Stellungnahme
der Bundesärztekammer

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

Berlin, 28.08.2026

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs ... 4
2. Vorbemerkung ... 6
3. Stellungnahme im Einzelnen ... 6
Medizinische Notfallrettung ... 6
Artikel 1 Nummer 2 (§ 30 SGB V-E) ... 6
Notfalltransporte, Krankenfahrten und Krankentransporte ... 9
Artikel 1 Nummer 2 (§ 30 Absatz 5 SGB V-E) in Verbindung mit Artikel 1 Nummer 3 (§ 60 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 SGB V-E) ... 9
Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages ... 9
Artikel 1 Nummer 7 (§ 75 Absatz 1b-1f SGB V-E) ... 9
Vergütung komplexer Fälle im EBM ... 11
Artikel 1 Nummer 9 (§ 87 Absatz 2a Satz 21 SGB V-E) ... 11
Erweiterte Landesausschüsse und Gemeinsame Landesgremien ... 12
Artikel 1 Nummer 11 (§ 90 Absatz 4a SGB V-E) und Artikel 1 Nummer 12 (§ 90a SGB V-E) ... 12
Finanzierung der notdienstlichen Strukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen ... 13
Artikel 1 Nummer 14 (§ 105 Absatz 1b SGB V-E) ... 13
Integrierte Notfallzentren ... 14
Artikel 1 Nummer 18 (§ 123 SGB V-E) ... 14
Einrichtung von Integrierten Notdienstzentren ... 16
Artikel 1 Nummer 18 (§ 123a SGB V-E) ... 16
Richtlinie des G-BA zur Ersteinschätzung an Krankenhausstandorten ... 17
Artikel 1 Nummer 18 (§ 123c SGB V-E) in Verbindung mit Artikel 1 Nummer 17 (§ 120 Absatz 3b SGB V-E) ... 17
Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung ... 19
Artikel 1 Nummer 19 (§ 133a SGB V- E) ... 19
Fachgremium Medizinische Notfallrettung ... 19
Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b SGB V- E) ... 19
Digitale Kooperation ... 20
Artikel 1 Nummer 19 (§ 133c SGB V-E) ... 20
Datenübermittlung zur Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung, Verordnungsermächtigung ... 21
Artikel 1 Nummer 19 (§ 133d SGB V-E) ... 21
Koordinierende Leitstelle ... 22
Artikel 1 Nummer 19 (§ 133g SGB V-E) ... 22

Fernzugriff auf die ePA durch die Leitstellen 22
Artikel 1 Nummer 25 (§ 354 Absatz 4 SGB V-E) 22
Abgabe von Arzneimitteln und Medizinprodukten durch Ärztinnen und Ärzte im Notdienst 23
Artikel 5 (§ 43 Absatz 4 Arzneimittelgesetz), Artikel 6 (§ 3 Absatz 2 Medizinprodukte-Abgabeverordnung) 23
4. Ergänzender Änderungsbedarf 24
Einbindung der Bevölkerung, Stärkung von Gesundheitskompetenz und Gesundheitssystemkompetenz 24

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Eine Reform der Notfallversorgung, die die ambulante, die stationäre und die rettungsdienstliche Versorgung miteinander verzahnt und Patientinnen und Patienten entsprechend ihrem medizinischen Bedarf zum richtigen Zeitpunkt in die am besten geeignete Einrichtung leitet, ist dringend erforderlich. Sie kann dazu beitragen, überlastete Strukturen der medizinischen Versorgung und das dort beschäftigte Personal zu entlasten sowie Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte und zielgerichtete Diagnostik und Behandlung zu ermöglichen.

Zugleich hat die Reform der Notfallversorgung erhebliche Implikationen für die weiteren aktuellen Reformen und Reformbestrebungen in der Gesundheitsversorgung. So ist sie wesentliche Voraussetzung für die Umsetzung eines Primärversorgungssystems. Sie ist der Startpunkt für eine standardisierte Ersteinschätzung, konsequente Versorgungssteuerung und bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Auch für die Krankenhausversorgung und die Umsetzung der Krankenhausreform ist die Reform der Notfallversorgung von erheblicher Bedeutung. Sie beeinflusst die Patientenströme und kann damit wesentliche Auswirkungen auf die Auslastung sowie die wirtschaftliche Tragfähigkeit einzelner Krankenhausstandorte haben. Darüber hinaus wirkt sie sich sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich auf den Personalbedarf und die verfügbaren Versorgungskapazitäten aus.

Ziel der Reform der Notfallversorgung muss es also sein, nicht nur die Einrichtungen der Notfallversorgung, sondern auch die angrenzenden Versorgungsstrukturen im Blick zu halten, um ein praxistaugliches System zu etablieren.

Wesentlich ist es deshalb, den vorliegenden Gesetzentwurf an die Realitäten in der Versorgung anzupassen und die ärztliche Selbstverwaltung strukturell in die Umsetzung der Reform einzubinden.

Die Reform der Notfallversorgung erfordert von allen Beteiligten hohes Engagement und Veränderungswillen. Sie muss konsequent auf eine Entlastung der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes von Fällen ausgerichtet werden, die keine Notfallversorgung benötigen.

Eine Voraussetzung für ihr Gelingen ist die verbindliche Nutzung der Zugangswege in die Akut- und Notfallversorgung und der vorgesehenen Behandlungspfade. Wichtig ist daher, dass bei allen Zugangswegen die Logik der Weiterleitung und -versorgung der Patientinnen und Patienten auf einem bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungssystem beruht. Letztendlich muss das übergeordnete Ziel sein, als Single Point of Entry (SPE) die vernetzten Leitstellen durchzusetzen. Patientinnen und Patienten sollten über eine breit angelegte Informationskampagne angehalten werden, vor jeder Inanspruchnahme einer Notfallleistung eine vernetzte Leitstelle zu kontaktieren.

Im vorliegenden Entwurf sind in den gemeinsamen Leitstellen von Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Rettungsdienst, in den Akutleitstellen der KVen, in den INZ und in Krankenhäusern ohne INZ jeweils Ersteinschätzungssysteme vorgesehen, die jedoch von unterschiedlichen Akteuren zur Verfügung gestellt und unterschiedlichen Anforderungen unterliegen sollen. Ein solches Nebeneinander verschiedener Systeme mit unterschiedlichen Bewertungsmaßstäben und Steuerungsfolgen ist weder sachgerecht noch geeignet, eine konsistente Patientensteuerung sicherzustellen. Vielmehr braucht es ein einheitliches, standardisiertes System, das an die unterschiedlichen Settings zwar angepasst wird, im Ergebnis jedoch bei gleich gelagerten Fällen zu derselben Einschätzung zu Dringlichkeit und angemessener Versorgungsebene kommt. Die Verantwortung für die Ersteinschätzung muss in den Händen der ärztlichen Selbstverwaltung liegen. Darüber hinaus ist bislang noch nicht

erkennbar, dass die vorgesehenen Steuerungsinstrumente für den flächendeckenden Einsatz bereits ausreichend validiert, praxistauglich, haftungsrechtlich abgesichert und sektorenübergreifend interoperabel sind. Digitale Ersteinschätzungssysteme müssen aus Gründen der Patientensicherheit risikominimierend ausgestaltet sein. Sie werden im Zweifel eher eine höhere als eine niedrige Versorgungsstufe empfehlen. Hierfür müssen praxistaugliche, medizinisch sinnvolle Lösungen gefunden werden.

Die Bundesärztekammer setzt sich seit vielen Jahren im Rahmen der – auch aufgrund der föderalen Zuständigkeiten begrenzten – Möglichkeiten für bundeseinheitliche Standards in der präklinischen Versorgung ein, u. a. durch den Notarztindikationskatalog (NAIK), der als Handreichung für die Disposition von Notärztinnen und Notärzten entwickelt wurde. Er soll Disponentinnen und Disponenten in den integrierten Regionalleitstellen, Rettungsleitstellen und Notdienstzentralen bei der der Entscheidung über den Einsatz einer Notärztin, eines Notarztes unterstützen. Bei der Entwicklung von standardisierten und softwarebasierten Notrufabfrageschemata sollte der NAIK als Grundlage dienen und seine Berücksichtigung gesetzlich verankert werden.

Die mit dem Gesetz geplante erhebliche Leistungsausweitung in der ambulanten Notfallversorgung auch zu den regulären Praxisöffnungszeiten ist, gerade auch vor dem Hintergrund des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes, weder zielführend noch umsetzbar. Es gibt keine Kapazitäten, um unabhängig vom tatsächlichen Bedarf rund um die Uhr und damit auch während der regulären Öffnungszeiten der Arztpraxen über die Rufnummer 116 117 verpflichtend telemedizinische und aufsuchende Angebote vorzuhalten. Deshalb ist die geplante Verpflichtung zur Vorhaltung aufsuchender Angebote der notdienstlichen Akutversorgung während der regulären Praxisöffnungszeiten aus dem Gesetzentwurf zu streichen. Stattdessen müssen sich Art und Umfang der Angebote an den regionalen Strukturen, Gegebenheiten und dem Bedarf vor Ort ausrichten.

Vor der Festlegung der Standorte gemeinsamer Anlaufstellen von vertragsärztlichem Notdienst und Krankenhäusern ist eine Analyse zu den Auswirkungen auf die Versorgung erforderlich. Dabei sollte insbesondere berücksichtigt werden, welche Rolle Krankenhäuser ohne ein Integriertes Notfallzentren (INZ) künftig übernehmen.

Zwingende Voraussetzung für das Gelingen der Reform der Akut- und Notfallversorgung ist der Aufbau ausreichender ambulanter, stationärer und rettungsdienstlicher Kapazitäten. Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte können die Notaufnahmen und den Rettungsdienst nicht entlasten, wenn es keine freien Kapazitäten für die Versorgung von Akutfällen gibt. Hierfür sind geeignete organisatorische und finanzielle Rahmenbedingungen und Anreize erforderlich.

Gleichzeitig muss die geplante Neuausrichtung von Krankenhausplanung und -vergütung sicherstellen, dass die stationäre Versorgung von komplex erkrankten multimorbiden Notfallpatienten und die dafür erforderliche Vorhaltung ausreichend refinanziert werden. Ein wesentlicher Grund für die Überlastung von Notaufnahmen ist der sogenannte Exit Block: Aufgrund fehlender stationärer Kapazitäten können insbesondere Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf häufig erst mit erheblichem Zeitaufwand auf geeignete Stationen verlegt werden. Es ist damit zu rechnen, dass diese Problematik im Zuge der Umsetzung der Krankenhausreform aufgrund der Zentralisierung und Spezialisierung von Krankenhausstandorten weiter zunehmen wird.

In diesem Zusammenhang ist auch die Sicherstellung der Refinanzierung von Notfallbehandlungskosten nicht krankenversicherter Patienten in Krankenhäusern, Praxen und weiteren medizinischen Einrichtungen ein wichtiges Anliegen der Ärzteschaft. Die Erstattung der hierfür entstandenen Behandlungskosten ist derzeit mit erheblichen Hürden

verbunden. Näheres hierzu ist in Drucksache Ib-07 des 130. Deutschen Ärztetages 2026 ausgeführt (siehe Anlage).

Die Strukturen der Akut- und Notfallversorgung müssen finanziell, strukturell und personell so ausgestattet sein, dass die Reform eine gute Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten ermöglicht und zugleich die Arbeitsbedingungen für die an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen verbessert.

Um die Akut- und Notfallversorgung unter Berücksichtigung der gewachsenen Strukturen, verfügbarer personeller Ressourcen sowie regionaler Gegebenheiten und Versorgungsbedarfe weiterzuentwickeln, fordert die Ärzteschaft die **verpflichtende Einbindung aller beteiligten Akteure, einschließlich der Landesärztekammern in die im Rahmen der Notfallreform geplanten Gremien**. Dazu gehören die erweiterten Landesausschüsse gemäß § 90 SGB V, die gemeinsamen Landesgremien gemäß § 90a SGB V und das Fachgremium medizinische Notfallrettung gemäß § 133b (neu).

Die **Bundesärztekammer** hat im April 2024 ein umfassendes Konzeptpapier zur Reform der Akut- und Notfallversorgung vorgelegt, auf dessen Grundlage die vorliegende Stellungnahme erarbeitet wurde.

Da der Gesetzentwurf im Vergleich zu dem im November vergangenen Jahres vorgelegten Referentenentwurf nur wenige maßgebliche Änderungen erfahren hat, baut die Stellungnahme der Bundesärztekammer auf der im Dezember 2025 vorgelegten Stellungnahme auf.

2. Vorbemerkung

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 hat zahlreiche Beschlüsse zur Akut- und Notfallversorgung und zum Notfallreformgesetz gefasst. Die Beschlüsse sind in der vorliegenden Stellungnahme abgebildet und der Stellungnahme als Anlage beigefügt.

3. Stellungnahme im Einzelnen

Medizinische Notfallrettung

Artikel 1 Nummer 2 (§ 30 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die medizinische Notfallrettung soll als eigenständiger Leistungsbereich im SGB V verankert werden und künftig das Notfallmanagement, die notfallmedizinische Versorgung sowie Notfalltransporte umfassen. Das Notfallmanagement soll dabei um digitale Ersthelferalarmierungssysteme sowie die Nutzung eines AED-Katasters erweitert werden. Die Vermittlung der erforderlichen Hilfe soll auf einer softwaregestützten, standardisierten Notrufabfrage basieren.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer befürwortet grundsätzlich die Aufnahme des Rettungsdienstes in die Regelungen des SGB V. Zu beachten ist hierbei jedoch, dass mit der Integration des Rettungsdienstes neue Leistungserbringer in den Geltungsbereich des SGB V einbezogen

werden. Dies muss sich entsprechend in den Selbstverwaltungsgremien widerspiegeln, soweit Belange des Rettungsdienstes betroffen sind.

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 hat die mit diesem Gesetz geplante Einführung bundeseinheitlicher Rahmenbedingungen zur flächendeckenden Einführung App-gestützter Ersthelfer-Alarmierungssysteme befürwortet. Entscheidend bei der Umsetzung sind dabei die verbindliche Integration der Systeme in die Leitstelleninfrastruktur, eine rechtssichere Grundlage für die Mitwirkung von medizinischem Fachpersonal und qualifizierten Laienhelfern, eine dauerhafte Finanzierung insbesondere durch die gesetzlichen Krankenkassen sowie einheitliche Qualitätsstandards und Zertifizierungsverfahren.

Die Bundesärztekammer setzt sich seit vielen Jahren für bundeseinheitliche Standards in der präklinischen Versorgung ein, u.a. durch den Notarztindikationskatalog (NAIK), der als Handreichung für die Disposition von Notärztinnen und Notärzten entwickelt wurde. Er soll Disponentinnen und Disponenten in den integrierten Regionalleitstellen, Rettungsleitstellen und Notdienstzentralen bei der Entscheidung über den Einsatz einer Notärztin, eines Notarztes unterstützen. Bei der Entwicklung von standardisierten und softwarebasierten Notrufabfrageschemata sollte der NAIK als Grundlage dienen und dies gesetzlich verankert und damit bundeseinheitlich geregelt werden, welche Einsätze von Notärztinnen und Notärzten wahrgenommen werden müssen, um weiterhin eine sichere und hochwertige notfallmedizinische Patientenversorgung zu gewährleisten.

Der NAIK bildet bei der Verwendung von strukturierten Notrufabfrageschemata die Grundlage für die Notarztalarmierung und wurde bzgl. der Aufgaben von Notärztinnen und Notärzten auf der Basis des aktuellen Standes der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse Ende 2023 aktualisiert und konkretisiert. Gesetzlich sollte zukünftig der Bundesärztekammer die Befugnis erteilt werden, den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft auf dieser Basis festzulegen. Diese Festlegungen sind bei der Entwicklung der standardisierten und softwarebasierten Notrufabfrage zugrunde zu legen.

Sobald die Daten- und Studienlage die Formulierung von evidenzbasierten Indikationen für eine Zuschaltung ärztlicher Kompetenz auf telemedizinischer Basis (sog. „Telenotarzt“) bereits bei Disposition erlaubt, wird dies in den Notarztindikationskatalog (NAIK) der Bundesärztekammer integriert. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat den Vorstand des wissenschaftlichen Beirates bereits gebeten, dieses Themenfeld zu bearbeiten.

Die Ärzteschaft sieht sich in der Verantwortung, zukünftige interprofessionelle Versorgungskonzepte und die dafür notwendigen klaren Regelungen und Standards zu Qualifikationsanforderungen, Qualitätssicherung, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten im Rettungsdienst im Sinne der Patientensicherheit mitzugestalten. Mit diesem Verständnis wurden in den vergangenen Jahren bereits ärztliche Qualifikationsstandards erarbeitet, so die Empfehlungen zur Qualifikation des Telenotarztes, des Leitenden Notarztes (LNA), des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst (ÄLRD) und des Notarztes in der Luftrettung. Weitere Curricula und deren Zusammenführung in einer Richtlinie der Bundesärztekammer zu ärztlichen Qualifikationen in der Notfallversorgung werden derzeit erarbeitet.

Kritisch sieht die Bundesärztekammer den im vorliegenden Gesetzentwurf angelegten Ansatz, die notärztliche Versorgung nur noch „sofern aus medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich“ vorzusehen.

Diese Wertung wird auch in der Gesetzesbegründung deutlich: „Eine notärztliche Versorgung kann in geeigneten Fällen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter durchgeführt werden, (…). Ist dies nicht möglich, kommt auch eine telemedizinische Behandlung durch Notärztinnen und Notärzte in Betracht. Wenn dies ebenfalls nicht

möglich ist, müssen Notärztinnen und Notärzte, in der Regel mit eigenen Einsatzmitteln, vor Ort tätig werden."

Die Bundesärztekammer weist darauf hin, dass eine „notärztliche Versorgung" nur durch Notärzte erfolgen kann und die Begründung daher die unzutreffende Terminologie "notärztliche Versorgung" verwendet. Im Gesetzestext heißt es richtigerweise notfallmedizinische Versorgung.

Die Bundesärztekammer teilt das Ziel eines bedarfsgerechten und ressourcenschonenden Einsatzes notärztlicher Kapazitäten. Notärztinnen und Notärzte sollen nicht für medizinisch niedrig priorisierte Einsatzanlässe gebunden werden, eine abgestufte Versorgungskaskade ist daher grundsätzlich sinnvoll. Allerdings kann die Erforderlichkeit eines Notarzteinsatzes nicht abstrakt oder gesetzlich vorgegeben werden, sondern muss sich stets nach dem konkreten medizinischen Bedarf richten.

Für die Beurteilung dieses Bedarfs stellt der Notarztindikationskatalog der Bundesärztekammer einen etablierten fachlichen Maßstab dar. Die dort definierten Indikationen für die Hinzuziehung eines Notarztes müssen daher auch im Rahmen standardisierter Notrufabfragen und Dispositionsentscheidungen angemessen berücksichtigt werden. Eine gesetzliche Ausgestaltung darf nicht dazu führen, dass die Entsendung einer Notärztin oder eines Notarztes strukturell nachrangig erfolgt, obwohl nach fachlichen Kriterien eine notärztliche Versorgung indiziert ist. Es reicht aus vorzuschreiben, dass die notfallmedizinische Versorgung die aus medizinischen Gründen erforderliche Versorgung durch Notärzte umfasst. Es ist nicht sachgerecht dies auf "im Einzelfall" zu beschränken.

Die Bundesärztekammer unterstützt ausdrücklich eine qualifikationsgerechte Aufgabenübertragung im Rettungsdienst. Insbesondere bei zeitkritischen Krankheitsbildern, unklaren Beschwerdebildern und komplexen Entscheidungssituationen bleibt die unmittelbare ärztliche Expertise jedoch von zentraler Bedeutung für die Patientensicherheit. Die ärztliche Verantwortung in der not- und rettungsdienstlichen Versorgung muss klar gesichert bleiben. Fallabschließende Diagnostik und Therapie ohne ärztliche Supervision oder organisierte ärztliche Steuerung lehnt die Bundesärztekammer ab. Delegative Versorgungsmodelle müssen unter klar definierter ärztlicher Verantwortung, mit verbindlicher Aufsicht, Dokumentation und unverzüglicher ärztlicher Rückfallebene ausgestaltet sein.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

In Artikel 1 Nummer 2 werden in § 30 Absatz 3 Satz 3 nach dem Wort „erfolgt" ein Komma und die Wörter „***die bei der Frage der Disposition von Notärzten den Festlegungen der Bundesärztekammer nach Absatz 4 Satz 2 entsprechen***" eingefügt.

In Artikel 1 Nummer 2 wird § 30 Absatz 4 wie folgt geändert:

„*Die notfallmedizinische Versorgung umfasst die aus medizinischen Gründen erforderliche Versorgung durch nichtärztliches Fachpersonal an dem Ort, an dem sich der Versicherte zum Zeitpunkt des rettungsdienstlichen Notfalls befindet, und während eines Notfalltransports sowie, sofern aus medizinischen Gründen* ***entsprechend des aktuellen Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft*** ~~***im Einzelfall***~~ *erforderlich, eine zusätzliche Versorgung durch Notärzte, die auch telemedizinisch erbracht werden kann.* ***Die Bundesärztekammer kann den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft festlegen.***"

Notfalltransporte, Krankenfahrten und Krankentransporte

Artikel 1 Nummer 2 (§ 30 Absatz 5 SGB V-E) in Verbindung mit Artikel 1 Nummer 3 (§ 60 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Notfalltransporte sollen künftig auch medizinisch notwendige Verlegungen zwischen Einrichtungen umfassen, sofern hierfür qualifizierte Rettungsmittel erforderlich sind. Krankenkassen sollen die Kosten für Fahrten zu Integrierten Notfallzentren nur dann übernehmen, wenn deren Erforderlichkeit im Rahmen eines standardisierten Abfragesystems festgestellt wurde.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Nach Einschätzung der Bundesärztekammer ist im Rahmen der Zentralisierung durch die Krankenhausreform mit einer deutlichen Zunahme von Interhospitaltransfers zu rechnen. Dies wird Transporte sowohl aus Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen in kleine Häuser als auch umgekehrt betreffen. Hinzu kommen die im Gesetzentwurf vorgeschlagenen wenig pragmatischen oder ressourcensparenden Regelungen, Transporte aus Krankenhäusern ohne INZ in Krankenhäuser mit INZ (bei einer erforderlichen stationären Aufnahme gegebenenfalls mit Rücktransport) vorzusehen. Auch im Rahmen der Ambulantisierung wird es mehr Bedarf für Krankenfahrten geben. Die BÄK sieht diese Entwicklung mit Sorge, da bereits heute personelle Engpässe im Bereich des Rettungsdienstes bestehen. Da die Notfallrettung gegenüber Verlegungs- und Heimtransporten prioritär zu bedienen ist, kann es bei verlegungspflichtigen Patientinnen und Patienten zu erheblichen Verzögerungen kommen, im ungünstigsten Fall mit lebensbedrohlichen Folgen. Umso wichtiger ist es, auf überflüssige Transporte zu verzichten und für verbleibende Transporte eine angemessene Leistungsvergütung und Investitionskostenfinanzierung sicherzustellen, damit es durch die Zunahme von Transporten nicht zu Engpässen in der Notfallrettung kommt.

Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages

Artikel 1 Nummer 7 (§ 75 Absatz 1b-1f SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die notdienstliche Versorgung soll auf unaufschiebbare Maßnahmen beschränkt werden. Sie soll künftig die Mitwirkung an Integrierten Notfallzentren (INZ) sowie ein rund um die Uhr verfügbares ärztliches Beratungsangebot per Telefon und Video und einen ebenfalls 24/7 verfügbaren aufsuchenden Dienst umfassen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer sieht die vorgesehene Beschränkung der im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung zulässigen und abrechnungsfähigen Leistungen kritisch. Nach dem Gesetzentwurf sollen Maßnahmen, die über die Klärung der Dringlichkeit, den Ausschluss eines dringenden weitergehenden Versorgungsbedarfs sowie die überbrückende Therapie akuter Beschwerden hinausgehen, grundsätzlich nicht Bestandteil der notdienstlichen Versorgung sein. Eine derart starre Begrenzung wird den Realitäten der medizinischen Versorgung nicht gerecht. Welche diagnostischen und therapeutischen

Maßnahmen im konkreten Einzelfall erforderlich sind, lässt sich regelmäßig erst auf Grundlage einer ärztlichen Untersuchung sowie unter Berücksichtigung der individuellen Krankheits- und Versorgungssituation beurteilen. Die Grenzen zwischen einer zulässigen Überbrückungstherapie und einer weitergehenden medizinisch erforderlichen Behandlung sind dabei häufig fließend. Es besteht daher das Risiko, dass nachträgliche Prüfungen zu Regressforderungen und erheblichen Rechtsunsicherheiten für die im Notdienst tätigen Ärztinnen und Ärzte führen. Dies könnte dazu beitragen, dass medizinisch sinnvolle Maßnahmen aus Sorge vor vergütungsrechtlichen Konsequenzen unterbleiben und zugleich zusätzlicher bürokratischer Aufwand entsteht. Aus Sicht der Bundesärztekammer sollte daher ausdrücklich klargestellt werden, dass die Beurteilung der Erforderlichkeit diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen auf Grundlage der ex-ante-Sicht der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes im konkreten Versorgungsgeschehen zu erfolgen hat. Eine nachträgliche Bewertung anhand später verfügbarer Erkenntnisse darf nicht zum Maßstab gemacht werden.

Jenseits der vorstehend kommentierten Beschränkung ist zu konstatieren, dass der Gesetzentwurf eine erhebliche Leistungsausweitung verspricht. Grundsätzlich erachtet die Bundesärztekammer die flächendeckende Verfügbarkeit von über die gemeinsamen Leitstellen vermittelten Videosprechstunden und die Vorhaltung eines aufsuchenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes gezielt für immobile Patientinnen und Patienten mit entsprechendem Bedarf für sinnvoll, insbesondere auch, um nicht-notwendige Rettungsdiensteinsätze und Behandlungen in Notaufnahmen zu vermeiden. Insbesondere durch eine telefonische oder telemedizinische (ärztliche) Beratung lassen sich viele Beratungsanlässe abschließend klären, sodass die übrigen notfallmedizinischen Strukturen maßgeblich entlastet werden können. Ein „dringlicher Hausbesuchsdienst“ kann ebenfalls zu einer erheblichen Entlastung notdienstlicher Strukturen und insbesondere von Notaufnahmen beitragen.

Weder sinnvoll noch zielführend, insbesondere auch vor dem Hintergrund der Diskussionen um das GKV-Betragssatzstabilisierungsgesetz, ist es allerdings, diese Angebote als verpflichtende Parallelstruktur mit hohem zusätzlichem Personal- und Infrastrukturbedarf auszugestalten. Es stehen nicht ausreichend viele Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung, die eine bundesweit flächendeckende 24/7-telemedizinische und aufsuchende notdienstliche Versorgung sicherstellen sowie nach Dienstschluss die geplanten Notdienstpraxen mitbesetzen können. Der Aufbau paralleler Rund-um-die-Uhr-Strukturen würde zwangsläufig dazu führen, dass ärztliche Ressourcen aus der regulären Versorgung abgezogen werden und dort weniger Patientinnen und Patienten versorgt werden können. Dies birgt die erhebliche Gefahr, dass die angestrebte Entlastung der Notaufnahmen ins Gegenteil verkehrt wird. Eine Schwächung insbesondere auch der hausärztlichen Versorgung führt erfahrungsgemäß zu einer stärkeren Inanspruchnahme stationärer Notfallstrukturen.

Bereits heute ist die Besetzung des ambulanten Bereitschaftsdienstes teilweise herausfordernd. Eine Ausweitung der Sicherstellung in dem hier beschriebenen Ausmaß wird personell kaum möglich sein. Dringend erforderlich sind hier zusätzliche Anstrengungen und Maßnahmen wie zum Beispiel intelligente arbeits- und sozialversicherungsrechtliche Regelungen und Anreize für Ärztinnen und Ärzte, die im Ruhestandsalter weiterhin ärztlich tätig sein möchten. Dies fehlt im vorliegenden Gesetzentwurf.

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass zusätzliche und besonders niederschwellige neue Angebote auch zu mehr Nachfrage führen können („Supplier-Induced-Demand“), wenn die professionelle Hilfe an Stelle einer Selbsthilfe genutzt wird.

Aus Sicht der Bundesärztekammer sollten Umfang, Ausgestaltung und Vorhaltezeiten telemedizinischer und aufsuchender Angebote daher bedarfsgerecht auf Landesebene festgelegt werden können. Schwerpunkt der Reform sollte die verbindliche Steuerung der Patientinnen und Patienten in die bereits vorhandenen Strukturen der Akut- und Notfallversorgung sein. Diese Strukturen gilt es zu stärken und gezielt weiterzuentwickeln, anstatt neue verpflichtende Parallelangebote mit erheblichem Ressourcenbedarf aufzubauen. Statt bundeseinheitlicher Vorhaltevorgaben sollten flexible Lösungen ermöglicht werden, die den regionalen Gegebenheiten Rechnung tragen und zugleich attraktive Rahmenbedingungen für die Tätigkeit im ärztlichen Bereitschaftsdienst schaffen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

In Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe b wird in Absatz 1b nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:

"[*Wird die in Satz 1 genannte Versorgung nicht durch in § 95 Absatz 1 Satz 1 genannte vertragsärztliche Leistungserbringer im Rahmen ihrer Sprechstunden erbracht, umfasst der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 diese Versorgung nur im Umfang der jeweils unaufschiebbar erforderlichen Maßnahmen (notdienstliche Akutversorgung).]* ***Maßgeblich ist die ex-ante-Sicht zum Zeitpunkt der Erstbeurteilung.***"

In Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe b wird in Absatz 1b Satz 6 wie folgt gefasst:

„*Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung organisieren den Notdienst insbesondere durch*

1. die Beteiligung an Integrierten Notfallzentren und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche,

2. ein telefonisches oder videounterstütztes ~~***, jederzeit verfügbares***~~ *ärztliches Versorgungsangebot, auch durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, und*

3. einen ~~***jederzeit verfügbaren***~~ *aufsuchenden Dienst in Fällen, in denen die in Satz 1 genannte Versorgung nicht anderweitig erbracht werden kann.*"

Vergütung komplexer Fälle im EBM

Artikel 1 Nummer 9 (§ 87 Absatz 2a Satz 21 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der erweiterte Bewertungsausschuss soll im EBM für ärztliche Leistungen u. a. Zuschläge für die Gruppe der Versicherten beschließen, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität der Behandlungsdiagnose einer besonders aufwändigen Betreuung und Überwachung in der Notaufnahme eines Integrierten Notfallzentrums (INZ) bedürfen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich die vorgesehene Möglichkeit, Zuschläge für Patientinnen und Patienten vorzusehen, die aufgrund der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer besonders aufwändigen Betreuung und Überwachung in der Notaufnahme eines Integrierten Notfallzentrums bedürfen. Positiv zu bewerten ist insbesondere auch die Möglichkeit von Zuschlägen für eine stundenweise Betreuung und Überwachung von Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme, um den weiteren

Krankheitsverlauf abzuwarten, diagnostische Ergebnisse einzubeziehen und hierdurch unnötige oder nicht bedarfsgerechte stationäre Aufnahmen zu vermeiden.

Allerdings ist sicherzustellen, dass die Zuordnung entsprechender Fälle nicht anhand einer retrospektiven Betrachtung erfolgt. Die Versorgung in Notaufnahmen ist durch diagnostische Unsicherheit und die Notwendigkeit zeitnaher Entscheidungen geprägt. Häufig stellt sich bei Aufnahme zunächst ein komplexeres oder potenziell bedrohlicheres Krankheitsbild dar, das erst im weiteren diagnostischen Verlauf eingeordnet werden kann.

Die Erforderlichkeit einer intensiven Betreuung und Überwachung muss daher aus der Sicht der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes zum Zeitpunkt der Erstbeurteilung bewertet werden. Eine ausschließlich retrospektive Betrachtung unter Berücksichtigung später erhobener Befunde würde dem Versorgungsauftrag der Notaufnahme nicht gerecht und könnte zu erheblichen Rechts- und Vergütungsunsicherheiten führen.

Aus Sicht der Bundesärztekammer sollte daher ausdrücklich klargestellt werden, dass für die Beurteilung der Zuschlagsfähigkeit die ex-ante-Sicht im Zeitpunkt der Erstvorstellung maßgeblich ist.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

In Artikel 1 Nummer 9 wird in Absatz 2a Satz 21 Nummer 3 ein Satz angefügt:

„[*3. Zuschläge für die Gruppe der Versicherten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität der Behandlungsdiagnose einer besonders aufwändigen Betreuung und Überwachung in der Notaufnahme eines Integrierten Notfallzentrums nach § 123 Absatz 1 oder eines Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche nach § 123b Absatz 1 bedürfen.]* ***Maßgeblich ist die ex-ante-Sicht zum Zeitpunkt der Erstbeurteilung in der Notaufnahme***."

Erweiterte Landesausschüsse und Gemeinsame Landesgremien

Artikel 1 Nummer 11 (§ 90 Absatz 4a SGB V-E) und Artikel 1 Nummer 12 (§ 90a SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der erweiterte Landesausschuss soll mit der Standortfestlegung von Integrierten Notfallzentren betraut werden. Vertreter des Rettungsdienstes werden explizit als Mitglieder in die Regelung der gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V aufgenommen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Um die Akut- und Notfallversorgung entsprechend der gewachsenen Strukturen und der vorhandenen personellen Kapazitäten planen und dabei die regionalen Voraussetzungen und Bedarfe der Bevölkerung vor Ort berücksichtigen zu können, müssen die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern strukturell in die im Rahmen der Notfallreform geplanten Gremien eingebunden werden. Dazu gehört, dass die Landesärztekammern als landesgesetzlich legitimierte berufliche Vertretungen der Ärztinnen und Ärzte aus dem stationären und ambulanten Bereich in den erweiterten Landesausschüssen und den gemeinsamen Landesgremien beteiligt werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

In Artikel 1 Nummer 11 wird § 90 Absatz 4a Satz 7 ist wie folgt geändert:

"*Bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 sind* ***die jeweils zuständige Landesärztekammer und*** *die von der für die medizinische Notfallrettung zuständigen obersten Landesbehörde für die Belange der medizinischen Notfallrettung zu benennende Vertreter anzuhören.* "

§90a Absatz 1 SGB V ist wie folgt zu ändern:

„*Nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen kann für den Bereich des Landes ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung,* ***der Landesärztekammer****, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie weiteren Beteiligten gebildet werden. Das gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben; hierzu gehören auch Empfehlungen zu einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung*."

Finanzierung der notdienstlichen Strukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen

Artikel 1 Nummer 14 (§ 105 Absatz 1b SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen legen jährlich gemeinsam und zu gleichen Teilen Finanzmittel fest, um die notdienstliche Akutversorgung, Akutleitstellen und Integrierte Notfallzentren einschließlich deren digitaler Vernetzung zu finanzieren.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Der Gesetzentwurf enthält eine Vielzahl von Reformansätzen, die für die an den vorgesehenen Kooperationsstrukturen beteiligten Akteure mit einem erheblichen zusätzlichen finanziellen und organisatorischen Aufwand verbunden sein werden.

Aus Sicht der Bundesärztekammer umfasst der hieraus resultierende Finanzierungsbedarf insbesondere:

- den Aufbau und die nachhaltige Ausgestaltung einer ambulanten Leitstellenstruktur,
- die Einführung, den Betrieb und die Weiterentwicklung telemedizinischer Versorgungsangebote,
- Die Einrichtung und den Betrieb eines aufsuchenden Dienstes,
- den Abschluss und die Umsetzung einer Vielzahl neuer Kooperationsverträge,
- die Unterstützung des Ausbaus der Zusammenarbeit zwischen Leitstellen und Rettungsdienst,
- die Finanzierung der Einrichtung und des Betriebs von rund 750 Integrierten Notfallzentren, sowie
- erhebliche Investitionen in digitale Infrastrukturen zur Sicherstellung einer sektorenübergreifenden, reibungslosen Kommunikation und Vernetzung aller Beteiligten.

Die Bundesärztekammer begrüßt ausdrücklich das Ziel, die vorhandenen Versorgungsstrukturen enger miteinander zu vernetzen. Die hierfür erforderlichen Investitionen dienen jedoch nicht allein der vertragsärztlichen Versorgung, sondern dem

Aufbau einer sektorenübergreifenden Notfallversorgungsinfrastruktur im gesamtgesellschaftlichen Interesse.

Vor diesem Hintergrund ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Finanzierung dieser gesetzlichen Infrastrukturmaßnahmen zur Hälfte aus Mitteln der vertragsärztlichen Versorgung erfolgen soll. Die vorgesehenen Strukturen werden gesetzlich vorgegeben und dienen gleichermaßen den Interessen der Krankenkassen, der Länder, der Krankenhäuser, des Rettungsdienstes sowie der Versicherten. Eine hälftige Finanzierung durch die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte würde zu einer erheblichen Belastung der ambulanten Versorgung führen und finanzielle Mittel binden, die für die unmittelbare Patientenversorgung benötigt werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

In Artikel 1 Nummer 14 wird § 105 Absatz 1b Satz 1 wie folgt neu gefasst:

„Jede Kassenärztliche Vereinigung vereinbart jährlich mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich einen ~~von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zum einen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zum anderen in jeweils gleicher Höhe über die~~ ***zusätzlichen zu den nach Absatz 1a bereitzustellenden Mitteln*** *~~hinaus bereitzustellenden~~* ***erforderlichen*** *Betrag****, der von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu tragen ist****."*

Integrierte Notfallzentren

Artikel 1 Nummer 18 (§ 123 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Geplant ist der Aufbau von rund 750 Integrierten Notfallzentren (INZ), die Notaufnahmen, KV-Notdienst und eine zentrale Ersteinschätzung miteinander verbinden sollen. Nach der Ersteinschätzung sollen Patientinnen und Patienten je nach Behandlungsbedarf im INZ versorgt, an Kooperationspraxen weitergeleitet oder in die Regelversorgung vermittelt werden. Die INZ sollen zudem die Anschlussversorgung unterstützen, eine psychiatrische Behandlungskompetenz vorhalten und eng mit geeigneten Praxen in der Region zusammenarbeiten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen über die Umsetzung und Inanspruchnahme der INZ regelmäßig gegenüber den Ländern berichten.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die vorgesehene Möglichkeit, auf die Einrichtung einer Notdienstpraxis zu verzichten, sofern die notdienstliche Akutversorgung durch die Partnerpraxis eines zugelassenen Arztes oder eines Medizinischen Versorgungszentrums in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme sichergestellt wird, erscheint grundsätzlich geeignet, bereits bestehende Strukturen einzubeziehen. Voraussetzung ist jedoch, dass die Partnerpraxis die für die notdienstliche Versorgung erforderlichen Öffnungs- und Präsenzzeiten tatsächlich gewährleistet. Dies gilt insbesondere für Wochenenden, Feiertage und sonstige Zeiten mit erhöhtem notdienstlichem Versorgungsbedarf. Kann eine solche Verfügbarkeit nicht sichergestellt werden, muss durch verbindliche Kooperationsvereinbarungen mit dem Krankenhaus gewährleistet werden, dass eine lückenlose Akutversorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt.

Grundsätzlich stellt zwar die im Entwurf neu geschaffene Option, Patientinnen und Patienten alternativ zu einer Versorgung im INZ bzw. einer Kooperationspraxis eine

Terminvermittlung in die ambulante Regelversorgung anzubieten, eine Verbesserung gegenüber dem Referentenentwurf dar. Es fehlt jedoch weiterhin an der Verbindlichkeit für die Patientinnen und Patienten. Die faktische Behandlungsverpflichtung auch bei nicht-zeitkritischen Bagatellbeschwerden im INZ schwächt eine bedarfsgerechte Versorgungssteuerung.

Bei nicht zeitkritischen Bagatellfällen darf das INZ weder mit der Verpflichtung zur Behandlung noch mit einer Verpflichtung zur Terminvermittlung belastet werden. Stattdessen ist zu überlegen, ob Patientinnen und Patienten, die ohne vorherige Einschätzung durch die Gesundheitsleitstelle die Notaufnahme aufsuchen – nachdem mittels der Triage in der Notaufnahme festgestellt wurde, dass sie keine unmittelbare stationäre Notfallversorgung benötigen (z. B. MTS-Stufe grün oder blau) – auf die Einstufung der Gesundheitsleitstelle verwiesen werden können. Dazu kann in den INZ eine entsprechende Kontaktmöglichkeit geschaffen werden. Dies bietet auch den Vorteil, dass Daten erfasst und weitergeleitet werden und Termine in der vertragsärztlichen Versorgung vergeben werden können.

Wenn es hingegen um Patientinnen und Patienten geht, die tatsächlich einer Versorgung im Notfall bedürfen, sollte eine fallabschließende Behandlung im INZ zugelassen werden, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden und ärztliche Ressourcen zu schonen.

Positiv ist anzumerken, dass die Forderung der Ärzteschaft aufgegriffen wurde, **Anreize für einen telefonischen Erstkontakt,** wie z. B. kürzere Wartezeiten bei vergleichbarer Dringlichkeitsstufe in der zugewiesenen Behandlungseinrichtung, vorzusehen. Gleichermaßen könnten Wartezeiten verkürzt werden, wenn die Weitergabe von Daten es ermöglicht, dass keine erneute Ersteinschätzung durchgeführt werden muss, wenn diese bereits in der Akutleitstelle erfolgt ist.

Die Finanzierung der INZ und Kooperationspraxen ist derzeit noch nicht geklärt. Für den Erfolg dieser Strukturen ist eine auskömmliche Refinanzierung von Investitions- und Betriebskosten unverzichtbar. Nur wenn die Träger die Einrichtungen wirtschaftlich betreiben können, werden die notwendigen Kapazitäten geschaffen und die angestrebten Verbesserungen in der Patientensteuerung und Versorgung realisiert. Dazu zählen insbesondere die zentrale Ersteinschätzungsstelle, Personal- und Sachkosten, Räumlichkeiten, digitale Infrastruktur, Schnittstellenmanagement, Qualitätssicherung, die Vorhaltung von Kapazitäten sowie die Absicherung von Haftungsrisiken. Diese Finanzierung muss vollständig aus neuen, zweckgebundenen Mitteln erfolgen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

In Artikel 1 Nummer 18 wird in § 123 Abs. 2 Satz 6 wie folgt:

„*Das Integrierte Notfallzentrum bietet den Patienten, bei denen nach einer notdienstlichen Akutversorgung im Integrierten Notfallzentrum eine ambulante Weiterbehandlung erforderlich ist,* ~~***und Hilfesuchenden, die sich nach einer Entscheidung der Ersteinschätzungsstelle nach Satz 1 statt für eine Behandlung im Integrierten Notfallzentrum für eine Behandlung bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer entscheiden,***~~ *die Vermittlung eines Termins für eine solche Behandlung an.*“

Einrichtung von Integrierten Notdienstzentren

Artikel 1 Nummer 18 (§ 123a SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der erweiterte Landesausschuss soll innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes die Standorte der Integrierten Notfallzentren (INZ) festlegen. Grundlage der Auswahl sind insbesondere Erreichbarkeit, Versorgungsbedarf und die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser; berücksichtigt werden sollen grundsätzlich Standorte mit mindestens Basisnotfallversorgung, wobei Bundeswehrkrankenhäuser bevorzugt werden sollen. Die Länder erhalten ein Beanstandungsrecht bei Konflikten mit der Krankenhausplanung. Zudem sollen bundesweit einheitliche Vorgaben zur Zusammenarbeit in den INZ, zu Öffnungszeiten, Personal, digitaler Fallübergabe und zur Kooperation mit Praxen durch eine Rahmenvereinbarung der Selbstverwaltung festgelegt werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Sehr kritisch sieht die Bundesärztekammer die **fehlende strukturelle Einbindung der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern** in den Reformprozess. Die Landesärztekammern als landesgesetzlich legitimierte berufliche Vertretungen der Ärztinnen und Ärzte aus dem stationären und ambulanten Bereich sollten bundesweit an den Gremien und Vereinbarungen beteiligt werden, die für die konkrete Umsetzung der Reform zuständig sind. Dies betrifft auch die Kooperationsverträge zu den Integrierten Notfallzentren und die Einbindung in die erweiterten Landesausschüsse nach § 90 SGB V.

Vollkommen unklar ist, wie die Notfallreform mit der weiteren Umsetzung der Krankenhausreform in Einklang gebracht werden soll und wie sich die auch vor dem Hintergrund der Stufenzuteilung im Rahmen der Richtlinie des G-BA zu den „Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern“ und der Standortfestlegung als INZ durch die erweiterten Landesausschüsse eine konsistente Planung ergeben soll. Der Gesetzentwurf nennt eine Anzahl von rund 750 INZ-Standorten, die innerhalb von sechs Monaten nach dessen Inkrafttreten festgelegt werden sollen. Es wird damit eine Reihe von Krankenhäusern geben, denen zwar bislang eine Notfallstufe zugeordnet wurde, die aber kein INZ-Standort werden sollen. Das Gleiche gilt für bereits eingerichtete Notdienstpraxen in und an Krankenhäusern. Hier muss dringend Planungssicherheit geschaffen und eine **Auswirkungsanalyse** unter Einbeziehung aller zukünftigen Regelkreise vorgelegt werden. Unklar bleibt auch, wie die konkrete Zusammenarbeit zwischen Notaufnahmen in Krankenhäusern mit INZ und ohne INZ verlaufen soll.

Vor dem Hintergrund der mit der Krankenhausreform voraussichtlich einhergehenden Zentralisierung der Krankenhauslandschaft, muss gewährleistet werden, dass 30-PKW-Minuten als Obergrenze für die Erreichbarkeit eines INZ bundesweit eingehalten werden können. Im Hinblick darauf und angesichts der sehr unterschiedlichen regionalen Gegebenheiten, müssen abweichende Regelungen in den regionalen Gremien gefunden werden können. Es ist fraglich, ob 750 INZ-Standorte ausreichend sind, um bundesweit die Notfallversorgung sicherzustellen. Zusätzlich bedarf es einer Klärung, inwieweit die Notfallversorgung in Sicherstellungskrankenhäusern berücksichtigt werden soll.

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es sehr sinnvoll, die **Resilienz der Akut- und Notfallversorgung** zu stärken und für Krisen und Katastrophenlagen zu wappnen. Akute Krisen der jüngeren Vergangenheit wie die Corona-Pandemie oder auch die Flut im Ahrtal haben gezeigt, dass Akut- und Notfallversorgung in Krisensituationen besondere Bedeutung

erlangt und dass in einem System mit ohnehin beschränkten Kapazitäten eine Bewältigung von Katastrophenlagen ungleich schwerer ist.

Zu den erforderlichen Maßnahmen gehören die Berücksichtigung von Sonderlagen (z. B. Massenanfälle von Verletzten (MANV) und Massenanfälle von Infizierten (MANI)) bei der Abbildung der Investitions- und Vorhaltekosten; die Finanzierung der Vorhaltung von zusätzlichen Notfallkapazitäten; eine bessere Vergütung der Versorgung von kritisch kranken Patientinnen und Patienten, um sicherzustellen, dass diese nicht das wirtschaftliche Überleben des Krankenhauses gefährdet; eine Definition von Schnittstellen zum Katastrophenschutz und zur Bundeswehr unter Vermeidung von Doppelplanungen; eine Verstetigung des während der Corona-Pandemie entwickelten „Kleeblatt-Systems"; eine Stärkung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr und eine enge Zusammenarbeit mit den BG-Kliniken; die Einführung eines regelmäßigen, externen Supervisionsangebotes für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Notaufnahmen und im Notfall- und Rettungsdienst zur Prävention von Burnouts, zur frühzeitigen Klärung von Teamkonflikten und zum besseren Verständnis der Belastungssituation aller Mitarbeitenden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Absatz 2 sollte wie folgt geändert werden:

"(2) Zur Organisation des Integrierten Notfallzentrums schließen die Kassenärztliche Vereinigung und der Krankenhausträger ***im Benehmen mit der zuständigen Landesärztekammer*** *innerhalb von neun Monaten, nachdem der betreffende Krankenhausstandort als Standort eines Integrierten Notfallzentrums festgelegt worden ist, eine Kooperationsvereinbarung;(…)"*

Absatz 4 sollte wie folgt geändert werden:

"*Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen* ***im Benehmen mit der Bundesärztekammer*** *bis zum […] [3 Monate ab Inkrafttreten] in einer Rahmenvereinbarung zur Zusammenarbeit in Integrierten Notfallzentren Vorgaben insbesondere (…)".*

Richtlinie des G-BA zur Ersteinschätzung an Krankenhausstandorten

Artikel 1 Nummer 18 (§ 123c SGB V-E) in Verbindung mit Artikel 1 Nummer 17 (§ 120 Absatz 3b SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige Auftrag an den G-BA zur Ersteinschätzungs-Richtlinie soll neu gefasst werden. Innerhalb von sechs Monaten sollen bundeseinheitliche Vorgaben für eine qualifizierte, standardisierte und softwaregestützte Ersteinschätzung entwickelt werden, die den medizinischen Versorgungsbedarf von Hilfesuchenden, die selbständig einen Krankenhausstandort aufsuchen, ermittelt. In Integrierten Notfallzentren (INZ) soll die Ersteinschätzung über die jeweils geeignete Versorgungsebene – einschließlich einer Weiterleitung in Kooperationspraxen – entscheiden. An Krankenhausstandorten ohne INZ soll eine ambulante Behandlung nur dann abrechenbar sein, wenn die Ersteinschätzung ergeben hat, dass eine Behandlung am Krankenhausstandort erforderlich und eine Verweisung an das nächstgelegene INZ im Einzelfall nicht zumutbar ist. Zudem soll der G-BA Mindestanforderungen an die Ausstattung von Notdienstpraxen festlegen und die Auswirkungen der Richtlinie bis Ende 2028 evaluieren.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist das Ansinnen, Patientinnen und Patienten aus Krankenhäusern ohne INZ für die ambulante Behandlung in INZ zu verlegen, weder pragmatisch noch ressourcensparend.

Es ist kaum vorstellbar, dass ein Ersteinschätzungssystem den beiden Szenarien gerecht werden kann, da nun in Krankenhäusern ohne INZ für die Ersteinschätzung die weitere Dimension einer Verlegung zur ambulanten Notfallbehandlung in ein INZ mit zu berücksichtigen ist. Im Zweifelsfall wird ein hoher Aufwand für eine Weiterleitung betrieben, der im Vergleich zu einer schnellen Versorgung vor Ort kaum zu rechtfertigen ist. Die Bundesärztekammer weist in diesem Zusammenhang nochmals eindringlich darauf hin, dass auch im Rahmen der Krankenhausreform ein sehr hoher zusätzlicher Bedarf an Interhospitalverlegungen entstehen wird. Es ist vor diesem Hintergrund kaum zu rechtfertigen, dass Patientinnen und Patienten für eine ambulante Behandlung ggf. Transportleistungen in Anspruch nehmen müssen, obgleich das Krankenhaus die ambulante Versorgung hätte übernehmen können. Zudem ist zu berücksichtigen, dass eine Weiterleitung auch aus Gründen jenseits medizinischer Kriterien problematisch bis unmöglich sein kann. Anzuführen sind soziale Kriterien, aber auch logistische Schwierigkeiten.

Letztendlich muss das übergeordnete Ziel sein, als Single Point of Entry die vernetzten Leitstellen durchzusetzen. Patientinnen und Patienten sollten über eine breit angelegte Informationskampagne angehalten werden, vor jeder Inanspruchnahme einer Notfallleistung eine vernetzte Leitstelle zu kontaktieren.

In diesem Zusammenhang ist auch zu überlegen, ob Patientinnen und Patienten, die ohne vorherige Einschätzung durch die Gesundheitsleitstelle die Notaufnahme aufsuchen – nachdem mittels der Triage in der Notaufnahme festgestellt wurde, dass sie keine unmittelbare stationäre Notfallversorgung benötigen (z. B. MTS-Stufe grün oder blau) - auf die Einstufung der Gesundheitsleitstelle verwiesen werden. Dazu kann in den INZ eine entsprechende Kontaktmöglichkeit geschaffen werden. Dies bietet auch den Vorteil, dass Daten erfasst und weitergeleitet werden und Termine in der vertragsärztlichen Versorgung vergeben werden können. Voraussetzung dafür ist, dass die technischen Möglichkeiten geschaffen werden, um dies praktikabel umzusetzen.

Der G-BA soll beauftragt werden, in seiner Richtlinie auch Mindestanforderungen an die sächliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen zu regeln, die sich an der üblichen personellen und sachlichen Ausstattung einer Hausarztpraxis orientieren sollen. Die Bundesärztekammer weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass sich die Möglichkeiten der Akut- und Notfallversorgung auch an der personellen Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten sowie medizinischem Fachpersonal orientieren müssen. Dies bedeutet auch, die Beteiligung aller ambulant und stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte an der Notfallversorgung vorzusehen. Dies entspricht den Versorgungsnotwendigkeiten und dem beruflichen Selbstverständnis der Ärzteschaft. Statt auf spezifische neue Qualifikationsanforderungen zu setzen, sollte die Behandlung von Notfällen als Teil des Qualifikationsprofils aller Ärztinnen und Ärzte gestärkt werden. Die Ärztekammern bieten bereits jetzt entsprechende Fortbildungen an, die die Qualifikation der in der Notfallversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte gewährleisten.

Aus Sicht der Bundesärztekammer stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob der G-BA in seiner bisherigen Zusammensetzung geeignet ist, eine zielführende Richtlinie zu erarbeiten. Wünschenswert sind hier sowohl eine notfallmedizinische als auch eine sektorübergreifende Perspektive und Expertise, um den vielschichtigen Anforderungen einer entsprechenden Ersteinschätzung gerecht zu werden. An der Erstellung der Vorgaben

für ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument muss auch die Bundesärztekammer beteiligt werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

§ 120 Absatz 3b wird aufgehoben.

In Artikel 1 Nummer 18 wird in § 123c Absatz 1 Satz 4 gestrichen.

Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung

Artikel 1 Nummer 19 (§ 133a SGB V- E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Leistungserbringer des Notfallmanagements sollen auf Antrag gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen regionale Gesundheitsleitsysteme bilden. Grundlage der Zusammenarbeit sollen standardisierte, softwaregestützte Abfrageverfahren sowie eine enge technische Vernetzung mit unmittelbarer Fallweiterleitung und digitalem Datenaustausch sein. Weitergeleitete Fälle sollen verpflichtend übernommen und grundsätzlich nicht zurückverwiesen werden. Zudem sollen gemeinsame Qualitätsmanagementstrukturen eingerichtet und neben den regulären Versorgungsangeboten auch Krankentransporte sowie ergänzende medizinische, pflegerische, psychosoziale und öffentliche Unterstützungsdienste in die Versorgung einbezogen werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt die Aufnahme der Vorschläge der Ärzteschaft zur Einbindung komplementärer Strukturen wie Notfallpflege, Kurzzeitpflege, Palliativversorgung, sozialpsychiatrische Dienste und Sozialdienste in die Gesundheitsleitsysteme. Die Einbindung dieser Angebote kann deutlich zur Entlastung der herkömmlichen Notfallstrukturen beitragen. Entscheidend ist eine angemessene Finanzierung. Dabei darf die komplementäre Versorgung den Notfall-Etat nicht zusätzlich belasten.

Fachgremium Medizinische Notfallrettung

Artikel 1 Nummer 19 (§ 133b SGB V- E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Beim GKV-Spitzenverband soll ein Fachgremium Medizinische Notfallrettung eingerichtet werden, das Rahmenempfehlungen für die medizinische Notfallrettung erarbeitet. Dem Gremium sollen Vertreter der Krankenkassen, Länder, Leistungserbringer, Fachgesellschaften, Fachverbände sowie des Bundesgesundheitsministeriums angehören.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es richtig, das Gremium für die Entwicklung der Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung beim GKV-SV und den Ländern anzusiedeln, da diese die wesentliche Verantwortung für Planung und Finanzierung der Rettungsdienste tragen. Gut ist auch, dass das Gremium durch fachliche Expertise aus den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer und den maßgeblichen Fachgesellschaften

und Fachverbänden unterstützt wird. Es muss jedoch sichergestellt werden, dass die Bundesärztekammer strukturell und verbindlich an der Erarbeitung bundesweiter Rahmenvorgaben beteiligt wird. Als Spitzenorganisation der Landesärztekammern und legitimierte berufliche Vertretung der Ärztinnen und Ärzte verfügt sie über die für die Ausgestaltung notfallmedizinischer Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen erforderliche Expertise.

Die Ärztekammern sind für wesentliche Bereiche der ärztlichen Berufsausübung verantwortlich. Hierzu gehört insbesondere die Weiterbildung, die Fortbildung, die Qualitätssicherung sowie die Sicherstellung einheitlicher fachlicher Standards. Fragen ärztlicher Qualifikationen, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten fallen daher originär in den Bereich der ärztlichen Selbstverwaltung. Vor diesem Hintergrund sind die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern bei der Entwicklung von Qualitäts- und Qualifikationsstandards sowie medizinischen Rahmenvorgaben im Rettungsdienst regelhaft einzubeziehen. Dies gilt insbesondere für die Festlegung ärztlicher Aufgabenprofile, die Definition von Notarztindikationen sowie die Gestaltung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsanforderungen.

Die Bundesärztekammer ist als Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung mit Stimmrecht an der Erarbeitung bundesweiter Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung zu beteiligen.

Zum Einsatz von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern verweist die Bundesärztekammer auf ihre Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 30 SGB V-E).

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Absatz 1 ist wie folgt zu ändern:

(1) *Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bildet ein Gremium, das Rahmenempfehlungen für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 beschließt und ständig fortentwickelt. Die Rahmenempfehlungen sollen regionale Besonderheiten hinreichend berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsendet eine ausreichende Zahl an Vertretern. Die Länder können jeweils einen Vertreter benennen. Die Vertreter nach Satz 3 und 4 benennen mit einfacher Mehrheit gemeinsam zusätzliche Vertreter der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1 und der maßgeblichen Fachgesellschaften und Fachverbände.* ***Die Bundesärztekammer entsendet einen Vertreter mit Stimmrecht****. Das Bundesministerium für Gesundheit entsendet einen Vertreter*.

Digitale Kooperation

Artikel 1 Nummer 19 (§ 133c SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Künftig sollen Notfalldaten durch Rettungsdienste, Krankenhäuser, Integrierte Notfallzentren (INZ), Akutleitstellen und Notdienstärzte digital und interoperabel erfasst, ausgetauscht und – soweit technisch möglich – über die Telematikinfrastruktur übermittelt sowie in die elektronische Patientenakte (ePA) übernommen werden. Zudem soll ein digitales Versorgungskapazitäten-Nachweissystem aufgebaut werden, das freie Behandlungskapazitäten in Echtzeit abbildet und die Patientensteuerung unterstützt. Ergänzend sollen Ersthelferinnen und Ersthelfer über digitale Alarmierungssysteme stärker in die Notfallversorgung eingebunden werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt insbesondere die Einführung eines Kapazitätsnachweises in Echtzeit. Die Kapazitäten der stationären Versorgung, einschließlich Behandlungskapazitäten für Notfälle (Chest Pain Unit, Stroke Unit, Traumazentren etc.) und Bettenverfügbarkeit (Intensiv- und Normalstationen), müssen den Leitstellen, dem Rettungsdienst, dem Ärztlichen Bereitschaftsdienst, den Notaufnahmen bzw. deren gemeinsamen Anlaufstellen in Echtzeit angezeigt werden.

Daneben sollten jedoch auch die notfall- und akutmedizinischen Kapazitäten der Arztpraxen und MVZ bereitgestellt und bekannt gegeben werden können.

Wichtig ist auch die Einrichtung von Strukturen, über die die Leitstellen und der Ärztliche Bereitschaftsdienst bzw. die weiteren Behandlungseinrichtungen – wie vertragsärztliche Bereitschaftsdienstpraxen, Notfallzentren und Notaufnahmen – online direkte Terminvergaben für eine Weiterleitung in nachgeschaltete Strukturen einschließlich komplementärer Strukturen vornehmen können.

Datenübermittlung zur Qualitätssicherung in der medizinischen Notfallrettung, Verordnungsermächtigung

Artikel 1 Nummer 19 (§ 133d SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll ein bundesweites Qualitätsmonitoring der medizinischen Notfallrettung eingeführt werden. Welche Daten genau erhoben werden, soll das Bundesministerium für Gesundheit per Rechtsverordnung festlegen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Vor dem Hintergrund von Patientensicherheit und Versorgungsqualität hält die Bundesärztekammer die Bestrebungen, einheitliche Qualitätsparameter zu definieren, zu erheben und auf deren Grundlage eine einheitliche Qualitätssicherung im Rettungsdienst einzuführen, für sinnvoll. Allerdings muss dringend dafür Sorge getragen werden, dass im Sinne der Datensparsamkeit ausschließlich Daten abgefragt werden, auf deren Grundlage eine Verbesserung vorhandener Defizite erzielt werden kann. Zudem muss durch entsprechende bundeseinheitliche Digitalisierungsmaßnahmen sichergestellt sein, dass die Daten automatisiert und einheitlich abgerufen werden können.

Der Bundesärztekammer erschließt sich allerdings nicht, warum der Weg über eine Rechtsverordnung des BMG gewählt wird und damit dem BMG die Aufgabe zufällt zu entscheiden, nach welchen Kriterien die Qualität der Notfallrettung gemessen wird. Die Auswahl der Indikatoren kann erheblichen Einfluss darauf haben, wie die Leistungsfähigkeit des Rettungsdienstes bewertet wird. Aus Sicht der Bundesärztekammer muss die Festlegung der Datensätze durch den G-BA erfolgen, unter Einbindung von Ärzteschaft, Rettungsdienst und notfallmedizinischen Fachgesellschaften.

Es liegen bereits etablierte Registerstrukturen wie das AKTIN-Notaufnahmeregister oder weitere notfallmedizinische Qualitätsregister vor, die über umfangreiche Erfahrung bei der Entwicklung und Validierung von Qualitätsindikatoren verfügen. Statt neue Datenerhebungen vorzugeben, sollte geprüft werden, ob bestehende Register stärker eingebunden und deren Datensätze als Grundlage für ein bundesweites Qualitätsmonitoring genutzt werden können. Dies würde Doppelstrukturen vermeiden, die Akzeptanz erhöhen und die wissenschaftliche Fundierung der Qualitätsmessung stärken.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

§ 133d Absatz 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 SGB V übermitteln in elektronischer und anonymisierter Form zum 31. März eines jeden Kalenderjahres, erstmals zum 31. März des übernächsten auf den ***~~Erlass der Rechtsverordnung~~ Beschluss*** *nach Satz 2 folgenden Kalenderjahres, für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr die für die Ermittlung der Leistungsqualität in der medizinischen Notfallrettung erforderlichen Daten an die durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Absatz 3 eingerichtete Datenstelle.* ***Der Gemeinsame Bundesausschuss legt ~~Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates~~*** *die für die Ermittlung der Leistungsqualität in der medizinischen Notfallrettung erforderlichen Daten fest****~~zulegen~~****. Das Nähere zum Verfahren der Übermittlung der Daten bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einer Richtlinie.*“

Koordinierende Leitstelle

Artikel 1 Nummer 19 (§ 133g SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die zuständigen Landesbehörden sollen einer einzigen Leitstelle im Land besondere koordinierende Funktionen zuweisen können, die überregionale Aufgaben übernimmt.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

In den koordinierenden Leitstellen muss eine ärztliche Expertise gewährleistet werden. Diese kann z. B. über einen qualifizierten Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) nach DIN-Norm 13050 sichergestellt werden, der für diese Aufgaben in der Leitstelle angestellt oder vertraglich beratend einzubinden ist.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

In Artikel 1 Nummer. 19 werden in § 133g nach Satz 1 folgende Sätze ergänzt:

„***In der koordinierenden Leitstelle muss eine strukturelle Einbindung qualifizierter ärztlicher Expertise gewährleistet werden. Ein entsprechender Nachweis ist der zuständigen Landesbehörde vorzulegen***.“

Fernzugriff auf die ePA durch die Leitstellen

Artikel 1 Nummer 25 (§ 354 Absatz 4 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Gesellschaft für Telematik soll bis zum 31. Dezember 2027 die Festlegungen treffen oder die Voraussetzungen schaffen, dass in einer elektronischen Patientenakte Daten nach § 341 Absatz 2 SGB V auch im Rahmen eines Fernzugriffs barrierefrei zur Verfügung gestellt und durch die Zugriffsberechtigten nach § 352 SGB V barrierefrei verarbeitet werden können.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt die Etablierung eines Fernzugriffes. Dabei muss sichergestellt werden, dass ein Fernzugriff durch ein geeignetes sicheres technisches

Verfahren unter Bewahrung hoher Sicherheitsstandards gewährleistet ist.
Die Bundesärztekammer hat allerdings erhebliche Zweifel, ob der Zugriff auf die kompletten Inhalte der ePA nach § 341 Abs. 2 SGB V in einer zeitkritischen Notfallsituation dem Behandelnden eine schnelle Orientierung erlaubt.

Für das Szenario "Notfall" wurde aus diesem Grunde eine komprimierte Darstellung relevanter Vorbefunde des Patienten als Notfalldatensatz (bzw. Patientenkurzakte) [§334 (1) Nr. 4 SGB V] seitens des Gesetzgebers vorgegeben. Aus diesem Grunde sollte der Fernzugriff auf diese Daten fokussiert werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Absatz 4 ist wie folgt zu ändern:

"*Über die Festlegungen und Voraussetzungen nach Absatz 1 hinaus hat die Gesellschaft für Telematik bis zum 31. Dezember 2027 jeweils nach dem Stand der Technik die Festlegungen zu treffen oder die Voraussetzungen zu schaffen dafür, dass in einer elektronischen Patientenakte Daten nach § 341 Absatz 2* ***Nummer 1 c*** *auch im Rahmen eines Fernzugriffs barrierefrei zur Verfügung gestellt und durch die Zugriffsberechtigten nach § 352 barrierefrei verarbeitet werden können. Dabei ist der Fernzugriff durch ein geeignetes sicheres technisches Verfahren zu ermöglichen, das einen hohen Sicherheitsstandard gewährleistet.*"

Abgabe von Arzneimitteln und Medizinprodukten durch Ärztinnen und Ärzte im Notdienst

Artikel 5 (§ 43 Absatz 4 Arzneimittelgesetz), Artikel 6 (§ 3 Absatz 2 Medizinprodukte-Abgabeverordnung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ärztinnen und Ärzte in Notdienstpraxen sollen Arzneimittel und apothekenpflichtige Medizinprodukte für den Akutbedarf in einer zur Überbrückung von höchstens drei Tagen erforderlichen Menge unmittelbar an Patientinnen und Patienten abgeben können. Dies soll gelten, wenn die Behandlung außerhalb der üblichen Öffnungszeiten öffentlicher Apotheken erfolgt oder auf den Behandlungstag unmittelbar ein Wochenende oder Feiertag folgt und die Anwendung des Arzneimittels keinen Aufschub erlaubt.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt diese Regelung ausdrücklich. Sie erspart vielen Patientinnen und Patienten die Herausforderung, nach einer ambulanten Akut- oder Notfallversorgung eine öffentliche Apotheke aufzusuchen, was insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen sowie außerhalb der regulären Öffnungszeiten eine logistische Herausforderung darstellen kann.

Allerdings greift die Beschränkung auf Ärzte einer Notdienstpraxis zu kurz, da dies weder Ärztinnen und Ärzte im INZ außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis – in der die Notaufnahmen die ambulante Notfallversorgung sicherstellen – noch Ärztinnen und Ärzte im aufsuchenden Bereitschaftsdienst mitberücksichtigt. Eine Ausweitung auf aufsuchende Versorgungsformen ist notwendig, um eine durchgängige und patientengerechte Versorgung – insbesondere für immobile Patientinnen und Patienten – sicherzustellen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

In Artikel 5 wird § 43 Absatz 4 ist wie folgt neu gefasst:

„Abweichend von den Absätzen 1 bis 3 dürfen ***Ärzte in der notdienstlichen Akutversorgung gemäß § 75 Absatz 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und*** *Ärzte* ~~***einer Notdienstpraxis***~~ ***eines Integrierten Notfallzentrums (INZ)*** *im Sinne des § 123 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Arzneimittel an Patienten* ~~***der Notdienstpraxis***~~ *für den akuten Bedarf in einer zur Überbrückung für längstens drei Tage benötigten Menge abgeben, (…).“*

§ 3 der Medizinprodukteverordnung ist entsprechend zu ändern.

4. Ergänzender Änderungsbedarf

Einbindung der Bevölkerung, Stärkung von Gesundheitskompetenz und Gesundheitssystemkompetenz

Begründung

Die Bundesärztekammer hat wiederholt die hohe Bedeutung der Gesundheitskompetenz, gerade auch im Zusammenhang mit der Notfallversorgung, hervorgehoben. Menschen mit akuten, beunruhigenden und/oder bedrohlichen Symptomen und Krankheitszeichen stehen vor der Herausforderung, aus einer Vielzahl an Versorgungsangeboten, Akteuren und Zugangswegen zu wählen. Häufig werden aus Unwissenheit nicht-bedarfsgerechte Strukturen ausgewählt und in Anspruch genommen.

Ohne intensive Aufklärungsarbeit und solange Gesundheitskompetenz nicht von Kindheit an und in den Lebenswelten der Menschen vermittelt wird, ist davon auszugehen, dass die Zahl der Hilfesuchenden nicht sinkt, sondern eher steigt und dass gut gemeinte Versorgungspfade von der Bevölkerung nicht angenommen werden. Hier sollten dringend die folgenden Vorschläge der Bundesärztekammer zur Stärkung der Gesundheitskompetenz aufgegriffen werden.

Grundsätzlich wird es personell nicht möglich sein, alle gesundheitlichen Anliegen der Bevölkerung als Akut- und Notfälle zu bedienen. Unbedingt erforderlich ist daher aus Sicht der Bundesärztekammer nicht nur zur Nutzung der 116 117 aufzurufen, sondern durch geeignete Maßnahmen auf ein Verständnis für die Strukturen der Akut- und Notfallversorgung hinzuwirken und Informationen zu deren sachgerechter Inanspruchnahme zu vermitteln. Hierzu bedarf es niedrigschwelliger und zielgruppenspezifischer Informationsangebote in den Lebenswelten (siehe auch 127. Deutscher Ärztetag 2023, Drs. III-01 „Bildungsziel Gesundheitskompetenz - Strategie und Gesamtkonzept für gesundheitskompetente Schulen entwickeln und umsetzen“).

Dazu gehört die Beauftragung einer barrierefreien, mehrsprachigen und multimedialen Aufklärungs- und Informationskampagne für unterschiedliche und insbesondere auch vulnerable, schwer erreichbare Zielgruppen, die laufend an die Entwicklungen der Notfallreform angepasst werden muss. Hiermit könnte zum Beispiel das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) beauftragt werden. Das Zurverfügungstellen entsprechender Informationen auf Plattformen wie z. B. gesundheitsinformation.de oder gesund.bund.de reicht nicht aus. Ziel der Kampagne ist, dass möglichst viele Menschen die vorgesehenen Versorgungspfade der Notfallversorgung kennen und situationsgerecht nutzen.

Aus Sicht der Bundesärztekammer sollte im Bundesministerium für Gesundheit ein Dialogprozess initiiert werden, in dem Eckpunkte und Leitsätze einer gemeinsamen Aufklärungs- und Informationskampagne abgestimmt werden. Die Bundesärztekammer bringt sich hierbei gerne aktiv ein, insbesondere auch zur Information der Ärzteschaft.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Praxistaugliche Notfallreform

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ib - 02) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert den Gesetzgeber auf, den vorliegenden Gesetzentwurf zur Reform der Akut- und Notfallversorgung und des Rettungsdienstes an die Realitäten in der Versorgung anzupassen und die ärztliche Selbstverwaltung strukturell in die Umsetzung der Reform einzubinden:

- Die Reform muss konsequent auf eine Entlastung der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes von Fällen ausgerichtet werden, die keine Notfallversorgung erfordern. Dazu ist für die Hilfesuchenden die Verbindlichkeit der vorgegebenen Versorgungspfade deutlich stringenter zu fassen. Eine weitere Ausweitung von Notfallversorgungsangeboten ist zu vermeiden.
- Deshalb ist die geplante Verpflichtung zur Vorhaltung aufsuchender Angebote der notdienstlichen Akutversorgung während der regulären Praxisöffnungszeiten aus dem Gesetzentwurf zu streichen.
- Für die Reform ist ein einheitliches, validiertes Ersteinschätzungssystem anstelle eines Nebeneinanders verschiedener Systeme mit unterschiedlichen Steuerungsfolgen erforderlich.
- Vor der Festlegung der Standorte gemeinsamer Anlaufstellen von vertragsärztlichem Notdienst und Krankenhäusern ist eine Analyse zu den Auswirkungen auf die Versorgung erforderlich, die auch die künftige Rolle von Krankenhäusern ohne integriertem Notfallzentrum (INZ) in den Blick nimmt.
- Die Strukturen der Akut- und Notfallversorgung müssen finanziell, strukturell und personell so ausgestattet sein, dass die Reform zu einem Mehrwert für Notfallpatientinnen und -patienten sowie für diejenigen führt, die die Versorgung gewährleisten.
- Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern sind in die mit der Notfallreform geplanten Gremien einzubinden. Dazu gehören die erweiterten Landesausschüsse gemäß § 90 SGB V, die gemeinsamen Landesgremien gemäß § 90a SGB V und das Fachgremium medizinische Notfallrettung gemäß § 133b (neu).

Begründung:

Die Reform der Notfallversorgung erfordert von allen Beteiligten hohes Engagement und Veränderungswillen. Eine Voraussetzung für ihr Gelingen ist die verbindliche Nutzung der Zugangswege in die Versorgung und der vorgesehenen Behandlungspfade. Wichtig ist daher, dass bei allen Zugangswegen die Logik der Weiterleitung und -versorgung der Patientinnen und Patienten auf einem bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungssystem beruht. Letztendlich muss das übergeordnete Ziel sein, als Single Point of Entry (SPE) die vernetzten Leitstellen durchzusetzen.

Patientinnen und Patienten sollten über eine breit angelegte Informationskampagne angehalten werden, vor jeder Inanspruchnahme einer Notfallleistung eine vernetzte Leitstelle zu kontaktieren. In den gemeinsamen Leitstellen von Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Rettungsdienst, in den Akutleitstellen der KVen, in den INZ und in Krankenhäusern ohne INZ sind jeweils Ersteinschätzungssysteme vorgesehen, die jedoch von unterschiedlichen Akteuren zur Verfügung gestellt und unterschiedlichen Anforderungen unterliegen sollen. Das ist nicht zielführend. Vielmehr braucht es ein einheitliches, standardisiertes System, das an die unterschiedlichen Settings zwar angepasst wird, im Ergebnis jedoch zu derselben Einschätzung zu Dringlichkeit und angemessener Versorgungsebene kommt. Die Verantwortung für die Ersteinschätzung muss bei der ärztlichen Selbstverwaltung liegen.

Die mit dem Gesetz geplante erhebliche Leistungsausweitung in der ambulanten Notfallversorgung auch zu den regulären Praxisöffnungszeiten ist, gerade auch vor dem Hintergrund des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes, weder zielführend noch umsetzbar. Es gibt keine Kapazitäten, um unabhängig vom tatsächlichen Bedarf rund um die Uhr und damit auch während der regulären Öffnungszeiten der Arztpraxen über die Rufnummer 116 117 verpflichtend telemedizinische und aufsuchende Angebote vorzuhalten. Die Angebote vor Ort müssen sich nach den regionalen Strukturen, Gegebenheiten und Bedarfen richten.

Bevor Notaufnahmen in Krankenhäusern ohne INZ aufgrund fehlender Vergütung schließen, muss dringend eine Analyse erfolgen, wie viele gemeinsame Anlaufstellen von vertragsärztlicher Versorgung und den Notaufnahmen von Krankenhäusern notwendig sind.

Um die Akut- und Notfallversorgung entsprechend der gewachsenen Strukturen und der vorhandenen personellen Kapazitäten planen und dabei die regionalen Voraussetzungen und Bedarfe der Bevölkerung vor Ort berücksichtigen zu können, fordert die Ärzteschaft die verpflichtende Einbindung aller beteiligten Akteure, einschließlich der Landesärztekammern in die im Rahmen der Notfallreform geplanten Gremien. Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern müssen strukturell in den Reformprozess eingebunden werden. Die Landesärztekammern als landesgesetzlich legitimierte berufliche Vertretungen der Ärztinnen und Ärzte aus dem stationären und ambulanten Bereich sollten bundesweit

an den Gremien und Vereinbarungen beteiligt werden, die für die konkrete Umsetzung der Reform zuständig sind. Entsprechend muss auch die Bundesärztekammer an der Entwicklung bundesweiter Rahmenvorgaben mitwirken.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Sicherstellung der Refinanzierung von Notfallbehandlungskosten nicht krankenversicherter Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, Praxen und weiteren medizinischen Einrichtungen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Florian Gerheuser, Julian Veelken, Stefanie Minkley, Prof. Dr. Stephan Böse-O'Reilly, Dr. Katharina Thiede, Dr. Joachim Suder, Dr. Detlef Lorenzen und Dr. Lydia Berendes (Drucksache Ib - 07) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 stellt fest, dass die medizinische Notfallversorgung von nicht krankenversicherten, mittellosen Patientinnen und Patienten in Deutschland zwar rechtlich geboten ist, die Refinanzierung der dabei entstehenden Behandlungskosten für Krankenhäuser und andere medizinische Einrichtungen in der Praxis jedoch unzureichend handhabbar und mit erheblichen Hürden verbunden ist.

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung, den Gesetzgeber und weitere zuständige Stellen auf, im Rahmen der geplanten Reform der Notfall- und Rettungsdienststrukturen sicherzustellen, dass Krankenhäuser, Praxen und weitere medizinische Versorgungseinrichtungen ihrer Verpflichtung zur Behandlung medizinischer Notfälle unabhängig vom Versicherungsstatus von Patientinnen und Patienten nachkommen können, ohne dadurch finanzielle Nachteile zu erleiden. Konkret fordert der 130. Deutsche Ärztetag die Bundesregierung auf,

- die bestehenden Nothelferregelungen (§ 25 SGB XII und § 6a Asylbewerberleistungsgesetz [AsylbLG]) grundlegend zu reformieren, insbesondere die Darlegungs- und Beweislast zulasten der behandelnden Einrichtungen deutlich zu reduzieren,
- die Antragstellung unbürokratisch zu vereinfachen,
- die zeitliche Begrenzung der Kostenerstattung infolge der sogenannten Zäsur-Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu überwinden und
- eine bundesweite Fonds- oder Pauschallösung einzurichten, an der sich Bund und Länder beteiligen, um die Kosten der Notfallbehandlung von nicht krankenversicherten, mittellosen Patientinnen und Patienten verlässlich, zeitnah und auskömmlich zu refinanzieren.

Der 130. Deutsche Ärztetag betont, dass der Zugang zu medizinischer Notfallversorgung

nicht vom Vorliegen eines Krankenversicherungsschutzes abhängen darf. Ärztinnen und Ärzte wie auch Krankenhäuser, Praxen und andere medizinische Einrichtungen dürfen durch bestehende Finanzierungslücken nicht in ethisch oder wirtschaftlich unzumutbare Entscheidungszwänge gebracht werden.

Begründung:

Ärzte und Ärztinnen, Krankenhäuser und weitere medizinische Einrichtungen sind ethisch, berufs- und sozialrechtlich verpflichtet, Menschen in medizinischen Notfällen unabhängig von ihrem Krankenversicherungsstatus zu behandeln. Für die Notfallbehandlung mittelloser, nicht krankenversicherter Patientinnen und Patienten existieren mit § 25 SGB XII (Nothelferanspruch) und § 6a AsylbLG für Geflüchtete zwar formell Erstattungsansprüche (Nothelferregelungen). Diese erweisen sich jedoch seit Jahren als unzureichend.

Insbesondere die beim Krankenhaus liegende Darlegungs- und Beweislast für die Mittellosigkeit von Patientinnen und Patienten, hohe bürokratische Hürden bei der Antragstellung sowie die zeitliche Begrenzung der Erstattungsfähigkeit führen dazu, dass Behandlungskosten häufig nicht oder nur anteilig übernommen werden. Dies verursacht nach Berechnungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) erhebliche Erlösausfälle für Krankenhäuser, insbesondere in Ballungsräumen und an Kliniken mit hohem Versorgungsaufkommen, und gefährdet damit langfristig die Bereitschaft zur uneingeschränkten Notfallversorgung. Gleiches gilt für niedergelassene Praxen und weitere Einrichtungen der Versorgung wie z. B. Praxen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes.

Zugleich führen die bestehenden Refinanzierungsdefizite zu Unsicherheiten in Praxen und Notaufnahmen und können dazu beitragen, dass hilfesuchende Patientinnen und Patienten abgewiesen oder unter unangemessenen finanziellen Druck gesetzt werden. Dies ist mit dem ärztlichen Ethos und dem allgemeinen Versorgungsauftrag nicht vereinbar. Die geplante Reform der Notfall- und Rettungsdienststrukturen bietet einen geeigneten Anlass, um diese seit langem bekannten Problemlagen strukturell zu beheben. Eine Vereinfachung der Nothelferregelungen sowie die Einrichtung eines solidarisch finanzierten Fonds können dazu beitragen, die ärztliche Notfallversorgung rechtssicher, diskriminierungsfrei und wirtschaftlich tragfähig zu gestalten.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Notfallreform - Versorgungsrealistische Ausgestaltung und Sicherung hausärztlicher Kapazitäten

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Torben Ostendorf, Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Gerald Quitterer, Petra Hummel-Kunhenn, Doris Höpner, Christiane Hoppe, Dr. Jan Helge Kurschel, Dr. Christine Schroth der Zweite, Dr. Katja Tritzschler, Dr. Jonas Frédéric Fröhlich und Dr. Nadezda Jesswein (Drucksache Ib - 21) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 stellt fest, dass der vorliegende Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung in wesentlichen Teilen nicht umsetzbar ist, da er die bestehenden personellen Ressourcen in der hausärztlichen Versorgung nicht ausreichend berücksichtigt.

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert daher die Politik auf, von der flächendeckenden Einführung paralleler Rund-um-die-Uhr-Versorgungsstrukturen (Telemedizin und aufsuchender Notdienst) im ambulanten Bereich abzusehen, weil hier knappe personelle Ressourcen ineffizient und zulasten der Regelversorgung eingesetzt werden würden, die Beteiligung der hausärztlichen Versorgung an integrierten Notfallzentren (INZ) und weiteren Notfallstrukturen realistisch und praktikabel auszugestalten sowie das Dispensierrecht im ärztlichen Notdienst konsequent auch auf aufsuchende Versorgungsformen auszuweiten.

Begründung:

Der Referentenentwurf verfolgt das Ziel, die Notfallversorgung stärker zu strukturieren und durch neue Steuerungsmechanismen sowie den Aufbau integrierter Notfallzentren mit "gemeinsamem Tresen" zu verbessern. Gleichzeitig sieht er den Ausbau eines 24/7-telemedizinischen und aufsuchenden Versorgungsangebots vor, parallel zu regulären Öffnungszeiten der ambulanten Praxen.

Diese Ansätze verkennen jedoch die bereits heute bestehende personelle Belastung in der hausärztlichen Versorgung. Die hierfür erforderlichen zusätzlichen Kapazitäten stehen nicht zur Verfügung. Der Aufbau paralleler Rund-um-die-Uhr-Strukturen würde zwangsläufig dazu führen, dass ärztliche Ressourcen aus der regulären Versorgung abgezogen werden und dort weniger Patientinnen und Patienten versorgt werden können.

Dies birgt die erhebliche Gefahr, dass die angestrebte Entlastung der Notaufnahmen ins Gegenteil verkehrt wird. Eine Schwächung der hausärztlichen Versorgung führt erfahrungsgemäß zu einer stärkeren Inanspruchnahme stationärer Notfallstrukturen.

Positiv zu bewerten ist die vorgesehene Möglichkeit zur Abgabe von Medikamenten im Notdienst. Die derzeitige Begrenzung auf Notdienstpraxen greift jedoch zu kurz. Eine Ausweitung auf aufsuchende Versorgungsformen ist notwendig, um eine durchgängige und patientengerechte Versorgung - insbesondere für immobile Patientinnen und Patienten - sicherzustellen. Eine tragfähige Reform der Notfallversorgung muss sich an den real verfügbaren Ressourcen orientieren. Sie darf nicht zu einer weiteren Überlastung der hausärztlichen Versorgung führen, sondern muss deren zentrale Rolle in der Patientensteuerung stärken.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Reform der Notfallversorgung praxistauglich gestalten

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Heike Höger-Schmidt, Dr. Jana Gärtner, Dr. Julia Fritz, Petra Albrecht, Dr. Kristin Korb, Prof. Dr. Uwe Köhler, Dr. Dirk Müller, Dr. Thomas Lipp, Prof. Dr. Jörg Hammer und Dr. Marco Hensel MBA (Drucksache Ib - 39) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert den Gesetzgeber auf, den aktuellen Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung zu mindestens den folgenden Punkten praxistauglich zu überarbeiten und zukunftsfähig auszugestalten. (Um redundante Anträge zu vermeiden, wurden essenzielle Themen aus anderen Anträgen zur Notfallreform hier so weit wie möglich herausgelassen.)

1. Finanzierung

Die für die Finanzierung der Notfallreform im Gesetzentwurf eingestellte Summe ist unzureichend und muss für alle Leistungserbringer der Notfallrettung in Erst- und Verlaufsfinanzierung dem Bedarf angepasst werden.

Die Arbeit eines integrierten Notfallzentrums (INZ) bedeutet die erstmalige Chance auf echte sektorenverbindende Versorgung und beinhaltet mehr als nur die Zurverfügungstellung eines Zimmers mit Schreibtisch, Liege und Stuhl. Hier müssen die bisher streng getrennten ambulanten und stationären Systeme sinnvoll vernetzt werden, um Leistungen des Krankenhauses von ambulant anforderbar zu machen und die Ergebnisse (z. B. Bildgebung, Labor) auch direkt abrufen zu können. Das ist sicher machbar, aber teuer. Bisher gibt es hierfür keinerlei finanzielle Abbildung. Um die Prozesse der Zusammenarbeit in INZ baulich abbilden zu können, wird auf den Transformationsfonds verwiesen. Dieser wurde in seiner Höhe ohne Notfallreformgesetz kalkuliert und müsste für die Themen des Notfallreformgesetzes entsprechend aufgestockt oder eine separate Finanzierung initiiert werden. Bisher waren die Fördertöpfe stationärer Strukturen explizit ohne ambulante Versorgung definiert. Um INZ sinnvoll zu finanzieren, muss diese Praxis geändert werden.

2. Notärztliche Versorgung

Im Begründungstext zum Gesetzentwurf wurde festgeschrieben, dass die NOTÄRZTLICHE

Versorgung der Patienten primär von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern durchgeführt werden soll. Sollte dies nicht möglich sein, kommen Telenotärzte zum Einsatz, sollte dies wiederum nicht möglich sein, kommen Notärzte zum Einsatz. Neben der kritischen Rangfolge des Einsatzes der notärztlichen Versorgung ist hier eines explizit zu ändern: Notfallsanitäter können nicht notärztlich versorgen, weil sie schlicht KEINE ÄRZTE sind.

3. Überlastung von Notaufnahmen

Da die Ergebnisse der Ersteinschätzung mit dem Verweis in ambulante Strukturen für die Patienten nur Empfehlungscharakter haben und nicht bindend sind, wird sich am Zustrom wenig ändern. Versorgungskapazitätssysteme helfen dem Rettungsdienst weiter, sind aber keine Entlastungsinstrumente für Notaufnahmen, um den Abstrom der versorgten Patienten von den Notaufnahmen zu gewährleisten. Hierfür braucht es feste zeitliche Übernahmekorridore und entlastendes Belegungsmanagement mit Qualitätssicherung in den Krankenhäusern sowie Abtransportpriorisierungen im Krankentransport.

4. Transporte zwischen Krankenhäusern

Durch die Leistungsgruppensystematik werden mehr Sekundärtransporte zwischen Krankenhäusern entstehen. Ohne vergaberechtliche Abkopplungsmöglichkeiten der rettungsdienstlichen Notfalltransporte zu (Notfall-)Transporten zwischen stationären Versorgungseinrichtungen müssten erhebliche rettungsdienstliche Aufwächse den zusätzlichen Bedarf abdecken. Eine komplette Nivellierung durch Senkung der Transportzahlen durch eine standardisierte Notrufabfrage ist aktuell nicht zu erwarten. Da Notfallrettung Verlegungstransporten und Heimtransporten prioritär vorausgeht, haben verlegungspflichtige Patienten hier Nachteile, im schlimmsten Fall tödliche. Die durch die Leistungsgruppensystematik entstehenden Mehrkosten für Transporte müssen auskömmlich finanziert werden.

5. Dispensierrecht

Das Dispensierrecht der Notfallpraxen muss auf die Ärztinnen und Ärzte der Notaufnahmen erweitert werden, damit diese rund um die Uhr die erforderliche Menge an Arzneimitteln mit entsprechendem Kostenersatz an ambulante Patienten abgeben können, da Sprechstundenbedarf in seinem Umfang begrenzt ist und den häuslichen Bedarf der Patienten nicht abdeckt.

6. Qualitätsmanagement und Versorgungsforschung

Um die Versorgungsrealität und die Qualität in der neuen sektorenverbindenden Struktur des INZ aufzunehmen, Probleme zu identifizieren und Verbesserungen auf den Weg zu bringen, bedarf es der Registerforschung. Hierfür gibt es etablierte Tools, wie z. B. das AKTIN-Notaufnahmeregister, welche in den Gesetzgebungsinhalt einfließen sollten.

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Titel: Verbindliche bundesweite Einführung und Finanzierung App-gestützter Ersthelfer-Alarmierungssysteme

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Ila Schnabel, Johann Ertl, Dr. Richard Lauerer, Dr. Florian Gerheuser, Jana Pannenbäcker, Dr. Susanne Johna, Dr. Franziska Groenen, Dr. Heidemarie Lux und Dr. Karl Breu (Drucksache Ic - 134) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 befürwortet die mit dem Notfallreformgesetz geplante Schaffung bundeseinheitlicher rechtlicher, organisatorischer und finanzieller Rahmenbedingungen zur flächendeckenden Einführung App-gestützter Ersthelfer-Alarmierungssysteme in Deutschland.

Bund, Länder und Kostenträger werden aufgefordert,

- die Integration solcher Systeme in die Leitstelleninfrastruktur verbindlich zu regeln,
- eine rechtssichere Grundlage für die Mitwirkung von medizinischem Fachpersonal und qualifizierten Laienhelfern zu schaffen,
- eine dauerhafte Finanzierung insbesondere durch die gesetzlichen Krankenkassen sicherzustellen
- sowie einheitliche Qualitätsstandards und Zertifizierungsverfahren zu etablieren.

Begründung:

Bei außerklinischen Herz-Kreislauf-Stillständen entscheidet jede Minute über Leben und Tod. Trotz eines leistungsfähigen Rettungsdienstsystems kommt es weiterhin zu therapiefreien Intervallen, die vermeidbar sind.

App-gestützte Ersthelfer-Alarmierungssysteme schließen diese kritische Versorgungslücke nachweislich, indem sie qualifizierte Ersthelferinnen und Ersthelfer in unmittelbarer Nähe alarmieren und so den Beginn lebensrettender Maßnahmen signifikant vorverlegen.

Die bisherige Entwicklung in Deutschland ist jedoch durch föderale Uneinheitlichkeit, projektbezogene Finanzierung und rechtliche Unsicherheiten geprägt. Dies führt zu Versorgungslücken und verhindert eine flächendeckende Nutzung eines nachweislich

wirksamen Instruments.

Es ist nicht länger hinnehmbar, dass die Überlebenschancen von Patientinnen und Patienten vom Wohnort abhängen.

Die Ärzteschaft ist gefordert, hier eine klare gesundheitspolitische Position zu beziehen und auf eine verbindliche, bundesweite Umsetzung hinzuwirken.

Die erfolgreiche Beschlussfassung eines inhaltsgleichen Antrags auf dem Bayerischen Ärztetag unterstreicht die fachliche Notwendigkeit und die breite Unterstützung dieses Anliegens.