

Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.

Datum: 04.12.2025

Nr. im Entw.	Vorschrift	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• 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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Zuzahlung 	
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	
4	§ 73	Folgeänderung zu § 60 SGB V	
5	§ 73b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
6	§ 75	<p>Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung • Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge 	<p>Die Neuregelungen erscheinen grundsätzlich nachvollziehbar. Zwecks Implementierung eines funktionierenden Primärarztsystems und einer effektiven Patientensteuerung werden folgende Nachjustierungen angeregt:</p> <p><u>Hausärztliche Steuerungsfunktion innerhalb der Primärversorgung</u></p> <p>Die vorgesehenen Maßnahmen – insbesondere die Einrichtung von INZ, die Stärkung der Akutleitstellen und die digitale Vernetzung – stellen grundsätzlich geeignete Instrumente dar, um die bestehenden Defizite der Notfallversorgung zu adressieren. Der Entwurf erkennt zu Recht an, dass Fehlsteuerungen maßgeblich zur Überlastung der Notaufnahmen beitragen. Dennoch bleibt die hausärztliche Versorgung – die erste und niedrigschwelligste Versorgungsebene – lediglich als ein Akteur der notdienstlichen Versorgung (vgl. § 75 Abs. 1b SGB V-neu) erwähnt. Eine gesetzliche Verankerung der hausärztlichen Steuerungsfunktion innerhalb der Primärversorgung fehlt. Systemisch ist dies jedoch relevant, da Hausärztinnen und Hausärzte die einzige Versorgungsebene mit dauerhafter Patientenkenntnis bilden und damit ebenfalls besonders geeignet sind, Akutfälle sicher zu triagieren. Die hausärztliche Regelversorgung bewältigt schon heute den Großteil der subjektiv dringenden, aber medizinisch nicht notfallrelevanten Fälle. Ohne ausreichende Kapazitäten in der Regelversorgung werden Akutleitstellen und INZ nicht entlastet, sondern zusätzlich belastet. Insofern wäre es wichtig, die ausdrückliche Rolle der hausärztlichen Primärärztinnen und -ärzte gesetzlich als koordinierende Versorgungsebene zu stärken.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p><u>Vermeidung überflüssiger Parallelstrukturen</u></p> <p>Aus Sicht des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes ist die bei den Neuregelungen in § 75 Abs. 1b S. 1 und Abs. 1c SGB V-neu geplante Schaffung von Doppel- bzw. Dreifachstrukturen durch die parallele, durchgängige Bereitstellung digitaler (Telemedizin) und aufsuchender und Vor-Ort-Versorgungsangebote unterschiedlicher Leistungserbringer mehrerer Versorgungsebenen (wie z. B. durch Vertragsärztinnen/-ärzte, KV-Notdienstpraxen, sektorenübergreifende INZ) klar abzulehnen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum neben dem telefonischen und videounterstützten Versorgungsangebot ein aufsuchender Dienst täglich 24 Stunden angeboten werden muss und warum Notdienstpraxen zukünftig teilweise auch zu den normalen Praxisöffnungszeiten zu betreiben sind. Die Öffnungszeiten der Notdienstpraxen sind daher anzupassen. Die Schaffung eines 24/7 aufsuchenden Notdienstes sollte zugunsten einer attraktiveren Vergütung von Hausbesuchen durch die behandelnden Praxen geändert werden. Insbesondere die in der Gesetzesbegründung im Fokus stehende Gruppe von chronisch erkrankten immobilen Patientinnen und Patienten befindet sich regelhaft bereits in hausärztlicher Betreuung, sodass eine aufsuchende Versorgung, sofern erforderlich, eher durch die Praxen organisiert werden sollte. Ferner sollten bedarfsorientiert regionale Besonderheiten berücksichtigt und entsprechend regionale Öffnungszeiten in Erwägung gezogen werden, statt eine durchgehende Verpflichtung der KVen (und Vertragsärztinnen/Vertragsärzte) insbesondere für einen aufsuchenden Dienst 24/7 nach § 75 Abs. 1b S. 5 Nr. 3 SGB V-neu einzuführen.</p> <p><u>Unabhängige und neutrale Instanz für die Patientensteuerung</u></p> <p>Aus Sicht des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes sollte die digitale und telefonische Versorgungssteuerung im Rahmen der Akut- und Notfallversorgung absolut neutral agieren und nicht von berufsständischen Interessen geleitet werden. Dadurch wären eine patientenorientierte Steuerung, eine sektorenübergreifende/sektorenverbindende Perspektive sowie ein transparenter und ausgeglichener Umgang mit Kollektiv- und Selektivverträgen gewährleistet. Ziel sollte eine faire und evidenzbasierte</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Zuweisung von Versicherten in verschiedene Versorgungspfade sein, verbunden mit transparenten Qualitäts-, Evaluations- und Governance-Strukturen, die nicht politisch und verbandlich beeinflusst sind. Dabei muss eine hohe Flexibilität und Innovationsfähigkeit, etwa bei digitalen Steuerungsmodellen oder KI-gestützten Zuweisungen, gewährleistet und regionale Heterogenität reduziert werden.</p> <p>Um die oben beschriebene effiziente und neutrale Patientensteuerung zu gewährleisten, ist deshalb zu hinterfragen, ob das KV-System als alleiniger Träger dieser Aufgabe beibehalten werden kann bzw. ob die 116 117 dauerhaft in der Hoheit eines einzelnen Partners der gemeinsamen Selbstverwaltung liegen kann?</p> <p><u>HZV-Kennzeichnungspflicht zur effizienten Patientensteuerung</u></p> <p>Weiter wird zur Gewährleistung einer effektiven Patientensteuerung angeregt, die HZV-Teilnahme sowohl auf Patientenseite durch ein HZV-Kennzeichen als Pflichtangabe auf der eGK bzw. beim Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) (§ 291a Abs. 2 SGB V) als auch auf Hausarztseite als Pflichtangabe im Arztregister (Ärzte-ZV) sowie in der Terminvermittlungssoftware (§ 370a SGB V) zu vermerken. Aktuell sieht die gesetzliche Formulierung vor, dass die elektronische Gesundheitskarte Angaben wie die Teilnahme an HZV-Verträgen enthalten „kann“. Um Brüche in der Versorgung zu vermeiden und Versicherte in den für sie korrekten Versorgungspfad zu steuern, ist es unerlässlich, die HZV-Teilnahme inkl. der zuständigen HZV-Praxis als auf der eGK verpflichtend zu speichernde Angabe unter § 291a Abs.2 SGB V aufzuführen. Bei Versicherten, die sich verbindlich in die Hausarztzentrierte Versorgung eingeschrieben haben, ist zu gewährleisten, dass diese in Zusammenhang mit der Akutversorgung und Terminsteuerung – dort wo es medizinisch und organisatorisch sinnvoll ist – an ihre bereits bekannte HZV-Praxis gesteuert werden, um die Kontinuität der Versorgung sicherzustellen.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p><u>Klare Definitionen</u></p> <p>Zudem sollte bei der Neuregelung nach § 75 Abs. 1b S. 2 SGB V-neu eindeutig klargestellt werden, was genau unter dem Begriff „notdienstliche Akutversorgung“ zu verstehen ist, welcher Leistungsumfang darunter subsumiert werden kann, welcher Leistungsbestandteil durch nichtärztliches Personal erfolgen kann und wie sich der Begriff zu dem Begriff „Notdienst“ nach § 75 Abs. 1b S. 5 und § 87 Abs. 2a S. 21 Nr. 1 SGB V-neu verhält. Eine eindeutige Abgrenzung ist auch zu dem Begriff „Notfall“ nach § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V, § 87 Abs. 2a S. 21 Nr. 1 und § 123c Abs. 1 S. 1 SGB V-neu erforderlich. Die Ausführungen in der Gesetzesbegründung zu § 75, § 87 und § 123c SGB V-neu sind zum Teil unklar, unvollständig und ergänzungsbedürftig. Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten sind klare Definitionen mit Blick auf die korrekte Leistungserbringung und Abrechnung unerlässlich.</p> <p><u>Überprüfung des Verweises</u></p> <p>In Bezug auf die Delegationsmöglichkeiten in § 75 Abs. 1b S. 7 SGB V-neu bitten wir um Überprüfung, warum hier nur auf S. 5 Nr. 3 (den aufsuchenden Dienst) verwiesen wird und nicht z. B. auf S. 5 Nr. 2 (die digitale Versorgung). Sinnvoll wäre es, auch im Rahmen der digitalen Versorgung, zumindest die Möglichkeit der Delegation vorzusehen, um auch hier schonend mit den begrenzten ärztlichen Ressourcen umzugehen.</p> <p><u>Transparentes Rangverhältnis</u></p> <p>Die Neuregelungen in § 75 Abs. 1b und c SGB V-neu sollten verbindlichere Rangverhältnisse unmittelbar im Gesetzeswortlaut abbilden, um eine effiziente Steuerung der Hilfesuchenden zu den zuständigen Leistungserbringern der unterschiedlichen Versorgungsebenen u. a. im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung zu gewährleisten. Unklar bleibt weiterhin eine effiziente Lenkung der Hilfesuchenden zu den Leistungserbringern der verschiedenen Versorgungsebenen. Größtenteils ergibt sich lediglich aus der Gesetzesbegründung – und dort auch nur ansatzweise, verstreut und lückenhaft – ein „Rangverhältnis“, welches zur Klarstellung und aus</p>

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Transparenzgründen unmittelbar und an einer Stelle im Gesetzeswortlaut umfassend dargestellt werden sollte.
7	§ 76	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
8	§ 87	Auftrag an erweiterten Bewertungsausschuss: EBM für komplexe Fälle in INZ	<p>In Bezug auf § 87 Abs. 2a S. 21 SGB V-neu wird gefordert, dass der (ergänzte) Bewertungsausschuss neue und/oder angepasste Leistungs- und Gebührenpositionen im EBM für <u>alle</u> in Betracht kommenden Leistungen im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung beschließt, wie z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • zur Vergütung der strukturierten ambulanten Ersteinschätzung • zur telemedizinischen ärztlichen Beratung • zur aufsuchenden Versorgung • zur ärztlichen Einbeziehung in Fällen, in denen das nicht-ärztliche medizinische Personal zu einer abschließenden Ersteinschätzung nicht in der Lage ist, sowie • zur Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung. <p>Zudem müssen die im geltenden EBM bereits vorgesehenen Zuschläge zu Notfallpauschalen weiterentwickelt werden.</p> <p>Vertragsärztinnen/Vertragsärzte werden aufgrund des erweiterten Sicherstellungsauftrages auch in einem erweiterten Leistungsumfang tätig, der angemessen vergütet werden muss, um die Attraktivität dieses besonderen Versorgungsbereiches (außerhalb der Praxen + regelhaft außerhalb der üblichen Arbeitszeiten) zu gewährleisten und ausreichend Personalressourcen zu generieren.</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	

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
12	§ 92	Klarstellung, dass Richtlinie des G-BA nicht den Notfalltransport umfasst	
13	§ 105	Finanzierung der notdienstlichen Strukturen der KVen durch gemeinsam von KV und Krankenkassen zusätzlich zur Verfügung gestellten Betrag, Beitrag der PKV i.H.v. 7 %	<p><u>Hälfte Finanzierung</u></p> <p>Die geplante Regelung in § 105 Abs. 1b S.1 SGB V-neu zur hälftigen Finanzierung der Strukturen des Notdienstes durch die KVen wird abgelehnt. Während die hälftige Finanzierung der Fördermittel für den bisherigen Strukturfonds im Rahmen des Sicherstellungsauftrages nachvollziehbar ist, handelt es sich bei den neu zu schaffenden Strukturen des Notdienstes um neue zusätzliche Strukturen für den Zugang zur Akutversorgung, deren Finanzierung selbstverständlich <u>vollständig</u> aus Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen zu erfolgen hat.</p> <p>Vertragsärztinnen/Vertragsärzte finanzieren die Erweiterung ungerechtfertigterweise größtenteils mit (z. B. durch erhöhte Beitragszahlungen, einbehaltene Strukturpauschalen und Sicherstellungsumlagen der KVen). Laut Referentenentwurf werden bundesweit jährlich rund 140 Millionen Euro von vornherein nicht zur Vergütung der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte zur Verfügung stehen bzw. werden diesen über die Verwaltungskostenumlage entzogen. Zudem werden die Notaufnahmen der Krankenhäuser sowie der Rettungsdienst zulasten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte der ambulanten Regelversorgung entlastet.</p> <p><u>Umfassende, adäquate Vergütung</u></p> <p>Unter Berücksichtigung des § 105 Abs. 1b S. 7 SGB V-neu muss gewährleistet werden, dass eine umfassende und adäquate Vergütung der Leistungen im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung unmittelbar sichergestellt wird. Nach der bereits heute schon bestehenden Regelung in § 87b Abs. 1 S. 3 HS. 1 SGB V erfolgt die Vergütung der Leistungen „im Notfall und im Notdienst“ aus einem vor der Trennung für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Honorarvolumen mit der Maßgabe, dass für diese Leistungen im Verteilungsmaßstab „keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars“ angewandt werden dürfen.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Eine im Referentenentwurf vorgesehene „Minderung“ nach § 105 Abs. 1b S. 7 SGB V-neu ist nicht sachgerecht, da diese Mittel nicht für die Finanzierung der Strukturen im Notdienst bestimmt sind, sondern für die Vergütung der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte. Soweit Mittel im sog. Grundbetrag Bereitschaftsdienst und Notfall nicht verbraucht werden, ist das mit hoher Wahrscheinlichkeit darauf zurückzuführen, dass eine Verlagerung von Leistungen aus dem Notdienst/Notfall in die Regelversorgung erfolgt ist. Eine solche Verlagerung muss zwingend zur Folge haben, dass die Finanzmittel in die Grundbeträge der Regelversorgung (u. a. der Hausärztinnen/Hausärzte) übertragen werden. Dies gilt umso mehr da die verbleibenden Grundbeträge für jene Leistungen, die nicht von der Entbudgetierung betroffen sind, in vielen KV-Regionen ohnehin deutlich unterfinanziert sind.</p> <p>Zudem ist in diesem Zusammenhang zwingend erforderlich, dass der (ergänzte) Bewertungsausschuss neue und/oder angepasste Leistungs- und Gebührenpositionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für <u>alle</u> in Betracht kommenden Leistungen im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung beschließt (siehe unsere Ausführungen zu § 87 SGB V).</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	Integrierte Notfallzentren (INZ) <ul style="list-style-type: none"> Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion 	Die Neuregelungen zu den sektorenübergreifenden Integrierten Notfallzentren (INZ) nach § 123 SGB V-neu werden weiterhin grundsätzlich begrüßt, sollten aber teilweise konkretisiert werden.

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 	<p><u>Verhältnis der verschiedenen Trägerschaften</u></p> <p>Im Gesetzeswortlaut sollte das Verhältnis der verschiedenen, sektorenübergreifenden Trägerschaften innerhalb des INZ konkretisiert werden. Dieses wird in der Gesetzesbegründung nur sehr knapp dargestellt, indem lediglich auf den „kooperativen Charakter“ eines INZ hingewiesen und kurz erwähnt wird, dass die Notaufnahme und Ersteinschätzungsstelle grundsätzlich in der Trägerschaft des zugelassenen Krankenhauses bzw. die Notdienstpraxis in der Trägerschaft der jeweiligen KV verbleiben. Dies ist klärungsbedürftig, weil künftig ein großer Einsatzbereich des Krankenhauses (bzw. Teile des vom Krankenhaus geleiteten INZ) systematisch eher dem „vertragsärztlichen Leistungserbringer der ambulanten Regelversorgung“ zugeordnet werden wird. Denn prioritär soll die KV-Notdienstpraxis im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung zum Einsatz kommen. Insofern wäre auch zu prüfen, ob die Zuordnung des gemeinsamen Tresens in die Organisationhoheit des Krankenhauses strukturell der richtige Weg ist, oder ob dies nicht besser dem ambulanten Bereich (KV) zugeordnet werden sollte.</p> <p><u>Steuerung in das INZ</u></p> <p>Aus Sicht des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes ist die direkte Inanspruchnahme von INZ-Strukturen durch Patientinnen und Patienten klar abzulehnen. Regelhaft sollte dem Besuch eines INZ vielmehr eine telefonische oder digitale verpflichtende Ersteinschätzung vorausgehen, die Patientinnen und Patienten ausschließlich in den dafür erforderlichen Fällen in die INZ leitet (verbindliches Ticket-System). Nur so kann sichergestellt werden, dass INZ-Strukturen auch vonseiten der Patientinnen und Patienten rational in Anspruch genommen werden bzw. dass die Mehrzahl der Anfragen direkt in die reguläre ambulante Versorgung gesteuert werden kann.</p> <p>Angeregt wird überdies eine Klarstellung, zumindest in der Gesetzesbegründung, wonach aus Gründen der Patientensicherheit nach einer bloßen Ersteinschätzung eine Verweisung aus den Räumlichkeiten des INZ heraus für Patientinnen und Patienten nur nach einer separat zu vergütenden tatsächlichen Untersuchung durch eine Ärztin/einen Arzt entweder in der Notdienstpraxis oder Notaufnahme möglich sein soll</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			(Ausnahme: Weiterleitungsmöglichkeit in eine Kooperationspraxis). Diese Ausführungen widersprechen insb. § 75 Abs. 1b S. 7 SGB V-neu, wonach die Ersteinschätzung auch im Wege der Delegation durch nichtärztliches Personal erbracht werden kann. Gerade die Möglichkeit, offensichtliche Bagatellerkrankungen ohne Arztkontakt durch entsprechend qualifiziertes Personal direkt in die ambulante Versorgung zu vermitteln, ist Kernvoraussetzung für eine effiziente Notfall- und Akutversorgung in den 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>Die Neuregelungen zur Einrichtung von INZ sind grundsätzlich positiv zu bewerten, sollten aber teilweise noch konkretisiert oder nachgeschärft werden.</p> <p><u>Regelungskatalog</u></p> <p>In Bezug auf den nicht abschließenden Regelungskatalog in § 123a Abs. 2 SGB V-neu ist vor allem kritisch anzumerken, dass diese zentralen Fragen, wie z. B. Haftungsfragen, den Status oder die konkrete Einbindung der Notdienstpraxen und Kooperationspraxen noch gar nicht beinhaltet und diesbezüglich ggf. separate Anstellungs-, Kooperations- und/oder Mietverträge verhandelt und umgesetzt werden müssen.</p> <p>Darüber hinaus ist die Neuregelung in § 123a Abs. 2 S. 5 SGB V-neu – wie bereits zu § 75 Abs. 1b SGB V-neu ausgeführt – entsprechend anzupassen, da nicht nachvollziehbar ist, warum Notdienstpraxen zukünftig auch teilweise zu den normalen Praxisöffnungszeiten standardmäßig zu öffnen sind.</p> <p><u>Interoperable Schnittstelle</u></p> <p>In Bezug auf § 123a Abs. 2 S. 8 SGB V-neu zur interoperablen Schnittstelle wird gefordert, dass eine HZV-Schnittstelle aufgenommen wird, um einen effektiven Informationsaustausch und eine reibungslose, digitale Fallübergabe an die HZV-Praxis zu gewährleisten.</p> <p><u>Beteiligung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes</u></p> <p>Des Weiteren ist in Bezug auf § 123a Abs. 4 S. 1 SGB V-neu zu der Rahmenvereinbarung zur Zusammenarbeit in INZ zu fordern, dass der Hausärztinnen- und Hausärzteverband – insbesondere wegen § 123a Abs. 4 S. 1 Nr. 5 SGB V-neu – beteiligt wird. Da die Rahmenvereinbarung</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			insbesondere auch die Übergabe zwischen Notdienstpraxen und der Folgeversorgung vorsieht und davon ausgegangen wird, dass die Folgeversorgung in der überwiegenden Zahl der Fälle in hausärztlichen Praxen – in vielen Fällen ggf. im Rahmen der HZV – erfolgen wird, halten wir es für notwendig, bei dieser Rahmenvereinbarung die Spitzenorganisation für die Verträge zur HZV (den Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V.) bei den Verhandlungen zu beteiligen.
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	
	§ 123c	Ersteinschätzung <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>§ 123c SGB V-neu zur Ersteinschätzung beim selbständigen Aufsuchen eines Krankenhauses (ohne INZ) durch Hilfesuchende bei Notfällen nach § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V wirft aus hausärztlicher und versorgungspraktischer Sicht rechtliche und strukturelle Bedenken auf und ist anpassungsbedürftig.</p> <p><u>Eindeutige Definitionen/Begrifflichkeiten</u></p> <p>Notwendig sind eindeutige Definitionen der Begrifflichkeiten (u. a. des Notfalls nach § 76 Abs. 1 S. 2 SGB); diesbezüglich verweisen wir auf unsere Ausführungen zu § 75 SGB V-neu.</p> <p><u>Kopplung</u></p> <p>Die vorgesehene Kopplung der Vergütung ambulanter Notfallleistungen an die vorherige Durchführung einer qualifizierten digitalen Ersteinschätzung (§ 123c Abs. 1, 3 SGB V-neu) führt zu einer unklaren sowie risikobehafteten Rechtslage und stellt die Grundkonzeption der gesamten Notfallreform fundamental infrage. Sie sollte deshalb entsprechend angepasst werden. Die Vergütung auch von Krankenhäusern ohne INZ ist künftig davon abhängig, dass die Ersteinschätzung eine „Unzumutbarkeit“ der Verweisung an ein INZ feststellt. Dies stellt zum einen eine Vergütungsbegrenzung über ein vorgelagertes digitales Verfahren dar. Eine solche Konstruktion greift in die ärztliche Therapiehoheit ein und verschiebt die Verantwortung von der medizinischen Entscheidung auf ein technisches Instrument. Zum anderen steht zu befürchten, dass die Behandlung an einem Krankenhausstandort</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>ohne INZ an diesem Standort verbleiben wird, weil eine Weiterleitung als „unzumutbar“ festgestellt wurde. Damit ginge aber der gewünschte Steuerungsmechanismus im Rahmen der Notfallreform, nämlich die Vorauswahl und Steuerung von Not- und Akutfällen über die 116 117 bzw. die 112 sowie deren ggf. erforderliche Versorgung in entsprechend personell, räumlich und technisch qualifizierten INZ völlig verloren. Aus Sicht der Patientinnen und Patienten würde es dann keinen Unterschied machen, ob das aufgesuchte Krankenhaus über ein INZ verfügt oder nicht.</p> <p><u>Verbindliche digitale Ersteinschätzung</u></p> <p>Der G-BA soll ferner ein verbindliches digitales Ersteinschätzungsinstrument definieren, das u. a. über die Versorgungsebene entscheidet (§ 123c Abs. 2). Damit wird ein zentrales Element der Versorgungssteuerung in ein digitales System ausgelagert – mit unmittelbaren Rechtsfolgen für Vergütung und Zuständigkeit. Ein solcher Eingriff ist angesichts der Heterogenität hausärztlicher Versorgungssituationen komplex. Zu fordern ist, dass der Hausärztinnen- und Hausärzteverband hierbei ins Einvernehmen – zumindest aber ins Benehmen – zu setzen ist, um hausärztliche Interessen und Expertise angemessen einbringen zu können sowie der hausärztlichen Steuerungsfunktion innerhalb der Primärversorgung auch an dieser Stelle ausreichend Rechnung zu tragen (siehe auch unsere Ausführungen zu § 75 SGB V-neu).</p>
18	§ 133	<p>Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nur nach Landesrecht vorgesehene oder beauftragte Leistungserbringer • Vergütungsverträge für Leistungen nach SGB V erforderlich • Transparenzpflicht bezüglich Kalkulationen 	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 SGB V • Schiedseinrichtung bei Nichtzustandekommen • Entsprechende Geltung für Krankentransporte • Übergangsregelung 	
	§ 133a	<p>Gesundheitsleitsystem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kooperationsvereinbarung zwischen Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116117 auf Antrag der Rettungsleitstelle • Verbindliche Absprache, wer welche Fälle übernimmt, und Abstimmung der Abfragesysteme • Medienbruchfreie Übergabe von Fällen und Daten • Schnittstelle durch KBV zur Verfügung zu stellen • Gemeinsames Qualitätsmanagement der Kooperationspartner • Vermittlung von Krankentransporten und medizinischen komplementären Diensten sowie sonstigen komplementären Diensten für vulnerable Gruppe oder krisenhafte Situationen • Bericht KBV zu Entwicklung der Gesundheitsleitsysteme 	<p>Die Neuregelung zu dem Gesundheitsleitsystem ist grundsätzlich zu begrüßen.</p> <p><u>Auf Antrag</u></p> <p>Zu hinterfragen ist, warum lediglich „auf Antrag“ eines Trägers einer Rettungsleitstelle die zuständige KV zur Kooperation nach § 133a Abs. 1 S. 1 verpflichtet ist. Sinnvoller wäre vielmehr eine einheitliche, verbindliche und flächendeckende Kooperation zwischen Rettungsleitstellen und Akutleitstellen nach einheitlichen Standards, von denen ggf. aufgrund von regionalen Besonderheiten in Ausnahmefällen abgewichen werden kann.</p> <p><u>Interoperable Schnittstelle</u></p> <p>In Bezug auf § 133a Abs. 2 S. 8 SGB V-neu zur interoperablen Schnittstelle ist zu fordern, dass eine HZV-Schnittstelle aufgenommen wird, um einen schnellen, unmittelbaren, medienbruchfreien und effektiven Informationsaustausch, ggf. eine vertiefte Abfrage, reibungslose Fallübergabe oder Rücküberweisung an die HZV-Praxis zu gewährleisten.</p>
	§ 133b	Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Gremium bei GKV-SV, paritätisches Stimmgewicht zwischen GKV-SV und Ländervertretern, nicht stimmberechtigte Vertreter von Spitzenverbänden der Leistungserbringer und Fachverbänden und Fachgesellschaften sowie BMG • Fachliche Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung; bei Nichtzustandekommen Ersatzvornahme BMG • Empfehlungen zur Übermittlung der Daten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung, Rechtsverordnung durch BMG • Spezifikationen für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation unter Beteiligung von KBV, DKG und KIG, Rechtsverordnung durch BMG 	
	§ 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 Versorgungskapazitätenachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung • Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme 	<p>In Bezug auf § 133c Abs. 1 SGB V-neu zur digitalen Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung ist es unerlässlich, eine HZV-Schnittstelle aufzunehmen, um einen effektiven Informationsaustausch und eine reibungslose, digitale Fallübergabe an die HZV-Praxis zu gewährleisten. Nur so kann das gesetzgeberische Ziel erreicht werden, dass alle Versorgungsstrukturen, die bei (vermeintlichen) Notfällen tätig werden, Daten technisch so austauschen können, dass sie in dem jeweiligen Empfängersystem sofort nutzbar sind.</p> <p>Vor diesem Hintergrund sind die Ausführungen in der Gesetzesbegründung zu § 133c Abs. 1 auch nicht nachvollziehbar und zu streichen, dass die Vorschrift keine Anwendung auf die Versorgung von Patientinnen/Patienten außerhalb der Notdienststrukturen nach § 75 Abs. 1b S. 5, zum Beispiel durch</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			zugelassene Hausärztinnen und Hausärzte, andere zugelassene Vertragsärztinnen und -ärzte oder in zugelassenen MVZ finden soll.
	§ 133d	Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form durch Datenstelle beim GKV-SV	
	§ 133e	Verpflichtender Anschluss an TI für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung und Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten, Finanzierungsvereinbarung von GKV-SV, PKV-Verband sowie maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene	
	§ 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 	

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 133g	Koordinierende Leitstelle: Möglichkeit für Landesbehörden, einer einzelnen Leitstelle überregionale Aufgaben zuzuweisen	
19	§ 140f	Antragsrecht Patientenvertretung	
20	§ 291b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
21	§ 294a	Mitteilungspflicht zu vorrangigen Schadensersatzansprüchen auch für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung	
22	§ 302	Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Datenübermittlungspflicht	
23	§ 354	Fernzugriff auf ePA durch Leitstellen	
24	§ 370a	Redaktionelle Folgeänderung	
25	§ 377	Redaktionelle Folgeänderung	
26	§ 394	Errichtung eines bundesweiten, öffentlich zugänglichen Katasters automatisierter externer Defibrillatoren (AED), die für die Benutzung durch Laien vorgesehen sind	
			Art. 2: Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
	§ 75	Modifizierte Berichtspflichten der KBV aufgrund der Einführung der Akutleitstellen	
			Art. 3: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
	§ 12b	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	
			Art. 4: Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
	§ 3	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 5: Änderung des Apothekengesetzes
1	§ 12b	Versorgungsvertrag zur Versorgung von Notdienstpraxen in INZ mit Arzneimitteln zwischen Apothekeninhaber, KV und beteiligtem Krankenhaus	Es ist nicht nachvollziehbar, warum an dieser Stelle komplizierte juristische Konstrukte und Vereinbarungen geschaffen werden, um die Rechtsfiktion einer Abgabe von Medikamenten durch eine öffentliche Apotheke zu erhalten, während gleichzeitig die berufsrechtlichen Handlungsmöglichkeiten der Apotheker zulasten anderer Berufsgruppen deutlich erweitert werden. Einfacher und juristisch sauberer wäre eine Regelung, die es z. B. den Betreibern von Notdienstpraxen und INZ ermöglicht, eine fest definierte Zahl an Medikamenten in der Notfall- und Akutversorgung (bspw. festgelegt durch eine Expertengruppe der Selbstverwaltung) direkt abzugeben und hierfür auch die volle Verantwortung zu übernehmen. Angesichts des fortschreitenden Rückgangs von Vor-Ort-Apotheken in der Fläche steht zu befürchten, dass ansonsten in immer mehr Regionen keine Apotheken als Kooperationspartner zur Verfügung stehen. Die direkte Abgabe von Medikamenten durch die INZ kann hier eine dringend benötigte Entlastung für die verbleibenden Apotheken bieten.
2	§ 20	Pauschaler Zuschuss für Apotheken mit Versorgungsvertrag	
3	§ 25	Ordnungswidrigkeit	
			Art. 6 Änderung der Apothekenbetriebsordnung
1	§ 1a	Notdienstpraxenversorgende Apotheken	
2	§ 3	Vorgaben zum Personal auch für notdienstpraxenversorgende Apotheken	
3	§ 4	Erlaubnis zweiter Offizin mit Lagerräumen am INZ-Standort	
4	§ 23	Dienstbereitschaft notdienstpraxenversorgender Apotheken	
			Art. 7: Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
1	§ 12	Folgeänderung zu § 394 SGB V und § 17a Medizinprodukte-Betreiberverordnung	
2	§ 17a	Meldeverpflichtung für Betreiber von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) an das AED-Kataster	
			Art. 8: Änderung des Betäubungsmittelgesetzes
1	§ 4	Ausnahme von der Erlaubnispflicht für die Ausfuhr und Einfuhr von Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf in angemessenen Mengen	
2	§ 11	Erweiterung der Verordnungsermächtigung auf Regelungen über das Mitführen von Betäubungsmitteln auf Fahrzeugen des Rettungsdienstes im grenzüberschreitenden Verkehr	
			Art. 9: Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung
1	§ 13	Ausnahme für Durchfuhr einer angemessenen Menge an Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf auf dem Fahrzeug eines ausländischen Rettungsdienstes	
2	§ 15	Ausnahme von Ein- und Ausfuhrgenehmigung 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

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 19a	Gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe	<p>Die Neuregelungen in § 19a Ärzte-ZV-neu, wonach die offenen Sprechstunden innerhalb einer Arztgruppe in einem Planungsbereich die Bedürfnisse einer ausreichenden Versorgung in Akutfällen berücksichtigen sollen, sind abzulehnen. Danach sollen im Bundesmantelvertrag entsprechende Regelungen zur Umsetzung einer möglichst gleichmäßigen zeitlichen Verteilung der Sprechstunden getroffen werden.</p> <p>Mit diesen Neuregelungen sind erhebliche Eingriffe in die Freiberuflichkeit und Organisationshoheit der Ärztinnen/Ärzte verbunden (z. B. veränderte Arbeitszeiten, neue Dienstpläne).</p> <p>Unklar bleibt auch, wie und mit welchen Mitteln eine diesbezügliche Koordination durch die KV erfolgen soll. Unbeschadet der Ablehnung der beabsichtigten Neuregelungen in § 19a Ärzte-ZV-neu, ist der Vollständigkeit halber darauf hinzuweisen, dass sich auch nicht die Notwendigkeit derartiger Regelungen nachvollziehen ließe, wenn gleichzeitig eine 24/7 telemedizinische und aufsuchende notdienstliche Akutversorgung ohnehin bereitgestellt werden soll.</p>
			Art. 11: Inkrafttreten
	Ggf. weitere Anmerkungen		<p><u>Poolärztinnen/-ärzte</u></p> <p>Darüber hinaus sollte eine eindeutige Ausnahmeregelung zu der Sozialversicherungspflicht von Poolärztinnen/-ärzten im Zusammenhang mit § 75 Abs. 1b S. 11, 12 SGB V-neu erfolgen, dass in Anlehnung an die Ausnahmeregelung des § 23c Abs. 2 SGB IV für die nebenberufliche Tätigkeit von Nichtvertragsärztinnen und -ärzten, die freiwillig im Rahmen des Notdienstes der KVen außerhalb des Rettungsdienstes tätig werden, ebenfalls eine entsprechende Ausnahme von der Sozialversicherungspflicht vorgesehen wird.</p>