

Änderungsanträge
der Abgeordneten der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Ausschuss für
Gesundheit
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung
(BT-Drs. 21/6808)

ÄA	Art.	Gesetz	Stichwort	Kurzbeschreibung	S.
1	Art. 1 Nr. 1	§ 15b SGB V (neu)	Erweiterte heilkundliche Kompetenzen in Notfallsituationen	Eigenverantwortliche Heilkundenausübung von Pflegefachpersonen und Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern in klar definierten Notfallsituationen	6
2	Art. 1 Nr. 2	§ 30 SGB V	Spezielle ambulante Notfallversorgung	- Eigener Leistungsbereich für die Versorgung komplexer ambulanter Notfälle - Vermeidung stationärer Aufnahmen und Sicherstellung einer bedarfsgerechten ambulanten Weiterbehandlung	8
3	Art. 1 Nr. 2	§ 30 SGB V	Landeseinheitliche Notrufabfrage	Ergänzung in § 30, dass für die Leistungserbringung des Notfallmanagement die standardisierte Notrufabfrage landeseinheitlich sein muss	10
4	Art. 1 Nr. 2	§ 30 SGB V	Vorbeugender Rettungsdienst	Ergänzung der Notfallversorgungsleistung um Leistungen des vorbeugenden Rettungsdienstes	11
5	Art. 1 Nr. 7	§ 75 SGB V	Konkretisierung der Kooperationsmöglichkeiten	Klarstellung, dass Kooperationen mit Trägern und Leistungserbringern des Rettungsdienstes abgeschlossen werden können.	12

6	Art. 1 Nr. 7	§ 75 SGB V	Verbindliche Terminvermittlung nach INZ-Versorgung	• Sicherstellung einer zeitnahen ambulanten Weiterbehandlung • Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Terminvermittlung im Entlassmanagement	13
7	Art. 1 Nr. 7	§ 75 SGB V	Bundeseinheitliche Fallübergabe in der KV	• Verpflichtung der KBV zur Bereitstellung eines bundeseinheitlichen Systems der Fallübergabe innerhalb des KV-Notfall- und Akutdienstes	14
8	Art. 1 Nr. 7	§ 75 SGB V	Digitale Fallübergabe	• Bundesweit einheitliche Standards für die digitale Fallübergabe • Medienbruchfreie Übermittlung und Weiterverarbeitung der Erstein-schätzungsdaten	15
9	Art. 1 Nr. 7	§ 75 SGB V	Qualitätsanforderungen an telemedizinische Leistungen	• Bundesweite Qualitätsstandards für telemedizinische Leistungen • Standardisierte Anforderungen an Qualifikation, technische Ausstattung, Dokumentation und Qualitätssicherung	16
10	Art. 1 Nr. 14 (neu)	§§ 101, 123a und 123b SGB V	Bundeseinheitliche Kriterien für die Einrichtung von INZ und KINZ	• Die Kriterien zur Einrichtung von INZ und KINZ sollen bundeseinheitlich geregelt werden • Die Landesausschüsse müssen diese bei der Auswahl der Standorte berücksichtigen	17
11	Art. 1 Nr. 14 (neu)	§ 115a SGB V	Vorstationäre Vergütung bei Zuweisung durch den Rettungsdienst	• Ermöglichung zur Abrechnung vorstationärer Fälle bei Zuweisung von Patientinnen und Patienten in Krankenhäuser mit	19

				INZ durch den Rettungsdienst	
12	Art. 1 Nr. 7, 18 und 19	§§ 75, 123c, 133a und 133d SGB V	Transsektorale Qualitätssicherung und bundesweites Benchmarking	• Einführung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung • Nutzung standardisierter Qualitätsindikatoren und regionaler Vergleichsauswertungen (Benchmarking)	20
13	Art. 1 Nr. 18	§ 123a SGB V	Vorrangige Berücksichtigung der BG-Kliniken bei der Einrichtung von INZ	• Regelung für vorrangige Berücksichtigung von BG-Kliniken bei der Einrichtung von INZ analog der Bundeswehrkrankenhäuser	22
14	Art. 1 Nr. 18	§ 123b SGB V	Verbindliches Qualitätsmanagement für Integrierte Notfallzentren	• Verpflichtendes einrichtungsübergreifendes Qualitätsmanagement • Standardisierte Zusammenarbeit und gemeinsame Qualitätsanalysen	23
15	Art. 1 Nr. 18	§ 123c SGB V	Verbindlichkeit der Ersteinschätzung	• Grundsätzliche Verbindlichkeit der standardisierten Ersteinschätzung • Dokumentationspflicht bei begründeten Abweichungen	24
16	Art. 1 Nr. 18	§ 123c SGB V	Weiterentwicklung der Ersteinschätzung	• Regelmäßige wissenschaftliche Evaluation der Ersteinschätzungsverfahren • Fortentwicklung anhand aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse	25
17	Art. 1 Nr. 19	§§ 133a–133f SGB V	Verbindliche Interoperabilität	• Verbindliche Interoperabilitätsstandards mit Umsetzungsfrist	26
18	Art. 1 Nr. 19	§ 133b SGB V	Katalog der Rahmenempfehlungen	• Erweiterung und Konkretisierung des Katalogs der Rahmenempfehlungen, u.a. zu Leitstellen und	28

				Ärztlicher Leitung Rettungsdienst	
19	Art. 1 Nr. 19	§ 133b SGB V	Transparenz des Fachgremiums	• Veröffentlichung der Empfehlungen des Fachgremiums • Jährlicher Tätigkeitsbericht an das Bundesministerium für Gesundheit	30
20	Art. 1 Nr. 19	§ 133b SGB V	Verbindlichkeit der Empfehlungen des Fachgremiums	• Empfehlungen des Fachgremiums sind grundsätzlich zu berücksichtigen • Abweichungen sind zu dokumentieren und zu begründen	31
21	Art. 1	§ 133h SGB V	Weiterentwicklung des AED-Katasters	• Einheitliche Standards und Qualitätssicherung des AED-Katasters • Interoperable Anbindung und wissenschaftliche Nutzung der Daten	32
22	Art. 1 Nr. 19	§ 133c SGB V	Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht für Leistungserbringer des Notfallmanagements	• Einführung einer Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht für Hilfsersuchen und Dispositionsentscheidungen der Leistungserbringer des Notfallmanagements	33
23	Art. 1 Nr. 19, Art. 3 Nr. 40	§§ 133d und 354 SGB V	Verknüpfung von Notfallversorgungs- daten	• Datenschutzkonforme Zusammenführung relevanter Daten • Verbesserung von Qualitätssicherung und Versorgungsforschung	34
24	Art. 4 und 5	AMG / Medizinprodukte- Abgabe-verordnung	Arzneimittel- und Medizinprodukte- abgabe im aufsuchenden Bereitschaftsdienst	• Erweiterung der Abgabebefugnis auf den aufsuchenden ärztlichen Bereitschaftsdienst • Verbesserung der Arzneimittelversorgung im Hausbesuch	35
25	Art. 11 neu	Krankenhaus- finanzierungs-gesetz (KHG)	Vorhaltefinanzierung von Notaufnahmen	• Um die Notfallversorgung flächendeckend sicherzustellen, wird eine	37

				Vorhaltefinanzierung für ärztliche Personalkosten in Notaufnahmen eingeführt	
--	--	--	--	--	--

Änderungsanträge

**der Abgeordneten der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Ausschuss für
Gesundheit**

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (BT-Drs. 21/6808)

Der Ausschuss für Gesundheit möge beschließen:

Änderungsantrag Nr. 1

Zu Artikel 1 Nummer 1 (§§ 15a, 15b SGB V)

(Erweiterte heilkundliche Kompetenzen in Notfallsituationen)

Artikel 1 Nummer 1 wird wie folgt geändert:

1. Vor Nummer 1 wird die folgende Nummer 1a eingefügt:

„1a. Nach § 15a wird der folgende § 15b eingefügt:

„§ 15b

Erweiterte heilkundliche Kompetenzen in Notfallsituationen

(1) Pflegefachpersonen, die über eine besondere notfall- oder akutmedizinische Qualifikation verfügen, sowie Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter mit einer besonderen notfall- oder akutmedizinischen Qualifikation können heilkundliche Leistungen im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Buch eigenverantwortlich erbringen, sofern sie über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen verfügen.

(2) Die erforderlichen fachlichen Kompetenzen liegen insbesondere dann vor, wenn sie

1. aufgrund einer nach dem Pflegeberufegesetz oder dem Notfallsanitätergesetz vorgeschriebenen beruflichen oder hochschulischen Ausbildung oder
2. aufgrund einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung erworben wurden und gemäß gesetzlicher Vorgaben oder landeseinheitlicher Erhaltungsqualifikationen regelmäßig überprüft werden.

(3) Die eigenverantwortliche Erbringung heilkundlicher Leistungen nach Absatz 1 ist zulässig, wenn

1. bei einem Notfall- oder Akutpatientenzustand eine unmittelbare notfallpflegerische oder notfallsanitätsdienstliche Versorgung mindestens vorübergehend erforderlich ist und ohne diese eine unmittelbare und hinreichend wahrscheinliche Verschlechterung des Patientenzustandes angenommen oder nicht ausgeschlossen werden kann, und
2. andere geeignetere Versorgungsformen nicht in angemessener Zeit zur Verfügung stehen oder einen unverhältnismäßig großen Aufwand oder zusätzliche Risiken für die Patientin oder den Patienten mit sich bringen würden.

(4) Die heilkundlichen Maßnahmen nach Absatz 1 umfassen auch solche, die über die in den nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und § 112a Absatz 1 vereinbarten Katalogen genannten Leistungen hinausgehen, soweit und solange dies zur Abwendung einer hinreichend wahrscheinlichen akuten Gefahr für Leben oder einer erheblichen Einschränkung der Gesundheit erforderlich ist.

(5) Die Maßnahmen erfolgen unbeschadet der Gesamtverantwortung der Ärztinnen und Ärzte für die medizinische Versorgung.

(6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Näheres zu Inhalt, Umfang und Anerkennung der in Absatz 2 genannten Qualifikationen sowie zu Verfahren der staatlichen Kompetenzfeststellung nach Absatz 2 Nummer 3 zu regeln.

(7) § 15b gilt ergänzend zu § 15a dieses Gesetzes und zu den Regelungen des Notfallsanitätergesetzes.“

2. Die bisherige Nummer 1 wird zu Nummer 1b.

Begründung:

Mit der Einführung eines neuen § 15b SGB V wird eine rechtliche Grundlage geschaffen, die Pflegefachpersonen mit besonderer notfall- oder akutmedizinischer Qualifikation sowie Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern mit entsprechender Qualifikation eine eigenverantwortliche Heilkundenausübung in klar definierten Notfallsituationen ermöglicht. Das stellt einen wesentlichen Beitrag zur Patientensicherheit, zur Entlastung ärztlicher Ressourcen und zur Weiterentwicklung einer modernen und effizienten Notfallversorgung dar.

Änderungsantrag Nr. 2

Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 30 SGB V)

(Spezielle ambulante Notfallversorgung)

Artikel 1 Nummer 2 wird wie folgt geändert:

§ 30 wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 2 wird in Nummer 2 die Angabe „und“ durch ein Komma ersetzt und die folgenden Nummer 3 und 4 eingefügt:

„3. den Notfalltransport und

4. die spezielle ambulante Notfallversorgung.

2. Nach Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:

„(6) Die spezielle ambulante Notfallversorgung (SANV) nach Absatz 2 Nummer 4 umfasst geeignete spezialisierte ambulante Versorgungsangebote, hierzu zählen unter anderem notfallpflegerische Leistungen, psychische Notfallhilfen, akute palliative Notfallversorgung sowie Leistungen einer fachgerechten Versorgung außerklinischer, geburtshilflicher Notfälle und des vorbeugenden Rettungsdienstes. Die Leistungen müssen durch Gesundheitsfachpersonen durchgeführt werden. Die für das Notfallmanagement nach Absatz 3 zuständigen Stellen haben die Vermittlung dieser Leistungen für den Bedarfsfall in geeigneter Weise sicherzustellen.“

3. Der bisherige Absatz 6 wird zu Absatz 7.

Begründung:

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einem akuten Behandlungsbedarf, der zwar keine stationäre Aufnahme erfordert, aber über die Möglichkeiten der regulären vertragsärztlichen Versorgung und Versorgung durch den Rettungsdienst hinausgeht, ist durch die im aktuellen Gesetzesentwurf beschriebenen Leistungsbereiche nicht ausreichend abgedeckt. Ohne eine Ergänzung der im Gesetz vorgesehenen Regelungen für die Notfallversorgung vor Ort, wird die Einbindung der weiteren nötigen Dienste in die Notfallversorgungsstrukturen gehemmt und die für die Realisierung des Einsparpotenziales und der Entlastung des Einsatzkräfte notwendigen strukturellen Veränderungen bleiben aus. Es bedarf deshalb der Einführung eines eigenen Leistungsbereichs der speziellen ambulanten Notfallversorgung (SANV) um diese Versorgungslücke zu schließen. Die SANV ermöglicht, dass eine notfallmedizinische Versorgung je nach medizinischem Bedarf auch durch eine spezialisierte ambulante

Versorgungsangebote erfolgen kann. Dies können etwa Angebote der notfallpflegerischen oder notfallpalliativen Versorgung, der psychischen Notfallhilfe, des vorbeugenden Rettungsdienstes, der notfallmäßigen außerklinischen geburtshilflichen Versorgung oder Gemeindenotfallsanitäter sein. Spezialisierte ambulante Versorgungsangebote erlauben eine zielgerichtete Reaktion auf die speziellen Bedürfnisse der Hilfesuchenden und können mit spezialisierter Erfahrung und gegebenenfalls größerer zeitlicher Freiheit eine angemessene Versorgung der Patientinnen und Patienten bieten. Der Rettungsdienst wird hierdurch entlastet und unnötige Krankenhauseinweisungen verhindert.

Änderungsantrag Nr. 3

Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 30 SGB V)

(Landeseinheitliche Notrufabfrage)

Artikel 1 Nummer 2 wird wie folgt geändert:

§ 30 wird wie folgt geändert:

In Absatz 3 wird in Satz 3 nach der Angabe „auf Grundlage einer“ die Angabe „landeseinheitlichen“ eingefügt.

Begründung:

Der Regierungsentwurf sieht in § 30 Absatz 3 Satz 3 vor, dass die Leistung des Notfallmanagements nach Ablauf der Übergangsfrist nur noch erbracht wird, wenn die Hilfevermittlung auf Grundlage einer softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage erfolgt. Die Anforderung der Standardisierung bezieht sich dabei auf das Abfrageprotokoll selbst, nicht auf die Einheitlichkeit des eingesetzten Systems innerhalb eines Landes. Es ist damit zulässig, dass verschiedene Rettungsleitstellen desselben Landes unterschiedliche Softwaresysteme nutzen, sofern diese einem gemeinsamen Protokollstandard genügen. Dies ist unzureichend. Die Reform setzt für ihre Kernfunktion, die koordinierte Patientensteuerung zwischen Rettungsleitstelle und Akutleitstelle im Gesundheitsleitsystem nach § 133a, voraus, dass die Abfragesysteme auf 112-Seite und die Ersteinschätzungssysteme auf 116117-Seite so aufeinander abgestimmt werden können, dass übereinstimmende Bewertungen des Gesundheitszustandes eines Hilfesuchenden entstehen (§ 133a Absatz 2 Nummer 1). Diese Abstimmung ist technisch erheblich aufwändiger, wenn Rettungsleitstellen innerhalb desselben Landes unterschiedliche proprietäre Systeme betreiben, selbst wenn diese nominell demselben Protokollstandard entsprechen. Schnittstellenprobleme zwischen Systemen verschiedener Anbieter sind in der Praxis ein wesentlicher Grund für Brüche in der digitalen Fallübergabe. Darüber hinaus erfordert die Qualitätssicherung im Rahmen des Fachgremiums nach § 133b, dass Abfragedaten leitstellenübergreifend ausgewertet und verglichen werden können. Dies setzt zumindest auf Landesebene eine einheitliche Datenbasis und Systemkompatibilität voraus.

Die Einfügung des Wortes "landeseinheitlichen" stellt sicher, dass innerhalb eines Landes eine gemeinsame technische Grundlage für die Notrufabfrage besteht. Die Formulierung respektiert dabei die verfassungsrechtliche Kompetenzverteilung: Der Rettungsdienst ist Ländersache; eine bundeseinheitliche Systemvorgabe würde in das Landesorganisationsrecht eingreifen. Landeseinheitlichkeit ist die sachgerechte und bundesstaatlich konforme Minimalanforderung, um die Koordinationsarchitektur des Regierungsentwurfs technisch funktionsfähig zu machen.

Änderungsantrag Nr. 4

Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 30 SGB V)

(Vorbeugender Rettungsdienst)

Artikel 1 Nummer 2 wird wie folgt geändert:

§ 30 wird wie folgt geändert:

In Absatz 4 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:

„Die notfallmedizinische Versorgung umfasst auch Leistungen des vorbeugenden Rettungsdienstes.“

Begründung:

Der aktuelle Regierungsentwurf definiert in § 30 Absatz 4 SGB V den Inhalt der notfallmedizinischen Versorgung als reaktive Versorgungsleistung am Notfallort. Leistungen des vorbeugenden Rettungsdienstes, also rettungsdienstliche Maßnahmen zur Verhinderung von (erneuten) Notfalleinsätzen und zur Versorgung sogenannter Frequent User (Vielnutzer), finden im Normtext keine verbindliche Rechtsgrundlage. Diese Lücke ist versorgungspolitisch und finanzierungsrechtlich problematisch. Ohne ausdrückliche normative Verankerung im Leistungsrahmen des § 30 SGB V fehlt den Leistungs- und Kostenträgern die hinreichend konkrete Rechtsgrundlage, um Angebote des vorbeugenden Rettungsdienstes verbindlich in Entgeltverträgen nach § 133 SGB V zu verankern und flächendeckend einzuführen. Die im Regierungsentwurf beschriebenen Effizienzpotenziale bei der Einsatzsteuerung lassen sich ohne systematische Finanzierungsgrundlage nicht realisieren.

Der hier vorgeschlagene neue Satz 2 in § 30 Absatz 4 stellt klar, dass die notfallmedizinische Versorgung auch Leistungen des vorbeugenden Rettungsdienstes umfasst. Hierunter fallen insbesondere aufsuchende Nachversorgungseinsätze nach abgeschlossenem Rettungsdiensteinsatz, präventive Hausbesuche bei Frequent Usern/Vielnutzern des Rettungsdienstes sowie strukturiertes Fallmanagement zur Verhinderung vermeidbarer Folgeeinsätze, soweit diese durch nach § 133 Absatz 1 zugelassene Leistungserbringer erbracht werden. Die Einfügung erfolgt bewusst als Klarstellung innerhalb des Absatzes 4 und nicht als gesonderter Leistungsbereich. Sie schafft die gesetzlich notwendige Mindestverankerung, damit Leistungserbringer und Kostenträger Angebote des vorbeugenden Rettungsdienstes in Entgeltverträge aufnehmen können.

Änderungsantrag Nr. 5

Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 75 Absatz 1b SGB V)

(Konkretisierung der Kooperationsmöglichkeiten)

Artikel 1 Nummer 7 wird wie folgt geändert:

In § 75 Absatz 1b wird Satz 8 durch den folgenden Satz 8 ersetzt:

„Wenn und soweit Landesrecht dies zulässt, können sie hierfür Kooperationen mit den Trägern und den Leistungserbringern des Rettungsdienstes eingehen.“

Begründung:

Die Änderung dient der Klarstellung der Kooperationsregelungen im Rahmen des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen für den aufsuchen Dienst. Durch die Neufassung wird klargestellt, dass sowohl mit den Trägern als auch mit den Leistungserbringern des Rettungsdienstes Kooperationen zur Sicherstellung des aufsuchenden Dienstes möglich sind.

Änderungsantrag Nr. 6

Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 75 Absatz 1a SGB V)

(Verbindliche Terminvermittlung im Rahmen des Entlassmanagements nach Versorgung im Integrierten Notfallzentrum)

Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe a wird wie folgt geändert:

1. Nach Doppelbuchstabe dd wie folgt ergänzt:

dd) Nach Satz 5 wird folgender Satz 6 eingefügt:

„Soweit im Anschluss an die Versorgung in einem Integrierten Notfallzentrum oder einem Integrierten Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche eine zeitnahe ambulante Weiterbehandlung medizinisch erforderlich ist, stellt die Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen des Entlassmanagements die Vermittlung eines entsprechenden Behandlungstermins sicher.“

2. Die bisherigen Doppelbuchstaben dd bis ff werden zu den Doppelbuchstaben ee bis gg.

Begründung:

Ein wesentlicher Bestandteil einer funktionierenden Akut- und Notfallversorgung ist die nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in die erforderliche ambulante Weiterbehandlung. Der Gesetzentwurf stärkt die Steuerung innerhalb der Akutversorgung, enthält jedoch keine ausdrückliche Verpflichtung zur Sicherstellung notwendiger Folgetermine nach der Behandlung in einem Integrierten Notfallzentrum. Die vorgeschlagene Regelung verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen, im Rahmen des Entlassmanagements die Vermittlung medizinisch notwendiger Folgetermine sicherzustellen. Dadurch werden Versorgungslücken nach der Akutbehandlung vermieden, die Kontinuität der Behandlung verbessert und unnötige erneute Inanspruchnahmen von Notaufnahmen reduziert. Die Patientinnen und Patienten wissen konkret, wann sie sich bei wem wieder vorstellen müssen. Die Regelung beschränkt sich ausdrücklich auf medizinisch erforderliche Weiterbehandlungen nach einer Versorgung im Integrierten Notfallzentrum oder im Integrierten Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche. Eine allgemeine Terminvermittlung für alle vertragsärztlichen Leistungen ist damit nicht verbunden.

Änderungsantrag Nr. 7

Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 75 Absatz 1b SGB V)

(Bundeseinheitliche Fallübergabe in der KV)

Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe b wird wie folgt geändert:

In § 75 Absatz 1b werden nach Satz 15 die folgenden Sätze 16 und 17 eingefügt:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt den Kassenärztlichen Vereinigungen bis zum 31. Dezember 2027 ein einheitliches softwaregestütztes System zur Fallübergabe und Dokumentation der Versorgung durch den Ärztlichen Bereitschaftsdienst, die Akutleitstellen und die Behandlung in einer Notdienstpraxis eines Integrierten Notfallzentrums zur Verfügung, welches die digitale Fallübergabe bei einer Weiterleitung an eine weiterführende Versorgungseinrichtung über technische Schnittstellen sicherstellt. Bei der Bereitstellung des Systems ist die Kompatibilität mit der Telematikinfrastruktur sicherzustellen.“

Begründung:

Die digitale Fallübergabe zwischen den Akteuren der notdienstlichen Akutversorgung, insbesondere zwischen Ärztlichem Bereitschaftsdienst, Akutleitstellen und Notdienstpraxen in Integrierten Notfallzentren, ist eine strukturelle Grundvoraussetzung für die sektorenübergreifende Koordination, die der Regierungsentwurf programmatisch anstrebt. Ohne ein bundeseinheitliches, technisch kompatibles System zur Dokumentation und Fallübergabe bleibt der angestrebte medienbruchfreie Informationsfluss zwischen diesen Versorgungsebenen faktisch nicht realisierbar. Der Regierungsentwurf enthält in § 75 Absatz 1b keine Verpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, ein solches System zentral bereitzustellen. Die Folge wäre eine dezentrale, technisch heterogene Systemlandschaft auf KV-Ebene, die Interoperabilität strukturell erschwert und bundeseinheitliche Qualitätsstandards bei der Patientensteuerung untergräbt. Die im Regierungsentwurf an anderer Stelle vorgesehenen digitalen Schnittstellen, etwa über §133d oder die Kooperationsvereinbarungen nach §123a, setzen das Vorhandensein eines funktionsfähigen Basissystems auf KV-Ebene voraus, ohne dessen Bereitstellung normativ sicherzustellen.

Die vorgeschlagene Ergänzung des § 75 Absatz 1b verpflichtet deshalb die Kassenärztliche Bundesvereinigung, bis zum 31. Dezember 2027 ein einheitliches softwaregestütztes System zur Fallübergabe und Dokumentation der Versorgungsleistungen im Bereich der notdienstlichen Akutversorgung bereitzustellen.

Änderungsantrag Nr. 8

Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 75 Absatz 1b SGB V)

(Verbindliche Standards für die digitale Fallübergabe zwischen Akutleitstellen und Leistungserbringern des Notfallmanagements)

Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe b wird wie folgt geändert:

In § 75 Absatz 1b wird nach Satz 17 folgender Satz 18 eingefügt:

„Die digitale Fallübergabe zwischen der Akutleitstelle und den Leistungserbringern des Notfallmanagements erfolgt nach bundeseinheitlichen technischen und semantischen Standards. Es ist sicherzustellen, dass die im Rahmen der standardisierten Ersteinschätzung erhobenen Daten vollständig, strukturiert und medienbruchfrei übermittelt und von den empfangenden Systemen ohne erneute Datenerfassung weiterverarbeitet werden können.“

Begründung:

Die digitale Vernetzung der Akutleitstellen mit den Leistungserbringern des Notfallmanagements ist eine wesentliche Voraussetzung für eine effiziente Patientensteuerung. Der Gesetzesentwurf sieht eine digitale Fallübergabe vor, enthält jedoch keine näheren Anforderungen an deren technische und semantische Ausgestaltung. Bundeseinheitliche Standards gewährleisten, dass die im Rahmen der standardisierten Ersteinschätzung erhobenen Informationen ohne Medienbrüche zwischen den beteiligten Systemen übertragen und weiterverarbeitet werden können. Doppeluntersuchungen, Informationsverluste und vermeidbare Verzögerungen werden hierdurch reduziert. Die Regelung stärkt die Interoperabilität der digitalen Notfallversorgung und schafft die Voraussetzungen für eine bundesweit einheitliche Umsetzung der digitalen Fallübergabe und verbessert zugleich die Kontinuität der Patientenversorgung an den Schnittstellen zwischen den Leistungserbringern.

Änderungsantrag Nr. 9

Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 75 Absatz 1b SGB V)

(Qualitätsanforderungen an telemedizinische Leistungen der Akut- und Notfallversorgung)

Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe b wird wie folgt geändert:

In § 75 Absatz 1b wird nach Satz 18 folgender Satz 19 eingefügt:

„Die telemedizinischen Leistungen nach diesem Absatz sind nach bundeseinheitlichen Qualitätsstandards zu erbringen. Diese umfassen insbesondere Anforderungen an die Qualifikation des eingesetzten medizinischen Personals, die technische Ausstattung, die Durchführung der telemedizinischen Behandlung sowie die Dokumentation und Qualitätssicherung.“

Begründung:

Der Gesetzesentwurf sieht eine flächendeckende telemedizinische Versorgung im Rahmen der Akutversorgung vor. Telemedizinische Leistungen werden damit zu einem wesentlichen Bestandteil der Patientensteuerung und Erstversorgung. Um bundesweit eine einheitlich hohe Versorgungsqualität sicherzustellen, sollten für diese Leistungen verbindliche Qualitätsstandards gesetzlich vorgegeben werden. Hierzu gehören insbesondere Anforderungen an die Qualifikation des eingesetzten medizinischen Personals, die technische Ausstattung, die Durchführung der telemedizinischen Behandlung sowie eine einheitliche Dokumentation und Qualitätssicherung. Die Regelung schafft bundesweit vergleichbare Qualitätsmaßstäbe für telemedizinische Leistungen, stärkt die Patientensicherheit und fördert die Akzeptanz der telemedizinischen Versorgung als gleichwertigen Bestandteil der Akut- und Notfallversorgung.

Änderungsantrag Nr. 10

Zu Artikel 1 Nummer 14 (§§ 101, 123a, 123b SGB V)

(Bundeseinheitliche Kriterien zur Einrichtung von INZ und KINZ)

1. In Artikel 1 wird nach Nummer 13 eine neue Nummer 14 wie folgt ergänzt:

„14. In § 101 Absatz 1 Satz 1 wird folgende Nummer 7 eingefügt:

„7. Bundeseinheitliche Vorgaben für die Standortbestimmung von Integrierten Notfallzentren und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche gemäß §§ 123a und 123b.“

2. In § 123a Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „Bundeswehrkrankenhäuser“ die folgende Angabe eingefügt: „auf Grundlage der bundeseinheitlichen Vorgaben gemäß § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7“

3. In Artikel 1 der bisherigen Nummer 18 wird in § 123b Absatz 1 Satz 1 nach der Angabe „Kinder und Jugendliche“ die folgende Angabe eingefügt: „auf Grundlage der bundeseinheitlichen Vorgaben gemäß § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7“

Begründung:

§ 123a Abs. 1 und § 113b Absatz 1 SGB V im Gesetzesentwurf überlassen die Festlegung der INZ und KINZ-Standorte dem erweiterten Landesausschuss im Sinne des § 90 Abs. 4a SGB V. Der Entwurf nennt zwar Festlegungskriterien (Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten für 95 Prozent der zu versorgenden Menschen, Zahl der zu versorgenden Menschen, ÖPNV-Anbindung, Bestehen einer KV-Notdienstpraxis sowie Möglichkeiten der Einbeziehung von Kooperationspraxen, § 123a Abs. 1 Satz 4 SGB V neu), beschränkt diese aber auf eine Berücksichtigungspflicht. Bundeseinheitliche, fachlich konsenterte und verbindliche Vorgaben für strukturelle, fachliche und transsektorale Anforderungen an INZ- und KINZ-Standorte (insbesondere Mindestkriterien der notfallmedizinischen Vorhaltung, Anbindung an Rettungsdienst und Akutleitstelle, etc.) fehlen. Dies birgt das Risiko einer regional heterogenen Ausgestaltung, die der mit der Reform angestrebten bundeseinheitlichen Versorgungsqualität entgegenwirkt und die Vergleichbarkeit der INZ- und KINZ-Versorgung dauerhaft erschwert. Mit der Änderung werden verbindliche bundeseinheitliche Kriterien für die Ausweisung Integrierter Notfallzentren und Integrierter Notfallzentren für Kinder und Jugendliche als Grundlage der Landesentscheidungen verankert. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält über Nummer 7 in § 101 Abs. 1 SGB V den Auftrag, diese Kriterien unter Mitwirkung der Bundesländer, der Trägerverbände, der Patientenvertretung und der notfallmedizinischen Fachgesellschaften zu beschließen.

Für KINZ sind in den bundesweit einheitlich festzulegenden Kriterien insbesondere folgende Punkte zu berücksichtigen:

- eine qualifizierte pädiatrische Ersteinschätzung,
- standardisierte Behandlungspfade für Kindernotfälle,
- die jederzeitige Einbindung kinder- und jugendmedizinischer Fachkompetenz, einschließlich telemedizinischer Konsultationsmöglichkeiten.

Änderungsantrag Nr. 11

Zu Artikel 1 Nummer 15 (§ 115a SGB V)

(Vorstationäre Vergütung bei Zuweisung durch den Rettungsdienst)

1. Artikel 1 Nummer 15 wird wie folgt geändert:

In § 115a Absatz 1 wird nach Nummer 2 folgender Satz eingefügt:

„Die Behandlung nach Satz 1 Nummer 1 ist auch bei Zuweisung der Versicherten durch den Rettungsdienst zulässig, wenn das Krankenhaus über ein Integriertes Notfallzentrum nach §123 verfügt.“

2. Die bisherigen Nummern 14 bis 27 werden zu den Nummern 16 bis 29.

Begründung:

Aktuell kann ein Krankenhaus die Versorgung eines Patienten oder einer Patientin nur als vorstationäre Behandlung abrechnen, wenn hierfür eine Verordnung zur Krankenhausbehandlung z.B. aus der Vertragsärzteschaft vorliegt. Der Behandlung in diesem Rahmen geht also eine medizinische Voruntersuchung voraus, die eine Verordnung zur Krankenhausbehandlung aufgrund des medizinischen Bedarfs zur Folge hat. Bei Zuweisung einer Patientin oder eines Patienten durch den Rettungsdienst kann, trotz vorheriger medizinischer Untersuchung, mit dem Ergebnis der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung, nur ambulant bzw. vollstationär abgerechnet werden. Dies verstärkt die Problematik defizitärer Notaufnahmestrukturen und stellt einen Anreiz für medizinisch nicht notwendige vollstationäre Aufnahmen. Es bedarf deshalb einer Ergänzung in § 115a, der auch bei Zuweisung durch den Rettungsdienst eine vorstationäre Abrechnung ermöglicht.

Änderungsantrag Nr. 12

Zu Artikel 1 Nummer 18 und Nummer 19 und Artikel 2 (§§ § 75 Absatz 1e, 123c Absatz 1, 133a, 133d SGB V)

(Transsektorale Qualitätssicherung und bundesweites Benchmarking)

1. Artikel 1 bisherige Nummer 18 wird wie folgt geändert:

In § 123c Absatz 1 Satz 5 Nummer 3 wird die Angabe „und“ durch ein Komma ersetzt und die folgenden Nummer 4 und 5 eingefügt:

„4. zum Zeitpunkt, ab dem die Ersteinschätzung durchzuführen ist und

5. zur Art der Bereitstellung der im Rahmen der standardisierten Ersteinschätzung erhobenen Daten für Maßnahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sowie für bundesweite regionale Vergleichsauswertungen (Benchmarking).“

2. Artikel 1 Nummer 19 (§ 133a SGB V) wird wie folgt geändert:

a) § 133a wird wie folgt geändert:

aa) In Absatz 3 wird nach Satz 3 folgender Satz 4 eingefügt:

„Die digitalen Strukturen sind so auszugestalten, dass eine standardisierte Erhebung und Übermittlung qualitätsrelevanter Daten für Zwecke der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gewährleistet ist.“

bb) In Absatz 5 wird nach Satz 3 folgender Satz 4 eingefügt:

„Die erhobenen Daten sind nach bundesweit einheitlichen Vorgaben auszuwerten und für regionale Benchmarking-Verfahren bereitzustellen.“

b) § 133d wird wie folgt geändert:

Nach Satz 2 folgender neuer Satz 3 eingefügt:

„Die nach dieser Vorschrift übermittelten Daten dürfen zur Durchführung einer bundesweit einheitlichen sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sowie zur Erstellung regionaler Vergleichsauswertungen (Benchmarking) verarbeitet und ausgewertet werden. Hierbei sind die Anforderungen des Datenschutzes und der Datensicherheit zu gewährleisten.“

2. Artikel 2 wird wie folgt geändert:

§ 75 Absatz 1e wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 wird nach der Angabe „sowie auf die in Absatz 1b Satz 11 genannte Kooperation“ die Angabe „auf die Qualität der sektorenübergreifenden Patientensteuerung, die Ergebnisse standardisierter Ersteinschätzungsverfahren sowie auf bundesweit einheitliche Qualitätsindikatoren der Akut- und Notfallversorgung“ eingefügt.
2. Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:
„Die Ergebnisse der Evaluation sind nach bundesweit einheitlichen Maßstäben auszuwerten und in einer Form aufzubereiten, die regionale Vergleichsauswertungen (Benchmarking) ermöglicht.“

Begründung:

Die Notfallreform verfolgt das Ziel einer sektorenübergreifenden, qualitätsorientierten und bedarfsgerechten Akut- und Notfallversorgung. Hierfür reicht die Einführung neuer Versorgungsstrukturen allein nicht aus. Erforderlich ist vielmehr eine kontinuierliche und bundesweit vergleichbare Evaluation der Versorgungsqualität über die gesamte Versorgungskette hinweg. Der Entwurf enthält bereits Regelungen zur Evaluation der Akutleitstellen sowie zur digitalen Vernetzung und Datenübermittlung. Diese Strukturen sollten zugleich für eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung genutzt werden. Die vorgeschlagenen Änderungen schaffen die Grundlage für ein bundesweites Benchmarking der Akut- und Notfallversorgung. Standardisierte Qualitätsindikatoren sowie eine einheitliche Datenauswertung ermöglichen transparente regionale Vergleiche, die Identifikation von Versorgungsdefiziten und die Verbreitung erfolgreicher Versorgungskonzepte. Hierdurch wird eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der Akut- und Notfallversorgung unterstützt. Die Verarbeitung der Daten erfolgt ausschließlich zu Zwecken der gesetzlichen Qualitätssicherung und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorgaben.

Änderungsantrag Nr. 13

Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 123a Absatz 1 SGB V)

(Vorrangige Berücksichtigung der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken bei der Einrichtung Integrierter Notfallzentren)

Artikel 1 bisherige Nummer 18 wird wie folgt geändert:

In § 123a Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „der Bundeswehrkrankenhäuser“ die Angabe „und der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken“ eingefügt.

Begründung:

Der Regierungsentwurf sieht in §123a Absatz 1 Satz 1 vor, dass der erweiterte Landesausschuss bei der Festlegung der INZ-Standorte die Bundeswehrkrankenhäuser vorrangig berücksichtigt. Die Begründung stellt darauf ab, dass Bundeswehrkrankenhäuser ein möglichst breites notfallmedizinisches Leistungsspektrum vorhalten müssen, um ihrem besonderen militärischen Versorgungsauftrag gerecht zu werden. Dieser strukturelle Gedanke des Vorrangs für Einrichtungen mit einem gesetzlich verankerten Versorgungsauftrag, der eine dauerhaft hohe notfallmedizinische Vorhalteleistung erfordert, gilt in gleicher Weise für die Berufsgenossenschaftlichen Kliniken. Ihnen obliegt kraft gesetzlichen Auftrags die spezialisierte Versorgung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. Dieser Auftrag verlangt die Vorhaltung hochspezialisierter Strukturen für die schwere Traumaversorgung, Schwerbrandverletzte und Berufserkrankungen rund um die Uhr. Die Berufsgenossenschaftlichen Kliniken erfüllen in der Regel die Voraussetzungen der höchsten Notfallstufe nach den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen und verfügen über eine dauerhaft vorzuhaltende notfallmedizinische Kapazität, die weit über die Mindestanforderungen des §123a Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 hinausgeht.

Die Integration der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken in die INZ-Strukturen stärkt die sektorenübergreifende Notfallversorgung, nutzt vorhandene Spezialisierung und vermeidet Parallelstrukturen in Regionen, in denen BG-Kliniken bereits heute die notfallmedizinische Versorgungsinfrastruktur wesentlich mitprägen. Der vorrangige Berücksichtigungsauftrag beschränkt wie bei den Bundeswehrkrankenhäusern das Ermessen des erweiterten Landesausschusses, ohne eine automatische Zuweisung zu bewirken. Dem Landesausschuss verbleibt die Prüfung der übrigen Standortkriterien nach §123a Absatz 1 Sätze 4 bis 7.

Änderungsantrag Nr. 14

Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 123b SGB V)

(Verbindliches Qualitätsmanagement für Integrierte Notfallzentren)

Artikel 1 bisherige Nummer 18 wird wie folgt geändert:

1. In § 123a wird nach Absatz 4 folgender Absatz 5 neu eingefügt:

„(5) Die Betreiber der Integrierten Notfallzentren haben ein einrichtungsübergreifendes Qualitätsmanagement sicherzustellen. Dieses umfasst insbesondere

1. standardisierte Verfahren der Zusammenarbeit zwischen Notaufnahme, Notdienstpraxis und zentraler Ersteinschätzungsstelle,
2. regelmäßige gemeinsame Qualitätsanalysen,
3. standardisierte Übergabe- und Kommunikationsprozesse sowie
4. Maßnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung der Patientensteuerung und Patientensicherheit.

Das Nähere vereinbaren die Vertragspartner nach § 123c."

Begründung:

Die Integrierten Notfallzentren bilden ein Kernstück der Reform der Akut- und Notfallversorgung. Ihr Erfolg hängt maßgeblich davon ab, dass die beteiligten Leistungserbringer sektorenübergreifend nach einheitlichen Qualitätsstandards zusammenarbeiten. Der Gesetzesentwurf schafft die organisatorischen Voraussetzungen für die Zusammenarbeit, enthält jedoch keine ausdrückliche Verpflichtung zu einem gemeinsamen Qualitätsmanagement der beteiligten Einrichtungen. Ein einrichtungsübergreifendes Qualitätsmanagement verbessert die Zusammenarbeit zwischen Notaufnahme, vertragsärztlicher Notdienstpraxis und zentraler Ersteinschätzungsstelle. Einheitliche Übergabeprozesse, gemeinsame Qualitätsanalysen und regelmäßige Auswertungen stärken die Patientensicherheit, und vermeiden Schnittstellenverluste.

Änderungsantrag Nr. 15

Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 123c SGB V)

(Verbindliche Patientensteuerung auf Grundlage der standardisierten Ersteinschätzung)

Artikel 1 bisherige Nummer 18 wird wie folgt geändert:

In § 123c Absatz 2 werden nach Satz 3 folgende Sätze 4 bis 6 eingefügt:

„Das Ergebnis der standardisierten Ersteinschätzung ist für die Zuweisung der hilfesuchenden Person zur jeweils geeigneten Versorgungsebene grundsätzlich verbindlich. Eine Abweichung hiervon ist nur zulässig, wenn aufgrund besonderer medizinischer Umstände im Einzelfall eine anderweitige Versorgung erforderlich ist. Die Gründe für die Abweichung sind zu dokumentieren.“

Begründung:

Die standardisierte Ersteinschätzung ist das zentrale Steuerungsinstrument der Reform der Akut- und Notfallversorgung. Ihr Ziel besteht darin, Patientinnen und Patienten entsprechend der medizinischen Dringlichkeit und des individuellen Versorgungsbedarfs der geeigneten Versorgungsebene zuzuweisen. Der Gesetzentwurf sieht die Durchführung einer standardisierten Ersteinschätzung vor, regelt jedoch nicht ausdrücklich, welche rechtlichen Folgen sich aus deren Ergebnis ergeben. Ohne eine grundsätzliche Verbindlichkeit besteht die Gefahr, dass die Steuerungswirkung der Ersteinschätzung erheblich eingeschränkt wird und die angestrebte Entlastung der Notaufnahmen nicht erreicht werden kann. Die vorgeschlagene Regelung stellt klar, dass das Ergebnis der standardisierten Ersteinschätzung grundsätzlich maßgeblich für die Zuweisung zur geeigneten Versorgungsebene ist. Gleichzeitig bleibt ausreichend Raum für ärztliche oder medizinisch begründete Einzelfallentscheidungen. Die Dokumentationspflicht gewährleistet Transparenz und ermöglicht eine spätere Qualitätssicherung der Abweichungsentscheidungen. Die Ergänzung stärkt die Wirksamkeit der Patientensteuerung, verbessert die Nutzung vorhandener Versorgungskapazitäten und trägt zu einer zielgerichteten Inanspruchnahme der Versorgungskapazitäten bei.

Änderungsantrag Nr. 16

Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 123c SGB V)

(Wissenschaftliche Evaluation und Weiterentwicklung der standardisierten Ersteinschätzungsverfahren)

Artikel 1 bisherige Nummer 18 wird wie folgt geändert:

In § 123c wird nach Absatz 3 folgender Absatz 4 eingefügt:

„(4) Die im Rahmen der Akut- und Notfallversorgung eingesetzten standardisierten Ersteinschätzungsverfahren sind regelmäßig anhand aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Ergebnisse der Qualitätssicherung und Versorgungsforschung zu überprüfen und fortzuentwickeln. Hierbei sind insbesondere Erkenntnisse zur Patientensicherheit, zur Steuerungsqualität sowie zur Praktikabilität der Verfahren zu berücksichtigen. Die Ergebnisse der Überprüfung sind zu dokumentieren und bei der Weiterentwicklung der Verfahren angemessen zu berücksichtigen.“

Begründung:

Die standardisierte Ersteinschätzung ist ein zentrales Element der Reform der Akut- und Notfallversorgung. Sie entscheidet maßgeblich darüber, dass Patientinnen und Patienten frühzeitig der medizinisch geeigneten Versorgungsebene zugeführt werden. Der Gesetzesentwurf sieht den Einsatz standardisierter Ersteinschätzungsverfahren vor, enthält jedoch keine ausdrückliche Regelung zu deren kontinuierlicher wissenschaftlicher Evaluation und Weiterentwicklung. Eine regelmäßige Evaluation auf Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Ergebnisse der Qualitätssicherung und Versorgungsforschung gewährleistet, dass die eingesetzten Verfahren fortlaufend an den Stand der medizinischen Erkenntnisse angepasst werden. Die vorgeschlagene Ergänzung stärkt die Qualität und Akzeptanz der standardisierten Ersteinschätzung und trägt zu einer bundesweit einheitlichen sowie evidenzbasierten Weiterentwicklung der Akut- und Notfallversorgung bei.

Änderungsantrag Nr. 17

Zu Artikel 1 Nummer 19 (§§ 133a Absatz 2, 133c Absatz 1, Absatz 2 und Absatz 3 SGB V)

(Verbindliche Interoperabilitätsstandards in der Akut- und Notfallversorgung)

Artikel 1 bisherige Nummer 19 wird wie folgt geändert:

1. In § 133a Absatz 2 wird nach Satz 6 folgender Satz eingefügt:

„Die eingesetzten informationstechnischen Systeme müssen spätestens ab dem [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die nach § 133e festgelegten Interoperabilitätsanforderungen erfüllen. Der Nachweis hierüber ist gegenüber den zuständigen Vertragspartnern zu erbringen.“

2. § 133c wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Die zur Durchführung der standardisierten Ersteinschätzung eingesetzten Systeme müssen die nach § 133e festgelegten technischen und semantischen Interoperabilitätsstandards erfüllen.“

b) In Absatz 2 wird nach Satz 6 folgender Satz eingefügt:

„Die Einhaltung der Interoperabilitätsanforderungen ist regelmäßig nachzuweisen.“

c) In Absatz 3 wird nach Satz 4 folgender Satz eingefügt:

„Bei der Auswahl und Weiterentwicklung digitaler Anwendungen sind ausschließlich interoperable und offene Standards zu verwenden.“

Begründung:

Die Reform der Akut- und Notfallversorgung kann ihre Ziele nur erreichen, wenn die informationstechnischen Systeme der Akutleitstellen, Integrierten Notfallzentren, der medizinischen Notfallrettung sowie der weiteren an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer technisch und semantisch interoperabel zusammenarbeiten. Der Gesetzesentwurf sieht zwar eine umfassende digitale Vernetzung der Akteure vor, enthält jedoch keine verbindlichen Vorgaben, bis wann Interoperabilitätsstandards umzusetzen sind und wie deren Einhaltung nachgewiesen wird. Verbindliche Interoperabilitätsanforderungen schaffen die Voraussetzung für einen medienbruchfreien Austausch strukturierter Gesundheitsdaten über die gesamte Versorgungskette hinweg. Dadurch werden Mehrfachdokumentationen, Informationsverluste und vermeidbare Verzögerungen vermieden sowie die Kontinuität

der Patientenversorgung verbessert. Die Einführung einer verbindlichen Umsetzungsfrist mit Nachweispflicht gewährleistet, dass alle beteiligten Systeme innerhalb eines einheitlichen Zeitrahmens die festgelegten Standards erfüllen. Die Ergänzung stärkt die digitale Handlungsfähigkeit der Akut- und Notfallversorgung, erhöht die Investitions- und Planungssicherheit für die beteiligten Akteure und schafft die Grundlage für eine bundesweit einheitliche, sichere und zukunftsfähige digitale Infrastruktur der Notfallversorgung.

Änderungsantrag Nr. 18

Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Absatz 4 SGB V)

(Katalog der Empfehlungen des Fachgremiums medizinische Notfallrettung)

Artikel 1 bisherige Nummer 19 wird wie folgt geändert:

In § 133b Absatz 4 werden nach Nummer 9 folgende Nummern eingefügt:

- „10. der Qualifikation des Personals, der Ausstattung, Besetzung und ärztlichen Leitung der Leitstellen einschließlich des Einsatzes eines Telenotarztes zur Unterstützung und Sicherstellung einer fachgerechten Patientenversorgung,
- 11. der automatisierten und standardisierten Ortung von Notrufenden,
- 12. nach medizinischer Indikation und disponiertem Einsatzmittel differenzierter Hilfsfristen beziehungsweise Planungsfristen sowie Maßnahmen zur Optimierung des jeweiligen Zielerreichungsgrades,
- 13. der Auswahl von bedarfsgerechten Einsatzmitteln (Disposition) und Maßnahmen zur Disposition anhand des Einsatzmittelstandorts,
- 14. der Qualifikation des Personals, der Ausstattung und der Besetzung der Einsatzmittel einschließlich des Einsatzes eines Telenotarztes zur Unterstützung oder Sicherstellung einer fachgerechten Patientenversorgung,
- 15. der Aufgaben der Ärztlichen Leitung des Rettungsdienstes, inklusive des Einsatzes eines ärztlichen Führungsdienstes soweit medizinisch auf Grund der Komplexität des Einsatzgeschehens oder der Durchführung besonderer invasiver medizinischer Maßnahmen erforderlich,
- 16. des Einsatzes von Luftrettungsmitteln, Intensivtransportwagen und spezialisierten Rettungsfahrzeugen für die Versorgung von Kindern soweit medizinisch im Speziellen erforderlich.“

Begründung:

Es ist begrüßenswert, dass dem Gremium nach §133b SGB V im Rahmen von § 133b Absatz 3 SGB V Vorgaben zum Umfang und zu prioritär zu bearbeitenden Teilbereichen gemacht wird. Der Katalog von Rahmenempfehlungen für die Notfallrettung gemäß § 133b Absatz 4 SGB V umfasst im aktuellen Entwurf aber nur einen geringen Teil der Bereiche, die durch die Rahmenempfehlung abgedeckt werden sollten, um den Zielen der Reform wie Einheitlichkeit, Standardisierung und Vernetzung ausreichend Sorge zu

tragen. Der Katalog sollte deshalb erweitert werden. Nur durch eine entsprechende Erweiterung des Katalogs der Rahmenempfehlungen wird sichergestellt, dass die für eine qualitativ hochwertige Notfallrettung im gesamten Bundesgebiet notwendigen Vorgaben erarbeitet und lokal umgesetzt werden.

Änderungsantrag Nr. 19

Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b SGB V)

(Transparenz des Fachgremiums medizinische Notfallrettung)

Artikel 1 bisherige Nummer 19 wird wie folgt geändert:

1. In § 133b wird nach Absatz 4 folgender Absatz 5 eingefügt:

„(5) Die Empfehlungen des Fachgremiums medizinische Notfallrettung sind einschließlich ihrer fachlichen Begründung zu veröffentlichen, soweit überwiegende öffentliche oder schutzwürdige Interessen Dritter nicht entgegenstehen. Die Veröffentlichung erfolgt in geeigneter barrierefreier Form. Das Fachgremium berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit mindestens einmal jährlich über seine Tätigkeit sowie über den Stand der Umsetzung seiner Empfehlungen. Das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht den Bericht spätestens einen Monat nach Erhalt.

Begründung:

Mit dem Fachgremium medizinische Notfallrettung schafft der Gesetzentwurf ein zentrales Gremium zur Entwicklung bundesweit einheitlicher Standards für die medizinische Notfallrettung. Seine Empfehlungen werden maßgeblichen Einfluss auf die zukünftige Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen sowie der Qualitätsanforderungen haben. Um die Nachvollziehbarkeit und Akzeptanz der Arbeit des Fachgremiums zu stärken, sollten dessen Empfehlungen grundsätzlich veröffentlicht werden. Dies fördert die Transparenz gegenüber den beteiligten Leistungserbringern, den Ländern, den wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der Öffentlichkeit. Der jährliche Tätigkeitsbericht ermöglicht zudem eine kontinuierliche Beobachtung der Umsetzung der Empfehlungen und unterstützt die evidenzbasierte Weiterentwicklung der medizinischen Notfallrettung.

Änderungsantrag Nr. 20

Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b Absatz 4 SGB V)

(Verbindlichkeit der Empfehlungen des Fachgremiums medizinische Notfallrettung)

Artikel 1 bisherige Nummer 19 wird wie folgt geändert:

1. In § 133b wird nach dem neuen Absatz 5 folgender Absatz 6 eingefügt:

„(5) Die nach Absatz 2 beschlossenen Empfehlungen des Fachgremiums sind bei der Ausgestaltung der Verträge nach § 133 Absatz 2 sowie bei der Festlegung der technischen, organisatorischen und medizinischen Standards der medizinischen Notfallrettung zu berücksichtigen. Abweichungen sind zu begründen und zu dokumentieren.“

2. Der bisherigen Absätze 5 und 6 werden zu den Absätzen 7 und 8.

Begründung:

Mit dem Fachgremium medizinische Notfallrettung schafft der Gesetzesentwurf erstmals ein bundesweites Gremium zur Entwicklung einheitlicher fachlicher Standards für die medizinische Notfallrettung. Seine Empfehlungen leisten einen wesentlichen Beitrag zur Harmonisierung der Versorgungsqualität und zur Weiterentwicklung der medizinischen Notfallrettung. Ohne eine gesetzliche Verpflichtung, diese bei der Ausgestaltung der Verträge und der Festlegung fachlicher Standards zu berücksichtigen, besteht die Gefahr einer uneinheitlichen Umsetzung in den Ländern und bei den Leistungserbringern. Die vorgeschlagene Regelung verpflichtet die zuständigen Akteure, die Empfehlungen des Fachgremiums bei ihren Entscheidungen einzubeziehen. Gleichzeitig bleibt die notwendige Flexibilität erhalten, indem begründete Abweichungen weiterhin möglich sind. Die Dokumentationspflicht schafft Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen.

Änderungsantrag Nr. 21

Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133h SGB V)

(Weiterentwicklung des bundesweiten AED-Katasters und der digitalen Ersthelferalarmierung)

Artikel 1 bisherige Nummer 19 wird wie folgt geändert:

§ 133h wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Das AED-Kataster ist nach bundesweit einheitlichen technischen und semantischen Standards zu führen und so auszugestalten, dass eine medienbruchfreie Nutzung durch die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, die Akutleitstellen sowie anerkannte digitale Ersthelferalarmierungssysteme gewährleistet ist.“

2. In Absatz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Daten des AED-Katasters sind fortlaufend auf Aktualität und Vollständigkeit zu überprüfen; hierfür sind geeignete Verfahren zur Qualitätssicherung vorzusehen.“

3. In Absatz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Die für das AED-Kataster vorgesehenen Schnittstellen sind interoperabel auszugestalten und an die Telematikinfrastruktur sowie an die nach diesem Buch vorgesehenen digitalen Systeme der Akut- und Notfallversorgung anzubinden.“

4. In Absatz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Die im AED-Kataster erhobenen Daten dürfen in anonymisierter oder pseudonymisierter Form für Zwecke der Qualitätssicherung, der wissenschaftlichen Evaluation sowie der Weiterentwicklung der medizinischen Notfallrettung genutzt werden.“

Begründung:

Der Gesetzesentwurf führt mit § 133h SGB V ein bundesweites AED-Kataster ein und sieht dessen Nutzung im Rahmen des Notfallmanagements sowie der digitalen Ersthelferalarmierung vor. Die vorgeschlagenen Ergänzungen stellen sicher, dass das AED-Kataster nach bundesweit einheitlichen Standards betrieben wird und eine medienbruchfreie Nutzung durch alle relevanten Akteure der Akut- und Notfallversorgung ermöglicht. Darüber hinaus wird die Grundlage für eine kontinuierliche Qualitätssicherung sowie für wissenschaftliche Evaluationen geschaffen. Die Nutzung anonymisierter oder pseudonymisierter Daten dient ausschließlich der Verbesserung der Versorgungsqualität und erfolgt unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorgaben.

Änderungsantrag Nr. 22

Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133c SGB V)

(Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht für Leistungserbringer des Notfallmanagements)

Artikel 1 bisherige Nummer 19 wird wie folgt geändert:

1. Nach § 133c Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Die Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 sind verpflichtet, alle für die Beurteilung des Hilfeersuchens und die Dispositionsentscheidung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse vollständig und strukturiert zu dokumentieren und in digitaler Form für die Dauer von zehn Jahren nach Entgegennahme des Hilfeersuchens aufzubewahren. Datenschutzrechtliche Bestimmungen sind einzuhalten.“

2. Die bisherigen Absätze 2 und 3 werden zu den Absätzen 3 und 4.

Begründung:

§ 133c Absatz 1 verpflichtet die Leistungserbringer des Notfallmanagements zur digitalen Erhebung, Speicherung und Übermittlung versorgungsrelevanter Daten an die jeweils weiterversorgende Stelle. Eine eigenständige Pflicht zur vollständigen Dokumentation der Dispositionsentscheidung sowie zur Aufbewahrung der Aufzeichnungen enthält §133c Absatz 1 nicht. Diese Lücke betrifft einen fachlich und haftungsrechtlich besonders sensiblen Bereich: Die Notrufabfrage ist der Punkt, an dem über Art, Umfang und Dringlichkeit der einzuleitenden Versorgung entschieden wird. Fehler in der Dispositionsentscheidung können für die Versorgten unmittelbare Folgen haben. Für die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen ist eine entsprechende Pflicht bereits in §75 Absatz 1c Satz 8 verankert: Sie haben Sprachaufzeichnungen der Anrufe anzufertigen und für zehn Jahre aufzubewahren. Eine gleichwertige Pflicht für die Leistungserbringer des Notfallmanagements nach §30 Absatz 2 Nummer 1 besteht bisher nicht. Das ist im Hinblick auf eine einheitliche Qualitätssicherung und die Funktionsfähigkeit des gemeinsamen Qualitätsmanagements nach §133a Absatz 3 nicht sachgerecht. Der neue Absatz 2 schließt diese Lücke. Er verpflichtet die Leistungserbringer des Notfallmanagements zur vollständigen, strukturierten Dokumentation und zur digitalen Aufbewahrung für die Dauer von zehn Jahren. Die Frist entspricht der für die Akutleitstellen geltenden Aufbewahrungspflicht nach §75 Absatz 1c Satz 8 und stellt sicher, dass Dispositionsentscheidungen im Kontext zivilrechtlicher und strafrechtlicher Auseinandersetzungen nachvollzogen werden können.

Änderungsantrag Nr. 23

Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 133d SGB V) sowie Nummer 25 (§ 354 Absatz 4 SGB V)

(Datenschutzkonforme Verknüpfung von Notfallversorgungsdaten für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung)

1. Artikel 1 bisherige Nummer 19 wird wie folgt geändert:

In § 133d SGB V Absatz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die nach dieser Vorschrift übermittelten Daten dürfen für Zwecke der Qualitätssicherung, der wissenschaftlichen Versorgungsforschung sowie der Evaluation der Akut- und Notfallversorgung verarbeitet und mit den hierfür erforderlichen Datenbeständen datenschutzkonform verknüpft werden, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist.“

2. Artikel 1 bisherige Nummer 25 wird wie folgt geändert:

In § 354 Absatz 4 SGB V Absatz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Die nach dieser Vorschrift bereitgestellten Daten dürfen für Zwecke der Qualitätssicherung, der wissenschaftlichen Versorgungsforschung sowie der Evaluation der Akut- und Notfallversorgung mit den nach den §§ 133a bis 133d erhobenen Daten zusammengeführt und verarbeitet werden, soweit die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.“

Begründung:

Die Verarbeitung und Auswertung der übermittelten Daten zu Zwecken der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung und des Benchmarkings ermöglicht eine wissenschaftlich fundierte Bewertung der Versorgungsqualität. Die Nutzung der Daten erfolgt ausschließlich im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorgaben.

Änderungsantrag Nr. 24

Zu Artikel 5 (Änderung des Arzneimittelgesetzes) und Artikel 6 (Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung)

(Arzneimittel- und Medizinprodukteabgabe im aufsuchenden ärztlichen Bereitschaftsdienst)

1. Artikel 5 wird wie folgt geändert:

In § 43 Absatz 4 Satz 1 des Arzneimittelgesetzes wird nach der Angabe „Ärzte einer Notdienstpraxis im Sinne des § 123 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ die Angabe „sowie Ärztinnen und Ärzte im aufsuchenden ärztlichen Bereitschaftsdienst nach § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

2. Artikel 6 wird wie folgt geändert:

In § 3 Absatz 2 der Medizinprodukte-Abgabeverordnung wird nach der Angabe „Ärzte der Notdienstpraxis im Sinne des § 123 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ die Angabe „sowie Ärztinnen und Ärzte im aufsuchenden ärztlichen Bereitschaftsdienst nach § 75 Absatz 1b Satz 6 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

Begründung:

Zu Nummer 1 (Artikel 5 – Arzneimittelgesetz)

Der Gesetzentwurf ermöglicht Ärztinnen und Ärzten in Notdienstpraxen die Abgabe von Arzneimitteln für den unmittelbaren Behandlungsbedarf. Diese Möglichkeit sollte gleichermaßen für den aufsuchenden ärztlichen Bereitschaftsdienst gelten. Gerade im Rahmen von Hausbesuchen besteht regelmäßig dieselbe Versorgungssituation wie in einer Notdienstpraxis. Die Erweiterung stellt sicher, dass Patientinnen und Patienten auch im häuslichen Umfeld unmittelbar nach der Behandlung mit den erforderlichen Arzneimitteln versorgt werden können. Dadurch werden unnötige Wege zu Notdienstapotheken vermieden und die Versorgung insbesondere älterer, immobiler oder pflegebedürftiger Menschen verbessert.

Zu Nummer 2 (Artikel 6 – Medizinprodukte-Abgabeverordnung)

Die Erweiterung der Abgabebefugnis für apothekenpflichtige Medizinprodukte ergänzt die Änderungen des Arzneimittelgesetzes. Auch im aufsuchenden ärztlichen Bereitschaftsdienst kann es erforderlich sein, Patientinnen und Patienten unmittelbar mit medizinisch notwendigen Produkten zu versorgen. Eine unterschiedliche Behandlung von

Arzneimitteln und Medizinprodukten wäre sachlich nicht gerechtfertigt und würde den Zweck der Regelung unterlaufen. Die Ergänzung gewährleistet daher eine einheitliche und praxistaugliche Versorgung im aufsuchenden ärztlichen Bereitschaftsdienst.

Änderungsantrag Nr. 25

Zu Artikel 11 – neu (§§ 12a, 17b KHG)

(Vorhaltefinanzierung von Notaufnahmen)

1. Nach Artikel 10 wird folgender Artikel 11 eingefügt:

„Artikel 11

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 12a Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 wird die Angabe „integrierter Notfallstrukturen“ durch die Angabe „Integrierter Notfallzentren nach § 123 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch und Integrierter Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

2. In § 17b Absatz 1a wird Nummer 1 durch folgende Angabe ersetzt:

„1. die Vorhaltefinanzierung der Personalkosten des ärztlichen Personals in der Notfallversorgung nach den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V,“

2. Der bisherige Artikel 11 wird zu Artikel 12

Begründung:

Der Gesetzesentwurf adressiert die Vorhaltefinanzierung der stationären Notaufnahmen nicht in hinreichendem Umfang. Zwar werden mit Integrierten Notfallzentren neue Strukturen geschaffen, deren ambulanter Anteil über eine pauschale Vorhaltefinanzierung gemeinsam von GKV und KV getragen wird, eine kostendeckende Finanzierung der Vorhaltung der eigentlichen Notaufnahmen der Krankenhäuser bleibt jedoch ungeregt. Dies wird der besonderen Rolle der Notaufnahmen im transsektoralen Versorgungspfad nicht gerecht. Notaufnahmen müssen rund um die Uhr vollständig vorgehalten werden, ohne dass die Inanspruchnahme planbar wäre; ihre Leistungsfähigkeit ist eine zentrale Voraussetzung jeder Notfallreform und Bedingung für die im Gesetz angestrebte Patientensteuerung. Eine fall- und DRG-bezogene Finanzierung allein reicht für diese systemkritische Vorhaltung strukturell nicht aus; sie verstärkt im Gegenteil ökonomischen Druck, Notfalleleistungen zugunsten elektiv besser planbarer Leistungen zurückzufahren. Mit der Änderung wird daher eine pauschale, fallzahlunabhängige Vorhaltefinanzierung für Notaufnahmen aller an der

Notfallversorgung beteiligten Krankenhäuser verankert, die sich an der jeweiligen Versorgungsstufe und an den Strukturvorgaben des G-BA orientiert.