

## Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. (DEKV)

Datum: 4. Dezember 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	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><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>	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zuzahlung</li> </ul>	
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	
4	§ 73	Folgeänderung zu § 60 SGB V	
5	§ 73b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
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>• Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge</li> </ul>	
7	§ 76	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
8	§ 87	Auftrag an erweiterten Bewertungsausschuss: EBM für komplexe Fälle in INZ	
9	§ 87a	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
10	§ 90	Standortbestimmung für INZ durch erweiterten Landesausschuss	
11	§ 90a	Ergänzung Vertreter des Rettungsdienstes in gemeinsamen Landesgremien nach § 90a	
12	§ 92	Klarstellung, dass Richtlinie des G-BA nicht den Notfalltransport umfasst	
13	§ 105	Finanzierung der notdienstlichen Strukturen der KVn durch gemeinsam von KV und Krankenkassen zusätzlich zur Verfügung gestellten Betrag, Beitrag der PKV i.H.v. 7 %	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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> <li>• Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie (Folgeänderung zu § 123c)</li> <li>• Klarstellung der Vergütung durch die Versorgung von Krankenhausapotheken</li> </ul>	<p><b>Folgeänderung:</b> siehe bitte Begründung § 123 Versorgungsvertrag mit Apotheke</p> <p>§ 120 Abs. 6 SGB V neu: Für Arzneimittel, die durch Krankenhausapotheken in Verbindung mit der Versorgung nach § 14 Abs. 3 S. 3 ApoG abgegeben werden, erfolgt die Abrechnung entsprechend der in den Regelungen für öffentliche Apotheken geltenden Abgabe- und Preisvorschriften.</p>
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> </ul>	<p><b>Begründung:</b> Die Notfallreform zielt auf bessere Prozesse in der Notfallversorgung sowie eine gezielte Patientensteuerung ab.</p> <p>In der Praxis entstehen Lücken in der Patientenversorgung immer dann, wenn ambulante Notfallpatienten nach der Erstbehandlung dringende Medikamente unmittelbar benötigen (bspw. Antibiotika, Analgetika,</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <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>Asthmaspray). Ist keine wohnortnahe Apotheke außerhalb der Öffnungszeiten erreichbar, entstehen häufig Versorgungsbrüche. Derzeit ist die Abgabe durch Krankenhausapothen für ambulant behandelte Patienten rechtlich eng begrenzt möglich. Erfolgt eine Behandlung an Wocheneden oder Feiertagen, ist eine Arzneimittelabgabe erlaubt. Die Notfallreform muss daher die Ressource Krankenhausapotheke nutzen. Die aktive Einbeziehung von Krankenhausapothen erfordert keine oder geringe Investitionen und verbessert die Patientenversorgung, insbesondere der ambulant behandelten Patienten. Auch wird so der Aufbau von Doppelstrukturen vermieden.</p> <p><b>§ 123 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 14 Abs. 7 S. 3 ApoG und § 120 Abs. 7 neu SGB V ist wie folgt zu ändern:</b></p> <p>(3) Zur Sicherstellung der Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothenpflichtigen Medizinprodukten hat die zuständige Kassenärztliche Vereinigung gemeinsam mit dem Träger des Krankenhauses, mit dessen Notaufnahme die Notdienstpraxis ein Integriertes Notfallzentrum bildet, einen in § 12b Absatz 1 Satz 1 des Apothekengesetzes genannten Vertrag mit dem Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke zu schließen <b>oder die Versorgung durch die Krankenhausapotheke zu organisieren.</b></p>
	§ 123a	<p>Einrichtung von INZ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Standortbestimmung nach gesetzlichen Kriterien</li> </ul>	<p><b>Begründung:</b> Die Zahl der zu versorgenden Menschen in den Planungsregionen darf nicht über 100.000 steigen. Die aktuelle Krankenhausreform und die damit verbundene Krankenhausplanung der</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>	<p>Länder führen zu einer zunehmenden Zentralisierung von Krankenhäusern und Standorten. Damit ist eine noch nicht abschätzbare Veränderung der Versorgungsangebote verbunden. Um auch in strukturschwachen und ländlichen Gebieten eine Notfallversorgung mit Integrierten Notfallzentren und damit verbundenen Apotheken aufrechtzuhalten, ist die Obergrenze für zu versorgende Menschen in einer Planungsregion auf 100.000 festzulegen. In strukturschwachen und ländlichen Gebieten würde diese bevölkerungsbezogene Obergrenze eine bessere Erreichbarkeit der Gesundheitsversorgung gewährleisten. Die Wege zu den Integrierten Notfallzentren wären kürzer und folglich flächendeckend Integrierte Notfallzentren erreichbar. Dies ist besonders wichtig, da in ländlichen Gebieten oft längere Anfahrtswege bestehen. Mit dieser Obergrenze wird auch für urbane Regionen verhindert, dass die dortigen Integrierten Notfallzentren überlastet werden. In urbanen Gebieten ermöglichen kleinere Planungsregion eine bessere Ermittlung der Erreichbarkeit. Abhängigkeiten von den tageszeitlichen Schwankungen der Verkehrsnachfrage können besser nivelliert werden, da die Entfernung kürzer wären und die Bedarfe der Bevölkerung besser berücksichtigt werden können.</p> <p><b>§ 123a Abs. 1 S. 5 Nr. 2 SGB V Einrichtung von Integrierten Notfallzentren ist wie folgt zu ändern:</b>  [...] 2. die Zahl der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion (&lt;100.000) [...]</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 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 Ersteinschätzung, die die Unzumutbarkeit einer Verweisung an INZ festgestellt hat</li> <li>• Richtlinie des G-BA zu Vorgaben für standardisierte digitale Ersteinschätzung</li> </ul>	<p>Der DEKV unterstützt die Einführung eines Verfahrens zur Ersteinschätzung unter Zuhilfenahme eines standardisierten digitalen Ersteinschätzungsinstrumentes. Jedoch eignet sich das Instrument nicht, um eine verpflichtenden Patientensteuerung von selbstauftsuchenden Hilfesuchenden in Notaufnahmen eines Krankenhauses ohne INZ vorzunehmen. Auch hilft es nicht, die Abrechenbarkeit durchgeföhrter ambulanter Behandlungen zu regeln.</p> <p><b>Begründung:</b> Die Ersteinschätzung dient der Behandlungspriorisierung und Steuerung von Hilfesuchenden in der Akut- und Notfallversorgung. Es handelt sich dabei jedoch nicht um eine abschließende Feststellung der erforderlichen Behandlungsnotwendigkeiten. Der Ersteinschätzung nachfolgend setzt erst die Diagnosesicherung sowie die erforderliche Behandlung mit Behandlungsverlauf ein. Die Beurteilung, ob eine Behandlung stationär oder ambulant erforderlich war, kann erst anhand des tatsächlichen Krankheitsverlaufs, der erhobenen Befunde und des therapeutischen Ergebnisses bestimmt werden.</p> <p>Zu Beginn der Ersteinschätzung ist der Behandlungsverlauf prognoseoffen: Symptome sind häufig unspezifisch, Differenzialdiagnosen noch nicht eingegrenzt und die Reaktion auf die Therapie ist unbekannt. Die Ersteinschätzung kann daher nur eine vorläufige Risiko- und Dringlichkeitseinordnung leisten, nicht aber eine endgültige Notwendigkeitsbestimmung, ob eine ambulante oder stationäre Therapie erforderlich ist.</p> <p>Mithin handelt es sich bei der Ersteinschätzung um ein Steuerungsinstrument in die voraussichtlich geeignete Versorgungsebene. Durch die vorgesehene Regelung werden selbstauftsuchende Hilfesuchende in Notaufnahmen eine Weiterleitung nach der Ersteinschätzung als Abweisung wahrnehmen. Da die Ersteinschätzung selbst keine endgültige Behandlungsnotwendigkeit feststellt, wird eine Weiterleitung für einen</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Großteil der Bevölkerung willkürlich und ungerecht wirken. Regelhaft befinden sich selbstaufsuchende Hilfesuchende in Notaufnahmen in einer für sie subjektiv gesundheitlichen Bedrohungslage. In dieser Situation ist die Bereitschaft, den Behandlungsort selbstständig in ein INZ zu wechseln. gering. Weiterleitung bedeutet für diese Gruppe regelhaft:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nochmal warten,</li> <li>- nochmal erklären,</li> <li>- nochmal Ungewissheit über den Behandlungsort.</li> </ul> <p>Dadurch entsteht für die selbstaufsuchenden Hilfesuchenden nicht der Eindruck der Patientensteuerung, sondern es wird die subjektive Dringlichkeit infrage gestellt, unabhängig von der potenziellen Behandlungsmöglichkeit und Qualität der Notaufnahme respektive des Krankenhauses.</p> <p>Daher darf die Ersteinschätzung keine Regelungen zur verbindlichen Weiterleitung von selbstaufsuchenden Hilfesuchenden in Notaufnahmen ohne INZ an Notaufnahmen mit INZs vorsehen. Auch ist das Ersteinschätzungsinstrument ungeeignet, um die Abrechenbarkeit ambulanter Behandlungsvergütungen zu regeln.</p> <p>§ 123c Abs. 1 SGB V ist daher zu streichen:</p> <p style="color: red;"><b>(1) Die Vergütung ambulanter Leistungen zur Behandlung von Notfällen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 setzt für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbstständig einen Krankenhausstandort ohne Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, ab dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 2 Satz 4 Nummer 6 festgelegten Zeitpunkt voraus, dass eine Ersteinschätzung nach Absatz 2 Satz 1 durchgeführt wurde und diese ergibt, dass eine Verweisung an ein Integriertes Notfallzentrum im Einzelfall unzumutbar ist. Die Ersteinschätzung nach Absatz 2 Satz 1 kann als eine in § 28 Absatz 1 Satz 2 genannte Hilfeleistung erbracht werden. Die Vergütung der Ersteinschätzung bleibt davon unberührt.</b></p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• EBM für Ersteinschätzung</li> </ul>	<p>§ 123c Abs. 2 SGB V ist wie folgt zu ändern:</p> <p>(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in einer Richtlinie die Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten, standardisierten und digitalen Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbstständig einen Krankenhausstandort aufzusuchen. <del>Für Krankenhausstandorte, die Teil eines Integrierten Notfallzentrums sind, erfolgt a.</del> Auf Basis der Ersteinschätzung erfolgt eine Entscheidung über die geeignete Versorgungsebene innerhalb des <del>Integrierten Notfallzentrums</del>. <del>unter Berücksichtigung einer in § 123 Absatz 1 Satz 7 genannten Kooperation</del>. <del>Für Krankenhausstandorte, die nicht Teil eines Integrierten Notfallzentrums sind, erfolgt auf Basis der Ersteinschätzung eine Entscheidung über die Weiterleitung an ein Integriertes Notfallzentrum oder die Behandlung am Krankenhausstandort</del>. Dabei ist auch das Nähere vorzugeben</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. zur Steuerung nach Satz 2 und Behandlungspriorisierung <del>innerhalb eines Integrierten Notfallzentrums</del>,</li> <li>2. zur Weiterleitung nach <del>Satz 3 an ein Integriertes Notfallzentrum oder zur Behandlung am Krankenhausstandort</del>,</li> <li>3. zur Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Weiterleitung an ein <del>Integriertes Notfallzentrum</del>,</li> <li>4. zum Nachweis der Einhaltung der nach den Sätzen 1 bis <del>32</del> <del>32</del> geregelten Vorgaben durch die digitale Ersteinschätzung,</li> <li>5. zur Form und zum Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung,</li> <li>6. zum Zeitpunkt, ab dem die Ersteinschätzung zu verwenden ist.</li> </ol> <p>Bei der Ersteinschätzung handelt es sich um eine Vorhalteleistung die unabhängig von der Inanspruchnahme vorzuhalten ist.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p><b>Begründung:</b> Eine fallzahlunabhängige Finanzierung stellt sicher, dass alle Krankenhäuser unabhängig vom Patientenaufkommen, die mit der Ersteinschätzung verbundenen Kosten refinanziert bekommen. Daher muss die Finanzierung von der Inanspruchnahme und folglich von der Fallzahl entkoppelt werden und basierend auf den anfallenden IST-Kosten des jeweiligen Krankenhauses refinanziert werden.</p> <p>§ 123c Abs. 3 SGB V ist daher zu streichen und durch eine fallzahlunabhängige Vorhaltefinanzierung zu ersetzen:</p> <p><del>(3) Mit Wirkung zum [...] [einsetzen: Datum des ersten Tages des übernächsten auf den Tag des Inkrafttretens nach Artikel 9 Absatz 1 folgenden Kalenderquartals] beschließt der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen die für die Vergütung der Ersteinschätzung nach Absatz 2 Satz 1 als unabhängig von der Weiterbehandlung zu vergütende Einzelleistung notwendigen Anpassungen. Er hat die Auswirkungen des in Satz 1 genannten Beschlusses auf die Entwicklung der Leistungen der Notaufnahmen, der Notdienst- und der Kooperationspraxen sowie der Leistungserbringer nach § 123 Absatz 1 Satz 6 auf die Versorgung und auf die Vergütung zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2028 zu berichten. Der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 3 und der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a beschließen die hierfür notwendigen Fallkennzeichnungen zur Identifikation von Notaufnahmen, Notdienstpraxen, Leistungserbringern nach § 123 Absatz 1 Satz 6 und Kooperationspraxen.“</del></p> <p>Mit Wirkung zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des übernächsten auf den Tag des Inkrafttretens nach Artikel 9 Absatz 1 folgenden Kalenderquartals] vereinbaren die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund eine fallzahlunabhängige Vorhaltevergütung für die Durchführung der Ersteinschätzung. Die Vorhaltevergütung nach Satz 1 dient der Finanzierung der personellen, sachlichen und digitalen Infrastruktur zur</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			jederzeitigen Durchführung der Ersteinschätzung. Die Vergütung ist als von der Weiterbehandlung unabhängige Einzelleistung auszugestalten.
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> <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> </ul>	<p><b>Begründung:</b> Notfallversorgung ist originäre Daseinsvorsorge. In der Notfallversorgung existiert eine Kompetenzverflechtung zwischen</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <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>Kommune, Land und Bund. Unterschiedliche Zuständigkeiten, aber eine gemeinsame Verantwortung. Nur eine Messung und Auswertung der Notfalldaten kann die erforderliche Steuerung sicherstellen.</p> <p>Diese Datengrundlage ist essenziell, um eine effiziente Steuerung von Patientinnen und Patienten durchzuführen und die Qualität der Notfallversorgung zu sichern. Die gesetzliche Einführung eines bundesweiten Notfallregisters ist aus Versorgungssicherstellungs- sowie Qualitätsgründen notwendig, daher auch essenzieller Teil des Notfallmanagements. Dieses sollte pseudonymisierte Notfalldaten aus dem Gesundheitsleitsystem, Integrierten Notfallzentren sowie Notaufnahmen ohne INZ anhand einer Fall-ID miteinander verknüpfen, um flächendeckend valide Daten zu erheben und die Qualität der Notfallversorgung kontinuierlich zu verbessern.</p> <p><b>Zwischen Satz 1 und Satz 2 werden ein neuer Satz 2 und 3 eingefügt:</b>  <b>Das Qualitätsmanagement muss ein bundeseinheitliches Notfallregister obligatorisch beinhalten. Dies beinhaltet auch eine sachgerechte Finanzierung des Notfallregisters.</b></p>
	§ 133b	<p>Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gremium bei GKV-SV, paritätisches Stimmengewicht zwischen GKV-SV und Ländervertretern, nicht stimmberechtigte Vertreter von Spitzenverbänden der</li> </ul>	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<p>Leistungserbringer und Fachverbänden und Fachgesellschaften sowie BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> <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	<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 Versorgungskapazitätennachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung</li> <li>• Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme</li> </ul>	
	§ 133d	Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in	

<b>Nr. im Entw.</b>	<b>Vor-schrift</b>	<b>Stichwort</b>	<b>Stellungnahme</b>
		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	Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung <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> <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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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	
			<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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
Neu	§ 14	Versorgung durch Krankenhausapothen	<p><b>Folgeänderung:</b> siehe bitte Begründung § 123 Versorgungsvertrag mit Apotheke</p> <p>Änderungsvorschlag § 14 Abs. 3 S. 3 ApoG:</p> <p>Bei der Entlassung von Patienten nach stationärer oder ambulanter Behandlung im Krankenhaus oder bei Beendigung der Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch darf an diese die zur Überbrückung benötigte Menge an Arzneimitteln <b>nur</b> abgegeben werden, <b>wenn im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt.</b></p>
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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<b>Art. 8: Änderung des Betäubungsmittelgesetzes</b>
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 Ausfuhr genehmigung für Zubereitungen der in den Anlagen II und III des BtMG aufgeführten Stoffe auf einem Fahrzeug des Rettungsdienstes in angemessener Menge als Rettungsdienstbedarf	
			<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	Bundesweite Sensibilisierungskampagne zur Notfallreform durch BMG und Länder koordiniert	<b>Begründung:</b> Die Unterstützung der Bürgerinnen und Bürger für die Notfallreform und die Änderungen in den Anlaufstellen sind von hoher Relevanz. Daher: Die Bürgerinnen und Bürger müssen für die

<b>Nr. im Entw.</b>	<b>Vor-schrift</b>	<b>Stichwort</b>	<b>Stellungnahme</b>
	Anmerkungen	durch das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)	Veränderungen sensibilisiert werden. Der Aufbau und die Verfestigung von notfallmedizinischer Gesundheitssystemkompetenz der Bürgerinnen und Bürger sowie die organisationale und professionelle Gesundheitskompetenz müssen sich komplementär ergänzen. Die Kampagne sollte vom BMG und den Ländern getragen und vom Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) federführend koordiniert werden. Eine breite Beteiligung der Leistungserbringer und -träger ist dringend anzuraten.