

Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi)

Datum: 03.12.2025

Vorbemerkung: Das Zi unterstützt die Zielsetzungen des Gesetzgebers, die auf Basis einer Abgrenzung der Akut- und Notfallversorgung eine bessere Steuerung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene sowie eine bessere Kooperation der an der Akut- und Notfallversorgung Beteiligten anstreben. Im Interesse der oben genannten Zielsetzungen sind aus Sicht des Zi allerdings einige der geplanten Regelungen noch verbesserungsfähig oder auch kritisch zu bewerten. Zu diesen Punkten führen wir nachstehend auf Basis der Erfahrungen aus zahlreichen Projekten und Studien zur Verbesserung der Akut- und Notfallversorgung, an denen das Zi mitgewirkt hat, sowie in Kenntnis der empirischen Daten und der Literatur aus.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 27	Folgeänderung zu § 30 SGB V	
2	§ 30	<p>Einführung eines Anspruchs auf medizinische Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voraussetzung: Definition rettungsdienstlicher Notfall • Leistungsbestandteile: Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung und Notfalltransport • Notfallmanagement als Vermittlung der erforderlichen Hilfe auf der Grundlage einer digitalen standardisierten Abfrage einschließlich telefonischer Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen und Einbindung von Ersthelfern durch auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme 	<p>Die Einführung eines Rechtsanspruchs der Versicherten auf medizinische Notfallrettung und hierbei insbesondere die Einführung eines Anspruchs auf das Notfallmanagement (§ 30 Abs. 3 SGB V) und auf notfallmedizinische Versorgung (§ 30 Abs. 4 SGB V) ist zu begrüßen als Voraussetzung für weitergehende Regelungen, die der Reduktion vermeidbarer Einlieferungen in die Notaufnahmen dienen. Eine Einbettung in Gesundheitsleitsysteme nach § 133a ist jedoch notwendig.</p> <p>Begründung:</p> <p>In diversen Studien (Alternative care concepts for low-acuity emergency medical service missions in the German ambulance service: Descriptive results of an online survey - Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen) konnte gezeigt werden, dass durch eine ggf. teleärztlich unterstützte Vorortversorgung durch fortgebildete Notfallsanitäter Transporte vermieden und ein erheblicher Anteil der Patienten in die vertragsärztliche Regelversorgung geleitet werden konnten.</p> <p>Zugleich zeigen laufende Studien (https://www.zi.de/themen/medizin/akut-und-notfallversorgung/projekte/rtwakut) auch, dass trotz gewisser</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> Notfallmedizinische Versorgung vor Ort und während des Transports durch nichtärztliches Fachpersonal und bei medizinischer Notwendigkeit durch Notärzte Notfalltransport in nächste geeignete Einrichtung und medizinisch zwingende Verlegungen Zuzahlung 	<p>Anfangserfolge der Motivationsaufwand erheblich sein kann, wenn es um die Implementierung strukturierter Verfahren geht, Hilfesuchende mit weniger dringlichen Behandlungsanlässen aus RTW-Einsätzen in vertragsärztliche Kooperationspraxen zu lenken. Es müssen massive Anstrengungen unternommen werden, um bestehende Arbeitsmuster im Rettungsdienst zugunsten einer engeren Zusammenarbeit a) mit den Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (im Rahmen des Notfallmanagements) oder b) mit niedergelassenen Praxen (im Rahmen der notfallmedizinischen Versorgung) zu verändern.</p> <p>Die Anspruchsregelungen nach Abs. 2 Satz 1 Nrn. 1 und 2 können folglich nur dann effizienzsteigernd wirken, wenn sie eingebettet sind in Gesundheitsleitsysteme nach § 133a. Nur im Rahmen der nach § 133a vorgesehenen Zusammenarbeit kann sichergestellt werden, dass diejenigen Einsätze, die der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen sind, effektiv in die vertragsärztliche Versorgung gesteuert werden und vermieden werden, dass eine ineffektive Parallelvorhaltung zwischen der notfallmedizinischen Versorgung nach § 30 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und der notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Abs. 1b Satz 5 Nrn. 2 und 3 entsteht. Würde die Dispositionentscheidung der bei der 112 eingehenden Hilfeersuchen allein in der Hand des Rettungsdienstes liegen, ist zumindest in den Regionen, in denen seitens des Trägers der Leitstelle und der Durchführenden keinerlei Interesse an einer Kooperation mit den Kassenärztlichen Vereinigungen besteht, zu befürchten, dass die Ansprüche nach § 30 Abs. 3 und 4 eher leistungsausweitend denn effizienzsteigernd wirken werden. Damit dies erreicht werden kann, schlagen wir Änderungen in § 133 Abs. 2 vor.</p>
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	
4	§ 73	Folgeänderung zu § 60 SGB V	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
5	§ 73b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
6	§ 75	<p>Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung • Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge 	<p>Zu § 75 Abs. 1b:</p> <p>Mit dieser Regelung der notdienstlichen Akutversorgung wird der Leistungsrahmen des Sicherstellungsauftrags erheblich ausgeweitet. Aus dem organisierten Bereitschaftsdienst bekannte Angebote, die derzeit im Ermessen der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen etabliert sind, werden generell zur Leistungspflicht insbesondere Maßnahmen nach Abs. 1b Satz 5 Nrn. 2 und 3 auch während der Praxisöffnungszeiten. Kritisch ist insbesondere der aufsuchende Dienst auch zu Praxisöffnungszeiten zu bewerten, der für Fälle verfügbar sein muss, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist und in denen diese Behandlung anderweitig nicht erbracht werden kann.</p> <p>Zunächst kann eine „sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen“ nicht der notdienstlichen Akutversorgung zugeordnet werden, da diese der medizinischen Notfallrettung vorbehalten sein muss. Für die vertragsärztliche Versorgung ist eine geringere Dringlichkeitsstufe angemessen. Im Rahmen der strukturierten medizinischen Ersteinschätzung etwa werden Hilfegesuche der vertragsärztlichen Versorgung ab der Dringlichkeitsstufe ‚schnellstmöglich‘ zugeordnet. Hier wird davon ausgegangen, dass das Zeitfenster bis zu einer medizinischen Versorgung rund 4 Stunden beträgt.</p> <p>Ausweislich der Begründung zu §75 (1b) Satz 5 Nr. 3 soll der neu einzuführende aufsuchende Dienst Versorgungslücken insbesondere für immobile Patienten schließen, nicht notwendige Rettungsdiensteinsätze reduzieren und Notaufnahmen von vermeidbaren Patienteneinlieferungen entlasten, wenn eine Versorgung vor Ort erfolgen kann.</p> <p>Abgrenzung zur vertragsärztlichen Regelversorgung: Es besteht zu Zeiten geöffneter Praxen ein erhebliches Maß an Überschneidung dieses neu zu schaffenden Anspruchs auf einen aufsuchenden Dienst mit den Hausbesuchen in der vertragsärztlichen Regelversorgung durch Vertragsärzte oder in den Praxen angestelltes nichtärztliches</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Personal. Daraus resultiert eine ineffiziente Doppelvorhaltung. Angesichts von rund 26 Millionen Hausbesuchen von Vertragsärzten, Nichtärztlichen Praxisangestellten und Medizinischen Fachangestellten im Jahr 2024 in der Regelversorgung ist aber von einer grundsätzlich funktionsfähigen und durch Förderung erweiterbaren Versorgungsbasis in der Regelversorgung auszugehen. Durch eine solche Förderung der Hausbesuche in der Regelversorgung würde auch eine zunehmende Fragmentierung von Versorgungsangeboten vermieden, die einer kontinuierlichen Versorgung entgegensteht. Anstatt ein konkurrierendes und schwer eingrenzbares zusätzliches Angebot während der Praxisöffnungszeiten zu schaffen, sollte der Gesetzgeber vielmehr Hausbesuche durch Praxen oder Praxismitarbeiter fördern, um die in der Begründung aufgeführten Zielsetzungen zu erreichen. Dies wäre auch aus medizinischer Sicht effizienter, da Hausbesuche bekannter Patienten durch die jeweils behandelnde Praxis in der Regel ressourcenschonender und medizinisch sachgerechter durchgeführt werden können. Auch mit der Einführung der ePA ist hier nicht von einer grundsätzlichen Effizienzsteigerung im Vergleich zur Versorgung bekannter Patienten auszugehen, da die vorhandene Dokumentation unbekannter Patienten zuerst gesichtet und bewertet werden müsste, was ebenfalls Zeit in Anspruch nimmt. Folgt man der Gesetzesbegründung, so sieht der Entwurf die Kassenärztlichen Vereinigungen selbst als Leistungserbringer mit dort angestelltem Personal vor. Somit kann eben dieses Personal nicht in der Regelversorgung eingesetzt werden. Würde die KV in der Absicht Rettungsdiensteinsätze zu reduzieren, die zur Deckung möglicher Versorgungslücken in der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt sind, zu einer Vorhaltung zusätzlichen Personals zu Praxisöffnungszeiten verpflichtet, würden gerade hierdurch in den allermeisten Regionen der Regelversorgung knappe ärztliche und nichtärztliche Personalressourcen entzogen und die bestehende Versorgungsbasis eher geschwächt als verbessert. Zudem erhöht eine solche potenziell mit der eigenen</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Leistungserbringung konkurrierende Vorhaltung die Verwaltungskosten und wäre zumindest anteilig (§ 105 Abs. 1b) von den Mitgliedern selbst über die Mitgliedsbeiträge zu bezahlen.</p> <p>Abgrenzung zum Rettungsdienst: Die in Satz 1 gewählte Formulierung, nach welcher der Sicherstellungsauftrag auch die 24 Stunden täglich verfügbare vertragsärztliche Versorgung in Fällen vorsieht, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist, schafft eine nahezu unauflösbare Doppelvorhaltung zur notfallmedizinischen Versorgung gemäß § 30 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2, denn eine sofortige Behandlungsnotwendigkeit entspricht der Definition eines medizinischen Notfalls. Dieser muss sachlogisch dem Rettungsdienst zugewiesen werden, der für sich wiederum für den Einsatz von Fachpersonen zur notfallmedizinischen Versorgung vor Ort von verlängerten Hilfsfristen ausgeht.</p> <p>Anpassungsvorschlag:</p> <p>Als Grundlage einer effizienten Arbeitsteilung zwischen notfallmedizinischen Besuchen und Hausbesuchen in der Regelversorgung bzw. im Bereitschaftsdienst bedarf es einer Anpassung von Satz 1.</p> <ul style="list-style-type: none"> Änderung §75 (1b) Satz 1: Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die 24 Stunden täglich verfügbare vertragsärztliche Versorgung in Fällen, in denen eine sofortige schnellstmögliche Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. <p>Zur Vermeidung von Doppelvorhaltungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Streichung der aktuellen Formulierung in §75 (1b) Satz 5 Nr. 3. und Aufnahme §75 (1b) Satz 5 Nr. 3 neu: 3. Förderung vertragsärztlicher Hausbesuche im Rahmen der Regelversorgung während der Praxisöffnungszeiten.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Zu §75 Abs. 1d:</p> <p>Die Befugnis zur Datenverarbeitung umfasst nicht ausdrücklich auch die Zusammenführung der personenbezogenen Daten der Anrufenden mit weiteren Daten, die für die Evaluation und Weiterentwicklung des Ersteinschätzungsverfahrens notwendig sind. Dies umfasst Daten aus der ärztlichen Abrechnung sowie von Arzneiverordnungsdaten und erhobene Daten wie z.B. ob bestimmte Untersuchungen durchgeführt wurden, ob eine Einweisung für eine Krankenhausbehandlung vorgenommen wurde oder wie das Ersteinschätzungsergebnis, das einer Terminvermittlung bzw. einem Bereitschaftsdiensteinsatz zugrunde lag, ärztlich bewertet wird. Eine solche zweckgebundene Befugnis zur Datenzusammenführung wäre jedoch notwendig, um eine gesicherte Datengrundlage für die Evaluation und Weiterentwicklung der Akutleitstelle aufzubauen und die Qualität und Sicherheit von Ersteinschätzungsverfahren zu erhöhen.</p> <p>Anpassungsvorschlag:</p> <p>Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind befugt, personenbezogene Daten der Anrufenden zur Erfüllung ihrer in den Absätzen 1a, 1b und 1e genannten Aufgaben zu verarbeiten und mit anderen Datensätzen aus der nachfolgenden medizinischen Versorgung zur Prüfung von Qualität und Sicherheit der eingesetzten Ersteinschätzungsverfahren zusammenzuführen. Sie sind verpflichtet, personenbezogene Daten der Anrufenden einschließlich Sprachaufzeichnungen sowie die damit zusammengeführten Daten zur Erfüllung ihrer in Absatz 1c genannten Aufgaben zu verarbeiten und für die Dauer von zehn Jahren zu speichern.</p>
7	§ 76	Folgeänderung zu § 75 SGB V	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
8	§ 87	Auftrag an erweiterten Bewertungsausschuss: EBM für komplexe Fälle in INZ	<p>Zu § 87 Abs. 2b Satz 3 Nr. 1 und Abs. 2c Satz 3 Nr. 1</p> <p>Die Aufgaben der Akutleitstelle umfassen nach dem Entwurf nicht die Steuerung vom gemeinsamen Tresen im INZ in Kooperationspraxen. Wird der Begriff ‚Terminservicestelle‘ hier durch den Begriff ‚Akutleitstelle‘ ersetzt, könnte dies zur Folge haben, dass die in § 87 Abs. 2b und 2c vorgesehenen Vergütungsregelungen zur Förderung kurzfristiger Terminvergabe nicht für Kooperationspraxen bei der Übernahme von Patienten aus einem INZ (§ 123 Abs. 1) oder zur Weiterbehandlung nach Erstkontakt im INZ (§ 123 Abs. 2) gelten. Dies hätte zur Folge, dass der Anreiz zur Übernahme von Patienten aus Notaufnahmen bzw. INZ für Praxen reduziert wird, da keine Zuschläge mehr für diese „Akutfälle“ ausgelöst werden.</p> <p>Anpassungsvorschlag:</p> <p>In Absatz 2b Satz 3 Nummer 1 und Absatz 2c Satz 3 Nummer 1 wird die Angabe „§ 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4“ jeweils durch die Angabe „§ 75 Absatz 1c Satz 3“ ersetzt und die Angabe „Terminservicestelle“ jeweils durch die Angabe „Akutleitstelle, Notaufnahme oder INZ“ ersetzt.</p>
9	§ 87a	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
10	§ 90	Standortbestimmung für INZ durch erweiterten Landesausschuss	
11	§ 90a	Ergänzung Vertreter des Rettungsdienstes in gemeinsamen Landesgremien nach § 90a	
12	§ 92	Klarstellung, dass Richtlinie des G-BA nicht den Notfalltransport umfasst	
13	§ 105	Finanzierung der notdienstlichen Strukturen der KVen durch gemeinsam von KV und	<p>Zu § 105 Absatz 1b SGB V</p> <p>Mit der Einführung der notdienstlichen Akutversorgung verpflichtet der Gesetzgeber die Kassenärztlichen Vereinigungen zu Aufgaben, die weit über den ursprünglichen Gedanken des ärztlichen</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Krankenkassen zusätzlich zur Verfügung gestellten Betrag, Beitrag der PKV i.H.v. 7 %	<p>Bereitschaftsdienstes hinausreichen. Dies gilt insbesondere für die Anforderungen zu Zeiten, in denen die Praxen geöffnet sind. Während der ärztliche Bereitschaftsdienst im Prinzip eine Verpflichtung des einzelnen Mitglieds darstellt, stellt sich die notdienstliche Akutversorgung als eine Aufgabe dar, die ohne organisatorische Leistung der KVen nicht ausführbar ist und wegen der ihr zugeschriebenen Entlastung der Strukturen der Notfallversorgung eine breitere Funktion der Daseinsvorsorge für die Versichertengemeinschaft erfüllt. Entsprechendes gilt für die im Gesetzentwurf formulierten höheren Anforderungen an die Erreichbarkeit der notdienstlichen Akutversorgung sowohl im Bereich der Akutleitstellen als auch der telemedizinischen Leistungen und ggfs. des aufsuchenden Dienstes.</p> <p>Durch die detaillierten Vorgaben entzieht sich die Leistungserbringung der Gestaltung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen oder auch der Gesamtvertragspartner. Sie erfüllt mithin automatisch die Kriterien notwendiger medizinischer Versorgung gemäß § 71 Abs. 1 Satz 1 und entspricht der Natur von Leistungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nummer 3.</p> <p>Es ist vor diesem Hintergrund nicht nachvollziehbar, warum die gesetzlichen Krankenkassen lediglich maximal 50 Prozent der Kosten für das erweiterte Angebot tragen sollen. Die von den Krankenkassen nicht finanzierten Aufwendungen müssten aus der Verwaltungskostenumlage und mithin aus Beiträgen von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten an die Kassenärztlichen Vereinigungen gedeckt werden. Dies steht in Gegensatz zu den Regelungen in §§ 30 und 133 im Gesetzentwurf, mit dem Abrechnungstatbestände für vergleichbare Leistungen in der medizinischen Notfallversorgung geschaffen werden, die dort jedoch von den Krankenkassen vollständig gegenfinanziert werden müssen.</p> <p>Darüber hinaus ist die Gegenrechnung von in der Honorarverteilung nicht verbrauchten Gesamtvergütungsanteilen gegen den erwarteten Aufwand für die zusätzlichen Sicherstellungsaufgaben der notdienstlichen</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Akutversorgung und der Einrichtung von Gesundheitsleitsystemen nicht möglich. Eine Querfinanzierung von Strukturen der notdienstlichen Akutversorgung kann hieraus nicht erfolgen, ohne die Auszahlung für bereits erbrachte Leistungen weiter zu schmälern. Im Jahr 2024 konnten innerhalb der MGV erbrachte Leistungen im Umfang von 2,7 Milliarden Euro nicht vergütet werden.</p> <p>Anpassungsvorschlag: Sachgerecht wäre daher, die mit dem gesetzlichen Auftrag verbundenen Aufwendungen von den Krankenkassen vollständig zu finanzieren. Den Verhandlungspartnern wäre demnach der schiedsfähige Auftrag zu erteilen, den Anteil der Kosten zu ermitteln, der nicht über die leistungsbezogene Vergütung des EBM abgedeckt werden kann (z.B. Strukturkosten der Akutleitstelle, Vorhaltung von Personal, Zahlung von leistungsunabhängigen Stundenlöhnen bzw. Mindestumsätzen aufgrund geringer Auslastung, Kosten für Delegation des aufsuchenden Diensts an den Rettungsdienst etc.), sodass dieser zu 100% durch die Kostenträger abgegolten werden kann.</p>
14	§ 115e	Folgeänderung zu §§ 30, 60 SGB V	
15	§ 116b	Folgeänderung zu § 90 SGB V	
16	§ 120	<ul style="list-style-type: none"> • Klarstellung zur Vergütung in den Notdienst einbezogener Ärzte aus Gesamtvergütung • Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie (Folgeänderung zu § 123c) 	
17	§ 123	<p>Integrierte Notfallzentren (INZ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion 	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Notaufnahme, Notdienstpraxis, Ersteinschätzungsstelle - optional Kooperationspraxis / statt Notdienstpraxis MVZ oder Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Nähe • Ersteinschätzung und Steuerung innerhalb des INZ, gegenseitige Datenübermittlung • Versorgungsvertrag mit Apotheken • Telemedizinische Anbindung an Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie • Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung von INZ 	
	§ 123a	<p>Einrichtung von INZ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Standortbestimmung nach gesetzlichen Kriterien • Kooperationsvereinbarung, gesetzliche Vorgabe von Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxis, Schiedsregelungen bei Nichtzustandekommen • Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit in INZ durch KBV, DKG und GKV-SV 	<p>Unter den Kriterien, nach denen der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Abs. 4a die Standorte für INZ festlegt, fehlt ein Kriterium, das für eine Mindestauslastung der Notdienstpraxen in INZ sorgt und somit auch die Anzahl der INZ-Standorte begrenzt.</p> <p>Ein solches ist erforderlich,</p> <ol style="list-style-type: none"> um eine qualitätsfördernde Fokussierung der INZ auf Krankenhausstandorte mit vorteilhafterer Ausstattung und tendenziell besseren Versorgungsergebnissen zu erreichen und um die zu erwartenden Sogeffekte der INZ-Standorte möglichst zu begrenzen. Auf die Gefahr eines solchen Sogeffekts, der zu Überlastungen dieser Zugänge führen kann, wird in der internationalen Literatur hingewiesen (Quelle: https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Gutachten/2024-05-31_Notfall- und primaer-

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>medizinische Versorgung Evidenzbericht final.pdf). Wiederholt hat das Zi darauf hingewiesen, dass die Grundgesamtheit potenzieller Akutfälle in der Regelversorgung die Kapazitäten aller Krankenhäuser um ein Vielfaches übersteigt (Quelle: https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Forschungsfoerderung/2023/Abschlussbericht_Inanspruchnahme_akutmedizinischer_Leistungen.pdf). Ein entsprechender Sogeffekt muss daher vermieden werden, um eine Überforderung der INZ-Standorte zu verhindern.</p> <p>Ausgehend von der Gesamtzahl der vertragsärztlich behandelbaren ambulanten Notfälle sowie von der bisherigen Zahl der Patienten in Notdienstpraxen in der Region lässt sich aus einem Kriterium der notwendigen Auslastung der Notdienstpraxis am INZ ein indirekter Bevölkerungsbezug für die Planung der angemessenen Standortzahl ableiten. Nach der bisherigen Studienlage kann davon ausgegangen werden, dass insbesondere zu Bereitschaftszeiten bis zu 60 Prozent der ambulanten Notfälle als vertragsärztlich behandelbar gelten können (Quellen: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.2_Finanzierung_und_Leistungskataloge/2.2.3_Ambulante_Verguetung/2.2.3.4_Ambulante_Notfallverhandlung_durch_Krankenhaeuser/2015-02-17_Gutachten_zur_ambulanten_Notfallversorgung_im_Krankenhaus_2015.pdf; https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-2206-1738.pdf ; https://doi.org/10.1007/s10049-025-01483-x).</p> <p>Anpassungsvorschlag:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ein limitierender Faktor kann insbesondere in Ballungsräumen, in denen mehrere Standorte die Kriterien als potenzieller INZ-Standort erfüllen, durch die Vorgabe einer erforderlichen Auslastung der Notdienstpraxen erreicht werden. Eine sinnvolle Auslastung liegt bei 5 bis 6 Patienten pro Stunde pro ärztlicher Stelle (Referenz: mittlere Auslastung der Hausarztpraxen liegt gemäß Zi-Praxis Panel bei rund

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>5,5 Patienten pro Stunde, aufgrund der eingeschränkten Versorgungsaufgabe der Bereitschaftspraxen eher bei 6 als 5 Patienten).</p> <p>2. In § 123a sollte zudem bereits jetzt verankert werden, dass der Erweiterte Landesausschuss, die Partner der Kooperationsvereinbarung nach §123a (4) bzw. der Gemeinsame Bundesausschuss die Inanspruchnahme der INZ zu beobachten haben und kurzfristig auf beobachtete Anstiege der Inanspruchnahme in INZ zu reagieren haben, um einem Sogeffekt an INZ-Standorte entgegenzuwirken. Dies könnte etwa darin bestehen, dass in diesem Falle auch Vorgaben zur Begrenzung des Zugangs für Hilfesuchende zu beschließen sind, die sich mit weniger dringlichen Behandlungsanliegen selbstständig an ein INZ wenden.</p>
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	
	§ 123c	<p>Ersteinschätzung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vergütung ambulanter Behandlung für Krankenhäuser ohne INZ nur noch nach Ersteinschätzung, die die Unzumutbarkeit einer Verweisung an INZ festgestellt hat • Richtlinie des G-BA zu Vorgaben für standardisierte digitale Ersteinschätzung • Richtlinie regelt auch Mindestausstattungsanforderungen für Notdienstpraxen • Berichtspflicht G-BA zu Auswirkungen der Ersteinschätzung • EBM für Ersteinschätzung 	<p>Zu § 123c Abs 1 Satz 2 und 3: Ist die Durchführung einer Ersteinschätzung in Notaufnahmen oder in INZ grundsätzlich eine ärztliche Leistung, die ggf. im Delegationsverfahren durchgeführt werden kann? Durch den Verweis auf § 28 SGB V ordnet der Entwurf die Ersteinschätzung als ärztliche Leistung ein.</p> <p>Dabei wird verkannt, dass (digital unterstützte) Ersteinschätzungsverfahren methodisch gesehen darauf ausgerichtet sind, prädiagnostisch anamnestische Informationen so systematisiert zu erheben, dass hieraus vor Eintritt in eine Behandlung eine Abschätzung der Behandlungsdringlichkeit, eine Priorisierung im Sinne der Fokussierung verfügbarer Kapazitäten nach der ermittelten Behandlungsdringlichkeit oder eine Zuweisung zu einer bestimmten Versorgungsebene vorgenommen werden kann. Somit ist die Durchführung der Ersteinschätzung noch nicht Teil der ärztlichen Behandlung und wird so auch in der strukturierten Notrufabfrage in</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Integrierten Leitstellen und durch die strukturierte medizinische Ersteinschätzung in den Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen eingesetzt.</p> <p>Wird die Durchführung der Ersteinschätzung dennoch in den Kontext einer ärztlichen Leistung gestellt, könnte das Ziel einer Steuerung in die angemessene Versorgungsebene bzw. einer Priorisierung vor Eintritt in die Behandlung infrage gestellt werden. Grundsätzlich ist aus rechtlichen Gründen jedenfalls eine prinzipielle ärztliche Prüfung nicht erforderlich, wenn es möglich ist, dass die Ersteinschätzung auch durch pflegerisches Personal mit der gebotenen Qualifikation vorgenommen werden kann (Sachbericht).</p> <p>Zum Auftrag des G-BA durch Beschluss einer Richtlinie unter anderem Vorgaben zu machen für eine Steuerung und Behandlungsriorisierung sowie zur Weiterleitung auf Basis einer standardisierten digitalen Ersteinschätzung: Der Auftrag, das Verfahren als solches festzulegen, findet sich im aktuellen Gesetzentwurf nicht mehr. Dies dürfte Auswirkungen auf die Einheitlichkeit der Kriterien bzw. auf die Vergleichbarkeit der gesteuerten Patientengruppen haben.</p> <p>Während in Gesundheitsleitsystemen nach § 133a eine Vereinheitlichung der Ersteinschätzungsprozesse angestrebt wird und hier den Kassenärztlichen Vereinigungen die Aufgabe der Vereinheitlichung überantwortet werden soll, weil im KV-System bereits ein strukturiertes und standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren eingesetzt wird, fehlt eine solche Orientierung für den Bereich der Steuerung und Weiterleitung aus INZ bzw. aus Krankenhäusern ohne INZ. Wie mit gängigen Verfahren unterschiedlich nach Standorten priorisiert wird, zeigen Daten des AKTIN-Registers. Internationale Studien legen nahe, dass die Vergabe der Priorisierungskategorien am Triagetresen sowie die Wahl des Zielorts u.a. stark von der aktuellen Auslastung der Notaufnahme beeinflusst werden</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>kann (https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1467-9566.12578; https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0735675719304206; https://journals.rcni.com/emergency-nurse/evidence-and-practice/factors-that-affect-nurses-triage-decisions-in-the-emergency-department-a-literature-review-en.2022.e2123/abs; https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2588994X25000727; https://link.springer.com/article/10.1186/1865-1380-7-16).</p> <p>Angesichts dieser Problematik bedarf es einer ergänzenden Regelung im Auftrag an den G-BA, um bereits ein Auseinanderlaufen der Kriterien für die Ersteinschätzung an den diversen Krankenhausstandorten zu verhindern und um auf eine vergleichbare Priorisierung bei gleicher Dinglichkeit und der Steuerung in Kooperationspraxen bzw. an INZ hinwirken zu können.</p> <p>Anpassungsvorschlag:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Das Zi regt an, § 123c Abs 1 Satz 2 und 3 zu streichen. 2. Sinnvoll wäre es darüber hinaus, bei Nutzung digitaler Entscheidungshilfen für nicht-ärztliches Fachpersonal im Bereich der Akut- und Notfallversorgung oder der digitalen Steuerung von Laien auf das notwendige Vorliegen der Risikoklasse IIb gemäß Medical Device Regulation der EU zu verweisen, soweit die Zielsetzung eine Weiterleitung an einen anderen Standort oder in eine Kooperationspraxis umfasst. 3. Der G-BA sollte sich in seinem Beschluss nach § 123c Abs. 2 an dem in den Akutleitstellen eingesetzten Verfahren so orientieren, dass in INZ bzw. in Notaufnahmen ohne INZ stark von den Akutleitstellen abweichende Priorisierungen bei vergleichbaren gesundheitlichen Beschwerden ausgeschlossen werden.
18	§ 133	<p>Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nur nach Landesrecht vorgesehene oder beauftragte Leistungserbringer 	<p>Die mit § 30 Abs. 3 und 4 neu geschaffenen Anspruchsregelungen können nur dann effizienzsteigernd wirken, wenn sie eingebettet sind in Gesundheitsleitsysteme nach § 133a. Nur hierdurch kann sichergestellt werden, dass diejenigen Einsätze, die der vertragsärztlichen Versorgung</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Vergütungsverträge für Leistungen nach SGB V erforderlich • Transparenzpflicht bezüglich Kalkulationen • Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 SGB V • Schiedseinrichtung bei Nichtzustandekommen • Entsprechende Geltung für Krankentransporte • Übergangsregelung 	<p>zuzurechnen sind, effektiv in die vertragsärztliche Versorgung gesteuert werden und z.B. eine ineffektive Parallelvorhaltung zwischen der notfallmedizinischen Versorgung nach § 30 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und der notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Abs. 1b Satz 5 Nrn. 2 und 3 entsteht. Würde die Dispositionentscheidung der bei der 112 eingehenden Hilfeersuchen allein in der Hand des Rettungsdienstes liegen, ist zumindest in den Regionen, in denen keinerlei Interesse an einer Kooperation mit den Kassenärztlichen Vereinigungen besteht, zu befürchten, dass die Ansprüche nach § 30 Abs. 3 und 4 eher leistungsausweitend denn effizienzsteigernd wirken werden.</p> <p>Anpassungsvorschlag:</p> <p>Das Zi regt an, dass für den Abschluss von Verträgen nach § 133 Abs 2 SGB V von den Verbänden der Krankenkassen mit den Trägern der medizinischen Notfallrettung eine Differenzierung der Vergütungen danach vorgesehen wird, ob ein Gesundheitsleitsystem nach § 133a SGB V existiert. Vorgaben zu Vergütungsabschlägen bei fehlendem Gesundheitsleitsystem könnten klare Anreize zugunsten einer schlüssigen Kooperation mit den zuständigen KV setzen.</p>
	§ 133a	<p>Gesundheitsleitsystem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kooperationsvereinbarung zwischen Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116117 auf Antrag der Rettungsleitstelle • Verbindliche Absprache, wer welche Fälle übernimmt, und Abstimmung der Abfragesysteme • Medienbruchfreie Übergabe von Fällen und Daten • Schnittstelle durch KBV zur Verfügung zu stellen 	<p>Vereinheitlichung der Notrufabfrage und Dispositionsvorgaben: Aus Sicht des Zi ist es unbeschadet rechtstechnischer Verantwortungzuweisungen sachlich nachvollziehbar, dass die Vereinheitlichung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen vorangetrieben werden soll, da im KV-System mit SmED bereits ein strukturiertes Ersteinschätzungsverfahren mit standardisierter Dispositionsempfehlung zum Einsatz kommt. Jährlich werden so knapp 3,5 Millionen Ersteinschätzungen durchgeführt.</p> <p>Ohne landeseinheitliche Regelungen resultiert aus der kommunalen Abstimmungsnotwendigkeit der KVen mit den ärztlichen Leitern Rettungsdienst zu den Dispositionsvorgaben zwischen 112 und 116117 ein</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsames Qualitätsmanagement der Kooperationspartner • Vermittlung von Krankentransporten und medizinischen komplementären Diensten sowie sonstigen komplementären Diensten für vulnerable Gruppe oder krisenhafte Situationen • Bericht KBV zu Entwicklung der Gesundheitsleitsysteme 	<p>erheblicher koordinativer Aufwand für die KVen, der dem Wunsch des Gesetzgebers nach einem vergleichbaren Leistungsangebot entgegensteht. Es muss zudem sichergestellt sein, dass die Einführung standardisierter Notrufabfragesysteme und entsprechende inhaltliche Abstimmungen zwischen den KVen und den Trägern der Rettungsleitstellen lebende Vereinbarungen sind und nicht a priori abschließend definiert werden müssen.</p> <p>Eintreffzeiten: Sachlich nicht nachvollziehbar ist, dass nur für den aufsuchenden Dienst der Kassenärztlichen Vereinigungen verbindliche Eintreffzeiten gemeinsam festzulegen sind. Wir verweisen auf unsere Stellungnahme zu §75 (1b) und regen an, dass jegliche Eintreffzeiten im Sinne einer effizienten Arbeitsteilung verbindlich geregelt werden.</p> <p>Digitale Fallweitergabe: Im Rahmen der Einrichtung gemeinsamer Gesundheitsleitsysteme sieht § 133a Abs. 2 eine digitale Vernetzung der Leitstellen des Rettungsdienstes und der Akutleitstellen über Dienste der Telematikinfrastruktur (TI) vor und verpflichtet zur Nutzung standardisierter Datensätze und Schnittstellen, für die die KBV eine bundeseinheitliche Spezifikation festlegt. Das Zi begrüßt eine verbindliche technische und digitale Vernetzung von 112 und 116117 unter Nutzung der TI und hat hierzu in Projekten bereits Vorarbeiten geleistet. Das betrifft insbesondere die Beteiligung an der Entwicklung des Standards UCRI 2.0 (https://www.feuerwehr-fachjournal.de/universal-control-interface-2/) und das Projekt 116117-Messenger (https://www.zi.de/das-zi/medien/medieninformationen-und-statements/detailansicht/bremerhaven-geht-neue-wege-in-der-notfallversorgung-feuerwehr-als-rettungsdiensttraeger-und-kassenaerztliche-vereinigung-bremen-haben-eine-digitale-schnittstelle-establiert-die-fehlgeleitete-notrufe-automatisch-an-die-richtige-stelle-weiterleitet), welches die Grundlage für eine digitale Fallübergabe auf Basis des TI-Messengers geschaffen hat.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 133b	<p>Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gremium bei GKV-SV, paritätisches Stimmengewicht zwischen GKV-SV und Ländervertretern, nicht stimmberechtigte Vertreter von Spitzenverbänden der Leistungserbringer und Fachverbänden und Fachgesellschaften sowie BMG • Fachliche Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung; bei Nichtzustandekommen Ersatzvornahme BMG • Empfehlungen zur Übermittlung der Daten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung, Rechtsverordnung durch BMG • Spezifikationen für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation unter Beteiligung von KBV, DKG und KIG, Rechtsverordnung durch BMG 	
	§ 133c	<p>Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verpflichtende digitale Notfalldokumentation für alle Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätennachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung 	<p>Eine lückenlose Dokumentation von Akut- und Notfallkontakte kann allen Beteiligten wichtige Hinweise auf Patientenpfade geben. Allerdings bleibt unklar, wie Anrufende ohne Identifikation (keine eGK, keine Authentifizierung, kein Smartphone/ePA-Zugang bspw. via Near Field Communication) eine ePA-Freigabe ermöglichen sollen und wie dies prozesstechnisch abgebildet werden soll.</p> <p>Eine verpflichtende Erfassung der eGK am Telefon erscheint hier nicht geeignet und würde zusätzlich die ohnehin schon knappen Personalressourcen der Akutleitstellen strapazieren. Für die große Mehrheit</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme 	<p>der 116117- und 112-Telefonkontakte bleibt der ePA-Zugriff damit nach heutigem Stand zwar wünschenswert, aber faktisch unmöglich. Der Gesetzentwurf sollte hier konkrete Möglichkeiten benennen.</p>
	§ 133d	Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form durch Datenstelle beim GKV-SV	<p>Die Schaffung einer Datengrundlage zur besseren Transparenz in der Notfallversorgung wird begrüßt. Die Auswertbarkeit der Daten z.B. zur Weiterentwicklung von Gesundheitsleitsystemen bleibt in der gegenwärtigen Regelung jedoch aus oder existiert zumindest nur sehr eingeschränkt.</p> <p>Anpassungsvorschlag: Es wird angeregt, den GKV-SV zu verpflichten, die Daten im Sinne der Datentransparenz jeweils umgehend auch dem Forschungsdatenzentrum nach § 303d SGB V zur Verfügung zu stellen.</p>
	§ 133e	Verpflichtender Anschluss an TI für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung und Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten, Finanzierungsvereinbarung von GKV-SV, PKV-Verband sowie maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene	<p>Es bleibt offen, wie neue Akteure, insbesondere Leitstellen und deren staatliche oder kommunale Träger, konkret und technisch eindeutig in der TI strukturiert eingebunden werden sollen. Die TI kennt bislang ausschließlich Einrichtungen des Gesundheitswesens als Domain-Inhaber; die Rolle von Innenministerien und in deren Hoheitsbereich fallende Leitstellen und Leistungserbringer in der TI ist nicht geregelt. Ohne eine explizite gesetzliche Zuordnung – etwa des Rettungsdienstträgers oder einer Landesbehörde als TI-Teilnehmer – fehlen die Voraussetzungen für eine Adressierung, Berechtigungsvergabe und Nutzung von TIM oder ePA-Funktionen durch Leitstellen.</p> <p>Anpassungsvorschlag: Aus Sicht des Zi braucht es eine klare Festlegung im Gesetz oder in den Folge-Rechtsverordnungen, wie Leitstellen technisch in der TI abgebildet werden und wie Rollen, Rechte und Identitäten verwaltet werden. Sofern es ermöglicht würde, dass auch Träger oder die zuständigen Landesbehörden als übergeordnete Institutionen und nicht die einzelnen Leitstellen selbst an die Telematik-Infrastruktur angeschlossen werden könnten, würde dies dazu</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			beitragen, die Implementierungskosten zu begrenzen und den flächendeckenden Zugang der Leitstellen zur digitalen Infrastruktur nach § 133a und 133c fördern.
	§ 133f	<p>Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finanzierung von Investitionen in digitale Infrastruktur von 2027 bis 2031 aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes • Abwicklung durch GKV-SV, Richtlinie im Benehmen mit den Ländern zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen • Bezeichnete Investitionen können ausschließlich über diesen Weg gefördert werden 	
	§ 133g	Koordinierende Leitstelle: Möglichkeit für Landesbehörden, einer einzelnen Leitstelle überregionale Aufgaben zuzuweisen	
19	§ 140f	Antragsrecht Patientenvertretung	
20	§ 291b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
21	§ 294a	Mitteilungspflicht zu vorrangigen Schadensersatzansprüchen auch für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung	
22	§ 302	Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Datenübermittlungspflicht	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
23	§ 354	Fernzugriff auf ePA durch Leitstellen	
24	§ 370a	Redaktionelle Folgeänderung	
25	§ 377	Redaktionelle Folgeänderung	
26	§ 394	Errichtung eines bundesweiten, öffentlich zugänglichen Katasters automatisierter externer Defibrillatoren (AED), die für die Benutzung durch Laien vorgesehen sind	
			Art. 2: Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
	§ 75	Modifizierte Berichtspflichten der KBV aufgrund der Einführung der Akutleitstellen	
			Art. 3: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
	§ 12b	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	
			Art. 4: Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
	§ 3	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	
			Art. 5: Änderung des Apothekengesetzes
1	§ 12b	Versorgungsvertrag zur Versorgung von Notdienstpraxen in INZ mit Arzneimitteln zwischen Apothekeninhaber, KV und beteiligtem Krankenhaus	
2	§ 20	Pauschaler Zuschuss für Apotheken mit Versorgungsvertrag	
3	§ 25	Ordnungswidrigkeit	
			Art. 6 Änderung der Apothekenbetriebsordnung
1	§ 1a	Notdienstpraxenversorgende Apotheken	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme	
2	§ 3	Vorgaben zum Personal auch für notdienstpraxenversorgende Apotheken		
3	§ 4	Erlaubnis zweiter Offizin mit Lagerräumen am INZ-Standort		
4	§ 23	Dienstbereitschaft notdienstpraxenversorgender Apotheken		
		Art. 7: Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung		
1	§ 12	Folgeänderung zu § 394 SGB V und § 17a Medizinprodukte-Betreiberverordnung		
2	§ 17a	Meldeverpflichtung für Betreiber von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) an das AED-Kataster		
		Art. 8: Änderung des Betäubungsmittelgesetzes		
1	§ 4	Ausnahme von der Erlaubnispflicht für die Ausfuhr und Einfuhr von Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf in angemessenen Mengen		
2	§ 11	Erweiterung der Verordnungsermächtigung auf Regelungen über das Mitführen von Betäubungsmitteln auf Fahrzeugen des Rettungsdienstes im grenzüberschreitenden Verkehr		
		Art. 9: Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung		
1	§ 13	Ausnahme für Durchfuhr einer angemessenen Menge an Betäubungsmitteln als		

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Rettungsdienstbedarf auf dem Fahrzeug eines ausländischen Rettungsdienstes	
2	§ 15	Ausnahme von Ein- und Ausfuhr genehmigung für Zubereitungen der in den Anlagen II und III des BtMG aufgeführten Stoffe auf einem Fahrzeug des Rettungsdienstes in angemessener Menge als Rettungsdienstbedarf	
			Art. 10: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
	§ 19a	Gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe	
			Art. 11: Inkrafttreten
	Ggf. weitere Anmerku ngen		