

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses

**zum Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung
und des Rettungsdienstes (Notfallgesetz – NotfallG)**
BT-Drucksache: 21/2214

Stand 18.02.2026

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Str. 31
10178 Berlin
Tel: 030 34646-2299
info@bv.aok.de

**AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.**

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Zusammenfassung:

Der AOK-Bundesverband sieht in dem vorliegenden Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung gute Ansätze, die sich teilweise auch im Referentenentwurf des BMG wiederfinden. Die Gesetzgebung zur Notfallversorgung erfordert grundsätzlich eine enge Abstimmung mit den parallellaufenden Reformen der Bundesregierung, insbesondere mit der Krankenhausreform (KHAG) und mit der Primärversorgung. Die geplante Einbindung des Rettungsdienstes in die Notfallreform ist extrem wichtig, um die Effizienz der Versorgungsprozesse zu verbessern. Die Notfallreform darf jedoch nicht daran scheitern, dass die Länder Regelungen zum Rettungsdienst kritisch gegenüberstehen - wir können uns weitere Verzögerungen bei der Umsetzung des Reformvorhabens nicht länger leisten.

Regelungen für die notdienstliche Akutversorgung durch die Selbstverwaltung

Begrüßenswert ist es, die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) stärker in die Pflicht zu nehmen, indem der Sicherstellungsauftrag mit der Einführung der „notdienstlichen Akutversorgung“ konkretisiert wird und sie zur Einrichtung einer Akutleitstelle verpflichtet werden. Die „notdienstliche Akutversorgung“ sollte sich aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebotes jedoch nur auf die Erstversorgung von Fällen beschränken, bei denen eine unmittelbare Behandlung erforderlich ist. Doppelstrukturen sind zu vermeiden und der Vorrang der Versorgung durch Vertragsarzt/-innen und MVZ muss stärker betont werden. Das vorgesehene 24/7-Angebot für den aufsuchenden Dienst würde ein konkurrierendes und schwer eingrenzbare zusätzliches Angebot während der Praxisöffnungszeiten schaffen, welches weder für die Versorgung nötig noch wirtschaftlich oder personell umsetzbar ist. Die konkrete Ausgestaltung der notdienstlichen Akutversorgung sollte deshalb von den Partnern der Bundesmantelverträge übernommen werden. Hierdurch könnten Abgrenzungsprobleme zur Regelversorgung gelöst, hohe Vorhaltekosten reduziert und die Herausforderung der begrenzten Personalressourcen besser bewältigt werden. Ergänzend muss es eine verbesserte Erreichbarkeit der ambulanten Versorgung geben, indem die offenen Sprechstunden aufeinander abgestimmt werden.

Ersteinschätzung muss zu gleichen Ergebnissen kommen

Von Hilfesuchenden kann in einer akuten Notsituation nicht erwartet werden, dass die unterschiedlichen Versorgungswege bekannt sind. Die Einführung einer verpflichtenden Ersteinschätzung zur Ermittlung der Dringlichkeit und der richtigen Versorgungsebene in den neu einzurichtenden Akutleitstellen und integrierten Notfallzentren (INZ) ist daher sinnvoll. Jedoch sind bisher die Regelungskompetenzen für die Vorgaben zur Ersteinschätzung von Akutleitstellen und INZ im Gesetzentwurf unterschiedlich ausgestaltet. Während die KBV die

Vorgaben für die Ersteinschätzung in den Akutleitstellen bestimmt, soll der G-BA diese ausschließlich für die INZ festlegen. Wichtig ist, dass diese Trennung aufgelöst wird und der G-BA einen gemeinsamen Auftrag für eine Richtlinie zur Ersteinschätzung im Akutfall erhält, welcher auch die Ersteinschätzung in den Akutleitstellen umfasst. Somit wird sichergestellt, dass Hilfesuchende die gleiche Einschätzung des Versorgungsbedarfs an den unterschiedlichen Kontaktpunkten erhalten. Dieses Instrument zur Ersteinschätzung sollte perspektivisch auch von den Rettungsleitstellen genutzt und im Rahmen der Einführung eines Primärversorgungssystems erweitert werden.

Integrierte Notfallzentren in Krankenhäusern als zentraler Baustein der Reform

Es ist zu begrüßen, dass integrierte Notfallzentren (INZ) bestehend aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und einer Ersteinschätzungsstelle einzurichten sind. Es wird eine zentrale Anlaufstelle benötigt, die medizinisch sachgerecht und neutral über den weiteren Versorgungsweg entscheidet. Die Entscheidung zur Einrichtung der INZ über die erweiterten Landesausschüsse ist, verbunden mit dem doppelten Stimmgewicht der Krankenkassen, der richtige Weg.

Mehr Mut braucht es bei einheitlichen Standards für die Ausgestaltung der INZ. Die zentralen Vorgaben müssen bundeseinheitlich festgelegt werden, um eine gleichwertige Versorgungsqualität sicherzustellen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist hierfür das geeignete Gremium. Grundsätzlich begrüßt wird die Klarstellung, dass die KVen in den INZ die notdienstliche Akutversorgung sicherstellen sollen. Jedoch gehen die Regelungen im Gesetzentwurf zu weit und schaffen im Vergleich zum aktuellen Referentenentwurf des BMG eine noch weitreichendere Konkurrenz zur vertragsärztlichen Versorgung: Hierzu zählen die langen täglichen Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxen von 10 - 22 Uhr, die auch reguläre Sprechzeiten der Vertragsarztpraxen umfassen oder die verpflichtende Einrichtung von KV-Notdienstpraxen auch an Krankenhäusern, an denen eine vergleichbare Versorgung auch durch ein MVZ oder eine Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Nähe der Notaufnahme erfolgen könnte.

Die Steuerung von Patientinnen und Patienten ist nicht zu Ende gedacht

Die Regelungen im Gesetzentwurf werden nicht dazu führen, dass die Notaufnahmen der Krankenhäuser wirksam entlastet werden. Zum einen können Krankenhausstandorte ohne INZ weiterhin ambulante Notfallversorgung durchführen. Zum anderen können die Hilfesuchenden, die sich in einem INZ vorstellen, nur innerhalb des INZ versorgt werden. Die direkte Weiterleitung in die reguläre vertragsärztliche Versorgung nach der Ersteinschätzung ist nicht vorgesehen und muss zwingend ermöglicht werden. Zielführend wäre es, wenn es im Rahmen der Ersteinschätzung möglich ist, Termine für Hilfesuchende über die TSS in die vertragsärztliche Versorgung zu buchen. Dies würde ein größeres Potenzial an Terminoptionen ermöglichen und das System insgesamt stärker entlasten.

Die Entlastung der Krankenhäuser könnte noch aus einem weiteren Grund geringer ausfallen als erhofft. Denn mit der Etablierung von INZ-Standorten mit 24-stündiger Öffnungszeit werden sich viele Hilfesuchende, die bisher zu den Praxisöffnungszeiten in der vertragsärztlichen Regelversorgung versorgt wurden, direkt an die INZ wenden. Dieser Sogeffekt durch die Umgehungsmöglichkeit der vertragsärztlichen Versorgung kann zu einer noch stärkeren Überlastung der notdienstlichen Strukturen in den Krankenhäusern führen und ist unbedingt durch Zugangs- und Steuerungsinstrumente bei der Ersteinschätzung zu verhindern.

Finanzierbarkeit ernst nehmen

Die im Gesetzentwurf beschriebenen Einsparungen sind durch die Notfallreform allein nicht erzielbar. Insofern sind die hohen Einsparpotenziale von zukünftig bis zu 5 Mrd. Euro jährlich nicht seriös beziffert. Beispielsweise wird angenommen, dass durch die Vermeidung von (kurzstationären) Krankenhausaufenthalten Einsparungen von bis zu 4 Mrd. Euro erzielt werden könnten. Bisher führt die anhaltende Abnahme der Fallzahlen im Krankenhaus jedoch nicht zur finanziellen Entlastung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Krankenhäuser behandelten zuletzt zwar durchschnittlich rund 10 Prozent weniger Fälle als im Jahr 2019, trotzdem ist der Anstieg der Krankenhausausgaben ungebrochen. So zeigen die veröffentlichten GKV-Finanzdaten für das erste Halbjahr 2025 einen weiteren Anstieg der Krankenhausausgaben um 9,6 Prozent (+ 4,8 Mrd. Euro). Die aufgezeigten Einsparpotentiale können nur erreicht werden, wenn eine Reform die weiteren Gesetzesvorhaben wie das KHAG oder das Primärversorgungssystem umfassend einbezieht. Nur mithilfe einer wirksamen Krankenhausreform, die einerseits stationäre Überkapazitäten gezielt und qualitätsorientiert abbaut und andererseits mit einer Weiterentwicklung bei den ambulanten Versorgungsstrukturen die Sektorengrenzen überwindet, kann die Notfallreform tatsächlich gelingen. Einsparungen sind in diesem Bereich erst zu erwarten, wenn die Patientensteuerung tatsächlich effizienter wird und die Vorhaltestrukturen entsprechend verschlankt sind. Das heißt konkret, dass Standorte von INZ weit überwiegend dann auch mittelfristig für die Versorgung benötigten Krankenhäusern entstehen sollten. Die besonderen Herausforderungen des ländlichen Raums sind dabei zu beachten.

Völlig unrealistisch sind die im Gesetzentwurf genannten Einsparungen für den Rettungsdienst. Selbst wenn die engere Kooperation von Rettungsleitstellen mit den KV-Akutleitstellen sehr zügig etabliert und ein sukzessiv steigender Anteil der Versorgung in den ambulanten Bereich verlagert würde, führt dies nicht ohne weiteres und unmittelbar zu entsprechenden Einsparungen. Im Rettungsdienst wird insbesondere die Vorhaltung vergütet; weniger Einsätze führen allenfalls zu marginalen Kostensenkungen. Einsparungen sind allenfalls mittelfristig zu erwarten und nur dann, nachdem Einsatzkapazitäten abgebaut und Rettungsleitstellen zusammengelegt werden konnten. Zwischenzeitlich ist eher mit weiteren Transformationskosten zu rechnen. Mit der Vorgabe, für Krankenfahrten landesweit einheitliche Preisvereinbarungen zu schließen, werden zudem Wettbewerbselemente abgebaut und höhere Preise etabliert. Zudem werden mit der Übertragung des Zuzahlungseinzugs im Taxibereich auf die GKV neue Bürokratiekosten geschaffen.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
Artikel 1	
Artikel 1 Nr. 1 Krankenbehandlung Der GKV-Leistungsrahmen wird auf der Überschriftenebene um die medizinische Notfallrettung ergänzt.	Die Regelung ist sachgerecht.
Artikel 1 Nr. 2 Neufassung § 30 Medizinische Notfallrettung Abs. 1: Versicherte haben Anspruch auf medizinische Notfallrettung, wenn ein rettungsdienstlicher Notfall vorliegt, d.h. wenn der Versicherte aus ex ante Sicht in unmittelbarer Lebensgefahr ist oder eine Verschlechterung seines Zustands droht. Für einen Anspruch auf Leistungen des Notfallmanagements reicht der Verdacht aus, dass der Versicherte Bedarf an Leistungen der notfallmed. Versorgung oder der notdienstlichen Akutversorgung hat.	Den Anspruch auf medizinische Notfallrettung dezidiert als eigenständige Leistung im SGB V zu verankern, ist zu begrüßen. Bisher regelt das SGB V den Transport von Patienten nur als Annexleistung, als ergänzende „Fahrtkosten“, die ggf. in Zusammenhang mit einer anderen Leistung übernommen werden. Dass jetzt die notfallmedizinische Versorgung, die durchaus auch vor Ort und durch Nicht-Ärzte erfolgen kann, in den Vordergrund gerückt wird, entspricht der Professionalisierung der im Rettungsdienst Tätigen und ist seit langem überfällig.
Abs. 2: Definition der medizinischen Notfallrettung, die das Notfallmanagement, die notfallmedizinische Versorgung, den Transport und die spezielle ambulante Notfallversorgung umfasst. Die Entscheidung des Gesundheitsleitsystems nach § 133a (Notfallreform) gilt als Nachweis der Indikation/Verordnung, wodurch die oftmals nachträgliche Verordnung entfällt.	Das in der Notfallreform adressierte Gesundheitsleitsystem (§ 133a) wird als Anknüpfungspunkt für die rettungsdienstliche Reform genutzt. Dies ist sachgerecht und zu begrüßen. Besonders hervorzuheben ist, dass das Notfallmanagement ausdrücklich als erster Baustein der Notfallrettung genannt wird, betont die Wichtigkeit der Steuerung des Patienten.
Abs. 3: Definition des Notfallmanagements: umfasst die Entgegennahme des Hilfersuchens auf Grundlage einer softwaregestützten standardisierten Notrufabfrage, die Vermittlung der Hilfe, die telef. oder telemed. Notfallberatung und die tel. Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen inkl. der auf digitalen Apps basierenden Entsendung von Ersthelfern. Es umfasst auch die digitale Fallübergabe zw. RD, Leistungserbringern der KV und INZ.	Es ist sehr zu begrüßen, dass hilfesuchenden Patienten zukünftig nicht nur mit der Entsendung von Rettungsmitteln, sondern auch durch andere situationsangemessene, standardisierte Hilfevermittlung geholfen werden soll. Dies kann helfen, die Notfallambulanzen zu entlasten. Ebenfalls zu begrüßen ist die verpflichtende digitale Fallübergabe.
Abs. 4: Definition der notfallmedizinischen Versorgung: umfasst die erforderliche Versorgung vor Ort durch ärztl. und nichtärztl. Personal, auch telemedizinisch; kann auch durch amb. Versorgungsangebote erfolgen, sofern landesrechtlich vorgesehen und vorhanden.	Es ist zu begrüßen, dass ausdrücklich auch nichtärztliches Personal und Telemedizin eingesetzt werden kann.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
Abs. 5: Definition des Notfalltransports: umfasst den erforderlichen boden- und luftgebundenen Transport in die nächste geeignete Einrichtung oder die zwingend erforderliche Verlegung in eine andere Einrichtung sowie die notfallmed. Versorgung während des Transports.	Die Transportaufgabe des Rettungsdienstes war bisher ähnlich in § 60 Fahrkosten geregelt. Durch die Einbindung in den neuen § 30 wird sein Stellenwert im Rahmen der Versorgungskette gestärkt.
Abs. 6: Definition der speziellen ambulanten Notfallversorgung (SANV): umfasst spezielle Versorgungsangebote wie notfallpflegerische Leistungen, psychische Notfallhilfen und Hilfen für außerklinische Geburtshilfe. Diese Leistungen sind durch die für das Notfallmanagement zuständigen Stellen zu vermitteln.	Die Etablierung weiterer spezieller ambulanter Angebote (SANV) als eigener Bestandteil der medizinischen Notfallrettung wird abgelehnt. Hier besteht die Gefahr, dass sich ein neuer Leistungsbereich mit Doppelstrukturen entwickelt, der zu erheblichen Mehrausgaben für die GKV führen würde.
Abs. 7: regelt die Zuzahlung der Versicherten	Die Regelung ist sachgerecht, sie entspricht der bisherigen Zuzahlungsregelung.
Artikel 1 Nr. 3 Neufassung § 60 Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten § 60 Abs. 1: Festschreibung des Anspruchs der Versicherten auf Übernahme der Kosten für Krankentransporte und Krankenfahrten. § 60 Abs. 2: Definition des Leistungsanspruchs bei Fahrten zur stationären Behandlung und bei Verlegungen. Der Anspruch wird auf Abverlegungen in Krankenhäuser niedriger Versorgungsstufe ergänzt. Anträge auf Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus sind von der Krankenkasse innerhalb von 24 Std. zu entscheiden.	Die Regelung ist sachgerecht. Der § wird klarer gegliedert, dabei wird der Inhalt der Leistung in den Vordergrund gestellt. Erstmals werden Krankentransportflüge ausdrücklich erwähnt. Maßgeblich bleibt weiterhin die Erforderlichkeit aus zwingenden medizinischen Gründen. Die Regelung entspricht bis auf die neu eingeführte Abwärtsverlegung in ein Krankenhaus niedriger Versorgungsstufe der aktuellen Rechtslage. Die zur Auslastungssteuerung mögliche Abwärtsverlegung ist kritisch zu sehen, sie kann von breit aufgestellten Krankenhausträgern zur Erlösoptimierung eingesetzt werden und zur erheblichen Fahrkostenmehrung bei den Krankenkassen führen. Die Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus ist nicht so dringlich, dass eine 24 Std. Entscheidungsfrist gerechtfertigt wäre. Diese wird abgelehnt.
§ 60 Abs. 3: Definition der Krankentransporte	Die Regelung ist sachgerecht. Sie entspricht der Krankentransport-Richtlinie des G-BA.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
	Die Regelungen werden auch auf Krankentransportflüge ausgeweitet.
§ 60 Abs. 4: Definition der Krankenfahrten	Die Regelung ist sachgerecht. Sie entspricht der Krankentransport-Richtlinie des G-BA.
§ 60 Abs. 5: Regelungen zur Höhe der übernommenen Kosten und zu den anerkannten Kosten (ÖPNV, Taxi, privater PKW)	Die Regelung ist sachgerecht, entspricht der aktuellen Rechtslage.
§ 60 Abs. 6: Regelung zur Kostenübernahme durch die Kassen	Die Regelung ist sachgerecht, entspricht der aktuellen Rechtslage.
§ 60 Abs. 7: keine Kostenübernahme für Rücktransport in das Inland	Die Regelung ist sachgerecht, entspricht der aktuellen Rechtslage.
§ 60 Abs. 8: Regelung zur Übernahme der Kosten im Zusammenhang mit med. Rehabilitation	Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt. Sie entspricht der aktuellen Rechtslage.
§ 60 Abs. 9: Definition der Krankentransportflüge	Krankentransportflüge werden analog Krankentransporten definiert. Dies ist sachgerecht.
Artikel 1 Nr.6 Inhalt und Umfang der Sicherstellung § 75 Abs. 1a Trennung von Terminservicestelle und Akutleitstelle; Reduzierung der telefonischen Erreichbarkeit auf „Werktags“. Die Leistungen der Terminservicestellen sind auch durch Kooperationen mit digitalen Dolmetscherdiensten in den wichtigsten Sprachen und in Gebärdensprache anzubieten.	Der Ausbau der Terminservicestellen (TSS) wird ausdrücklich begrüßt. Insbesondere im Hinblick auf die geplante Einführung eines Primärversorgungssystems können die Terminservicestellen maßgeblich zu einem verbesserten Zugang zur Versorgung beitragen. Eine 24/7-telefonische Erreichbarkeit der Terminservicestellen wäre zwar unsachgemäß, jedoch sollte die Vorgabe dennoch konkreter gefasst werden als nur „an Werktagen“. Denkbar wäre beispielsweise eine Erreichbarkeit von 6 - 21 Uhr. Eine verpflichtende Integration digitaler Dolmetscherdienste in den wichtigsten Sprachen zur Sicherstellung eines barrierefreien Zugangs zu Hilfsangeboten ist abzulehnen; insbesondere mit Blick auf die offene Finanzierungsregelung. Integration stellt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, die auch gesamtgesellschaftlich aus Steuermitteln zu finanzieren ist.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
§ 75 Abs. 1b Der Sicherstellungsauftrag der KVen wird dahingehend konkretisiert, dass sie eine notdienstliche (Erst)Versorgung 24/7 sicherzustellen zu haben. Dies beinhaltet auch die unverzügliche Behandlung aus medizinischen Gründen und je nach medizinischer Erfordernis die fallabschließende Behandlung. Hiervon umfasst sind die Feststellung einer AU, die Verordnung von Arzneimitteln, Krankentransporten und Apothekenbotendiensten. Sicherzustellen ist die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch eine verpflichtende Beteiligung an Integrierte Notfallzentren (INZ) sowie durch ein 24/7 telemedizinisches und ein aufsuchendes Versorgungsangebot. Besondere Bedarfe in der Notfallbehandlung psychisch erkrankter Menschen und der Intervention bei psychischen Krisen sind zu berücksichtigen. Für den aufsuchenden Dienst kann qualifiziertes nichtärztliches Personal unter ärztlicher Anordnung und Verantwortung eingesetzt werden.	ren ist. Die Übertragung ganz wesentlicher Finanzierungslasten auf die Träger der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ist nicht sachgerecht und zugleich mit hohen Ausgabenrisiken verbunden. Der AOK-BV begrüßt die Bestrebungen durch eine Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags, die ambulante notdienstliche Akutversorgung zu verbessern. Jedoch sind die im Gesetzesentwurf dargestellten Elemente der Versorgung zu weitreichend. Die „notdienstliche Akutversorgung“ sollte sich auf Grund des Wirtschaftlichkeitsgebotes nur auf die kurzfristig erforderlichen Maßnahmen von Fällen beschränken, bei denen eine schnellstmögliche Behandlung erforderlich ist. Hierzu gehören auch die Feststellung einer AU und Verordnungen nur für kurzfristig benötigte Arzneimittel und keine Apothekenbotendienste. Parallelstrukturen und doppelte Ausgaben müssen vermieden und der Vorrang der Versorgung von Vertragsärzt/-innen und MVZ stärker betont werden. Deshalb sollten für den zeitlichen Umfang des telemedizinischen Angebotes und des aufsuchenden Dienstes Regelungen durch die Partner der Bundesmantelverträge getroffen werden. Hierdurch können Abgrenzungsprobleme zur Regelversorgung gelöst, hohe Vorhaltekosten reduziert und die Herausforderung der begrenzten Personalressource besser bewältigt werden. Ein 24/7-Angebot für den aufsuchenden Dienst ist flächendeckend weder für die Versorgung nötig noch wirtschaftlich oder personell umsetzbar. Vom Sicherstellungsauftrag ist auch die Versorgung psychisch erkrankter Menschen umfasst und damit auch die notdienstliche Akutversorgung in diesem Bereich. Gemäß § 17 Abs. 1c BMV-Ä müssen psychiatrisch tätige Fachärztinnen

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
	und Fachärzte fünf offene Sprechstunden pro Woche ohne Terminvergabe zur Verfügung stellen, in denen Betroffenen mit akuten Gesundheitsproblemen vorstellig werden können. Eine Teilnahme von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten an der notdienstlichen Akutversorgung wird kritisch gesehen, da keine medizinischen und psychopharmakologischen Kompetenzen vorliegen. Vor diesem Hintergrund wird kein Regelungsbedarf gesehen. Positiv zu bewerten ist, dass für den aufsuchenden Dienst auch weitere Gesundheitsprofessionen mit eingebunden werden können. Die Begrenzung auf „unter ärztlicher Anordnung und Verantwortung“ ist aufgrund anderer gesetzlicher Regelungen (siehe BEEP) nicht notwendig und führt dazu, dass die Lösung hinter dem Potential zurückbleibt.
§ 75 Abs. 1c Die KVen haben zusätzlich zur TSS eine Akutleitstelle einzurichten. Diese soll 24 Stunden täglich erreichbar sein. Grundlage der Vermittlung stellt ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren auf Grundlage einer KBV-Richtlinie dar.	Die Verpflichtung zum Aufbau von Akutleitstellen durch die KVen wird begrüßt. Wichtig für die Ersteinschätzung ist, dass es zukünftig ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument gemeinsam für die Akutleitstellen und für die INZ gibt. Dieses muss manipulationsresistent sein. So ist sichergestellt, dass die Behandlungsdringlichkeit und die richtige Versorgungsebenen überall übereinstimmend festgestellt werden. Hierzu soll die G-BA Richtlinie in § 123c Abs. 2 Festlegungen treffen, die dann für die Ersteinschätzung in Akutleitstellen und den INZ gleichermaßen gelten. Bis zum Inkrafttreten der Richtlinie nach § 123c erfolgt die Ersteinschätzung in der Akutleitstelle übergangsweise nach den bestehenden Kriterien der KBV-Richtlinie. Es ist zu begrüßen, dass verbindliche Erreichbarkeitsvorgaben für die Akutleitstelle gemacht werden. Die Einhaltung der

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
	enthaltenden verbindlichen Erreichbarkeitsvorgaben ist eine essenzielle Voraussetzung für eine gelingende Vernetzung zwischen Akutleitstelle und Rettungsleitstelle. Mit der Einhaltung dieser Zeiten kann darüber hinaus verhindert werden, dass Hilfesuchende sich an andere, nicht zuständige Strukturen wenden. Akutleitstellen und Terminservicestellen stellen eine tragfähige Grundlage dar, die vor dem Hintergrund der Einführung eines Primärversorgungssystems perspektivisch funktional erweitert und konsequent auf die Primärversorgung ausgerichtet werden sollten. Durch die Verknüpfung von Erstein-schätzung und Terminvermittlung können diese Strukturen maßgeblich zu einem bedarfsgerechteren Zugang zur Versorgung beitragen. Bei der Ausgestaltung der Akutleitstellen sollten die Krankenkassen beteiligt werden.
§75 Abs. 1d Die KVen sind befugt, personenbezogene Daten der Anrufenden zur Erfüllung Ihrer Aufkommen zu verarbeiten und für die Dauer von 10 Jahren zu speichern.	Die Regelung ist sachgerecht.
§75 Abs. 1f Die KZV haben bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten sowie barrierefreie Zugangsmöglichkeiten zu informieren.	Die Regelung wird begrüßt.
Artikel 1 Nr.10 §90 Landesausschüsse Die Norm zum erweiterten Landesausschuss wird in einem neuen Absatz 4a verortet. Der erweiterte Landesausschuss nimmt nun zusätzlich seine Aufgaben zur Standortbestimmung von INZs und KINZs wahr.	Die Normierung des erweiterten Landesausschusses unter § 90 Abs. 4a SGB V wird begrüßt. Die erweiterten Landesausschüsse sind grundsätzlich ein geeignetes Gremium, um die Aufgaben nach § 123, § 123a und § 123b SGB V wahrzunehmen. Die Kriterien für die Standortfestlegung und für die Festlegung geeigneter Planungsregionen sollen durch den G-BA bundesweit einheitlich festgelegt werden. Die Neuregelung

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
	zum Stimmrecht für die Vertreter der Leistungserbringer im Rettungsdienst wird abgelehnt. Die Fachempfehlungen haben unmittelbare Auswirkungen auf die Leistungserbringer. Stattdessen sollten Vertreter des Rettungsdienstes von den zuständigen obersten Landesbehörden benannt und von den erweiterten Landesausschüssen bei den Aufgaben der Standortbestimmung von INZs und KINZs angehört werden.
Artikel 1 Nr. 11 § 90a Gemeinsames Landesgremium Das Gemeinsame Landesgremium wird um den Rettungsdienst als weiteren Vertreter ergänzt.	Die Regelung ist sachgerecht.
Artikel 1 Nr. 13 § 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung Aus der bisherigen Kann-Bestimmung zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes wird eine Verpflichtung der Vereinbarung durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) und Landesverbände der Krankenkassen / Ersatzkassen, die paritätisch finanziert wird. Diese wird auf die entsprechende Neuregelung des Notdienstes ausgeweitet. Eine Konkretisierung der Höhe ist damit nicht verbunden. Die private Krankenversicherung muss einbezogen werden, um eine Beteiligung zu vereinbaren. Zusätzlich finden sich weitere Detailbestimmungen wie die Vorlage einer Kalkulation etc.	Die vorgeschlagene Regelung wird insgesamt kritisch gesehen. Die angestrebte Regelung hat inhaltliche Mängel, die abzulehnen sind. Beispielsweise ist die Verpflichtung zur Vereinbarung nicht notwendig. Tatsächlich findet schon heute eine Förderung der Strukturen des Notdienstes durch die Vereinbarungspartner statt. Auch die Beteiligung der PKV ist in der Höhe nicht klar geregelt, so dass von einer nicht sachgerechten Beteiligung auszugehen ist. Die Gesetzesinitiative sieht in der Norm ein Einbeziehen der privaten Krankenversicherungsunternehmen vor, um eine Beteiligung zu vereinbaren. Das läuft schon in der Hinsicht fehl, als dass es sich hierbei eine Vielzahl von Unternehmen (ca. 47) handelt. Richtigerweise hätte hier der entsprechende Verband genannt werden müssen, der im darauf folgenden Satz adressiert wird. Richtig ist die paritätische Finanzierung zwischen KVen und Krankenkassen bzw. Kostenträgern. Gleichzeitig muss eine Belastung der Kostenträger über Gebühr verhindert werden. Die Ausgaben für die GKV sind daher in Analogie zu § 105 Abs. 1a SGB V auf einen sehr geringen Maximalbetrag der nach § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V vereinbarten morbiditätsbedingten

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
	Gesamtvergütung zu beschränken. Darüberhinausgehende Mittel sind ausschließlich durch die KVen zu finanzieren.
Artikel 1 Nr. 14 § 115a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus Die Behandlung ist auch bei Zuweisung der Versicherten durch den Rettungsdienst zulässig, wenn das Krankenhaus über ein Integriertes Notfallzentrum nach § 123 verfügt.	Die Regelung ist sachgerecht.
Artikel 1 Nr. 15 § 115e Tagesstationäre Behandlung Kein Anspruch auf Fahrtkostenübernahme ab Aufnahme im Krankenhaus	Die Regelung ist sachgerecht: Zustimmung. Die Kostenübernahme für Fahrten während einer tagesstationären Behandlung (§ 115e SGB V) ist weiterhin grundsätzlich ausgeschlossen; die bereits bestehende Ausnahmeregelung gilt weiter. Die Kostenübernahme für Rettungsfahrten wird klargestellt.
Artikel 1 Nr. 17 § 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen b) § 120 Abs. 3b SGB V wird aufgehoben	Der bisherige Auftrag an den G-BA zur Erstellung einer Richtlinie, die Vorgaben zur Durchführung einer Ersteinschätzung von Patienten macht, wird an dieser Stelle aufgehoben und im § 123 Abs. 3 neu formuliert. Die Regelung ist sachgerecht.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
Artikel 1 Nr. 18 § 123 „Integrierte Notfallzentren“ Abs. 1: INZ bestehen aus der ZNA, einer Notdienstpraxis in räumlicher Integration mit der ZNA und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle. Die fachliche Leitung und Verantwortung liegen i.d.R. beim Krankenhaus. Die KV stellt die notdienstliche Akutversorgung sicher. KHs, die ein INZ-Standort sind, sind zur Kooperation mit der KV verpflichtet. Innerhalb des INZ erfolgt eine digitale Fallübergabe mit Schnittstelle zur digitalen Fallübergabe der KBV.	Die hier dargestellte Lösung muss erst noch den Nachweis erbringen, dass sie die Anzahl der stationären Aufnahmen signifikant senkt (OECD-Durchschnitt als Orientierung), da die Verantwortung für die Ersteinschätzung bei den Krankenhäusern liegt. Soweit dieses Ziel nicht erreicht wird, muss eine Nachsteuerung erfolgen. Zu prüfen wäre dann, ob INZ als eigenständige Versorgungsstruktur dazu geeignet sind, bestehende Sektor-Interessen nachhaltig im Sinne einer Effizienzsteigerung zu modifizieren. Die Einführung einer verpflichtenden digitalen Fallübergabe wird begrüßt. Um den Aufbau von Doppelstrukturen zu vermeiden, sollte von der verpflichtenden Einrichtung einer Notdienstpraxis abgesehen werden können, sofern die notdienstliche Akutversorgung zu den in § 123a Abs. 2 genannten Zeiten durch eine in unmittelbar räumlicher Nähe zur Notaufnahme des Krankenhauses befindlicher Vertragsarztpraxis oder MVZ erbracht werden kann.
Abs. 2: Patienten, die selbständig in das INZ kommen, werden in Ersteinschätzungsstelle hinsichtlich Behandlungsdringlichkeit und geeigneter Versorgungsebene innerhalb des INZ. Die Ersteinschätzung kann durch Delegation erbracht werden. G-BA bestimmt Zeitpunkt, zu dem ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument verwendet werden muss. Für Patienten, die ambulant weiterversorgt werden müssen, muss verpflichtend ein Termin über die Terminservicestelle gebucht werden. Die medizinische Verantwortung geht dann in die vertragsärztliche Versorgung über. Wird kein Termin gebucht, verbleibt die med. Verantwortung beim KH. Patienten, die über die telefonische Vermittlung der Akutleitstelle in das INZ kommen, werden bei gleicher Dringlichkeit bevorzugt behandelt. Der Bundesmantelvertrag regelt das Nähere zum Nachweis der Vermittlung.	Es wird begrüßt, dass eine standardisierte digitale Ersteinschätzung vorgesehen wird. Die vorliegenden Regelungen zur Weiterleitung sind allerdings wenig zielführend: Eine Weiterleitung bei sofortigen Behandlungserfordernis soll nur innerhalb des INZ erfolgen. Auch sollen alle anderen Hilfesuchende mit Behandlungsbedarf nicht direkt in die vertragsärztliche Versorgung weitergeleitet werden können, sondern erst einem Arzt innerhalb des INZs vorgestellt werden. Ist die Notdienstpraxis innerhalb des INZs geschlossen, wird faktisch jeder Hilfesuchende weiterhin in der Notaufnahme versorgt.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
	Um die Notaufnahmen der Krankenhäuser wirksam zu entlasten, muss für Versicherte, bei denen in der Ersteinschätzung kein akuter Behandlungsbedarf festgestellt wurde, auch ohne Behandlung im INZ direkt in die ambulante Regelversorgung über die TSS weitergeleitet werden können. Andernfalls werden sich mit der Etablierung von INZ-Standorten mit 24-stündiger Öffnungszeiten sich viele Hilfesuchende, die bisher zu den Praxisöffnungszeiten in der vertragsärztlichen Regelversorgung versorgt wurden, direkt an die INZs wenden. Dieser Sogeffekt durch die Umgehungsmöglichkeit der vertragsärztlichen Versorgung kann zu einer noch stärkeren Überlastung der notdienstlichen Strukturen in den Krankenhäusern führen und ist unbedingt durch die dargestellten Zugangs- und Steuerungsinstrumente bei der Ersteinschätzung zu verhindern. Die geplante Bevorzugung von Patienten, die über die Akutleitstelle in das INZ kommen, setzt den Anreiz, dass die Patienten die Angebote der Akutleitstelle stärker nutzen und wird daher begrüßt. Ziel ist, dass Hilfesuchende bereits vor Aufsuchen des INZ in die richtige Versorgungsebene gesteuert werden.
Abs. 3: Der G-BA legt innerhalb von 6 Monaten in einer Richtlinie Vorgaben an ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument, Vorgaben zum Nachweis der Einhaltung dieser Anforderungen, Vorgaben zum Inhalt des Nachweises der Ersteinschätzungsstelle, Mindestanforderungen an sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen und der Ersteinschätzungsstelle inkl. Mindestanforderungen an die Qualifikation des Personals sowie einen Katalog von Mindestanforderungen an die Standortauswahl für INZ und KINZ fest. Zudem macht er Vorgaben zur Kontrolle dieser Vorgaben.	Die Regelung, dass der G-BA innerhalb von sechs Monaten Vorgaben zum Ersteinschätzungsinstrument entwickelt, wird begrüßt. Darüber wird sichergestellt, dass bundesweit ein einheitliches, validiertes und sicheres Ersteinschätzungsinstrument zum Einsatz kommt. Positiv zu werten ist ebenfalls, dass mit dem Vorliegen eines Ersteinschätzungsinstruments auf dem Markt, das den G-BA Vorgaben entspricht, die Vergütung der Ersteinschätzung an die Verwendung dieses Instruments inkl. des Verwendungsnachweises geknüpft ist.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
Vergütet wird die Ersteinschätzung perspektivisch nur, wenn der Nachweis durch die Ersteinschätzungsstelle hinsichtlich der Verwendung eines Verfahrens nach G-BA-Vorgaben erbracht wird. G-BA berichtet dem BMG über Auswirkungen der RL bis zum 31.12.2026.	Nur so kann sichergestellt werden, dass eine bundesweite Nutzung in den INZ tatsächlich erfolgt. Die Regelung, dass der G-BA darüber hinaus auch die sächliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen und der Ersteinschätzungsstellen festlegt und Vorgaben zum Nachweis und zur Kontrolle der Einhaltung dieser Mindestanforderungen macht, wird im Sinne der Patientensicherheit und der Sicherung der Versorgungsqualität begrüßt. Allerdings sollten auch Sanktionsmechanismen festgelegt werden für den Fall, dass die Anforderungen nicht eingehalten werden. Es wird begrüßt, dass der G-BA Anforderungen an die Standortauswahl festlegen soll. Diese sollten noch um Strukturanforderungen ergänzt werden. Das Datum für die Auswirkungenanalyse des G-BA sollte um ein Jahr nach hinten verschoben werden auf den 31.12.2028, da die Auswirkungen auf die Versorgung in den Daten nicht so schnell sichtbar werden.
Abs. 4: Der Bewertungsausschuss beschließt die Anpassungen an die Vergütung der Ersteinschätzung als Einzelleistung unabhängig von der Weiterbehandlung.	Die Verpflichtung des Ergänzten Bewertungsausschuss zur Festlegung der Vergütung der Ersteinschätzung ist sachgerecht. Kritisch anzumerken ist, dass im ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss ein ungleiches Stimmengewicht zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen besteht.
Abs. 5: INZ müssen psychiatrische und psychosomatische Behandlungskompetenz sicherstellen ggf. durch ein externes Fachkrankenhaus durch telemedizinische oder telefonische Konsile. Krisendienste sollten, wenn möglich, einbezogen werden.	Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Die konkrete Ausgestaltung obliegt dem GBA in der Richtlinie. In Kliniken ohne eigene psychiatrische Fachabteilung wird darüber bei Bedarf eine psychiatrische Mitbehandlung sichergestellt und so die Versorgungsqualität verbessert. Die Konsile sollten jedoch nicht nur durch externe psychiatrische Fachkliniken erfolgen, sondern auch durch externe psychiatrische Fachabteilungen, die rund 50 % der Versorgung sicherstellen. Eine Einbindung

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
	psychologischer Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten wird abgelehnt, da keine medizinischen und psychopharmakologischen Kompetenzen vorliegen.
Abs. 6: INZ gewährleisten die Behandlung von Kindern und Jugendlichen durch telemed. oder telefonische Konsile, wenn am Standort kein INZ für Kinder und Jugendliche vorhanden ist. Der erweiterte Landesausschuss bestimmt die Konzeption und Koordinierung dieser telemedizinischen Konsile.	Die Regelung wird begrüßt Eine Bestimmung auf Landesebene ist sachgerecht. Auf Landesebene gibt es sehr unterschiedliche Strukturen und Versorgungsangebote im Kinder- und Jugendbereich. Die konzeptionelle Ausgestaltung und die telemedizinische Anbindung können so die landesspezifischen Besonderheiten berücksichtigen.
Abs. 7: Die KVen berichten den obersten Landesbehörden jährlich über die Versorgung in den INZ. Die KBV berichtet jährlich dem BMG.	Die Regelung ist sachgerecht.
Abs. 8: Ambulante Leistungen zur Behandlung von Notfällen im KH werden ab Gültigkeit des Ersteinschätzungsinstruments nur noch vergütet, wenn das Instrument genutzt wurde und ein dringlicher Behandlungsbedarf festgestellt wurde oder wenn eine Weiterleitung in eine Notdienstpraxis nicht möglich ist. In den anderen Fällen müssen KHs mit ZNA die Patienten gemäß Ergebnis der Ersteinschätzung in die nächstgelegene Notdienstpraxis oder in den ambulanten Bereich weiterleiten. Andernfalls ist die Vergütung um 50 % zu kürzen.	Die beabsichtigte regelhafte Einbindung von Krankenhäusern ohne INZ in die ambulante Notfallversorgung wird kritisch gesehen. INZs sollen als zentrale Anlaufstelle der Notfallversorgung anhand einheitlicher Kriterien an geeigneten Krankenhausstandorten durch die Erweiterten Landesausschüsse geplant werden. Damit sollen die INZs eine flächendeckende und bedarfsgerechte Notfallversorgung im Krankenhausbereich sicherstellen. Könnten Krankenhäuser ohne INZ zusätzlich regelhaft weiter versorgen, würde eine nicht bedarfsgerechte Parallelstruktur aufgebaut. Es muss deshalb sichergestellt werden, dass die Versorgung von Hilfesuchenden in Krankenhäusern ohne INZ nach der Ersteinschätzung die Ausnahme bleibt. Die Vorgaben des G-BA müssen entsprechend eng gefasst werden.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
Abs. 9: Alle KHs mit ZNA sind verpflichtet, Daten über die Behandlung der Versicherten in der ZNA an das AKTIN-Notaufnahmeregister zu melden.	Die Regelung wird begrüßt.
Artikel 1 Nr. 19 § 123a „Einrichtung von Integrierten Notfallzentren“ Abs. 1: Der erweiterte Landesausschuss bestimmt die Standorte der KHs, an denen INZ eingerichtet werden, auf Grundlage von geeigneten Planungsregionen. Bei der Bestimmung der Standorte ist das Einvernehmen mit den obersten Landesbehörden herzustellen. Voraussetzung ist, dass das KH mind. die Basisnotfallstufe hat. Kriterien für die Standortfestlegung sind die Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten für mind. 95% der Menschen in der Planungsregion, die Zahl der Menschen in der Planungsregion, die Erreichbarkeit mit dem ÖPNV und die Möglichkeit der Koop. mit VÄ und MVZ in der Nähe des KHs. KHs mit höherer Notfallstufe, höheren Fallzahlen und leistungsfähigerer Notaufnahme sowie relevanteren Fachabteilungen und Notdienstpraxen in der ZNA werden bevorzugt. Der erweiterte Landesausschuss kann auch Standorte bestimmen, die die Anforderungen nicht erfüllen, um die flächendeckende Versorgung sicherzustellen.	Die Einrichtung von INZ an dafür geeigneten Krankenhäusern wird begrüßt. Die Krankenhäuser sollten grundsätzlich mindestens die Kriterien der Basisnotfallstufe erfüllen. In weniger stark besiedelten Regionen kann ein INZ im Bedarfsfall aber auch ohne Krankenhausanbindung an zentralen Orten betrieben werden. Jedoch sollte nicht jedes Krankenhaus mit einer Notfallstufe nach § 136c Abs. 4 SGB V automatisch ein INZ aufbauen. Die Planung der Standorte muss sich am tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung orientieren. Die Kriterien zur Feststellung des Bedarfs sollten nicht im Gesetz festgelegt werden, sondern ausschließlich durch den G-BA in einer Notfall-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 16 SGB V. Die Kriterien müssen sich am Notfallstufenkonzept orientieren und Handlungsfreiräume für regionale Gestaltungsmöglichkeiten ermöglichen. Die Bevorzugung von Krankenhäusern mit einer höheren Notfallstufe und einer besseren Ausstattung bei der Standortauswahl wird im Hinblick auf die Qualität der Versorgung der Patienten begrüßt. Die Regelung, dass der erweiterte Landesausschuss auch Standorte bestimmen kann, die die Anforderungen nicht erfüllen, um die flächendeckende Versorgung sicherzustellen, ist sachgerecht.
Abs. 2: KHs und KV schließen innerhalb von 6 Monaten eine Kooperationsvereinbarung und richten ein gemeinsames Organisationsgremium ein. Geregelt werden die digitale Fallübergabe, die Ersteinschätzung, die Organisation und Besetzung der Ersteinschätzungsstelle, Räumlichkeiten, Nutzung der technischen Einrichtungen des KHs und Qualifikation und Fortbildung des Personals gemäß Mindestanforderungen der G-BA Richtlinie.	Der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen und die Durchführung eines gemeinsamen Qualitätsmanagements werden grundsätzlich begrüßt. Um allerdings eine einheitliche Ausgestaltung der INZ zu gewährleisten, sollten durch den G-BA entsprechende allgemeine Kriterien festgelegt werden, die bundesweit gelten. Der Umfang der festgelegten

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
Vorgaben zu Mindest- Öffnungszeiten der Notdienstpraxis: täglich von 10-22 Uhr Kürzere Öffnungszeiten können auf Grundlage empirischer Daten festgelegt werden.	Mindestöffnungszeiten ist deutlich zu hoch und wird abgelehnt. Um Doppelstrukturen zu vermeiden, sollten sich die Öffnungszeiten auf Wochenenden und Feiertage und Montag bis Freitag nach dem Ende der regulären vertragsärztlichen Sprechzeiten beschränken abhängig vom Patientenaufkommen. Bundeseinheitliche Kriterien für die Festlegung der Öffnungszeiten, welche das tatsächliche Patientenaufkommen berücksichtigen, sollten durch den G-BA festgelegt werden.
Abs. 3: Wenn die Kooperationsvereinbarung nicht zustande kommt, legt eine unabhängige Schiedsperson, die von den Vertragspartnern bestimmt wird, die Inhalte innerhalb von drei Monaten fest. Kann sich nicht auf eine Schiedsperson geeinigt werden, legt das Land die Schiedsperson innerhalb eines Monats fest.	Die Regelung ist sachgerecht.
Abs. 4: Bereits bestehende Notdienstpraxen sind in die INZ zu überführen.	Die Regelung ist sachgerecht.
Artikel 1 Nr. 19 § 123b „INZ für Kinder und Jugendliche“ Abs. 1: Der erweiterte Landesausschuss kann Standorte bestimmen, an denen INZ für Kinder und Jugendliche eingerichtet werden, erstmals zwölf Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes. Voraussetzungen sind, dass das KH die Kriterien des Moduls Notfallversorgung Kinder der Notfallstufen-RL einhält und keine Interessen des KHs entgegenstehen. Abs. 2: § 123 Absatz 1 bis 3 und 5 sowie § 123a Absatz 2 bis 4 gelten entsprechend.	Abs. 1: Die Regelung ist sachgerecht. Die Festlegung der Standorte sollte sich am tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung orientieren. Abs. 2: Die Regelung ist sachgerecht.
Artikel 1 Nr. 20 § 133 Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Krankentransporten, Krankentransportflügen und Krankenfahrten § 133 Abs. 1: Klarstellung, dass Leistungen nach § 30 ausschließlich durch Leistungserbringer erbracht werden, die nach Landesrecht dafür geplant	Die Regelung betont das Primat der Länder für die konkrete Ausgestaltung des Rettungsdienstes. Dies ist eine (nachvollziehbare) Konzession, um nach mehreren gescheiterten An-

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
und vorgesehen oder beauftragt sind. (Steuerungskompetenz bleibt beim Land!)	läufen angesichts der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz nunmehr überhaupt überregionale Strukturvorgaben zu etablieren.
§ 133 Abs. 2: Die Vergütung durch die Krankenkassen erfolgt wie bisher auf der Grundlage von Verträgen oder entsprechend der auf Länderseite festgesetzten Gebühren. Besondere Anforderungen eines Gesundheitsleitsystems (standardisierte Abfrage, gemeinsames Qualitätsmanagement) sind bei Vergütung von Rettungsleitstellen zusätzlich zu berücksichtigen. (Anreiz zur Vernetzung mit der Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigungen - § 133a SGB V s. Notfallreform) Transparente Kostendarlegung nach unterschiedlichen Leistungsbestandteilen gegenüber den Krankenkassen sind notwendig. Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung sind bei Festlegung der Vergütung zu berücksichtigen.	Hinsichtlich der Beziehungen zu den Leistungserbringern wird die Chance vertan, hier - anders als in anderen Leistungsbe-reichen längst erfolgreich umgesetzt - Vertragsbeziehungen zwischen den Beteiligten verbindlich vorzuschreiben. Bei der in einigen Bundesländern praktizierten einseitige Gebührenfestsetzung sind immer wieder Unwirtschaftlichkeiten zu Lasten der Beitragszahlergemeinschaft zu beobachten. Die Regelung wird daher abgelehnt. Einvernehmliche Lösungen über die Ausgestaltung und Finanzierung des Rettungsdienstes lassen sich besser im vertragspartnerschaftlichen Miteinander auf Augenhöhe finden. Bei der besonderen Vergütung für das Tätigwerden einer von 112 und 116 117 gemeinsam gebildeten Gesundheitsleitstelle ist darauf zu achten, dass es nicht zu Doppelzahlungen hinsichtlich des bereits ausfinanzierten KV-Bereitschaftsdienstes kommt.
§ 133 Abs. 3: Festlegung, dass die Versicherten unabhängig von der Form der Entgeltfestsetzung Anspruch auf medizinische Notfallrettung haben. Regelung der Voraussetzungen für die Festlegung von Festbeträgen	Die Regelung wird kritisch gesehen, da sie nur notwendig ist, weil die einseitige Gebührenfestsetzung durch den Aufgabenträger nicht unterbunden wird. Die zur Vermeidung der Ausfinanzierung von Unwirtschaftlichkeit durch GKV-Beiträge festgesetzten Festbeträge führen regelhaft zur Verunsicherungen und Friktionen in der Versorgung, welche vermieden werden könnten, wenn Vertragsprinzip verbindlich etabliert würden.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
	Ergänzend zu den bestehenden Möglichkeiten können Festbeträge auch festgesetzt werden, wenn die Gebührenberechnung nicht transparent dargelegt wurde oder die Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung unberücksichtigt lässt.
§ 133 Abs. 4: Festlegung, dass Krankenkassen oder ihre Landesverbände Verträge über die Vergütung der Krankenfahrten nach § 60 SGB V mit geeigneten Einrichtungen/Unternehmen unter Beachtung der Regelungen zur Beitragsstabilität schließen.	Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.
§ 133 Abs. 5: Das Landesrecht kann eine unmittelbare Abrechnung der Leistungserbringer mit den Krankenkassen vorsehen.	Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.
§ 133 Abs. 6: Vorgabe von Verfahrens-Richtlinien des GKV-SV zur Umsetzung der Vertragsgestaltung und von Festbeträgen.	Die Rolle des GKV-SV, Strukturvorgaben für Verträge und Festbeträge zu machen, wird gestärkt. Dies ist zu begrüßen.
Artikel 1 Nr. 21 Ergänzung §133a Gesundheitsleitsystem: §133a Abs. 1: § 133a regelt die Bildung von Gesundheitsleitsystemen durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen zwischen den Trägern der Rettungsleitstellen und den jeweils zuständigen KVen.	Die Einrichtung von Gesundheitsleitsystemen wird begrüßt. Die bessere Vernetzung zwischen Rettungsleitstellen und den KV-Akutleitstellen mit telefonischer Weiterleitung und medienbruchfreier Datenübergabe ist essenziell. Kritisch ist, dass dies aus kompetenzrechtlichen Gründen nicht bundesweit vorgegeben werden kann.
§133a Abs. 2: Auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle ist die zuständige Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, mit diesem ein Gesundheitsleitsystem zu bilden und im Rahmen einer digitalen Vernetzung zwischen der 112 und der 116117 zusammenzuarbeiten. Die Abfragesysteme sind so aufeinander abzustimmen, dass es zu übereinstimmenden Bewertungen kommt. Zwischen den jeweiligen Leitstellen übergebene Fälle sind unverzüglich weiter zu bearbeiten, Daten müssen medienbruchfrei weitergeleitet werden können.	Die Etablierung von Gesundheitsleitsystemen ist grundsätzlich zu begrüßen, sollte aber deutlich verbindlicher erfolgen. Wenn diese nur auf Antrag eines Rettungsleitstellenträgers zustande kommen wird es weiter bei dem für den Bürger unübersichtlichen Flickenteppich regional unterschiedlichster Organisationsformen bleiben. Ohne einheitliche Vorgaben werden die derzeitigen kleinteiligen Leitstellenstrukturen fortgeschrieben. Damit vervielfältigen sich die Kosten der Einführung, ohne dass bundesweite Standards erfüllt würden.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
	KV-Akutleitstellen und Rettungsleitstellen müssten unter bundeseinheitlichen Vorgaben zur digitalen Vernetzung und Qualität zur Kooperation verpflichtet werden, um eine wirksame Steuerung und nachhaltige Entlastung der Strukturen zu bewirken.
§133a Abs. 3: Die Kooperationspartner eines Gesundheitsleitsystems haben ein gemeinsames Qualitätsmanagement zu vereinbaren.	Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.
§ 133a Abs. 4: Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien vermitteln Krankentransporte, soweit Landes recht nichts anderes bestimmt. Sie sollen Leistungen der speziellen ambulanten Notfallversorgung sowie komplementäre Dienste für vulnerable Gruppen vermitteln.	Die Etablierung einer speziellen ambulanten Notfallversorgung (SANV) als eigenen Bestandteil der GKV wird abgelehnt. Dies würde zu erheblichen Mehrausgaben in der GKV führen. Es soll aber an komplementäre Dienste weitergeleitet werden, soweit diese verfügbar sind, beispielsweise an notfallpflegerische Angebote und psychosoziale Dienste. Wichtig ist hierbei, dass die Finanzierung und Organisation in den jeweiligen Zuständigkeiten bleiben. Perspektivisch sollte im Rahmen des Notfallmanagements auch an wohnortnahe pflegerische Steuerungsinstanzen vermittelt werden, soweit diese verfügbar sind. Deren Etablierung liegt in der Verantwortung der Länder. Von dort können regional vorhandene pflegerische Versorgungsangebote organisiert werden.
§ 133a Abs. 5: Die KBV hat dem BMG jährlich über die Zahl und den Stand der Kooperationsvereinbarungen sowie über die Auswertungen des gemeinsamen Qualitätsmanagements zu berichten	Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.
Ergänzung § 133b Qualitätsausschuss Notfallrettung 133b Abs.1: Beim BMG wird ein „Qualitätsausschuss Notfallrettung“ eingerichtet. Dieser hat die Aufgabe Empfehlungen zur Notfallrettung zu erlassen.	Die Regelung entspricht dem in vielen Landesrettungsdienstgesetzen vorgesehenen „Landesausschuss Rettungsdienst“. Die in früheren Reformen angedachte Anbindung an den G-BA war von den Ländervertretern massiv kritisiert worden.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
	Mit dem jetzt geschaffenen neuen, neutralen Gremium besteht zumindest die Chance, überregionale Qualitätsparameter abstimmen zu können.
§ 133b Abs.2: Der Qualitätsausschuss besteht aus 31 stimmberechtigten Mitgliedern (16 Land, 8 Kassen (mit doppeltem Stimmrecht), 7 weiteren einvernehmlich benannte aus Kreis von Fachgesellschaften bzw. Berufsverbänden) und einem unabhängigen Vorsitzenden. Die Amtszeit beträgt 5 Jahre. Beim BMG wird eine Geschäftsstelle eingerichtet.	Die Größe des Gremiums ist aus Proporzgründen gewählt und erscheint in dieser Form kaum arbeitsfähig.
§ 133b Abs. 3: Regelung, dass der Qualitätsausschuss empfehlen kann, dass das BMG geeignete Dritte beauftragt Leistungen zur Unterstützung seiner Tätigkeit zu erbringen. Zudem wird geregelt, dass Patientenorganisationen an den Beratungen teilnehmen können.	Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.
Ergänzung § 133c Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung § 133c Abs. 1: Der Qualitätsausschuss beschließt Empfehlungen in Form eines Kataloges von Struktur- und Qualitätsparametern für die med. Notfallrettung, den Krankentransport und Krankentransportflüge.	Dass die notfallmedizinische Versorgung entsprechend der diversen Landesrettungsdienstgesetze aktuell äußerst heterogen strukturiert ist, ist eigentlich unhaltbar. Das vorgesehene Expertengremium kann zwar nur „Empfehlungen“ zu Struktur- und Prozessqualitätsparametern und zum Aufbau der allgemein zu nutzenden Datensätze abgeben, dies entspricht aber aufgrund der föderalen Gemengelage dem Machbaren. Die Regelung wird begrüßt.
§ 133c Abs. 2: Beschreibung von Mindestinhalten des Kataloges für das Notfallmanagement (u. a. Qualifikation des Personals, Ausstattung, Besetzung und ärztliche Leitung der Leitstellen, Nutzung von standardisierten softwaregestützten Abfragesystemen etc.)	Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
§ 133c Abs. 3: Beschreibung von Mindestinhalten des Kataloges für die notfallmedizinische Versorgung und den Notfalltransport (u. a. Qualifikation des Personals, differenzierte Hilfsfristen, med. Versorgung vor Ort und während des Transportes, Aufgaben der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst).	Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.
§ 133c Abs. 4: Mindestinhalte zum Krankentransport und für Krankentransportflüge	Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.
§ 133c Abs.5: Der Qualitätsausschuss Notfallrettung hat auf Antrag des BMG oder einer obersten Landesbehörde über Themen zu beraten und zu beschließen.	Der nicht im Qualitätsausschuss vertretenen Exekutive wird das Recht Themen zu setzen eingeräumt.
§ 133c Abs.6: Empfehlungen für die Datenübermittlung von Daten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung	Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.
§ 133c Abs.7: Der Qualitätsausschuss erstellt Spezifikationen für eine einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation. Hierzu ist das Einvernehmen mit der KBV und DKG herzustellen. Diese Empfehlungen sind dem Kompetenzzentrum Interoperabilität im Gesundheitswesen vorzulegen.	Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.
Ergänzung § 133d Digitale Notfallkommunikation § 133d: Verpflichtung der an der Versorgung von rettungsdienstlichen Notfällen und in der notdienstlichen Akutversorgung Beteiligten zur digitalen Erhebung und Speicherung der erforderlichen medizinischen Daten und deren Übermittlung an die weiterversorgende Stelle entsprechend bundeseinheitlicher Standards.	Die reibungslose Weitergabe der medizinischen Daten im Rahmen der arbeitsteiligen Notfallversorgung ist essentiell. Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.
Ergänzung § 133e Datenübermittlung zur Qualitätssicherung § 133e Abs.1 Die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung werden zur Qualitätssicherung verpflichtet, jeweils zum 31.03. Daten in anonymisierter Form zu übermitteln. Hierzu wird beim GKV-SV eine Datenstelle eingeführt.	Folgeänderung zur bundesweiten Zusammenführung und Auswertung der Datensätze. Dies ist wichtig für die sachgerechte Weiterentwicklung der Notfallversorgung. Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
§ 133e Abs. 2 Verpflichtung der Datenstellen jeweils zum 01.07. eines Jahres die bundes- und landesweiten Ergebnisse zu veröffentlichen. Zudem muss die Datenstelle Auswertungsanfragen des BMG, des Qualitätsausschusses, den zuständigen Landesbehörden sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nachkommen.	Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.
Artikel 1 Nr. 22 § 136b Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus Ein neuer Absatz 9 wird eingefügt. Hiermit wird der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet, innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten eine Richtlinie zu erlassen, die Inhalt, Umfang und Verfahren eines bundesweit einheitlichen Echtzeit-Nachweises der Versorgungskapazitäten festlegt. Die Führung des Verzeichnisses/ Registers obliegt einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu bestimmenden Stelle. Die Kosten sollen von DKG und der GKV übernommen werden. Krankenhäuser, Notdienstpraxen und Rettungsdienste werden zur fortlaufenden Meldung ihrer verfügbaren, belegten oder überlasteten Kapazitäten verpflichtet. Mit diesem digitalen Nachweissystem in Echtzeit soll eine präzise und jederzeit aktuelle Übersicht über die Versorgungslage gewährleistet werden. Eine enge Vernetzung mit den Rettungsleitstellen, die im Rahmen der Richtlinie in das Nachweissystem eingebunden werden sollen, wird umgesetzt, um Notfallpatientinnen und -patienten unmittelbar und ohne Zeitverlust in geeignete, verfügbare Einrichtungen steuern zu können. Durch eine webbasierte Veröffentlichung strukturierter Daten wird Transparenz geschaffen und eine zielgerichtete Steuerung der Patientenzuweisung ermöglicht. Im Falle von Großschadenslagen oder Katastrophen erhalten die zuständigen Behörden einen unmittelbaren Datenzugriff, um schnell und koordiniert reagieren zu können.	Die Einrichtung eines digitalen Echtzeit-Nachweises der verfügbaren Ressourcen entlang der Versorgungskette zur Gesundheitsversorgung in Notfällen ist sinnvoll und kann die Patientenversorgung verbessern, Prozesse optimieren und Effizienz steigern. Im Rahmen der notwendigen Digitalisierung im Gesundheitswesen erscheint dies Bürokratie entlastend, jedoch sind die vorgeschlagenen Variablen auf Datensparsamkeit zu prüfen. Die Beauftragung des G-BA mit einer sechsmonatigen Frist bis zum Richtlinienbeschluss ist sehr engagiert und wahrscheinlich nicht umsetzbar. Eine webbasierte Veröffentlichung strukturierter Daten wird Transparenz schaffen und wird befürwortet. Die Kostenaufteilung nur zwischen DKG und GKV wird abgelehnt, die Länder/ der Bund sind zu beteiligen, da dieses Verzeichnis auch Aufgaben der Daseinsvorsorge übernimmt. Ein Zugriff der im Falle von Großschadenslagen oder Katastrophen zuständigen Behörden auf die Daten scheint sinnvoll zur Beherrschung etwaiger Krisen.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
Artikel 1 Nr. 23 § 136c Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung In Absatz 4 wird nach Satz 2 ein neuer Satz 3 (neu) eingefügt, der festlegt, dass die Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Notfallstufen gemäß § 136c an den aktuellen Stand der Wissenschaft anzupassen sind (gemeint sind Empfehlungen der Fachgesellschaften) und die Notfallstufen sich in Bezug auf die Vorgaben für das Personal und die Ausstattung an die Empfehlungen der maßgeblichen Fachgesellschaften zu orientieren haben.	Als Orientierung scheint ein Hinweis auf die Vorgaben der Fachgesellschaften hilfreich zu sein. Jedoch sollten diese Empfehlungen lediglich Eingang in die Beschlussfassung finden nicht jedoch jegliche Abweichung zu einer gesonderten Begründungspflicht führen.
Artikel 1 Nr. 25 § 377 Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten In § 377 Absatz 5 wird das Wort „Notfallambulanzen“ durch das Wort „Notaufnahmen“ ersetzt.	Die Regelung ist sachgerecht.
Artikel 2	
Neben den bereits bestehenden Evaluations- und Berichtspflichten evaluiert die KBV zusätzlich die Auswirkungen der Terminservicestellen und Akutleitstellen. Die KBV hat dem BMG ein Evaluationskonzept vorzulegen.	Die Regelung ist sachgerecht. Der jährliche Bericht sollte veröffentlicht werden.
Artikel 3	
Nr. 2 § 17b KHG Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung Es sollen bundeseinheitliche Regelungen zu Zu- und Abschlägen für die Vorhaltefinanzierung der Personalkosten für Ärzte in der Notfallversorgung nach den Regelungen der Notfallstufen getroffen werden.	Dass eine Rechtsgrundlage für die Vergütung der Vorhaltung von ärztlichem Personal geschaffen wird, ist abzulehnen. Erstens, weil die Vergütung ja bereits über die DRGs läuft und die Abgrenzung (was ist Station und was ist Notaufnahme) ohnehin nicht sauber erfolgen kann. Zweitens besteht dadurch die Gefahr der Doppelvergütung der ärztlichen Personalkosten.

Regelungsvorschlag	Kurzbewertung AOK-BV
Artikel 4	
§ 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG Vereinbarung auf Bundesebene Die Zu- und Abschläge der Notfallstufen sind an die Weiterentwicklung der Anforderungen anzupassen.	Regelung ist sachgerecht.
Artikel 6	
Ärzte Zulassungsverordnung § 19a Absatz 1 Gleichmäßige Verteilung der offenen Sprechstunden	Die Regelung ist zwingend notwendig, um die Akutversorgung zu verbessern.