellen“ gelungen ist.

2. Gesetzesfolgen

Folgen von Über-, Unter- und Fehlversorgungen sowie Fehlsteuerung in der Notfallversorgung zeigen sich vor allem in der Überlastung des Rettungsdienstes. Das Potenzial der Notfallreform, eine Abgabquote von Anrufen von Rettungsleitstellen an Akutleitstellen in Höhe von jährlich 1,2 Millionen Fällen (14,5 Prozent aller Fälle) zu erreichen sowie weitere erwartete Entlastungen in Höhe von bis zu fünf Milliarden Euro jährlich zu heben, wird vom Malteser Hilfsdienst bezweifelt. Bereits die hinsichtlich des Rettungsdienstes im Gesetzentwurf unverbindlich formulierten Regelungen werden die erwarteten Effekte verhindern. Daran werden auch die dem Gesetzentwurf zugrunde liegenden Anreize, zum Beispiel bei der Finanzierung von Gesundheitsleitsystemen, nichts ändern. Außerdem ist bereits absehbar, dass die Kosten für den Rettungsdienst weiter steigen werden, weil die Gesamtbelastung, zum Beispiel infolge der strukturellen Veränderungen in der Krankenhauslandschaft (längere Einsatzzeiten, höheres Aufkommen an Verlegungen usw.) zunehmen wird.

Eine der Aufgabe angemessene Anschubfinanzierung aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität für Investitionen in die auf- und auszubauende digitale Infrastruktur des Rettungsdienstes, wie sie der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung des Bundesministeriums für Gesundheit vorsieht, sowie eine dauerhaft gesicherte Finanzierung der Kosten der Digitalisierung als Kosten des Rettungsdienstes im Rahmen einer Vollkostenfinanzierung über die Entgelte nach § 133, könnten einen ausreichenden Anreiz darstellen, sowohl die Digitalisierung voranzutreiben als auch die generelle Kooperationsbereitschaft seitens der Träger des Rettungsdienstes oder der Träger von Rettungsleitstellen erkennbar zu erhöhen.

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen

Die im Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vorgeschlagene Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes weist zahlreiche Elemente auf, die aus Sicht des Malteser Hilfsdienstes zu begrüßen sind. Zu den Einzelregelungen nimmt der Malteser Hilfsdienst wie folgt Stellung.

1. Artikel 1 Nummer 1 (§ 27)

Die Aufnahme der medizinischen Notfallrettung in den Katalog der Krankenbehandlung wird ausdrücklich begrüßt. Damit wird klargestellt, dass die medizinische Notfallrettung eine eigenständige Leistung im SGB V ist.

2. Artikel 1 Nummer 2 (§ 30)

Absatz 1 bestimmt den Anspruch auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung. Die Aufnahme einer Definition für einen rettungsdienstlichen Notfall aus ex ante Sicht wird vom Malteser Hilfsdienst befürwortet.

Die Differenzierung der medizinischen Notfallrettung nach Absatz 2 ist sachgerecht. Absatz 2 legt weiterhin fest, dass die aufgrund einer Abfrage eines Gesundheitsleitsystems nach § 133a getroffenen Entscheidung zur Auslösung der medizinischen Notfallrettung als Nachweis des Vorliegens eines rettungsdienstlichen Notfalls gilt. Zum einen bleibt offen, in welcher Form dieser Nachweis von einem zugelassenen Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1, zum Beispiel gegenüber der zuständigen Krankenkasse, zu erbringen ist, damit erfolgreich eine Leistungsabrechnung erfolgen kann. Zum anderen sollte die für Nummer 4 gefundene übergangsweise Regelung sowohl auf die notfallmedizinische

Versorgung nach Nummer 2 als auch auf den Notfalltransport nach Nummer 3, hier als Nachweis für das Vorliegen eines rettungsdienstlichen Notfalls, vorübergehend Anwendung finden, um den verantwortlichen Partnern ausreichend Zeit zu geben, eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems abschließen zu können.

Absatz 3 definiert den Anspruch auf ein Notfallmanagement für rettungsdienstliche Notfälle in Rettungsleitstellen mit abschließender Aufzählung. Die Aufzählung der Aufgaben ist nach Auffassung des Malteser Hilfsdienstes unvollständig. Die Aufzählung ist mindestens um die Einsatzlenkung nach dem aktuellen Stand der Technik, das Führen eines digitalen Behandlungskapazitäten-Nachweises sowie um Vorkehrungen zur Lenkung von besonderen rettungsdienstlichen Einsatzlagen unterhalb der Katastrophenschwelle (unter anderem Sonder- und Spitzenbedarf, MANV/E-Lagen) zu ergänzen. Außerdem sind zur Verkürzung des therapiefreien Intervalls bei zeitkritischen Notfällen Helfer-vor-Ort-Gruppen aufzuzählen, die vom Notfallmanagement einzubinden sind. Eine gesetzliche Verankerung erlaubt deren Ausbau und sichert die Integration in die Alarmierungsstruktur. Darüber hinaus sollte das Notfallmanagement die Koordination von komplementären Diensten übernehmen können. Der Anspruch sollte sich weiterhin auf Krankentransporte erstrecken, mithin das Notfallmanagement auch Krankentransporte veranlassen und lenken dürfen. Die in Absatz 3 aufgezählte telefonische und telemedizinische Notfallberatung sollte dahingehend näher beschrieben werden, dass diese gegebenenfalls auch fallabschließend erfolgen kann. Doppelstrukturen bei der Aufgabenwahrnehmung, vor allem bei der telefonischen und telemedizinischen Beratung, zwischen Rettungsleitstelle und Akutleitstelle müssen vermieden werden, indem eine Vernetzung als Gesundheitsleitsystem erfolgen muss.

In Absatz 4 sollte ausdrücklich Erwähnung finden, dass die Versorgung einer größeren Anzahl verletzter oder kranker Personen bei außergewöhnlichen Schadensereignissen unterhalb der Katastrophenschwelle Teil der notfallmedizinischen Versorgung ist. Außerdem ist konkret zu ergänzen, dass die notfallmedizinische Versorgung auch die Vermittlung in die vertragsärztliche Weiterbehandlung oder, wenn keine Behandlungsnotwendigkeit besteht, die Weitervermittlung in komplementäre Hilfssysteme sowie die Versorgung durch spezielle Formen der ambulanten Notfallversorgung umfasst.

Die Regelungen zum Notfalltransport nach Absatz 5 sind sachgerecht. Um die Leistungsfähigkeit von notfallmedizinischer Versorgung und Notfalltransport einheitlich zu definieren, sollte im Gesetz ergänzend auf die einschlägigen Einsatzmittelnormen in der jeweils gültigen Fassung verwiesen werden.

Die Bestimmungen zur speziellen ambulanten Notfallversorgung nach Absatz 6 sind erforderlich und sachgerecht.

Das Leisten einer Zuzahlung nach Absatz 7 sollte unter dem Gesichtspunkt zusätzlicher Bürokratie überdacht werden. Auf die Inanspruchnahme von Leistungen haben Zuzahlungen in der gesetzlich vorgesehenen Höhe der Beträge jedenfalls keinen Einfluss.

3. Artikel 1 Nummer 3 (§ 60)

Der neu strukturierte § 60 definiert die Ansprüche auf Leistungen von Krankentransporten und Krankenfahrten. Die getrennte Regelung der Ansprüche von medizinischer Notfallrettung (§ 30) und Krankentransporten (§ 60) darf in der Praxis nicht dazu führen, dass die organisatorisch-taktische Verbindung dieser beiden Leistungen, die einen großen Einsatzwert, insbesondere bei besonderen rettungsdienstlichen Einsatzlagen, bietet, zerschlagen wird. Mit dem (qualifizierten) Krankentransport steht außerdem eine abgestufte Reaktionsmöglichkeit auf Hilfeersuchen zur Verfügung, ohne dafür, indikationslos, Rettungsmittel der Notfallrettung zu belegen.

Absatz 2 Nummer 5 bestimmt den Anspruch auf Kostenübernahme durch die Krankenkasse für Krankentransporte und Krankenfahrten zur Versorgung in einem Integrierten Notfallzentrum nach der Entscheidung eines Gesundheitsleitsystems (Verordnung der Leistung gilt als erbracht). Die Möglichkeit zur Disposition eines verordnungs- und erstattungsfähigen Krankentransportes aufgrund eines aus medizinischer Sicht gerechtfertigten Hilfeersuchens wird befürwortet. Dieser Anspruch sollte auch die ambulante Erstversorgung in anderen geeigneten Einrichtungen umfassen (zum Beispiel niedergelassener Durchgangsarzt, Vertragsarztpraxis). Offen bleibt, in welcher Form der erforderliche Nachweis der Verordnung von einem zugelassenen Leistungserbringer, zum Beispiel gegenüber der zuständigen Krankenkasse, zu erbringen ist, damit erfolgreich eine Leistungsabrechnung erfolgen kann. Der Anspruch auf Kostenübernahme von Krankenfahrten zu einer Versorgung in einem Integrierten Notfallzentrum kann nach Auffassung des Malteser Hilfsdienstes entfallen, da dem Wesen des zu erwartenden Einsatzes nach (Primäreinsatz) in der Regel sowohl eine medizinisch-fachliche Betreuung als auch die besondere Einrichtung eines Krankenkraftwagens erforderlich sein wird. Um den verantwortlichen Partnern ausreichend Zeit zu geben, eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems abschließen zu können, sollte eine angemessene Übergangsregelung geschaffen werden, bis wann eine Verordnung nach Nummer 5 ebenfalls über eine Rettungsleitstelle erfolgen kann. Kritisch

sieht der Malteser Hilfsdienst die Absicht, dass eine Akutleitstelle ebenfalls Krankentransporte zur vertragsärztlichen Versorgung disponieren dürfen soll. Dass zwei Dispositionsstellen auf eine knappe Ressource zugreifen können, wird in der Praxis mit großer Wahrscheinlichkeit zu erheblichen Schwierigkeiten führen. Insbesondere ist mit der Planung von Krankentransporten oft die Erfüllung der Erwartung besonderer Termintreue verbunden. Wenn es zu einseitigen Eingriffen in die Planung kommen sollte, besteht die Gefahr, dass zum Beispiel vor- und nachstationäre Behandlungen oder ambulante Operationen nicht termingerecht stattfinden können. Daher setzt sich der Malteser Hilfsdienst dafür ein, dass ein Krankentransport nicht von einer Akutleitstelle disponiert werden können darf.

Um die Leistungsfähigkeit eines Krankentransportes einheitlich zu definieren, sollte in Absatz 3 ergänzend auf die einschlägigen Einsatzmittelnormen in der jeweils gültigen Fassung verwiesen werden.

Das Leisten einer Zuzahlung nach Absatz 6 sollte unter dem Gesichtspunkt zusätzlicher Bürokratie überdacht werden. Auf die Inanspruchnahme von Leistungen haben Zuzahlungen in der gesetzlich vorgesehenen Höhe der Beträge jedenfalls keinen Einfluss.

4. Artikel 1 Nummer 6 (§ 75)

Die unterbrechungsfreie Sicherstellung nach § 75 Absatz 1b der vertragsärztlichen Versorgung ist für den Rettungsdienst unerlässlich. Die Überarbeitung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen mit einem aufsuchenden Dienst adressiert relevante Bedarfe von Hilfesuchenden, die derzeit häufig zu Rettungsdiensteinsätzen führen. Erfahrungen aus Pilotprojekten und Hochrechnungen aus Einsatzdaten des Rettungsdienstes lassen darauf schließen, dass ca. 15 Prozent der Einsätze des Rettungsdienstes in den Bereich der notdienstlichen Akutversorgung fallen und potenziell keinen Transport erfordern.

Der Malteser Hilfsdienst unterstützt, dass für die notdienstliche Akutversorgung die Möglichkeit besteht, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen, Arzneimittel verordnen zu können sowie Krankentransporte, Krankenfahrten und Apotheken-Notdienste veranlassen zu können, um die Zahl von medizinisch nicht notwendigen Versorgungskontakten zu reduzieren.

Die Substitution eines 24 Stunden täglich verfügbaren, aufsuchenden vertragsärztlichen Dienstes mit qualifiziertem nichtärztlichem Personal, wie ihn der Gesetzentwurf ins Ermessen der Kassenärztlichen Vereinigungen stellt, betrachtet der Malteser Hilfsdienst in der angedachten Form kritisch. Wenn insbesondere Gemeindenotfallsanitäter als eine Leistung spezieller ambulanter Notfallversorgung

eingerrichtet werden, droht die Entstehung vermeidbarer Doppelstrukturen und von Überversorgung, wenn keine Kooperationen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Rettungsdiensten bzw. Akutleitstellen und Rettungsleitstellen eingegangen werden. Sowohl personeller als auch wirtschaftlicher Aufwand würden sich erhöhen. Außerdem befürchtet der Malteser Hilfsdienst, dass das Werben um Fachkräfte aus dem nichtärztlichen Dienst (vor allem Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter) mit Blick auf die neuen Tätigkeitsbereiche für nichtärztliches Personal zunehmen würde, was eine weitere Personalverknappung im Rettungsdienst vorantriebe. Daher bedarf es aus Sicht des Malteser Hilfsdienstes einer konkreten Abgrenzung zwischen dem aufsuchenden Dienst der Kassenärztlichen Vereinigungen und Diensten der speziellen ambulanten Notfallversorgung. Dadurch kann es gelingen, Hilfersuchen in der jeweiligen Zuständigkeit fallabschließend und kosteneffizient zu bearbeiten, ohne hierbei Verantwortlichkeiten unklar zu lassen. Verbindliche Regelungen zu den Schnittstellen und abgestimmte Prozesse sind hierfür unerlässlich. Der Malteser Hilfsdienst tritt daher dafür ein, dass für den Fall, dass Kassenärztliche Vereinigungen für Leistungen eines 24 Stunden täglich verfügbaren aufsuchenden Dienstes qualifiziertes nichtärztliches Personal einzusetzen beabsichtigen, eine Verpflichtung zur Kooperation mit einem Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung bestehen muss, soweit Landesrecht dies zulässt.

Unabhängig davon, muss eine 24 Stunden täglich verfügbare aufsuchende notdienstliche Akutversorgung einen für den Zweck geeigneten, standardisierten Einsatzwert haben, um leistungsfähig zu sein. Der Malteser Hilfsdienst regt daher an, dass der Gemeinsame Bundesausschuss den gesetzlichen Auftrag erhält, in einer Richtlinie innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes Mindestanforderungen zu Planung, Betrieb und sachlichen Ausstattung der aufsuchenden notdienstlichen Akutversorgung festzulegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat diese Vorgabe regelmäßig zu prüfen und gegebenenfalls anzupassen. Anderenfalls könnte es zu (vermeidbaren) Alarmierungen des Rettungsdienstes und Hospitalisierungen kommen, um zum Beispiel ein 12-Kanal-EKG abzuleiten oder eine Ultraschalluntersuchung durchzuführen. In der Richtlinie könnten dann, statt im Gesetz, auch Schutzziele definiert werden, innerhalb welcher Zeit und mit welchem Erreichungsgrad die aufzusuchenden Personen innerhalb eines Planungsbereichs erreicht werden müssen. Weiterhin sollte der Gemeinsame Bundesausschuss in dieser Richtlinie festlegen, welche Mindestanforderungen an berufliche Qualifikationen, Fähigkeiten, Kenntnisse, Erfahrungen, Umfang des Einsatzes und Anforderungen an die Erbringung von Leistungen beim Einsatz von nichtärztlichem Personal gestellt werden, um nach

ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung den aufsuchenden Dienst der notdienstlichen Akutversorgung erbringen zu können. Die im Gesetzentwurf formulierten Schutzziele, nach denen der aufsuchende Dienst zu planen ist, sind nach Überzeugung des Malteser Hilfsdienstes ungeeignet, um die Zahl rettungsdienstlicher Einsätze und das Aufsuchen von Notaufnahmen effektiv zu senken. Insbesondere die dringlichen Fälle sollten innerhalb von 60 Minuten in 95 Prozent der Fälle aufgesucht werden müssen.

Die Akutleitstellen nach Absatz 1c nehmen in der Patientensteuerung im Rahmen der Reform eine zentrale Rolle ein. Die im Gesetzentwurf festgelegte Wartezeit auf eine Ersteinschätzung bewertet der Malteser Hilfsdienst als zu lang. Sie sollte sich an den Parametern für die Notrufnummer 112 orientieren. Auf diese Weise wird vermieden, dass Hilfesuchende wegen zu langer Wartezeiten zur Notrufnummer 112 wechseln. Unabhängig von einer Zusammenarbeit in einem Gesundheitsleitsystem ist es unerlässlich, dass eine Rettungsleitstelle Kenntnis darüber erlangen kann, ob bereits ein Kontakt zu einer Akutleitstelle oder einem Integrierten Notfallzentrum bestanden hat und welche Hilfsangebote vermittelt wurden (zeitlich nahtlose, rückverfolgbare, digitale, medienbruchfreie und interoperable Fallübergabe), vergleiche § 133d. Weiterhin ist es unabhängig von den Regelungen im Telekommunikationsgesetz von großer Praxisrelevanz, dass bei der Weiterleitung von Anrufenden seitens der Akutleitstelle an die Rettungsleitstelle eine Übermittlung der Standortangaben stattfindet. Die Rettungsleitstelle sollte ohne Zeitverzug, rückverfolgbar, digital, medienbruchfrei und interoperabel alle verfügbaren Informationen erhalten müssen, vergleiche § 133d.

5. Artikel 1 Nummer 10 (§ 90)

Die Aufnahme der Leistungserbringer im Rettungsdienst mit einem Mitberatungs- und Stimmrecht in die Landesausschüsse ist nach Auffassung des Malteser Hilfsdienstes erforderlich und sachgerecht.

6. Artikel 1 Nummer 11 (§90 a)

Die Aufnahme der Rettungsdienste in die gemeinsamen Landesgremien wird seitens des Malteser Hilfsdienstes unterstützt.

7. Artikel 1 Nummer 12 (§ 92)

Nach Auffassung des Malteser Hilfsdienstes kann die Ermächtigung des Gemeinsames Bundesausschusses, Richtlinien zu Krankentransporten, Krankentransportflügen und Krankenfahrten zu

beschließen, entfallen, um redundante Regelungen zu § 60 zu vermeiden. Die Regelungsinhalte sollten vollständig in § 60 übernommen werden. Alternativ könnten Inhalte, für die eine gesetzliche Regelung nicht unbedingt erforderlich ist, aus § 60 in die Krankentransport-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Nummer 12 übernommen werden.

8. Artikel 1 Nummer 18 (§ 123)

Die Einrichtung Integrierter Notfallzentren ist ein zentraler Reformschritt. Besonders in Notfällen ist die Patientensicherheit bei der Steuerung der Hilfesuchenden entscheidend, um Unterversorgung zu vermeiden. Aus rettungsdienstlicher Sicht ist die räumliche Integration von Notdienstpraxis, Notaufnahme des Krankenhauses und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle unterstützend hervorzuheben, um eine unnötige Mehrbelastung bei Krankentransporten und Krankenfahrten zu vermeiden.

Die digitale Fallübergabe nach Absatz 1 Satz 5 sollte, insofern vorhanden, auch Daten des Gesundheitssystems (bzw. Rettungsleitstelle oder Akutleitstelle) enthalten, vergleiche § 133d.

In Absatz 2 Satz 7 sollte ergänzt werden, dass Hilfesuchende, die das Integrierte Notfallzentrum im Rahmen der medizinischen Notfallrettung erreichen, dort bei gleicher medizinischen Behandlungsdringlichkeit ebenfalls vorrangig zu behandeln sind.

Die Richtlinie zu Vorgaben an ein qualifiziertes, standardisiertes und digitales Ersteinschätzungsinstrument nach Absatz 3 Nummer 1 sollte Anforderungen enthalten, dass eine Interoperabilität sowohl mit dem standardisierten Ersteinschätzungsverfahren der Akutleitstelle als auch mit dem digitalen, standardisierten Notrufabfragesystem der Rettungsleitstelle besteht, um den gegenseitigen Datenaustausch zu gewährleisten.

Die Anbindung an Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Erwachsene oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche nach Absatz 5 sowie an Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin nach Absatz 6 zur Unterstützung durch telemedizinische und telefonische Konsilien sollte auch der medizinischen Notfallrettung eröffnet werden. Gleiches gilt für die Unterstützung psychiatrischer und psychosozialer Krisendienste.

Die Regelung in Absatz 8, dass auch Krankenhäuser ohne Integriertes Notfallzentrum an die Verwendung eines standardisierten, digitalen Ersteinschätzungsinstruments gebunden sind, wenn sie

ambulante Leistungen bei der Vergütung von Notfällen geltend machen möchten und dafür außerdem feststellen müssen, dass ein sofortiger Behandlungsbedarf besteht oder eine Weiterleitung in das nächstgelegene Krankenhaus mit Integriertem Notfallzentrum im Einzelfall nicht möglich ist, vermeidet Krankentransporte und Krankenfahrten. Dennoch bleibt aus rettungsdienstlicher Sicht zu befürchten, dass dennoch vermeidbare Einsatzfahrten stattfinden werden, weil Patientinnen und Patienten mit einem Krankenkraftwagen in ein Integriertes Notfallzentrum transportiert werden müssen, um Abschläge in der im Gesetzentwurf genannten Höhe zu vermeiden.

Zur kontinuierlichen Qualitätssicherung reichen jährliche Berichtspflichten nicht aus. Insofern fordert der Malteser Hilfsdienst, dass ein Kerndatensatz mit mindestens organisatorischen Daten und Versorgungsdaten von allen an der Akut- und Notfallversorgung beteiligten Einrichtungen kontinuierlich an ein gemeinsames Notfallregister berichtet werden müssen. Datensilos müssen vermieden werden. Daher ist Absatz 9 kritisch zu werten.

9. Artikel 1 Nummer 19 (§ 123a)

Rettungsdienstplanung, Krankenhausplanung und die Bestimmung der Standorte für Integrierte Notfallzentren nach Absatz 1 müssen im Sinne einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten, flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung eng aufeinander abgestimmt sein.

Eine nach PKW-Erreichbarkeiten und Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr erfolgende Festlegung von Standorten für Integrierte Notfallzentren kann auf die rettungsdienstlichen Notwendigkeiten nicht angewandt werden. Längere Fahrzeiten, fehlende Möglichkeiten, auf ein Kraftfahrzeug zugreifen zu können oder fehlende finanzielle Mittel zur Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs stellen Gründe dar, sich an den Rettungsdienst zu wenden. Daher hat bei ansonsten mobilen Personen, die Standortplanung auch solche Fälle zu bedenken, um den Rettungsdienst zu entlasten. Denn der Rettungsdienst führt in erheblichem Umfang Einsätze durch, bei denen keine eindeutige Indikation für eine stationäre Aufnahme besteht und somit ein Integriertes Notfallzentrum angefahren werden muss. Dadurch können sich Transportzeiten deutlich verlängern. Dies würde Vorhalterweiterungen des Rettungsdienstes und damit Kostensteigerungen nach sich ziehen.

Weiterhin muss aus rettungsdienstlicher Sicht vermieden werden, dass Integrierte Notfallzentren aufgrund von Größe und Leistungsfähigkeit der angeschlossenen Krankenhäuser auf die Versorgung nicht vital bedrohter Patientinnen und Patienten ausgerichtet werden und nicht in ausreichendem

Maße über Fähigkeiten verfügen, um vom Rettungsdienst, Notfallversorgungsstufen gerecht, vital bedrohte Patientinnen und Patienten anzunehmen und zu versorgen.

Die Regelungen zu den Betriebszeiten der Notdienstpraxen nach Absatz 2 wird aus rettungsdienstlicher Perspektive befürwortet. Die Notdienstpraxis eines Integrierten Notfallzentrums muss ganzjährig, täglich einheitliche Öffnungszeiten haben. Zu den Zeiten, in denen der höchste Bedarf für eine ambulante Versorgung in Integrierten Notfallzentren besteht, muss die Option bestehen, die Patientinnen und Patienten sicher und unter Vermeidung von Krankentransporten oder Krankenfahrten in die vertragsärztliche Versorgung weiterzuleiten. Eine bundesweit einheitliche Regelung sorgt für weniger Komplexität.

10. Artikel 1 Nummer 19 (§ 123b)

Die Stellungnahme für die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren gilt entsprechend für Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche.

11. Artikel 1 Nummer 20 (§ 133)

In § 133 werden die vergütungsrechtlichen Rechtsbeziehungen für medizinische Notfallrettung, Krankentransport und Krankenfahrten geregelt. Ziele der Regelung sind laut Gesetzesbegründung sowohl eine erhöhte Transparenz der Kosten als auch eine höhere Qualität der medizinischen Leistungen. Die medizinische Notfallrettung soll Teil der Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden, damit unter anderem Kostenrisiken für gesetzlich Versicherte ausgeschlossen werden. Dabei ist die Abkehr von der bloßen Kostenübernahme von Fahrkosten zugunsten einer Sachleistung der Krankenkassen Rechtsfolge aus § 30. Die Länder sollen für die regionale Planung und Organisation zuständig bleiben. Die Kombination aus Planungsverantwortung der Länder und vertraglicher Finanzierungsbasis der Krankenkassen soll Rechts- und Finanzklarheit für alle Beteiligten schaffen. Diesem Eindruck ist entgegenzutreten; § 133 sollte grundlegend neugestaltet werden.

Rettungsdienstliche Leistungen werden von mehr als nur medizinischen Leistungen bestimmt. So sind auch technische Entwicklungen, zum Beispiel bei der Fahrzeugtechnik, der Medizintechnik und der Informations- und Kommunikations-Technologie, relevante Einflussfaktoren. Wesen des Rettungsdienstes ist die Daseinsvorsorge in Form einer unterbrechungsfreien Bereitschaft, bei rettungsdienstlichen Notfällen Hilfe leisten zu können. Aus Sicht des Malteser Hilfsdienstes muss es sich bei der Finanzierung des Rettungsdienstes daher um eine auskömmliche Vollkostenfinanzierung der gesamten

Vorhaltung („hundertprozentige Vorhaltefinanzierung“, vergleiche Artikel 3 Nummer 2) handeln, die die gesamten Betriebskosten für die Vorhaltung, Investitionskosten und Kosten der Reservevorhaltung, einschließlich der Vorkehrungen für Großschadenslagen unterhalb der Katastrophenschwelle berücksichtigen. Es bedarf einer unmissverständlichen Positivdefinition, welche Kosten des Rettungsdienstes in die Entgelte einzubeziehen sind. Aus den dargelegten Gründen muss es bei einer monistischen Finanzierung des Rettungsdienstes mit klaren Verantwortlichkeiten bleiben. Eine Unterfinanzierung des Rettungsdienstes würde die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gefährden. Aus Sicht eines Leistungserbringers müssen im Rettungsdienst vor allem auf Qualitätsaspekte und Ausfallsicherheit ausgerichtete Auswahlverfahren langfristige Beauftragungen zulassen, die auskömmliche Entgelte ermöglichen und langfristige Investitionen rechtfertigen. Dass die Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung und die übermittelten Daten zur Qualitätssicherung gem. Rechtsverordnung bei Entgeltverhandlungen heranzuziehen sind, wird daher grundsätzlich unterstützt. Generell sollte § 133 neben den Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung sowie der Qualitäts- und Leistungsdaten beim Zustandekommen von Entgelten den allgemein anerkannten Stand von Medizin und Technik heranziehen.

Einseitige Festsetzungsrechte von Entgelten sollte es aus Sicht des Malteser Hilfsdienstes nicht geben dürfen, weder auf Seiten der Krankenkassen noch durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen oder aufgrund landesrechtlicher Regelungen ermittelt. Statt eines einseitigen Festsetzungsrechtes, auf das mit Festbeträgen reagiert wird, sollte ein Konfliktschlichtungsmechanismus in Form einer Schiedsstelle für den Fall aufgenommen werden, dass keine Vergütungsvereinbarung zustande kommt. Sowohl für das Schiedsverfahren als auch für den Rechtsweg zu den Sozialgerichten ist zu regeln, dass die zuletzt vereinbarten Entgelte weitergelten, um einen vertragslosen Zustand zu vermeiden.

Für Krankenfahrten ist in Absatz 4 verbindlich festzulegen, dass zwischen den Kostenträgern und mit den zur Leistungserbringung geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen auskömmliche Verträge abzuschließen sind.

Die Zuweisung einer einseitigen Richtlinienkompetenz in Absatz 6 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zwecks Bestimmung des Näheren zum Verfahren und zur Umsetzung der Vertragsgestaltung hält der Malteser Hilfsdienst für nicht sachgerecht. Vielmehr sollten alle betroffenen Akteure

partnerschaftlich beteiligt werden, sodass seitens des Malteser Hilfsdienstes angeregt wird, dem Qualitätsausschuss Notfallrettung den Auftrag zu erteilen, das Nähere zum Verfahren und zur Umsetzung der Vertragsgestaltung zu bestimmen. In Absatz 6 ist angesichts der Formulierungen in § 30 Absatz 2 Satz 2 und § 60 Absatz 2 Nummer 5 weiterhin aufzunehmen, dass eindeutig abrechnungsbegründende Unterlagen festzulegen sind.

12. Artikel 1 Nummer 21 (§ 133a)

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Vernetzung der Rettungsleitstellen mit den Akutleitstellen wird als geeignete Form der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit erachtet, um verfügbare Ressourcen effektiv und effizient zu allozieren und Entlastungen herbeizuführen, sofern die Umsetzung mit der nötigen Verbindlichkeit erfolgt. Bleibt es bei der Formulierung, dass es vom Wunsch des Trägers einer Rettungsleitstelle abhängt, ob ein Gesundheitsleitsystem eingerichtet wird, könnte es zu unterschiedlichen Systemen in benachbarten Gebietskörperschaften kommen oder aber die Einrichtung de facto ganz unterbleiben, weil sich einzelne Akteure verweigern. Das Ziel einer adäquaten Steuerung könnte dann insgesamt verfehlt werden.

Dass sowohl Rettungsleitstellen als auch Akutleitstellen, wie in Absatz 4 vorgesehen, Krankentransporte disponieren können sollen, ist praxisfern, selbst wenn sie in einem Gesundheitsleitsystem kooperieren. Die im öffentlich-rechtlichen Rettungsdienst disponierten Krankentransporte sollten federführend von einer Rettungsleitstelle disponiert werden (vergleiche Nummer 3). Viele private Unternehmen mit entsprechenden Konzessionen haben Verträge mit Krankenkassen und Krankenhäusern geschlossen und agieren aus eigenen Dispositionszentralen heraus. Soweit unter „vermitteln“ ein verlässliches Übertragen von Transportersuchen verstanden wird, bestehen keine Bedenken.

Ob sich tatsächlich vier Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes das volle Einsparpotenzial aus der Kooperation von Rettungsleitstellen und Akutleitstellen entfalten wird, darf angezweifelt werden, da heute weder die Verfügbarkeit einer erforderlichen digitalen, standardisierten Notrufabfrage in der dafür notwendigen Flächendeckung vorliegen dürfte, noch davon auszugehen ist, dass in den Ländern in dieser Zeit entsprechende Vorgaben in den Rettungsdienstgesetzen in Kraft treten werden, zumal eine Verpflichtung von Rettungsleitstellen zur Kooperation nicht vorgesehen ist. Zudem hält der Malteser Hilfsdienst die zeitliche Prognose wegen der anzunehmenden langdauernden Verhandlungen von Kooperationsvereinbarungen, den generell langwierigen Ausschreibungsverfahren und der

allgemein bekannten Dauer von IT-Projekten dieser Art für zu ambitioniert. Das beschriebene Gesundheitssystem wird es daher in absehbarer Zeit in Deutschland nicht flächendeckend geben.

13. Artikel 1 Nummer 21 (§ 133b)

Der Einrichtung eines Qualitätsausschusses Notfallrettung, der Empfehlungen erlässt, diese überprüft und kontinuierlich fortentwickelt wird explizit zugestimmt. Der beabsichtigte Zweck der Regelung von § 133b einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen, für Patientinnen und Patienten sicheren und gleichzeitig wirtschaftlichen medizinischen Versorgung wird nachdrücklich geteilt. Dem Malteser Hilfsdienst ist es wichtig, zu betonen, dass die Leistungen auch geeignet sein müssen, mithin einen erwiesenen Nutzen haben. Nach Überzeugung des Malteser Hilfsdienstes muss der tatsächliche Nutzen von Strukturen, Prozessen und Maßnahmen für die Hilfesuchenden Grundlage des Handelns sein. Wirksamkeit und Qualität müssen messbar sein. Dazu bedarf es geänderter Rahmenbedingungen, einer Planung, die auf bundeseinheitlichen Standards beruht sowie bundeseinheitlicher Qualitätsvorgaben für die Akut- und Notfallversorgung.

Die Zusammensetzung des Qualitätsausschusses nach Absatz 2 hält der Malteser Hilfsdienst für nicht angemessen. Zwar wird aus den Bereichen der Leistungserbringer des Rettungsdienstes grundsätzlich ein Sitz mit Stimmrecht zugedacht, allerdings ist das Verhältnis zu den übrigen weiteren Vertretern (Fachgesellschaften, Berufsverbände) unausgewogen, weil aus deren Bereichen weniger Verbände für eine Mitwirkung im Qualitätsausschuss Notfallrettung in Frage kommen. Außerdem steht es lediglich im Ermessen der ernannten Mitglieder nach Absatz 2 Satz 2, weitere sieben Vertreter vorzuschlagen. Entgegen der Gesetzesbegründung geht aus dem Gesetzentwurf nicht hervor, dass aus jedem Bereich mindestens ein Mitglied vorgeschlagen werden muss. Der Malteser Hilfsdienst setzt sich unverändert dafür ein, dass unter den weiteren Vertretern Parität hergestellt wird. Dazu ist mindestens den im Rettungsdienst mitwirkenden anerkannten Hilfsorganisationen jeweils ein eigener Sitz mit Stimmrecht zuzugestehen.

14. Artikel 1 Nummer 21 (§ 133c)

Die Rahmenempfehlungen des Gremiums sollten möglichst umfassend alle Leistungsbestandteile abbilden. Es ist dabei für den Malteser Hilfsdienst wichtig, dass die Themen, zu denen Empfehlungen erarbeitet werden sollen, bereits möglichst konkret im Gesetz festgelegt werden, um zu verhindern, dass bestimmte Themen unbehandelt bleiben. Daher ist es begrüßenswert, dass dem

Qualitätsausschuss Notfallrettung in § 133c Vorgaben zum Umfang und zu insbesondere zu bearbeitenden Themen gemacht werden. Dabei sollte sich der Gegenstand der Empfehlungen sowohl auf die medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse beziehen als auch auf den allgemein anerkannten Stand von Medizin und Technik. Der Katalog von Empfehlungen umfasst im aktuellen Entwurf bereits die meisten Bereiche, die abgedeckt werden sollten, um sicherzustellen, dass die für einen qualitativ hochwertigen Rettungsdienst im gesamten Bundesgebiet notwendigen Vorgaben erarbeitet und lokal umgesetzt werden. Auf diese Weise wird die Versorgungsqualität verbessert, die Patientensicherheit erhöht, die Resilienz des Gesamtsystems gefördert, ein Beitrag zur Entbürokratisierung geleistet und eine wirtschaftliche sowie ressourcenschonende Organisation des Rettungsdienstes ermöglicht. Der Katalog sollte, nach Überzeugung des Malteser Hilfsdienstes, unter Absatz 2 darum ergänzt werden, dass Empfehlungen für die technische Leitung der Leitstellen und unter Absatz 3 darum ergänzt werden, dass Empfehlungen für Aufgaben der rettungsdienstlich-organisatorischen Leitung des Rettungsdienstes, inkl. Einsatz eines organisatorischen Führungsdienstes bei komplexen Einsatzlagen (zum Beispiel MANV/E) erarbeitet werden.

Die vorgesehene Frist nach Absatz 6 innerhalb von einem Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes, Empfehlungen für die Datenübermittlung zur Qualitätssicherung zu erstellen, hält der Malteser Hilfsdienst angesichts der im Detail zu erarbeitenden Anforderungen für deutlich zu ambitioniert.

15. Artikel 1 Nummer 21 (§ 133d)

Um Mehrfach- und Fehlinanspruchnahmen seitens Hilfesuchenden zu unterbinden, ist es erforderlich und sachgerecht, wie in § 133d angelegt, dass die gesamte digitale Notfalldokumentation (Notfallmanagement, Akutleitstelle, notfallmedizinische Versorgung, notdienstliche Akutversorgung, spezielle ambulante Notfallversorgung, Krankentransport, stationäre Notfallversorgung in der Notaufnahme) interoperabel allen an der Versorgung Beteiligten in Echtzeit zur Verfügung steht und die entsprechenden gesetzlichen Ermächtigungen für eine datenschutzrechtlich gerechtfertigte Verarbeitung von Daten an den entsprechenden Stellen erteilt werden.

Der Malteser Hilfsdienst regt an, die Dokumentationspflicht auch auf Krankentransporte nach § 60 ausdehnen. Es versteht sich für den Malteser Hilfsdienst von selbst, dass neben medizinischen Daten auch spezifische rettungstechnische Daten bei der digitalen Notfalldokumentation nach Empfehlungen der Fachgesellschaften bzw. des Qualitätsausschusses Notfallrettung Berücksichtigung finden müssen.

Ein verpflichtender Anschluss an die Telematikinfrastruktur ist nach Überzeugung des Malteser Hilfsdienstes für alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, mit dem Ziel der Digitalisierung und digitalen Vernetzung zwischen diesen Leistungserbringern und den anderen Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung, mit einer auskömmlichen Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten im Rahmen einer Vollkostenfinanzierung über die Entgelte nach § 133 und einer angemessenen Frist zur Umsetzung erforderlich und zweckmäßig.

16. Artikel 1 Nummer 21 (§ 133e)

Die gesetzliche Regelung einer bundesweiten Qualitätssicherung und die Einführung eines Qualitätsberichts hält der Malteser Hilfsdienst für erforderlich und sachgerecht.

Die dabei entstehenden Kosten müssen als Kosten des Rettungsdienstes über die Entgelte nach § 133 refinanziert werden.

Die Datenübermittlung zur Qualitätssicherung nach Absatz 1 sollte auf die Leistungserbringer von Krankentransporten und Krankenfahrten nach § 60 ausgedehnt werden.

Der Bericht der Datenstelle nach Absatz 2 hat, soweit datenschutz- und arbeitsrechtlich zulässig, die landesweiten Ergebnisse bis auf Ebene einer Rettungswache zu gliedern. Auf Anforderung sollten auch Leistungserbringer Auswertungen für ihre Belange von der Datenstelle zur Verfügung gestellt bekommen, um ihrerseits die wichtigen Erkenntnisse zu Umfang und Qualität der erbrachten Leistungen für die Weiterentwicklung ihrer Leistungen nutzen zu können.

Die Bereitstellung der Daten in einem Notfallregister sollte erwogen werden, damit Versorgungsforschung ermöglicht, medizinische Qualitätssicherung betrieben und Prozesse optimiert werden können (vergleiche Nummer 8).

17. Artikel 1 Nummer 22 (136 b)

Der Beschluss einer Richtlinie zum Aufbau eines interdisziplinären Echtzeit-Nachweises der Behandlungs- und Versorgungskapazitäten nach Absatz 9 hält der Malteser Hilfsdienst für sachgerecht. In die Richtlinie sollten auch Meldeverpflichtungen der offenen Sprechstunden nach Arztgruppe für Akutfälle in der vertragsärztlichen Versorgung sowie von pflegerischen, palliativ-versorgenden und psychosozialen Ressourcen in die Richtlinie aufgenommen werden.

18. Artikel 7 (NotsanAPrV)

Die Verpflichtung des Bundesministeriums für Gesundheit sollte nach Auffassung des Malteser Hilfsdienstes ebenfalls um eine Anpassung des Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters erweitert werden, um die Weiterentwicklung des Berufsfelds Rettungsdienst voranzubringen. Denn in Analogie zur Gesundheits- und Krankenpflege müssen auch im Rettungsdienst Karrierewege entstehen, die dauerhafte berufliche Perspektiven eröffnen. Dazu gehören sowohl fachliche Entwicklungsmöglichkeiten als auch unter anderem Führungskräfte-Qualifizierungen für Managementaufgaben oder Werdegänge als Lehrkräfte. Eine Angleichung der Ausbildung der medizinischen Fachberufe und die gegenseitige Anerkennung von Ausbildungsabschnitten eröffnen zusätzliche berufliche Entwicklungsperspektiven.

D. Weiterer Ergänzungsbedarf

Weiterer, mit dem vorgelegten Gesetzentwurf in Verbindung stehender Ergänzungsbedarf, ergibt sich aus Sicht des Malteser Hilfsdienstes zu folgenden Punkten:

I. Errichtung eines AED-Katasters

Die Errichtung eines bundesweiten, öffentlich zugänglichen Katasters automatisierter externer Defibrillatoren (AED) für die Benutzung durch Laien, auf welches sowohl die Rettungsleitstellen als auch die Öffentlichkeit zugreifen kann, wie es der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung des Bundesministeriums für Gesundheit vorsieht, wird seitens des Malteser Hilfsdienstes für erforderlich gehalten.

II. Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten mit Tätigkeit in der Akut- und Notfallversorgung

Alle Ärztinnen und Ärzte, die Akut- und Notfall-Patientinnen und -Patienten behandeln (zum Beispiel in einer Notaufnahme oder im vertragsärztlichen Notdienst), müssen dafür eine spezifische Weiterbildung und regelmäßige Fortbildungen in Theorie und Praxis vorweisen.

Bund, Länder und Ärztevertretungen werden aufgefordert, die dafür notwendigen rechtlichen Anpassungen vorzunehmen.

III. Anpassungen der Vorschriften des Betäubungsmittelrechts

Infolge der Ausdehnung der Befugnisse zur Applikation von Betäubungsmitteln auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter (§ 13 Absatz 1b BtMG i. V. m. §§ 2a, 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c, Nummer 2 Buchstabe c NotSanG) verbreiten sich Betäubungsmittel auf Rettungstransportwagen.

Sowohl die Regelungen von § 13 Absatz 2 Satz 2 BtMVV als auch die Umsetzung von § 16 Absatz 1 BtMG i. V. m. § 1 Absatz 3 Nummer 5 BtMVV sind für den Rettungsdienst unpraktikabel.

Der Malteser Hilfsdienst fordert eine Anpassung des Betäubungsmittelrechts, dass

1. neben einer EDV-gestützten Nachweisführung auch die von Rechts wegen erforderliche Bestandsprüfung über Verbleib und Bestand zum Monatsende elektronisch und mit einer einfachen, digitalen Signatur erfolgen kann,
2. die monatliche Bestandsprüfung über Verbleib und Bestand analog § 13 Absatz 2 Nummer 6 BtMVV auch im Rettungsdienst delegiert werden kann und
3. die erforderliche Niederschrift für die Vernichtung von nicht mehr verkehrsfähigen Betäubungsmitteln (Bruch, Ablauf, Restmengenverwurf) elektronisch und mit einer einfachen, digitalen Signatur in Gegenwart eines Zeugen erfolgen kann; es ist im Rettungsdienst regelmäßig unmöglich, dass unmittelbar zwei Personen als Zeugen zur Verfügung stehen.

IV. Zusammenwirken von Rettungsdienst und Katastrophenschutz

Die Fähigkeit zum Zusammenwirken von Rettungsdienst und Katastrophenschutz muss unabhängig von der jeweiligen Finanzierung erhalten bleiben. Der Rettungsdienst ist sowohl wegen seiner Bedeutung für die Akut- und Notfallversorgung ein Pfeiler des Gesundheitssystems als auch wegen seiner ihm innewohnenden Rolle integraler Bestandteil der staatlichen Gefahrenabwehr. Der Rettungsdienst muss im Sinne eines gesamtgesellschaftlichen Interesses aufwuchsfähig sein, damit größere Schadenslagen und Katastrophenfälle bewältigt werden können. Rettungsdienst und Katastrophenschutz bilden ein vernetztes Hilfeleistungssystem. Denn in einer Notlage, in der Leben oder Gesundheit einer Vielzahl von Menschen in ungewöhnlichem Ausmaß gefährdet oder geschädigt werden, beginnt zumeist das Regelsystem Rettungsdienst mit der Hilfeleistung. Daher müssen die Systeme Rettungsdienst und Katastrophenschutz strukturell, organisatorisch und operativ aufeinander abgestimmt sein. Auch die Zeitenwende hat erheblichen Einfluss auf die vernetzten Systeme von Rettungsdienst und

Katastrophenschutz. Dazu bedarf es der Abstimmung und der Fähigkeit zur Zusammenarbeit. Ein resilienter Rettungsdienst trägt zu einem starken Bevölkerungsschutz bei.

V. Auf- und Ausbau der Gesundheitskompetenzen in der Bevölkerung

Flankiert werden muss das System der Akut- und Notfallversorgung durch einen langfristigen Auf- und Ausbau der Gesundheitskompetenzen in der Bevölkerung. Auf diese Weise werden unter anderem das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten gefördert, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu beurteilen und im Alltag anzuwenden. Als Hilfsorganisation mit Aufgaben in der öffentlichen Gefahrenabwehr vermittelt der Malteser Hilfsdienst bereits heute wichtige Fähigkeiten zur Selbst- und Fremdhilfe. Eine weitere Stärkung dieser Gesundheitskompetenzen wird aus Sicht des Malteser Hilfsdienstes vor allem erreicht durch

1. Angebote, die jungen Menschen zum Beispiel im Rahmen der schulischen Bildung mehr Selbst- und Fremdhilfefähigkeiten vermitteln, beispielsweise in der Erste-Hilfe-Ausbildung (mit Selbstschutzhaltungen),
2. generelle Angebote an eine breite Zielgruppe aus der Bevölkerung zum qualifizierten Engagement auf freiwilliger Basis, zum Beispiel mit dem „Gesellschaftsdienst im Bevölkerungsschutz“, wie der Malteser Hilfsdienst ihn vorgeschlagen hat und
3. differenzierte, refinanzierte Präventions- und Beratungsangebote für komplex Vorerkrankte und häufige Nutzer der Akut- und Notfallversorgung sowie für lebensältere und bewegungseingeschränkte Menschen, damit diese in ihrem gewohnten Umfeld besser eigenständig leben können (Vorsorgeplanung).

Der Malteser Hilfsdienst fordert daher Bund und Länder auf, die dafür notwendigen gesetzlichen Anpassungen vorzunehmen.

E. Fazit

Der Malteser Hilfsdienst begrüßt die Initiative der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes in den Deutschen Bundestag eingebracht zu haben. Der Gesetzentwurf setzt wesentliche Impulse für die Modernisierung der Notfallversorgung und adressiert viele heute existierende strukturelle Defizite. Der Malteser Hilfsdienst

unterstützt das Reformanliegen daher ausdrücklich und teilt das prinzipielle Ziel der Reform. Die wesentlichen Inhalte des Gesetzentwurfs sind grundsätzlich unterstützenswert, wenngleich aus Sicht des Malteser Hilfsdienstes Verbesserungs- und Änderungsbedarfe im Detail bestehen. Da bereits heute alle an der Akut- und Notfallversorgung beteiligten Strukturen unter sich rapide verschlechternden Verhältnissen leiden und den Hilfesuchenden ein nicht aufeinander abgestimmtes, überlastetes System zugemutet wird, appelliert der Malteser Hilfsdienst an die Entscheidungsträger in Bund und Ländern zügig eine tragfähige Neuausrichtung der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes auf den Weg zu bringen. Für eine weitere konstruktive Mitarbeit steht der Malteser Hilfsdienst zur Verfügung.

Notfallversorgung effizient gestalten

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes (Notfallgesetz – NotfallG) der Fraktion BÜNDNIS/DIE GRÜNEN (BT-Drs. 21/2214)

23. Februar 2026

Zusammenfassung

In der Notfallversorgung bedarf es dringend einer übergreifenden Koordinierung und Steuerung der Patientinnen und Patienten in das für den jeweiligen Behandlungsanlass „richtige“ und kostengünstigste System.

Sektorübergreifende Integrierte Notfallzentren (INZ) können eine übergreifende Koordinierung und Steuerung ermöglichen. Aktuell findet eine effiziente Steuerung der Notfallversorgung noch nicht in ausreichendem Maße statt. Tatsächliche Notfallpatienten haben durch den hohen Anteil von vermeintlichen Notfallpatienten das Nachsehen und verlieren mitunter entscheidende Behandlungszeit. Zudem blockieren ambulant gut behandelbare Patienten mit harmlosen Beschwerden spezialisierte und teure Behandlungskapazitäten. Portalpraxen und die strukturierte medizinische Ersteinschätzung (SmED) der Kassenärztlichen Vereinigungen sind ein erster richtiger Schritt in dieser Richtung.

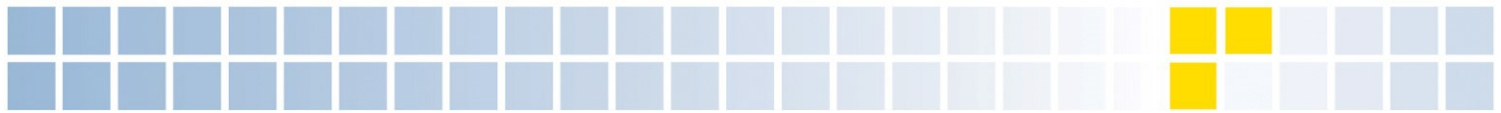
Für eine nachhaltige Weiterentwicklung wäre es erforderlich, den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu stärken, damit dieser verbindliche bundesweite Strukturvorgaben sowie eine verlässliche Planungsgrundlage für Integrierte Notfallzentren (INZ) festlegen kann, um einer regionalen Fragmentierung der Notfallversorgung entgegen zu wirken und einheitliche Qualitätsstandards zu etablieren. Zudem sollte für eine effektivere Steuerung der Patienten die Möglichkeit geschaffen werden, Termine für nicht dringliche Anliegen unmittelbar in die reguläre ambulante Versorgung zu vermitteln.

Vermieden werden muss, dass Aufgaben der Länder und Kommunen (z. B. Sprachmittlung, Rettungsleitstellen, Rettungsdienst, Investitions- und Vorhaltevergütungen) den Beitragszahlenden aufgebürdet werden. Es ist sicherzustellen, dass diese Aufgaben ordnungspolitisch korrekt finanziert werden und sich Länder und Kommunen nicht zu Lasten der Beitragszahlenden von ihren finanziellen Verpflichtungen entlasten.

Im Einzelnen

INZ verbindlich und an Hand bundeseinheitlicher Kriterien regeln, Doppelstrukturen vermeiden

Sektorübergreifende Integrierte Notfallzentren (INZ), wie sie auch vom Sachverständigenrat für Gesundheit in seinem Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ (2018) gefordert werden, können eine übergreifende Koordinierung und Steuerung ermöglichen.



Portalpraxen und die strukturierte medizinische Ersteinschätzung (SmED) der Kassenärztlichen Vereinigungen sind bereits ein erster Schritt in diese richtige Richtung. Für eine effiziente Notfallversorgung sind jedoch dringend weitere Schritte erforderlich.

Rechtsgrundlage für die flächendeckend verfügbaren INZ sollte eine durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu erarbeitende Notfallversorgungs-Richtlinie sein, die unter anderem die notwendigen Strukturen, die Qualifikation und Ausbildung des Personals und die Vorgaben für die Erreichbarkeit für INZ festlegt. Die Vergütung der Leistungserbringung in den INZs kann im Rahmen eines eigenständigen Notfallversorgungsbudgets entsprechend dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), den von den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen bereitgestellten Mitteln für die Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes und den Kosten der Krankenhäuser für die Zentralen Notaufnahmen erfolgen.

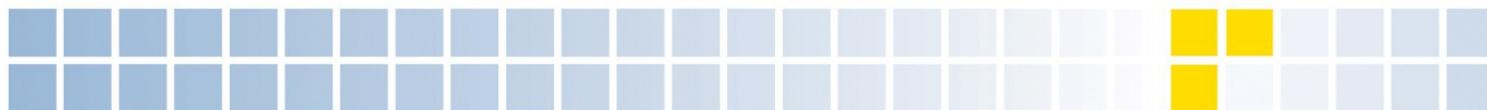
Der gewählte Ansatz die Standorte der Integrierten Notfallzentren (INZ) nach bundesweiten Vorgaben festzulegen ist richtig. Davon darf dann aber nicht abgewichen werden und bei Nichteinigung nach 6 Monaten durch die Länder entschieden werden. Zu befürchten wäre, dass dadurch die Ausnahmen zur Regel werden. Um je nach Bundesland divergierende Strukturen zu vermeiden, sollten Entscheidungen der erweiterten Landesausschüsse zu INZ-Standorten verbindlich und ausnahmslos auf einer einheitlichen Planungsgrundlage des G-BA beruhen. Da der G-BA bereits für die vertragsärztliche Bedarfsplanung zuständig ist und KV-Notdienstpraxen zentrale Bestandteile der INZ sind, sollte seine Regelungskompetenz auf die Planung bedarfsgerechter Kapazitäten der notdienstlichen Akutversorgung ausgeweitet werden.

Die verpflichtende digitale Notfalldokumentation aller an der Notfall- und Akutversorgung beteiligten Leistungserbringenden ist richtig und notwendig. Die Anbindung aller dieser Leistungserbringenden an die Telematikinfrastruktur ist folgerichtig. Es sind jedoch auch wirksame Mechanismen vorzusehen, die die Umsetzung der Pflicht zur Dokumentation auch nachprüfbar und im Falle der Nichteinhaltung sanktionierbar machen.

Ersteinschätzung und Patientensteuerung effizient ausgestalten

Die Steuerung von Versicherten über eine Akutleitstelle für Akutfälle in die richtige und effiziente Versorgungsebene mittels eines bundesweit einheitlichen, qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzungsinstruments ist richtig und notwendig. Dies stellt auch einen ersten Baustein für eine Ersteinschätzung im Rahmen eines Primärversorgungsmodells dar. Die für die Ersteinschätzung notwendigen Regelungen müssen in der Regelungskompetenz der Selbstverwaltung und in einer G-BA Richtlinie festgelegt werden. Nur so können neutrale, qualitätsgesicherte und bundeseinheitliche Vorgaben sichergesellt werden. Vor diesem Hintergrund ist die geplante Aufhebung des Auftrags an den G-BA zur Festsetzung einer Ersteinschätzungsrichtlinie falsch und muss unterbleiben. Die vom G-BA im Juli 2023 beschlossene Ersteinschätzungs-Richtlinie beinhaltet bereits die Festlegung des medizinischen Behandlungsbedarfs sowie der sachgerechten Versorgungsebene.

Die Steuerung muss zudem gewährleisten, dass das Ergebnis der Ersteinschätzung für die Ersteinschätzungsstelle verbindlich ist und dass die Vermittlung in die richtige und wirtschaftlichste Versorgungsebene erfolgt – sprich Telefon- oder Video-Beratung vor vertragsärztlicher Regelversorgung vor Behandlung in Integrierten Notfallzentren (INZ) vor Krankenhausbehandlung. Es muss daher zum einen sichergestellt werden, dass die Person, die die Ersteinschätzung vornimmt, weisungsfrei hinsichtlich der Wahl der sachgerechten Versorgungsebene ist. Vor diesem Hintergrund muss die vorgesehene Verortung der fachlichen



Leitung und der Verantwortung für die Ersteinschätzungsstelle beim Krankenhaus gestrichen werden. Diese Verortung würde Fehlanreize setzen und könnte dazu führen, dass Krankenhäuser die INZ als "Staubsauger" für die Zuweisung in ihre Versorgungsebene benutzen. Zum anderen muss zwingend vorgesehen werden, dass Personen, bei denen sich kein akuter Behandlungsbedarf über die Ersteinschätzung ergeben hat, von der INZ bzw. der Notaufnahme oder der Notdienstpraxis abgewiesen und in die vertragsärztliche Regelversorgung (außerhalb der INZ) verwiesen werden. Nur so kann eine effiziente Versorgung sichergestellt und unnötige Inanspruchnahme vermieden werden. Eine verpflichtende und zusätzliche finanzielle Beteiligung der GKV an einer Akutleitstelle bzw. Notdienststrukturen ist abzulehnen. Die Finanzierung von Infrastruktur- und Vorhaltekosten gehört nicht zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung

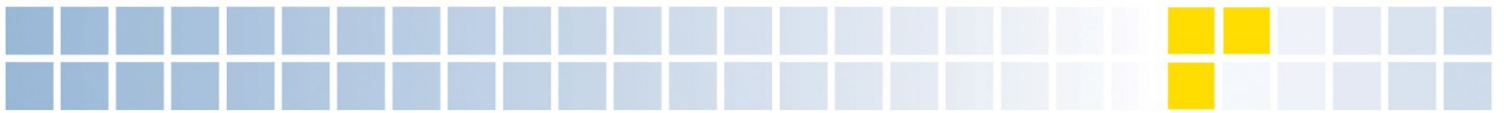
Verlagerung von versicherungsfremden Leistungen auf die Beitragszahlenden sowie Aushöhlung der Selbstverwaltung unterlassen

Eine Verlagerung von gesamtgesellschaftlichen und damit versicherungsfremden Leistungen auf die Beitragszahlenden und eine Entpflichtung von Ländern und Kommunen von ihren Finanzierungspflichten ist zu unterlassen. So dürfen Kosten des Rettungsdienstes und der Gefahrenabwehr nicht einfach auf die Krankenkassen übertragen werden. So darf z. B. ein Anspruch auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung nur bestehen, wenn sich versicherte alleine aufgrund ihres Gesundheitszustandes in unmittelbarer Lebensgefahr befinden. Für Gefahrenabwehr, Bergung sowie Infrastruktur und Vorhaltung handelt es sich hingegen um eine allgemeine öffentlich-rechtliche Aufgabe, die alleine in der Zuständigkeit der Kommunen liegt. Gleiches gilt auch für die Sprachmittlung. Sprachmittlung oder Dolmetscherdienste sind keine Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die durch Länder und Kommunen, soweit gewünscht, zentral für alle Bereiche (z. B. Sozialämter, Justiz, Polizei) bei denen fremdsprachliche Kommunikation erforderlich ist, vorgehalten werden muss.

Die geplante Ausweitung des Anspruchs auf Kostenübernahme von Verlegungsfahrten aus Kapazitätsgründen sowie die Neuschaffung von Ansprüchen auf Krankentransportflüge zu Lasten der GKV sind in diesem Zusammenhang zu unterlassen. Sie führen zu Mitnahmeeffekten und einer potenziellen Erlösoptimierung der Krankenhäuser aus rein ökonomischen Gründen bzw. sind unnötig, da es sich bei Krankentransportflügen im Gegensatz zu Notfalltransportflügen gerade nicht um zeitkritische Transporte handelt und daher die Notwendigkeit für eine luftgebundene Beförderung gar nicht besteht, sondern sie vielmehr auch (deutlich wirtschaftlicher) bodengebunden erfolgen kann.

Eine einseitige Festlegung der Entgelte für rettungsdienstliche Leistungen auf landes- oder kommunalrechtlicher Grundlage ist falsch, führt zu intransparenter und unwirtschaftlicher Leistungserbringung und widerspricht damit den Grundsätzen des GKV-Systems. Vielmehr muss die Vergütung für diese Leistungen – wie in allen anderen Leistungsbereichen auch – vertraglich zwischen Ländern und Krankenkassen vertraglich vereinbart werden. Kalkulationsdaten sind in diesem Zusammenhang frühzeitig für die Verhandlungen zur Verfügung zu stellen, wie in den anderen Leistungsbereichen auch.

Darüber hinaus darf die Selbstverwaltung nicht ausgehöhlt werden. Richtigerweise haben in der Selbstverwaltung nur die Parteien, die die Verantwortung in Form von Finanzierung bzw. Sicherstellung tragen, ein Stimmrecht. Es ist falsch Dritte, die keine Verantwortung tragen wie z. B. Fachgesellschaften, Berufsverbände etc. mit einem solchen Stimmrecht auszustatten.



Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Abteilung Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Die BDA organisiert als Spitzenverband die sozial- und wirtschaftspolitischen Interessen der gesamten deutschen Wirtschaft. Wir bündeln die Interessen von einer Million Betrieben mit rund 30,5 Millionen Beschäftigten. Diese Betriebe sind der BDA durch freiwillige Mitgliedschaft in Arbeitgeberverbänden verbunden.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)64(9)
gel. VB zur öffent. Anh. am
25.02.2026 - NotfallG
23.02.2026



Deutsches Rotes Kreuz e.V.

Deutsches Rotes Kreuz e.V. - Carstennstr. 58 - 12205 Berlin

per eMail
Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Vorstand

Carstennstraße 58
12205 Berlin
Tel. +49 30 85404-0
www.DRK.de
Generalsekretär@DRK.de

Durchwahl
030 85404-274
Fax
030 85404-474

Präsident
Hermann Gröhe

Vorsitzender des Vorstands
Christian Reuter

Berlin, 20.02.2026

Deutsches Rotes Kreuz e.V.
Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung "Notfallgesetz"
des Ausschusses für Gesundheit

Sehr geehrte Frau Dr. Machalet,

wir danken für die Möglichkeit, als sachverständiger Verband zur öffentlichen Anhörung "Notfallgesetz" Stellung nehmen zu dürfen.

Das Deutsche Rote Kreuz (DRK) ist gem. § 1 DRK-Gesetz¹ (DRKG) die Nationale Gesellschaft des Roten Kreuzes auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland und freiwillige Hilfsgesellschaft der deutschen Behörden im humanitären Bereich. Als solche steht das Deutsche Rote Kreuz in einer besonderen Beziehung zum Staat und seinen Behörden bei der Bewältigung von Krisen und Katastrophen (auxiliare Rolle des DRK).

Die Mitgliedsverbände des DRK wirken in Erfüllung des DRK-Gesetzes und der entsprechenden Gesetze der Länder im Rahmen des Zivil- und Katastrophenschutzes der Bundesrepublik Deutschland in den katastrophenmedizinischen, sanitätsdienstlichen und betreuungsdienstlichen Aufgaben als größter Akteur mit. In diesem Zusammenhang stellt das DRK auch eigene Ressourcen zur Bewältigung von Notfallereignissen unterhalb der Katastrophenschwelle zur Verfügung und beteiligt sich am Rettungsdienst – als größter Leistungserbringer in Deutschland mit insgesamt rund 20.000 Einsätzen pro Tag.

¹ Gesetz über das Deutsche Rote Kreuz und andere freiwillige Hilfsgesellschaften im Sinne der Genfer Rotkreuz-Abkommen (DRK-Gesetz - DRKG) vom 5. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2346), das durch Artikel 11a des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) geändert worden ist.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

I. Grundsätzliche Bewertung

Das DRK begrüßt, dass die seit Langem geforderte strukturelle Neuordnung der Notfallversorgung aufgegriffen wird. Dabei darf die Reform bewährte Strukturen nicht schwächen, sondern muss diese stärken und systematisch vernetzen. Es ist dabei unabdingbar, dass ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt wird, der die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellt und die verschiedenen Bereiche der Notfallversorgung inklusive der Notaufnahmen der Krankenhäuser gemeinsam betrachtet. Es muss sichergestellt werden, dass die Ausstattung und Struktur der außerklinischen Notfallversorgung nach operativen Bedarfen und Erfordernissen erfolgt.

Positiv zu bewerten ist die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen durch den Ausbau der notdienstlichen Akutversorgung. Hervorzuheben sind auch die digitale und telemedizinische Vernetzung sowie die Weiterentwicklung integrierter Leitstellen zu steuernden Gesundheitsleitsystemen. Eine engere Verzahnung der Rufnummern 112 und 116117 kann Fehlsteuerungen reduzieren und Patientinnen und Patienten frühzeitig der geeigneten Versorgungsstruktur zuführen. Unterstützend und aus Sicht des DRK grundsätzlich sinnvoll ist die Erweiterung der Reaktionsmöglichkeiten des Gesundheitsleitsystems um spezialisierte ambulante Versorgungsangebote, wie z.B. der notfallpflegerischen oder notfallpalliativen Versorgung, der psychischen Notfallhilfe, des vorbeugenden Rettungsdienstes, der notfallmäßigen außerklinischen geburtshilflichen Versorgung oder der Gemeindenotfallsanitäter. Hierbei wird auch die Einbindung smartphonebasierter Ersthelferalarmierungssysteme zur Verkürzung des therapiefreien Intervalls als förderlich betrachtet.

Das DRK erkennt an, dass im Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes (Notfallgesetz – NotfallG)“ (BT-Drucksache 21/2214) bzgl. des vorgesehenen „Qualitätsausschusses Notfallrettung“ (vgl. § 133 b) der Kritik in Bezug auf eine „maßgebliche Beteiligung der rettungsdienstlichen Leistungsträger und Leistungserbringer [...]“ jedenfalls im Ansatz nachgekommen wurde. Im Vergleich zum derzeitigen Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Stand November 2025) wird die Einrichtung des Qualitätsausschusses beim Bundesministerium für Gesundheit gegenüber einer Einrichtung beim GKV-Spitzenverband (Kostenträger) im Sinne der Neutralität durch das DRK bevorzugt. Auch wird die Aufnahme der Vertreter der Rettungsdienste als mögliche Mitglieder in die Regelung der gemeinsamen Landesgremien nach § 90 a positiv bewertet.

II. Bedeutung des Rettungsdienstes als Bestandteil des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes

Als DRK möchten wir darauf hinweisen, dass der Rettungsdienst nicht allein Bestandteil der medizinischen Notfallversorgung ist, sondern zugleich Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge und der Gefahrenabwehr. Über die individualmedizinische Versorgung hinaus ist er integraler Bestandteil des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes und das Bindeglied zum ganz überwiegend ehrenamtlich getragenen Katastrophen- und Zivilschutz.

Der Rettungsdienst der anerkannten Hilfsorganisationen bildet dabei die (notfall-) medizinische Brücke zwischen Gesundheitswesen und Gefahrenabwehr. Diese Struktur stärkt die Alltagsversorgung und erhöht zugleich deren Krisenfestigkeit und Resilienz. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der Rahmenrichtlinien Gesamtverteidigung (RRGV) aus dem Jahr 2024 von Bedeutung, die die Sicherstellung nicht zuletzt der gesundheitlichen Versorgung der Zivilbevölkerung auch in Krisen- und Konfliktlagen zum Ziel haben.

Die Reform der Notfallversorgung muss diesen systemischen Zusammenhang ausdrücklich berücksichtigen und sicherstellen, dass Regelungen zur Notfallversorgung nicht zu einer funktionalen Entkopplung von Rettungsdienst und Bevölkerungsschutz führen.

III. Zentrale Anforderungen einer Reform der Notfallversorgung aus Sicht des DRK

1. Föderale Verantwortung sichern

Die Organisation und Steuerung des Rettungsdienstes liegen in der Verantwortung der Länder – und das aus gutem Grund. Sie kennen die Bedarfe vor Ort und müssen die Strukturen steuern können. Dies sollte gesetzlich klar bekräftigt werden – für passgenaue, verlässliche Versorgung.

2. Dauerhafte Sicherung der Bereichsausnahme Rettungsdienst

Die Bereichsausnahme Rettungsdienst nach der europäischen Vergaberichtlinie ist dringend zu wahren. Diese Ausnahme ermöglicht es, dass öffentliche Aufträge und Konzessionen über Dienstleistungen der Gefahrenabwehr, die von gemeinnützigen Organisationen und Vereinigungen erbracht werden, vom Vergaberecht ausgenommen sind (§ 107 Absatz 1 Nr. 4 GWB). Diese Ausnahme sorgt idealerweise dafür, dass (nur) anerkannte Hilfsorganisationen nicht nur die alltägliche Gefahrenabwehr sicherstellen können, sondern auch in besonderen Schadenslagen, Katastrophen und Fällen der zivilen Verteidigung ein funktionierendes und resilientes System schaffen.

3. Gesicherte und faire Finanzierung

Rettungsdienst ist Teil der Notfallversorgung und sowohl öffentliche Aufgabe der Daseinsvorsorge als auch der (medizinischen) Gefahrenabwehr. Ein vermeintlich „wirtschaftlicher“ Rettungsdienst ohne Aufwuchs-Potenziale kann größeren Schadenslagen sowie möglichen Krisen- und Katastrophen nur wenig entgegensetzen. Insofern bieten die Hilfsorganisationen einen notwendigen Mehrwert für den Rettungsdienst zu Lande, zu Wasser und in der Luft sowie den gesundheitlichen Bevölkerungsschutz insgesamt. Es muss durch ein Notfallgesetz gewährleistet sein, dass die Kosten für die Vorhaltung eines leistungsfähigen Rettungsdienstes (einsatzunabhängig und mindestens die Kosten für Personal, Sach- und Investitionskosten sowie die Kosten der Ausbildung des Personals) abgedeckt sind.

4. Qualitätssicherung unter Beteiligung der Länder und Leistungserbringer

Wir begrüßen bundeseinheitliche Qualitätsindikatoren und Datentransparenz, fordern aber, dass Länder und Träger bzw. Leistungserbringer eigene Qualitätssicherungssysteme (z. B. SQR-BW) weiterentwickeln dürfen. Einheitliche Vorgaben dürfen regionale Innovation nicht behindern und sollten einen Mindeststandard darstellen. Die Leistungserbringer und Länder müssen integraler Bestandteil der Gremien auf der Bundesebene sein.

5. Stärkung präventiver Ansätze

Begleitend zum Rettungsdienst sollten präventive, aufsuchende Angebote eingerichtet werden mit dem Ziel, medizinische Notfälle zu verhindern und häufige oder vermeidbare Einsätze durch präventive Maßnahmen zu reduzieren. Das stärkt die Gesundheitskompetenz, entlastet Notaufnahmen und ermöglicht Hilfe, bevor es zum Notfall kommt. Das DRK befürwortet Pilotprojekte und Forschungsvorhaben, um Modelle eines vorbeugenden Rettungsdienstes wissenschaftlich gestützt zu erproben und nachhaltig in die Regelversorgung zu integrieren.

6. Stärkung ambulanter Versorgung und Gesundheitskompetenz

Die Zugänglichkeit der ambulanten Versorgung hat unmittelbare Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der Notfallstrukturen. Innovative Ansätze der Primärversorgung (z. B. Primärversorgungszentren, Gesundheitsregionen, Gesundheitskioske) können zur Entlastung des Notfallsystems beitragen. Darüber hinaus sind die Selbsthilfefähigkeiten und Gesundheitskompetenzen der Bevölkerung systematisch zu fördern, insbesondere durch Erste-Hilfe- und Reanimationsausbildung sowie gesundheitliche Bildung.

7. Reduzierung des therapiefreien Intervalls

Zur schnellstmöglichen Sicherstellung von Hilfe bei Notfällen und zur Reduzierung des therapiefreien Intervalls vor dem Eintreffen organisierter Hilfe bedarf es der Stärkung der Laienhilfe. Ein stärkeres Bewusstsein der Notwendigkeit, Erste-Hilfe zu leisten, führt in Verbindung mit einer frühzeitig einsetzenden Basisqualifikation, Fortbildungen und Inübunghaltungen zu einer deutlichen Verbesserung der Hilfe bei Notfällen. Zudem wirkt technischer Support in Form von smartphonebasierten Apps sowie einer Anbindung an professionelle Strukturen (Leitstellen) deutlich unterstützend, da durch die Alarmierung qualifizierte Laien in der Umgebung frühzeitig mit effektiven Wiederbelebensmaßnahmen beionnen können. Einen weiteren wichtigen Baustein stellt der flächendeckende Aufbau und Einsatz von Helfer-vor-Ort-Systemen dar.

IV. Schlussbemerkung

Eine leistungsfähige Notfallversorgung setzt ein funktionierendes Zusammenspiel von Gesundheitsversorgung und gesundheitlichem Bevölkerungsschutz voraus. Der Rettungsdienst ist dabei das verbindende Element. Eine zukunftsfähige und in allen Lagen resiliente Notfallversorgung kann nur gelingen, wenn Politik und Verwaltung Notfallversorgung und Bevölkerungsschutz zusammendenken. Das Deutsche Rote Kreuz steht bereit – als Partner des Staates, als Helfer der Menschen und als tragende Säule des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes in allen Lagen – damit Hilfe immer dort ankommt, wo sie gebraucht wird.

Als Deutsches Rotes Kreuz bringen wir gerne unsere fachliche Expertise in das weitere Gesetzgebungsverfahren ein, um so an der Weiterentwicklung einer rechtssicheren, patientenorientierten und krisenfesten Notfallversorgung mitzuwirken.

Mit freundlichen Grüßen

Christian Reuter
Vorsitzender des Vorstands