Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V. (BDA) und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)

Datum:

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 27	Folgeänderung zu § 30 SGB V	
2	§ 30	Einführung eines Anspruchs auf medizinische Notfallrettung • 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 Notwendigkeit durch Notärzte	Die geplante Verankerung der medizinischen Notfallrettung als eigener Leistungsbereich im SGB V ist grundsätzlich ein bedeutender Schritt. Zugleich birgt sie Risiken: Die künftige Zuständigkeit des G-BA kann ohne spezifische notfallmedizinische Expertise zu Fehlbewertungen führen. Insbesondere Innovationen der prähospitalen Notfallmedizin lassen sich häufig nicht über klassische RCTs abbilden. Diese möglichen Auswirkungen müssen juristisch und fachlich geprüft werden. Der in § 30 Abs. 3 SGB V vorgesehene Qualitätsansatz wird ausdrücklich begrüßt. Er entspricht langjährigen Forderungen von BDA, DGAI und dem Deutschen Reanimationsregister, wie sie u. a. in den Bad Boller Thesen formuliert wurden. Die DGAI bringt hierfür etablierte datenbasierte Strukturen ein, die eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der Notfallmedizin unterstützen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Notfalltransport in nächste geeignete Einrichtung und medizinisch zwingende Verlegungen • Zuzahlung	
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	Es sollte in § 60 Abs. 2 Nr. 2 SGB V ein neuer Buchstabe d) ergänzt werden, der ausdrücklich die strategische Patientenverlegung in besonderen Mangellagen regelt – insbesondere nach dem Kleeblattmechanismus. Dies schafft Rechtssicherheit und bildet die Realität überregionaler Krisenversorgung ab.
4	§ 73	Folgeänderung zu § 60 SGB V	
5	§ 73b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
6	§ 75	Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung • Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung • Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge	
7	§ 76	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
8	§ 87	Auftrag an erweiterten Bewertungsausschuss: EBM für komplexe Fälle in INZ	
9	§ 87a	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
10	§ 90	Standortbestimmung für INZ durch erweiterten Landesausschuss	Die vorgesehene bloße Anhörung von Vertreterinnen und Vertretern des Rettungsdienstes reicht nicht aus. Es bedarf einer verbindlichen Einbindung

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			ärztlicher Expertise, insbesondere der Ärztlichen Leiterinnen und Leiter Rettungsdienst (ÄLRD). Nur so können medizinische Anforderungen der prähospitalen Versorgung sachgerecht berücksichtigt werden.
11	§ 90a	Ergänzung Vertreter des Rettungsdienstes in gemeinsamen Landesgremien nach § 90a	
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 %	
14	§ 115e	Folgeänderung zu §§ 30, 60 SGB V	
15	§ 116b	Folgeänderung zu § 90 SGB V	
16	§ 120	• Klarstellung zur Vergütung in den Notdienst einbezogener Ärzte aus Gesamtvergütung • Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie (Folgeänderung zu § 123c)	
17	§ 123	Integrierte Notfallzentren (INZ) • Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion • Notaufnahme, Notdienstpraxis, Ersteinschätzungsstelle - optional Kooperationspraxis / statt	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Notdienstpraxis MVZ oder Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Nähe • 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	
	§ 123a	Einrichtung von INZ • 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	Die Anästhesiologie muss als zentrale akutmedizinische Disziplin ausdrücklich berücksichtigt werden. Der Hinweis entspricht auch der früheren Stellungnahme von BDA und DGAI zum G-BA-Beschluss zur Systematik der Notfallstufen, in dem die Anästhesiologie nicht adäquat abgebildet wurde. Ihre Expertise ist für Ersteinschätzung und akute fachärztliche Versorgung in INZ unverzichtbar.
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	
	§ 123c	Ersteinschätzung • Vergütung ambulanter Behandlung für Krankenhäuser ohne INZ nur noch nach Ersteinschätzung, die die	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		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	
18	§ 133	Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung • 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	
	§ 133a	Gesundheitsleitsystem • Kooperationsvereinbarung zwischen Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116117 auf Antrag der Rettungsleitstelle	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• 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	
	§ 133b	Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung • 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	§ 133b SGB V bietet die Chance, ein bundesweit vernetztes Kapazitätennachweissystem aufzubauen. Dies entspricht der Forderung nach einem zentralen „Control Center“, das Echtzeitdaten zu Kapazitäten, Versorgungsstufen und Transportmöglichkeiten bündelt. Ein solches System verbessert die Ressourcensteuerung und erhöht die Patientensicherheit. Anästhesistinnen und Anästhesisten stellen rund 60% der Notärztinnen und Notärzte in Deutschland. Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und der Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. (BDA) sollten daher bei den Vertretern der Fachgesellschaften und Fachverbände zwingend berücksichtigt werden.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Qualitätssicherung, Rechtsverordnung durch BMG • Spezifikationen für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation unter Beteiligung von KBV, DKG und KIG, Rechtsverordnung durch BMG	Eine qualitätsgesicherte Notfallversorgung erfordert einheitliche Fort- und Weiterbildung für alle prähospitalen Berufsgruppen: Rettungssanitäter:innen, Rettungsassistent:innen, Notfallsanitäter:innen sowie Notärztinnen und Notärzte. Diese Anforderungen müssen gesetzlich verankert werden. Ohne eine solche Grundlage ist eine Finanzierung durch die Kostenträger nicht möglich.
	§ 133c	Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende digitale Notfalldokumentation für alle Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätennachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung • Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme	In § 133c Abs. 3 SGB V fehlt ein klarer Bezug zum Kapazitätennachweis. Für eine wirksame sektorenübergreifende Steuerung ist es jedoch unerlässlich, die verfügbaren klinischen und prähospitalen Ressourcen transparent abzubilden. Der Gesetzgeber sollte daher klarstellen, dass § 133c Abs. 3 unmittelbar mit den Vorgaben zu einem strukturierten Kapazitätsnachweis verknüpft wird.
	§ 133d	Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form durch Datenstelle beim GKV-SV	Die Datenstelle sollte, fachlich unabhängig, beim BfArM angesiedelt sein.
	§ 133e	Verpflichtender Anschluss an TI für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung und Finanzierung der	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Ausstattungs- und Betriebskosten, Finanzierungsvereinbarung von GKV-SV, PKV-Verband sowie maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene	
	§ 133f	Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung • 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	
	§ 133g	Koordinierende Leitstelle: Möglichkeit für Landesbehörden, einer einzelnen Leitstelle überregionale Aufgaben zuzuweisen	
19	§ 140f	Antragsrecht Patientenvertretung	
20	§ 291b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
21	§ 294a	Mitteilungspflicht zu vorrangigen Schadensersatzansprüchen auch für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung	
22	§ 302	Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Datenübermittlungspflicht	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
23	§ 354	Fernzugriff auf ePA durch Leitstellen	
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	
			Art. 2: Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
	§ 75	Modifizierte Berichtspflichten der KBV aufgrund der Einführung der Akutleitstellen	
			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	
2	§ 20	Pauschaler Zuschuss für Apotheken mit Versorgungsvertrag	
3	§ 25	Ordnungswidrigkeit	
			Art. 6 Änderung der Apothekenbetriebsordnung
1	§ 1a	Notdienstpraxenversorgende Apotheken	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
2	§ 3	Vorgaben zum Personal auch für notdienstpraxenversorgende Apotheken	
3	§ 4	Erlaubnis zweiter Offizin mit Lagerräumen am INZ-Standort	
4	§ 23	Dienstbereitschaft notdienstpraxenversorgender Apotheken	
			Art. 7: Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung
1	§ 12	Folgeänderung zu § 394 SGB V und § 17a Medizinprodukte-Betreiberverordnung	
2	§ 17a	Meldeverpflichtung für Bertreiber von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) an das AED-Kataster	
			Art. 8: Änderung des Betäubungsmittelgesetzes
1	§ 4	Ausnahme von der Erlaubnispflicht für die Ausfuhr und Einfuhr von Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf in angemessenen Mengen	
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 Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf auf dem Fahrzeug eines ausländischen Rettungsdienstes	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
2	§ 15	Ausnahme von Ein- und Ausfuhrgenehmigung für Zubereitungen der in den Anlagen II und III des BtMG aufgeführten Stoffe auf einem Fahrzeug 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	
			Art. 11: Inkrafttreten
	Ggf. weitere Anmerkungen		Besonders kritisch ist die fehlende Regelung zur Indikation eines Notarzteinsatzes. Der Entwurf legt nicht eindeutig fest, unter welchen Bedingungen ein Notarzt zwingend einzubinden ist und wie diese Entscheidung medizinisch und organisatorisch abzusichern ist. Ohne eine klare ärztliche Verantwortungszuordnung besteht das Risiko, dass komplexe pathophysiologische Entscheidungen auf nichtärztliches Personal übertragen werden. Eine präzise gesetzliche Definition ist hier unabdingbar, um Patientensicherheit, Rechtssicherheit und medizinische Qualität zu gewährleisten. In engem Zusammenhang dazu steht die im Entwurf vorgesehene Ausweitung nichtärztlicher Befugnisse für Notfallsanitäter. Die Möglichkeit, in „geeigneten Fällen“ notärztliche Maßnahmen eigenverantwortlich durchzuführen, stellt eine erhebliche Erweiterung der bisherigen Kompetenzen dar. Die Formulierung ist jedoch zu unbestimmt, um eine klare Abgrenzung zu gewährleisten, und öffnet den Raum für Interpretationen, die im Einsatzfall zu riskanten Fehlentwicklungen führen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			könnten. Notärztliche Maßnahmen beinhalten häufig komplexe diagnostische Entscheidungen und risikobehaftete Interventionen. Diese Tätigkeiten erfordern zwingend ärztliche Expertise. Die vorgesehene Struktur, in der ärztliche Leitungen Vorgaben erstellen, die Durchführung jedoch eigenverantwortlich von Notfallsanitätern erfolgt, während telemedizinische Unterstützung nur ergänzend zur Verfügung steht, schafft ein System widersprüchlicher Verantwortlichkeiten. In zeitkritischen Einsatzsituationen können dadurch unklare Entscheidungswege und Verzögerungen entstehen, die das Risiko für die Patientinnen und Patienten erhöhen. Die daraus resultierenden haftungsrechtlichen Risiken sind erheblich. Notfallsanitäter würden bei eigenverantwortlicher Durchführung ärztlicher Maßnahmen mit einem unverhältnismäßig großen persönlichen Haftungsrisiko konfrontiert. Ärztliche Leitungen tragen Verantwortung für Abläufe, ohne die Durchführung im Einsatzfall steuern zu können. Träger des Rettungsdienstes müssten umfassende Organisationspflichten erfüllen, deren Erfüllbarkeit weder strukturell noch finanziell im Entwurf ausreichend hinterlegt ist. Die derzeitige Regelung schafft eine strukturelle und rechtliche Grauzone, die im Schadensfall zu schwerwiegenden Konflikten führen würde. Eine eindeutige Zuordnung der medizinischen Gesamtverantwortung ist daher zwingend notwendig. Im Bereich der Qualitätssicherung sieht der Entwurf wichtige Ansätze vor, bleibt jedoch ebenfalls zu unkonkret. Die vorgesehene Möglichkeit zur Anhörung sachverständiger Personen reicht für eine fachlich fundierte Qualitätssicherung keinesfalls aus. Notfallmedizinische Expertise, einschließlich der anästhesiologisch geprägten Akut- und Notfallmedizin, muss verpflichtend und strukturell verankert in die Gremien eingebunden

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			werden. Die Anästhesiologie ist eine der zentralen notfallmedizinisch relevanten Fachdisziplinen in Deutschland und trägt wesentlich zur präklinischen wie klinischen Akutversorgung bei. Diese Rolle muss im Gesetz ausdrücklich benannt werden, um sowohl fachliche Kontinuität als auch Qualitätsstandards sicherzustellen. Darüber hinaus ist es zwingend erforderlich, etablierte Registerstrukturen in die neuen Systeme einzubinden. Register wie das Deutsche Reanimationsregister oder das TraumaRegister verfügen über langjährig validierte Daten, etablierte Indikatoren und eine international vernetzte Wissensbasis. Sie bilden seit Jahren die Grundlage für evidenzbasierte Qualitätsentwicklung und dürfen durch neue, parallele Datensysteme nicht geschwächt oder ersetzt werden. Stattdessen müssen sie aktiv eingebunden werden, idealerweise über einen bidirektionalen Datenfluss, um eine valide, umfassende und praxisnahe Qualitätssteuerung zu ermöglichen. **Fazit** BDA und DGAI unterstützen die Reformrichtung grundsätzlich: Die Stärkung der prähospitalen Versorgung, die digitale Vernetzung, die Integration der Notrufnummern 112 und 116117 sowie die Etablierung der INZ sind wichtige Schritte. Für eine wirksame Umsetzung müssen jedoch Präzisierungen zu ärztlicher Verantwortung, Qualitätssicherung, Leitstellenintegration, Fortbildungsstrukturen und überregionaler Steuerung vorgenommen werden. Die klare Einbindung der Anästhesiologie und etablierter Registerstrukturen ist dafür unverzichtbar.