

Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: Bundesärztekammer

Datum: 04.12.2025

Grundlegende Bewertung:

Mit dem Referentenentwurf liegt nun erstmals ein Entwurf für eine Notfallreform vor, der die ambulante, die stationäre und die rettungsdienstliche Versorgung miteinander verzahnt. Es ist zu hoffen, dass dieser nunmehr dritte Versuch einer gesetzlichen Regelung endlich zu der seit vielen Jahren überfälligen Reform der Akut- und Notfallversorgung und des Rettungsdienstes führen wird. Der Entwurf basiert in großen Teilen auf dem Gesetzesentwurf aus dem Jahr 2024, hat jedoch einige Verbesserungen erfahren. Dazu gehören:

- Die Einbindung von Ersthelfern durch auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssystemen sowie die Etablierung eines AED-Katasters und die Förderung und Einbindung von Laienhelfer-Systemen.
- Die Klarstellung, dass eine Versorgung durch den aufsuchenden Dienst der KVen nur in den Fällen zu vermitteln ist, in denen weder das Aufsuchen einer vertragsärztlichen Praxis oder eines INZ zumutbar noch eine telefonische oder videounterstützte Konsultation möglich oder ausreichend ist.
- Die Einführung von Zuschlägen für die Versorgung im Notdienst mit telemedizinischen Leistungen sowie Zuschläge für die Versorgung von Patientinnen und Patienten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität eine besonders aufwändige Betreuung und Überwachung in der Notaufnahme eines INZ bedürfen.
- Die Option, dass die KV von der Einrichtung einer Notdienstpraxis absehen kann, wenn die notdienstliche Akutversorgung in der Praxis eines zugelassenen Arztes oder MVZ in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des Krankenhausstandortes sichergestellt ist.
- Die Maßnahmen zur angemessenen Versorgung sowohl von Patienten in einem akuten psychiatrischen Notfall als auch mit psychischen Vorerkrankungen in einem somatischen Notfall.
- Die Einführung eines Beanstandungsrechts der Länder mit dem eine Standortbestimmung für ein INZ verhindert werden kann, wenn diese der Krankenhausplanung zuwiderläuft.
- Die Möglichkeit zur Vermittlung verfügbarer komplementärer Dienste für vulnerable Gruppen oder krisenhafte Situationen.
- Die weitreichenden Vorhaben und Vorgaben zur Digitalisierung der Akut- und Notfallversorgung und deren Finanzierung aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes.

Die **Bundesärztekammer** hat im April 2024 ein umfassendes Konzeptpapier zur Reform der Akut- und Notfallversorgung vorgelegt (https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/Baek_Konzeptpapier_Akut-_und_Notfallversorgung_April_2024.pdf). Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 hat in einem grundlegenden Beschluss zur Gesundheitsversorgung der Zukunft ebenfalls Eckpunkte für eine Reform der Notfallversorgung benannt. Gemessen an diesen Vorschlägen enthält der Gesetzentwurf in vielen Punkten Ansätze, die die Bundesärztekammer teilt.

Erfreulich ist, dass mit dem vorliegenden Referentenentwurf keine völlig neuen Strukturen geschaffen werden, sondern größtenteils **auf die bestehenden Strukturen der Leitstellen und der Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern aufgesetzt** wird. Die Option, dass die KV von der Einrichtung einer Notdienstpraxis absehen kann, wenn die notdienstliche Akutversorgung in der Partnerpraxis eines zugelassenen Arztes oder MVZ in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des Krankenhausstandortes sichergestellt ist, verstärkt diesen Ansatz. Diese Partnerpraxis muss dann jedoch auch die entsprechenden Mindestöffnungszeiten einhalten. Wenn dies nicht möglich ist, muss eine entsprechende Kooperationsvereinbarung mit dem Krankenhaus getroffen werden, das dann die Akutversorgung mit übernimmt.

Durch Vernetzung und Koordination können klarere Pfade für die Patientinnen und Patienten und eine sachgerechtere Steuerung der Versorgung erreicht werden. Mit den Akutleitstellen und deren Verzahnung mit den Rettungsleitstellen wird ein aus Sicht der Bundesärztekammer wesentlicher Baustein für eine Versorgungssteuerung gesetzt, der perspektivisch den **Zugang in die Akut- und Notfallversorgung** als „Single point of contact“ ermöglicht. In die gleiche Richtung wirken Maßnahmen wie die von der Bundesärztekammer vorgeschlagene bevorzugte Behandlung von Patientinnen und Patienten innerhalb gleicher Dringlichkeitsstufen bei Einhaltung des vorgesehenen Zugangs- und Versorgungspfades.

Nicht zielführend scheint aus Sicht der Bundesärztekammer die neue Beauftragung einer **G-BA-Richtlinie zur Ersteinschätzung**. Das Ansinnen, Patientinnen und Patienten aus Krankenhäusern ohne INZ für die ambulante Behandlung in INZ zu verlegen, ist weder pragmatisch noch ressourcensparend. Entscheidend ist hier vielmehr, in einer Aufklärungskampagne die Funktion der vernetzten Leitstellen zu vermitteln und die technischen, kapazitären und personellen Voraussetzungen zu schaffen, die eine Bedarfserfassung und Terminvermittlung über eine Leitstelle attraktiver macht als lange Zeiten in Wartezimmern zu verbringen. Grundsätzlich sollte zwar eine fallabschließende Behandlung im INZ stattfinden, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden und ärztliche Ressourcen zu schonen, es muss jedoch möglich sein, Patientinnen und Patienten, die eindeutig keiner akuten Versorgung bedürfen, in die vertragsärztliche Versorgung weiterleiten zu können.

Zwingende Voraussetzung für eine funktionierende Reform der Akut- und Notfallversorgung ist die **Schaffung 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 muss es entsprechende Rahmenbedingungen

und Anreize geben. Auf der anderen Seite muss die geplante Neuausrichtung von Krankenhausplanung und -vergütung so gestaltet werden, dass die stationäre Versorgung von komplex erkrankten multimorbiden Notfallpatienten und die dafür erforderliche Vorhaltung ausreichend refinanziert werden. Ein relevanter Teil der Überlastung von Notaufnahmen entsteht durch einen „Exit Block“, bei dem aufgrund fehlender stationärer Kapazitäten, insbesondere für aufwendige Patientinnen und Patienten, nur unter großem Zeitaufwand eine Anschlussversorgung organisiert werden kann. Es ist damit zu rechnen, dass diese Problematik im Zuge der anstehenden Krankenhausreform aufgrund der Zentralisierung und Spezialisierung von Krankenhausstandorten weiter zunehmen wird.

Gleiches gilt für die **Kapazitäten von Krankenfahrten und Krankentransporten**. Die Bundesärztekammer sieht eine gesteigerte Notwendigkeit zunehmender Interhospitaltransfers im Rahmen der Krankenhausreform. Dies wird Transporte sowohl aus Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen in kleine Häuser als auch umgekehrt betreffen. Hinzu kommen, entsprechend der hier vorgeschlagenen Regelungen, Transporte aus Krankenhäusern ohne INZ in Krankenhäuser mit INZ. 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. Umso wichtiger ist es, dass eine angemessene und an diesen zunehmenden Bedarf angepasste Leistungsvergütung und Investitionskostenfinanzierung für den Rettungsdienst sichergestellt werden, damit es durch die Zunahme von Transporten nicht zu Engpässen in der Notfallrettung kommt.

Erfreulich ist, dass der **Rettungsdienst** als dritte und bislang am wenigsten integrierte Säule der Akut- und Notfallversorgung in den Referentenentwurf eingebunden wurde. Eine Notfallreform kann nur in einem Gesamtansatz unter Einbeziehung des Rettungsdienstes nachhaltig gelingen. Die Aufgaben der Ärztekammern umfassen die Überwachung der Berufsausübung von Ärztinnen und Ärzten, die Sicherung der Qualität der Weiterbildung und die Förderung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Für diese Fragen sind sie die primären Ansprechpartner, ärztliche Qualifikationen, ärztliche Kompetenzen und ärztliches Handeln liegen in Verantwortung der ärztlichen Selbstverwaltung. Vor diesem Hintergrund sind die Bundesärztekammern und die Landesärztekammern fachlich in die Ausgestaltung von Rahmenvorgaben im Rettungsdienst einzubeziehen. Dazu gehört eine Empfehlung des Notarztindikationskatalogs der Bundesärztekammer (NAIK) als Standard-Handreichung für strukturierte Notrufabfrageschemata der Disponentinnen und Disponenten in Notdienstzentralen und Rettungsleitstellen. Der NAIK wurde Ende 2023 aktualisiert und konkretisiert auf der Basis des aktuellen Standes der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse welche Aufgaben von Notärztinnen und Notärzten wahrgenommen werden müssen. Die Fortbildungscurricula der Bundesärztekammer bilden den Goldstandard für ärztliche Fortbildungskurse. In einer breit angelegten Initiative zur bundesweiten Vereinheitlichung und Aktualisierung von Qualifikationen im Bereich der Notfallmedizin hat die Bundesärztekammer seit 2023 die BÄK-Curricula „Telenotarzt/Telenotärztin“, „Leitender Notarzt/Leitende Notärztin“ (LNA), „Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin Rettungsdienst“ (ÄLRD) und „Notarzt/Notärztin in der Luftrettung“ beschlossen. Weitere diesbezügliche Qualifikationen, z. B. zum Thema Intensivtransport, und

deren Zusammenführung in einer Richtlinie zu Qualifikationen in der Notfallversorgung werden derzeit erarbeitet. Diese Fortbildungen sollten bei der Definition von Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen vorrangig Berücksichtigung finden.

Die Bundesärztekammer hat immer wieder die große Bedeutung der **Gesundheitskompetenz**, gerade auch im Zusammenhang mit der Notfallversorgung, hervorgehoben. Menschen mit akuten, beunruhigenden und/oder bedrohlichen Symptomen und Krankheitszeichen müssen zwischen einer Vielzahl an Handlungsoptionen, Akteuren der medizinischen Versorgung und Zugangswegen wählen. Viele Menschen suchen – oftmals aus Unwissenheit – nicht-bedarfsgerechte Strukturen auf. Solange hier keine intensive Aufklärungsarbeit geleistet wird und solange Gesundheitskompetenz nicht von Kindheit an und in den Lebenswelten der Menschen gestärkt 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 Vorschläge der Bundesärztekammer zur Stärkung der Gesundheitskompetenz aufgegriffen werden.

Die Bundesärztekammer begrüßt eine Entlastung der Notfallversorgung durch die stärkere Einbindung **telemedizinischer Angebote**. Es ist jedoch nicht zielführend und auch nicht umsetzbar, solche Angebote unabhängig vom tatsächlichen Bedarf rund um die Uhr und damit auch während der regulären Öffnungszeiten der Arztpraxen über die 116 117 vorzuhalten. Vielmehr sollte es dem KV-System überlassen werden, wie bei entsprechender Ersteinschätzung während der Praxisöffnungszeiten eine telemedizinische Versorgung sichergestellt wird. Dabei sind auch Kooperationen mit dem Tele-Rettungsdienst (Telenotärztinnen und Telenotärzte) denkbar. Dies gilt in gleicher Weise für die vorgesehene Etablierung eines aufsuchenden Dienstes auch während der Praxisöffnungszeiten. Mit Blick auf die geforderten **Erreichbarkeitskriterien** für die gemeinsamen Leitstellen bleibt es kritisch zu hinterfragen, warum fünfzig Prozent der notwendigen Finanzierung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und damit durch die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zu tragen sind.

Insgesamt ist zu konstatieren, dass der Gesetzentwurf eine **erhebliche Leistungsausweitung** verspricht, die sich auch im sprachlichen Duktus niederschlägt, wenn anstelle von Rettungsleitstellen und Notfallpatienten von einem Gesundheitsleitsystem und von Hilfesuchenden gesprochen wird. 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.

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.

Als sinnvoll erachtet die Bundesärztekammer eine bessere Vorbereitung des Gesundheitssystems für **Krisen- und Katastrophenlagen**. Hier spielt die Notfallversorgung eine entscheidende Rolle und es sind weitergehende Maßnahmen erforderlich.

Vollkommen unklar ist, wie die Notfallreform mit der **Krankenhausreform** abgestimmt 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 700 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, wie die konkrete Zusammenarbeit zwischen Notaufnahmen in Krankenhäusern mit INZ und ohne INZ ablaufen soll.

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. Entsprechend muss auch die Bundesärztekammer in die Entwicklung bundesweiter Rahmenvorgaben eingebunden werden.

Die Bundesärztekammer hält Änderungen am Gesetzesentwurf für erforderlich und steht bereit, den ärztlichen Sachverstand in den weiteren Reformprozess einzubringen, um eine dauerhaft tragfähige, qualitativ hochwertige, patienten- und mitarbeitergerechte Notfallversorgung in Deutschland zu gewährleisten.

Nr..	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 27	Folgeänderung zu § 30 SGB V	
2	§ 30	<p>Einführung eines Anspruchs auf medizinische Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voraussetzung: Definition rettungsdienstlicher Notfall • Leistungsbestandteile: Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung und Notfalltransport • Notfallmanagement als Vermittlung der erforderlichen Hilfe auf der Grundlage einer digitalen standardisierten Abfrage einschließlich telefonischer Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen und Einbindung von Ersthelfern durch auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme • Notfallmedizinische Versorgung vor Ort und während des Transports durch nichtärztliches Fachpersonal und bei medizinischer 	<p>Stellungnahme der BÄK:</p> <p>Die Rahmenvorgaben des Rettungsdienstes als „Transportleistung“ werden den heutigen Anforderungen an die präklinische Akut- und Notfallmedizin nicht gerecht. Zudem kämpft der Rettungsdienst in Deutschland seit vielen Jahren mit einer Überlastung, einer unregelmäßigen Nutzung und mit Fehlanreizen für nicht indizierte Transporte. Die Bundesärztekammer befürwortet daher grundsätzlich die Aufnahme des Rettungsdienstes in die Regelungen des SGB V. Zu beachten ist hierbei jedoch, dass mit der Integration des Rettungsdienstes neue Leistungserbringer im SGB V geregelt werden, die in den Gremien entsprechend abgebildet werden müssen.</p> <p>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, so durch den Notarztindikationskatalog (NAIK) als Handreichung, der als Handlungsgrundlage für Disponenten in Notdienstzentralen und Rettungsleitstellen für die Disposition von Notärztinnen und Notärzten in dem Ersteinschätzungsinstrument der integrierten Regionalleitstellen, Rettungsleitstellen und Notdienstzentralen dienen soll. 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. 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)</p>

Nr..	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<p>Notwendigkeit durch Notärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notfalltransport in nächste geeignete Einrichtung und medizinisch zwingende Verlegungen • Zuzahlung 	<p>der Bundesärztekammer integriert. Bei Dispositionsentscheidungen in der medizinischen Notfallrettung sollte der NAIK als Grundlage gesetzlich verankert werden.</p> <p>Das langjährige und fachlich anerkannte Engagement der Ärzteschaft ist auch für die Erarbeitung entsprechender ärztlicher Qualifikationsstandards maßgeblich, 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. Dieses langjährige und fachlich anerkannte Engagement sollte bei einer Neuregelung berücksichtigt werden. 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.</p> <p>Ausdrücklich begrüßt die Bundesärztekammer die Einbindung von Ersthelfern über digitale Ersthelferalarmierungssysteme in den Leitstellen. Noch immer werden in Deutschland nur etwa die Hälfte der präklinischen Reanimationen durch Ersthelfende begonnen. Dies bleibt deutlich hinter den Zahlen anderer Länder zurück (129. DÄT 2025, Drucksache Ic-63). Ein Grund hierfür ist, dass sich viele Menschen unsicher fühlen wenn sie in Notlagen Hilfe leisten sollen. Von daher spricht sich die Bundesärztekammer für gesetzlich verpflichtende und regelmäßig zu wiederholende Erste-Hilfe-Kurse in den Lebenswelten (Betriebe, überbetriebliche Ausbildungsstätten, Universitäten, Sportvereine etc.) aus. Zudem sollte die Arbeit des Nationalen Aktionsbündnis Wiederbelebung (NAWIB) stärker gefördert werden. Die von einigen Bundesländern bereits vorgesehene verpflichtende Aufnahme von Wiederbelebungunterricht in die Lehrpläne der Schulen sollte von allen Bundesländern übernommen werden.</p>

Nr..	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Darüber hinaus muss die Bundesregierung ihre Bemühungen um eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz und der Krisenresilienz der Bevölkerung mit weiterführenden Maßnahmen intensivieren.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>§ 30 Abs 3 sollte wie folgt geändert werden:</p> <p>„Das Notfallmanagement nach Absatz 2 Nummer 1 umfasst die Entgegennahme des medizinischen Hilfeersuchens und die Vermittlung der erforderlichen Hilfe auf der Grundlage einer digitalen standardisierten Abfrage, <i>welche den Notarztindikationskatalog (NAIK) der Bundesärztekammer beinhaltet.</i> [...]”</p>
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	<p>Stellungnahme der BÄK:</p> <p>Im Rahmen der Krankenhausreform ist nach Einschätzung der Bundesärztekammer 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, entsprechend der hier vorgeschlagenen Regelungen, Transporte aus Krankenhäusern ohne INZ in Krankenhäuser mit INZ. 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. Umso wichtiger ist es, dass eine angemessene und an diesen zunehmenden Bedarf angepasste Leistungsvergütung und Investitionskostenfinanzierung für den Rettungsdienst sichergestellt werden, damit es durch die Zunahme von Transporten nicht zu Engpässen in der Notfallrettung kommt.</p>
4	§ 73	Folgeänderung zu § 60 SGB V	
5	§ 73b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	

Nr..	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
6	§ 75	<p>Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung • Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge 	<p>Stellungnahme der Bundesärztekammer:</p> <p>Notdienstliche Akutversorgung: Die Bundesärztekammer sieht das explizite Verbot, im Rahmen der notdienstlichen Versorgung Maßnahmen zu erbringen und abzurechnen, die über eine „Klärung der Dringlichkeit“ und einen „Ausschluss eines dringenden weitergehenden Versorgungsbedarfes und der überbrückenden Therapie von akuten Beschwerden“ hinausgehen, kritisch. Eine Abgrenzung des in der jeweiligen Situation Erforderlichen kann nur unter Kenntnis der genauen medizinischen Hintergründe und des individuellen Settings erfolgen. Es besteht das Risiko, dass hierdurch Regressfragen provoziert werden, die für die im Notdienst tätigen Ärztinnen und Ärzte zu Rechtsunsicherheiten führen und ggf. einen hohen bürokratischen Aufwand auslösen.</p> <p>Grundsätzlich erachtet die Bundesärztekammer sowohl die flächendeckende Einführung von über die gemeinsamen Leitstellen vermittelten Videosprechstunden als auch die Vorhaltung eines aufsuchenden <u>ärztlichen</u> Bereitschaftsdienstes gezielt für immobile Patientinnen und Patienten mit entsprechendem Bedarf im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für sinnvoll, insbesondere auch, um nicht-notwendige Rettungsdiensteinsätze und Behandlungen in Notaufnahmen zu vermeiden. 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.</p> <p>Nicht sinnvoll 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. Vielmehr sollten Zeit und</p>

Nr..	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Umfang bedarfsorientiert in gemeinsamen Gremien auf Länderebene unter Einbeziehung der Landesärztekammern geklärt werden können. Schwerpunkt einer Reform der Akut- und Notfallversorgung muss eine verbindliche Steuerung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten in die vorhandenen Strukturen der notdienstlichen Versorgung sein. Diese Strukturen gilt es zu stärken. Die KVen setzen bereits heute zunehmend auf telemedizinische Angebote, wo sie bedarfsgerecht sind. Anstelle von starren bundeseinheitlichen Vorgaben, sind die Verantwortlichen vor Ort darin zu unterstützen, die Rahmenbedingungen je nach der regionalen Versorgungslage weiterzuentwickeln und Ärztinnen und Ärzten attraktive Arbeitsbedingungen im Notdienst zu bieten.</p> <p>Akuteleitstellen: Angesichts von Ärzte- und Fachkräftemangel, zunehmendem Versorgungsbedarf sowie zur Vermeidung von Fehlinanspruchnahmen von Rettungsdienst, Notaufnahmen und vertragsärztlichem Bereitschaftsdienst sind leistungsfähige, zuverlässige und verbindliche Systeme zur Versorgungssteuerung dringend erforderlich. Die Bundesärztekammer setzt sich daher für die strikte Umsetzung des Prinzips ein, nach dem alle Patientinnen und Patienten mit akuten Beschwerden und in Notfällen zunächst über die 116 117 bzw. die 112 eine gemeinsame bzw. direkt miteinander vernetzte Leitstelle von KV und Rettungsdienst kontaktieren. Entscheidend ist hierbei die Gewährleistung eines finanziell abgesicherten Struktur- und Personalaufbaus. Nur so kann eine verlässliche Erreichbarkeit der telefonischen Anlaufstellen erzielt werden, die Voraussetzung für die tatsächliche Nutzung durch Patientinnen und Patienten ist.</p>
7	§ 76	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
8	§ 87	Auftrag an erweiterten Bewertungsausschuss: EBM für komplexe Fälle in INZ	<p>Stellungnahme der BÄK:</p> <p>Es ist aus Sicht der Bundesärztekammer sinnvoll, Zuschläge für die Gruppe der Patientinnen und Patienten zu vereinbaren, die wegen Art, Schwere oder Komplexität eine besonders aufwändige</p>

Nr..	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Betreuung und Überwachung in der Notaufnahme eines INZ bedürfen. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass bei der Identifikation der betreffenden Fälle nicht nur eine retrospektive Beurteilung erfolgen darf. Beim Eintreffen der Patientinnen bzw. Patienten kann sich ein anderes, komplexeres oder bedrohlicheres Bild darstellen als bei einer Beurteilung im Nachhinein unter Kenntnis aller erst im zeitlichen Verlauf durchgeführten diagnostischen Maßnahmen. Dies ist bei der Prüfung von Vergütungsausschlüssen zu berücksichtigen.
9	§ 87a	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
10	§ 90	Standortbestimmung für INZ durch erweiterten Landesausschuss	<p>Stellungnahme der BÄK:</p> <p>Es ist unklar, warum die Standortfestlegung der INZ durch die erweiterten Landesausschüsse nach § 90 SGB V (neu) erfolgen soll, gleichzeitig aber die Gemeinsamen Landesgremien gemäß § 90a SGB V um rettungsdienstliche Kompetenzen erweitert werden, ohne diese im Rahmen der Notfallreform mit konkreten Aufgaben zu betrauen und ohne, dass diese Gremien bislang bei der sektorenübergreifenden Notfallversorgung eine Rolle gespielt hätten. Grundsätzlich ist es gut, die rettungsdienstlichen Kompetenzen der Gremien zu stärken. Gleichzeitig mit der Einbindung der Rettungsdienste muss aber auch eine stimmberechtigte Beteiligung der Landesärztekammern in allen § 90a-Gremien vorgesehen werden, die die sektorenverbindende ärztliche Perspektive einbringen.</p> <p>Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer</p> <p>Die Landesärztekammern sind sowohl an den erweiterten Landesausschüssen nach § 90 SGB V als auch an den Gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V verpflichtend und stimmberechtigt zu beteiligen.</p>
11	§ 90a	Ergänzung Vertreter des Rettungsdienstes in gemeinsamen Landesgremien nach § 90a	Stellungnahme der BÄK:

Nr..	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Es ist unklar, warum die Standortfestlegung der INZ durch die erweiterten Landesausschüsse nach § 90 SGB V (neu) erfolgen soll, gleichzeitig aber die Gemeinsamen Landesgremien gemäß § 90a SGB V um rettungsdienstliche Kompetenzen erweitert werden, ohne diese im Rahmen der Notfallreform mit konkreten Aufgaben zu betrauen und ohne dass diese Gremien bislang bei der sektorenübergreifenden Notfallversorgung eine Rolle gespielt hätten. Grundsätzlich ist es gut, die rettungsdienstlichen Kompetenzen der Gremien zu stärken. Gleichzeitig mit der Einbindung der Rettungsdienste muss aber auch eine stimmberechtigte Beteiligung der Landesärztekammern in allen § 90a-Gremien vorgesehen werden, die die sektorenverbindende ärztliche Perspektive einbringen.</p> <p>Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer</p> <p>Die Landesärztekammern sind sowohl an den erweiterten Landesausschüssen nach § 90 SGB V als auch an den Gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V verpflichtend und stimmberechtigt zu beteiligen.</p>
12	§ 92	Klarstellung, dass Richtlinie des G-BA nicht den Notfalltransport umfasst	
13	§ 105	Finanzierung der notdienstlichen Strukturen der KVen durch gemeinsam von KV und Krankenkassen zusätzlich zur Verfügung gestellten Betrag, Beitrag der PKV i.H.v. 7 %	<p>Stellungnahme der BÄK:</p> <p>Der Gesetzentwurf sieht eine Reihe von Reformansätzen vor, die mit einem erheblichen zusätzlichen finanziellen Aufwand für die an den geplanten Kooperationen Beteiligten einhergehen werden.</p> <p>Aus Sicht der Bundesärztekammer umfasst dieser Finanzierungsbedarf insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Umfassende Unterstützung des Aufbaus einer ambulanten Leitstellensystematik • Aufwendungen für die Verhandlung von Hunderten neuen Kooperationsverträgen

Nr..	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<ul style="list-style-type: none"> • Personalakquise und deren Qualifizierung für die geplante Einrichtung und den Betrieb eines aufsuchenden Dienstes • Flankierung des geplanten Ausbaus der Kooperation zwischen Leitstellen und Rettungsdienst • Finanzielle Unterstützung von Kliniken und Einrichtungen bei der Einrichtung und dem Betrieb von 700 Integrierten Notfallzentren • Investiver Bedarf für die Einrichtung, Erweiterung und Harmonisierung digitaler Infrastrukturen zur Sicherung einer reibungslosen Interaktion und Kommunikation aller Beteiligten <p>Nicht nachvollziehbar ist das Finanzierungskonzept des Transformationsprozesses, nach dem die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte 50 Prozent der Kosten tragen sollen.</p>
14	§ 115e	Folgeänderung zu §§ 30, 60 SGB V	
15	§ 116b	Folgeänderung zu § 90 SGB V	
16	§ 120	<ul style="list-style-type: none"> • Klarstellung zur Vergütung in den Notdienst einbezogener Ärzte aus Gesamtvergütung • Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie (Folgeänderung zu § 123c) 	Keine Stellungnahme der BÄK
17	§ 123	<p>Integrierte Notfallzentren (INZ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion • Notaufnahme, Notdienstpraxis, Ersteinschätzungsstelle - optional 	<p>Stellungnahme der BÄK:</p> <p>Es ist erfreulich, dass mit dem vorliegenden Referentenentwurf keine völlig neuen Strukturen geschaffen werden, sondern größtenteils auf die bestehenden Strukturen der Leitstellen und der Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern aufgesetzt wird. Die Option, dass die KV</p>

Nr..	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<p>Kooperationspraxis / statt Notdienstpraxis MVZ oder Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Nähe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ersteinschätzung und Steuerung innerhalb des INZ, gegenseitige Datenübermittlung • Versorgungsvertrag mit Apotheken • Telemedizinische Anbindung an Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie • Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung von INZ 	<p>von der Einrichtung einer Notdienstpraxis absehen kann, wenn die notdienstliche Akutversorgung in der Partnerpraxis eines zugelassenen Arztes oder MVZ in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des Krankenhausstandortes sichergestellt ist, verstärkt diesen Ansatz. Diese Partnerpraxis muss dann jedoch auch die entsprechenden Mindestöffnungszeiten einhalten. Wenn dies nicht möglich ist, muss eine entsprechende Kooperationsvereinbarung mit dem Krankenhaus getroffen werden, das dann die Akutversorgung mit übernimmt.</p> <p>Eine vernetzte, sektorenübergreifende Reform der Akut- und Notfallversorgung kann nur auf Grundlage einer umfassenden Digitalisierung funktionieren. Die Akteure müssen über digitale Lösungen miteinander kommunizieren und Kapazitäten einsehen können. Daten müssen digital und standardisiert erhoben und über Schnittstellen hinweg an allen beteiligten Einrichtungen sowie zu Analysezwecken nutzbar sein. Der vorliegende Entwurf sieht dazu einen Datenaustausch innerhalb der INZ in einem interoperablen Datenformat vor, lässt jedoch wenig darüber erkennen, wie dieses Ziel mit dem aktuellen Digitalisierungsstand erreicht werden kann. Für den erforderlichen Datenaustausch des INZ mit den weiteren Akteuren sind gar keine Regelungen vorhanden. Aus Sicht der Bundesärztekammer bedarf es der Entwicklung eines datenschutzkonformen medizinischen Informationsobjektes (MIO) „Notfallakte“ durch die mio42. GmbH, in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Standards für den systemübergreifenden Austausch von Gesundheits- und Patient:innendaten entwickeln und spezifizieren. Diese Notfallakte sollte initial beim ersten Kontakt mit der Notfallversorgung angelegt werden und für alle weiteren in der Notfallkette Tätigen online verfügbar sein. Dafür sollte die gematik beauftragt werden, dieses MIO und den gesamten Fallaktenprozess in die Telematikinfrastruktur bzw. letztendlich in die ePA zu integrieren, um in der ePA abgelegte Informationen direkt den behandelnden Stellen verfügbar zu machen. Daten in dieser Fallakte, die im konkreten Fall einmal erhoben wurden, müssen bis zum Fallabschluss durchgängig mitgeführt werden, um Informationsbrüche und Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Ein</p>

Nr..	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Ausschluss von Informationen durch die Patientin bzw. den Patienten darf in der Fallakte nicht möglich sein.</p> <p>Die Möglichkeit der Einbindung und Zusammenarbeit mit sogenannten Kooperationspraxen wird von der Bundesärztekammer ausdrücklich begrüßt.</p> <p>Positiv ist auch, dass hierzu die Forderung der Ärzteschaft aufgegriffen wurde, Anreize für einen telefonischen Erstkontakt wie z. B. kurze Wartezeiten bei vergleichbarer Dringlichkeitsstufe in der zugewiesenen Behandlungseinrichtung vorzusehen. Gleichmaßen 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.</p>
	§ 123a	<p>Einrichtung von INZ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Standortbestimmung nach gesetzlichen Kriterien • Kooperationsvereinbarung, gesetzliche Vorgabe von Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxis, Schiedsregelungen bei Nichtzustandekommen • Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit in INZ durch KBV, DKG und GKV-SV 	<p>Stellungnahme der BÄK:</p> <p>Die fehlende strukturelle Einbindung der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern in den Reformprozess bewertet die Bundesärztekammer kritisch. Die Ärztekammern als landesgesetzlich legitimierte berufliche Vertretungen der Ärztinnen und Ärzte aus dem stationären und ambulanten Bereich sollten in die Erarbeitung der Rahmenvereinbarung einbezogen werden, die für die konkrete Umsetzung der Reform zuständig ist.</p> <p>Vor dem Hintergrund der mit der Krankenhausreform voraussichtlich einhergehenden Zentralisierung der Krankenhauslandschaft, muss gewährleistet werden, dass 30-PKW-Minuten als Obergrenze 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 700 INZ-Standorte ausreichend sind, um bundesweit die Notfallversorgung sicherzustellen. Zusätzlich bedarf es einer Klärung, inwieweit die Notfallversorgung in Sicherstellungskrankenhäusern berücksichtigt werden soll.</p>

Nr..	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Änderungsbedarf:</p> <p>Absatz 2 sollte wie folgt geändert werden:</p> <p>(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;</p>

Nr..	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Absatz 4 sollte wie folgt geändert werden:</p> <p>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 (...)</p>
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	Keine Stellungnahme der BÄK
	§ 123c	<p>Ersteinschätzung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vergütung ambulanter Behandlung für Krankenhäuser ohne INZ nur noch nach Ersteinschätzung, die die Unzumutbarkeit einer Verweisung an INZ festgestellt hat • Richtlinie des G-BA zu Vorgaben für standardisierte digitale Ersteinschätzung • Richtlinie regelt auch Mindestausstattungsanforderungen für Notdienstpraxen • Berichtspflicht G-BA zu Auswirkungen der Ersteinschätzung • EBM für Ersteinschätzung 	<p>Stellungnahme der BÄK:</p> <p>Im Mai 2023 wurde mit einem Änderungsantrag zum Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG) ein Änderungsantrag eingebracht, der den Auftrag an den G-BA zur Schaffung von "Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V an ein Krankenhaus wenden" dahin gehend abändern sollte, dass eine Weiterleitung im ambulanten Bereich nur an Notdienstpraxen, nicht jedoch in andere Vertragsarztpraxen und MVZ erfolgen sollte.</p> <p>Der Gesetzgeber hebt nun den Auftrag zur Erarbeitung einer Richtlinie in § 120 SGB V auf und verortet sie bei den INZ neu. Das Verfahren entscheidet sich je nachdem, ob ein Krankenhaus über ein INZ verfügt oder nicht.</p> <p>Für <u>Krankenhausstandorte mit INZ</u> erfolgt auf Basis der Ersteinschätzung eine Entscheidung über die geeignete Versorgungsebene <u>innerhalb des INZ</u> (einschließlich der Kooperationspraxen). Für <u>Krankenhausstandorte ohne INZ</u>, erfolgt auf Basis der Ersteinstschätzung eine <u>Entscheidung über die Weiterleitung an ein INZ oder die Behandlung am</u></p>

Nr..	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p><u>Krankenhausstandort.</u> Die Richtlinie soll dabei auch das nähere zur Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Weiterleitung an ein Integriertes Notfallzentrum vorgeben.</p> <p>Aus Sicht der Bundesärztekammer erscheint das Ansinnen, Patientinnen und Patienten aus Krankenhäusern ohne INZ für die ambulante Behandlung in INZ zu verlegen, weder pragmatisch noch ressourcensparend. Entscheidend ist hier vielmehr, in einer Aufklärungskampagne die Funktion der vernetzten Leitstellen zu vermitteln und die technischen, kapazitären und personellen Voraussetzungen zu schaffen, die eine Bedarfserfassung und Terminvermittlung über eine Leitstelle attraktiver macht als lange Zeiten in Wartezimmern zu verbringen. Grundsätzlich sollte zwar eine fallabschließende Behandlung im INZ stattfinden, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden und ärztliche Ressourcen zu schonen, es muss jedoch möglich sein, Patientinnen und Patienten, die eindeutig keiner akuten Versorgung bedürfen, entsprechend weiterleiten zu können.</p> <p>Aus Sicht der Bundesärztekammer ist zudem 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. Wir möchten auch in diesem Zusammenhang nochmals dringend darauf hinweisen, 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 können. Anzuführen sind soziale Kriterien aber auch logistische Schwierigkeiten.</p>

Nr..	Vor- schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>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.</p> <p>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. Zwingende Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die technischen Möglichkeiten geschaffen werden, um dies umsetzen und für die Menschen attraktiv gestalten zu können.</p> <p>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 die Möglichkeiten einer funktionierenden Akut- und Notfallversorgung insbesondere auch durch das große Thema unserer Zeit geprägt werden – den akuten und sich weiter verschärfenden Mangel an Ärztinnen und Ärzten sowie an medizinischem Fachpersonal. Umso mehr muss bei der Umsetzung der Reform eine realistische finanzielle und personelle Ressourcenplanung vorgenommen werden. 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 jedoch auf spezifische neue Qualifikationen zu setzen, sollte die Behandlung von Notfällen als Teil des Profils aller Ärztinnen und Ärzte gestärkt werden. Die Ärztekammern bieten bereits jetzt entsprechende Fortbildungen</p>

Nr..	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>an, die eine hohe Qualifikation der in der Notfallversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte gewährleisten.</p> <p>Aus Sicht der Bundesärztekammer stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob der G-BA <u>in seiner bisherigen Zusammensetzung</u> 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.</p>
18	§ 133	<p>Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nur nach Landesrecht vorgesehene oder beauftragte Leistungserbringer • Vergütungsverträge für Leistungen nach SGB V erforderlich • Transparenzpflicht bezüglich Kalkulationen • Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 SGB V • Schiedseinrichtung bei Nichtzustandekommen • Entsprechende Geltung für Krankentransporte • Übergangsregelung 	Keine Stellungnahme der BÄK
	§ 133a	Gesundheitsleitsystem	Stellungnahme der BÄK:

Nr..	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Kooperationsvereinbarung zwischen Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116117 auf Antrag der Rettungsleitstelle • Verbindliche Absprache, wer welche Fälle übernimmt, und Abstimmung der Abfragesysteme • Medienbruchfreie Übergabe von Fällen und Daten • Schnittstelle durch KBV zur Verfügung zu stellen • Gemeinsames Qualitätsmanagement der Kooperationspartner • Vermittlung von Krankentransporten und medizinischen komplementären Diensten sowie sonstigen komplementären Diensten für vulnerable Gruppe oder krisenhafte Situationen • Bericht KBV zu Entwicklung der Gesundheitsleitsysteme 	<p>Die Bundesärztekammer begrüßt die Aufnahme der Vorschläge der Ärzteschaft zur Einbindung komplementärer Strukturen in die Gesundheitsleitsysteme. Die Einbindung, Finanzierung und Zugriffsmöglichkeiten von Versorgungsangeboten wie Notfallpflege, Kurzzeitpflege, Palliativversorgung, sozialpsychiatrische Dienste und Sozialdienste in den Rettungsdienst sowie auch in den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst und die Notaufnahmen können deutlich zur Entlastung dieser Strukturen beitragen. Auch die Bereitstellung und Bekanntgabe notfall- und akutmedizinischer Kapazitäten der Arztpraxen (IVENA, SaN-Projekt https://www.kvhessen.de/praxis-management/san-projekt) sowie die Anzeige der Kapazitäten der stationären Versorgung in Echtzeit (Interdisziplinärer Versorgungsnachweis, IVENA), einschließlich Behandlungskapazitäten für Notfälle (Chest Pain Unit, Stroke Unit, Traumazentren etc.) und Bettenverfügbarkeit (Intensiv- und Normalstationen), erleichtern die Aufgaben der Leitstellen und gewährleisten eine zügige und bedarfsgerechte Versorgung.</p> <p>Eine vernetzte, sektorenübergreifende Reform der Akut- und Notfallversorgung kann nur auf Grundlage einer umfassenden Digitalisierung funktionieren. Die Akteure müssen über digitale Lösungen miteinander kommunizieren und Kapazitäten einsehen können. Daten müssen digital und standardisiert erhoben und über Schnittstellen hinweg an allen beteiligten Einrichtungen sowie zu Analysezwecken nutzbar sein. Der vorliegende Entwurf lässt wenig darüber erkennen, wie mit dem aktuellen Digitalisierungsstand dieses Ziel erreicht werden kann. Aus Sicht der Bundesärztekammer bedarf es der Entwicklung eines datenschutzkonformen medizinischen Informationsobjektes (MIO) „Notfallakte“ durch die mio42. Diese Notfallakte sollte initial beim ersten Kontakt mit der Notfallversorgung angelegt werden und für alle weiteren in der Notfallkette Tätigen online verfügbar sein. Dafür sollte die gematik beauftragt werden, dieses MIO und den gesamten Fallaktenprozess in die ePA zu integrieren, um in der ePA abgelegte Informationen direkt den behandelnden Stellen verfügbar zu machen. Daten in dieser Fallakte, die im konkreten Fall einmal erhoben wurden, müssen bis zum Fallabschluss durchgängig mitgeführt werden, um Informationsbrüche und Doppeluntersuchungen zu vermeiden.</p>

Nr..	Vor- schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Der Notarztindikationskatalog (NAIK) der Bundesärztekammer soll als Handlungsgrundlage für die Disposition von Notärztinnen und Notärzten in dem Ersteinschätzungsinstrument der integrierten Regionalleitstellen, Rettungsleitstellen und Notdienstzentralen dienen. Der NAIK bildet bei der Verwendung von strukturierten Notrufabfrageschemata die Grundlage für die Notarztalarmierung. Der NAIK wurde bzgl. der Aufgaben von Notärztinnen und Notärzten auf der Basis des aktuellen Standes der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse Ende 2023 aktualisiert und konkretisiert. 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.</p>
	§ 133b	<p>Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gremium bei GKV-SV, paritätisches Stimmgewicht zwischen GKV-SV und Ländervertretern, nicht stimmberechtigte Vertreter von Spitzenverbänden der Leistungserbringer und Fachverbänden und Fachgesellschaften sowie BMG • Fachliche Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung; bei Nichtzustandekommen Ersatzvornahme BMG • Empfehlungen zur Übermittlung der Daten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung, 	<p>Stellungnahme der BÄK:</p> <p>Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es richtig, das Gremium für die Entwicklung der Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung beim GKV-SV und den Ländern anzubinden, die auch für die Finanzierung und Planung der Leistungen verantwortlich sind. Gut ist auch, dass das Gremium durch fachliche Expertise aus den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer und den maßgeblichen Fachgesellschaften und Fachverbänden unterstützt wird. In diesem Zusammenhang wird auf die – in Zusammenarbeit mit den maßgeblichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden – in den letzten Jahren erarbeiteten BÄK-Curricula im Bereich Notfallmedizin („Telenotarzt/Telenotärztin“, „Leitender Notarzt/Leitende Notärztin“ (LNA), „Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin Rettungsdienst“ (ÄLRD) und „Notarzt/Notärztin in der Luftrettung“) verwiesen. Diese stellen den Goldstandard der jeweiligen Qualifikation dar und sollten bei der Festlegung von Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung vorrangig Berücksichtigung finden.</p> <p>Änderungsbedarf:</p>

Nr..	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Rechtsverordnung durch BMG <ul style="list-style-type: none"> • Spezifikationen für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation unter Beteiligung von KBV, DKG und KIG, Rechtsverordnung durch BMG 	<p>Absatz 1 ist wie folgt zu ändern:</p> <p><i>(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. Das Bundesministerium für Gesundheit entsendet einen Vertreter.</i></p> <p>Absatz 2 Satz 4 ist wie folgt zu ändern:</p> <p><i>Die Vertreter der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1, der maßgeblichen Fachgesellschaften und Fachverbände, der Bundesärztekammer und des Bundesministeriums für Gesundheit haben ein Mitberatungsrecht. Die Bundesärztekammer erhält ein Stimmrecht.</i></p>
	§ 133c	Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung <ul style="list-style-type: none"> • Verpflichtende digitale Notfalldokumentation für alle Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätennachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der 	<p>Stellungnahme der BÄK:</p> <p>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.</p> <p>Daneben sollten jedoch auch die notfall- und akutmedizinischen Kapazitäten der Arztpraxen und MVZ bereitgestellt und bekannt gegeben werden.</p>

Nr..	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<p>medizinischen Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme 	<p>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.</p> <p>Aus Sicht der Bundesärztekammer bedarf es der Entwicklung eines datenschutzkonformen medizinischen Informationsobjektes (MIO) „Notfallakte“ durch die mio42. Diese Notfallakte sollte initial beim ersten Kontakt mit der Notfallversorgung angelegt werden und für alle weiteren in der Notfallkette Tätigen online verfügbar sein. Dafür sollte die gematik beauftragt werden, dieses MIO und den gesamten Fallaktenprozess in die ePA zu integrieren, um in der ePA abgelegte Informationen direkt den behandelnden Stellen verfügbar zu machen. Daten in dieser Fallakte, die im konkreten Fall einmal erhoben wurden, müssen bis zum Fallabschluss durchgängig mitgeführt werden, um Informationsbrüche und Doppeluntersuchungen zu vermeiden.</p> <p>Änderungsbedarf:</p> <p>§ 133c Absatz 1 Nummer 4 Satz 2 sollte wie folgt angepasst werden:</p> <p>Die Kassenärztliche Bundesvereinigung oder eine juristische Person im Sinne des § 385 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 richtet bundeseinheitlich definierte, digitale Schnittstellen und ein standardisiertes Informationsobjekt „digitale Notfalldokumentation“ ein.</p> <p>§ 341 Absatz 2 ist zu ergänzen:</p> <p>“17. Daten der digitalen Notfalldokumentation nach §133 c”</p>
	§ 133d	Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in	Keine Stellungnahme der BÄK

Nr..	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		anonymer Form durch Datenstelle beim GKV-SV	
	§ 133e	Verpflichtender Anschluss an TI für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung und Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten, Finanzierungsvereinbarung von GKV-SV, PKV-Verband sowie maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene	Keine Stellungnahme der BÄK
	§ 133f	<p>Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> Finanzierung von Investitionen in digitale Infrastruktur von 2027 bis 2031 aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes Abwicklung durch GKV-SV, Richtlinie im Benehmen mit den Ländern zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen Bezeichnete Investitionen können ausschließlich über diesen Weg gefördert werden 	Keine Stellungnahme der BÄK

Nr..	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 133g	Koordinierende Leitstelle: Möglichkeit für Landesbehörden, einer einzelnen Leitstelle überregionale Aufgaben zuzuweisen	<p>Stellungnahme der BÄK :</p> <p>In den koordinierenden Leitstellen muss eine ärztliche Expertise gewährleistet werden. Diese kann z. B. über einen qualifizierten Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) sichergestellt werden, der für diese Aufgaben in der Leitstelle angestellt oder vertraglich beratend einzubinden ist.</p> <p>Änderungsbedarf:</p> <p>Nach Satz 1 wird folgender Satz ergänzt:</p> <p>In der koordinierten Leitstelle muss eine strukturelle Anbindung qualifizierter ärztlicher Expertise gewährleistet werden. Ein entsprechender Nachweis ist der Landesbehörde vorzulegen.</p>
19	§ 140f	Antragsrecht Patientenvertretung	Keine Stellungnahme der BÄK:
20	§ 291b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
21	§ 294a	Mitteilungspflicht zu vorrangigen Schadensersatzansprüchen auch für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung	Keine Stellungnahme der BÄK:
22	§ 302	Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Datenübermittlungspflicht	Keine Stellungnahme der BÄK:
23	§ 354	Fernzugriff auf ePA durch Leitstellen	<p>Stellungnahme der BÄK:</p> <p>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.</p>

Nr..	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>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.</p> <p>Für das Szenario "Notfall" wurde aus diesem Grunde eine komprimierte Darstellung relevanter Vorbefunde des Patienten als Notfalldatensatz (bzw. Patientenkurzakte) [§334 (1) Nr. 4] seitens des Gesetzgebers vorgegeben. Aus diesem Grunde sollte der Fernzugriff auf diese Daten fokussiert werden.</p> <p>Änderungsvorschlag in § 354 Abs 4:</p> <p>(4) 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, Nr. 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."</p>
24	§ 370a	Redaktionelle Folgeänderung	
25	§ 377	Redaktionelle Folgeänderung	
26	§ 394	Errichtung eines bundesweiten, öffentlich zugänglichen Katasters automatisierter externer Defibrillatoren (AED), die für die Benutzung durch Laien vorgesehen sind	Keine Stellungnahme der BÄK:
			Art. 2: Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr..	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 75	Modifizierte Berichtspflichten der KBV aufgrund der Einführung der Akutleitstellen	Keine Stellungnahme der BÄK
			Art. 3: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
	§ 12b	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	
			Art. 4: Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
	§ 3	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	
			Art. 5: Änderung des Apothekengesetzes
1	§ 12b	Versorgungsvertrag zur Versorgung von Notdienstpraxen in INZ mit Arzneimitteln zwischen Apothekeninhaber, KV und beteiligtem Krankenhaus	<p>Stellungnahme der BÄK:</p> <p>Die vorgesehene engere Verzahnung zwischen der Notdienstversorgung von Notdienstpraxen und Apotheken ist aus Sicht der Bundesärztekammer grundsätzlich zu begrüßen. Entsprechende Verträge müssen allerdings mit den INZ und nicht nur mit den Notdienstpraxen geschlossen werden können, denn der Kooperationsbedarf besteht auch außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxen, wenn nur die Notaufnahme des Krankenhauses zur Verfügung steht. Es ist außerdem nicht sachgerecht, die Abgabemöglichkeit von Medikamenten zur Überbrückung auf die Zeit vor Wochenenden oder Feiertagen zu begrenzen, denn ein solcher Bedarf kann sich auch ergeben, wenn eine Patientin oder ein Patient am späten Abend oder in der Nacht vor einem Werktag ein Medikament, z. B. ein Antibiotikum, benötigt.</p> <p>Darüber hinaus ist kritisch zu hinterfragen, warum vorhandene Krankenhausapotheken von den Kooperationen in der Notfallversorgung ausgeschlossen werden.</p>

Nr..	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Universitätskliniken und Krankenhäuser der Maximalversorgung, die eigene Krankenhausapotheken haben, sollten legitimiert werden, die Abgabe von Bedarfsmedikamenten in den INZ selbst vorzunehmen. Der Medikamentenbedarf von Notaufnahme und INZ sowie die Medikamentenabgabe lassen sich sonst kaum gewährleisten.</p> <p>Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer</p> <p>Krankenhausapotheken sollten die Versorgung von Patienten des INZ mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten wie öffentlichen Apotheken mit einem Vertrag nach § 12b Apothekengesetz-E ermöglicht werden.</p> <p>(3b) Abweichend von den Absätzen 1 bis 3 dürfen Ärzte einer Notdienstpraxis des INZ nach § 123 Absatz 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, solange kein Vertrag nach § 12b Apothekengesetz mit einer notdienstpraxisversorgenden Apotheke besteht, im Rahmen der Notfallversorgung Arzneimittel für den akuten Bedarf an Patienten der Notdienstpraxis des Integrierten Notfallzentrums (INZ) in einer zur Überbrückung benötigten Menge abgeben, soweit im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt.</p>
2	§ 20	Pauschaler Zuschuss für Apotheken mit Versorgungsvertrag	Keine Stellungnahme der BÄK
3	§ 25	Ordnungswidrigkeit	
			Art. 6 Änderung der Apothekenbetriebsordnung
1	§ 1a	Notdienstpraxenversorgende Apotheken	Keine Stellungnahme der BÄK
2	§ 3	Vorgaben zum Personal auch für notdienstpraxenversorgende Apotheken	Keine Stellungnahme der BÄK

Nr..	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 4	Erlaubnis zweiter Offizin mit Lagerräumen am INZ-Standort	Keine Stellungnahme der BÄK
4	§ 23	Dienstbereitschaft notdienstpraxenversorgender Apotheken	Keine Stellungnahme der BÄK
			Art. 7: Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung
1	§ 12	Folgeänderung zu § 394 SGB V und § 17a Medizinprodukte-Betreiberverordnung	
2	§ 17a	Meldeverpflichtung für Betreiber von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) an das AED-Kataster	Keine Stellungnahme der BÄK
			Art. 8: Änderung des Betäubungsmittelgesetzes
1	§ 4	Ausnahme von der Erlaubnispflicht für die Ausfuhr und Einfuhr von Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf in angemessenen Mengen	Keine Stellungnahme der BÄK
2	§ 11	Erweiterung der Verordnungsermächtigung auf Regelungen über das Mitführen von Betäubungsmitteln auf Fahrzeugen des Rettungsdienstes im grenzüberschreitenden Verkehr	
			Art. 9: Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung
1	§ 13	Ausnahme für Durchfuhr einer angemessenen Menge an	

Nr..	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf auf dem Fahrzeug eines ausländischen Rettungsdienstes	
2	§ 15	Ausnahme von Ein- und Ausfuhrgenehmigung für Zubereitungen der in den Anlagen II und III des BtMG aufgeführten Stoffe auf einem Fahr-zeug des Rettungsdienstes in angemessener Menge als Rettungsdienstbedarf	
			Art. 10: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
	§ 19a	Gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe	Keine Stellungnahme der BÄK
			Art. 11: Inkrafttreten
	Ggf. weitere Anmerkungen		Einbindung der Bevölkerung, Stärkung von Gesundheitskompetenz und Gesundheitssystemkompetenz 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. Es bedarf einer deutlichen Steigerung der Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger durch niedrigschwellige und zielgruppenspezifische Informationsangebote in den Lebenswelten (siehe

Nr..	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>auch 127. Deutscher Ärztetag 2023, Drs. III-01 „Bildungsziel Gesundheitskompetenz - Strategie und Gesamtkonzept für gesundheitskompetente Schulen entwickeln und umsetzen“).</p> <p>Darüber hinaus muss die Bevölkerung im Sinne einer Gesundheitssystemkompetenz spezifisch über das System der Akut- und Notfallversorgung aufgeklärt werden. Dazu gehört die Beauftragung einer barrierefreien, mehrsprachigen und multimedialen Aufklärungs- und Informationskampagne für unterschiedliche und insbesondere auch vulnerable, schwer erreichbare Zielgruppen, die sofort starten und 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.</p>