

- Stellungnahme -

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung vom 12. November 2025.

Der vorliegende Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung setzt – wie der DBfK ausdrücklich anerkennt – wichtige und notwendige Impulse, um das bisher fragmentierte Akut- und Notfallsystem in Deutschland moderner, bedarfsgerechter und besser steuerbar zu machen. Mit der vorgesehenen Einführung der medizinischen Notfallrettung als eigenständigem Leistungsbereich, der Etablierung von Akutleitstellen und Gesundheitsleitsystemen, der flächendeckenden Einrichtung Integrierter Notfallzentren (INZ) sowie dem Ausbau der digitalen Infrastruktur werden strukturelle Schwächen adressiert, die in der Vergangenheit zu Überlastung, Verzögerungen und ineffizienter Nutzung von Ressourcen geführt haben. Damit entsteht die Chance, Hilfesuchende schneller und angemessener in die jeweils richtige Versorgungsform zu leiten und das Gesundheitssystem insgesamt zu entlasten.

Aus Sicht des DBfK ist jedoch bei aller Zustimmung ein wesentlicher blinder Fleck im Entwurf erkennbar: die pflegefachliche Perspektive und Versorgungskompetenz. Pflegefachpersonen leisten in allen Bereichen der Not- und Akutversorgung einen unverzichtbaren Beitrag zur Versorgungs- und Patientensicherheit. Sie sind häufig die ersten, die mit den unmittelbaren Bedürfnissen und Problemen der Hilfesuchenden konfrontiert sind – und sie sind es, die in vielen Situationen eine qualifizierte Ersteinschätzung, Pflegeintervention oder Entscheidung über den weiteren Versorgungsweg leisten können. Dennoch bleiben im vorliegenden Entwurf Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Qualifikationsanforderungen der Pflege weitgehend unbenannt. Damit droht, dass die pflegerischen Potenziale für eine wirksame, nachhaltige und entlastende Notfallversorgung ungenutzt bleiben.

Gerade in Fällen, bei denen es sich um pflegerische oder medizinisch-pflegerische Notfallsituationen handelt – etwa Stürze älterer Menschen mit Folgebedarf im Alltag, akute Exsikkose, Komplikationen wie ein verstopfter Katheter oder Verschlechterungen in palliativen oder chronischen Situationen – macht es wenig Sinn, ausschließlich medizinisch zu intervenieren. Eine qualifizierte pflegerische Versorgung wäre oft das geeignetere und effizientere Mittel. Ohne Pflege mitzudenken, bleibt die Reform grundsätzlich unvollständig und kann ihre gesetzten Ziele vermutlich nur teilweise erreichen. Fehlsteuerungen drohen auch weiterhin – Hilfesuchende würden womöglich in Notaufnahmen ankommen, obwohl eine ambulante, pflegezentrierte Versorgung ausreichend und sinnvoll wäre.

Vor diesem Hintergrund sieht der DBfK eine große Chance darin, den Reformansatz zu stärken, indem pflegefachliche Expertise systematisch eingebunden und zentrale pflegerische Verantwortungen gesetzlich und verbindlich verankert werden. Dabei sind insbesondere Modelle zu berücksichtigen, die Pflegefachpersonen mit erweiterter Qualifikation – z. B. als Advanced Practice Nurses (APN) mit der Profilbildung Notfallpflege – vorsieht. Auch Telepflege- und aufsuchende pflegerische Dienste, sowie die Einbindung von Community Health Nurses (CHN), sind wichtige ergänzende Strukturen und bieten Hilfesuchenden niedrigschwellige, kompetente Unterstützung. Aufgrund ihrer kontinuierlichen, wohnortnahmen Arbeit verfügen CHN über ein hohes Maß an klinischer Urteilsfähigkeit, erkennen kritische Verläufe frühzeitig, führen strukturierte Assessments durch und initiieren gezielte Interventionen, einschließlich der Aktivierung

medizinischer Notfallstrukturen, der Anpassung pflegerischer Maßnahmen oder der Krisenstabilisierung im vertrauten Umfeld. Damit tragen sie entscheidend dazu bei, Notfälle zu vermeiden, Überlastung der Rettungsdienste zu verhindern und Versorgungslücken zu schließen. Entscheidend ist aus Sicht des DBfK, dass Pflegefachpersonen hier nicht lediglich unter ärztlicher Delegation arbeiten, sondern mit klar definiertem eigenen Verantwortungsprofil eine eigenständige Heilkundeausübung praktizieren.

Im Sinne der Komplementären Dienste (gemäß § 133a Abs. 4) sollten ausdrücklich auch Angebote mit pflegefachlicher Kompetenz möglich und anerkannt sein. Ein derart ausgebautes pflegerisches Angebot eröffnet die Möglichkeit, vielen Notfällen frühzeitig, sektorenübergreifend und bedarfsgerecht zu begegnen. Damit kann sich die Reform nicht nur auf medizinische Notfälle konzentrieren, sondern auch pflegerische und medizinisch-pflegerische Notfallsituationen einbeziehen – und so ihrer Aufgabe gerecht werden, die Notfallversorgung für alle Hilfesuchenden umfassend zu verbessern.

Zudem sollte der Gesetzgeber bei der weiteren Gesetzgebung – etwa im Rahmen des angekündigten APN-Gesetzes und des Befugniserweiterungs- und Entbürokratisierungsgesetzes (BEEP) – die Rolle der Pflegefachpersonen in der Notfallversorgung explizit berücksichtigen. Heilkundliche Befugnisse, klare Verantwortungsfelder und verbindliche Qualifikationsanforderungen sind eine Voraussetzung dafür, dass pflegefachliche Leistungen auch tatsächlich erbracht und anerkannt werden können. Nur so wird die Reform in der Praxis wirken – und nur so kann die gesetzte Zielsetzung erreicht werden: Die Steuerung von Hilfesuchenden effizienter zu gestalten, Fehlsteuerungen zu vermeiden sowie Notaufnahmen und Rettungsdienste zu entlasten.

Der DBfK fordert daher, dass bei der weiteren Ausgestaltung der Notfallreform pflegefachliche Perspektiven, Strukturen und Verantwortlichkeiten systematisch mitgedacht, gesetzlich verankert und mit ausreichenden Ressourcen ausgestattet werden. Damit die Reform nicht nur halb wirkt – sondern ihr volles Potenzial entfaltet.

Der DBfK steht bereit, diesen Prozess kritisch-konstruktiv zu begleiten und seine pflegefachliche und berufspolitische Expertise in die weitere Ausgestaltung der Notfallversorgung einzubringen.

Der DBfK als Mitglied des Deutschen Pflegerats e.V. (DPR) trägt dessen Stellungnahme in allen Teilen mit und nimmt hier ergänzend Stellung.

Berlin, 04.12.2025

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e. V.
Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | Telefon: +49 (0)30-2191570 | E-Mail: dbfk@dbfk.de | www.dbfk.de



Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK)

Datum: 04.12.2025

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 27	Folgeänderung zu § 30 SGB V	
2	§ 30	Einführung eines Anspruchs auf medizinische Notfallrettung <ul style="list-style-type: none">• Voraussetzung: Definition rettungsdienstlicher Notfall• Leistungsbestandteile: Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung und Notfalltransport• Notfallmanagement als Vermittlung der erforderlichen Hilfe auf der Grundlage einer digitalen standardisierten Abfrage einschließlich telefonischer Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen und Einbindung von Ersthelfern durch auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme• Notfallmedizinische Versorgung vor Ort und während des Transports durch nichtärztliches Fachpersonal und bei medizinischer Notwendigkeit durch Notärzte• Notfalltransport in nächste geeignete Einrichtung und medizinisch zwingende Verlegungen	<p>Der DBfK begrüßt ausdrücklich, dass mit § 30 SGB V erstmals ein eigenständiger Anspruch auf medizinische Notfallrettung geschaffen wird. Dies stellt einen wichtigen Schritt dar, um die Notfallversorgung näher am Versorgungsbedarf zu regeln. Gleichzeitig weist der DBfK darauf hin, dass Pflegefachpersonen im Gesetzestext bislang nicht in dem Maße berücksichtigt werden, wie es ihrer tatsächlichen Rolle in akuten Versorgungssituationen entspricht. Insbesondere in der ambulanten und stationären Langzeitpflege sind es häufig Pflegefachpersonen, die als erste Notfallsituationen erkennen, eine qualifizierte Ersteinschätzung treffen und notwendige Versorgungsentscheidungen vorbereiten. Diese Expertise muss sich auch in den gesetzlichen Grundlagen widerspiegeln.</p> <p>Darüber hinaus ist festzustellen, dass ein erheblicher Teil der Notfallsituationen nicht ausschließlich medizinischer Natur ist, sondern oftmals überwiegend pflegerische Bedarfe im Vordergrund stehen – etwa bei Stürzen, akuter Dehydrierung oder in vielen palliativen Krisen. In solchen Fällen ist eine ausschließlich medizinische Steuerung häufig nicht zielführend und kann zu vermeidbaren Krankenhouseinweisungen führen. Gerade hier können moderne telepflegerische Angebote sowie der gezielte Einsatz pflegefachlicher Expert:innen, insbesondere Community Health Nurses und Advanced Practice Nurses mit Schwerpunkt Notfallversorgung, eine bedarfsgerechte und schnell verfügbare Unterstützung sicherstellen und die Notfallstrukturen wirkungsvoll entlasten.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Zuzahlung 	<p>Änderungsvorschläge: Um die pflegerische Expertise im Einsatzfall verlässlich abzubilden, schlägt der DBfK vor, die pflegerischen Notfälle zu ergänzen sowie die Berufsgruppen, die derzeit unter dem Begriff des „nichtärztlichen Fachpersonals“ zusammengefasst werden, konkret um Pflegefachpersonen zu ergänzen.</p> <p>Formulierungsvorschlag:</p> <p>(1) Bei Vorliegen eines rettungsdienstlichen Notfalles haben Versicherte Anspruch auf medizinische oder pflegerische Notfallrettung durch einen Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1. Ein rettungsdienstlicher Notfall liegt vor, wenn aus objektiver Sicht hinreichende Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sich der Versicherte in unmittelbarer Lebensgefahr befindet oder eine lebensbedrohende Verschlechterung seines Gesundheitszustandes oder eine schwere gesundheitliche Schädigung des Versicherten zu befürchten ist, sofern nicht unverzüglich eine medizinische oder pflegerische Versorgung erfolgt.</p> <p>(2) Die medizinische Notfallrettung umfasst:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. das Notfallmanagement, 2. die notfallmedizinische und notfallpflegerische Versorgung, 3. den Notfalltransport. <p>Die aufgrund einer digitalen standardisierten Notrufabfrage getroffene Entscheidung zur Veranlassung der medizinischen oder pflegerischen Notfallrettung gilt als Nachweis des Vorliegens eines rettungsdienstlichen Notfalls nach Absatz 1 Satz 2 gegenüber der Krankenkasse</p> <p>(3) Das Notfallmanagement nach Absatz 2 Nummer 1 umfasst die Entgegennahme des medizinischen oder pflegerischen Hilfeersuchens und die Vermittlung der erforderlichen Hilfe auf der Grundlage einer digitalen standardisierten Abfrage. Es soll auch die telefonische und telemedizinische bzw. telepflegerische Notfallberatung, einschließlich der telefonischen Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen, sowie die Einbindung von Ersthelfern durch auf digitalen Anwendungen basierende</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Ersthelferalarmierungssysteme bei lebensbedrohlichen rettungsdienstlichen Notfällen umfassen.</p> <p>(4) Die Notfallversorgung notfallmedizinische Versorgung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 umfasst die aus medizinischer oder pflegerischer Sicht erforderliche, auch telemedizinische und telepflegerische Versorgung an dem Ort, an dem sich der Versicherte zum Zeitpunkt des medizinischen Notfalls befindet, und während eines Notfalltransports nach dem Stand der Wissenschaft durch nicht- ärztliches Fachpersonal, einschließlich Pflegefachpersonen mit entsprechender Qualifikation, und bei medizinischer Notwendigkeit durch Notärzte.</p> <p>(5) Der Notfalltransport nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 umfasst den aus medizinischer oder pflegerischer Sicht erforderlichen Transport in die grundsätzlich nächste geeignete Versorgungseinrichtung oder die aus zwingenden medizinischen oder pflegerischen Gründen erforderliche Verlegung von einer Einrichtung in eine andere Einrichtung, bei der aus medizinischer oder pflegerischer Sicht die Beförderung mit einem qualifizierten boden- oder luftgebundenen Rettungsmittel erforderlich ist. Der Anspruch umfasst nicht den Rücktransport in das Inland; § 18 bleibt unberührt.</p> <p>(6) Versicherte leisten zu jeder Leistung der medizinischen oder pflegerischen Notfallrettung nach Absatz 2 Nummer 2 und 3 eine Zuzahlung in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages. Die Krankenkasse zieht die Zuzahlung vom Versicherten ein oder übernimmt die Kosten unter Abzug des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages. Erfolgt unmittelbar nach der notfallmedizinischen oder notfallpflegerische Versorgung an dem Ort, an dem sich der Versicherte zum Zeitpunkt des medizinischen Notfalls befindet, auch ein Notfalltransport, gelten diese als eine einzige zuzahlungspflichtige Leistung.</p>
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	<p>Änderungsvorschläge: Um auch pflegerischen Gründe für Notfälle anzuerkennen, schlägt der DBfK vor, die pflegerischen Perspektive in den Absätzen (1) und (2) zu ergänzen.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Formulierungsvorschlag:</p> <p>(1) Versicherte haben in dem durch Absatz 2 bestimmten Umfang Anspruch auf Übernahme der Kosten für Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen oder pflegerischen Gründen notwendig sind. Welches Transportmittel genutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall.</p> <p>(2) Die Krankenkasse übernimmt nach Absatz 1 Satz 1 die Kosten für Krankentransporte und Krankenfahrten bei</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fahrten zur stationären Behandlung, 2. Fahrten im Zuge einer Verlegung <ul style="list-style-type: none"> a) in ein anderes Krankenhaus während einer stationären Behandlung, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen oder pflegerischen Gründen erforderlich ist oder soweit es zur Behandlung des Versicherten der besonderen Mittel des Krankenhauses der höheren Stufe nicht oder nicht mehr bedarf und die dortigen Versorgungskapazitäten für andere Patienten benötigt werden, b) in ein anderes Krankenhaus zur Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a oder c) in ein wohnortnahe Krankenhaus, wenn die Krankenkasse in die Verlegung eingewilligt hat, 3. Fahrten zu <ul style="list-style-type: none"> a) einer vor- oder nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach § 115a, b) einer ambulanten Operation im Krankenhaus nach § 115b oder c) einer ambulanten Operation in einer Vertragsarztpraxis einschließlich der hierzu erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen, jeweils innerhalb der in § 115a Absatz 2 Satz 1 bis 3 genannten Fristen, wenn dadurch eine aus medizinischen oder pflegerischen Gründen erforderliche vollstationäre

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>oder teilstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Absatz 1 vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese nicht ausführbar ist,</p> <p>4. Fahrten zu ambulanten Behandlungen, wenn</p> <p>a) aus medizinischer oder pflegerischer Sicht ein Krankentransport zwingend erforderlich ist oder</p> <p>b) ein besonderer Ausnahmefall vorliegt, den der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 festgelegt hat, und</p> <p>5. Fahrten zur Versorgung in einem Integrierten Notfallzentrum aufgrund einer mittels digitaler standardisierter Abfrage getroffenen Entscheidung, sofern die Fahrt nach den Umständen des Einzelfalls zwingend erforderlich ist; die Entscheidung mittels digitaler standardisierter Abfrage gilt als Verordnung dieser Leistung.</p>
4	§ 73	Folgeänderung zu § 60 SGB V	
5	§ 73b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
6	§ 75	<p>Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung • Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge 	<p>Der DBfK regt mit Nachdruck an, die laufenden gesetzgeberischen Prozesse – insbesondere das Befugniserweiterungs- und Entbürokratisierungsgesetz in der Pflege (BEEP) sowie das angekündigte APN-Gesetz – zu nutzen, um eine klare und verbindliche gesetzliche Grundlage für einen pflegerischen Sicherstellungsauftrag zu schaffen. Aus Sicht des DBfK ist es daher zwingend erforderlich, die pflegerische Expertise als Bestandteil des Sicherstellungsauftrags zu verankern und pflegerische Verantwortlichkeiten explizit in die Konzeption, Organisation und Durchführung der notdienstlichen Akutversorgung sowie der Akutleitstellen zu integrieren. Dabei darf nicht nur qualifiziertes nichtärztliches Personal, das nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung handelt, betrachtet werden. Vielmehr muss pflegefachliche Expertise als eigenständige Heilkundeausübung verstanden werden, wie es</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>neu im §15a SGB im BEEP geregelt ist. Dies gilt besonders für den geplanten ausgebauten aufsuchenden Dienstes.</p> <p>Community Health Nurses – ebenso wie Advanced Practice Nurses mit Schwerpunkt Notfallversorgung – können hier einen wesentlichen Beitrag leisten. Aufgrund ihrer kontinuierlichen, wohnortnahmen Arbeit verfügen sie über ein hohes Maß an klinischer Urteilsfähigkeit, erkennen kritische Verläufe frühzeitig, führen strukturierte Assessments durch und initiieren gezielte Interventionen, einschließlich der Aktivierung medizinischer Notfallstrukturen, der Anpassung pflegerischer Maßnahmen oder der Krisenstabilisierung im vertrauten Umfeld. Damit tragen sie entscheidend dazu bei, Notfälle zu vermeiden, Überlastung der Rettungsdienste zu verhindern und Versorgungslücken zu schließen. Entscheidend ist aus Sicht des DBfK, dass Pflegefachpersonen hier nicht lediglich unter ärztlicher Delegation arbeiten, sondern mit klar definiertem eigenen Verantwortungsprofil eine eigenständige Heilkundeausübung praktizieren.</p> <p>Der DBfK steht bereit, diesen Prozess kritisch-konstruktiv zu begleiten und seine pflegefachliche wie berufspolitische Expertise für die Weiterentwicklung einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen Sicherstellung pflegerischer Notfallversorgung einzubringen.</p>
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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
12	§ 92	Klarstellung, dass Richtlinie des G-BA nicht den Notfalltransport umfasst	
13	§ 105	Finanzierung der notdienstlichen Strukturen der KVen durch gemeinsam von KV und Krankenkassen zusätzlich zur Verfügung gestellten Betrag, Beitrag der PKV i.H.v. 7 %	
14	§ 115e	Folgeänderung zu §§ 30, 60 SGB V	
15	§ 116b	Folgeänderung zu § 90 SGB V	
16	§ 120	<ul style="list-style-type: none"> • Klarstellung zur Vergütung in den Notdienst einbezogener Ärzte aus Gesamtvergütung • Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie (Folgeänderung zu § 123c) 	
17	§ 123	<p>Integrierte Notfallzentren (INZ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion • Notaufnahme, Notdienstpraxis, Ersteinschätzungsstelle - optional Kooperationspraxis / statt Notdienstpraxis MVZ oder Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Nähe • Ersteinschätzung und Steuerung innerhalb des INZ, gegenseitige Datenübermittlung • Versorgungsvertrag mit Apotheken • Telemedizinische Anbindung an Fachärzte für Kinder- und 	<p>Im Zusammenhang mit der geplanten Einführung Integrierter Notfallzentren (INZ) sind Pflegefachpersonen sowie pflegerische Versorgungsstrukturen – wie ambulante Pflegedienste oder stationäre Pflegeeinrichtungen – bislang nicht als Kooperationspartner vorgesehen. Diese Auslassung wird der Versorgungsrealität nicht gerecht, da häufig auch pflegerische und medizinisch-pflegerische Notfälle einer akuten Behandlungsbedürftigkeit unterliegen. Die Einbindung von Advanced Practice Nurses und Community Health Nurses in das Notfallzentrum kann diese Notfälle entsprechend mit pflegefachlicher Expertise behandeln und ggf. eine ambulante Weiterbehandlung anordnen. In Integrierten Notfallzentren sollte für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen auch eine APN mit der Spezialisierung auf Pädiatrie zugelassen sein bzw. für die Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen eine APN mit der Spezialisierung auf Psychiatrie, die auf telemedizinische oder telefonische Konsilien von Fachärzten zugreifen kann.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Jugendmedizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie • Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung von INZ 	<p>Zudem ist sicherzustellen, dass INZ pflegerische Informations- und Übergabeprozesse verlässlich abbilden, damit die Anschlussversorgung – insbesondere bei pflegebedürftigen Menschen – ohne erneute Belastung der Notfallstrukturen gewährleistet werden kann. Die Einbindung von Advanced Practice Nurses oder Community Health Nurses innerhalb der INZ bietet darüber hinaus die Möglichkeit, eine fachlich hochqualifizierte Schnittstelle zur telepflegerischen Behandlung sowie zur pflegerischen Notfallversorgung gemäß § 30 SGB V dauerhaft zu etablieren.</p> <p>Formulierungsvorschlag:</p> <p>(1) [...]</p> <p>Vertragspartner des Integrierten Notfallzentrums können zudem zur Patientenversorgung geeignete, im Umkreis des jeweiligen Krankenhausstandortes gelegene zugelassene Ärzte, sowie-medizinische Versorgungszentren (Kooperationspraxen) sowie ambulante Pflegedienste, Einrichtungen der Langzeitpflege und weitere Leistungserbringer in der Pflege wie Community Health Nurses in die Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 einbeziehen. Die jeweilige Kooperationspraxis muss organisatorisch und technisch so mit dem Integrierten Notfallzentrum vernetzt sein, dass eine zeitlich nahtlose, rückverfolgbare und digitale Fallübergabe zwischen dem Integrierten Notfallzentrum und der Kooperationspraxis möglich ist.</p> <p>(2) [...]</p> <p>Wenn nach einer notdienstlichen Akutversorgung im Integrierten Notfallzentrum eine ambulante Weiterbehandlung erforderlich ist, bietet dieses den Patienten die Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer oder eines Leistungserbringens in der Pflege an. [...]</p> <p>(4) Integrierte Notfallzentren haben bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen eine Unterstützung durch telemedizinische oder telefonische Konsilien von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin zu gewährleisten,</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			wenn an ihrem Standort kein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche vorhanden ist. Zudem kann eine Advanced Practice Nurse mit der Profilbildung Pädiatrie eine Behandlung von Kindern und Jugendlichen durchführen und auf telemedizinische oder telefonische Dienste nach Satz 1 zugreifen. Sie haben darüber hinaus bei Hinweisen auf eine vorliegende psychische Erkrankung eine Unterstützung durch telemedizinische oder telefonische Konsilien von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie zu gewährleisten, wenn an ihrem Standort keine Fachabteilung für Psychiatrie vorhanden ist. Zudem kann eine Advanced Practice Nurse mit der Profilbildung Psychiatrische Versorgung eine Behandlung von psychischen Erkrankungen durchführen und auf telemedizinische oder telefonische Dienste nach Satz 3 zugreifen.
	§ 123a	Einrichtung von INZ <ul style="list-style-type: none"> • Standortbestimmung nach gesetzlichen Kriterien • Kooperationsvereinbarung, gesetzliche Vorgabe von Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxis, Schiedsregelungen bei Nichtzustandekommen • Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit in INZ durch KBV, DKG und GKV-SV 	
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	
	§ 123c	Ersteinschätzung <ul style="list-style-type: none"> • Vergütung ambulanter Behandlung für Krankenhäuser ohne INZ nur noch nach Ersteinschätzung, die die 	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<p>Unzumutbarkeit einer Verweisung an INZ festgestellt hat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Richtlinie des G-BA zu Vorgaben für standardisierte digitale Ersteinschätzung • Richtlinie regelt auch Mindestausstattungsanforderungen für Notdienstpraxen • Berichtspflicht G-BA zu Auswirkungen der Ersteinschätzung • EBM für Ersteinschätzung 	
18	§ 133	<p>Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nur nach Landesrecht vorgesehene oder beauftragte Leistungserbringer • Vergütungsverträge für Leistungen nach SGB V erforderlich • Transparenzpflicht bezüglich Kalkulationen • Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 SGB V • Schiedseinrichtung bei Nichtzustandekommen • Entsprechende Geltung für Krankentransporte • Übergangsregelung 	
	§ 133a	<p>Gesundheitsleitsystem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kooperationsvereinbarung zwischen Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116117 auf Antrag der Rettungsleitstelle 	<p>Komplementäre Dienste im Sinne von §133a, Absatz 4 müssen auch Dienste mit pflegerischer Kompetenz sein. Dazu gehört insbesondere der aufsuchende Dienst nach §75, der mit pflegerischer Expertise unter eigenständiger Heilkundeausübung durch Pflegefachpersonen ausgestattet sein muss.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Verbindliche Absprache, wer welche Fälle übernimmt, und Abstimmung der Abfragesysteme • Medienbruchfreie Übergabe von Fällen und Daten • Schnittstelle durch KBV zur Verfügung zu stellen • Gemeinsames Qualitätsmanagement der Kooperationspartner • Vermittlung von Krankentransporten und medizinischen komplementären Diensten sowie sonstigen komplementären Diensten für vulnerable Gruppe oder krisenhafte Situationen • Bericht KBV zu Entwicklung der Gesundheitsleitsysteme 	
	§ 133b	<p>Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gremium bei GKV-SV, paritätisches Stimmengewicht zwischen GKV-SV und Ländervertretern, nicht stimmberechtigte Vertreter von Spitzenverbänden der Leistungserbringer und Fachverbänden und Fachgesellschaften sowie BMG • Fachliche Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung; bei Nichtzustandekommen Ersatzvornahme BMG • Empfehlungen zur Übermittlung der Daten der Leistungserbringer zur 	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<p>Qualitätssicherung, Rechtsverordnung durch BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spezifikationen für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation unter Beteiligung von KBV, DKG und KIG, Rechtsverordnung durch BMG 	
	§ 133c	<p>Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verpflichtende digitale Notfalldokumentation für alle Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätennachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung • Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme 	
	§ 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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 133f	Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung <ul style="list-style-type: none"> • Finanzierung von Investitionen in digitale Infrastruktur von 2027 bis 2031 aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes • Abwicklung durch GKV-SV, Richtlinie im Benehmen mit den Ländern zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen • Bezeichnete Investitionen können ausschließlich über diesen Weg gefördert werden 	
	§ 133g	Koordinierende Leitstelle: Möglichkeit für Landesbehörden, einer einzelnen Leitstelle überregionale Aufgaben zuzuweisen	
19	§ 140f	Antragsrecht Patientenvertretung	
20	§ 291b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
21	§ 294a	Mitteilungspflicht zu vorrangigen Schadensersatzansprüchen auch für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung	
22	§ 302	Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Datenübermittlungspflicht	
23	§ 354	Fernzugriff auf ePA durch Leitstellen	
24	§ 370a	Redaktionelle Folgeänderung	
25	§ 377	Redaktionelle Folgeänderung	

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

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

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 10: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
	§ 19a	Gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe	
			Art. 11: Inkrafttreten
	Ggf. weitere Anmerku ngen		