

## Stellungnahme zur Notfallreform

**Name des Verbandes:**      **Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.**

**Datum:**                      **04.12.2025**

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<b>Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b>
1	§ 27	Folgeänderung zu § 30 SGB V	
2	§ 30	<p>Einführung eines Anspruchs auf medizinische Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voraussetzung: Definition rettungsdienstlicher Notfall</li> <li>• Leistungsbestandteile: Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung und Notfalltransport</li> <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> </ul>	<p>Der Paritätische Gesamtverband begrüßt die Anerkennung der medizinischen Notfallrettung als eigenständiges Leistungssegment der gesetzlichen Krankenversicherung ausdrücklich. Die Aufwertung von einer bloßen Transportleistung hin zu einem wesentlichen Baustein der Gesundheitsversorgung ist eine langjährige Forderung des Forums Rettungswesen und Katastrophenschutz im Paritätischen.</p> <p>Besonders positiv hervorzuheben ist dabei die umfassende Einbeziehung der verschiedenen Leistungsschritte vom Notfallmanagement einschließlich der Notrufannahme und einer digital gestützten Ersteinschätzung über die Notfallversorgung vor Ort bis hin zur Versorgung während des Transports.</p> <p>Die Verwendung einer standardisierten digitalen Abfrage wird dabei als zentraler Qualitätsbaustein angesehen. Hierbei ist sicherzustellen, dass die festzulegenden einheitlichen Standards länderübergreifend gelten. Aus unserer Sicht fehlt jedoch eine verbindliche Integration europäischer NG112-Standards (Sprach-, Text- und Video-Notrufe, Real-Time-Text) in das Notfallmanagement. Hier bedarf es einer klaren Nachbesserung der technischen Anforderungen.</p> <p>Auch im Notfallmanagement und in der notfallmedizinischen Versorgung müssen dabei die Bedarfe von Menschen mit Sprachbarrieren berücksichtigt werden (Sprachmittlung).</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Zuzahlung</li> </ul>	Die Leistung einer Zuzahlung zur notfallmedizinischen nach Absatz 2 Satz 2 ist deutlich zu kritisieren. Dass hier für eine ambulant erbrachte ärztliche Leistung Patient*innen eine Zuzahlung leisten müssen, stellt einen Bruch mit der bisherigen Handhabung dieser Leistungsform dar. Zudem stellt sie insbesondere für Menschen mit geringen Einkommen eine unzumutbare Belastung dar.
6	§ 75	Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung <ul style="list-style-type: none"> <li>Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung</li> <li>Akuteleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge</li> </ul>	Die Feststellung und Erstbescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit sowie die Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung wird ausdrücklich begrüßt, da sie weitere Arztkontakte vermeidet und aus Patient*innensicht eine deutliche Verbesserung darstellt.
10	§ 90	Standortbestimmung für INZ durch erweiterten Landesausschuss	Das in § 90 Abs. 4a (neu) vorgesehene Anhörungsrecht für Vertreter der Leistungserbringer im Rettungsdienst bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach § 123 Absatz 6, 123a Absatz 1 sowie § 123b Absatz 1 im Landesausschuss wird ausdrücklich begrüßt.
11	§ 90a	Ergänzung Vertreter des Rettungsdienstes in gemeinsamen Landesgremien nach § 90a	Die Aufnahme von Vertretern der Rettungsdienste in gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V wird ausdrücklich begrüßt. Zu den weiteren Beteiligten sollten dabei jedoch auch Patient*innenorganisationen gehören, um eine ausreichende Mitwirkung an der Gestaltung einer bedarfsgerechten Versorgung zu gewährleisten.
17	§ 123	Integrierte Notfallzentren (INZ) <ul style="list-style-type: none"> <li>Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion</li> <li>Notaufnahme, Notdienstpraxis, Ersteinschätzungsstelle - optional Kooperationspraxis / statt</li> </ul>	Die Bemühungen, sektorenübergreifende und gut miteinander vernetzte Notfallversorgungsstrukturen aufzubauen, weisen aus Sicht des Paritätischen in die richtige Richtung und werden begrüßt.  Die Einbeziehung von zur Patientenversorgung geeigneten, im Umkreis des jeweiligen Krankenhausstandortes gelegenen zugelassenen Ärzten sowie medizinischen Versorgungszentren (Kooperationspraxen) in die

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<p>Notdienstpraxis MVZ oder Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Nähe</p> <ul style="list-style-type: none"> <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>Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 ist jedoch insofern kritisch zu sehen, dass es durch die Erweiterung der beteiligten Akteure zu einem Verlust an Überschaubarkeit für die Patient*innen und zu einem zusätzlichen Abstimmungsaufwand kommt. Es ist bei dieser Regelung sicherzustellen, dass es einen einheitlichen Zugangsweg und eine klare und barrierefreie Steuerung in die jeweils zuständige Versorgungsebene gibt.</p> <p>Die telemedizinische Anbindung an Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie ist grundsätzlich zu begrüßen. Aufbauend auf der im Entwurf vorgesehenen telemedizinischen Anbindung an Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Einbeziehung psychosozialer Kriterien in die Ersteinschätzung nach § 123c SGB V ist aus Sicht des Paritätischen jedoch klarzustellen, dass Integrierte Notfallzentren nach § 123 SGB V ausdrücklich auch für Menschen in akuten psychischen und psychosozialen Krisen geeignete Anlaufstellen sein müssen. Hierfür sind verbindliche Vorgaben zur psychosozialen Krisenkompetenz, zur Kooperation mit kommunalen Krisendiensten, sozialpsychiatrischen Diensten sowie Sucht- und Wohnungslosenhilfe in § 123 SGB V zu verankern. Ergänzend ist in § 133a SGB V sowie in den auf § 123c SGB V bezogenen Richtlinien des G-BA festzuschreiben, dass Disponent*innen der Rettungsleitstellen und Akutleitstellen eine spezifische Schulung im Umgang mit psychischen Krisen, Suizidalität, Suchtnotfällen und psychosozialen Ausnahmesituationen erhalten. Dies ist als verbindlicher Qualitätsstandard in den Regelungen zum Gesundheitsleitsystem (§ 133a SGB V) und zu den Ersteinschätzungsinstrumenten (§ 123c SGB V) zu verankern. Gleiches gilt für die Bedarfe von Menschen mit demenziellen Erkrankungen und Menschen mit Behinderungen.</p>
	§ 123a	<p>Einrichtung von INZ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Standortbestimmung nach gesetzlichen Kriterien</li> </ul>	<p>Die in § 123 a vorgesehenen Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxen sollten grundsätzlich den Zeitraum bis 22 Uhr vorsehen, um die INZ zu entlasten und zudem sicherzustellen, dass es nicht dort zu einer</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <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>	Einschränkung des Angebotes kommt, wo derzeit bereits Öffnungszeiten bis 22 Uhr die Regel sind.
	§ 123c	<p>Ersteinschätzung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergütung ambulanter Behandlung für Krankenhäuser ohne INZ nur noch nach Ersteinschätzung, die die Unzumutbarkeit einer Verweisung an INZ festgestellt hat</li> <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>	Nicht jede Erkrankung erfordert eine ärztliche Behandlung. Wir fordern daher ein interprofessionell ausgerichtetes Ersteinschätzungssystem, dass die Ersteinschätzung und Steuerung in die Versorgungsebenen breit und bedarfsgerecht aufstellt. Die Ersteinschätzung sollte daher ausdrücklich nicht nur eine Zuweisung in not- oder fachärztliche Ebenen vorsehen, sondern auch eine Steuerung in Versorgungsstrukturen, in denen durch die Pflege abschließende Versorgung stattfinden kann, oder in Apotheken.
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> </ul>	Die in § 133 Abs. 3 vorgesehene Einrichtung von Schiedsstellen nach Landesrecht bei Nichtzustandekommen einer Einigung wird von uns ausdrücklich begrüßt, behebt sie doch einen wesentlichen Schwachpunkt des Entwurfes der Vorgängerregierung.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 SGB V</li> <li>• Schiedseinrichtung bei Nichtzustandekommen</li> <li>• Entsprechende Geltung für Krankentransporte</li> <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>Ausweislich der Begründung muss die Initiative zur Schließung einer Kooperationsvereinbarung vom Träger der Rettungsleitstelle ausgehen. Daraufhin sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Kooperation verpflichtet werden. Als Voraussetzung hierfür muss die Rettungsleitstelle über eine digitale standardisierte Notrufabfrage verfügen. Diese Regelungen sind grundsätzlich zu begrüßen, allerdings verkennt die angestrebte Lösung die Herausforderungen einer medienbruchfreien Fallübergabe, die bei einer Aufrechterhaltung von Doppelstrukturen weiter bestehen. Anstelle einer bloßen Vernetzung von Rettungsleitstelle und Akutleitstelle schlagen wir vielmehr eine integrierte und interoperable Leitstellenlandschaft mit bundesweit abgestimmten Schnittstellen, gemeinsamen Dispositionsstandards und einheitlicher Datengrundlage vor, die einen unmittelbaren cloudbasierten Zugriff auf die notwendigen Daten hat und damit eine schnelle und unkomplizierte Fallübergabe erleichtert.</p> <p>Das in §133a Abs. 3 vorgesehene gemeinsame Qualitätsmanagementsystem ist zu begrüßen, es bedarf dabei jedoch nicht nur eines einheitlichen Evaluierungsinstrumentes verschiedener Qualitätsstandards, sondern insbesondere auch einer bundesweiten Vereinheitlichung der Qualitätsvorgaben für die Leitstellen nach Abs. 1, Disponenten, Telenotärzte sowie IT-Systeme – einschließlich verpflichtender Zertifizierungen. Wir empfehlen zudem die Einrichtung eines bundesweiten Leitstellen- und Notfallregisters zur Qualitätssicherung und Transparenz.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 133b	<p>Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung</p> <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>	<p>Die in § 133 und § 133b SGB V vorgesehenen Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung müssen bundeseinheitliche Personalstandards für Leitstellen, Rettungsdienst und Integrierte Notfallzentren (INZ) enthalten. Der Paritätische Gesamtverband fordert, dass zusätzliche Struktur-, Dokumentations- und Qualitätsanforderungen vollständig und dauerhaft refinanziert werden. In § 133b SGB V ist klarzustellen, dass bei der Vereinbarung der Rahmenempfehlungen die Berücksichtigung tariflicher Entgelte sowie der dynamischen Personalkostenentwicklung verbindlich vorgegeben wird.</p>
	§ 133c	<p>Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verpflichtende digitale Notfalldokumentation für alle Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung</li> <li>• Verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätenachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung</li> </ul>	<p>Der Paritätische Gesamtverband begrüßt die in den §§ 133c bis 133f SGB V vorgesehene Digitalisierung der Notfall- und Akutversorgung, weist jedoch auf die erhöhte Abhängigkeit von kritischen IT-Systemen hin. Im Rahmen der Rechtsverordnungen und Rahmenempfehlungen nach §§ 133c bis 133f SGB V sind verbindliche Vorgaben zur IT-Sicherheit, Ausfallsicherheit und Redundanz der Systeme im Sinne der KRITIS-Regulierung festzuschreiben. Erforderlich sind u. a. Notfall- und Backup-Konzepte bei Strom- und IT-Ausfällen, inklusive klarer Rückfallprozesse bei Ausfall digitaler Dokumentations- und Kommunikationssysteme. Bei der Einbindung von Ersthelfern über digitale Ersthelferalarmierungssysteme und -Apps sind aus unserer Sicht</p>

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme</li> </ul>	einheitliche Qualitätsstandards notwendig, um eine bundesweite Schnittstellenfähigkeit über Landkreis- und Bundeslangenzen hinweg sicherzustellen und den derzeitigen Kompatibilitäts-Flickenteppich zu beenden.
		<b>Weitere Regelungsbedarfe</b>	
			Der Paritätische Gesamtverband begrüßt den vorgelegten Referentenentwurf sieht jedoch für die folgenden Aspekte noch Ergänzungsbedarf:
		Klarstellung der Trennung von Leitstellenbetreibern und Leistungserbringung der medizinischen Notfallrettung	Um eine bedarfsgerechte, transparente und wirtschaftliche Steuerung in die jeweiligen Versorgungsebenen zu gewährleisten, sollte klargestellt werden, dass Leitstellenbetreiber im Sinne des § 133a SGB V nicht gleichzeitig Leistungserbringer von Leistungen der medizinischen Notfallrettung im Sinne des 133 Abs. 1 SGB V sind. Wir fordern eine klare Abgrenzung und Koordination zwischen hoheitlicher Gefahrenabwehr und medizinischer Notfallrettung, auch um Zuständigkeitskonflikte zu vermeiden.
		Kompetenzen von Notfallsanitäter*innen und Qualifikation von Notärzten	Die Einführung der medizinischen Notfallrettung als eigenständiges Leistungssegment der GKV führt zu einer fachlichen Aufwertung der Aufgaben und Kompetenzen der Notfallsanitäter*innen in der eigenverantwortlichen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen. Diesem Umstand sollte unbedingt durch eine Weiterentwicklung der Regelungen im Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätergesetz - NotSanG) Rechnung getragen werden.  Für die Ausbildung von Notärzten sind bundesweit einheitliche Standards in den Weiterbildungsordnungen der Länder vorzusehen.
		Resilienzbildende Maßnahmen	Neben den zu begrüßenden Regelungen ist aus unserer Sicht ein stärkerer Fokus auf resilienzbildende Maßnahmen im Sinne eines vorbeugenden Rettungssystems zu legen. Das betrifft insbesondere eine Stärkung von Erste-Hilfe-Kompetenzen in der Bevölkerung (einschließlich EH mit Selbstschutz-Inhalten), einen Ausbau von flächendeckenden koordinierten

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>First-Responder-Strukturen („Helfer vor Ort“) durch die Gewinnung und Schulung von Menschen und mithilfe digitaler Hilfsmittel (siehe unsere Ausführungen zu den Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme im Sinne des § 133 c SGB V), sowie eine bessere Aufklärung der Bevölkerung über Inhalte der Ersten Hilfe sowie über Ausbildungsmöglichkeiten.</p> <p>Zudem stellt die Befähigung der Bevölkerung zu stärkerer gesundheitlicher Alltagskompetenz eine wirksame Maßnahme zur Reduzierung vermeidbarer Kontakte zur Notfallversorgung bei leichten Erkrankungen dar, die keiner notfallmedizinischen Behandlung bedürfen. Es sollten daher flankierend entsprechende Programme für eine verbesserte Gesundheitskompetenz entwickelt werden.</p>
		Sprachmittlung	<p>Es ist sicherzustellen, dass in Notaufnahmen und Integrierten Notfallzentren, bei Leitstellen und Notrufnummern Sprachmittlungsmöglichkeiten – auch in digitaler oder telefonischer Form – zur Verfügung stehen, um Sprachbarrieren wirksam abzubauen. Der Anspruch auf Leistungen der Sprachmittlung sollte daher grundsätzlich für die Inanspruchnahme von Leistungen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch geregelt werden.</p>
		Notfallversorgung für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz	<p>Menschen ohne Krankenversicherungsschutz – insbesondere Personen ohne gültige Aufenthaltspapiere, obdachlose Menschen oder nicht-freizügigkeitsberechtigte EU-Bürger*innen – haben keinen Zugang zu regulärer Gesundheitsversorgung. Folglich bleibt in vielen Fällen nur die medizinische Versorgung im Notfall.</p> <p>Berichten von Anlauf- und Beratungsstellen zufolge kommt es jedoch immer wieder vor, dass Hilfesuchende, die keinen Krankenversicherungsschutz nachweisen können, in Notaufnahmen bereits vor einer qualifizierten Ersteinschätzung abgewiesen werden. Oft ist die Verständigung durch Sprachbarrieren erschwert und eine Sprachmittlung nicht verfügbar.</p> <p>Eines der zentralen Probleme ist, dass die rechtlichen Regelungen, über die Krankenhäuser ihre Aufwendungen erstattet bekommen können, in der</p>



Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Praxis nicht funktionieren. Nach § 6a AsylbLG und § 25 SGB XII werden die Aufwendungen des hilfeleistenden Krankenhauses in gebotenen Umfang durch den zuständigen Träger des Asylbewerberleistungsgesetzes bzw. der Sozialhilfe erstattet, wenn Leistungen im Eilfall erbracht wurden. Die Durchsetzung dieser Ansprüche ist jedoch kaum möglich: Die Beweislast über die Hilfebedürftigkeit und die Leistungsberechtigung des Hilfesuchenden liegt beim Krankenhaus und der Zeitraum, für den Behandlungskosten erstattet werden können, endet mit der Information des Sozialamts, auch wenn die Behandlung darüber hinaus andauert.</p> <p>Den Krankenhäusern entstehen hierdurch jährlich Erlösausfälle in dreistelliger Millionenhöhe. Die Kostenbelastung konzentriert sich vor allem auf Krankenhäuser in Ballungsgebieten, in der Nähe von Bahnhöfen und in zentralen Stadtteilen sowie auf engagierte Krankenhäuser, die diese Versorgung aus humanitärem Selbstverständnis leisten – oft ohne Aussicht auf Erstattung. Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft setzt sich seit Jahren mit Nachdruck für eine Überarbeitung der rechtlichen Regelungen ein, wie zum Beispiel aus ihrer Stellungnahme zum KHVG vom April 2024 sowie aus der Stellungnahme zum KHAG vom Oktober 2025 ersichtlich wird.</p> <p>Die bestehenden rechtlichen Regelungen in § 6a AsylbLG und § 25 SGB XII sind so zu überarbeiten, dass sie die praktische Durchsetzbarkeit der Nothelferansprüche von Krankenhäusern ermöglichen. Die Erstattung soll den gesamten Zeitraum der erbrachten Nothilfeleistungen umfassen – nicht nur bis zur Information des Sozialamts. In medizinisch unabweisbaren Notfällen soll die Hilfebedürftigkeit und Leistungsberechtigung zugunsten des Krankenhauses bzw. Leistungserbringers regelhaft vermutet werden. Zudem ist die Nutzung und Weiterverarbeitung von Daten, die aus Einrichtungen zur Gewährung und Erbringung von Leistungen zur Sicherung der Gesundheit sowie bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt an die Stellen nach § 86 Satz 1 weitergeleitet werden, zu untersagen.</p>

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Eine menschenwürdige medizinische Behandlung im Notfall darf nicht durch eine Übermittlungspflicht an die Stellen nach § 86 Satz 1 erschwert werden.</p> <p>Es ist zudem ein Härtefallfonds aus Bundes- und Landesmitteln einzurichten, der die Kommunen bei der Finanzierung der Notfallbehandlung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz unterstützt.</p> <p>Zur Verbesserung der Notfallversorgungssituation von Menschen ohne Krankenversicherung sind nach Art. 10 vier weitere Artikel wie folgt einzufügen:</p>
			<b>Art. 11: Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes</b>
	§ 6a	Anpassung des Nothelferparagraphen	<p>§ 6a wird wie folgt geändert: Nach Absatz 1 wird der folgende Absatz 2 eingefügt:</p> <p>(2) In medizinischen Notfällen sind dem Leistungserbringer die Aufwendungen, die ihm während des gesamten Behandlungszeitraumes entstehen, zu erstatten. Die Hilfebedürftigkeit und die Leistungsberechtigung des Patienten wird zugunsten des Leistungserbringers vermutet.</p>
			<b>Art. 12: Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch</b>
	§ 9		<p>§ 9 Abs. 5 wird wie folgt geändert:</p> <p>(5) §§ 117 und 118 und 118 Abs. 1 bis 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sowie die auf Grund des § 120 Abs. 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder des § 117 des Bundessozialhilfegesetzes erlassenen Rechtsverordnungen sind entsprechend anzuwenden.</p>
	§ 11		<p>§ 11 Abs. 3 wird wie folgt geändert:</p> <p>(3) Die zuständige Behörde überprüft die Personen, die Leistungen nach diesem Gesetz beziehen, auf Übereinstimmung der ihr vorliegenden Daten mit den der Ausländerbehörde über diese Personen vorliegenden Daten. Sie darf für die Überprüfung nach Satz 1 Name, Vorname (Rufname),</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Geburtsdatum, Geburtsort, Staatsangehörigkeiten, Geschlecht, Familienstand, Anschrift, Aufenthaltsstatus und Aufenthaltszeiten dieser Personen sowie die für diese Personen eingegangenen Verpflichtungen nach § 68 des Aufenthaltsgesetzes der zuständigen Ausländerbehörde übermitteln. Die Ausländerbehörde führt den Abgleich mit den nach Satz 2 übermittelten Daten durch und übermittelt der zuständigen Behörde die Ergebnisse des Abgleichs. Die Ausländerbehörde übermittelt der zuständigen Behörde ferner Änderungen der in Satz 2 genannten Daten. Die Überprüfungen können auch regelmäßig im Wege des automatisierten Datenabgleichs durchgeführt werden. <b>Bei der Gewährung oder Erbringung von Leistungen nach § 4 oder zur Sicherung der Gesundheit nach § 6 entfällt der Datenabgleich.</b>
	§ 12	Anpassung des Nothelferparagraphen	§ 12 wird wie folgt geändert: Nach Absatz 1 wird der folgende Absatz 2 eingefügt: (2) In medizinischen Notfällen sind dem Leistungserbringer die Aufwendungen, die ihm während des gesamten Behandlungszeitraumes entstehen, zu erstatten. Die Hilfebedürftigkeit und die Leistungsberechtigung des Patienten wird zugunsten des Leistungserbringers vermutet.
			<b>Art. 13: Änderung des Gesetzes über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet (Aufenthaltsgesetz - AufenthG)</b>
	§ 87		Absatz 1 wird wie folgt geändert: (1) Öffentliche Stellen mit Ausnahme von Schulen sowie Bildungs- und Erziehungseinrichtungen und Stellen, wenn sie Leistungen zur Sicherung der Gesundheit sowie bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt erbringen oder gewähren, haben ihnen bekannt gewordene Umstände den in § 86 Satz 1 genannten Stellen auf Ersuchen mitzuteilen, soweit dies für die dort genannten Zwecke erforderlich ist. Ein solches Ersuchen ist nur zulässig, sofern nicht ein Abruf von Daten aus dem Ausländerzentralregister für die Erfüllung der jeweiligen Aufgabe ausreichend ist. Die in § 86 Satz 1

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			genannten Stellen dürfen Daten, die sie aufgrund oder im Zusammenhang mit dem Besuch von Bildungs- und Erziehungseinrichtungen oder der Gewährung und Erbringung von Leistungen zur Sicherung der Gesundheit sowie bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt erhalten, nicht nutzen oder weiterverarbeiten.
			<b>Art. 14 Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch</b>
		§ 211 SGB VII	§ 211 Satz 1 wird wie folgt geändert: Ziffer 7. „Verstöße gegen das Aufenthaltsgesetz“ wird gestrichen.