

# **Stellungnahme zur Notfallreform**

**Name des Verbandes:** Deutscher Caritasverband (DCV) und Katholischer Krankenhausverband Deutschland (KKVD)

**Datum:** 04.12.2025

## **Vorwort**

Überfüllte Notaufnahmen, fehlende Patientensteuerung, unklare Zuständigkeiten und eine seit Jahren unzureichende Refinanzierung der ambulanten Notfallversorgung prägen die Realität vieler Kliniken, mit erheblichen Auswirkungen auf Patientensicherheit, Arbeitsbelastung und Versorgungsqualität. Unser Ziel ist es, konstruktiv aufzuzeigen, welche Weichenstellungen notwendig sind, damit die geplante Notfallreform nicht im Ansatz stecken bleibt, sondern eine wirkliche Verbesserung für Patienten schafft. Aus unserer Sicht sind insbesondere die folgenden drei Punkte für das Gelingen der Reform entscheidend:

### **1. Verlässliche Patientensteuerung als Grundbedingung**

Eine funktionierende Patientensteuerung ist die Basis dieser Reform. Deshalb sollten die Akutleitstellen von den Terminservicestellen auch aufgrund ihrer unterschiedlichen Funktionen klar voneinander getrennt werden. Gleichzeitig müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen ihrem Sicherstellungsauftrag endlich vollumfänglich nachkommen: Es braucht ein breites, verlässliches vertragsärztliches Versorgungsangebot, ausreichend kurzfristige Behandlungskapazitäten, flexible Versorgungsformen sowie einen massiven Ausbau von Terminbereitstellung und Besuchsdiensten. Ohne diese Leistungsfähigkeit der Regelversorgung wird der Druck auf die Notaufnahmen nicht sinken und INZ könnten ihre Steuerungsfunktion nicht erfüllen.

### **2. INZ benötigen realistische Strukturen, klare Zuständigkeiten und tragfähige, regionale Kooperationen**

Die bisherige Erfahrung zeigt, dass jahrelange Anläufe für enge KV-Klinik-Kooperationen häufig gescheitert sind. Damit das Konzept der INZ funktioniert, braucht es eindeutige, praktikable Strukturen innerhalb des INZ sowie flexible Kooperationsmodelle, die den regional sehr unterschiedlichen Gegebenheiten Rechnung tragen. Gleichzeitig dürfen Standorte ohne INZ-Zuweisung nicht aus der ambulanten Notfallversorgung ausgeschlossen werden, sie bleiben unverzichtbar für die Versorgung von Hilfesuchenden. Die Festlegung der INZ-Standorte muss zwingend in der Planungsverantwortung der Länder liegen, auf Basis geeigneter, transparenter Kriterien. Dabei benötigen Länder angemessene Spielräume für ländliche wie urbane Räume, um realistische und versorgungssichere Lösungen vor Ort schaffen zu können.

### 3. Auskömmliche Finanzierung und Investitionsmittel gewährleisten

Ohne eine verlässliche, strukturell angemessene Finanzierung wird die Notfallreform nicht umsetzbar sein. Die Behandlung ambulanter Notfälle durch das Krankenhaus muss endlich auskömmlich vergütet werden, insbesondere angesichts des deutlich erhöhten Kostenaufwands in den Notaufnahmen. Für den Betrieb eines INZ braucht es eine echte Vorhaltefinanzierung: ein separates INZ-Budget, mit dem laufende Betriebskosten für Personal, Infrastruktur und medizinische Ausstattung zuverlässig gedeckt werden. Darüber hinaus sind fortlaufend Investitionsmittel erforderlich, nicht nur für Errichtung und Ausbau, sondern auch für die langfristige Sicherstellung der Funktionsfähigkeit der Standorte. Ein weiterer zentraler Punkt: Die digitale Fallübergabe und Interoperabilität an allen relevanten Schnittstellen muss technisch gewährleistet sein und der erhebliche Aufwand hierfür muss refinanziert werden. Nur so kann eine sektorenübergreifende Versorgung nahtlos erfolgen.

Die geplante Notfallreform enthält darüber hinaus Ansätze, die einen wichtigen Beitrag zur Resilienz und Krisentüchtigkeit des Gesundheitssystems leisten können, etwa eine zielgerichtete Patientensteuerung, klare Zuständigkeiten, eine verbesserte Kapazitätsplanung sowie die Stärkung zentraler Leitstellen. Diese Elemente sind geeignet, in außergewöhnlichen Belastungslagen wie Pandemie-, Katastrophen- oder Krisenszenarien die Steuerungsfähigkeit des Systems zu erhöhen. Allerdings bleibt offen, wie diese Strukturen verlässlich in bestehende Krisenmechanismen eingebettet, wie ihre Funktionsfähigkeit im Ernstfall gewährleistet und wie zusätzliche Ressourcen für Kapazitätsausweitungen bereitgestellt werden sollen. Für echte Krisenfestigkeit braucht es verbindliche Vorgaben für Redundanzen, klare Kommunikationsketten, eine belastbare digitale Infrastruktur und eine auskömmliche Finanzierung, die auch außergewöhnliche Lagen abdeckt. Vor diesem Hintergrund ist auch das in Planung befindliche Gesundheitssicherstellungsgesetz (GeSiG) relevant, das wesentliche Weichen für eine belastbare und koordinierte Gesundheitsversorgung in Krisenzeiten stellen soll.

Im Einzelnen nehmen wir zu dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung wie folgt Stellung:

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<b>Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b>
1	§ 27	Folgeänderung zu § 30 SGB V	
2	§ 30	Einführung eines Anspruchs auf medizinische Notfallrettung <ul style="list-style-type: none"><li>Voraussetzung: Definition rettungsdienstlicher Notfall</li><li>Leistungsbestandteile: Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung und Notfalltransport</li></ul>	<b>Zu § 30 Abs. 5 Satz 1:</b> Wir begrüßen, dass der Rettungsdienst künftig die Möglichkeit erhält, die Patienten direkt in die „nächste geeignete Versorgungseinrichtung“ zu bringen, sofern diese in der Lage sind, rettungsdienstlich behandelte Notfälle adäquat zu behandeln. Wenn ambulante Strukturen jedoch nur in der Begründung erwähnt werden, besteht das Risiko, dass Rettungsdienste aus rechtlicher Vorsicht weiterhin vorrangig Krankenhäuser anfahren, selbst

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Notfallmedizinische Versorgung vor Ort und während des Transports durch nichtärztliches Fachpersonal und bei medizinischer Notwendigkeit durch Notärzte</li> <li>• Notfalltransport in nächste geeignete Einrichtung und medizinisch zwingende Verlegungen</li> <li>• Zuzahlung</li> </ul>	<p>wenn eine ambulante Versorgung ausreichen würde. Um Fehlinterpretationen und haftungsrechtliche Unsicherheiten zu verhindern, sollte daher die Klarstellung in der Begründung zwingend in den Gesetzestext übernommen werden.</p> <p><u>Änderung § 30 Abs. 5 wie folgt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neuen Satz (aus der Begründung) einfügen nach Satz 1:  <b>„Geeignete Einrichtungen sind regelmäßig Krankenhäuser, können im Einzelfall jedoch auch andere Gesundheitseinrichtungen – wie zum Beispiel vertragsärztliche Praxen – sein, soweit diese rettungsdienstliche Notfälle behandeln können.“</b></li> </ul> <p><b>Zu § 30 Absatz 6</b></p> <p>Die Zuzahlung zu einer notfallmedizinischen Versorgung nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 wird abgelehnt, da es sich bei der notfallmedizinischen Versorgung um eine medizinische Grundversorgung handelt, die auch weiterhin zuzahlungsfrei bleiben muss. Dies erst recht vor dem Hintergrund, dass es sich um Gesundheitssituationen handelt, in der sich der Versicherte in unmittelbarer Lebensgefahr oder in einer lebensbedrohlichen Gesundheitssituation befindet.</p>
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	<p><b>Zu § 60 Abs. 2 Satz 1 Nummer 2 a):</b></p> <p>Wir begrüßen, dass Verlegungsfahrten sowohl aus zwingenden medizinischen Gründen als auch im Rahmen von Kapazitätssteuerungen berücksichtigt werden. Mit der Krankenhausreform, die eine stärkere Spezialisierung und Konzentration von Leistungen an den Klinikstandorten vorsieht, ist absehbar, dass die Zahl der Verlegungen und Transporte künftig deutlich zunehmen wird. Damit diese zusätzlichen Transportaufkommen bewältigt werden können, muss der Ausbau der</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Rettungsdienstkapazitäten zwingend mitgedacht werden. Dazu gehören insbesondere ausreichend qualifiziertes Rettungspersonal als auch eine bedarfsgerechte Ausstattung mit Rettungsmitteln.</p> <p><b>Zu § 60 Abs. 2 Satz 1 Nummer 2 b):</b>  Neben den Transporten im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a sollten auch die Fahrten im Zusammenhang mit der Übergangspflege nach § 39e berücksichtigt und entsprechend aufgenommen werden.</p> <p><u>Änderung § 60 Abs. 2 Satz 1 Nummer 2 b) wie folgt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In Punkt 2 b) nach der Angabe „nach § 39 Absatz 1a“ die Angabe „oder nach § 39e“ einfügen.</li> </ul> <p><b>Zu § 60 Abs. 2 Satz 1 Nummer 2 c):</b>  In Zukunft sollen vor allem die sektorenübergreifenden Versorger die wohnortnahe Versorgung sicherstellen. Daher ist die Aufnahme dieser Versorger in die entsprechenden Regelungen besonders wichtig.</p> <p><u>Änderung § 60 Abs. 2 Satz 1 Nummer 2 c) wie folgt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In Punkt 2 c) nach der Angabe „wohnortnahes Krankenhaus“ die Angabe „oder bei einer Verlegung in einen sektorenübergreifenden Versorger gemäß § 115g SGB V“ einfügen.</li> </ul> <p><b>Zu § 60 Abs. 2 Satz 1 Nummer 3 b):</b>  Es muss ausdrücklich geregelt werden, dass auch die erforderlichen Fahrten zu den Vor- und Nachbehandlungen bei einer ambulanten Operation im Krankenhaus übernommen werden.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p><u>Änderung § 60 Abs. 2 Satz 1 Nummer 3 b) wie folgt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „b) einer ambulanten Operation im Krankenhaus nach § 115b <b>einschließlich der hierzu erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen</b>“</li> </ul> <p><b>Zu § 60 Abs. 2 Satz 1 Nummer 3 d) (neu):</b> Die Fahrten zu einer Hybrid-Leistung einschließlich der hierzu erforderlichen Nachbehandlungen im Krankenhaus sollten auch übernommen werden.</p> <p><u>Änderung § 60 Abs. 2 Satz 1 Nummer 3 d) (neu) wie folgt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „d) einer <b>Hybrid-Leistung nach § 115f einschließlich der hierzu erforderlichen Nachbehandlungen</b>“</li> </ul> <p><b>Zu § 60:</b> Es ist weiterhin nicht geregelt, wie der Abtransport von Patienten nach ambulanten Notfallbehandlungen organisiert werden soll, die zuvor durch den Rettungsdienst in die Klinik eingeliefert wurden. Für „einfache“ Entlassungen nach Hause – also ohne medizinische Transportbegleitung – stehen insbesondere in den Nachtstunden häufig keine geeigneten Transportmöglichkeiten zur Verfügung. Die Vorgaben nach § 60 Abs. 4 schließen eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen in solchen Fällen aus, da die Krankenkassen die Leistung vorher genehmigen müssen. Dadurch entsteht in der Praxis ein erheblicher Versorgungseingpass: Aus Mangel an Alternativen muss entweder auf den kostenintensiven Rettungsdienst zurückgegriffen werden, oder es kommt zu medizinisch nicht gerechtfertigten stationären Aufnahmen. Bei nicht gehfähigen, unzureichend bekleideten, gebrechlichen oder mittellosen Patienten ist zudem ein Verweis z. B. auf öffentliche Verkehrsmittel oder ein Taxi nicht möglich. Damit besteht eine Versorgungslücke, die dringend geschlossen werden muss, um eine sichere</p>

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			und bedarfsgerechte Entlassung aus der ambulanten Notfallbehandlung zu gewährleisten.
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"> <li>• Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung</li> <li>• Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge</li> </ul>	<p><b>Forderung: Klare Trennung von Terminservicestelle und Akutleitstelle</b></p> <p>Wir plädieren für eine klare funktionale Trennung der 116117 als Terminservicestelle und einer eigenen Rufnummer für die Akutleitstelle.</p> <p>Beides zusammen führt aus unserer Sicht zu Missverständnissen in der Bevölkerung. Unterschiedliche Aufgaben, Erreichbarkeiten und Prioritäten können unter einer einzigen Rufnummer weder verständlich kommuniziert noch zuverlässig vermittelt werden.</p> <p>Die 116117 sollte deshalb weiterhin das bleiben, was sie ist: Sie bleibt als Terminservicestelle bestehen und ist für planbare Anliegen außerhalb von Notfällen zuständig. Zudem ist die 116117 in der Bevölkerung immer noch nahezu unbekannt und müsste erstmal stark beworben werden.</p> <p>Die Akutleitstelle dagegen benötigt eine eigene, kurze, einprägsame Notfallnummer, die rund um die Uhr erreichbar ist.</p> <p>Durch die Trennung beider Sachverhalte (Akuthilfe und Terminvermittlung) erhöht sich die Akzeptanz in der Bevölkerung. Der Patientenpfad ist von vorneherein klar.</p> <p><b>Zu § 75 Abs. 1a Satz 2:</b></p> <p>Die Terminservicestellen sollten (weiterhin) Bürgern zur Verfügung stehen, die Terminwünsche außerhalb von Notfällen haben.</p> <p><u>Änderung § 75 Abs. 1a Satz 2 wie folgt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Hierzu informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich</li> </ul>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) und richten Terminservicestellen ein, die jeweils von Montag bis Samstag unter einer bundesweit einheitlichen Rufnummer und 24 Stunden täglich durch digitale Angebote <b>für (planbare) Terminvermittlungen in die vertragsärztliche Versorgung</b> erreichbar sein müssen; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden.“</p> <p><u>Änderung § 75 Abs. 1a Satz 18 (neu) wie folgt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben <b>sicherzustellen, dass Integrierte Notfallzentren und Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche Behandlungstermine bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern in den in Satz 4 Nummer 2 genannten Fällen vermitteln können.</b></li> </ul> <p><b>Zu § 75 Abs. 1a Satz 18 (neu):</b></p> <p>Diese gesetzliche Vorgabe suggeriert, INZ könnten zuverlässig Termine für ambulant weiterführende Behandlungen vermitteln. In der Versorgungspraxis ist das unrealistisch, denn viele Hausärzte sind über Monate voll, zahlreiche Fachärzte haben lange Wartezeiten (Dermatologie, Psychiatrie, Kardiologie, Orthopädie), regionale Versorgungsengpässe bestehen besonders in ländlichen Gebieten und Kinderarztpraxen.</p> <p>Das INZ hat damit keine Chance, eine zeitnahe Versorgung zu vermitteln. Damit verbleiben Patienten im Notfallsystem oder geraten in Versorgungslücken.</p> <p>Die Terminvermittlung durch INZ löst keine strukturellen Engpässe im ambulanten Bereich. Die gesetzliche Vorgabe (KVen haben die Vermittlung</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>von Behandlungsterminen zu ermöglichen) adressiert nicht das Hauptproblem, ob entsprechende Termine überhaupt vorhanden sind. Damit entsteht ein Pseudo-Instrument: INZ haben keine Steuerungsmacht, KVen können nur vermitteln, was verfügbar ist, Patienten erleben enttäuschende Versorgungserfahrungen und Krankenhäuser werden weiterhin belastet, weil ambulante Strukturen fehlen.</p> <p>Die Folge wird sein, dass Patienten mangels vermittelbarer ambulanter Folgetermine erneut (und ohne vorherige Meldung bei der Akutleitstelle) in die Notaufnahme zurückkehren. Damit würden genau jene Entlastungseffekte ausbleiben, die der Gesetzgeber eigentlich erzielen wollte.</p> <p><b>Zu § 75 Abs. 1b:</b></p> <p>Grundsätzlich begrüßen wir, dass die KVen nun den gesetzlichen Auftrag erhalten, 24/7 die vertragsärztliche Akutversorgung sicherzustellen.</p> <p>Bislang gelang es KVen nicht so gut, als Anlaufstelle für ambulante Notfälle von der Bevölkerung wahrgenommen zu werden. Allein im Jahr 2023 wurden rund 12,4 Millionen ambulante Fälle in den Notaufnahmen der Krankenhäuser behandelt (vgl. <a href="#">Statistisches Bundesamt 2024</a>). Ein Grund dafür ist die weitgehend unbekannte Rufnummer des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst. Rund 2/3 aller Versicherten gaben in einer Befragung an, die „116 117“ nicht zu kennen (vgl. <a href="#">DKI 2021</a>, S. 39). Der zweite Grund ist das sichere Gefühl in der Bevölkerung, dass man in einer Notaufnahme auf jeden Fall Hilfe bekommt, denn seit Jahren sind Notdienstpraxen vielfach unterbesetzt oder zeitweise geschlossen, sinkt die Zahl der niedergelassenen Ärzte (besonders in der Fläche) und ist der ärztliche Bereitschaftsdienst vielerorts kaum aufrechtzuerhalten.</p> <p>Zu berücksichtigen ist außerdem, dass sich das Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung differenziert entwickeln wird: Jüngere Patienten werden digitale Zugangswege und Steuerungsangebote vermutlich schneller und selbstverständlich nutzen, während ältere Menschen voraussichtlich</p>



Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>weiterhin den vertrauten Weg direkt in die Notaufnahme wählen. Eine erfolgreiche Patientensteuerung muss daher beide Gruppen erreichen und niedrigschwellige, verlässliche Angebote bereitstellen.</p> <p><b>Zu § 75 Absatz 1c Satz 1:</b>  Die 24 Stunden täglich erreichbare Akutleitstelle muss bei Hilfesuchenden in Notfallsituationen die Ersteinschätzung vornehmen und dann in die richtige Versorgungsebene lenken. Dazu kann auch die Akutleitstelle Termine in die vertragsärztliche Versorgung vermitteln, jedoch rund um die Uhr. Über die (prioritäre) Vermittlung in die vertragsärztliche Versorgung lassen sich dann Kontakte der Hilfesuchenden zu den INZ reduzieren.</p> <p><u>Änderung § 75 Abs. 1c Satz 1 wie folgt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Akutleitstelle sollte unter einer neuen bundesweit einheitlichen Rufnummer telefonisch erreichbar sein.</li> </ul> <p><b>Zu § 75 Abs. 1c Satz 3:</b>  Es ist sicherzustellen, dass die durch die Akutleitstelle erfolgte Ersteinschätzung eines Patienten verpflichtend und in standardisierter digitaler Form an das INZ übermittelt wird, wenn dieser dorthin geleitet wird. Nur so kann im INZ unmittelbar an die vorliegenden Informationen anknüpft, Behandlungsabläufe besser vorbereitet und eine nahtlose, sektorenübergreifende Versorgung gewährleistet werden.</p>
7	§ 76	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
8	§ 87	Auftrag an erweiterten Bewertungsausschuss: EBM für komplexe Fälle in INZ	<p><b>Zu § 87 Abs. 2a Satz 21:</b>  Die vorgesehene differenzierte EBM-Vergütung berücksichtigt nicht die spezifischen Kosten der Krankenhäuser, die weiterhin ambulante Notfälle behandeln müssen, wenn die KV-Notdienstpraxis im INZ geschlossen ist.</p>

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Besonders kritisch sehen wir, dass die Zuschläge für komplexe Notfälle nur in Notaufnahmen mit INZ vorgesehen sind. Kliniken ohne INZ, die nach Ersteinschätzung ebenfalls Patienten versorgen müssen, würden mit dieser Regelung benachteiligt. Das ist nicht zu akzeptieren.</p> <p>Mit dieser Regelung bleiben die Krankenhäuser weiterhin strukturell unterfinanziert, obwohl sie einen Teil der eigentlich vertragsärztlichen Versorgung (die ambulante Notfallversorgung) weiterhin übernehmen ohne jedoch angemessen dafür finanziert werden.</p> <p>Zu unseren Finanzierungsforderungen siehe <u>Ergänzender Handlungsbedarf auf S. 20</u></p>
9	§ 87a	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
10	§ 90	Standortbestimmung für INZ durch erweiterten Landesausschuss	<p><b>Zu § 90 Abs. 4a Satz 1:</b></p> <p>Die Regelung wird abgelehnt.</p> <p>Krankenhausplanung ist originäre Aufgabe der Länder und nicht der KVen und Kassen. Es muss Aufgabe der Länder bleiben, geeignete Krankenhausstandorte für INZ zu bestimmen, um planungsorientierte Versorgungsziele zu erreichen. Die Bestimmung von INZ-Standorten muss zentral mit Blick auf regionale Versorgungsnotwendigkeiten und mit tatsächlicher Kenntnis der Notfallstrukturen vor Ort erfolgen.</p> <p><u>Lösungsvorschlag:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Festlegung der Standorte von Integrierten Notfallzentren nach § 123a Abs. 1 und § 123b Abs. 1 erfolgt durch die zuständige Landesbehörde und nicht das erweiterte Landesgremium nach § 90 Abs. 4a neu. Die Landesbehörde entscheidet unter Berücksichtigung der Krankenhausplanung und der regionalen Versorgungsbedarfe.</li> <li>Sollte die Regelung nicht entsprechend verändert werden, kommentieren wir hilfsweise, wie folgt: Die Entscheidung über die Bestimmung eines INZ-Standortes muss im Einvernehmen mit den zuständigen Landesbehörden erfolgen.</li> </ul>

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p><b>Zu § 90 Abs. 4a Satz 6:</b></p> <p>Die doppelte Stimmgewichtung der Krankenkassen bei Entscheidungen ist sachlich nicht gerechtfertigt. Sie benachteiligt die Krankenhäuser massiv. Das bedeutet in der Konsequenz, dass Krankenhäuser (und auch KVen) nie eine Entscheidung blockieren oder maßgeblich beeinflussen können. Damit können die Kassen jede Entscheidung dominieren, selbst wenn Krankenhäuser und KVen gemeinsam eine andere Position vertreten.</p> <p><u>Änderung § 90 Abs. 4a Satz 6 wie folgt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Angabe „bei der Gewichtung der Stimmen zählen die Stimmen der Vertreter der Krankenkassen doppelt“ ist gestrichen werden.</li> <li>• Nach Satz 6 muss Satz 7 (neu) angefügt werden: „Die zuständigen Landesbehörden erhalten ein Vetorecht bei der Entscheidung über die Standorte im Rahmen ihrer Planungsverantwortung.“</li> </ul>
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 Krankenkassen zusätzlich zur Verfügung gestellten Betrag, Beitrag der PKV i.H.v. 7 %	
14	§ 115e	Folgeänderung zu §§ 30, 60 SGB V	
15	§ 116b	Folgeänderung zu § 90 SGB V	
16	§ 120	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klarstellung zur Vergütung in den Notdienst einbezogener Ärzte aus Gesamtvergütung</li> </ul>	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie (Folgeänderung zu § 123c)</li> </ul>	
17	§ 123	<p>Integrierte Notfallzentren (INZ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion</li> <li>Notaufnahme, Notdienstpraxis, Ersteinschätzungsstelle - optional Kooperationspraxis / statt Notdienstpraxis MVZ oder Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Nähe</li> <li>Ersteinschätzung und Steuerung innerhalb des INZ, gegenseitige Datenübermittlung</li> <li>Versorgungsvertrag mit Apotheken</li> <li>Telemedizinische Anbindung an Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie</li> <li>Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung von INZ</li> </ul>	<p><b>Zu § 123 Abs. 1 Satz 1</b></p> <p>Wir begrüßen diese Regelung der Zusammensetzung und Zusammenarbeit von Krankenhäusern und KVen in den künftigen INZ im Sinne einer effektiven Patientensteuerung bei der notfallmedizinischen Akutversorgung ausdrücklich, denn sie stärkt die Gestaltungsmöglichkeiten der KVen vor Ort und berücksichtigt bestehende ambulante Versorgungsstrukturen.</p> <p><b>§ 123 Absatz 1 Satz 6:</b></p> <p>Wird der ärztliche Notdienst bereits durch niedergelassene Vertragsärzte, MVZ oder ermächtigte Ärzte in unmittelbarer Nähe des Krankenhauses gewährleistet, entfällt die Pflicht, eine zusätzliche KV-Notdienstpraxis einzurichten. Dies vermeidet Doppelstrukturen, entlastet die Vertragsärzte organisatorisch und trägt zu einer effizienteren Nutzung vorhandener ambulant ärztlicher Ressourcen bei.</p> <p><b>Zu § 123 Abs. 1 Satz 7 und 8:</b></p> <p>Wir begrüßen die Einbindung von „Kooperationspraxen“ und die Förderung der Verzahnung (sowohl organisatorisch und technisch) zwischen den Sektoren. Das führt zu einer schnelleren Patientensteuerung, -zuweisung und mehr regionaler Flexibilität.</p> <p><b>Zu § 123 Abs. 2 Satz 1:</b></p> <p>Für bereits durch die Akutleitstelle digital oder telefonisch eingestufte Patienten – denen das INZ ausdrücklich als richtige Versorgungsebene genannt wurde – ist eine erneute Ersteinschätzung zur Festlegung der Versorgungsebene sachlich nicht erforderlich. Das führt zu vermeidbaren Doppelaufwand.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Daher sollte im INZ bei durch die Akutleitstelle eingeschätzten Patienten nur noch eine Behandlungspriorisierung (Triage) erfolgen und keine erneute Festlegung der Versorgungsebene.</p> <p><b>Zu § 123 Abs. 2 Satz 2:</b></p> <p>Wir begrüßen die Klarstellung, dass die Ersteinschätzung ärztlich verantwortet bleibt durch den Bezug auf § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V. Damit ist die Ersteinschätzung rechtlich Teil der ärztlichen Behandlung, auch wenn sie durch anderes qualifiziertes Personal durchgeführt wird (Delegation). Das schafft klare Rechts- und Haftungssicherheit und sorgt für hohe Patientensicherheit. Zudem macht die Einstufung als „Hilfeleistung“ deutlich, dass die Ersteinschätzung bereits eine medizinische Leistung ist und von daher inhaltlich, qualitativ und organisatorisch entsprechend zu behandeln ist.</p> <p>Gleichzeitig muss gewährleistet sein, dass die Ersteinschätzung durch geschulte Mitarbeiter, z. B. mittels „SmED-Kontakt+“, auch ohne ärztlichen Kontakt möglich ist.</p> <p><b>Zu § 123 Abs. 2 Satz 6:</b></p> <p>Wir kritisieren ausdrücklich die gesetzliche Annahme, dass ein INZ zuverlässig ambulante Weiterbehandlungstermine vermitteln kann. Diese Vorgabe ignoriert zentrale Versorgungsrealitäten und erzeugt Erwartungen, die in der Praxis regelmäßig nicht erfüllt werden können.</p> <p>Die Vermittlung eines ambulanten Behandlungstermins setzt voraus, dass bei Vertragsärzten tatsächlich freie Kapazitäten für kurzfristige Weiterbehandlungen bestehen. Genau daran fehlt es jedoch in vielen Regionen strukturell: Haus- und Facharztpraxen haben häufig lange Wartezeiten, sind für neue Patienten nicht verfügbar oder können kurzfristige Termine schlicht nicht anbieten. Dies gilt in besonderem Maße für pädiatrische, psychotherapeutische und fachärztliche Versorgung im ländlichen Raum.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Damit werden INZ in die Situation versetzt, eine Aufgabe erfüllen zu müssen, die sie faktisch nicht leisten können. Die Folge sind wiederholte Vorstellungen in der Notaufnahme, Versorgungslücken, Frustration bei Patienten sowie eine weitere Belastung der Krankenhäuser. Die gesetzliche Verpflichtung schafft damit eine Scheinlösung, die die strukturellen Kapazitätsprobleme im ambulanten Bereich nicht behebt, sondern lediglich in die INZ verlagert.</p> <p><u>Änderung zu § 123 Abs. 2 Satz 6 wie folgt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn nach einer notdienstlichen Akutversorgung im Integrierten Notfallzentrum eine ambulante Weiterbehandlung erforderlich ist, bietet dieses den Patienten die Vermittlung eines Behandlungstermins <b>nur insoweit an, wie die Kassenärztliche Vereinigung hierfür ausreichende und kurzfristige ambulante Kapazitäten bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern gewährleistet.</b></li> </ul> <p><b>Zu § 123 Abs. 4 Satz 1:</b></p> <p>Wir lehnen die gesetzliche Verpflichtung für INZ ab, bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen zwingend telemedizinische oder telefonische Konsile durch pädiatrische Fachärzte zu gewährleisten. Eine solche Verpflichtung ist aus medizinischer, struktureller und organisatorischer Sicht nicht sachgerecht und produziert mehr Probleme, als sie löst.</p> <p>Die Verpflichtung zur Durchführung pädiatrischer Konsile verlagert Spezialdiagnostik in eine Struktur, die dafür nicht vorgesehen, nicht ausgestattet und nicht qualifiziert ist. Ein INZ soll laut Gesetz, die Ersteinschätzung durchführen, die Versorgungsebene festlegen und zu versorgende Notfälle behandeln. Konsile ersetzen keine pädiatrische Expertise vor Ort. Eine verpflichtende telemedizinische Lösung kann daher kein adäquates Versorgungsniveau sicherstellen. INZ-Strukturen geraten durch die Verpflichtung in Überforderung und Haftungsrisiken. Eine</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>verpflichtende Konsil-Einholung bedeutet u.a. zusätzlichen Dokumentationsaufwand, rechtliches Risiko bei Nichterreichbarkeit, Verzögerung bei der Versorgung und mögliche Fehleinschätzung bei kritischen pädiatrischen Symptomen.</p> <p>In vielen Regionen existieren kaum noch niedergelassene Pädiater, sind Kliniken mit pädiatrischer Klinik überlastet und bestehen Engpässe im kinderärztlichen Notdienst. Die gesetzliche Verpflichtung kollidiert mit der realen Versorgungslage und führt zu zusätzlicher Belastung der knappen pädiatrischen Fachärzte. Um die Versorgungslücke bei den Pädiatern zu verringern, sollte die pädiatrische Weiterbildung im Rahmen des § 75a SGB V gefördert werden.</p> <p><u>Änderung zu § 123 Abs. 4 Satz 1 und Satz 2 (neu) wie folgt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>„Integrierte Notfallzentren können bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen telemedizinische oder telefonische Konsile von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin einbeziehen, sofern dies medizinisch erforderlich und organisatorisch leistbar ist. Eine Verpflichtung zur Durchführung solcher Konsile besteht nicht; das INZ konzentriert sich auf Ersteinschätzung und die unmittelbare Versorgung der aufsuchenden Patienten.“</b></li> </ul>
	§ 123a	<p>Einrichtung von INZ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Standortbestimmung nach gesetzlichen Kriterien</li> <li>• Kooperationsvereinbarung, gesetzliche Vorgabe von Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxis, Schiedsregelungen bei Nichtzustandekommen</li> <li>• Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit in INZ durch KBV, DKG und GKV-SV</li> </ul>	<p><b>Zu § 123a Abs. 1 Satz 1:</b></p> <p>Diese Regelung lehnen wir entschieden ab. Es ist weder fachlich noch strukturell nachvollziehbar, warum der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Abs. 4a die Standorte der INZ festlegen soll und damit die zentralste Strukturentscheidung der gesamten Notfallversorgung an ein Gremium delegiert wird, in dem die Krankenkassen über doppelte Stimmgewichte verfügen und die Krankenhäuser systematisch überstimmt werden können.</p> <p>Die Festlegung der INZ-Standorte ist eine kernplanerische Aufgabe, die unmittelbar in die Krankenhauslandschaft eingreift und zwingend in die verfassungsrechtlich verankerte Planungshoheit der Länder fällt. Nur die</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Länder verfügen über die notwendige Gesamtperspektive auf Krankenhausplanung, regionale Versorgungsstrukturen, Erreichbarkeiten, Infrastruktur und Bevölkerungsschutz.</p> <p>Hinzu kommt: Die INZ-Entscheidungen müssen zwingend mit den aktuell anstehenden Reformen im Rettungsdienst harmonisiert werden. Eine von den Ländern entkoppelte Standortplanung durch einen Landesausschuss ohne rettungsdienstliche Zuständigkeit führt unweigerlich zu widersprüchlichen Vorgaben, Parallelstrukturen und Versorgungsbrüchen, zum Nachteil der Patienten.</p> <p><u>Änderung zu § 123a Abs. 1 Satz 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Angabe „Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4“ wird ersetzt durch „Die zuständige Landesbehörde“ (vgl. Kommentierung zu § 90 Absatz 4a)</li> </ul> <p><b>Zu § 123a Abs. 1 Satz 4 und Satz 5:</b></p> <p>Grundlage für eine Entscheidung soll u.a. das Kriterium sein, dass ein INZ in einer Planungsregion für 95 % der Bevölkerung innerhalb von 30 Fahrzeitminuten erreichbar sein muss und der Standort mindestens die Notfallstufe „Basisnotfallversorgung“ erfüllt.</p> <p>Damit entsteht ein Planungsmodell, das in städtischen Gebieten funktioniert, in ländlichen Regionen jedoch nicht. Der Entwurf schafft dadurch de facto eine Zwei-Klassen-Notfallversorgung in Deutschland.</p> <p>Die Vorgabe, Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten für mindestens 95 %, ist in vielen ländlichen und strukturschwachen Regionen realitätsfern. Der Entwurf ignoriert große Entfernungen, geringe Krankenhausdichte, fehlenden öffentlichen Nahverkehr, bergige Regionen, demografische Alterung und medizinische Unterversorgung im ambulanten Bereich.</p> <p>Gerade Regionen mit hoher Altersquote (über 30 %), extrem schlechter ÖPVN-Anbindung und nur 1-2 Krankenhäusern im Umkreis von 70 km blieben ohne INZ. Ohne INZ dürften aber die Notaufnahmen nach diesem</p>



Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Entwurf die eigeninitiativ aufsuchenden Patienten nur eine Ersteinschätzung erhalten und müssten dann – wenn es keiner stationärer Aufnahme bedarf – in die ambulante Schiene oder ein INZ weitergeleitet werden. Vor allem ältere Menschen ohne Auto stellt das vor immense Hürden, sie erreichen die nächste Versorgungsebene vermutlich nicht und blieben unversorgt, wenn sie nicht vor Ort versorgt werden könnten und abgewiesen werden.</p> <p>In Großstädten und dichter besiedelten Regionen erfüllen mehrere Kliniken gleichzeitig die „Basisnotfallversorgung“, das 30-Minuten-Kriterium, die Nähe zu einer KV-Praxis und die ambulante Kooperationsfähigkeit. Damit besteht die reale Gefahr, dass der erweiterte Landesausschuss nur ein einziges INZ pro Planungsregion vorsieht, obwohl die Bevölkerungsdichte eine höhere Anzahl zwingend erfordert.</p> <p><u>Forderungen zu § 123a Abs. 1 Satz 4 und Satz 5:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unabhängig davon, ob ein Krankenhausstandort ein INZ hat oder nicht, müssen Patienten weiterhin akutmedizinisch versorgt werden. Eine Strukturreform darf niemals dazu führen, dass in Notlagen die Behandlung verweigert, verzögert oder eingeschränkt wird, nur weil kein INZ vor Ort eingerichtet wurde. Die Notaufnahmefunktion kleinerer Häuser darf nicht entfallen. Die Ersteinschätzung und Akutversorgung im Notfall muss überall gewährleistet sein und entsprechend refinanziert werden.</li> <li>• In städtischen und hochverdichteten Regionen muss gesetzlich klargestellt werden, dass aufgrund der hohen Bevölkerungszahlen, Fallzahlen und Pendlerströme mehrere INZ-Standorte pro Planungsregion möglich und notwendig sind. Eine künstliche Begrenzung auf ein oder zwei Standorte würde zu Überlastung, langen Wartezeiten und einer Verschlechterung der Patientenversorgung führen.</li> </ul>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p><b>Zu § 123a Abs. 2 Satz 5:</b></p> <p>Die vorgesehene Regelung schreibt Mindestöffnungszeiten für die KV-Notdienstpraxis vor und erlaubt verkürzte Öffnungszeiten nur, wenn die KV dem Krankenhaus nachweist, dass diese bedarfsgerecht sind. Derartige Vereinbarungen sind im Kooperationsvertrag zwischen Krankenhaus und KV zu treffen.</p> <p>Wir sehen hierin vor allem die Gefahr der Aushöhlung des gesamten INZ-Konzepts. Ein INZ funktioniert nur, wenn nach der Ersteinschätzung die Zuordnung erfolgt und dann eine ambulante Weiterleitung in die KV-Praxis möglich ist. Wenn die KV-Praxis häufig geschlossen ist, verliert die digitale Ersteinschätzung ihren Sinn, da „ambulant geeignete“ Patienten trotzdem in der Notaufnahme landen und damit die gesamte Steuerungslogik zusammenbricht. Reduzierte Öffnungszeiten sabotieren aus unserer Sicht die Grundidee der INZ.</p> <p>Zudem: Krankenhäuser müssen Vorhaltekosten stemmen, haben aber keinen Einfluss auf den ambulanten Sektor, aber übernehmen (weiterhin) dessen Aufgaben, wenn die KV-Praxis schließt. Damit geht die einseitige Lastenverteilung (weiter) zu Lasten der Krankenhäuser.</p> <p>Es ist den Patienten auch schlecht vermittelbar, wenn sie, wenn die KV-Praxis geöffnet hat, dort mit ihren leichten Beschwerden behandelt werden, und sobald die Praxis geschlossen ist, mit denselben oder ähnlichen Beschwerden in der Notaufnahme behandelt werden. Das führt zu einer schlechten und intransparenten Patientensteuerung, die am Ende allen schadet.</p>
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	
	§ 123c	<p>Ersteinschätzung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergütung ambulanter Behandlung für Krankenhäuser ohne INZ nur noch nach</li> </ul>	<p><b>Zu § 123c Abs. 2 Satz 3:</b></p> <p>Auch in Notaufnahmen ohne INZ werden sich weiterhin Patienten ohne vorherige Steuerung selbstständig vorstellen. Die gesetzliche Vorgabe,</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<p>Ersteinschätzung, die die Unzumutbarkeit einer Verweisung an INZ festgestellt hat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Richtlinie des G-BA zu Vorgaben für standardisierte digitale Ersteinschätzung</li> <li>• Richtlinie regelt auch Mindestausstattungsanforderungen für Notdienstpraxen</li> <li>• Berichtspflicht G-BA zu Auswirkungen der Ersteinschätzung</li> <li>• EBM für Ersteinschätzung</li> </ul>	<p>diese zu triagieren, ärztlich zu begutachten und im Anschluss an ein INZ weiterzuleiten, ist realitätsfern.</p> <p>Dieses Vorgehen, kombiniert mit der begrenzten Verfügbarkeit der Praxen, der notwendigen Wege und dem Anspruchsverhalten der Patienten erfordern einen unverhältnismäßig großen personellen und zeitlichen Aufwand.</p> <p>Für Notaufnahmen ohne INZ muss es daher wie bisher möglich sein, Patienten ohne Ersteinschätzung unmittelbar zu behandeln und die erbrachten Leistungen regulär abzurechnen. Nur so kann eine effiziente und patientengerechte Versorgung vor Ort gewährleistet werden.</p> <p><b>Zu § 123c Abs. 2 Satz 4 Punkt 2:</b></p> <p>Die Richtlinie soll Vorgaben zur Weiterleitung an ein INZ oder zur Behandlung am Standort machen. Diese Weiterleitungspflicht berücksichtigt aber den Alltag und die Versorgungsrealitäten nicht. Gerade nachts oder in ländlichen Regionen sind Praxen nicht im erforderlichen Umfang verfügbar. Die Wege sind teils lang, Transportmöglichkeiten fehlen. Patienten akzeptieren Weiterleitungen oft nicht. Die Weiterleitung an ein INZ verlangt Prozesse, die vielerorts praktisch nicht umsetzbar sind. Deshalb ist diese Vorgabe zu streichen.</p> <p><u>Änderung § 123c Abs. 2 Satz 4 Punkt 2 wie folgt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Angabe „zur Weiterleitung nach Satz 3 an ein Integriertes Notfallzentrum oder zur Behandlung am Krankenhausort“ muss gestrichen werden.</li> </ul> <p><b>Zu § 123c Abs. 3 Satz 1:</b></p> <p>Grundsätzlich begrüßen wir, dass die Ersteinschätzung künftig als eigenständige zu vergütende Leistung anerkannt wird. Damit wird ein</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>zentraler Bestandteil der Notfallversorgung erstmals angemessen berücksichtigt.</p> <p>Gleichzeitig verursacht die Ersteinschätzung dauerhaft hohe personelle und technische Kosten. Dazu zählen insbesondere qualifiziertes Pflegefachpersonal mit Zusatzqualifikationen, eine ärztliche Rückfallebene, Software-Lizenzen, Schnittstellen zwischen KIS, Rettungsdienst und KV-Systemen, Wartung, die 24/7- Bereitstellung technischer Infrastruktur (Server, Backups) sowie umfassende Anforderungen an die IT-Sicherheit. Diese Kosten müssen vollständig in der Vergütung abgebildet werden.</p> <p>Darüber hinaus tragen die Krankenhäuser die fachliche, datenschutzrechtliche und prozessuale Verantwortung für die Ersteinschätzung. Damit steigt auch das Haftungsrisiko, das ebenfalls angemessen in der Finanzierung berücksichtigt werden muss.</p> <p>Für den Betrieb eines INZ-Standortes reicht jedoch die Vergütung der Ersteinschätzung bei weitem nicht aus. Obwohl der Gesetzgeber eine gemeinsame Verantwortung der Ersteinschätzung von Klinik und KV vorgesehen hat, liegt die tatsächliche Sicherstellung der Akutversorgung faktisch (weiter) bei den Krankenhäusern, insbesondere dann, wenn die KV-Notdienstpraxis nur eingeschränkt geöffnet ist und die „Kooperationspraxen“ in der realen Versorgungssituation kaum freie Termine anbieten können.</p> <p>Die seit Jahren bestehende massive Unterfinanzierung der ambulanten Notfallbehandlung im Krankenhaus führt zu strukturellen Defiziten und muss beendet werden. Die hohen Vorhaltekosten der Notaufnahme sowie die diagnostischen, personellen und technischen Anforderungen eines INZ müssen adäquat in der Finanzierung abgebildet werden.</p> <p><u>Ergänzender Handlungsbedarf:</u></p> <p><b>1. Kostendeckende Vergütung der ambulanten Notfallbehandlung in der Notaufnahme:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die derzeitige Vergütung von rund 35 bis 45 Euro pro ambulanten Notfall deckt die tatsächlichen Kosten der</li> </ul>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Krankenhäuser bei weitem nicht. Allein die reinen Vorhaltekosten für Personal, Infrastruktur, IT und 24/7-Betrieb liegen durchschnittlich bei rund 135 Euro pro Fall (vgl. <a href="#">Schmitz 2024</a>). Sobald Diagnostik, wie CT oder Laborpakete, notwendig wird, steigen die Kosten schnell auf 150 Euro und mehr. Die ambulante Notfallversorgung ist damit strukturell defizitär.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Besonders kritisch ist, dass die Notaufnahme zu den kostenintensivsten Vorhaltestrukturen eines Krankenhauses gehört. Viele Kliniken können diese Verluste heute nicht mehr über stationäre Leistungen quersubventionieren, da durch das KHVVG und sinkende Fallzahlen die finanziellen Spielräume massiv zurückgegangen sind.</li> </ul> <p><b>2. Einführung eines INZ-Budgets:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Betrieb eines INZ verursacht dauerhaft zusätzliche Kosten, etwa für die Patientensteuerung innerhalb des INZ, das Schnittstellenmanagement zwischen KV-Notdienstpraxis, Kooperationspraxen, Apotheken, Rettungsdienst und Akutleitstellen, die Wartung der IT-Systeme, die Integration telemedizinischer Anwendungen, Personalqualifizierungen für das Ersteinschätzungsinstrument sowie für die Bereitstellung bereitschaftsdienstnaher Räumlichkeiten im Krankenhaus.</li> <li>• Neben den laufenden Betriebskosten müssen auch die Anforderungen an die Ausstattung des INZ berücksichtigt und dauerhaft finanziert werden (auch nach der Etablierung und dem Ausbau eines INZ).</li> <li>• Dieses INZ-Budget muss klar von der Vergütung der Ersteinschätzung sowie der stationären und vertragsärztlichen Vergütung getrennt werden.</li> </ul> <p><b>3. Verlässliche Finanzierung der Notfallbehandlung von Patienten ohne oder mit ungeklärtem Versichertenstatus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankenhäuser erbringen täglich Notfallleistungen für Patienten, die keinen oder einen ungeklärten Versichertenstatus haben.</li> </ul>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Diese Fälle führen bundesweit zu erheblichen und stetig steigenden Erlösausfällen, die die Kliniken allein schultern müssen, da sie gesetzlich zur Notfallbehandlung verpflichtet sind. Dies ist weder wirtschaftlich tragbar noch versorgungspolitisch verantwortbar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Daher muss die Notfallbehandlung künftig immer durch die Sozialhilfeträger oder durch einen bundesweiten Notfallfonds (für genau solche Fälle) finanziert werden, unabhängig von Aufenthaltsstatus, Herkunft oder Tageszeit der Behandlung des Patienten.</li> <li>• Es braucht eine Umkehr der Beweislast: Nicht das Krankenhaus, sondern der Sozialhilfeträger muss nachweisen, dass keine Anspruchsgrundlage besteht. Damit wird vermieden, dass Kliniken auf teure Notfallkosten sitzen bleiben, weil sie Unterlagen nicht vorlegen können, die ihnen gar nicht zur Verfügung stehen.</li> </ul>
18	§ 133	<p>Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nur nach Landesrecht vorgesehene oder beauftragte Leistungserbringer</li> <li>• Vergütungsverträge für Leistungen nach SGB V erforderlich</li> <li>• Transparenzpflicht bezüglich Kalkulationen</li> <li>• Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 SGB V</li> <li>• Schiedseinrichtung bei Nichtzustandekommen</li> <li>• Entsprechende Geltung für Krankentransporte</li> </ul>	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Übergangsregelung</li> </ul>	
	§ 133a	<p>Gesundheitsleitsystem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooperationsvereinbarung zwischen Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116117 auf Antrag der Rettungsleitstelle</li> <li>• Verbindliche Absprache, wer welche Fälle übernimmt, und Abstimmung der Abfragesysteme</li> <li>• Medienbruchfreie Übergabe von Fällen und Daten</li> <li>• Schnittstelle durch KBV zur Verfügung zu stellen</li> <li>• Gemeinsames Qualitätsmanagement der Kooperationspartner</li> <li>• Vermittlung von Krankentransporten und medizinischen komplementären Diensten sowie sonstigen komplementären Diensten für vulnerable Gruppe oder krisenhafte Situationen</li> <li>• Bericht KBV zu Entwicklung der Gesundheitsleitsysteme</li> </ul>	<p><b>Zu § 133a Abs. 1 Satz 1:</b></p> <p>Für eine einheitliche, sektorenübergreifende Patientensteuerung ist eine verpflichtende Vernetzung der 112 mit den Akutleitstellen wichtig. Deshalb fordern wir eine verbindliche (statt optionale) Kopplung beider Systeme, mit klaren Schnittstellen und verbindlichen, medienbruchfreien Fallübergaben.</p> <p><u>Änderung § 133a Abs. 1 Satz 1 wie folgt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Träger einer Rettungsleitstelle und die örtlich zuständige Kassenärztliche Vereinigung als Träger der Akutleitstelle sind verpflichtet, eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems zu schließen.</li> </ul> <p><b>Zu § 133a Abs. 4:</b></p> <p>Besonders positiv hervorzuheben ist, dass die Leitstellen nicht nur Krankentransporte, sofern erforderlich, vermitteln sollen, sondern auch medizinisch komplementäre und sonstige komplementäre Dienste für vulnerable Gruppen. Ausweislich der Begründung sind dies notfallpflegerische, notfallpsychiatrische oder notfallpalliative Leistungen, aber auch nicht-medizinische Dienste, wie z.B. Kältebusse für obdachlose Menschen oder psycho-soziale Dienste. Ausdrücklich zu ergänzen in der Begründung sind Krisendienste für Menschen mit suizidalen Gedanken oder akut Suizidgefährdeten, wie z.B. [U25], MANO oder Krisenchat. Der vorliegende Gesetzentwurf kann die Finanzierung dieser Dienste nicht regeln, worauf zu Recht in der Begründung hingewiesen wird. Der Deutsche Caritasverband setzt sich dafür ein, dass das niedrigschwellige anonyme Online-Krisenangebot [U25] für Kinder und junge Menschen im Rahmen des geplanten Suizidpräventionsgesetzes in die Regelfinanzierung überführt</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			wird. Darüber hinaus weisen wir darauf hin, dass es dringlich des Aufbaus eines Akut- und Notfallpflegesystems bedarf, an das sich pflegende Angehörige und pflegebedürftige Menschen in der Häuslichkeit insbesondere am Abend, in der Nacht und am Wochenende wenden können.
	§ 133b	Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gremium bei GKV-SV, paritätisches Stimmgewicht zwischen GKV-SV und Ländervertretern, nicht stimmberechtigte Vertreter von Spitzenverbänden der Leistungserbringer und Fachverbänden und Fachgesellschaften sowie BMG</li> <li>• Fachliche Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung; bei Nichtzustandekommen Ersatzvornahme BMG</li> <li>• Empfehlungen zur Übermittlung der Daten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung, Rechtsverordnung durch BMG</li> <li>• Spezifikationen für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation unter Beteiligung von KBV, DKG und KIG, Rechtsverordnung durch BMG</li> </ul>	
	§ 133c	Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verpflichtende digitale Notfalldokumentation für alle Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung</li> </ul>	Wir bewerten die Einführung der digitalen Notfalldokumentation positiv, da sie einen wichtigen Schritt hin zu einer sektorübergreifend vernetzten Notfall- und Akutversorgung darstellt. Sie schafft erstmals einen durchgängigen Informationsfluss zwischen Rettungsdienst, Krankenhäusern



Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätenachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung</li> <li>• Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme</li> </ul>	und vertragsärztlichen Strukturen und stärkt damit Patientensicherheit und Behandlungsqualität.
	§ 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"> <li>• Finanzierung von Investitionen in digitale Infrastruktur von 2027 bis 2031 aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes</li> <li>• Abwicklung durch GKV-SV, Richtlinie im Benehmen mit den Ländern zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen</li> </ul>	Es ist sehr zu begrüßen, dass die Mittel für die Digitalisierung der standardisierten digitalen Notrufabfrage nach § 30 Absatz 3 Satz 1, des GLS und der dazugehörigen Notfalldokumentation und des Versorgungskapazitätenachweises sowie die digitalen Anwendungen zur Einbindung des Ersthelfersystems aus dem Sondervermögen des SVIKG getragen wird. Der Deutsche Caritasverband und der Katholische Krankenhausverband weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die sozialen Einrichtungen einen großen Nachholbedarf an digitalen Investitionen zur krisenresilienten Gewährleistung ihrer digitalen Erreichbarkeit haben, für welche das Sondervermögen gezielt zu nutzen ist.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Bezeichnete Investitionen können ausschließlich über diesen Weg gefördert werden</li> </ul>	
	§ 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	
			<b>Art. 2: Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b>
	§ 75	Modifizierte Berichtspflichten der KBV aufgrund der Einführung der Akutleitstellen	
			<b>Art. 3: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</b>
	§ 12b	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<b>Art. 4: Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung</b>
	§ 3	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	
			<b>Art. 5: Änderung des Apothekengesetzes</b>
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	
			<b>Art. 6 Änderung der Apothekenbetriebsordnung</b>
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	
			<b>Art. 7: Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung</b>
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	
			<b>Art. 8: Änderung des Betäubungsmittelgesetzes</b>

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
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	
			<b>Art. 9: Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung</b>
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	
			<b>Art. 10: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte</b>
	§ 19a	Gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe	
			<b>Art. 11: Inkrafttreten</b>
	Ggf. weitere	Anschubfinanzierung von Investitionen in die digitale Infrastruktur der Leistungserbringer der Notfallrettung in Höhe von 225 Millionen Euro	Die vorgesehene <b>Anschubfinanzierung von 225 Millionen Euro</b> für die digitale Infrastruktur in der Notfallversorgung ist bei weitem nicht ausreichend.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	Anmerkungen	aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität in den Jahren 2027 bis 2031	<p>Schon heute zeigt sich, dass der Digitalisierungsstand im Rettungsdienst und an den klinischen Schnittstellen bundesweit extrem heterogen ist. Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) hat festgestellt, dass einzelne Regionen bereits hochautomatisierte digitale Prozesse nutzen, während andere Landkreise noch vollständig analog mit Stift und Papier arbeiten (vgl. <a href="#">BSI 2021</a>, S. 24).</p> <p>Dieser massiv divergierende Entwicklungsstand verhindert eine flächendeckende, sichere und effiziente digitale Notfallversorgung. Um regionale Unterschiede zu überwinden, sind erhebliche Investitionen in Infrastruktur, Schnittstellen, IT-Sicherheit, Personalqualifikation und laufenden Betrieb notwendig.</p> <p>Gleichzeitig gilt: Digitalisierung ist kein Einmalprojekt. Auch dort, wo moderne Systeme bereits eingeführt wurden, entstehen erhebliche laufende Kosten, die bisher nicht refinanziert werden. Eine reine Anschubfinanzierung deckt nur die initiale Technologieeinführung ab, aber nicht den langfristigen Betrieb, der ebenfalls einen Großteil der Gesamtkosten ausmacht.</p> <p>Die KHZG-Förderung hat dies eindrücklich gezeigt: Viele Kliniken mussten die Fördermittel bereits während der Implementierungsphase vollständig aufbrauchen, sodass für Wartung, Updates, Support, Lizenzen und IT-Personal keine Mittel mehr zur Verfügung standen (vgl. <a href="#">PwC 2023</a>). Rund 27 Prozent der KHZG-Fördermittel wurden zur Betriebskostendeckung beantragt (vgl. <a href="#">Krankenhaus-IT Journal 6/2023</a>, S. 40). Das ist ein deutliches Zeichen dafür, dass die laufenden Ausgaben ein großer Kostentreiber der Digitalisierung sind.</p> <p><u>Ergänzender Handlungsbedarf:</u></p> <p><b>1. Dauerhafte Finanzierung der IT-Betriebskosten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Digitalisierung ist kein einmaliges Projekt, sondern eine dauerhafte Aufgabe. Die digitale Notfallversorgung verursacht jeden Tag kontinuierliche Kosten. Mit dem Auslaufen der</li> </ul>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Förderprogramme müssen Krankenhäuser die Betriebskosten ihrer digitalen Systeme sehr früh vollständig aus Eigenmitteln tragen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gleichzeitig führt die sektorenübergreifende Digitalisierung dazu, dass in der Notfallversorgung zusätzliche Kosten pro behandelten Fall entstehen: für Softwarelizenzen, Wartung, IT-Sicherheit, Schnittstellenpflege, Hardwareerneuerung und Personalschulungen.</li> <li>• Angesichts der wirtschaftlich extrem angespannten Lage vieler Kliniken gibt es kaum noch Investitionsspielräume, in vielen Häusern sind sie faktisch nicht mehr vorhanden. Eine reine Anschubfinanzierung ist daher völlig unzureichend: Ohne eine verlässliche Refinanzierung der laufenden digitalen Betriebskosten drohen Stillstand, technische Rückschritte und Sicherheitsrisiken in der Notfallversorgung.</li> </ul> <p><b>2. Finanzierung von IT-Fachkräften für den sicheren Betrieb der digitalen Notfallversorgung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der IT-Fachkräftemangel in den Krankenhäusern muss endlich als zentrales Versorgungsrisiko anerkannt und von der Politik mit verbindlichen, strukturellen Maßnahmen adressiert werden.</li> <li>• Der massive Mangel an IT-Fachkräften gefährdet die Funktionsfähigkeit digitaler Prozesse, die für INZ, digitale Ersteinschätzung, telemedizinische Konsile, Voranmeldesysteme, Schnittstellen zum Rettungsdienst, Dokumentationssysteme und IT-Sicherheitsanforderungen unverzichtbar sind.</li> <li>• Krankenhäuser stehen dabei im Wettbewerb mit Industrie, Tech-Unternehmen und Behörden bei deutlich schlechteren Refinanzierungsbedingungen. Ohne attraktivere Rahmenbedingungen durch die Politik können Kliniken weder qualifiziertes IT-Personal einstellen noch dauerhaft halten. Das führt zu Ausfällen digitaler Systeme, Sicherheitslücken,</li> </ul>

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			mangelnder Interoperabilität und einer Rückkehr zu analogen Notprozessen.

### **Kontakt**

#### **Katholischer Krankenhausverband Deutschland e. V.**

Bernadette Rümmelin  
Geschäftsführerin  
Tel. 030 240 83 68-10  
[kkvd@caritas.de](mailto:kkvd@caritas.de)

#### **Deutscher Caritasverband e. V.**

Dr. Elisabeth Fix  
Leiterin Kontaktstelle Politik  
Tel. 030 284 47 46  
[kontaktstelle.politik@caritas.de](mailto:kontaktstelle.politik@caritas.de)