Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: Fachverband Leitstellen e.V.

Datum: 02.12.2025

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 27	Folgeänderung zu § 30 SGB V	Die präzisere Festlegung rettungsdienstlicher Leistungen als eigener Leistungsanspruch der Versicherten im SGB V ist sinnvoll. Zugleich muss gewährleistet bleiben, dass die Träger des Rettungsdienstes weiterhin eine stabile Finanzierung für eine verlässlich verfügbare Rettungsmittelvorhaltung erhalten. Falls das Notfallgesetz in erster Linie darauf abzielt, regionale Abrechnungsprobleme zu lösen, ist der vorliegende Entwurf dafür nicht ausreichend, da zugleich zahlreiche neue Auslegungsprobleme durch unpräzise Formulierungen geschaffen 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	Die Formulierung des rettungsdienstlichen Notfalls („unmittelbare Lebensgefahr oder lebensbedrohliche Verschlechterung“) reduziert den Anspruch der Versicherten auf Situationen, in denen eine akute, objektiv feststellbare Gefährdung vorliegt. Daraus ergibt sich zwingend: Leitstellen müssen „triagieren“, also nach festgelegten, standardisierten Kriterien entscheiden, und das Personal muss speziell dafür geschult sein, solche Konstellationen sicher zu erkennen. In dieser Phase sind standardisierte Notrufabfrageprotokolle (SNAP) unverzichtbar. Der Rettungsdienst übernimmt das Notfallmanagement, die medizinische Versorgung am Einsatzort und den Transport. Fälle, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, sind konsequent an andere Versorgungssysteme (KV, INZ, 116117) zu übergeben. Eine klare Abgrenzung stärkt zwar die Rechtssicherheit, setzt aber präzise Kriterien, funktionierende Schnittstellen und tragfähige Strukturen außerhalb des engen Notfallbegriffs

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		digitalen 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	voraus. Zudem muss gewährleistet sein, dass die ”Abgabe” der Fälle zuverlässig funktioniert und die ”aufnehmenden Strukturen” die weitere Bearbeitung tatsächlich zeitgerecht übernehmen und zuverlässig leisten können. Damit wird der Auftrag des Rettungsdienstes noch deutlicher auf lebensbedrohliche Ereignisse fokussiert – also auf das, was schon immer den Kern seiner öffentlichen Aufgabe ausmachte. Gleichzeitig besteht das Risiko, dass diese enge Ausrichtung eine notwendige Weiterentwicklung des Rettungsdienstes behindert, insbesondere im Bereich vorsorgender oder niedrigschwelliger Leistungen. Der einklagbare Anspruch auf medizinische Notfallrettung ist grundsätzlich zu begrüßen. Einen eigenständigen Leistungsbereich für eine spezielle ambulante Notfallversorgung (SANV) zu schaffen ist notwendig. Damit würden präventive, patientennahe Formate wie der Gemeindenotfallsanitäter (rettungsdienstlich qualifizierte Single Responder) etc. strukturell und finanziell abgesichert. Das Notfallmanagement und die notfallmedizinische Versorgung muss auch Ressourcen umfassen, die eine Vorortbehandlung der Notfallpatientinnen und -patienten ermöglichen. Dazu sind zusätzliche niederschwellige Einsatzmittel wie beispielsweise o.g. Gemeindenotfallsanitäter (rettungsdienstlich qualifizierte Single Responder) oder vergleichbare Strukturen flächendeckend zu etablieren. Die Möglichkeit Akutfachkräfte aus dem Bereich der Pflege zu alarmieren, muss geschaffen werden. Das gleiche gilt für eine vorhaltefinanzierte Bereitstellung von Akutplätzen in Einrichtungen der Altenpflege, um die Kliniken zu entlasten. Die neu eingeführte Begrenzung von Transporten nach Absatz 5 auf Einrichtungen, die für eine notfallmedizinische Weiterbehandlung geeignet sind, erzeugt zusätzliche Unschärfen und verdeutlicht den Bedarf an eindeutigen Fallabgrenzungen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die digitale Vernetzung über Ebenen der Rettungskette wird ausdrücklich begrüßt. Unklar ist wie die Integrierten Leitstellen ein telemedizinisches Angebot bereits im Notruf vermitteln sollen. Es ist zu klären, ob dieses Angebot vom Aufgabenträger des Rettungsdienstes oder (wenn abweichend) vom Aufgabenträger der Integrierten Leitstelle bereitzustellen ist. Anstelle der Formulierung: *”in die grundsätzlich nächste geeignete Versorgungseinrichtung oder die aus zwingenden medizinischen Gründen erforderliche Verlegung von einer Einrichtung in eine andere Einrichtung, bei der aus medizinischer Sicht die Beförderung mit einem qualifizierten boden- oder luftgebundenen Rettungsmittel erforderlich ist.”* sollte die folgende Fassung gewählt werden: *”in eine nächstgelegene geeignete Versorgungseinrichtung oder die aus zwingenden medizinischen Gründen erforderliche Verlegung von einer Einrichtung in eine andere Einrichtung, bei der aus medizinischer Sicht die Beförderung mit einem qualifizierten boden- oder luftgebundenen Rettungsmittel erforderlich ist.”* Die vom Bundesrat geforderte Einführung eigener Abrechnungspositionen für Leistungen jenseits des eigentlichen Transports – etwa Leitstellenleistungen, medizinische Versorgung am Einsatzort oder telemedizinische Unterstützung – ist ausdrücklich zu unterstützen. Nur mit einer solchen Differenzierung lässt sich der Rettungsdienst als medizinischer Leistungserbringer dauerhaft solide finanzieren und weiterentwickeln. Systematische und verbindliche Vergütungen sollten daher nicht allein den Transport betreffen, sondern ebenso:

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			• Leistungen der Leitstelle • Patientenversorgung am Einsatzort • Telemedizinische Leistungen • Transporte in ambulante Strukturen. Diese Bereiche müssen im § 60 SGB V als eigenständige Abrechnungspositionen verankert werden. Grundlegend braucht es eine klare Festlegung, welche Aufgaben der Rettungsdienst übernehmen soll – und welche nicht. Allgemein weisen wir darauf hin, dass der Begriff “Rettungsleitstelle” nicht mehr der aktuellen Leitstellenwirklichkeit in Deutschland entspricht. Die Koordinierung von Rettungsdienst **<u>und</u>** Feuerwehr in Integrierten Leitstellen und deren Erreichbarkeit unter dem europaweiten Notruf 112 hat sich in der Bevölkerung erfolgreich etabliert und darf nicht wieder divergiert werden. Dieses Ziel würde mit der Verwendung der Bezeichnung „Integrierten Leitstelle“ unterstrichen. Wir verwenden daher im weiteren Verlauf der Stellungnahme die Bezeichnung „Integrierte Leitstelle“ und meinen damit die in Deutschland real zu 100 % vorzufindende Leitstellenform. Eine moderne und vernetzte notfallmedizinische Versorgung beginnt mit der Ermittlung des individuellen medizinischen Risikos des jeweiligen Hilfeersuchens. Dafür sind standardisierte Notrufabfrageprotokolle in den Integrierten Leitstellen (112) verbindlich einzusetzen. Die Integrierten Leitstellen müssen in die Lage versetzt werden, Rettungsmittel bedarfsgerecht und optimal auf den Fall bezogen disponieren zu können. Wichtig ist dabei, dass nicht zwingend die Telematikinfrastuktur zu nutzen ist. Vielmehr muss ein einheitlicher Schnittstellenstandard, aktuell ist es der Standard UCRI für die Kommunikation zwischen den ILS und den Akutleitstellen der landesweit zur Verfügung stehende Schnittstellenstandard, auf den sich die Systemhersteller beider Seiten geeinigt haben. UCRI steht für *Universal Control Room Interface* (Universelle Leitstellenschnittstelle) und ist ein Kommunikationsstandard, der die

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Vernetzung von Leitstellen, insbesondere von kassenärztlichen Leitstellen und öffentlichen Integrierten Leitstellen, ermöglicht. Ziel ist ein reibungsloserer und standardisierter Austausch von Einsatzdaten, um die Zusammenarbeit zu verbessern und Abläufe zu optimieren. Es wird aktuell für die Integrierten Leitstellen kein operativer Mehrwert gesehen, an die Telematikinfrastruktur angeschlossen zu werden. So bietet die Nutzung der elektronischen Patientenakte in einer Integrierten Leitstelle bei Nutzung eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahren keinen entscheidenden Mehrwert. Die technische Beschränkung der Vernetzungsoptionen auf die Telematikinfrastruktur führt voraussichtlich zu einer verzögerten Umsetzung und deckt nicht alle Leistungsmerkmale einer Leitstellenvernetzung für Integrierte Leitstellen ab. Die Rettungsdienste und die Integrierten Leitstellen sollen dazu verpflichtet werden, Daten über durchgeführte Reanimationen für medizinische Register bereitzustellen. In § 30 Abs. 4 erfolgt die Ausweisung der Versorgung vor Ort als neu (beim RTW alleine) zu vergütende Leistung. Damit werden die medizinischen Leistungen des Rettungsdienstes vom reinen Fahrkostenersatz entkoppelt und als Teil der Krankenbehandlung etabliert. Ein Anspruch besteht demnach, wenn ein rettungsdienstlicher Notfall anhand einer objektivierten Ex-ante-Betrachtung vorliegt. Dafür müssen hinreichende Anhaltspunkte für eine unmittelbare Lebensgefahr, eine lebensbedrohende Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder schwere gesundheitliche Schäden eintreten, sofern keine unverzügliche medizinische Versorgung erfolgt. Krankenfahrten sollten auch durch die Integrierten Leitstellen veranlasst werden können, wenn bei der Anwendung des digitalen Ersteinschätzungsverfahren bzw. das 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. Die Sicherstellung telefonischer Anleitung zu lebensrettenden Sofortmaßnahmen und die Einbindung von Ersthelfern durch auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme wird ausdrücklich begrüßt und als absolut notwendig eingestuft.
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	(2) 5. Hier muss deutlicher ausgeführt werden, dass die zu verwendende digitale Ersteinschätzung bzw. das standardisierte Notrufabfrageprotokoll (SNAP) sowohl für die Integrierten Leitstellen als auch für die Akutleitstellen gemeint ist. Beide Stellen müssen je nach regionale Regelegung diese Fahrten disponieren können. (4) Es muss regional, lokal oder aber auch landesweit die Möglichkeit eingeräumt werden, diese Fahrten über die Integrierten Leitstellen anzunehmen (digital, telefonisch), um sie dann an Leistungserbringer unter Wahrung des Wettbewerbsrechts (z. B. Krankenfahrten) weitergeben zu können. (2) Verlegungstransporte zur Freimachung von Zentrumskapazitäten Im § 60 Abs. 2 Nr.2 wurde neu die Möglichkeit geschaffen, dass Patienten aus Krankenhäusern einer höherer Versorgungsstufe in eine niedrigere Versorgungsstufe verlegt werden können, wenn sie die Zentrums-kapazitäten nicht mehr benötigen. Das ist eine absolute Verbesserung! Bislang war dies stellenweise nahezu unmöglich, da die noch geltende Regelung für eine solche Verlegung der Zustimmung der Krankenkasse bedurfte. Disponible und nicht-disponible Krankentransporte

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Im neuen § 60 wird nach wie vor keine Unterscheidung zwischen disponiblen (=planbaren) und nicht-disponiblen (=nicht planbaren) Krankentransporten vorgenommen. Positiv kann hierbei allerdings hervorgehoben werden, dass im § 60 Abs. 2 Nr. 5 ein Krankentransport in ein integriertes Notfallzentrum (INZ) ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse erfolgen kann, wenn er von der Leitstelle mittels standardisierter Abfrage „verordnet“ wurde. Auch das stellt eine deutliche Verbesserung dar. Mit der Einführung der Krankentransportrichtlinie des G-BA im Jahr 2005 wurde bei Krankentransporten zu einer ambulanten Behandlung (zu einer Arztpraxis grundsätzlich, aber auch zu Krankenhäusern, wenn die Abklärung ex post zu einer ambulanten Behandlung führte) eine sogenannte Vorabgenehmigung durch die Krankenkasse eingeführt. Dies hat dazu geführt, dass Krankentransportwagen (KTW) für Hilfeersuchen über die 112 als nicht-disponible Krankentransporte aus dem Einsatz bei weniger dringlichen bzw. unklaren Hilfeersuchen (einfachere Verletzungen oder Akutfälle z.B. in der Öffentlichkeit = nicht-disponible Krankentransporte) über die Notrufnummer 112 praktisch nicht mehr eingesetzt werden konnten, da sie gerade bei einfacheren Fällen häufig zu einer ambulanten Behandlung nach Abklärung im Krankenhaus führt und demzufolge der Krankentransport ohne Vorabgenehmigung nicht bezahlt wurden. Solche nicht-disponiblen Krankentransporte fallen allerdings in der Realität rund um die Uhr an. Die für die Vorabgenehmigungen zuständigen Krankenkassen sind aber nur zu den regulären Verwaltungsöffnungszeiten erreichbar (auch hier gibt es regionale Unterschiede). Aus diesen Gründen werden seitdem, in vielen Ländern praktisch nur noch RTW für Hilfeersuchen über den Notruf 112 eingesetzt. Dies kann auch den übermäßigen Anstieg der Einsatzzahlen in der Notfallrettung mit erklären, da nicht-disponible Krankentransporte damit in die Notfallrettung per RTW verschoben wurden. Diese sogenannte

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Kreuzverwendung von RTW im Krankentransport muss reduziert oder sogar in Gänze verhindert werden. Ein weiterer Grund für das Verschwinden der KTW-Transporte aus den nicht-disponiblen Hilfeersuchen ist die Vorgabe der Krankentransportrichtlinie, dass der KTW nicht zum Transport von „Notfällen“ ausgelegt sein darf (SGB V § 6 Abs. 1 Satz 3). Zudem lassen sich nicht alle Hilfeersuchen als „Nicht-Notfallpatienten“ sicher identifizieren und von Notfallpatienten abgrenzen. Im Zweifelsfall leitet sich hieraus eine Vorabklärung vor Ort ab, was aktuell in einer refinanzierbaren und dazu ausgerüsteten Form praktisch nur mit einem RTW, nicht aber mit einem KTW möglich ist. Insofern eröffnet § 60 Abs. 2 die Entsendung sogenannter „Notfall-KTW“ oder „Akut-Transportwagen“ als Alternative zu RTW für einfachere Notfälle. Die RTW können damit für schwerwiegendere Not- und Unfälle freigehalten werden.“ Die Möglichkeit genehmigungsfrei (dann ausschließlich) ein INZ anfahren zu können, bedeutet jedoch eine Einschränkung potenzieller Zielorte. Dies müssen beispielsweise auch Arzt- oder Notdienstpraxen sein, die kein Teil eines INZ sind. Ein Transport bei einer identifizierten ambulanten Behandlungsnotwendigkeit dorthin könnte ausreichend und damit deutlich wirtschaftlicher sein, als es der Transport in ein ggf. sehr weit entfernteres INZ wäre.
4	§ 73	Folgeänderung zu § 60 SGB V	Die Folgeänderung schafft Rechtssicherheit für Ärzte und Kostenträger, übergibt jedoch die Zuständigkeit an die KV. Die vertragsärztliche Versorgung umfasst somit aber auch Krankentransportleistungen des klassischen Rettungsdienstes.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
5	§ 73b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	Der Sicherstellungsauftrag umfasst auch die notdienstliche Akutversorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), die nur durch eine Kooperation sichergestellt werden kann. Es ist fraglich, ob der Rettungsdienst oder Bereiche des Rettungsdienstes Ressourcen in diesem Umfang zur Verfügung stellen kann. Es ist möglich, dass der rettungsdienstliche Krankentransport als Leistung in den KV-Bereich übergehen könnte. Die Disposition der Leistung muss wie bisher erfolgen.
6	§ 75	Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung • Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung • Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge	Absatz 1 a, aa) Satz 2: Die Akutleitstellen 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. Die Erreichbarkeit der Akutleitstellen muss jedoch auf einem hohen Qualitätslevel realisiert werden. Die geforderte telefonische Erreichbarkeit für 75% der Anrufer innerhalb von 3 Minuten und für 95% der Anrufer innerhalb von 10 Minuten ist aus unserer Sicht ungenügend. Wenn geplant 25% der Anrufenden länger als 3 Minuten auf eine Kontaktaufnahme warten müssen, werden diese im Zweifelsfall schnell zur Nutzung der 112 schwenken. **Aufsuchender Hausbesuchsdienst im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung (§ 75 Abs. 1b Satz 5 SGB V)** Es wird von der KV ein 24/7 verfügbarer aufsuchender Hausbesuchsdienst eingerichtet, der von geeignetem nicht-ärztlichem Personal unter ärztlicher Kontrolle durchgeführt werden kann. Dazu sind Kooperationen mit dem Rettungsdienst möglich. Die Vermittlung erfolgt durch die Akutleitstelle (116 117). **Aus Sicht des Fachverband Leitstellen ist dies höchst positiv zu werten.** Damit wird anerkannt, dass Hausbesuche im Bereich der ambulanten

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			ärztlichen Versorgung nicht nur zur sprechstundenfreien Zeit, sondern rund um die Uhr anfallen. Der Rettungsdienst verspricht sich davon eine Entlastung, wenn die Kapazitäten, Erreichbarkeit und Standorte in Form einer regelmäßig aktualisierten Bedarfsplanung mit dem Rettungsdienst und der Krankenhausplanung abgestimmt werden, der Leistungsumfang standardisiert ist und dieser aufsuchende Dienst damit bedarfsgerecht bemessen ist. Die Ausweitung des Sicherstellungsauftrags der KV darf jedoch nicht zu unklaren Zuständigkeiten oder Doppelstrukturen führen. 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. Das Gesundheitsleitsystem sollte zusätzlich auch die Möglichkeit des Zugriffes auf eine spezialisierte ambulante Notfallversorgung (SANV) haben, da diese ein integraler Bestandteil zukünftiger Notfall- und Akutversorgung darstellt. Damit kann eine bedarfsgerechte Versorgung vor Ort sichergestellt werden und andere, fachlich letztlich für diese Notsituationen nicht geeignete Einsatzmittel wie RTW und / oder NEF, entlastet werden. Die SANV muss notfallpsychologische Dienste, Palliativdienste, Akutpflegedienste (stationäre Kurzzeitpflege, ambulante Pflege), aber auch präventive Maßnahmen wie einen vorbeugenden Rettungsdienst umfassen. Der Fachverband Leitstellen e.V. hält eine Vernetzung dieser Leistungsbereiche mit dem Rettungsdienst, den Integrierten Leitstellen, den Akutleitstellen, den Notaufnahmen und dem vertragsärztlichen Notdienst ebenfalls für geboten.
7	§ 76	Folgeänderung zu § 75 SGB V	Diese Regelung stellt eine Art „Überlaufventil“ in die Notaufnahmen der Krankenhäuser dar, wenn die vertragsärztliche Versorgung keine Termine verfügbar hat. Sie unterstreicht die Bedeutung der Notaufnahmen auch für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Akutversorgung.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
8	§ 87	Auftrag an erweiterten Bewertungsausschuss: EBM für komplexe Fälle in INZ	Kann fachlich vom Fachverband Leitstellen nicht bewertet werden.
9	§ 87a	Folgeänderung zu § 75 SGB V	Keine Einwände
10	§ 90	Standortbestimmung für INZ durch erweiterten Landesausschuss	Die Beteiligung des Rettungsdienstes in den Landesgremien ist ein sinnvoller Schritt. Es muss jedoch sichergestellt werden, dass diese Beteiligung mit echten Mitwirkungsrechten und ausreichenden Ressourcen ausgestattet ist. Die Standortbestimmung sollte in Abstimmung mit der Krankenhausplanung und den Rettungsdienstbedarfsplänen erfolgen. Nur dann ist es möglich Doppelvorhaltungen auf der einen und Versorgungslücken in der Fläche zu adressieren und zu vermeiden.
11	§ 90a	Ergänzung Vertreter des Rettungsdienstes in gemeinsamen Landesgremien nach § 90a	Vertreter der Integrierten Leitstellen müssen mit aufgenommen werden, sofern sie nicht bereits unter „Rettungsdienst" mit gemeint sind. Die unklare Formulierung: "der Landeskrankenhausgesellschaft und der Rettungsdienste" ist zu ersetzen durch "der Landeskrankenhausgesellschaft und der Träger des Rettungsdienstes".
12	§ 92	Klarstellung, dass Richtlinie des G-BA nicht den Notfalltransport umfasst	Aus Sicht des Rettungsdienstes zu begrüßen.
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 %	Keine Einwände
14	§ 115e	Folgeänderung zu §§ 30, 60 SGB V	Siehe dazu auch Vorschläge in Nr. 3 zum § 60 SGB V
15	§ 116b	Folgeänderung zu § 90 SGB V	Keine Einwände oder Vorschläge
16	§ 120	• Klarstellung zur Vergütung in den Notdienst einbezogener Ärzte aus Gesamtvergütung	Keine Einwände oder Vorschläge

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie (Folgeänderung zu § 123c)	
17	§ 123	Integrierte Notfallzentren (INZ) • Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion • Notaufnahme, Notdienstpraxis, Ersteinschätzungsstelle - optional Kooperationspraxis / statt Notdienstpraxis MVZ oder Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Nähe • Ersteinschätzung und Steuerung innerhalb des INZ, gegenseitige Datenübermittlung • Versorgungsvertrag mit Apotheken • Telemedizinische Anbindung an Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie • Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung von INZ	Verpflichtende Verknüpfung mit den Telenotärztlichen Systemen zur medienbruchfreien Fallweitergabe Verpflichtende Integration in die Systeme zur Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten und Erkrankten Es erfolgt eine flächendeckende Einrichtung sogenannter „Integrierter Notfallzentren“ (INZ) an geeigneten Krankenhausstandorten, die vom erweiterten Landesausschuss gemäß §90 Abs. 4 SGB V festgelegt und überprüft werden. Die Möglichkeit der Mitwirkung des Rettungsdienstes im erweiterten Landesausschuss wird begrüßt. Die Komponenten eines INZ (Krankenhaus-Notaufnahme, Notdienstpraxis in unmittelbarer Nähe der Notaufnahme, Ersteinschätzungsstelle) liegen schon an zahlreichen Krankenhäusern vor (Notdienstpraxis oder MVZ). Für Krankhäuser ohne INZ ist die Ersteinschätzungsstelle ohnehin obligat. In INZ müssen Kinder- und Jugendärzte, sowie Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie telefonisch zuschaltbar sein (§ 123 Abs. 4 SGB V). Diese Regelung wird begrüßt, da dies bislang praktisch nicht möglich war. Der Fachverband Leitstellen begrüßt in diesem Zusammenhang alles, was einer verbesserten Vernetzung und einer guten Erreichbarkeit (flächendeckende Planung und Organisation) für die akut- und notfallmedizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger dient.
	§ 123a	Einrichtung von INZ • Standortbestimmung nach gesetzlichen Kriterien	Aus Sicht des Rettungsdienstes zu begrüßen. Hier wird angeregt, dass in Absatz 1 auch die Rettungsdienstbedarfs-planung zu berücksichtigen ist. Die

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Kooperationsvereinbarung, gesetzliche Vorgabe von Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxis, Schiedsregelungen bei Nichtzustandekommen • Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit in INZ durch KBV, DKG und GKV-SV	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, wenn ein Krankenhaus schließt (z.B. durch Insolvenz). Dann stellt sich die Frage, was mit der Notdienstpraxis oder dem MVZ passiert. Es gibt Fälle, in denen eine Notdienstpraxis nach Schließung des Krankenhauses ebenfalls geschlossen wurde. Dies 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“). Die Anbindung der INZ an Kliniken führt zu einer teilweise sehr unterschiedlichen räumlichen Erreichbarkeit und hat damit zwangsläufig Auswirkungen auf die notwendige Fahrzeugvorhaltung des Rettungsdienstes. Andere Länder haben Anlaufstellen für Akutfälle eingerichtet (auch nicht-ärztlich besetzte), die sie als „Notfallzentren“ bezeichnen (z.B. in den USA). Eine solche Möglichkeit müsste – soweit eine solche auch in dieser Notfallreform schon vorgesehen ist - verständlich erläutert und wenn das nicht der Fall ist, durch entsprechende Regelungen ergänzt werden.
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	Aus Sicht des Rettungsdienstes zu begrüßen. Die Anbindung an Kliniken führt allerdings zu einer teilweise sehr unterschiedlichen räumlichen Erreichbarkeit und hat damit zwangsläufig Auswirkungen auf die notwendige Fahrzeugvorhaltung des Rettungsdienstes.
	§ 123c	Ersteinschätzung • Vergütung ambulanter Behandlung für Krankenhäuser ohne INZ nur noch nach Ersteinschätzung, die die	Der Einsatz von Ersteinschätzungssystemen ist zu begrüßen. Es muss beachtet werden, dass die Ersteinschätzungssysteme bzw. standardisierte Notrufabfrageprotokolle auch den Bereich Brandschutz und technische Hilfeleistungen (Feuerwehr) sowie weitere Besonderheiten des Systems 112

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Unzumutbarkeit einer Verweisung an INZ festgestellt hat • Richtlinie des G-BA zu Vorgaben für standardisierte digitale Ersteinschätzung • Richtlinie regelt auch Mindestausstattungsanforderungen für Notdienstpraxen • Berichtspflicht G-BA zu Auswirkungen der Ersteinschätzung • EBM für Ersteinschätzung	betreffen. Es ist nicht sachgerecht, wenn unter einer einheitlichen Notrufnummer mit uneinheitlichen Notrufabfrageprotokollen gearbeitet werden muss. Gerade auch deshalb, weil sich oft erst in der laufenden Abfrage herausstellt, ob es sich um eine isolierte medizinische Situation, oder um eine komplexe Einsatzlage unter Beteiligung der Feuerwehr handelt. Die Einschränkungen der ambulanten Versorgungsmöglichkeiten der Krankenhäuser, die keine INZ sind, ist höchst kritisch zu betrachten, da Notaufnahmen auch kleinerer Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung oft in der Fläche umfängliche Abklärungen und Behandlungen für Akutfälle (auch aus dem vertragsärztlichen Bereich gemäß § 76 Abs. 1a) sicherstellen (z.B. Labor, Röntgen, CT etc.) und damit dort gerade im ländlichen Bereich unverzichtbar sind. Die dortigen Patienten alle an INZ zu verweisen, ist oft nicht nur individuell, sondern auch von der Anzahl her nicht zumutbar bzw. organisierbar. Dies würde auch den öffentlichen Rettungsdienst durch längere Fahrzeugbindungen erheblich belasten. Hier bietet sich die Einrichtung eines MVZ am Krankenhaus an (was im Übrigen bei vielen Krankenhäusern bereits der Fall ist), da gemäß neuem § 123c Abs. 1 dort ohnehin eine Ersteinschätzung durchgeführt werden muss.
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	(1) Abs. 1 bildet die aktuelle Situation in den Ländern ab. Hier ”respektiert” der Bund noch die Regelungskompetenzen der Länder. Die Integrierten Leitstellen müssen als Leistungserbringer für den Teil des rettungsdienstlichen Anteils im Bereich der Notfallversorgung mit aufgenommen werden. (2) Absatz 2 hingegen stellt einen unzulässigen Eingriff in die Organisationsverantwortung der Länder für den Rettungsdienst als Teil der Gefahrenabwehr dar. Bereits heute schließen in vielen Ländern die Träger des Rettungsdienstes Verträge mit den Landesverbänden der Krankenkassen ab. Bei Konflikten über Entgelte entscheiden jedoch landesrechtlich eingerichtete Schiedsstellen. Gegen deren Entscheidungen ist eine Klage

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Entsprechende Geltung für Kranken-transporte • Übergangsregelung	vor dem Verwaltungsgericht möglich – allerdings ohne aufschiebende Wirkung. In den meisten Ländern besitzen die Träger des Rettungsdienstes, unter Beachtung von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit, das Recht, die Gesamtkosten eines leistungsfähigen Rettungsdienstes vollständig über Entgelte zu decken. Eine transparente, vollständige und überprüfbare Kalkulation ist dabei selbstverständlich. Kritisch zu sehen ist die vage formulierte Passage ”bei der Vergütung dürfen Kosten nicht berücksichtigt werden, die durch eine über den jederzeitigen Leistungsanspruch nach § 30 einhergehenden öffentlichen Aufgabe bedingt sind.” Bereits jetzt dürfen in den meisten Bundesländern Kosten aus dem Brand- und Katastrophenschutz nicht in die Entgeltkalkulation einfließen – und das ist sachlich nachvollziehbar. Rahmenempfehlungen nach § 133b Absatz 2 Satz 1 beim Vertragsabschluss zu berücksichtigen, ist grundsätzlich sinnvoll. Allerdings bezeichnet der Entwurf in seinen Erläuterungen (Seite 44, oben) diese Rahmenempfehlungen als bloß unverbindliche Orientierung. Unverbindliche Orientierungen jedoch verbindlich anwenden zu müssen, erscheint widersprüchlich und praktisch kaum umsetzbar. Die vorgesehene Einbindung der Vorgaben aus § 71 Absätze 1 bis 3 (Beitragssatzstabilität) stellt ebenfalls einen Eingriff in die landesrechtliche Regelungskompetenz dar und ist daher abzulehnen. Satz 3 – Materialvorhaltung für MANV-Lagen nicht berücksichtigt Aktuelle Fassung: „Bei der Vergütung dürfen Kosten nicht berücksichtigt werden, die durch eine über den jederzeitigen Leistungsanspruch nach § 30 einhergehenden öffentliche Aufgabe bedingt sind.“

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Problem: Durch die Formulierung werden Kosten, die aus der erforderlichen Material- und Ressourcenvorhaltung für MANV-Lagen (Massenanfall von Verletzten) entstehen, explizit nicht vom Leistungsanspruch abgedeckt. Da die MANV-Vorhaltung jedoch integraler Bestandteil der rettungsdienstlichen Gefahrenabwehr und der medizinischen Notfallrettung ist, droht hier eine strukturelle Unterdeckung. Dies widerspricht dem Grundsatz, dass die Aufgabe „Rettungsdienst“ vollständig refinanziert sein muss. Empfohlene Änderung: Ergänzung des § 30 um einen ausdrücklichen Hinweis, dass der Leistungsanspruch der medizinischen Notfallrettung einschließlich der Vorhaltung für MANV-Lagen gilt. Damit wären die Vorhaltekosten vergütungsfähig und der Ausschluss nach § 133 Abs. 2 S. 3 entfiele faktisch. (4) Aktuelle Fassung: „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt in einer Richtlinie das Nähere zum Verfahren und zur Umsetzung der Vertragsgestaltung.“ Problem: Die alleinige Entscheidungskompetenz des GKV-Spitzenverbandes führt zu einer einseitigen Festlegung des Vertragsverfahrens. Dies berücksichtigt die Interessen der Leistungserbringer – insbesondere der Träger des Rettungsdienstes – nur unzureichend und kann zu nicht konsensfähigen Vorgaben

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			führen. Im Kontext der geforderten partnerschaftlichen, sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ist dies fachlich nicht angemessen. Empfohlene Änderung: Ersetzung durch: „Das Gremium nach § 133b bestimmt in einer Richtlinie das Nähere zum Verfahren und zur Umsetzung der Vertragsgestaltung.“ Das gemäß § 133b vorgesehene Gremium ist paritätisch besetzt und gewährleistet eine ausgewogene und konsensfähige Entscheidungsfindung. Dies stärkt die Akzeptanz der späteren Vertragsstrukturen erheblich. In diesen neuen § 133 wird die Überführung der medizinischen Notfallrettung in das SGB V vollständig vollzogen. Die finanziellen Auswirkungen für die Länder, in denen die Rettungsdiensteinsätze noch nicht auf Basis eines Vertrags nach dem aktuell gültigen § 133 SGB V abgerechnet werden, sondern die von der Ausnahmeregelung in § 133 Abs. 1 SGB V („landes- oder kommunalrechtliche Bestimmungen“) Gebrauch machen, sind noch nicht abzusehen. Diese landes- bzw. kommunalrechtlichen Bestimmungen ermöglichen den öffentlichen Trägern bisher die Leistungen des Rettungsdienstes als Selbstverwaltungsaufgabe nach dem jeweiligen Satzungsrecht zu kalkulieren (Selbstkostendeckungsprinzip) und als Gebühr dem Nutzer (= Patient) in Rechnung zu stellen. In nahezu allen Ländern, wo diese Form Anwendung findet, bestehen Absprachen / Vereinbarungen mit den Krankenkassen zur Direktabrechnung, damit die Versicherten mit Ausnahme des Eigenanteils, die rettungsdienstlichen Leistungen als Sachleistung zur Verfügung gestellt bekommen. Mit dieser Form der Refinanzierung ließ sich die öffentliche Aufgabe Rettungsdienst bisher in diesen Ländern tatsächlich sicherstellen. In den letzten Jahren haben sich die Auseinandersetzungen zwischen den öffentlichen Trägern, die von der Ausnahmeregelung in § 133 Abs.1 Gebrauch

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			machen, und den Krankenkassen verschärft. Neben der sogenannten Fehlfahrtendiskussion kam es auch zu fehlenden Anerkennungen von Unterdeckungen aus den vergangenen Jahren (Verlustvortrag) sowie zu Uneinigkeiten bei der Ansatzfähigkeit von bestimmten Kostenpositionen. Im Zuge dieser Auseinandersetzungen nutzen die Krankenkassen vermehrt die Regelung im § 133 Abs. 2 SGB V, indem sie ihre Leistungspflicht unter bestimmten Umständen auf Festbeträge begrenzen können. Diese Umstände erstrecken sich auf eine fehlende Erörterungsmöglichkeit, Ansetzung von über die reine Sicherstellung hinausgehende Kosten, oder gemessen daran, auf unwirtschaftliche Leistungserbringung (§ 133 Abs. 2 SGB V). Die Wahl dieses Festbetrags-Verfahrens bedeutet in der Umsetzung, dass für den Patienten das Sachleistungsprinzip verlassen und ein Wechsel in das Kostenerstattungsprinzip vollzogen wird. Im Ergebnis muss der Patient als Nutzer der rettungsdienstlichen Leistungen die Differenz zwischen der rettungsdienstlichen Gebühr und dem Festbetrag der Krankenkasse selbst bezahlen (=auf den Festbetrag begrenzte Teilerstattung). Die finanzielle Mehrbelastung der Versicherten ist erheblich. Sie umfassen Kosten von mehreren Hundert Euro, können aber in manchen Fällen auch über 1.000 € (z.B. für Verlegungstransporte, Luftrettung) betragen. Im Rahmen dieser Auseinandersetzungen wurde für die öffentlichen Träger des Rettungsdienstes deutlich, dass die Nutzung der Ausnahmeregelung nach § 133 Abs. 1 dazu führt, dass zwischen dem öffentlichen Träger des Rettungsdienstes und den Krankenkassen keine direkte Rechtsbeziehungen mehr bestehen, so dass strittige Positionen nicht in einer geregelten Konfliktlösung (z.B. Verwaltungsgericht, Schiedsstelle etc.) geklärt oder entschieden werden können. Dies bedeutet, dass die Nutzung der Ausnahmeregelung im § 133 Abs. 1 dazu führt, dass der Träger des RD aus dem SGB V „aussteigt“ und damit auch die dort vorgesehene Schiedsstelle (§ 127 SGB V) nicht nutzen kann (=fehlende gesetzlich vorgesehene Konfliktlösung). Nach Auffassung des Fachverbands Leitstellen führt die Nutzung der

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Ausnahmeregelung im § 133 Abs. 1 in Verbindung mit den Festbetragsregelungen nach § 133 Abs. 2 dazu, dass es bei finanziellen Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und Kommunen bei gleichzeitig fehlender gesetzlich geregelter Konfliktlösung, im Ergebnis für den Patienten zu einer krassen Verschiebung vom Sachleistungsprinzip hin zum (Teil-) Kostenerstattungsprinzip kommen kann. Eine mögliche Konfliktlösung wurde durch Nutzung der Ausnahmeregelung (§ 133 Abs. 1 SGB V) vom Bundestag und Bundesrat beschlossen (erstmals mit Einführung des SGB V am 1.1.1989, die zuvor geltende RVO enthielt keine dementsprechenden Vorschriften). Die heutigen Auswirkungen ließen sich seinerzeit vermutlich nicht vorhersehen. Die negativen Folgen rühren allerdings an den Grundfesten der gesetzlichen Krankenversicherung, dem Sachleistungsprinzip (§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Dies ist bei Menschen in (potentieller) Lebensgefahr sehr kritisch zu sehen, da notwendige Hilfeersuchen aus Angst, Kosten nicht refinanziert zu bekommen, unterbleiben. Ohne dass dies in diesem Referentenentwurf schon eindeutig erkennbar ist, muss es für Bürgerinnen und Bürger, die bei (potentieller) Lebensgefahr keine medizinische Alternative zum Rettungsdienst haben, in jedem denkbaren Fall beim Sachleistungsprinzip bleiben. Auch wenn die Auseinandersetzungen im Zuge dieser Notfallreform an der einen oder anderen Stelle zu keinem Ergebnis kommen sollten, ist der FVLST der Auffassung, dass die Frage des Erhalts des Sachleistungsprinzips und die Beseitigung einer fehlenden Konfliktlösung in jedem Fall zu regeln ist. Die Verantwortung für diese aktuellen Regelungen liegt bei den dafür zuständigen Gesetzgebern (Bund, Länder) und nicht bei den Patienten, den Rettungsdienstträgern oder den Krankenkassen. Der Vorschlag aus der Perspektive des BMG, im § 133 SGB V die medizinische Notfallrettung umfänglichen mit einzubeziehen, stellt dafür einen Lösungsansatz dar. Ergänzend zur Perspektive des BMG fehlen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			demgegenüber noch die Perspektiven der Rettungsdienste, der Träger des Rettungsdienstes, sowie der Krankenkassen.
	§ 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 komplementären Diensten für vulnerable Gruppe oder krisenhafte Situationen • Bericht KBV zu Entwicklung der Gesundheitsleitsysteme	Die Einrichtung eines Gesundheitsleitsystems ist zu unterstützen. (1) Leider wird hier die Zusammenarbeit zwischen der Integrierten Leitstelle und der Akutleitstelle nur auf Antrag der Integrierten Leitstelle gefordert. Um bundesweit eine bessere Verknüpfung der beiden Systeme als gemeinsames Gesundheitsleitsystem effizient zu realisieren, muss die Zusammenarbeit jedoch aus Sicht des FVLST verpflichtend sein. Es ist nicht erkennbar geregelt, welche Folgen es hat, sofern ein Träger einer Integrierten Leitstelle keinen Antrag zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems an die örtlich zuständige Kassenärztliche Vereinigung richtet. (2) Die Nutzung der Telematikinfrastuktur darf für die Integrierten Leitstellen nicht als verpflichtend eingeführt werden. 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 s.g. Resqonsystem zu realisieren. Entsprechende Abfragen bei den Ländern laufen aktuell. Dieses vorhandene und technisch ausentwickelte System eröffnet die Chance einer zeitnahen Realisierung. Die planerisch festzulegenden Eintreffzeiten des aufsuchenden Dienstes der Kassenärztlichen Vereinigung müssen bundesweit einheitlich sein. Dieses kann keine individuelle Vereinbarung zwischen dem Träger der Integrierten Leitstelle und der Akutleitstelle sein. (3) Die Einführung eines Gesundheitsleitsystems wird demnach ausdrücklich begrüßt.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die Ausführungen in 133a (3) zum Qualitätsmanagement der Leitstellen beziehen sich auf Abstimmungen zum Datenaustausch der jeweiligen Leitstelle und den im Versorgungsbereich der Leitstelle beauftragten Leistungserbringer. Es muss jedoch möglich sein, dass diese Daten in landesweite Qualitätsmanagementsysteme, wie z. B. ein Notfallregister, der Länder einfließen, um Daten auf Landesebene zentral und gemeinsam auswerten zu können. (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.
	§ 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	Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallversorgung sind sinnvoll. Bundesweit einheitliche Vorgaben sind im Rettungsdienst, wie auch im Krankenhausbereich, sinnvoll und notwendig. Es ist fachlich nicht nachvollziehbar, warum es aktuell sehr unterschiedliche Vorgaben bei der Ausstattung der Fahrzeuge und auch der personellen Besetzung der verschiedenen Rettungsmittel und Leitstellen in Deutschland gibt. Gleichwohl greift die Bestimmung in die Organisationshoheit der Länder für die Aufgabe Rettungsdienst unzulässig ein. Rahmenempfehlungen ergeben auch nur Sinn, wenn diese verbindlich eine bundesweit einheitliche Geltung erlangen. In einem paritätisch besetzten Gremium ist eine Bestimmung notwendig für den Fall der Nichteinigung bestimmter Qualitätsdefinitionen. Sofern dem

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Empfehlungen zur Übermittlung der Daten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung, Rechtsverordnung durch BMG • Spezifikationen für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation unter Beteiligung von KBV, DKG und KIG, Rechtsverordnung durch BMG	BMG dann das Recht zur Ersatzvornahme eingeräumt wird, stellt dies jedenfalls einen unzulässigen Eingriff in die Organisationshoheit der Länder dar. Allerdings werden diese Rahmenempfehlungen in den Erläuterungen des Entwurfs (Seite 44 oben) als lediglich unverbindlicher Orientierungsrahmen bezeichnet. (3) Dem Gremium dürfte es nach der vorgegebenen Struktur an der Fachexpertise für die Bereiche der standardisierten Ersteinschätzungssysteme bzw. Zum Notfallmanagement fehlen – insbesondere auch dann, wenn in diesen neben dem medizinischen auch der Brand- und Katastrophenschutz (als Folge aus einer einheitlichen Notrufnummer) implizit enthalten ist. Es sollte nicht vom Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen geleitet werden, um den Anschein von Partikularinteressen zu vermeiden. Dieses muss von einer neutralen Stelle, wie einem Bundesgesundheitsministerium einberufen und geleitet werden. Kostenträger und Leistungserbringer sind hier in ihren Stimmrechten gleichzustellen. Bei Stimmengleichstand entscheidet die Stimme des BMG. Zwingend ist die Vertretung der Integrierten Leitstelle durch einen Vertreter der Aufgabenträger und z. B. eines einschlägigen Fachverbands. Daher wird die Integration der Fachgesellschaften für die Leitstellen, beispielsweise der Fachverband Leitstellen sowie die Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren gefordert. Hier bieten wir als Fachverband Leitstellen e.V. unsere ausdrückliche Unterstützung an. 1. Es sollte eine Verpflichtung zur Verwendung von standardisierten, softwaregestützen Abfragesystemen bzw. Notrufabfrageprotokollen verbindlich eingeführt werden. 2. Die Definition „standardisierte Einsatzleitsysteme“ ist nicht eindeutig. Wie ist dieser Begriff definiert? Eine bessere Formulierung wäre, dass eine Vernetzung der eingesetzten Einsatzleitsysteme auf Länderebene und zwischen den Ländern umgesetzt werden muss. Die Forderung nach einem System für ganz Deutschland ist zwar ambitioniert, scheitert jedoch in der Praxis an Vergabeverfahren und der zeitnahen Verfügbarkeit entsprechend

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			leistungsstarker Systeme. Das jeweilige Bundesland als Planungsraum sowie die zwingende Vernetzung der Systeme scheint aktuell eher erreichbar. 5. Im Konsensuspapier „Qualitätsindikatoren für den Rettungsdienst in Deutschland“ des Ausschusses Rettungswesen der Länder haben sich die Bundesländer auf bundesweit einheitliche Qualitätsindikatoren geeinigt. Diese sollten die Grundlage für die Weiterentwicklung von Qualitätsmerkmalen für den Rettungsdienst und die Integrierte Leitstellen sein. 6. Die in den Ländern bzw. den jeweiligen Integrierten Leitstellen verwendeten Behandlungskapazitätennachweise müssen auch länderübergreifende Schnittstellen aufweisen. Die Länder sprechen sich untereinander zu Schnittstellen und Prozesslogiken ab. Behandlungskapazitäten müssen sichtbar und Patientenzuweisungen über Ländergrenzen hinweg in Echtzeit und medienbruchfrei möglich sein. 9. Dieses muss auch den rettungsdienstlichen Fortbildungsanteil der Disponentinnen und Disponenten in den Integrierten Leitstellen umfassen. (4) Hier sind neben den Berufsverbänden auch die Fachverbände zu nennen.
	§ 133c	Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende digitale Notfalldokumentation für alle Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätennachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung • Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme	Diese Regelung ist ausdrücklich zu begrüßen. Die hierfür notwendigen Aufwendungen sind vollständig zu refinanzieren. (2) 2. Die in den Ländern verwendeten Behandlungskapazitätennachweise müssen untereinander über Schnittstellen einen Datenaustausch gewährleisten. Dieses gilt auch über Ländergrenzen hinweg. In die Behandlungskapazitätennachweise müssen auch die Bereitschaftspraxen der kassenärztlichen Versorgung und die Integrierten Notfallzentren einbezogen werden können. Behandlungskapazitäten müssen sichtbar und Patientenzuweisungen über Ländergrenzen hinweg in Echtzeit und medienbruchfrei möglich sein.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			(3) Die Nutzung der komplexen Telematikinfrastuktur darf für die Integrierten Leitstellen nicht als verpflichtend als Vernetzungsgrundlage eingeführt werden. 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 Resqonsystem zu realisieren. Entsprechende Abfragen bei den Ländern laufen aktuell. Dieses vorhandene und technisch ausentwickelte System eröffnet die Chance einer zeitnahen Realisierung.
	§ 133d	Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form durch Datenstelle beim GKV-SV	Diese Regelung ist ausdrücklich zu begrüßen. Die hierfür notwendigen Aufwendungen sind vollständig zu refinanzieren. (1) Es muss die Möglichkeit geschaffen werden, dass Datenübermittlungen auch aus Registern der Länder zentral für ein Land übermittelt werden können. Diese Regelung stellt allerdings nach Sicht des Fachverbands Leitstellen eher ein Benchmarking als eine qualitätssichernde Maßnahme dar. Sinnvoll (aber auch aufwendiger) im Sinne einer Qualitätssicherung wäre die Vorgabe, einen PDSA-Zyklus1 einzurichten.
	§ 133e	Verpflichtender Anschluss an TI für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung und Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten, Finanzierungsvereinbarung von GKV-SV, PKV-Verband sowie maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene	(1) Die Nutzung der Telematikinfrastuktur darf für die Integrierten Leitstellen nicht als verpflichtend eingeführt werden. 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, s.g. Resqonsystem zu

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			realisieren. Entsprechende Abfragen bei den Ländern laufen aktuell. Dieses vorhandene und technisch ausentwickelte System eröffnet die Chance einer zeitnahen Realisierung.
	§ 133f	Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung • Finanzierung von Investitionen in digitale Infrastruktur von 2027 bis 2031 aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes • Abwicklung durch GKV-SV, Richtlinie im Benehmen mit den Ländern zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen • Bezeichnete Investitionen können ausschließlich über diesen Weg gefördert werden	Diese Regelung isti ausdrücklich zu begrüßen. Die hierfür notwendigen Aufwendungen sind vollständig zu refinanzieren. Die bisher genannten Kostenansätze, z.B. auch für digitale Ersteinschätzung bzw. standardisierte Notrufabfrageprotokolle (SNAP) scheinen aus Sicht des FVLST zu konservativ gerechnet zu sein.
	§ 133g	Koordinierende Leitstelle: Möglichkeit für Landesbehörden, einer einzelnen Leitstelle überregionale Aufgaben zuzuweisen	Keine Einwände oder Vorschläge und aus Sicht des FVLST zu begrüßen.
19	§ 140f	Antragsrecht Patientenvertretung	Keine Einwände oder Vorschläge
20	§ 291b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	Keine Einwände oder Vorschläge
21	§ 294a	Mitteilungspflicht zu vorrangigen Schadensersatzansprüchen auch für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung	Keine Einwände oder Vorschläge
22	§ 302	Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Datenübermittlungspflicht	Siehe Vorschläge zu Nr. 3 zu § 60

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
23	§ 354	Fernzugriff auf ePA durch Leitstellen	Aus Sicht des Fachverbands Leitstellen ist es nicht nötig, dass die Integrierten Leitstellen der 112 einen Zugriff auf die ePA erhalten. Die Notrufabfrage in den Integrierten Leitstellen erfolgt unter der Zuhilfenahme eines standardisierten Notrufabfrageprotokolls und bei lebensbedrohlichen Situationen aus Zeitgründen unabhängig von Dokumentationen in einer ePA. Für den Rettungsdienst (Einsatzdienst, Telenotarzt, Medical Helpdesk etc.) wird der Zugriff auf die ePA begrüßt. Die hierfür notwendigen Aufwendungen sind vollständig zu refinanzieren.
24	§ 370a	Redaktionelle Folgeänderung	Keine Einwände oder Vorschläge
25	§ 377	Redaktionelle Folgeänderung	Keine Einwände oder Vorschläge
26	§ 394	Errichtung eines bundesweiten, öffentlich zugänglichen Katasters automatisierter externer Defibrillatoren (AED), die für die Benutzung durch Laien vorgesehen sind	Wird begrüßt, gehört inhaltlich zu § 133c. 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 Einwände oder Vorschläge
			Art. 3: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
	§ 12b	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	Keine Einwände oder Vorschläge
			Art. 4: Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
	§ 3	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	Keine Einwände oder Vorschläge
			Art. 5: Änderung des Apothekengesetzes
1	§ 12b	Versorgungsvertrag zur Versorgung von Notdienstpraxen in INZ mit Arzneimitteln zwischen	Keine Einwände oder Vorschläge

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Apothekeninhaber, KV und beteiligtem Krankenhaus	
2	§ 20	Pauschaler Zuschuss für Apotheken mit Versorgungsvertrag	Keine Einwände oder Vorschläge
3	§ 25	Ordnungswidrigkeit	Keine Einwände oder Vorschläge
			Art. 6 Änderung der Apothekenbetriebsordnung
1	§ 1a	Notdienstpraxenversorgende Apotheken	Keine Einwände oder Vorschläge
2	§ 3	Vorgaben zum Personal auch für notdienstpraxenversorgende Apotheken	Keine Einwände oder Vorschläge
3	§ 4	Erlaubnis zweiter Offizin mit Lagerräumen am INZ-Standort	Keine Einwände oder Vorschläge
4	§ 23	Dienstbereitschaft notdienstpraxenversorgender Apotheken	Keine Einwände oder Vorschläge
			Art. 7: Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung
1	§ 12	Folgeänderung zu § 394 SGB V und § 17a Medizinprodukte-Betreiberverordnung	Keine Einwände oder Vorschläge
2	§ 17a	Meldeverpflichtung für Bertreiber von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) an das AED-Kataster	Aus Sicht des FVLST zu begrüßen. Die hierfür notwendigen Aufwendungen sind vollständig zu refinanzieren.
			Art. 8: Änderung des Betäubungsmittelgesetzes
1	§ 4	Ausnahme von der Erlaubnispflicht für die Ausfuhr und Einfuhr von Betäubungsmitteln als	Keine Einwände oder Vorschläge

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Rettungsdienstbedarf in angemessenen Mengen	
2	§ 11	Erweiterung der Verordnungsermächtigung auf Regelungen über das Mitführen von Betäubungsmitteln auf Fahrzeugen des Rettungsdienstes im grenzüberschreitenden Verkehr	Keine Einwände oder Vorschläge
			Art. 9: Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung
1	§ 13	Ausnahme für Durchfuhr einer angemessenen Menge an Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf auf dem Fahrzeug eines ausländischen Rettungsdienstes	Keine Einwände oder Vorschläge
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	Keine Einwände oder Vorschläge
			Art. 10: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
	§ 19a	Gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe	Keine Einwände oder Vorschläge
			Art. 11: Inkrafttreten
	Ggf. weitere		Eine grundlegende Reform der Notfallversorgung ist ohne jeden Zweifel auch aus Sicht des Fachverbands Leitstellen dringend notwendig. Im Mittelpunkt einer solchen Reform muss jedoch stehen, dass die Leistungsfähigkeit des

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	Anmer-kungen		Rettungsdienstes und des qualifizierten Krankentransports zuverlässig gewährleistet bleibt. Der aktuelle Referentenentwurf verfolgt hingegen erkennbar das Ziel, den Rettungsdienst primär unter das Prinzip der Beitragssatzstabilität zu stellen. Damit wird den Trägern des Rettungsdienstes faktisch die Möglichkeit genommen, eine bedarfsgerechte und leistungsstarke Struktur aufzubauen und zu erhalten. Die im Entwurf genannten Kostenannahmen sowie die angekündigten Einsparpotenziale sind an keiner Stelle anhand nachvollziehbarer oder überprüfbarer Kalkulationen belegt. Im Bereich der Integrierten Leitstellen ist davon auszugehen, dass zur Vernetzung und Digitalisierung, dem Aufbau länderübergreifender Behandlungskapazitätennachweise und zur Integration standardisierter Notrufabfrageprotokolle inkl. Qualitätssicherung sowie zur Einrichtung und zum Betrieb von Ersthelfer-Alarmierungssystemen ein Vielfaches der bisher angenommenen Finanzmittel erforderlich wird.

Gez.

Marc Gistrichovsky, Dipl. Ing

Vorsitzender Fachverband Leitstellen e.V.