

DGKJ-Kommentare zu den Änderungsanträgen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (BT-Drs. 21/6808) –
Ausschussdrucksache 21(14)101, 01.09.2026

04.09.2026

ÄA 1 – § 15b SGB V (neu) – Erweiterte heilkundliche Kompetenzen in Notfallsituationen

Eine pädiatriespezifische Qualifikationsanforderung ist nicht vorgesehen. Bei eigenverantwortlicher Heilkundenausübung durch Pflegefachpersonen/Notfallsanitäter:innen bei Kindern sind Vitalparameter, Medikamentendosierung und Risikobewertung u.a. grundlegend anders als bei Erwachsenen – eine besondere kinder- und jugendmedizinische bzw. -pflegerische Qualifikation sollte in Absatz 2 ergänzt werden.

ÄA 2 – § 30 SGB V – Spezielle ambulante Notfallversorgung (SANV)

Katalog nennt notfallpflegerische, psychische, palliative und geburtshilfliche Notfallangebote, aber keine kinder- und jugendmedizinischen bzw. kinderpsychiatrischen Notfallangebote. Wir regen eine entsprechende Ergänzung in Absatz 6 an.

ÄA 3 – § 30 SGB V – Landeseinheitliche Notrufabfrage

Kein unmittelbarer pädiatrischer Bezug. Mittelbar relevant: Die Kompatibilität mit einem eigenständigen, pädiatrisch validierten Ersteinschätzungssystem (vgl. ÄA 15/16) muss sichergestellt bleiben. Unterstützenswert.

ÄA 4 – § 30 SGB V – Vorbeugender Rettungsdienst

Kein unmittelbarer pädiatrischer Bezug. Potenziell hilfreich für chronisch kranke Kinder und Jugendliche als „Frequent User“ des Rettungsdienstes. Unterstützenswert, kein Änderungsbedarf.

ÄA 5 – § 75 Abs. 1b SGB V – Konkretisierung der Kooperationsmöglichkeiten

Kein unmittelbarer pädiatrischer Bezug. Der Landesrechtsvorbehalt („wenn und soweit Landesrecht dies zulässt“) könnte Kooperationen von KVen mit Kinderkliniken/Rettungsdienst regional einschränken, derzeit kein Änderungsbedarf.

ÄA 6 – § 75 Abs. 1a SGB V – Verbindliche Terminvermittlung nach INZ-Versorgung

KINZ wird ausdrücklich gleichrangig mit INZ genannt. Unterstützenswert, kein Änderungsbedarf.

ÄA 7 – § 75 Abs. 1b SGB V – Bundeseinheitliche Fallübergabe in der KV

Kein unmittelbarer pädiatrischer Bezug, stärkt aber die Versorgungskontinuität, die auch pädiatrischen Patient:innen zugutekommt. Unterstützenswert.

ÄA 8 – § 75 Abs. 1b SGB V – Digitale Fallübergabe

Betrifft auch die Übermittlung von Ersteinschätzungsdaten. Das sollte sicherstellen, dass pädiatrisch differenzierte Ersteinschätzungsergebnisse verlustfrei mit übertragen werden. Unterstützenswert mit diesem Hinweis.

ÄA 9 – § 75 Abs. 1b SGB V – Qualitätsanforderungen an telemedizinische Leistungen

Berührt die eigene Forderung nach telemedizinischen Konsilen durch Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendmedizin (Formulierungsvorschläge Item 8). Die geforderten Qualitätsstandards sollten den Facharztstandard Kinder- und Jugendmedizin ausdrücklich einschließen. Unterstützenswert mit Ergänzungswunsch.

ÄA 10 – §§ 101, 123a, 123b SGB V – Bundeseinheitliche Kriterien für INZ/KINZ

Größte Konvergenz mit eigener Position: Begründung fordert für KINZ ausdrücklich pädiatrische Ersteinschätzung, standardisierte Behandlungspfade und jederzeitige Einbindung kinder- und jugendmedizinischer Fachkompetenz. Unterstützen; G-BA-Bindung nach § 101 Abs. 1 Nr. 7 (neu) und eigener Vorschlag zur pädiatrischen Sachkompetenz im Landesausschuss sind komplementär und wurden bereits in der eigenen Formulierungsvorschläge-Synopse (s. SN der pädiatrischen Verbände zur Notfallreform, Item 9) benannt.

ÄA 11 – § 115a SGB V – Vorstationäre Vergütung bei Zuweisung durch den Rettungsdienst

Nennt nur Krankenhäuser „mit einem Integrierten Notfallzentrum nach § 123“, nicht ausdrücklich KINZ nach § 123b. Da besteht Klarstellungsbedarf, damit Kinderkliniken mit KINZ nicht von der vorstationären Abrechnungsmöglichkeit ausgeschlossen bleiben.

ÄA 12 – §§ 75, 123c, 133a, 133d SGB V – Transsektorale Qualitätssicherung und Benchmarking

Generisch unterstützenswert. Bei Umsetzung sollte eine pädiatrische Stratifizierung der Vergleichsauswertungen gefordert werden, da Kinder- und Erwachsenenfälle sonst im Benchmarking vermischt und die Ergebnisse für die Pädiatrie unbrauchbar würden.

ÄA 13 – § 123a Abs. 1 SGB V – Vorrangige Berücksichtigung der BG-Kliniken bei INZ

Ändert denselben Satz (§ 123a Abs. 1 Satz 1) wie ÄA 10 und die eigene Position (Formulierungsvorschläge Item 9). Der eigene Formulierungsvorschlag verbindet BG-Kliniken-Vorrang, G-BA-Bindung nach § 101 Abs. 1 Nr. 7 und pädiatrische Sachkompetenz der Landesausschüsse in einer Änderung.

ÄA 14 – § 123b SGB V – Verbindliches Qualitätsmanagement für Integrierte Notfallzentren

Sollte ausdrücklich auch für KINZ gelten; Klarstellung anregen, dass die geforderte Zusammenarbeit auch die KINZ-spezifischen Akteure (Kinder- und Jugendmedizin) einschließt. Hinweis: Die Norm wird hier als neuer Absatz 5 in § 123a formuliert, obwohl die Überschrift § 123b nennt – mögliches Redaktionsversehen im Änderungsantrag, sollte bei Rückmeldung angesprochen werden.

ÄA 15 – § 123c SGB V – Verbindlichkeit der Ersteinschätzung

Nur unterstützen, wenn zugleich sichergestellt ist, dass das zugrunde liegende Ersteinschätzungsverfahren pädiatrisch validiert ist (vgl. ÄA 16, Formulierungsvorschläge Items 2 und 18) – sonst werden Kinder verbindlich an ein für sie ungeeignetes Erwachsenenverfahren gebunden. Verbindlichkeit an diese Bedingung knüpfen.

ÄA 16 – § 123c SGB V – Wissenschaftliche Evaluation und Weiterentwicklung der Ersteinschätzung

Unterstützenswert. Pädiatrische Fachgesellschaften sollten ausdrücklich in die wissenschaftliche Evaluation einbezogen werden, insbesondere bei der Weiterentwicklung des eigenständigen, pädiatrisch validierten Ersteinschätzungssystems (vgl. Formulierungsvorschläge Item 18).

ÄA 17 – §§ 133a, 133c SGB V – Verbindliche Interoperabilitätsstandards

Kein unmittelbarer pädiatrischer Bezug, technisch unterstützenswert.

ÄA 18 – § 133b Abs. 4 SGB V – Katalog der Rahmenempfehlungen (u. a. Kinder-Rettungsfahrzeuge)

Teilkonvergenz mit eigener Forderung nach pädiatrischen Mindeststandards im Rettungsdienst (Formulierungsvorschläge Item 20). Nummer 16 nennt „spezialisierte Rettungsfahrzeuge für die Versorgung von Kindern“, bleibt aber auf Ausstattung beschränkt; die Personalqualifikation (z. B. im Sinne von „pediatric readiness“) fehlt und sollte nachgefordert werden.

ÄA 19 – § 133b SGB V – Transparenz des Fachgremiums medizinische Notfallrettung

Kein unmittelbarer pädiatrischer Bezug. Transparenz und Berichtspflicht nützen mittelbar auch pädiatrischen Fachgesellschaften zur Einflussnahme auf das Gremium.

ÄA 20 – § 133b Abs. 4 SGB V – Verbindlichkeit der Empfehlungen des Fachgremiums

Mittelbar relevant: Die Bindungswirkung entfaltet erst dann pädiatrischen Nutzen, wenn entsprechende Standards (vgl. ÄA 18) tatsächlich im Katalog verankert sind. Unterstützenswert in Kombination mit ÄA 18.

ÄA 21 – § 133h SGB V – Weiterentwicklung des AED-Katasters

Kein pädiatrischer Bezug im engeren Sinne (Fokus liegt auf Erwachsenenreanimation/Laien-AED-Netz). Kein zwingender Handlungsbedarf; Hinweis auf kindgerechte AED-Ausstattung wäre ein optionaler Ergänzungspunkt.

ÄA 22 – § 133c SGB V – Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht Notfallmanagement

Kein unmittelbarer pädiatrischer Bezug, generisch unterstützenswert im Sinne der Patientensicherheit.

ÄA 23 – §§ 133d, 354 SGB V – Verknüpfung von Notfallversorgungsdaten

Kein unmittelbarer pädiatrischer Bezug, nützt aber auch der pädiatrischen Versorgungsforschung. Unterstützenswert.

ÄA 24 – AMG / MedizinprodukteAbgabeVO – Arzneimittel-/Medizinprodukteabgabe im aufsuchenden Bereitschaftsdienst

Erfasst nur den aufsuchenden ärztlichen Bereitschaftsdienst, nicht das in Formulierungsvorschläge Item 17 geforderte Dispensierrecht für KINZ. Sollte in eigener Stellungnahme separat adressiert werden.

ÄA 25 – §§ 12a, 17b KHG – Vorhaltefinanzierung von Notaufnahmen

Nennt Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nach § 123b ausdrücklich als eigenständige, vorhaltefinanzierte Struktur und schließt damit eine bislang ungedeckte Finanzierungsflanke (vgl. Formulierungsvorschläge Item 3, SVR-Gutachten 2018). Unterstützenswert.

Kontakt:

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)
PD Dr. med. Burkhard Rodeck, Generalsekretär
politik@dgkj.de
Telefon: 030/ 3087779-15

Geschäftsstelle:

Chausseestraße 128/129
10115 Berlin
info@dgkj.de | www.dgkj.de