Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

Deutscher Städtetag | DEUTSCHER LANDKREISTAG | DStGB Deutscher Städte- und Gemeindebund

04.12.2025

Stellungnahme

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung
Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vom 12.11.2025

Unsere zentralen Punkte:

<u>Notfallversorgung</u>

→ **Die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände begrüßt ausdrücklich, dass der Gesetzgeber die dringend notwendige Reform der Notfallversorgung aufgreift und insbesondere eine bessere Vernetzung zwischen der 112 und der 116117 neu regelt.**

→ **Sehr positiv ist auch die Errichtung der INZ. Wichtig ist jedoch, dass auch für Krankenhäuser finanzielle Mittel zur Errichtung der INZ vorgesehen sind. Es muss zwingend gewährleistet sein, dass keine mittelbaren Mehrbelastungen für Krankenhäuser oder Rettungsdienste entstehen.**

→ **Auch die Erweiterung des Sicherstellungsauftrags der KVen ist sehr zu begrüßen. Die Wartezeit für die Akutleitstelle mit bis zu 10 Minuten (gemäß § 75 Absatz 1c SGB V-E) ist dennoch zu lang. Eine derart lange Wartezeit am Telefon würde die Betroffenen wieder zur 112 lenken. Wir fordern daher, dass die Akutleitstelle innerhalb von einer Minute für 75 Prozent der Anrufenden und innerhalb von drei Minuten für 95 Prozent der Anrufenden erreichbar sein muss.**

<u>Finanzierung des Rettungsdienstes und Rolle der Kommunen</u>

→ **In der derzeitigen dramatischen kommunalen Finanzlage blicken die Kommunen mit großen Sorgen auf den Vorschlag einer grundlegenden Umstellung der Finanzierung des Rettungsdienstes. Eine künftig umfassende Regelung des Rettungsdienstes im SGB V und die damit vorgesehenen weitergehenden Eingriffe des Bundes in die kommunale Organisation des Rettungsdienstes lehnen wir entschieden ab.**

→ **Der Rettungsdienst ist eine wichtige Säule der Gefahrenabwehr. Nur unter Berücksichtigung der örtlichen Strukturen kann diesen Funktionen Rechnung getragen werden. Eine Festlegung von Standards auf Bundesebene im System des SGB V würde am Kern des Rettungsdienstes als Daseinsvorsorge vor Ort vorbeigehen, insbesondere wenn die kommunale Ebene als Träger des Rettungsdienstes nicht mit am Tisch sitzt. Dies betrifft insbesondere die Etablierung der medizinischen Notfallrettung als eigenständiger Leistungsbereich in den §§ 27 und 30 SGB V-E und die Einsetzung eines Gremiums nach § 133 SGB-V-E zur Erarbeitung von Rahmenempfehlungen. Diese sind nicht notwendig und stellen einen verfassungswidrigen Eingriff in die Länderkompetenzen dar, denn die verfassungsrechtliche Zuständigkeit für den Rettungsdienst liegt gem. Art. 30, 70 GG bei den Ländern.**

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände
Hausvogteiplatz 1, 10117 Berlin · Telefon 030 37711-0 Telefax 030 37711-999
E-Mail: post@kommunale-spitzenverbaende.de; Internet: www.kommunale-spitzenverbaende.de

→ **Die Sicherstellung der Notfallrettung erfolgt derzeit durch die Träger des Rettungsdienstes, die in der Regel Kommunen sind. Die im Reformentwurf geplante Systemumstellung würde die Kommunen auf die wortwörtliche Rolle von „Leistungserbringern“ reduzieren und den Kommunen noch nicht einmal im Gremium nach § 133 SGB-V-E trotz ihrer zentralen Rolle im Rettungsdienst Stimmrechte geben.**

→ **Vielmehr muss sich eine Reform auf die tatsächlich notwendigen Punkte konzentrieren. Im Wesentlichen sind dies die Schaffung einer rechtssicheren und zukunftsfähigen Vergütung im Rettungsdienst.**

→ **Daher fordern wir für die Finanzierung des Rettungsdienstes ausschließlich eine Anpassung des § 60 SGB V, die regelt, dass neben der klassischen Transportleistung auch die medizinische Behandlung vor Ort durch den Rettungsdienst sowie die Disposition in den Leitstellen im Rettungsdienst systematisch und verbindlich abrechenbar sind. Ebenso sind der Transport in ambulante Versorgungsstrukturen sowie die telemedizinische Versorgung als Leistung des Rettungsdienstes anzuerkennen und zu finanzieren. Hierzu verweisen wir auch auf die vom Bundesrat in seiner 1058. Sitzung am 17. Oktober angenommene Entschließung „Notfallreform zügig voranbringen – Rettungsdienst als Schlüssel zur umfassenden Notfallversorgung“, die die notwendigen Änderungen vorsieht.**

→ **Eine darüber hinausgehende bundesgesetzliche Reform des Rettungsdienstes, insbesondere über zusätzliche Qualitätsvorgaben oder einen eigenen Leistungsbereich ‚Rettungswesen‘ im SGB V ist nicht notwendig und aus unserer Sicht unzulässig, da die Bundeskompetenz nach Artikel 72, 74 Absatz 1 Nummer 12 GG lediglich Regelungen zu Fragen der Finanzierung und Abrechnung ermöglicht, nicht jedoch zur Organisation des Rettungsdienstes. Die vorgesehenen Regelungen stellen daher einen unzulässigen Eingriff in die Länderhoheit dar.**

→ **Zudem nehmen die vorgesehenen Regelungen eine einseitig medizinbezogene Betrachtung vor. Das berücksichtigt weder die engen Verflechtungen mit dem Brand- und Katastrophenschutz noch die Funktion des Rettungsdienstes als Teil der kommunalen Gefahrenabwehr. In den Kommunen greifen Feuerwehr, Katastrophenschutz und Rettungsdienst eng ineinander. Die vorgesehenen Regelungen gefährden etablierte und funktionierenden Strukturen auf kommunaler Ebene und dürfen deshalb nicht durch zentralistische Bundesvorgaben gefährdet werden. Gerade in Hinblick auf die zunehmende Bedeutung des Zivilschutzes in der aktuellen Bedrohungslage unseres Landes wäre dies kontraproduktiv, da enge Verknüpfungen zwischen Rettungsdienst, Katastrophenschutz und Brandschutz sowie auch ehrenamtlichen Hilfsorganisationen bestehen.**

Zu den Einzelregelungen nehmen wir wie folgt Stellung:

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 27	Folgeänderung zu § 30 SGB V	Die Verankerung der Notfallrettung im SGB V wird abgelehnt. Die Notfallrettung ist Bestandteil der Daseinsvorsorge und darf daher nicht aus isolierter medizinischer Sicht betrachtet werden. Sie muss weiterhin Bestandteil der in der Gefahrenabwehr tragenden Säulen integriert sein. Zudem wäre der Vorschlag ein systematischer Eingriff in die bisherige länderrechtlich geprägte Gefahrenabwehr. Es besteht durch diese im Referentenentwurf vorgesehene Regelung ein hohes Risiko, dass kommunale Vorhaltekosten nicht refinanziert werden.
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	Aus unserer Sicht abzulehnen. Wir verweisen hierzu auf die oben genannten zentralen Punkte.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme • Notfallmedizinische Versorgung vor Ort und während des Transports durch nichtärztliches Fachpersonal und bei medizinischer Notwendigkeit durch Notärzte • Notfalltransport in nächste geeignete Einrichtung und medizinisch zwingende Verlegungen • Zuzahlung	
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	Wir fordern für die Finanzierung des Rettungsdienstes ausschließlich eine Anpassung des § 60 SGB V, die regelt, dass neben der klassischen Transportleistung auch die medizinische Behandlung vor Ort durch den Rettungsdienst sowie die Disposition in den Leitstellen im Rettungsdienst systematisch und verbindlich abrechenbar sind. Ebenso sind der Transport in ambulante Versorgungsstrukturen sowie die telemedizinische Versorgung als Leistung des Rettungsdienstes anzuerkennen und zu finanzieren. Hierzu verweisen wir auch auf die vom Bundesrat in seiner 1058. Sitzung am 17. Oktober angenommene Entschließung „Notfallreform zügig voranbringen – Rettungsdienst als Schlüssel zur umfassenden Notfallversorgung“, die die notwendigen Änderungen vorsieht. Dieser Regelungsansatz würde die Finanzierung absichern, ohne die Strukturverantwortung der Länder infrage zu stellen und zugleich die

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			verfassungsrechtlichen Vorgaben berücksichtigen. Eine darüberhinausgehende bundesgesetzliche Reform des Rettungsdienstes, insbesondere über zusätzliche Qualitätsvorgaben oder einen eigenen Leistungsbereich ‚Rettungswesen' im SGB V, ist nicht notwendig und aus unserer Sicht unzulässig. Denn die sozialversicherungsrechtliche Zuständigkeit des Bundes reicht für weitergehende Änderungen in jedem Fall nicht aus. Die verfassungsrechtlichen Bedenken konzentrieren sich im Kern auf vier Punkte: • Erstens liegt eine Kompetenzüberschreitung zulasten der Länder nach Art. 72, 74 Absatz 1 Nummer 12 GG vor, weil der Bund nicht nur medizinisches Leistungsrecht regelt, sondern faktisch auch Struktur- und Organisationsfragen des Rettungsdienstes (Gefahrenabwehrrecht) vorgibt. • Zweitens entsteht eine unzulässige Mischverwaltung im Sinne der Art. 83 bis 85 GG, indem Bundesnormen, Landesvollzug und Selbstverwaltung (GKV/G-BA) ohne verfassungsrechtliche Grundlage miteinander verschränkt werden. • Drittens greifen die geplanten Regelungen in die kommunale Selbstverwaltung nach Art. 28 Abs. 2 GG ein, da die Kommunen zwar weiterhin Träger der Pflichtaufgabe bleiben, jedoch wesentliche operative Gestaltungsspielräume verlieren. • Viertens erscheint die Erforderlichkeitsklausel des Art. 72 Abs. 2 GG nicht erfüllt, da ein zwingendes Bedürfnis für bundesweit

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			einheitliche Vorgaben nicht nachgewiesen wurde und funktionierende Länderstrukturen bestehen. Diese Haltung zur Regelungskompetenz hat auch das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 20. Februar 2025 (Az.: B 1 KR 7/24 R) in diesem Frühjahr nochmals bestätigt. Eine weitergehende Reform mit Eingriffen in die Kompetenzen der Länder wäre zudem gerade in Hinblick auf die zunehmende Bedeutung des Zivilschutzes in der aktuellen Bedrohungslage unseres Landes kontraproduktiv, da enge Verknüpfungen zwischen Rettungsdienst, Katastrophenschutz und Brandschutz sowie auch ehrenamtlichen Hilfsorganisationen bestehen. Weitere Hinweise: Es findet eine klare Abgrenzung von Notfalltransporten mit einer Trennung der Leistungsarten Notfalltransporte und Krankentransporte, -flüge und -fahrten statt. Das könnte vergaberechtliche Konsequenzen bedeuten und die Bereichsausnahme zum Teil aushebeln. Nur Transporte, die eindeutig unter § 30 fallen, könnten weiterhin unter die Bereichsausnahme fallen. Sinnvoll wäre eine Zusammenlegung wie bisher in § 60 SGB V. Es bestehen Zweifel, dass der Rettungsdienst im bisherigen Umfang sachlich von der vergaberechtlichen Bereichsausnahme nach § 107 Absatz 1 Nummer 4 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) erfasst ist., wie in der Gesetzesbegründung ausgeführt (siehe Seite 77, Abs. 3).

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Für viele Notaufnahmen besteht ein großes Problem insbesondere bei den Heimfahrten (z. B. dauern Krankenfahrten aus der Notaufnahme in Heime viele Stunden und tragen zum gefährlichen Overcrowding der ZNA bei.) Der Gesetzgeber sollte eine klare (die Kliniken entlastende) Regelung treffen, dass Patienten, die vom RD in Notaufnahmen gebracht werden und Hilfe beim Heimtransport benötigen (z. B. eine Person, die sie in die Wohnung führt), unter klaren Kriterien z. B. mit Taxis auf Kosten der Kostenträger befördert werden. Die aktuellen Regelungen schließen das fast immer aus. Der bedarfsgerechte Einsatz von Transportmitteln unterliegt einer gezielten Steuerung, ist jedoch zugleich auch ein Kritikpunkt. Die Entscheidung über den Einsatz eines Rettungswagens oder eines Beförderungsmittels (Taxi, Mietwagen) liegt künftig nicht mehr unbedingt primär bei den Integrierten Leitstellen oder dem Einsatzpersonal, sondern beim Gesundheitsleitsystem. Rettungsdienste müssen sich in die digitale Infrastruktur des Gesundheitsleitsystems integrieren. Die KV übernimmt im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung (§ 75 SGB V) eine zentrale Rolle. Ebenso betrifft dies die Koordination von Krankentransporten, wenn kein rettungsdienstlicher Notfall vorliegt. Krankenfahrten sollten auch durch die Integrierten Leitstellen veranlasst werden können, wenn bei der Anwendung des digitalen Ersteinschätzungsverfahren bzw. des SNAP eine Krankenfahrt indiziert ist. Dieses sollte unabhängig von der Einstufung in einen Grad der

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Schwerbehinderung erfolgen. Somit werden insbesondere bei Ambulanz- und Entlassungsfahrten Kosten gespart und Synergien zwischen den Transportmitteln geschaffen. Zu Abs. 3 und 4: Obwohl § 60 Abs. 3 den Krankentransport definiert, bleibt der Begriff der „besonderen Einrichtung eines Krankenkraftwagens“ unbestimmt; ohne Klarstellung zu den technischen Standards (z. B. DIN EN 1789) bleiben Auslegungsfragen bestehen. Zudem fehlt in Abs. 4 eine Kategorie für liegende Beförderungen ohne medizinisch-fachliche Betreuung, wodurch eine Versorgungslücke bleibt. Zugleich könnte eine präzisere gesetzliche Ausgestaltung Taxi- und Mietwagenunternehmen veranlassen, geeignete Fahrzeuge (Liegend-Taxi) vorzuhalten und damit zusätzliche Kapazitäten im System aufzubauen (u. a. zu berücksichtigen in der Aufzählung zu Abs. 5). Mit der Definition könnte auch Rechtssicherheit für die Taxi- und Mietwagenunternehmen geschaffen werden. Es muss regional, lokal oder aber auch landesweit die Möglichkeit eingeräumt werden, solche Fahrten zentral über Integrierte Leitstellen anzunehmen und unter Wahrung des Wettbewerbsrechts (z. B. Krankenfahrten) an geeignete Leistungserbringer weiterzugeben. Abs. 1: Es ist eine Legaldefinition des Begriffs „zwingende medizinische Gründe“ erforderlich. Es sollten auch Transporte in andere nächste geeignete Einrichtungen aufgeführt werden statt nur in INZ.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			In der Begründung (S. 55) kann der Rettungsdienst (bei Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung) Krankentransporte zur vertragsärztlichen Versorgung disponieren. D. h. im Umkehrschluss dass dies nicht für den Rettungsdienst gilt? Weiter heißt es, die standardisierte digitale Abfrage von Rettungsleitstellen und Akutleitstellen ersetzt die ärztliche Verordnung für die Disposition des KT greifen die auf unsere KTW zurück oder bauen sie eine eigene Vorhaltung auf?
4	§ 73	Folgeänderung zu § 60 SGB V	Die Bezeichnung „Krankentransportflüge“ bedarf einer weiteren Definition. Darüber hinaus ist zu definieren, welche Fluggeräte hierzu verwendet werden sollen. Der Einsatz von Rettungshubschraubern im Sinne der Luftrettung kann nicht gemeint sein, da dies bisher in den Beauftragungen regelhaft nicht bezeichnet ist. Hier können also Ambulanzhubschrauber oder Ambulanzflugzeuge aufgeführt werden. Keinesfalls darf durch einen Krankentransport die Funktionalität der Luftrettung in Frage gestellt werden. Es ist sicherzustellen, dass Hausärzte/Vertragsärzte Krankentransporte weiterhin ohne zusätzlichen Bürokratieaufwand verordnen können, wenn diese medizinisch geboten sind.
5	§ 73b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	Keine Anmerkungen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
6	§ 75	Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung • Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung • Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge	Die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags wird ausdrücklich begrüßt. Wir möchten jedoch auf folgende Punkte hinweisen: • Eine genaue Definition und Festlegung des Umfanges notdienstlicher Akutversorgung ist erforderlich, wobei hier unbedingt der in den Kammergesetzgebungen der jeweiligen Ärztekammern konkretisiert ist, gelten muss. Eine präzise Abgrenzung zur Notfallversorgung ist essenziell, um im Grenzbereich sachgerechte Steuerungsentscheidungen treffen zu können. Aktuell bestehen jedoch Inkonsistenz in der Leistungsübernahme der notdienstlichen Akutversorgung, beispielsweise bei Beschwerden im Zusammenhang mit einem verstopften Harnblasenkatheter: Zu bestimmten Zeiten kann der kassenärztliche Bereitschaftsdienst tätig werden, zu anderen wiederum nicht. Eine solche Variabilität erschwert die Arbeit der Leitstellen erheblich und verhindert eine sichere und verlässliche Übergabe an den jeweils zuständigen Bereich. Wir empfehlen daher zukünftig Fähigkeiten zu benennen, die während der gesamten Versorgungszeit (24/7) durch den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst sicherzustellen sind. • Absatz 1 a, aa) Satz 2: Die Terminservicezentralen müssen von Montag bis Sonntag ihren Dienst anbieten. Gerade am Wochenende außerhalb der Praxisöffnungszeiten werden damit die Integrierten Leitstellen der 112 von unnötigen Anfragen entlastet.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			• Die Einrichtung der beschriebenen Akutleitstelle ist geboten, muss jedoch noch klar definiert werden. Allerdings erscheint die Anforderung der Erreichbarkeit als erheblich defizitär. Der Sicherstellungsauftrag umfasst die 24 Stunden täglich verfügbare vertragsärztliche Versorgung. Dieser Gesetzestext widerspricht dem in §123 a angegeben Öffnungszeiten von Notdienstpraxen. Die Akutleitstelle soll für 75% der Anrufenden innerhalb von 3 min und 95% der Anrufenden innerhalb von 10 min erreichbar sein. Aus Sicht der Kommunen sollten diese Vorgaben ambitionierter sein, denn bei kritisch kranken Patienten können 10 min sehr lang sein. **Wir fordern daher, dass die Akutleitstelle innerhalb von einer Minute für 75 Prozent der Anrufenden und innerhalb von drei Minuten für 95 Prozent der Anrufenden erreichbar sein muss.** Zudem fehlt weiterhin eine bundesrechtliche Vorgabe maximaler Eintreffzeiten der KV-aufsuchenden Dienste; ohne diese droht eine erneute Überlastung der Rettungsdienste. • § 75 Abs. 1c Satz 5 Nr. 3 sollte aus unserer Sicht dahingehend konkretisiert werden, dass für die Wahrnehmung des aufsuchenden Dienstes grundsätzlich keine regulären Rettungsmittel eingesetzt werden dürfen. • Die Regelungen für einen 24/7 aufsuchenden Hausbesuchsdienst werden absolut begrüßt. Es sollten jedoch die Mindestausstattung und der Leistungsumfang der 24h Akutversorgung beschrieben werden, damit die Behandlungsabgrenzung zum Rettungsdienst klar und damit anschlussfähig wird (wann endet die Behandlung der Akutversorgung der KV und

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			wann beginnt die rettungsdienstliche Versorgung). Welchen Leistungsumfang und welche Standards hat die vertragsärztliche Akutversorgung? Das Zeitfenster für den aufsuchenden Dienst wird bereits in § 133a Abs. 2 beschrieben, was aber auch eine konkrete Bedarfsplanung nahelegt. Eine Bedarfsplanung ist des Weiteren schon deshalb erforderlich, um bei Steigerung oder bei Rückgang der Inanspruchnahme die Kapazitäten der Akutversorgung anzupassen, damit die anderen Akteure (Notaufnahme und Rettungsdienst) nicht (wieder) überlastet werden (Ziel der vorgelegten Notfallreform). Bei unterschiedlicher Leistungsfähigkeit der Akutversorgung (z.B. durch unterschiedliche Standards, zu geringen Kapazitäten und bei unabgestimmter Stationierung) kommt es ansonsten zu unterschiedlichen Schwellen für die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes und der Notaufnahmen. Ohne Bedarfsplanung bleiben die Leistungsfähigkeit, die Kapazitäten und letztlich auch die Finanzierung unbestimmt. • Kliniken sollten nicht von Akutleitstellen abhängig gemacht werden, ohne an der Gestaltung mitbeteiligt zu sein. Eine Ersteinschätzungshoheit für fußläufige Patienten muss den Krankenhäusern erhalten bleiben. • Es sollte geprüft werden, ob auch Patientinnen und Patienten, die im INZ mit einer niedrig priorisierten Triage (z. B. Smed contact) eingestuft wurden und bei denen kein unmittelbarer Behandlungsbedarf besteht, ein Terminangebot bei vertragsärztlichen Leistungserbringern erhalten können. Dies würde eine strukturierte Weiterleitung ermöglichen, unnötige

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Verweildauern im INZ vermeiden und die Notfallstrukturen spürbar entlasten. • Die Ausweitung des KV-Sicherstellungsauftrags auf notdienstliche Akutversorgung kann im Zusammenspiel mit INZ sinnvoll sein. Wir bitten zu beachten, dass die zentrale Rolle der KV bei der Steuerung von Patientenströmen nicht dazu führen darf, dass Krankenhäuser in der regionalen Notfallversorgung „übersteuert“ werden und dabei ihre planerische Rolle (insbesondere als kommunaler Schwerpunktversorger) verlieren. • Bei Kooperationen mit den Trägern der medizinischen Notfallrettung sowie den Leistungserbringern: Vertragspartner müssen die Träger sein. Sie sind für die Organisation des Rettungsdienstes in der Pflicht. • <u>Es bedarf somit eines „taktischen Weisungsrechtes“</u> der standardisiert abfragenden Stelle – der Akutleitstelle und der Rettungsdienstleitstelle – sowohl bei Überstellungen der Einsätze in die richtige Versorgungsebene als auch gegenüber den eigenen eingesetzten Ärzten des jeweiligen Versorgungssektors, um ein Hin-und-Her-Schieben der Einsätze zu unterbinden. Nach § 133a Abs. 2 Nr. 3 soll eine Kooperationsvereinbarung geschlossen werden, wonach sich die Vertragsparteien verpflichten, die Ergebnisse der Abfragesysteme jeweils gegenseitig anzuerkennen. Das bindet aber nicht die Ärzte selbst und es entlastet erst recht nicht die Disponenten vom Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung, wenn sie der Aufforderung eines KV-Arztes, den Rettungsdienst zu

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			entsenden, nicht Folge leisten. Daher ist die Normierung des taktischen Weisungsrechtes unabdingbar. • Eine klare Abgrenzung der Aufgaben zwischen KV und Rettungsdienst sowie abgestimmte Schnittstellen sind zwingend erforderlich. Die Einführung von Sanktionen bei nicht bedarfsgerechter Versorgung (z. B. Vergütungsabschläge) ist ein möglicher Steuerungsmechanismus. Das Schnittstellenmanagement zwischen Rettungsdienst und KV wird entscheidend. Es besteht die Gefahr von Doppelstrukturen: • KV organisiert Krankentransporte für nicht-akute Fälle und stellt die notdienstlichen Akutversorgung sicher. • Der Rettungsdienst bleibt für Notfälle zuständig. • Die bereits etablierte Portalpraxis für Kinder/Jugendmedizin sollte explizit als Teil dieser Akutstrukturen anerkannt werden; eine reine KV-Perspektive würde erfolgreiche kommunale Modelle ausblenden. Wir fordern eine Sicherstellung, dass kommunale Krankenhäuser, die bereits integrierte Strukturen vorhalten, in die Gestaltung des regionalen Notdienstkonzeptes einbezogen werden. • In Absatz 1b ist der Sprachgebrauch in Bezug auf „Träger des Rettungsdienstes“ und „Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung“ an den Sprachgebrauch des Entwurfs anzupassen (uneinheitliche Verwendung).
7	§ 76	Folgeänderung zu § 75 SGB V	Diese Regelung stellt eine Art „Überlaufventil“ in die Notaufnahmen der Krankenhäuser dar, wenn die vertragsärztliche Versorgung keine

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			„Termine“ verfügbar hat. Sie unterstreicht die Bedeutung der Notaufnahmen auch für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Akutversorgung.
8	§ 87	Auftrag an erweiterten Bewertungsausschuss: EBM für komplexe Fälle in INZ	Ein spezifischer EBM für komplexe Fälle ist zwingend erforderlich, um den erheblichen Aufwand (z. B. multimorbide, pädiatrische Notfälle) im INZ abzubilden. Hier sollte ausdrücklich berücksichtigt werden, dass kommunale Schwerpunktversorger einen erhöhten Aufwand haben und dies in der Bewertung reflektiert wird. Die Regelung ist zu begrüßen, da sie den tatsächlichen Aufwand abbildet und sofern keine Abwertung der aktuellen Vergütungspositionen geplant sind. Hierbei sollten insbesondere auch Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden, die aufgrund bestimmter Leitsymptome zunächst als potenziell schwer erkrankt eingestuft werden, im Verlauf nach spezialisierter Diagnostik jedoch ambulant weiterbehandelt werden können.
9	§ 87a	Folgeänderung zu § 75 SGB V	Keine Kommentare.
10	§ 90	Standortbestimmung für INZ durch erweiterten Landesausschuss	Die Erweiterung des Landesausschusses ist zu begrüßen, da dadurch die Krankenhäuser bei Entscheidungen zu INZ-Strukturen und regionaler Akutversorgung stärker eingebunden werden und ihre fachlichen Perspektiven angemessen berücksichtigt werden können.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die Beteiligung der „Träger des Rettungsdienstes“ in den Landesausschuss ist ein sinnvoller Schritt. Es muss jedoch sichergestellt werden, dass diese Beteiligung mit echten Mitwirkungsrechten und ausreichenden Ressourcen ausgestattet ist. Die Formulierung muss dahingehend geschärft werden, dass die Träger des Rettungsdienstes Anhörungsberechtigte werden, da die Träger des Rettungsdienstes den Rettungsdienst in ihrem Rettungsdienstbereich zu verantworten haben. Die Formulierung „Rettungsdienst“ ist durch Rettungsdienstträger oder deren Vertretung zu ersetzen. Mit dem Begriff „Rettungsdienst“ wird ein System beschrieben, in dem es u. a. Rettungsdienstträger und Durchführer gibt. Es ist unklar, wer als „der Rettungsdienst“ in dem Landesgremium mitwirken soll. Auch an anderen Stellen wird der Begriff „Rettungsdienst[e]“ verwendet, dies sollte ggf. ebenfalls angepasst werden. Die Standortwahl von INZ beeinflusst Patientenzielwahl, Einsatzdauer und Transportaufkommen erheblich. Daher muss die Standortbestimmung in Abstimmung mit der Krankenhausplanung und den Rettungsdienstbedarfsplänen erfolgen. Nur dann ist es möglich Doppelvorhaltungen und Versorgungslücken zu adressieren und zu vermeiden. Kritisch ist, dass die Standortbestimmung von INZ dem erweiterten Landesausschuss übertragen wird, ohne die Krankenhausplanung der Länder verbindlich einzubinden. Daher fordern wir die verbindliche Verknüpfung der INZ-Standortentscheidung mit der

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Landeskrankenhausplanung sowie die Berücksichtigung bestehender integrierter Versorgungsmodelle. Im Interesse einer flächendeckenden Versorgung sollte geprüft werden, dass Level In- und Level II-Kliniken automatisch als INZ-Standort mit dem intendierten gemeinsamen Tresen ausgestattet werden. Sollte eine nötige KV-Notdienstpraxis an einem solchen Haus nicht existieren, sollte diese unverzüglich gegründet und eingerichtet werden.
11	§ 90a	Ergänzung Vertreter des Rettungsdienstes in gemeinsamen Landesgremien nach § 90a	Die Aufnahme von Vertretern des Rettungsdienstes in gemeinsamen Landesgremien ist ausdrücklich zu begrüßen und zwingend erforderlich. Sie muss jedoch mit echten Mitwirkungsrechten hinterlegt werden (nicht nur beratend), da viele Entscheidungen (z. B. Kapazitätsnachweise, Zielkrankenhauswahl) unmittelbar den Rettungsdienst betreffen. Damit können sektorenübergreifende Wechselwirkungen frühzeitig Berücksichtigung finden. Zudem sollte unbedingt darauf geachtet werden, dass der örtlich zuständige Träger des Rettungsdienstes durch die oberste Landesbehörde einzubeziehen ist und nicht nur einfach eine im Rettungsdienst fachkundige, aber nicht örtlich zuständige Stelle. Die Formulierung Rettungsdienst ist durch „Träger des Rettungsdienstes“ zu präzisieren.
12	§ 92	Klarstellung, dass Richtlinie des G-BA nicht den Notfalltransport umfasst	Dies ist positiv zu bewerten, da der Notfalltransport (Notfallrettung) aus hiesiger Sicht als Teil der Gefahrenabwehr anzusehen ist und

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			daher keinen Finanzierungs- und Qualitätsvorgaben fachfremder Gremien unterliegen sollte. (Notfallrettung ist im G-BA aktuell nicht vertreten) Es muss klar definiert werden, wie es sich mit RTW-/N-KTW-Fahrten verhält.
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 %	Die vorgesehene gemeinsame Finanzierung der 116117-Strukturen durch GKV und PKV ist grundsätzlich zu begrüßen und stellt einen sachgerechten Ansatz dar. Zugleich muss jedoch zwingend gewährleistet sein, dass aus dieser Finanzierung keine mittelbaren Mehrbelastungen für kommunale Krankenhäuser oder Rettungsdienste entstehen. Nicht sachgerecht ist in diesem Zusammenhang, dass für die Krankenhäuser keine finanziellen Mittel vorgesehen sind. Mit der Einrichtung und dem Betrieb Integrierter Notfallzentren (INZ) gehen für die Kliniken erhebliche Aufwendungen einher – insbesondere für bauliche Anpassungen und die Schaffung geeigneter räumlicher Voraussetzungen. Solche Strukturen stehen nicht ohne Weiteres zur Verfügung, sondern müssen geplant, kalkuliert und umgesetzt werden. Es braucht daher eine eindeutige gesetzliche Regelung, die sicherstellt, dass Vorhalte- und Strukturkosten im Zusammenhang mit INZ nicht einseitig bei den Krankenhäusern verbleiben. Nur so kann eine

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			gerechte und nachhaltige Finanzierung gewährleistet werden, die die Leistungsfähigkeit der Daseinsvorsorge nicht gefährdet.
14	§ 115e	Folgeänderung zu §§ 30, 60 SGB V	Transportansprüche sollten klar definiert sein
15	§ 116b	Folgeänderung zu § 90 SGB V	Keine Kommentare.
16	§ 120	• Klarstellung zur Vergütung in den Notdienst einbezogener Ärzte aus Gesamtvergütung • Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungs-richtlinie (Folgeänderung zu § 123c)	Die Klarstellung der Vergütung einbezogener Ärztinnen und Ärzte ist zu begrüßen. Kritisch ist jedoch die Aufhebung des G-BA-Auftrags zur Ersteinschätzungsrichtlinie, wenn dadurch die Chance auf einheitliche, sektorenübergreifende Triage-Standards geschwächt wird. Die Vergütung einbezogener Ärzte aus der Gesamtvergütung ist positiv. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass mit dem Wegfall des G-BA-Auftrags zur Ersteinschätzung die notwendige bundeseinheitliche Qualität und Rechtssicherheit für Triageprozesse in INZ und Notaufnahmen nicht ausreichend gewährleistet wird.
17	§ 123	Integrierte Notfallzentren (INZ) • Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion • Notaufnahme, Notdienstpraxis, Ersteinschätzungsstelle - optional Kooperationspraxis / statt Notdienstpraxis MVZ oder Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Nähe	Die Grundidee der INZ als gemeinsame Anlaufstelle ist sinnvoll, weil sie die Steuerung von Patientenströmen erleichtern kann, und Überlastungen der unterschiedlichen Versorgungsebenen vermieden werden können Die hier zusätzlich angedachte Einbindung der Psychiatrie auch auf telemedizinischem Weg, wird ebenfalls begrüßt. Folgende Anmerkungen sollten jedoch berücksichtigt werden: • Damit die vorgesehenen Kooperationsstrukturen auch praktisch wirksam werden, sollten geeignete Anreize für niedergelassene Kolleginnen und Kollegen geschaffen werden, um die

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• 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	Teilnahme an Kooperationspraxen oder MVZ-Strukturen zu fördern. • Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes schon bestehende Strukturen, die dem Zielbild nahekommen, müssen bestehen bleiben können, wenn bspw. die Notaufnahme und die Notdienstpraxis im gleichen Krankenhausgebäude, aber nicht einen gemeinsamen Eingang haben, dann sollte dies zulässig sein. • Im Interesse einer flächendeckenden Versorgung ist ein Automatismus bei der Bestimmung der INZ-Standorte in der Form notwendig, dass wegen der Versorgungsrelevanz geplante Level In- und Level II-Kliniken automatisch INZ-Standort mit dem intendierten gemeinsamen Tresen ausgestattet werden müssen. Sollte die nötige KV-Notdienstpraxis an diesem Haus nicht existieren, muss diese gegründet werden. • Die Pflicht zur Einrichtung eines INZ nach Standortentscheidung muss mit einer gesicherten Finanzierung der dafür notwendigen Infrastruktur (Ersteinschätzung, IT, bauliche Anpassungen, zusätzliches Personal, Schulungen), z.B. durch einen INZ- Strukturzuschlags, einhergehen. • Die Formulierung, dass die fachliche Verantwortung der zentralen Ersteinschätzung dem Krankenhaus obliegt, wenn in der Kooperationsvereinbarung nichts anderes geregelt, ist zu ungenau. Die Leitung des INZ muss zwingend dem Krankenhaus

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			obliegen. Dies bezieht sich auf die medizinische Leitung aufgrund der fundierten fachlichen Kenntnisse und Qualifikationen, als auch auf die organisatorische Leitung. • Es besteht die Gefahr, dass starre INZ-Vorgaben erfolgreiche lokale Modelle verdrängen, statt sie zu integrieren. Bestehende spezialisierte Portalstrukturen (Pädiatrie) müssen als Bestandteil eines INZ anerkannt werden. • Es sind klare Vorgaben für eine medienbruchfreie, interoperable und wechselseitige Datenübermittlung erforderlich. In diesem Zusammenhang sollte auch die Frage der Kostenerstattung für den zusätzlichen technischen und organisatorischen Erfüllungsaufwand der Krankenhäuser eindeutig geregelt werden. • Die Einbindung der Krankenhausapotheken und vor Ort bestehender Funktionsbereiche wie z.B. Labor und Radiologie in das INZ wären sehr hilfreich. • Die fachliche und datenschutzrechtliche Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle und ihre fachliche Leitung obliegen dem Krankenhaus ist aus Sicht der klinischen Akut- und Notfallversorgung und der relevanten Fachgesellschaften (DIVI und DGINA) sinnvoll. Ohne Zugriffsrechte auf die Daten und v.a. die IT-Strukturen der KV ist dies schlicht nicht möglich. An der Grenze der Schnitt-/Nahtstelle kann die

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Verantwortung nicht mehr übernommen werden. Dies bedarf einer weiteren exakten Regelung. • Es muss eindeutig festgelegt sein, wer die Regeln zur Ersteinschätzung vorgibt. Das Ersteinschätzungsinstrument des INZ sollte unbedingt ein durch wissenschaftliche Analysen und Evidenz entwickeltes, validiertes und standardisiertes Ersteinschätzungsinstrument sein. Diese Systeme (Bsp. Manchester Triage System, MTS) sind zur Einschätzung der Dringlichkeit entwickelt worden und werden erst nach entsprechender Schulung angewendet. Diese entsprechen auch den Vorgaben des GBA. Zudem ist es sinnvoll und notwendig, dass die Ersteinschätzungsinstrumente mit dem der Notaufnahme des jeweiligen KH kompatibel oder identisch sind. Welches soll das sein? Kann sich jedes INZ ein eigenes aussuchen? Hier wäre ein einheitliches Vorgehen wünschenswert. Das würde auch eine Qualitätskontrolle vereinfachen. • Die Entscheidung der Behandlungsdringlichkeit in einem INZ ergibt sich aus der Ersteinschätzung. Unter Ansatz 2 ist formuliert, dass die Vermittelten durch eine Akutleitstelle bei gleicher Behandlungsdringlichkeit vorrangig zu behandeln sind. Das ist nicht umsetzbar. Dies ist im Tagesgeschäft nicht zu realisieren. Es gibt zudem keinen medizinischen Grund für die Bevorzugung.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			• Integrierte Notfallzentren (INZ) bestehen nach §123 (1) aus der Notaufnahme und kassenärztlichen Akutversorgung und sind somit eine sektorenübergreifende Struktur. Dies sollte in der Arzneimittelversorgung insoweit Rechnung getragen werden, dass öffentliche Apotheken als auch Klinik-Apotheken die vollumfängliche Versorgung mit Arzneimittel sicherstellen können. Eine lokale bzw. proximale Versorgung sollte hier das primäre ausschlaggebende Kriterium sein. Da die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren auf bereits vorhandene Strukturen in den Krankenhäusern aufgesetzt werden, sollte hier auch auf die Arzneimittelversorgung durch Klinik-Apotheken zurückgegriffen werden können. Laut Absatz 3 ist ein Vertrag mit dem Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke zu schließen. Im §123a Absatz 2 wird präzisiert – Anmietung der Bereitstellung von Räumlichkeiten durch oder für Apotheken. Da es besonders im städtischen Bereich Notapotheken gibt, ist es nicht ausreichend über diese zu informieren und die Patienten mit Rezepten zu versorgen. In ausgesuchten ländlichen Regionen ist dies sicherlich ein Problem. Der Paragraf sollte diesbezüglich in der Formulierung angepasst werden. Die INZ sollten – wie die Krankenhäuser – auch bei der Versorgung von Verletzten und Erkrankten im Falle eines Massenanfalls von

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Verletzten oder Erkrankten eingebunden werden können. Hier sollte eine Klarstellung im Referentenentwurf erfolgen.
	§ 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	• Bestehende Modelle mit regional bestehenden Versorgungsnetzwerken sollten als Modellregionen fortgeführt und evaluiert werden, um heute funktionierende Versorgungsnetzwerke zu erhalten und in das zukünftige INZ zu transformieren. • Bestehende Versorgungskrankenhäuser der Versorgungsstufe 2 und 3 sollten zwingend ein INZ erhalten. • Die Haftungsfrage im INZ bzgl. Einschätzungsfehler muss geklärt werden. • Mindestöffnungszeiten und Kooperationspflichten sind grundsätzlich sinnvoll, müssen aber mit den regional vorhandenen Ressourcen realistisch umsetzbar sein. Die Regelungen sollten klarstellen, dass auch der Rettungsdienst bei der praktischen Ausgestaltung (z. B. Aufnahme-/Übergabeprozesse, Rückmeldungen) beteiligt wird. • Krankenhäuser dürfen nicht das Ausfallkonzept ausgefallener KV - Strukturen werden. Die personelle Ausstattung muss daher zwingend von den KV'en sichergestellt werden. • Standardisierungen von Kooperationsvereinbarungen sind wünschenswert. • Die Standortplanung sollte sich nicht ausschließlich an einem fahrbaren Radius orientieren, sondern daran, wie viele

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Menschen in der Region leben. Im Ballungszentrum kann ein entsprechend großer Radius zu erheblichem Patientenaufkommen führen, während der gleiche Radius in ländlichen Regionen erheblich geringeres Patientenaufkommen bedingt. Dies ist unbedingt zu berücksichtige, zumal lange Wartezeiten in der Folge doch eher zur Bemühung der Notfallrettung führen. • Die Einrichtung eines INZ außerhalb eines Krankenhauses sollte überdacht werden. Stellt das INZ eine Indikation zur stationären Versorgung fest, ist ein (weiterer) Transport erforderlich, der ggf. vermeidbar wäre. • Unklar bleibt auch, nach welchen Kriterien die (genaue) Anzahl und die Verteilung der Integrierten Notfallzentren festgelegt werden soll. Hier ist der Begriff „flächendeckend“ weiter zu konkretisieren. Die kumulative Aufzählung von Kriterien zur Standortfestlegung dürfte insbesondere in den ländlichen Regionen zu (Planungs-)Problemen führen (z. B. wenn kein Krankenhaus / Integriertes Notfallzentrum in der Nähe ist oder kein öffentlicher Personennahverkehr existiert). Insbesondere, wenn kein Integriertes Notfallzentrum oder Notfallpraxis in der Nähe ist, muss auch sichergestellt sein, dass der aufsuchende Dienst leistungsfähig in diesen Bereichen verfügbar ist. Auch deswegen müssen Planungskriterien, wie bei den Integrierten Notfallzentren, für den aufsuchenden Dienst benannt werden, ansonsten bleibt weiterhin ein zentraler Punkt nicht geregelt.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			• Hier wird angeregt, dass in Absatz 1 auch die Rettungsdienstbedarfsplanung zu berücksichtigen ist. Die Ansiedelung der Notdienstpraxis und beschränkende „Mindestöffnungszeiten“ haben dazu geführt, dass die KV im Prinzip die 24h Vorhaltung mit Nachtdiensten aufgeben konnte, da die Nachtdienste in Kooperation mit den Krankenhäusern von den Notaufnahmen übernommen worden sind. Problematisch wird es dann, wenn das Krankenhaus schließt (z. B. durch Insolvenz), weil sich dann die Frage stellt, was mit der Notdienstpraxis bzw. mit dem dort angesiedelten MVZ passiert. Es gibt Fälle, wo bereits eine Notdienstpraxis nach Schließung des Krankenhauses ebenfalls geschlossen hat. Das wirft die bereits mehrfach vorgetragene Frage auf, wie die akutmedizinische Versorgung in Gebieten sichergestellt wird, in denen es kein Krankenhaus (mehr) gibt und Hausarztpraxen keine neuen Patienten mehr nehmen können („weiße Flecken“). Andere Länder haben dann Anlaufstellen für Akutfälle eingerichtet (auch nicht-ärztlich besetzt), die sie als „Notfallzentren“ bezeichnen (z.B. USA). Eine solche Möglichkeit müsste innerhalb der vorgesehenen Notfallreform bei ausreichenden Regelungen für ein besseres Verständnis beschrieben, bzw. bei fehlenden Regelungen ergänzt werden. • Diese angegebene Fahrzeit (Erreichbarkeit des Standorts mit einem Kraftfahrzeug innerhalb einer Fahrzeit von 30 Minuten für mindestens 95 Prozent der zu versorgenden Menschen in

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			einer Planungsregion) ist völlig aus der Luft gegriffen und basiert nicht auf wissenschaftlichen Analysen und Evidenz. Des Weiteren haben zahlreiche ältere Menschen kein Kfz und bleiben somit hier unberücksichtigt. • In Absatz 2 ist ein gemeinsames Qualitätsmanagement gefordert. Hier ist die genaue Ausgestaltung unklar. • Die Festlegung der Öffnungszeiten Notdienstpraxis geht an der Wirklichkeit vorbei. Patienten stellen sich 24h, 7-Tage die Woche mit Problemen vor. Diese Patienten werden an der zentralen Einschätzungsstelle gesehen. Was passiert außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis mit Patienten, die laut Ersteinschätzung in diese Versorgungsebene gehören? Verbleiben diese in der Notaufnahme? • Ebenso ist die Integration in die Systeme zur Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten und Erkrankten als verpflichtend vorzusehen. • Folgende Formulierung ist kritisch: „…Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen bis zum […] [3 Monate ab Inkrafttreten] in einer Rahmenvereinbarung zur Zusammenarbeit in Integrierten Notfallzentren Vorgaben insbesondere 1. zu Grundsätzen der Organisation, 2. zur Vernetzung und interoperablen, digitalen Fallübergabe innerhalb

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			des Integrierten Notfallzentrums sowie zwischen dem Integrierten Notfallzentrum und einer Kooperationspraxis, 3. zu den Voraussetzungen für die Weiterleitung von Hilfesuchenden in eine Kooperationspraxis, 4. zu Regelungen für den Fall wiederholter und schwerwiegender Verstöße gegen die Kooperationsvereinbarung oder für den Fall, dass eine Notdienstpraxis, zu den in Absatz 2 Satz 5 und 6 genannten Zeiten nicht geöffnet ist und zur Ausgestaltung der Übernahme der Aufgaben der Notdienstpraxis durch ein krankenhauseigenes hausärztliches medizinischen Versorgungszentrum oder eine hausärztliche Vertragsarztpraxis nach § 123 Absatz 1 Satz 6. Kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a Absatz 2. Die Rahmenvereinbarungen können in den Kooperationsvereinbarungen der Kooperationspartner vor Ort ergänzt und aufgrund lokaler Besonderheiten auch hiervon abgewichen werden…“ Hier bestimmen KV und Krankenkassen die Abläufe und Organisation, als auch Voraussetzungen für digitale Fallübergaben, wobei die Verantwortung den Krankenhäusern übergestülpt wird. Das ist schlicht inakzeptabel. Hier sind die Vertreter der Krankenhäuser zu integrieren und an der Gestaltung und Entscheidungsprozessen und Entscheidungsprozessen einzubinden.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	Die Errichtung der KIZ wird ausdrücklich begrüßt. Folgende Anmerkungen bitten wir zu berücksichtigen: • Eine genaue Beschreibung zum Standort und zum Ablauf des KINZ sind unbedingt nötig. • Der Gesetzgeber muss sicherstellen, dass bereits etablierte, gut funktionierende pädiatrische Notfallstrukturen bei der Standortbestimmung priorisiert und nicht durch neue, parallel geplante KINZ-Strukturen verdrängt werden. Eine Finanzierung sollte hier ebenfalls geregelt werden.
	§ 123c	Ersteinschätzung • 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	Eine standardisierte digitale Ersteinschätzung kann helfen, Patientenströme zu steuern und Rettungsdienst, INZ und Vertragsärzte besser zu koordinieren. Wichtig ist jedoch: • Die Kriterien müssen mit der rettungsdienstlichen Notrufabfrage harmonisiert sein. Dies sind sie jedoch nicht. • Eine Vergütung für die Ersteinschätzung ist alternativlos. Es muss eine Nummer hierfür in der GOÄ und der BG GOÄ eingeführt werden. • Die Ersteinschätzung darf nicht dazu führen, dass medizinisch begründete Transporte in Notaufnahmen abgewertet oder nicht vergütet werden. • Besonders kritisch ist die vorgesehene Vergütungsbegrenzung für Krankenhäuser ohne INZ zu sehen: Ambulante

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• EBM für Ersteinschätzung	Behandlungen sollen dort nur bei „Unzumutbarkeit“ einer Verweisung vergütet werden. Dies kann jedoch zu Versorgungslücken im ländlichen Raum führen. Die wirtschaftliche Basis kleinerer Häuser wird gefährdet und geht an der Realität kurzfristiger Notfallversorgung vorbei. Es darf keine wirtschaftliche Bestrafung von Nicht-INZ-Krankenhäusern erfolgen, die medizinisch gebotene Notfallversorgung leisten. • Es muss sichergestellt werden, dass Kinder-/Jugend-Notfälle mit besonderen Bedürfnissen angemessen in der Ersteinschätzung berücksichtigt werden. • An den INZ-Standorten wird es zu einer vermehrten ambulanten Versorgung kommen, was sich in einer angepassten ambulanten Vergütung sowie einer angemessenen Vorhaltekostenerstattung widerspiegeln muss, um die zusätzlichen Aufgaben und Ressourcenbedarfe abzubilden. • Bei der standardisierten digitalen Ersteinschätzung sollte eine klare juristische Absicherung des Triagepersonals eingeführt werden, insbesondere wenn Patienten auf Basis der Ersteinschätzung einer niedrigeren Versorgungsebene zugewiesen werden. Die Richtlinie sollte auch Regelungen zur Qualifikation des Personals in den INZ, den Notfallpraxen und den Kooperationspraxen enthalten.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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	Diese Änderung lehnen wir ab, wie die gesamte vorgeschlagene Verortung des Rettungsdienstes in SGB V. Die hiermit bundesweite Abkehr vom Gebührenmodell zum Vertragsmodell wird aus kommunaler Trägersicht sehr kritisch gesehen. Grundsätzlich ist unbestritten, dass auch eine Vergütung über Verträge funktionieren kann, dies beweisen die Bundesländer in denen dies bereits praktiziert wird. Aus einer kommunalen Trägerschaft heraus bedeutet dies jedoch der Wegfall der Gebührenhoheit und somit ein deutlicher Verlust in der Selbstverwaltung. Eine Abkehr von der gebührenrechtlich abgesicherten Vollkostenfinanzierung hin zu einem rein vertragsbasierten Vergütungssystem würde ein Finanzierungsmodell gefährden, das in einzelnen Bundesländern seit Jahrzehnten eine verlässliche Grundlage für Planungssicherheit, Personalentwicklung und langfristige Investitionsentscheidungen bildet. Die Kommunen werden im Falle des Rettungsdienstes somit zu Leistungserbringern degradiert, die in einer geschwächten Abhängigkeitsposition innerhalb kurzer Fristen mit den Krankenkassen Verträge aushandeln müssen, soweit Landesrecht dies vorsieht. Dies könnte in schlimmster Konsequenz eine Abkehr der Kommunen aus dem Rettungsdienst nach sich ziehen. Zudem sehen wir ein großes Risiko in Direktverträgen der Kostenträger mit einzelnen Hilfsorganisationen, die die kommunale Steuerungsverantwortung für den Rettungsdienst unterlaufen und

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			eine Teilprivatisierung der Daseinsvorsorge begünstigen könnten. Die vorgesehene Schiedsstelle bietet aus Sicht der Kommunen keine ausreichende Sicherung der kommunalen Interessen und droht vielmehr langwierige, kostenintensive und konfliktbehaftete Verfahren zu erzeugen. Der Gesetzentwurf gibt außerdem keinen Ausblick darauf, welche Anteile des Rettungsdienstes über die Krankenkassen refinanzierbar sein sollten. Dies birgt die enorme Gefahr für die Träger bzw. Leistungserbringer, dass die Verträge nicht auskömmlich sein werden mit der Folge einer Unterfinanzierung bzw. Qualitätsabsenkungen aufgrund von Budget-Restriktionen. Die notwendigen Vorhaltungskosten würden von den Krankenkassen auf die Länder und Kommunen verlagert. Hier bedarf es einer klarstellenden Regelung. Aus dem Krankenhausbereich sind Fehlanreize bei der Finanzierung nach DRGs bekannt, bei denen die Finanzierung auch an einer aufwendigen Codierung hängt. Wenn die Vergütung der Kosten der Notfallrettung vergleichbar zur Finanzierung der Krankenhäuser erfolgen sollte, wird die aktuelle Gebührenhöhe mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr erreicht. § 133 Abs. 2 Satz 4 SGB V sieht die zwingende Berücksichtigung der Rahmempfehlungen bei den Verhandlungen zu Vergütung der Leistungen vor. Dieser Satz ist zu streichen, weil damit die Aufgabenverantwortung und die Erlösverantwortung auseinanderfallen. Es handelt

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			sich eben nicht um Empfehlungen, sondern um verbindliche Vorgaben. Unklar bleibt, wie die Einsatzkosten gegenüber den Nutzern des Rettungsdienstes abgerechnet werden, die nicht gesetzlich versichert sind (z. B. Patienten mit einer privaten Krankenversicherung, beihilfeberechtigte Personen, Sozialhilfeträger oder Menschen ohne entsprechende Absicherung). Da für diesen Personenkreis das Sachleistungsprinzip der gesetzlichen Krankenkasse nicht greifen dürfte, müsste ohne Rechtsgrundlage mit einer Vielzahl teils nicht näher bekannter Kostenträger (auch im Ausland) Leistungsvereinbarungen getroffen werden oder aber bei jedem Einsatz ein privater Behandlungs- und Transportvertrag abgeschlossen werden, um eine Kostenerstattung zu erhalten. Dies ist in der Praxis weder umsetzbar, noch kann auf Einnahmen dieses Personenkreises verzichtet werden, weil der Ausfall von Gebühren oder Benutzungsentgelten bei den Durchführenden zu einem Defizit führen würde, das im Zweifelsfall die zur Sicherstellung verpflichteten Kommunen zu tragen hätten. Mit Blick auf den nicht unter das Krankenversicherungsrecht fallenden Personenkreis sehen wir aus Gründen der verfassungsrechtlich verankerten Kompetenzordnung weiterhin eine landesgesetzliche Rechtsgrundlage zur Erhebung von Benutzungsgebühren oder -entgelten als notwendig an. Parallelregelung im SGB V und im Landesrecht halten wir nicht für zielführend, weil danach nicht alle Nutzer gleichmäßig in die Finanzierung einbezogen würden.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Vertragsschlüsse müssen gemeinsam und einheitlich erfolgen. Was konkret mit dieser Formulierung gemeint ist, bleibt offen. <u>Die Begriffe „Träger“ und „Leistungserbringer“ werden hier und an anderen Stellen teilweise synonym verwendet, entsprechen keiner inhaltlichen Stringenz oder sind nicht klar voneinander abgegrenzt.</u> Als kritisch wird die unklare Abgrenzung zur Gefahrenabwehr gesehen (Abs. 2), die jeweilige Kostendeckung muss aber zwingend gegeben sein: für diese Kosten werden Träger von Brandschutz, Katastrophenschutz sowie die Krankenkassen anteilig aufkommen müssen. Es gibt keine Kosten des Rettungsdienstes, die durch die öffentlichen Träger zu decken sind, ohne diese ggü. den Krankenkassen geltend machen zu können (Vorhaltefinanzierung muss gesetzlich verankert werden). Der Kostenteilungsschlüssel muss nach Aufwand für die jeweiligen Leistungen ausgerichtet sein. Kostendeckung der Maßnahmen nach SGB V durch die Erstattungen der Krankenkasse (mit Entgeltausgleich über die Jahre hinweg) muss festgeschrieben sein. Kosten, die außerhalb der Kontrolle der Leistungserbringer liegen, wie z.B. durch Anpassungen im Tarifrecht, müssen den Leistungserbringern erstattet werden. Die vorgesehene Rechtsänderung würde zu einem Auseinanderfallen von Aufgaben-, Kosten- und Erlösverantwortung führen. Die Entwicklung im Bereich der Krankenhausfinanzierung zeigt, wohin der Weg führt, wenn die Sozialversicherungsträger den Leistungsumfang und die dafür zu entrichtende Vergütung festlegen. Etliche private oder

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			frei-gemeinnützige Krankenhäuser sind bereits in die Insolvenz gerutscht. Kommunale Häuser können aktuell dank enormer Zuschüsse aus den kommunalen Haushalten noch erhalten werden. Wir befürchten die gleiche Entwicklung im Rettungsdienst, wenn freigemeinnützige Träger die Rettungswachen nicht mehr wirtschaftlich betreiben können und auf Zahlungen der zur Sicherstellung verpflichtenden Landkreise und kreisfreien Städte angewiesen sind.
	§ 133a	Gesundheitsleitsystem • 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	Die Idee eines Gesundheitsleitsystems aus Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116117 mit medienbruchfreiem Datenaustausch und abgestimmten Abfragesystemen wird begrüßt. Voraussetzung aus Sicht der Kommunen sind jedoch: • Die Entscheidungs- und Hoheitskompetenz für alle Gefahrenabwehrlagen verbleibt eindeutig bei den nach Landesrecht zuständigen Stellen (112/kommunale Träger). • Kooperationsvereinbarungen dürfen nicht zu faktischen Leitstellenfusionen oder Abhängigkeiten der kommunalen Leitstellen von KV-Strukturen führen. • Verbindliche, bundesweit vergleichbare Anforderungen an die Erreichbarkeit und an die Eintreffzeiten des aufsuchenden Dienstes sind vorzusehen; allein lokal verhandelbare Fristen bergen die Gefahr heterogener Standards und langwieriger Konflikte. • Die Schnittstelle ist ein verpflichtendes Muss. • Ein von der Rettungsleitstelle eingestufter minderdringlicher Einsatz, der an die Akutleitstelle der KV übermittelt wird, darf in

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		komplementären Diensten für vulnerable Gruppe oder krisenhafte Situationen • Bericht KBV zu Entwicklung der Gesundheitsleitsysteme	der Regel nicht wieder aufgewertet werden. Dies gilt auch für den umgekehrten Fall. Sollten solche Ausnahmefälle auftreten, müssen diese im gemeinsamen QM aufgearbeitet werden Zu Abs. 2: Die unmittelbare Fallübernahme und festgelegten Eintreffzeiten des aufsuchenden Dienstes werden begrüßt. Die Wahrscheinlichkeit, dass Hilfesuchende sich aufgrund langer oder unbekannter Eintreffzeiten des aufsuchenden Dienstes an die 112 wenden, wird verringert. Zu Abs. 3: Ein (gemeinsames) Qualitätsmanagement (QM) wird im Sinne von Vergleichbarkeit und Transparenz positiv bewertet. Hier wird vorausgesetzt, dass anfallende Personalkosten von den Krankenkassen getragen werden. Zu definieren ist, wer das QM finanziert. Grundsätzlich wird die Einbindung der Leitstellen und Rettungsdienste in die Telematikinfrastruktur begrüßt, da so die Besonderheiten des Patienten (z.B. Medikamente und Vorerkrankungen) berücksichtigt werden können. Es wird nicht aufgezeigt, auf welche Weise Rettungsleitstellen in die Telematikinfrastruktur eingebunden werden, da beim Notruf keine Karten eingelesen werden. Es würde zusätzlich Sinn ergeben, wenn die Rettungsleitstellen und Rettungsdienste hierüber anonymisiert QM-Rückmeldungen bekämen, ob z.B. Reanimationen am Telefon mit nachfolgender Behandlung einschließlich Transport in die geeignete nächstgelegene Klinik erfolgreich waren oder nicht. Das ist leider im Gesetzentwurf nicht vorgesehen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Abs. 4: Die Formulierung „Sie sollen medizinische komplementäre Dienste und sonstige komplementäre Dienste für vulnerable Gruppen oder krisenhafte Situationen vermitteln, soweit diese verfügbar sind“ respektiert offensichtlich das weiterhin bestehende Problem der weit verbreiteten Nichtverfügbarkeit bzw. des Nichtvorhandenseins dieser Dienste in vielen Regionen Deutschlands. Durch diese Nichtverfügbarkeit kommt es in der Realität somit nur in ganz wenigen Regionen zu Entlastungen des Rettungsdienstes. In allen anderen Regionen führen diese Bestimmungen zu keinerlei Entlastungen des Rettungsdienstes. Die Ausführungen in den Erläuterungen zu Abs. 4 auf Seite 81 sind insofern irreführend. Das Ersteinschätzungsverfahren soll bundesweit einheitlich und standardisiert sein. Dies ist unzureichend und für die Aufgabenstellung in der Beschreibung so nicht geeignet. Die KV hat ein Ersteinschätzungsinstrument mit genau diesem Wortlaut vor Jahren etabliert. Dieses besteht aus einer eindimensionalen Abfrage nach Symptomen und Beschwerden, die eine Handlungshilfe für den Abfragenden darstellen sollen, um zu entscheiden, ob die Patientin/ der Patient in eine Notaufnahme transferiert werden soll. Dies beinhaltet keine physiologischen Parameter. Mit einer durch wissenschaftliche Analysen und Evidenz entwickelten Ersteinschätzung ist das nicht vergleichbar und nicht gleichzusetzen. Diese Systeme (Bsp. Manchester Triage System, MTS) sind zur Einschätzung der Dringlichkeit entwickelt worden und werden erst nach entsprechender Schulung angewendet. Hier bedarf es eines einheitlichen und standardisierten

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Ersteinschätzungswerkzeugs, welches auf dem Boden von Evidenz und wissenschaftlichen Grundlagen entwickelt wurde. Das in der Akutleistelle eingesetzte Personal muss zwingend im Bereich Notfallmedizin über eine adäquate Qualifikation verfügen und analog zu Leitstellendisponenten von Rettungsleitstellen eine Ausbildung verfügen. Es ist nicht ausreichend medizinische Fachangestellte ans Telefon zu setzen. Ebenfalls ist die Qualifikation der durch die KV eingesetzten Ärztinnen/ Ärzte zu hinterfragen. Auch hier ist zwingend ein Bezug zur Notfallmedizin sinnvoll und erforderlich.
	§ 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	Wir lehnen die Ausgestaltung des Gremiums nach § 133b in der vorliegenden Form ab. Die Kostenträger erhalten hier faktisch die Dominanz über die Leistungsinhalte der medizinischen Notfallrettung, während Vertreter der kommunalen Träger, der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst und der wissenschaftlichen Fachgesellschaften nur eingeschränkt oder ohne Stimmrecht beteiligt sind. Das ist angesichts der Rolle der Kommunen als Träger des Rettungsdienstes weder sinnvoll noch zielführend. Die Zusammensetzung und Entscheidungsfindung innerhalb des Gremiums würden den bestehenden Realitäten nicht gerecht: - Die paritätische Besetzung mit Vertretern der Krankenkassen und Länder, jeweils eine Stimme pro Land unabhängig von der Größe und der Einwohnerzahl des Landes, würde der Bedeutung der Entscheidung nicht gerecht.

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	- Die Kommunalen Spitzenverbände hätten weder Veto- oder Stimmrecht, noch wären sie als beratende Mitglieder vorgesehen. Damit würden die kommunalen Interessen nicht berücksichtigt. - Das Bundesministerium für Gesundheit könnte Empfehlungen im Benehmen mit Beteiligten erstellen, wenn Fristen nicht eingehalten würden. Da kein Einvernehmen vorausgesetzt wäre, könnte diese Regelung die Länderkompetenz komplett aushöhlen, wenn die Krankenkassen blockieren, weil ggf. der Bund alleine über die Empfehlung entscheiden würde. - Diese Regelung über bundesrechtliche Rahmenempfehlungen dürfte das Konnexitätsprinzip aushöhlen. - Die Ansiedlung des Gremiums beim Spitzenverband Bund erscheint unangemessen. Hier sollte eine in der Sache unparteiischere Instanz eingesetzt werden. Zudem greifen bundesweit verbindliche detaillierte Rahmenempfehlungen tief in die länderrechtlich geregelten Strukturen ein und übersteigen die Bundeskompetenz in diesem Bereich.
	§ 133c	Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende digitale Notfalldokumentation für alle Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätennachweises für	Wir unterstützen den Ansatz einer verbindlichen digitalen Notfalldokumentation, eines Kapazitäten-Nachweises und der TI-Anbindung, sofern die Finanzierung dauerhaft gesichert ist. Die vorgesehene Förderung aus dem Bundessondervermögen (2027–2031) ist ein wichtiger Impuls, allerdings zeitlich befristet. Es ist sicherzustellen, dass:

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung • Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme	• die laufenden Betriebs- und Wartungskosten von den Kommunen getragen werden, • die Daten, die zur Qualitätssicherung erhoben werden, den Aufgabenträgern vollumfänglich zur eigenen Steuerung zur Verfügung stehen, • zusätzliche Bürokratie durch Mehrfachberichte vermieden wird, • Die in den Ländern verwendeten Behandlungskapazitätennachweise untereinander über Schnittstellen einen Datenaustausch gewährleisten müssen. Dieses gilt auch über Ländergrenzen hinaus. In die Behandlungskapazitätennachweise müssen auch die Bereitschaftspraxen der kassenärztlichen Versorgung und die Integrierten Notfallzentren einbezogen werden können, • Die Nutzung der Telematikinfrastuktur für die Integrierten Leitstellen nicht als verpflichtend eingeführt werden darf. Vielmehr muss ein einheitlicher Schnittstellenstandard, aktuell ist der Standard UCRI, für die Kommunikation zwischen den Integrierten Leitstelle und den Akutleitstellen der landesweit zur Verfügung stehende Schnittstellenstandard sein, auf den sich die Systemhersteller beider Seiten geeinigt haben. Aktuell laufen Planungen, auch in Abstimmung mit dem AK V der IMK, das Angebot der Branddirektion München zu nutzen, die bundesweite Vernetzung der Integrierten Leitstellen über das in Bayern bereits in Umsetzung befindliche Responsystem zu

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			realisieren. Entsprechende Abfragen bei den Ländern laufen aktuell. Es wird insbesondere die konsequente Umsetzung notwendig sein, um die Systeme im Sinne des Patientenwohls zu betreiben. Bereits vorhandene Systeme müssen ausreichend berücksichtigt werden. Jedoch werden hier verpflichtende Vorgaben für Leistungserbringer der Notfallrettung aufgeführt, die im Rahmen der Finanzierung nicht grundsätzlich Inhalt der Leistung sind, vgl. Abs. 2 Nr. 2. Diese bedürfen einer weiteren Zuweisung durch die zuständigen Landesbehörde nach § 133g und können damit nicht von vornherein verpflichtend dargestellt werden. Zu Abs. 1: Wer bezahlt den lesenden Zugriff der Akutleitstelle auf den Bettenversorgungsnachweis? Zu Abs. 3: Wer trägt die Kosten für Schnittstellen bei Integration der Telematik in Rettungsleitstelle und Rettungsdienste?
	§ 133d	Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form durch Datenstelle beim GKV-SV	Sofern sich § 133d auf den § 133b und die darin zu erlassenden Rechtsverordnungen bezieht, dürfte eine Leistungsüberprüfung der medizinischen Notfallrettung nicht in der Kompetenz des Bundes liegen und damit eine Datenübermittlung zur Qualitätssicherung nicht rechtmäßig sein. Leistungen des Rettungsdienstes unterliegen nicht dem Spitzenverband des Bundes der Krankenkassen. Zudem wird in Absatz 1 eine direkte Verpflichtung an die nach Landesrecht zu be-

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			stimmenden Leistungserbringer formuliert. Dies scheint ein unzulässiger Eingriff in die Regelungskompetenz der Länder zu sein. Dem Grunde nach wird jedoch begrüßt, die rettungsdienstlichen Daten auszuwerten, solange daraus keine weiteren Dokumentations- und Berichtspflichten erwachsen, sondern die Daten in bereits bestehenden Berichten eingearbeitet werden. Zudem müsste der Aufwand dafür dem Träger des Rettungsdienstes erstattet werden. Gemäß den Beschlüssen des Ausschusses Rettungswesen der Länder wurden in den einzelnen Bundesländern zentrale Qualitätssicherungsstellen eingerichtet, oder deren Einrichtung erfolgt gegenwärtig. Das bestehende Länder-Qualitätsbenchmarking im Rettungsdienst (LQB-RD) mit einheitlich entwickelten Qualitätsindikatoren (https://lqb-rd.inm-online.de/) bildet eine funktionierende und nahezu bundesweit anerkannte Struktur zur Datenerhebung, -auswertung und zum Benchmarking. Die Implementierung einer zusätzlichen, bundesweiten Datenstelle gemäß § 133d würde zu redundanten Strukturen, Parallelprozessen und einem signifikanten Zusatzaufwand insbesondere bei den Leistungserbringern führen, ohne dass ein evidenter Mehrwert gegenüber dem bestehenden, föderalen QS-System erkennbar wäre.
	§ 133e	Verpflichtender Anschluss an TI für Leistungserbringer der medizinischen	Die Rettungsdienste verfügen über einen hohen Technisierungsgrad, die Anbindung an die TI wird grundsätzlich begrüßt. Für

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Notfallrettung und Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten, Finanzierungsvereinbarung von GKV-SV, PKV-Verband sowie maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene	Rettungsleitstellen macht die Anbindung nur Sinn, wenn auf die ePA zurückgegriffen werden kann, sonst kostet es nur Geld. Auch hier muss jedoch wieder auf die Gesetzgebungskompetenz für den Rettungsdienst verwiesen werden, der bei den Ländern liegt. Weisungen zur Vorhaltung zur Erbringung von Leistungen des Rettungsdienstes und in diesem Zusammenhang erfüllungsnotwendige Aufgaben liegen allein beim Landesgesetzgeber. Die Finanzierung von Aufgaben des Rettungsdienstes über nicht für diese Aufgabenerfüllung festgelegte Pauschalen der Krankenkassen zu knüpfen (Abs. 2) und diese auf Bundesebene festzulegen kann nicht akzeptiert werden. Die verschiedenen Finanzierungskonzepte erschweren auf Trägerebene eine auskömmliche Finanzierung und stellen einen schweren Eingriff in die Regelungskompetenzen dar.
	§ 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	Aus Sicht des Rettungsdienstes zu begrüßen. Die hierfür notwendigen Aufwendungen sind vollständig zu refinanzieren. Die Kosten bisheriger Systeme müssen als Vertragskosten weiter anerkannt werden (Abschreibungen). Es muss sichergestellt werden, dass die Investitionsmittel ausreichend bemessen sind (ggf. Nachfinanzierung). **Ein gesondertes Förderverfahren erfordert ein Mehr an Bürokratie, besser wären entsprechende Zuweisungen an die Länder zur zweckgebundenen Verwendung.**

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Bezeichnete Investitionen können ausschließlich über diesen Weg gefördert werden	Anträge für Fördermittel für das Jahr 2027 verbindlich vorzuschreiben, wobei die Richtlinie hierzu erst Mitte des Jahres 2027 erstellt wird, ist haushaltsrechtlich nicht darstellbar und zu eng terminisiert. Zumal die technischen Parameter für die Digitalisierung nach derzeitigem Kenntnisstand nicht feststehen. Investitionen im Rahmen der Finanzierung nach § 133 werden dabei komplett ausgeschlossen. Dies ist nicht hinnehmbar.
	§ 133g	Koordinierende Leitstelle: Möglichkeit für Landesbehörden, einer einzelnen Leitstelle überregionale Aufgaben zuzuweisen	Diese Regelung erscheint überflüssig, da die Landesbehörden nach Landesrecht schon lange die Möglichkeit haben und diese auch nutzen. Die Koordination bei Großschadenslagen obliegt im Regelfall den zuständigen Behörden nach Katastrophenschutzrecht. Hierzu gibt es in den jeweiligen Landesgesetzen enthaltene Regelungen und Beauftragungsmöglichkeiten (z. B. Krankenhausalarm- und Einsatzplanung, MANV-Planung). Der Punkt 1 sollte daher ersatzlos gestrichen werden.
19	§ 140f	Antragsrecht Patientenvertretung	Keine Anmerkungen
20	§ 291b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	Keine Anmerkungen
21	§ 294a	Mitteilungspflicht zu vorrangigen Schadensersatzansprüchen auch für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung	Keine Kommentare

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
22	§ 302	Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Datenübermittlungspflicht	Aus Sicht des Rettungsdienstes zu begrüßen. Die hierfür notwendigen Aufwendungen sind vollständig zu refinanzieren. Der vorgesehene Verzicht auf eine ärztliche Verordnung von Krankenbeförderungen ist besonders positiv. Diese Forderung wird seit Langem von den Trägern erhoben und ist bisher vor allem am Widerstand der Kostenträger gescheitert. Die vorgesehene Änderung reduziert Bürokratie, erhöht die Rechtssicherheit und erleichtert eine sachgerechte, an der medizinischen Notwendigkeit orientierte Beförderung. Die Kostenabrechnung muss praktisch auch möglich sein, wenn die Datensätze nicht vollständig erhoben werden können. Bei der Abrechnung von Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 wird abweichend zu Satz 1 anstatt der Arztnummer des verordnenden Arztes und der Verordnung des Arztes mit der Diagnose und den erforderlichen Angaben über den Befund das Ergebnis der Notrufabfrage sowie eine eineindeutige Fallidentifikationsnummer übermittelt. Hier wäre zu klären, wo diese herkommt. Zudem weisen wir darauf hin, dass digital gezeichnete Transportverordnungen von den Krankenkassen nicht flächendeckend und insbesondere nicht medienbruchfrei akzeptiert werden. Hierauf ist im Verfahren dringend hinzuwirken, da der Paragraf sonst ins Leere läuft.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
23	§ 354	Fernzugriff auf ePA durch Leitstellen	Den Fernzugriff der Leitstellen auf die elektronische Patientenakte und den Aufbau eines bundesweiten AED-Katasters bewerten wir positiv, da hierdurch Disposition und Laienreanimation verbessert werden können. Entscheidend sind datenschutzkonforme, praxistaugliche Verfahren sowie eine klare Regelung der Meldewege (z. B. verbindliche Einbindung der Hersteller, Lieferanten oder Betreiber bei AED-Meldungen) und keine zusätzliche Belastung der kommunalen Träger durch Meldepflichten ohne Gegenfinanzierung.
24	§ 370a	Redaktionelle Folgeänderung	Keine Anmerkungen
25	§ 377	Redaktionelle Folgeänderung	Keine Anmerkungen
26	§ 394	Errichtung eines bundesweiten, öffentlich zugänglichen Katasters automatisierter externer Defibrillatoren (AED), die für die Benutzung durch Laien vorgesehen sind	Die Einrichtung eines AED-Katasters und die Schaffung interoperabler Schnittstellen sind aus Sicht des Rettungsdienstes zu begrüßen, da so die Standortdaten der Geräte einheitlich erfasst und zuverlässig in Ersthelfer-Apps berücksichtigt werden können. Die hierfür notwendigen Aufwendungen sind vollständig zu refinanzieren.
			Art. 2: Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
	§ 75	Modifizierte Berichtspflichten der KBV aufgrund der Einführung der Akutleitstellen	Keine Anmerkungen
			Art. 3: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 12b	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	Es muss gewährleistet sein, dass die Krankenhausfinanzierung die erheblichen Mehrbelastungen durch INZ- und KINZ-Strukturen (Personal, IT, Infrastruktur) adäquat berücksichtigt.
			Art. 4: Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
	§ 3	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	Keine Einwände
			Art. 5: Änderung des Apothekengesetzes
1	§ 12b	Versorgungsvertrag zur Versorgung von Notdienstpraxen in INZ mit Arzneimitteln zwischen Apothekeninhaber, KV und beteiligtem Krankenhaus	Damit die integrierten Notfallzentren besser versorgt werden können, sollte es den Krankenhäusern – und damit ihren Klinikapotheken – ermöglicht werden, die Notfallambulanzen und die INZ über einen vernetzten klinisch-pharmazeutischen Service sowie eine koordinierte Arzneimittelversorgung zu unterstützen. Dies ist aus Patientensicherheit und Arzneimitteltherapiesicherheit der sich in enger Zusammenarbeit befindlichen Strukturen sinnvoll. Da ärztliches und pflegerisches Personal in beiden Bereichen eingesetzt wird, führt eine einheitliche Versorgung zu einer verbesserten Versorgung.
2	§ 20	Pauschaler Zuschuss für Apotheken mit Versorgungsvertrag	Keine Einwände

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 25	Ordnungswidrigkeit	Keine Einwände
			Art. 6 Änderung der Apothekenbetriebsordnung
1	§ 1a	Notdienstpraxenversorgende Apotheken	Aus unserer Sicht zu begrüßen.
2	§ 3	Vorgaben zum Personal auch für notdienst-praxenversorgende Apotheken	Aus unserer Sicht zu begrüßen.
3	§ 4	Erlaubnis zweiter Offizin mit Lagerräumen am INZ-Standort	Aus unserer Sicht zu begrüßen.
4	§ 23	Dienstbereitschaft notdienstpraxenversor-gender Apotheken	Aus unserer Sicht zu begrüßen.
			Art. 7: Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung
1	§ 12	Folgeänderung zu § 394 SGB V und § 17a Medizinprodukte-Betreiberverordnung	Aus unserer Sicht zu begrüßen.
2	§ 17a	Meldeverpflichtung für Bertreiber von auto-matisierten externen Defibrillatoren (AED) an das AED-Kataster	In Verbindung mit §394 zu befürworten, jedoch nur bei AED, die öf-fentlich zugänglich sind (z.B. keine AED im Rahmen der privaten Ar-beitgebervorsorge).
			Art. 8: Änderung des Betäubungsmittelgesetzes

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
1	§ 4	Ausnahme von der Erlaubnispflicht für die Ausfuhr und Einfuhr von Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf in angemessenen Mengen	Aus Sicht des Rettungsdienstes zu begrüßen. Die hierfür notwendigen Aufwendungen sind vollständig zu refinanzieren.
2	§ 11	Erweiterung der Verordnungsermächtigung auf Regelungen über das Mitführen von Betäubungsmitteln auf Fahrzeugen des Rettungsdienstes im grenzüberschreitenden Verkehr	Aus Sicht des Rettungsdienstes zu begrüßen. Die hierfür notwendigen Aufwendungen sind vollständig zu refinanzieren.
			Art. 9: Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung
1	§ 13	Ausnahme für Durchfuhr einer angemessenen Menge an Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf auf dem Fahrzeug eines ausländischen Rettungsdienstes	Aus Sicht des Rettungsdienstes zu begrüßen. Die hierfür notwendigen Aufwendungen sind vollständig zu refinanzieren.
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	Aus Sicht des Rettungsdienstes zu begrüßen. Die hierfür notwendigen Aufwendungen sind vollständig zu refinanzieren.
			Art. 10: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 19a	Gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe	Keine Anmerkungen
			Art. 11: Inkrafttreten
			Die jeweiligen Zielstellungen sind knapp bemessen.
	Ggf. weitere Anmerkungen	Begrifflichkeiten: Zu Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand	**Rettungsleitstelle:** Der Begriff Rettungsleitstelle entspricht nicht mehr der aktuellen Realität in Deutschland. Die Koordinierung von Rettungsdienst und Feuerwehr in Integrierten Leitstellen für Rettungsdienst und Gefahrenabwehr hat sich bewährt, daher schlagen wir vor, den Begriff „Integrierte Leitstelle“ statt „Rettungsleitstelle“ im Gesetzentwurf zu verwenden. **Leistungserbringer:** Die Sicherstellung der Notfallrettung erfolgt durch die Träger des Rettungsdienstes und nicht durch die Leistungserbringer, da es sich um einen öffentlich-rechtlich hoheitlichen Auftrag handelt (vgl. RDG M-V), auch ggü. Diesem besteht der Anspruch des Versicherten. Dies muss in der Novelle ausreichend berücksichtigt werden. Auflistung, Quantifizierung und Bewertung von Kostenbelastungen im Gesetzentwurf sind in erheblichem Maße unvollständig und dadurch irreführend. So wird ein Einsparpotenzial von 370 Millionen Euro beziffert, wenn anstatt Rettungswagen „kostengünstigere (Seite 48, Abs. 2)“ Fahrzeuge des Krankentransportes und Krankenfahrten

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			eingesetzt werden. Hinzu sollen Einsparungen von 173 Millionen Euro kommen, die eingespart werden, wenn der Rettungsdienst auf den Transport verzichtet und die Versicherten zu Hause lässt. Schon jetzt werden in einzelnen Ländern Krankentransportwagen im Krankentransport eingesetzt. Ebenfalls erfolgt häufig ein Transport von Versicherten in eine Behandlungseinrichtung nur dann, wenn eine ambulante oder stationäre Behandlung notwendig ist. Die These, dass der Rettungsdienst keine ambulanten Versorgungen aufgrund der fehlenden Kostenerstattung durchführt, ist fehlerhaft. Schon heute werden bis zu 25% der Patienten ambulant versorgt. Diese Kosten fließen in das Budget ein, auch wenn sie nicht direkt dem Bürger in Rechnung gestellt werden. Daher ist die Annahme hier im relevanten Umfang Kosten einsparen zu können nicht korrekt. Folglich existiert im Rettungsdienst kein derartiges Einsparpotential. Zugleich bleibt völlig unklar, auf welcher Grundlage derartige Einsparpotentiale grundsätzlich berechnet wurden. Aus der rettungsdienstlichen Praxis lassen sich derartige Einsparpotentiale nicht nachvollziehen. Durch den Verzicht auf die Verordnung einer Krankenbeförderung sollen in wenigen Jahren Bürokratiekosten in der Höhe von über 200 Millionen Euro im Jahr eingespart werden. Demgegenüber soll der Aufbau des medizinischen Dienstes nur 98 Millionen Euro im Jahr kosten. Offen bleibt, warum der Aufbau des medizinischen Dienstes in den kommenden Jahren gleichbleibend 98 Millionen Euro pro Jahr kosten wird.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Für Länder und kommunale Rettungsdienstträger bleibt – wie bei den vorherigen Referentenentwürfen –, dass eine derartige Reform erhebliche Auswirkungen auf die rettungsdienstliche Finanzierung haben wird. Grund dafür ist, dass der Referentenentwurf viel Auslegungsspielraum darüber zulässt, welche Leistungen und in welchem Umfang zukünftig von der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren sind. Hier kommt es ggf. auch zu einem Auseinanderdriften von Bundes- und Landesvorgaben. Ausgehend von dem Referentenentwurf muss davon ausgegangen werden, dass der Finanzierungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung reduziert werden soll. Hier stellt sich die Frage, wer dann die Finanzierungslücke zu tragen hätte. Davon ausgehend, dass der Referentenentwurf keine Aussage zulässt, was zukünftig von den gesetzlichen Krankenversicherungen zu finanzieren sei, ist eine Quantifizierung der Kosteneinsparungen auch gar nicht möglich. Ausgehend von den bisherigen Referentenentwürfen, in denen z. B. eine Trennung der Finanzierung von Betriebs- und Investitionskosten vorgesehen war, kann nicht ausgeschlossen werden, dass auch mit dem aktuellen Referentenentwurf ein derartiges Ziel verfolgt wird. Zumindest schließt der Referentenentwurf derartige Möglichkeiten nicht aus. Insofern ist kritisch darauf hinzuweisen, dass es vielfach auch um eine Kostenverschiebung (z. B. hinsichtlich einer Finanzierung durch die Länder) gehen würde, nicht aber um Einsparungen.