

**Stellungnahme
des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR) zum
Gesetzentwurf
der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der
Notfallversorgung
Stand 01.07.2026**

Der Deutsche Pflegerat (DPR) bedankt sich für die Möglichkeit zum Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung Stellung nehmen zu können.

Zusammenfassung

Der Deutsche Pflegerat begrüßt insbesondere die Schaffung eines eigenständigen Leistungsanspruchs auf medizinische Notfallrettung, die Möglichkeit einer Versorgung am Einsatzort ohne zwingenden Transport, den Aufbau integrierter Notfallzentren sowie die Einführung einer standardisierten digitalen Ersteinschätzung und Notfalldokumentation.

Aus Sicht des Deutschen Pflegerats besteht jedoch wesentlicher Änderungsbedarf bei der ausdrücklichen Einbindung von Pflegefachpersonen, der Anerkennung eigenverantwortlicher pflegefachlicher und heilkundlicher Kompetenzen, der Beteiligung der Pflegeorganisationen, der Personalbemessung und Finanzierung sowie der Berücksichtigung pflegefachlicher Informationen in den digitalen Versorgungsprozessen.

Die Finanzierung der mit der Notfallreform verbundenen neuen Strukturen darf nicht durch gegenläufige Einsparungen in der Krankenhausfinanzierung unterlaufen werden. Vor der Umsetzung ist zu prüfen, wie sich parallel wirksam werdende finanzielle Belastungen der Krankenhäuser auf den Aufbau und die dauerhafte Besetzung der integrierten Notfallzentren auswirken. Die zusätzlichen pflegerischen Personal-, Leitungs- und Vorhaltekosten müssen vollständig und dauerhaft refinanziert werden.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Artikel 1: Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 3

§ 60 SGB V - Krankenfahrten und Krankentransporte

Der DPR begrüßt die Neustrukturierung des § 60 SGB V und insbesondere die Regelung, wonach eine auf der Grundlage des standardisierten Abfragesystems getroffene Entscheidung als Verordnung der Krankenfahrt oder des Krankentransports gilt.

Aus Sicht des DPR muss jedoch sichergestellt werden, dass pflegefachliche Informationen in die Entscheidung über die medizinische Notwendigkeit und die geeignete Form der Beförderung einbezogen werden. Dies betrifft insbesondere Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen, in ambulant betreuten Wohnformen und in der häuslichen Versorgung. Pflegefachpersonen verfügen häufig über die für eine sachgerechte Einschätzung erforderlichen Informationen zum funktionalen, kognitiven und pflegerischen Zustand sowie zu bestehenden Versorgungszielen.

Der DPR fordert deshalb einfache und praxistaugliche digitale Übermittlungswege. Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste müssen relevante pflegefachliche Informationen an Akutleitstellen, Rettungsleitstellen und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung übermitteln können. Dabei sind Doppelabfragen zu vermeiden und der Datenschutz sicherzustellen.

Der DPR unterstützt die Forderung des DHV, auch den Transport in eine Hebammengeleitete Einrichtung nach §24f SGB V aufzunehmen sowie klarzustellen, dass Absatz 2 Nr. 1 und 4 auch die Verlegung vom Geburtshaus in eine Klinik mit umfasst.

Nummer 7

§ 75 SGB V - Inhalt und Umfang der Sicherstellung

Der Deutsche Pflegerat begrüßt die vorgesehene Einrichtung eines jederzeit verfügbaren aufsuchenden Dienstes. Dieser kann insbesondere für pflegebedürftige, immobile und multimorbide Menschen einen wichtigen Beitrag zur bedarfsgerechten Akutversorgung leisten und nicht erforderliche Rettungsdiensteinsätze sowie vermeidbare Vorstellungen in Krankenhausnotaufnahmen reduzieren. Gleiches gilt für den Bereich der Akutversorgung von Schwangeren und Gebärenden.

Der Gesetzentwurf bleibt jedoch hinter dem Ziel einer professionsübergreifenden bedarfsgerechten Akutversorgung zurück. Pflegefachpersonen und Hebammen werden lediglich unter dem unbestimmten Sammelbegriff des „qualifizierten nichtärztlichen Personals“ erfasst. Zudem sieht § 75 Absatz 1b ausschließlich ein Tätigwerden nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung vor. Die Gesetzesbegründung ordnet den Einsatz ausdrücklich der ärztlichen Delegation nach § 28 Absatz 1 SGB V zu.

Diese pauschale Einordnung wird dem geltenden und sich weiterentwickelnden Kompetenz- und Verantwortungsbereich von Pflegefachpersonen nicht gerecht. Pflegefachpersonen übernehmen eigenverantwortlich pflegefachliche Aufgaben. Soweit ihnen bei entsprechender Qualifikation heilkundliche Aufgaben zur selbstständigen Ausübung übertragen werden, müssen sie diese auch im aufsuchenden Dienst eigenverantwortlich wahrnehmen können. Nur Tätigkeiten, die weiterhin einer ärztlichen Anordnung und Verantwortung bedürfen, sind im Wege der Delegation zu erbringen.

Hebammen haben nach HebG eine weitreichende Kompetenz, Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen eigenständig, ohne ärztliche Anordnung, zu versorgen.

Der DPR fordert daher, Pflegefachpersonen und Hebammen im Gesetz ausdrücklich zu benennen und zwischen eigenverantwortlich wahrzunehmenden Aufgaben und delegierten ärztlichen Tätigkeiten zu unterscheiden. Die konkrete Festlegung der erforderlichen

Qualifikationen, Aufgabenfelder, Verantwortlichkeiten und Schnittstellen darf nicht allein den Partnern des Bundesmantelvertrags für Ärzte und der Bundesärztekammer überlassen bleiben. Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe und Hebammen auf Bundesebene sind verbindlich und gleichberechtigt einzubeziehen.

Darüber hinaus sind die leistungsrechtlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen im aufsuchenden Dienst nicht lediglich als ärztliches Assistenzpersonal, sondern im Rahmen der ihnen gesetzlich übertragenen Kompetenzen eigenständig tätig werden können. Dazu bedarf es klarer Regelungen zur Leistungserbringung, Vergütung, Qualitätssicherung, Leistungs- und Haftungsrecht und Verantwortungsabgrenzung.

Änderungsvorschläge

zu § 75 Absatz 1b Satz 8 SGB V

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Durchführung der in Satz 6 Nummer 3 genannten Maßnahme qualifiziertes nichtärztliches Personal, **insbesondere entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen und Hebammen**, einsetzen, dass ~~nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung handelt~~ **im Rahmen seiner beruflichen Qualifikation und der ihm gesetzlich zugewiesenen Kompetenzen tätig wird. Pflegefachpersonen nehmen die Aufgaben, die ihnen nach den jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften zur selbstständigen Ausübung übertragen sind, eigenverantwortlich wahr. Andere heilkundliche Tätigkeiten dürfen ihnen nur nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung übertragen werden, soweit deren Delegation rechtlich zulässig ist. Bei geburtshilflichen Einsätzen kann die Kassenärztliche Vereinigung die Versorgung auch über eine Kooperation mit Hebammengeleiteten Einrichtungen sicherstellen.**“

zu § 75 Absatz 1b Satz 9 SGB V

„Das Nähere zur erforderlichen Qualifikation des nichtärztlichen Personals sowie zu den von dem qualifizierten nichtärztlichen Personal ~~erbringbaren Tätigkeiten~~ **im Wege ärztlicher Delegation erbringbaren Tätigkeiten** legen die Partner des Bundesmantelvertrages für Ärzte nach § 28 Absatz 1 Satz 3 fest. **Soweit die Festlegungen den Einsatz von Pflegefachpersonen und Hebammen betreffen, bedürfen sie des Einvernehmens mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe und Hebammen auf Bundesebene. Die gesetzlich bestimmten eigenverantwortlichen Aufgaben und Kompetenzen der Pflegefachpersonen und Hebammen bleiben von den Festlegungen unberührt.**“

Nummer 18

§ 123 SGB V - Integrierte Notfallzentren

Gemäß der Regelung soll eine standardisierte und softwarebasierte Ersteinschätzung eingeführt werden. Die zentrale Ersteinschätzungsstelle entscheidet nach § 123 Absatz 2 Satz 1 SGB V sowohl über die Behandlungsdringlichkeit als auch über die geeignete Versorgungsebene innerhalb des Integrierten Notfallzentrums.

Der Gesetzentwurf benennt nicht, welche Berufsgruppen die Ersteinschätzung durchführen dürfen. § 123 Absatz 2 Satz 2 SGB V sieht lediglich vor, dass die Entscheidung als Hilfeleistung nach § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V getroffen werden kann. Damit wird die Tätigkeit von „nichtärztlichem Fachpersonal“ dem ärztlichen Delegations- und Verantwortungsbereich zugeordnet. Eine eigenverantwortliche Durchführung durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen oder Hebammen wird nicht ausdrücklich geregelt.

Mit den durch das Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege geschaffenen Grundlagen hat der Gesetzgeber die Möglichkeiten zur eigenverantwortlichen Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen

erweitert. Diese Entwicklung muss in der Notfallreform konsequent berücksichtigt werden. Es wäre widersprüchlich, einerseits eigenverantwortliche heilkundliche Kompetenzen zu stärken, die Ersteinschätzung und Patientensteuerung im INZ andererseits pauschal dem ärztlichen Delegations- und Verantwortungsbereich zuzuordnen. § 123 Absatz 2 SGB V muss daher eindeutig zwischen eigenverantwortlichen pflegefachlichen Entscheidungen und weiterhin ärztlich zu verantwortenden Tätigkeiten unterscheiden.

Der DPR fordert, Pflegefachpersonen mit den erforderlichen und nachgewiesenen Kompetenzen ausdrücklich zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Durchführung der standardisierten Ersteinschätzung zu berechtigen.

Ebenfalls sollte geregelt werden, dass Hebammen im INZ eigenständig Ersteinschätzungen bei Schwangeren sowie akuten geburtshilflichen Fälle vornehmen können.

Für medizinisch unklare Situationen, definierte Risikokonstellationen, Veränderungen des Gesundheitszustands und nicht eindeutige Ergebnisse des Ersteinschätzungsverfahrens müssen verbindliche Kriterien für die unverzügliche Hinzuziehung ärztlicher Expertise festgelegt werden. Ebenso erforderlich sind Vorgaben zur erneuten klinischen Einschätzung bei längeren Wartezeiten und zur Dokumentation der Verantwortungsübergänge.

Der Gesetzentwurf sieht in § 123 Absatz 3 besondere fachärztliche Unterstützungsangebote für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie bei Hinweisen auf psychische Erkrankungen vor. Die erforderliche pflegefachliche Expertise und die Kompetenz von Hebammen werden dagegen nicht ausdrücklich berücksichtigt.

Der Deutsche Pflegerat fordert, in Integrierten Notfallzentren entsprechend dem jeweiligen Versorgungsbedarf pädiatrie-pflegerische, palliativpflegerische, psychiatrisch-pflegerische und geriatrisch-pflegerische Kompetenz sowie die Kompetenz von Hebammen verbindlich einzubeziehen. Diese Kompetenzen sind insbesondere erforderlich, um komplexe Pflege- und Unterstützungsbedarfe, kognitive und funktionelle Einschränkungen, psychische Krisen, palliative Versorgungsziele von Menschen aller Altersgruppen sowie akute Anliegen während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit angemessen zu berücksichtigen.

Soweit die entsprechende Expertise am Standort nicht verfügbar ist, muss eine zeitnahe telefonische oder telemedizinische Einbindung sichergestellt werden. Die jeweiligen Aufgaben- und Verantwortungsbereiche sowie die Kriterien für die Hinzuziehung der erforderlichen ärztlichen, pflegefachlichen oder hebammenfachlichen Expertise sind eindeutig festzulegen.

Änderungsvorschläge

zu § 123 Absatz 2 Satz 2 SGB V

Diese Entscheidung kann als Hilfeleistung nach § 28 Absatz 1 Satz 2 **oder selbstständig und eigenverantwortlich durch Pflegefachpersonen und Hebammen getroffen werden, die über die hierfür erforderlichen und nachgewiesenen Kompetenzen verfügen.**

zu § 123 Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 und 2 sowie neue Nummern 3 bis 5 SGB V

„Integrierte Notfallzentren haben sicherzustellen, dass sie

1. zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin und Pflegefachpersonen mit pädiatrischer Expertise durch telemedizinische oder telefonische Konsilien unterstützt werden, wenn an ihrem Standort kein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche vorhanden ist, ~~und~~
2. bei Hinweisen auf das Vorliegen psychischer Erkrankungen von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Nervenheilkunde **sowie von entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen mit psychiatrisch-pflegerischer Kompetenz** durch telemedizinische oder telefonische Konsilien unterstützt werden, wenn an ihrem Standort keine Fachabteilung für

Psychiatrie oder Psychosomatik **oder keine entsprechende psychiatrisch-pflegerische Kompetenz** vorhanden ist.

3. bei Hinweisen auf einen geriatrischen Versorgungsbedarf durch entsprechend qualifizierte ärztliche und pflegefachliche geriatrische Expertise mittels telemedizinischer oder telefonischer Konsilien unterstützt werden, wenn an ihrem Standort keine Fachabteilung oder Leistungsgruppe Geriatrie oder keine entsprechende geriatrisch-pflegerische Kompetenz vorhanden ist,
4. bei Hinweisen auf einen palliativmedizinischen oder palliativpflegerischen Versorgungsbedarf durch entsprechend qualifizierte ärztliche und palliativpflegerische Expertise mittels telemedizinischer oder telefonischer Konsilien unterstützt werden, wenn eine solche Expertise an ihrem Standort nicht verfügbar ist, und
5. bei akuten gesundheitlichen Anliegen während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett oder Stillzeit die erforderliche Kompetenz von Hebammen einbeziehen, wenn an ihrem Standort keine entsprechende geburtshilfliche oder hebammenfachliche Expertise verfügbar ist.“

Nummer 18

§ 123a SGB V - Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

Der Deutsche Pflegerat begrüßt, dass § 123a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 SGB V bundesweit einheitliche Vorgaben zur Organisation und personellen Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle einschließlich der notwendigen Qualifikationen, Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen vorsieht.

Die Rahmenvereinbarung muss neben den Qualifikationsanforderungen auch Vorgaben zur quantitativ ausreichenden Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle enthalten. Dabei sind die durchgängige Verfügbarkeit qualifizierter Pflegefachpersonen, Belastungsspitzen sowie Ausfallzeiten durch Urlaub, Krankheit und Fortbildung zu berücksichtigen. Nur so können eine verlässliche Dienstplanung und die dauerhafte Funktionsfähigkeit der Ersteinschätzungsstelle gewährleistet werden.

Der im Erfüllungsaufwand angesetzte einmalige Aufwand von 1.440 Minuten je Krankenhaus für den Abschluss der Kooperationsvereinbarung bildet die tatsächliche Umsetzungsarbeit nicht angemessen ab. Der Aufbau eines INZ erfordert unter anderem die Entwicklung neuer Organisations- und Verantwortungsstrukturen, die Anpassung der Dienst- und Einsatzplanung, die Umsetzung von Qualifikationsanforderungen sowie die Einrichtung gemeinsamer Qualitäts- und Kommunikationsprozesse. Das Pflegemanagement ist hieran maßgeblich beteiligt. Der tatsächliche Umsetzungs- und Leitungsaufwand ist realistisch zu ermitteln und vollständig zu finanzieren.

Die Rahmenvereinbarung wird nach dem Gesetzentwurf ausschließlich von der KBV, der DKG und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen geschlossen. Eine eigenständige Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene ist nicht vorgesehen.

Dies ist nicht sachgerecht. Die Vorgaben zur personellen Besetzung, zu den Qualifikationsanforderungen und zu den Verantwortungsbereichen betreffen unmittelbar Aufgabenfelder, die von entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen wahrgenommen werden können.

Der Deutsche Pflegerat fordert daher, die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe und Hebammen auf Bundesebene verbindlich an der Erarbeitung und Änderung der Rahmenvereinbarung zu beteiligen.

Bei der Bestimmung der personellen Anforderungen sind insbesondere die für die jeweilige Aufgabe erforderlichen und nachgewiesenen Kompetenzen zu berücksichtigen. Diese können

sich unter anderem aus einer Fachweiterbildung Notfallpflege, einschlägiger Berufserfahrung mit staatlicher Kompetenzfeststellung, einer hochschulischen Qualifikation oder einer entsprechend qualifizierten Advanced Practice Nurse bzw. einer Community Health Nurse ergeben. Die unterschiedlichen Qualifikationswege sind anhand der für die konkrete Tätigkeit erforderlichen Kompetenzen zu bewerten.

Änderungsvorschläge

zu § 123a Absatz 4 Satz 1 einleitender Satzteil SGB V

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen **im Einvernehmen mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe und Hebammen auf Bundesebene** bis zum ... [einsetzen: Datum drei Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 11 Absatz 1] in einer Rahmenvereinbarung Vorgaben zur Zusammenarbeit in Integrierten Notfallzentren insbesondere“

Nummer 18

§ 123c SGB V (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ersteinschätzung an Krankenhausstandorten und zu Anforderungen an ambulante Leistungserbringer des Integrierten Notfallzentrums)

Gemäß der Regelung soll eine bundesweit einheitliche, qualifizierte, standardisierte und softwarebasierte Ersteinschätzung eingeführt werden. Ein einheitliches und wissenschaftlich validiertes Verfahren kann zu nachvollziehbaren Entscheidungen und zu einer bedarfsgerechten Steuerung der Hilfesuchenden beitragen.

Die Ersteinschätzung nach § 123c Absatz 1 SGB V erfüllt unterschiedliche Funktionen. Sie dient zunächst der Ermittlung des medizinischen Versorgungsbedarfs. An Standorten mit einem Integrierten Notfallzentrum bildet sie zudem die Grundlage für die Entscheidung über die Behandlungsdringlichkeit und die geeignete Versorgungsebene. An Standorten ohne Integriertes Notfallzentrum entscheidet sie darüber, ob die Behandlung am aufgesuchten Krankenhausstandort erfolgen kann oder eine Weiterleitung erforderlich ist. Das Verfahren muss diese unterschiedlichen Entscheidungskomponenten getrennt, nachvollziehbar und für den jeweiligen Einsatzbereich validiert abbilden.

Die Gesetzesbegründung sieht vor, dass das Ergebnis der eingesetzten Software grundsätzlich verbindlich sein soll und Abweichungen fallbezogen dokumentiert sowie bei der Abrechnung begründet werden müssen. Eine solche Bindungswirkung darf die klinische Beurteilung durch entsprechend qualifizierte Fachpersonen nicht unangemessen einschränken. Insbesondere komplexe, atypische oder sich dynamisch verändernde Situationen können eine Abweichung vom Softwareergebnis erfordern. Entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen müssen deshalb ausdrücklich befugt sein, auf der Grundlage ihrer klinischen Beurteilung begründet von der softwarebasierten Ersteinschätzung und der daraus abgeleiteten Entscheidung abzuweichen. Die Voraussetzungen, die Dokumentation und die fachliche Verantwortung sind verbindlich zu regeln.

Gleiches gilt für Hebammen im Bereich der geburtshilflichen Fälle. Der DPR verweist hier ausdrücklich auf die Stellungnahme des Deutschen Hebammenverbands.

Der Gesetzentwurf enthält bislang keine Vorgaben zur Qualifikation des mit der Ersteinschätzung betrauten Personals. Nach der Gesetzesbegründung sollen solche Vorgaben bewusst nicht Bestandteil der Richtlinie sein, um flexible Lösungen vor Ort zu ermöglichen. Aus Sicht des DPR reicht dies nicht aus. Eine bundesweit verbindliche und bedarfsgerechte Versorgungsentscheidung setzt auch bundesweit einheitliche Mindestanforderungen an die Qualifikation und die nachzuweisenden Kompetenzen der handelnden Personen voraus.

Pflegefachpersonen mit den erforderlichen und nachgewiesenen Kompetenzen müssen zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Durchführung der Ersteinschätzung berechtigt sein. Als Nachweis der erforderlichen Kompetenzen sind sowohl eine abgeschlossene Fachweiterbildung Notfallpflege als auch andere gesetzlich anerkannte, gleichwertige pflegespezifische Qualifikationswege anzuerkennen. Maßgeblich ist, dass die für die eigenverantwortliche Durchführung der Ersteinschätzung erforderlichen Kompetenzen nachgewiesen werden.

Die Ersteinschätzung darf nicht als einmaliger Vorgang verstanden werden. Bei Veränderungen des Gesundheitszustands, Anzeichen einer Verschlechterung oder nach risikoadaptierten Warteintervallen muss eine erneute klinische Einschätzung erfolgen. Hierfür sind eindeutige Verantwortlichkeiten, Eskalationswege und Dokumentationsanforderungen festzulegen.

Vor der verpflichtenden Anwendung muss nachgewiesen werden, dass das Verfahren und die eingesetzte Software für den konkreten Einsatzbereich wissenschaftlich validiert und patientensicher sind. Die Validierung muss sowohl die Ermittlung der Behandlungsdringlichkeit als auch die Zuordnung zur geeigneten Versorgungsebene umfassen. Die besonderen Bedarfe von Kindern, Menschen mit Pflegebedarf, Menschen mit Behinderungen, psychisch erkrankten Menschen und Personen mit kognitiven oder kommunikativen Einschränkungen sind einzubeziehen.

Die vorgesehene fallbezogene Vergütung der Ersteinschätzung bildet die dauerhafte pflegerische Vorhaltelast nicht ausreichend ab. Die zentrale Ersteinschätzungsstelle muss unabhängig von schwankenden Fallzahlen durchgängig mit entsprechend qualifiziertem Personal besetzt sein. Neben einer fallbezogenen Vergütung ist deshalb eine fallunabhängige Vorhaltefinanzierung erforderlich.

Diese muss insbesondere die notwendigen Pflegepersonalkosten, den Aufwand für Dienstplanung, Leitung und Qualifikationssicherung sowie die erforderlichen technischen und organisatorischen Strukturen abdecken. Die Vorhaltefinanzierung muss ausdrücklich auch Pflegefachpersonen und Hebammen berücksichtigen und eine qualitativ wie quantitativ verlässliche Personalbesetzung ermöglichen.

Da die G-BA-Richtlinie wesentliche Vorgaben für die Tätigkeit und Verantwortung von Pflegefachpersonen enthalten soll, sind die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene ausdrücklich und aktiv am Richtlinienverfahren zu beteiligen.

Änderungsvorschläge

zu Überschrift des § 123c

„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ersteinschätzung **und Versorgungssteuerung** an Krankenhausstandorten und zu Anforderungen an ambulante Leistungserbringer des Integrierten Notfallzentrums“

Die Ergänzung verdeutlicht, dass das Verfahren nicht nur die Dringlichkeit bewertet, sondern auch eine unmittelbare Steuerungsentscheidung vorbereitet beziehungsweise trifft.

zu dem Richtlinienauftrag des G-BA im § 123c Absatz 1 Satz 1 SGB V

„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in einer Richtlinie Vorgaben für eine qualifizierte, standardisierte und softwarebasierte Ersteinschätzung **und Versorgungssteuerung**.“

Die nachfolgenden Sätze 2 bis 4 bleiben unverändert. Dadurch werden die vorhandenen Satzverweise nicht verschoben.

zur Erweiterung des Regelungskatalogs im § 123c Absatz 1 Satz 5 Nummern 3 und 4 sowie neue Nummern 5 bis 8 SGB V

„Bei der Ausgestaltung der Richtlinie hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Belange der an der Ersteinschätzung und an der notfallmäßigen Versorgung beteiligten medizinischen Fachberufe, insbesondere der Pflegefachberufe und der Hebammen, angemessen zu berücksichtigen. In der Richtlinie ist auch das Nähere vorzugeben

1. zur Einbeziehung ärztlichen Personals, sowie von Pflegefachpersonen und Hebammen bei einer Entscheidung über die Weiterleitung eines Hilfesuchenden an ein Integriertes Notfallzentrum oder an ein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche,
2. zum Nachweis der Einhaltung der in der Richtlinie geregelten Vorgaben an die zur Durchführung der Ersteinschätzung eingesetzte Software,
3. zur Form und zum Inhalt des Nachweises über die Durchführung der Ersteinschätzung,
4. zum Zeitpunkt, ab dem die Ersteinschätzung durchzuführen ist,
5. **zu den Anforderungen an die wissenschaftliche Validierung und Patientensicherheit des Verfahrens und der eingesetzten Software für die Ermittlung der Behandlungsdringlichkeit und die Zuordnung zur geeigneten Versorgungsebene,**
6. **zu den Voraussetzungen, unter denen entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen und andere entsprechend qualifizierte Fachpersonen aufgrund einer begründeten klinischen Beurteilung vom Ergebnis der eingesetzten Software abweichen können, sowie zur Dokumentation und fachlichen Verantwortung für diese Abweichung,**
7. **zu den für die Durchführung der Ersteinschätzung erforderlichen Qualifikationen und nachzuweisenden Kompetenzen der eingesetzten Personen, zu den jeweiligen Aufgaben- und Verantwortungsbereichen sowie zu den Konstellationen, in denen ärztliches Personal hinzuzuziehen ist.“**

zur Beteiligung der Pflegeberufe und Hebammen im § 123c Absatz 1 Satz 8 SGB V

„Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie nach Satz 1 ist den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften **und den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe und Hebammen auf Bundesebene** Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

Die Vorgaben zu den Qualifikationen, Kompetenzen und Verantwortungsbereichen von Pflegefachpersonen und Hebammen sind im Einvernehmen mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe und Hebammen auf Bundesebene festzulegen.“

Nummer 19

§ 133b SGB V - Fachgremium medizinische Notfallrettung

Der Deutsche Pflegerat begrüßt die Einrichtung eines Fachgremiums medizinische Notfallrettung. Die von diesem Gremium zu erarbeitenden Rahmenempfehlungen betreffen wesentliche Fragen der Qualität und Organisation der medizinischen Notfallrettung, der Versorgungssteuerung, des Einsatzes besonderer Einsatzmittel, der Fort- und Weiterbildung des Rettungsfachpersonals sowie der Entwicklung von Qualitätsindikatoren.

Der Gesetzentwurf gewährleistet bislang keine verbindliche Vertretung der beruflichen Pflege und der Hebammen. Zwar sieht § 133b Absatz 2 Satz 3 SGB V zusätzliche Mitglieder aus dem Kreis der maßgeblichen Fachgesellschaften und Fachverbände vor. Pflege- und Hebammenorganisationen sowie pflegerische Fachgesellschaften werden jedoch nicht ausdrücklich genannt. Ihre Berücksichtigung bleibt damit von der späteren Auswahlentscheidung der bereits benannten Mitglieder abhängig.

Dies wird der Bedeutung pflegfachlicher und pflegewissenschaftlicher Expertise für die Akut- und Notfallversorgung nicht gerecht. Die Empfehlungen des Fachgremiums betreffen insbesondere die Versorgung vulnerabler und pflegebedürftiger Menschen aller Altersgruppen, die Vermeidung nicht erforderlicher Rettungsdiensteinsätze, die Zusammenarbeit mit komplementären Diensten, die Qualifikation des eingesetzten Personals sowie die Schnittstellen zu Krankenhausnotaufnahmen und anderen Versorgungsbereichen. Bei diesen Themen ist eine eigenständige pflegfachliche und -wissenschaftliche Perspektive erforderlich.

Der DPR fordert daher zwei zusätzliche stimmberechtigte Mitglieder:

- zwei Mitglieder aus dem Kreis der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene für die Pflege und Hebammen

Weiterhin erkennt § 133b Abs. 4 Nr. 8 für Notfallsanitäter:innen an, dass qualifikationsgebundene, standardisierte und eigenverantwortliche heilkundliche Maßnahmen die Versorgungssicherheit und Reaktionsfähigkeit verbessern können. Diese Logik muss konsequent auf Pflegefachpersonen übertragen werden, soweit sie über die hierfür erforderlichen Qualifikationen verfügen und dies innerhalb klar definierter Kompetenz-, Verantwortungs- und Qualitätssicherungsstrukturen erfolgt.

Änderungsvorschläge

zu § 133b Absatz 3 Satz 2 SGB V

„Die Mitglieder nach Absatz 2 Satz 1 bis 3 **5** haben jeweils eine Stimme.“

zu § 133b Absatz 2

Nach Satz 3 werden die folgenden neuen Sätze 4 und 5 eingefügt:

„(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen benennt 16 Mitglieder für das Fachgremium medizinische Notfallrettung. Die Länder können jeweils ein Mitglied benennen. Die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitglieder und die von den Ländern benannten Mitglieder benennen in der ersten Sitzung des Fachgremiums gemeinsam vier weitere Mitglieder aus dem Kreis der maßgeblichen Spitzenorganisationen von in § 133 Absatz 1 genannten Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung nach § 30 auf Bundesebene, zwei weitere Mitglieder aus dem Kreis der maßgeblichen Fachgesellschaften auf Bundesebene und drei weitere Mitglieder aus dem Kreis der maßgeblichen Fachverbände auf Bundesebene. **Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene benennen für die Pflege und für die Hebammen jeweils ein weiteres Mitglied.** Absatz 3 Satz 1 und 2 gilt entsprechend. Das Bundesministerium für Gesundheit entsendet ein Mitglied in das Fachgremium.“

Nummer 19

§ 133c SGB V - Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung

Der Deutsche Pflegerat begrüßt die mit § 133c SGB V vorgesehene digitale Vernetzung der Akut- und Notfallversorgung. Eine standardisierte und interoperable digitale Notfalldokumentation kann Informationsverluste an den Schnittstellen zwischen medizinischer Notfallrettung, Akutleitstelle, Integriertem Notfallzentrum, Krankenhausnotaufnahme und weiterbehandelnden Stellen vermeiden.

§ 133c Absatz 1 Satz 1 SGB V beschränkt die gesetzliche Formulierung bislang auf personenbezogene Daten, die für die weitere medizinische Diagnostik und Versorgung erforderlich sind. Pflegefachlich relevante Informationen werden nicht ausdrücklich genannt. Dies wird der bedarfsgerechten sektorenübergreifenden Versorgung insbesondere von pflegebedürftigen, multimorbiden, kognitiv beeinträchtigten und in ihrer Kommunikation eingeschränkten Menschen in den jeweiligen Altersgruppen nicht hinreichend gerecht.

Der Deutsche Pflegerat fordert insbesondere mit Blick auf die Weiterbehandlung, pflegefachlich relevante Daten und die Ergebnisse strukturierter pflegefachlicher Assessments in die digitale Notfalldokumentation einzubeziehen. Dazu können insbesondere Informationen zur Ersteinschätzung und Re-Evaluation, zu Mobilität, Bewusstseinslage, kognitiven Einschränkungen, pflegerischen Risiken, Kommunikationsbesonderheiten, Pflege- und Unterstützungsbedarf sowie zu bereits eingeleiteten Maßnahmen gehören. Welche Angaben im Einzelfall übermittelt werden, muss sich nach ihrer Erforderlichkeit für die weitere Versorgung richten.

Die bundeseinheitlichen Standards müssen eine strukturierte und interoperable Verarbeitung dieser Informationen ermöglichen. Pflegefachliche Daten dürfen nicht lediglich als unstrukturierter Freitext übertragen werden. Gleichzeitig sind Mehrfacherhebungen und parallele Dokumentationen soweit möglich zu vermeiden.

Der Deutsche Pflegerat begrüßt außerdem die Echtzeitdarstellung der verfügbaren Versorgungskapazitäten nach § 133c Absatz 2 SGB V. Der Gesetzentwurf bestimmt jedoch nicht näher, wann eine Kapazität tatsächlich als verfügbar gilt. Das formale Vorhandensein eines Bettes, Raumes oder Behandlungsplatzes gewährleistet noch keine unmittelbare Aufnahme- und Behandlungsfähigkeit.

Eine Versorgungskapazität darf deshalb nur dann als verfügbar gemeldet werden, wenn die für die jeweilige Versorgung erforderlichen personellen, räumlichen und technischen Ressourcen tatsächlich zur Verfügung stehen. Bei den personellen Ressourcen sind insbesondere die erforderlichen pflegerischen und ärztlichen Kapazitäten zu berücksichtigen. Dies ist erforderlich, um Fehlzusweisungen und zusätzliche Belastungen bereits ausgelasteter Versorgungsbereiche zu vermeiden.

Änderungsvorschläge

zu § 133c Absatz 1 Satz 1 SGB V

„Zur Versorgung von rettungsdienstlichen Notfällen im Sinne des § 30 Absatz 1 Satz 2 und Akutfällen im Sinne des § 75 Absatz 1b Satz 1 sind die folgenden Stellen zur digitalen Erhebung und Speicherung der für die weitere medizinische ~~Diagnostik und Versorgung~~ **pflegefachliche Diagnostik und Versorgung** erforderlichen personenbezogenen Daten, zur Übermittlung dieser Daten an die jeweils weiterversorgende Stelle und zu deren Empfang verpflichtet (digitale Notfalldokumentation), sobald die erforderlichen technischen Voraussetzungen vorliegen:

(...1-4),

*5. die Ärzte **sowie Pflegefachpersonen und Hebammen**, die im Notdienst im Sinne des § 75 Absatz 1b Satz 5 tätig sind oder die als oder für einen in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Leistungserbringer oder in einer Kooperationspraxis im Sinne des § 123 Absatz 1 Satz 7 Patienten eines Integrierten Notfallzentrums behandeln.“*

zu § 133c Absatz 1 Satz 2 SGB V

„Für die digitale Notfalldokumentation sind bundeseinheitlich definierte, digitale und interoperable Schnittstellen und Standards für die Datensätze, **die auch die für die weitere Versorgung erforderlichen strukturierten pflegefachlichen Informationen und Ergebnisse pflegefachlicher Assessments, insbesondere der Ersteinschätzung und der erneuten klinischen Einschätzung, umfassen**, insbesondere zu der in § 123a Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 genannten Vernetzung und interoperablen digitalen Fallübergabe sowie zu der in § 133a Absatz 2 Satz 8 genannten digitalen Fallübergabe, nach dem Zwölften Kapitel festzulegen.“

Diese Fassung ist gegenüber einem neuen Satz nach Satz 2 vorzugswürdig, weil:

- der Zusammenhang mit den Datensatzstandards unmittelbar hergestellt wird,
- die Erforderlichkeit der Informationen gewahrt bleibt und

- sich die Nummerierung der nachfolgenden Sätze nicht verändert.

zu § 133c Absatz 2 Satz 3 SGB V

„Die an der Notfallversorgung teilnehmenden zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, ihre Versorgungskapazitäten in Echtzeit an das Versorgungskapazitätennachweissystem zu übermitteln; **als verfügbar dürfen nur solche Versorgungskapazitäten gemeldet werden, für die die zur jeweiligen Aufnahme und Behandlung erforderlichen personellen, insbesondere pflegerischen und ärztlichen, sowie räumlichen und technischen Ressourcen tatsächlich zur Verfügung stehen.**“

Anmerkung zur Formulierung „nichtärztliches Personal“

Die Bezeichnung „nichtärztliches Personal“ ist fachlich, professionspolitisch und soziologisch problematisch. Sie bestimmt Pflegefachpersonen nicht über ihren eigenständigen professionellen Auftrag, ihre wissenschaftliche Wissensbasis und ihre gesetzlich geregelte Verantwortung, sondern ausschließlich über die Abgrenzung zur ärztlichen Profession. Damit wird eine medizinentrierte Hierarchie sprachlich reproduziert. Die Bezeichnung verdeckt insbesondere die Pflegeprozessverantwortung und die vorbehaltenen Aufgaben der Pflegefachpersonen gemäß § 4 Pflegeberufegesetz. Sie ist daher durch präzise Begriffe wie „Pflegefachpersonen“, „Profession Pflege“, „Pflegedienst“ oder – bei mehreren Berufsgruppen – durch die konkrete Benennung der jeweiligen Gesundheitsfachberufe zu ersetzen.

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)

Änderungsantrag Nr. 1

§ 15b Art. 1 Nr. 1 SGB V (neu)

Medizinische Notfallrettung - Erweiterte heilkundliche Kompetenzen in Notfallsituationen

Der Deutsche Pflegerat unterstützt den Änderungsantrag ausdrücklich. Die vorgesehene Regelung schafft eine wichtige Grundlage dafür, dass besonders qualifizierte Pflegefachpersonen in Notfall- und Akutsituationen heilkundliche Aufgabenfelder eigenverantwortlich erbringen können. Dies stärkt die Patientensicherheit, ermöglicht eine schnellere Versorgung und trägt zur Entlastung ärztlicher Ressourcen bei.

Aus Sicht des Deutschen Pflegerates sollte die Regelung noch weitergehen. Pflegefachpersonen und Hebammen müssen innerhalb ihrer nachgewiesenen Kompetenzen tatsächlich eigenverantwortlich handeln können. Die in Absatz 5 vorgesehene ärztliche Gesamtverantwortung steht dazu in einem Spannungsverhältnis. Stattdessen sollten die Verantwortungsbereiche der beteiligten Berufsgruppen sowie notwendige Übergabe- und Eskalationswege eindeutig geregelt werden.

Die Qualifikationsanforderungen sollten bundesweit einheitlich und unter verbindlicher Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene festgelegt werden. Dabei sind insbesondere die Fachweiterbildung Notfallpflege und einschlägige hochschulische Qualifikationen zu berücksichtigen.

Änderungsvorschläge

(5) Pflegefachpersonen sowie Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter tragen für die nach Absatz 1 eigenverantwortlich erbrachten heilkundlichen Leistungen die fachliche Verantwortung im Rahmen ihrer nachgewiesenen Kompetenzen. Soweit der Zustand der Patientin oder des Patienten eine weitergehende medizinische Versorgung erfordert, ist die rechtzeitige Übergabe an eine Ärztin oder einen Arzt sicherzustellen. Die Zusammenarbeit erfolgt unter Wahrung der jeweiligen beruflichen Verantwortungsbereiche.

In Absatz 6 sollte zudem festgelegt werden, dass die Rechtsverordnung unter verbindlicher Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe und der Hebammen auf Bundesebene und der weiteren betroffenen Berufsgruppen erlassen wird. Der fehlerhafte Verweis auf „Absatz 2 Nummer 3“ ist entsprechend zu korrigieren.

Änderungsantrag Nr. 2

§ 30 Artikel 1 Nummer 2 SGB V

Spezielle ambulante Notfallversorgung

Der Deutsche Pflegerat unterstützt die Einführung der speziellen ambulanten Notfallversorgung (SANV) als eigenständigen Leistungsbereich. Sie schließt eine Versorgungslücke für Menschen aller Altersgruppen mit akutem Behandlungs- oder Unterstützungsbedarf, bei denen weder eine stationäre Aufnahme erforderlich ist noch die bestehenden ambulanten Versorgungsangebote ausreichen. Durch die gezielte Vermittlung in spezialisierte Angebote können Patientinnen und Patienten bedarfsgerechter versorgt sowie Rettungsdienste und Notaufnahmen entlastet werden.

Besonders zu begrüßen ist, dass notfallpflegerische Leistungen ausdrücklich als Bestandteil der speziellen ambulanten Notfallversorgung benannt werden. Entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen sollten diese Leistungen im Rahmen ihrer nachgewiesenen Kompetenzen selbstständig und eigenverantwortlich erbringen können.

Änderungsvorschläge

§ 30 Absatz 6 SGB V wird wie folgt ergänzt:

„(6) (...) Die Leistungen müssen durch Gesundheitsfachpersonen im Rahmen ihrer jeweiligen beruflichen oder hochschulischen Qualifikation und fachlichen Kompetenzen erbracht werden. Hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen und Hebammen können pflegerische und hebammenfachliche Leistungen im Rahmen ihrer nachgewiesenen Kompetenzen selbstständig und eigenverantwortlich erbringen. (...)“

Änderungsantrag Nr. 15

§ 123c Artikel 1 Nummer 18 SGB V

Verbindliche Patientensteuerung auf Grundlage der standardisierten Ersteinschätzung

Der Deutsche Pflegerat unterstützt das Anliegen, die rechtlichen Folgen der standardisierten Ersteinschätzung ausdrücklich zu regeln. Die grundsätzliche Verbindlichkeit ihres Ergebnisses schafft Handlungssicherheit und stärkt eine bedarfsgerechte und zielgerichtete Patientensteuerung.

Die Verbindlichkeit ist von der Frage zu unterscheiden, welche Berufsgruppen die Ersteinschätzung durchführen dürfen. Hierzu wird auf die Stellungnahme des Deutschen Pflegerates zu Nummer 18 des Gesetzentwurfs, § 123 SGB V, verwiesen. Die dort geforderte selbstständige und eigenverantwortliche Durchführung durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen sowie durch Hebammen bei Schwangeren und geburtshilflichen Notfällen ist ergänzend umzusetzen. Damit ist keine ausschließliche Zuständigkeit einer Berufsgruppe verbunden.

Abweichungen vom Ergebnis müssen möglich sein, wenn besondere medizinische, pflegefachliche oder Hebammenfachliche Umstände dies erfordern. Im Übrigen wird auf die Ausführungen zu § 123 SGB V zur Hinzuziehung ärztlicher Expertise, erneuten klinischen Einschätzung und Dokumentation verwiesen.

Änderungsvorschläge

Ergänzend zu dem in der Stellungnahme des Deutschen Pflegerats zu Nummer 18 vorgeschlagenen Änderungsvorschlag zu § 123 Absatz 2 Satz 2 SGB V werden in § 123 Absatz 2 nach Satz 3 folgende Sätze 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, pflegefachlicher oder Hebammenfachlicher Umstände im Einzelfall eine anderweitige Versorgung erforderlich ist. Die Gründe für die Abweichung sind zu dokumentieren.“

Berlin, 07.09.2026

Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)

Tel.: + 49 30 / 398 77 303

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de

www.deutscher-pflegerat.de