



**Bei dem folgenden Dokument handelt es sich um eine anonymisierte und leicht angepasste Fassung eines Anschreibens und einer Stellungnahme zur Notfallreform des Deutschen Roten Kreuzes von Anfang Dezember 2025. Den Referentenentwurf zur Reform finden Sie unter dem folgenden Link: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/notfallreform.html>**

### Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Das Deutsche Rote Kreuz (DRK) ist die Nationale Gesellschaft des Roten Kreuzes auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland und freiwillige Hilfsgesellschaft der deutschen Behörden im humanitären Bereich. Aufgrund seiner besonderen Stellung als nationale Hilfsgesellschaft wurden dem DRK Aufgaben übertragen, die der Bundesrepublik Deutschland als Vertragsstaat aus den Genfer Abkommen erwachsen. Dies manifestiert sich in Deutschland im DRK-Gesetz<sup>1</sup>, nach welchem das DRK in besonderer Beziehung zum Staat und den Behörden bei der Bewältigung von Krisen und Katastrophen steht. Darüber hinaus ist das DRK Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege.

Die Mitgliedsverbände des DRK wirken in Erfüllung des DRK-Gesetzes und der entsprechenden Gesetze der Länder im Rahmen des Zivil- und Katastrophenschutzes der Bundesrepublik Deutschland in den katastrophenenmedizinischen, sanitätsdienstlichen und betreuungsdienstlichen Aufgaben als größter Akteur mit. In diesem Zusammenhang stellt das DRK auch Ressourcen zur Bewältigung von Notfallereignissen unterhalb der Katastrophenschwelle zur Verfügung und beteiligt sich am Rettungsdienst – als größter Leistungserbringer in Deutschland mit insgesamt rund 20.000 Einsätzen pro Tag.

Das DRK begrüßt, dass mit dem vorliegenden Referentenentwurf die Neuordnung der Notfallversorgung aufgegriffen wird und umgesetzt werden soll. Dabei darf die Reform bewährte Strukturen nicht schwächen, sondern muss sie stärken und gezielt vernetzen.

Es ist dabei unabdingbar, dass ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt wird, der die Patienten in den Mittelpunkt stellt und die verschiedenen Bereiche der Notfallversorgung inklusive der Notaufnahmen gemeinsam betrachtet. Es muss sichergestellt werden, dass die Ausstattung und Struktur der außerklinischen Notfallversorgung nach operativen Bedarfen und Erfordernissen erfolgt.

Zu begrüßen ist, dass es eine bessere digitale und telemedizinische Vernetzung geben soll, sodass sowohl der Rettungsdienst als auch die ambulante Versorgung sowie die Krankenhäuser entlastet werden. Ebenfalls begrüßt das DRK ausdrücklich die im Referentenentwurf angelegte weitere Zuständigkeit der Länder für den Rettungsdienst.

Deutsches Rotes Kreuz e.V.

#### Vorstand

Carstennstraße 58  
12205 Berlin  
Tel. +49 30 85404-0  
[www.DRK.de](http://www.DRK.de)  
[Generalsekretaer@DRK.de](mailto:Generalsekretaer@DRK.de)

Durchwahl  
030 85404-274  
Fax  
030 85404-474

Präsident  
Hermann Gröhe

Vorsitzender des Vorstands  
Christian Reuter

<sup>1</sup> Gesetz über das Deutsche Rote Kreuz und andere freiwillige Hilfsgesellschaften im Sinne der Genfer Rotkreuz-Abkommen (DRK-Gesetz - DRKG) vom 5. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2346), das durch Artikel 11a des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) geändert worden ist.

Rettungsdienst unterliegt der Regelungskompetenz der Länder. Traditionell bedingt ist der Rettungsdienst im föderalen System unterschiedlich geregelt. Daher sind auch sich hieraus ergebende Besonderheiten zu berücksichtigen. Insbesondere können einzelne Regelungen in den Ländern unterschiedliche – insbesondere finanzielle – Folgen haben.

Rettungsdienst ist Teil der Notfallversorgung und sowohl öffentliche Aufgabe der Daseinsvorsorge als auch der Gefahrenabwehr. Über die individualmedizinische Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten hinaus ist der Rettungsdienst integraler Bestandteil der Gefahrenabwehr und das Bindeglied zum überwiegend ehrenamtlich getragenen Gesundheitlichen Bevölkerungsschutz bei niedrigschwillingen Schadenslagen bis hin zum Katastrophen- und Zivilschutz. Dabei bildet der Rettungsdienst der anerkannten Hilfsorganisationen die (notfall-)medizinische Brücke zwischen Gefahrenabwehr und Gesundheitswesen.<sup>2</sup> Dies stärkt die auf den Alltag ausgerichteten Strukturen im Gesundheitswesen und macht sie krisenfester (Stichwort: Resilienz).

Diese Aspekte gilt es, insbesondere auch mit Blick auf die aktualisierten Rahmenrichtlinien Gesamtverteidigung (RRVG), welche die Sicherstellung der Gesundheitlichen Versorgung der Zivilbevölkerung auch in Krisen- und Konfliktzeiten zum Ziel haben, zu beachten.<sup>3</sup>

Die häufige Inanspruchnahme des Rettungsdienstes bei niedrig priorisierter medizinischer (Notfall)Indikation und fehlenden ambulanten und stationären Ressourcen, insbesondere im ländlichen Raum, führen den Rettungsdienst in seiner heutigen Organisationsform an natürliche Wachstumsgrenzen. Zudem bringen sich Patientinnen und Patienten selbst in das häufig nicht leicht zu durchschauende dreigliedrige System der Notfallversorgung – vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser, Rettungsdienst – ein. Die Verzahnung der Krankenhausreform mit der Reform der Notfallversorgung sowie eine stärkere Vernetzung der drei Systeme untereinander auf der Ebene einer als zentrales Element der Patientensteuerung ausgestalteten „Gesundheitsleitstelle“ zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Steuerung von Hilfe suchenden in die richtige Versorgungsebene, ist dringend geboten.

In diesem Zusammenhang sind auch die Reaktionsmöglichkeiten einer solchen Leitstelle auszubauen, z.B. durch die Disposition des vertragsärztlichen Notdienstes, von „Gemeinde-Notfallsanitäter/-innen“, den Zugriff auf Pflegenotdienste oder ähnliche niedrigschwellige Versorgungsangebote, auch im Kontext telemedizinischer Möglichkeiten.

Neben der gezielten Steuerung der Patienten in die richtige Versorgungsebene muss es vielmehr gelingen, durch Prävention von vornehmerein Einsätze für den

---

<sup>2</sup> Der EuGH hat mit Urteil vom 21. März 2019 zur „Bereichsausnahme Rettungsdienst“ den bundesdeutschen Rettungsdienst als zu schützenden Teil der Gefahrenabwehr betrachtet (C-465/17 - "Falck Rettungsdienste und Falck"). Die Einheit von medizinischer Leistung und Gefahrenabwehr ist somit anerkannte Sichtweise; diese ist auch weiterhin anzuwenden

<sup>3</sup> Rahmenrichtlinien für die Gesamtverteidigung – Gesamtverteidigungsrichtlinien – (RRVG), Beschluss des Bundeskabinetts vom 05.06.2024, Abschnitt 20.4 „Gesundheitliche Versorgung“

Rettungsdienst zu vermeiden. Vorbeugender Rettungsdienst stabilisiert nicht nur das System Rettungsdienst, sondern entlastet Notfallambulanzen und nachgelagerte stationäre Einrichtungen in erheblichem Umfang.<sup>4</sup>

Der Vermeidung von rettungsdienstlichen Einsätzen wird immer größere Bedeutung zukommen, auch vor dem Hintergrund wegbrechender Kapazitäten im Akutversorgungsbereich. Schon jetzt entlasten ambulante Unterstützungsdiene und/oder Assistenzsysteme wie der Hausnotruf die Rettungsstrukturen maßgeblich, in dem Alarne vorgefiltert und niedrigschwellige Einsätze über eigene Hintergrunddienste abgedeckt werden.

Zudem hat die Zugänglichkeit der ambulanten gesundheitlichen Versorgung aus unserer Sicht einen nachhaltigen Effekt auf die Notfallrettung. Der Stärkung der ambulanten Gesundheitsversorgung muss daher Rechnung getragen werden. Die ursprünglich von der letzten Bundesregierung geplante Etablierung von Primärversorgungszentren, Gesundheitsregionen sowie Gesundheitskiosken sind wichtige innovative Ansätze zur Weiterentwicklung der Primärversorgung in Deutschland. Diese Ansätze wären ein guter erster Schritt, um ein wirkliches Primärversorgungssystem aufzubauen, die hausärztliche Lotsenfunktion zu stärken, auf einen besseren Zugang von sozial benachteiligten Menschen in der Gesundheitsversorgung hinzuwirken, regionaler Unter-, Fehl- und Überversorgung gegenzusteuern und im Ergebnis auch das Notfallsystem zu entlasten. Ferner gilt es, die Selbsthilfefähigkeit und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu fördern und zu stärken.

Eine strukturierte und nachhaltige Investition in die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung würde aus Sicht des DRK einen Einfluss auf die Notfallversorgung haben. Deswegen setzen wir uns für die Schaffung eines Schulfaches Gesundheit sowie einer umfassenden Verbreitung und Vermittlung von Erste Hilfe – und Reanimationskenntnissen in der Bevölkerung ein.

Ein zentrales Risiko für die rettungsdienstlichen Leistungserbringer und damit auch für die Versicherten ist: Die Finanzierung der Vorhaltung muss auskömmlich für die Leistungserbringer sein. Behandlung und Transport nach SGB V gibt es nur, wenn entsprechende Kapazitäten vorgehalten werden. Insofern muss – auf welchem rechtlichen Weg auch immer – sichergestellt sein, dass die Vorhaltung wie bislang ausfinanziert wird, um Versorgung auch unterhalb der Katastrophenschwelle zu sichern.

Wir bitten Sie, unsere Argumente zu prüfen und unsere Bedenken und Vorschläge in die anstehenden Beratungen einfließen zu lassen. Für einen konstruktiven Dialog stehen wir gerne zur Verfügung.

---

<sup>4</sup> Unter vorbeugendem Rettungsdienst werden alle Maßnahmen verstanden, die vor Eintritt eines Ereignisses stattfinden, um der Entstehung von Notfällen vorzubeugen. Im Ergebnis soll das Risiko eines Notfallereignisses, welches zum Notruf 112 führt, verringert werden oder das Auftreten verzögert werden. Der vorbeugende Rettungsdienst soll auch dazu beitragen, das Outcome der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten zu verbessern. Weiterhin soll es ermöglicht werden, Hilfesuchende frühzeitig einer geeigneten Versorgungsform zuzuführen

## Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: Deutsches Rotes Kreuz e.V.

Datum: 04.12.2025

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
1	§ 27	Folgeänderung zu § 30 SGB V	<b>Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b>
2	§ 30	Einführung eines Anspruchs auf medizinische Notfallrettung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voraussetzung: Definition rettungsdienstlicher Notfall</li> <li>• Leistungsbestandteile: <ul style="list-style-type: none"> <li>Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung und Notfalltransport</li> <li>Notfallmanagement als Vermittlung der erforderlichen Hilfe auf der Grundlage einer digitalen standardisierten Abfrage einschließlich telefonischer Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen und Einbindung von Ersthelfern durch auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme</li> </ul> </li> <li>Notfallmedizinische Versorgung vor Ort und während des Transports durch nichtärztliches Fachpersonal und bei medizinischer Notwendigkeit durch Notärzte</li> <li>Notfalltransport in nächste geeignete Einrichtung und medizinisch zwingende Verlegungen</li> </ul>	<p><u>Forderung:</u> Wir fordern den vorbeugenden Rettungsdienst und die spezielle ambulante Notfallversorgung als weiteren eigenen Leistungsbestandteil in § 30 aufzunehmen.</p> <p><u>Begründung:</u> Die häufige Inanspruchnahme des Rettungsdienstes bei niedrig priorisierter medizinischer (Notfall)Indikation und in Teilen fehlender ambulanter- und stationärer Ressourcen führt den Rettungsdienst in seiner heutigen Organisationsform an natürliche Wachstumsgrenzen. Neben der gezielten Steuerung der Patienten in die richtige Versorgungsebene muss es vielmehr gelingen, durch <u>Prävention</u> von vorneherein Einsätze für den Rettungsdienst zu vermeiden.</p> <p>Unter vorbeugendem Rettungsdienst werden alle Maßnahmen verstanden, die vor Eintreten eines Ereignisses stattfinden, um der Entstehung von Notfällen vorzubeugen. Im Ergebnis soll das Risiko eines Notfallereignisses, welches zum Notruf 112 führt, verringert werden oder das Auftreten verzögert werden. Der vorbeugende Rettungsdienst soll auch dazu beitragen, das Outcome der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten zu verbessern. Weiterhin soll es ermöglicht werden, Hilfesuchende frühzeitig einer geeigneten Versorgungsform zuzuführen.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Zuzahlung	
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	
4	§ 73	Folgeänderung zu § 60 SGB V	
5	§ 73b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
6	§ 75	Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung	<p><u>Forderung:</u> Leitstellen zu Gesundheitsleitstellen weiterentwickeln</p> <p><u>Begründung:</u> Moderne Leitstellen müssen steuern, vernetzen und beraten. Als zentrale Drehscheiben der Notfallversorgung sollen sie Patientinnen und Patienten gezielt in die richtige Versorgung führen. Eine Bündelung der Notrufnummer 112 und der Nummer 116117 des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes würde den Abbau der Sektorenengrenzen befördern. Hierbei ist eine Struktur zu schaffen, die sich am Notfallbild orientiert und somit eine rettungsdienstliche Fachkompetenz erfordert. Ziel muss eine gemeinsame, interprofessionelle Leitstellenstruktur sein, die Rettungsdienst, ärztlichen Bereitschaftsdienst und Krankenhausversorgung koordiniert, statt konkurrieren zu lassen. Der Austausch von Daten zwischen Akutleitstellen und RLS (Rettungsleitstellen) bzw. ILS (Integrierten Leitstellen) muss funktionieren. Investitionen müssen auch in diesen Bereich und in Schnittstellen fließen, nicht nur in Akutleitstellen.</p>
7	§ 76	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
8	§ 87	Auftrag an erweiterten Bewertungsausschuss: EBM für komplexe Fälle in INZ	
9	§ 87a	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
10	§ 90	Standortbestimmung für INZ durch erweiterten Landesausschuss	<p>Die Beteiligung des Rettungsdienstes in den Landesgremien ist ein wichtiger Schritt. Es muss jedoch sichergestellt werden, dass diese Beteiligung auch durch Leistungserbringer mit echten Mitwirkungsrechten und aus-</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
11	§ 90a	Ergänzung Vertreter des Rettungsdienstes in gemeinsamen Landesgremien nach § 90a	<p>reichenden Ressourcen ausgestattet ist. Die Standortwahl für INZ muss flächendeckend, bedarfsgerecht und unter Einbeziehung aller relevanten Akteure erfolgen.</p> <p><u>Forderung:</u> Textergänzung: „der Landeskrankenhausgesellschaft und der Rettungsdienste (Träger/Leistungserbringer)“.</p> <p><u>Begründung:</u> Nicht nur die Träger des Rettungsdienstes müssen beteiligt sein. Wo – wie in den meisten Bundesländern – Träger und Leistungserbringer auseinanderfallen, müssen beide beteiligt sein.</p>
12	§ 92	Klarstellung, dass Richtlinie des G-BA nicht den Notfalltransport umfasst	
13	§ 105	Finanzierung der notdienstlichen Strukturen der KV en durch gemeinsam von KV und Krankenkassen zusätzlich zur Verfügung gestellten Betrag, Beitrag der PKV i.H.v. 7 %	
14	§ 115e	Folgeänderung zu §§ 30, 60 SGB V	
15	§ 116b	Folgeänderung zu § 90 SGB V	
16	§ 120	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klarstellung zur Vergütung in den Notdienst einbezogener Ärzte aus Gesamtvergütung</li> <li>• Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie (Folgeänderung zu § 123c)</li> </ul>	
17	§ 123	Integrierte Notfallzentren (INZ) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion</li> </ul>	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notaufnahme, Notdienstpraxis, Ersteinschätzungsstelle - optional Kooperationspraxis / statt Notdienstpraxis MVZ oder Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Nähe</li> <li>• Ersteinschätzung und Steuerung innerhalb des INZ, gegenseitige Datenübermittlung</li> <li>• Versorgungsvertrag mit Apotheken</li> <li>• Telemedizinische Anbindung an Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie</li> <li>• Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung von INZ</li> </ul>	
§ 123a		<p>Einrichtung von INZ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Standortbestimmung nach gesetzlichen Kriterien</li> <li>• Kooperationsvereinbarung, gesetzliche Vorgabe von Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxis, Schiedsregelungen bei Nichtzustandekommen</li> <li>• Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit in INZ durch KBV, DKG und GKV-SV</li> </ul>	
§ 123b		Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	
§ 123c		Ersteinschätzung	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergütung ambulanter Behandlung für Krankenhäuser ohne INZ nur noch nach Ersteinschätzung, die die Unzumutbarkeit einer Verweisung an INZ festgestellt hat</li> <li>• Richtlinie des G-BA zu Vorgaben für standardisierte digitale Ersteinschätzung</li> <li>• Richtlinie regelt auch Mindestausstattungsanforderungen für Notdienstpraxen</li> <li>• Berichtspflicht G-BA zu Auswirkungen der Ersteinschätzung</li> <li>• EBM für Ersteinschätzung</li> </ul>	<p>Forderung: Wir empfehlen im Absatz 1 einen zusätzlichen Satz 2: „§ 107 Abs. 1 Nr. 4 GWB wird nicht eingeschränkt“.</p> <p><u>Begründung:</u> Stärkung der Bereichsausnahme Rettungsdienst und damit der im KatastrophenSchutz tätigen gemeinnützigen Organisationen.</p>
18 § 133	Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nur nach Landesrecht vorgesehene oder beauftragte Leistungserbringung</li> <li>• Vergütungsverträge für Leistungen nach SGB V erforderlich</li> <li>• Transparenzpflicht bezüglich Kalkulationen</li> <li>• Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 SGB V</li> <li>• Schiedseinrichtung bei Nichtzustandekommen</li> <li>• Entsprechende Geltung für Krankentransporte</li> <li>• Übergangsregelung</li> </ul>	<p>Forderung: Es ist zu gewährleisten, dass es den Bundesländern weiterhin in § 133 ermöglicht wird, umfassende Regelungen zur Finanzierung, Struktur und Qualität in deren Landesrettungsdienstgesetze zu verankern.</p> <p>In den zu verhandelnden Benutzungsentgelten sind vollumfänglich sämtliche Kosten einer in den Landesrettungsdienstgesetzen genauer spezifizierten leistungsfähigen rettungsdienstlichen <u>Vorhaltung</u>, <u>einsatzunabhängig</u> bestehend aus mindestens den Kosten für Personal-, Sach-, und Investitionskosten sowie die Kosten der Ausbildung des notwendigen Personals des Rettungsdienstsystems abzudecken.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p><b>Der im § 71 geregelte Grundsatz der „Beitragssatzstabilität“ darf sich mit Blick auf die flächendeckende Versorgungssicherheit der Bevölkerung nicht auf die Vorhaltekosten des Rettungsdienstes beziehen.</b></p> <p><b>Begründung:</b></p> <p>Da der Bund von seinem Gestaltungsrecht in §133 Gebrauch macht, haben die Länder keine / bzw. nur eingeschränkte Möglichkeiten in den Landesrettungsdienstgesetzen Regelungen zur Finanzierung zu treffen. Der Bund, die Länder und die GKV beteiligen sich derzeit in den 16 Landesrettungsdienstgesetzen historisch gewachsen in unterschiedlichem Umfang an den Kosten des Rettungsdienstsystems. Für die Versorgung für die Versicherten muss dabei zwingend eine Vorhaltung gegeben sein, da sonst im Notfall nicht zeitnah (Hilfsfrist) auf dieses zugegriffen werden kann.</p> <p>Allein der Hinweis in der Begründung zum Entwurf „Diese Vorschrift verhindert nicht, dass Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt werden können; für die Leistungen nach diesem Gesetz sind nunmehr indes Vergütungsverträge zwingend mit den Krankenkassen abzuschließen.“ wird nicht als ausreichend angesehen. Es gilt, das Risiko zu vermeiden, dass ungelöste Finanzierungsfragen als einseitiges Finanzierungsrisiko zum Nachteil der überwiegend gemeinnützigen Leistungserbringer erfolgen.</p> <p>Strukturelle Veränderungen, die zur flächendeckenden Versorgungssicherheit der Bevölkerung notwendig werden, können in den auf Kostendeckung basierenden Finanzierungsregelungen der Landesrettungsdienstgesetze nicht durch „Einsparungen“ finanziert werden, weshalb der Verweis auf § 71 hier nicht zutreffend ist.</p> <p><b>Forderung:</b></p> <p>Es muss gewährleistet werden, dass die durch die Landesrettungsdienstgesetze dem Rettungsdienst zugewiesene Aufgaben weiterhin vollumfäng-</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>lich vom Rettungsdienst wahrgenommen und demzufolge entsprechend finanziert werden.</p> <p><u>Begründung:</u></p> <p>Die Länder haben die Aufgabe den Rettungsdienst flächendeckend, rund um die Uhr und für jede hilfesuchende Person zu organisieren. Dafür sind unterhalb der s.g. Katastrophen Schwelle oder in der zivilen Verteidigung regelmäßig Schutzziele zu erfüllen, die eine Versorgung von z.B. 50 Verletzten (MANV 50 = klassisches Reisebusunglück) durch den Rettungsdienst gewährleisten.</p> <p>Eine etwaige Nichtberücksichtigung der Empfehlungen nach § 133b Abs. 1 kann zu Abschlägen bei den Entgelten führen, wodurch die Empfehlungen quasi zu Verpflichtungen werden. Da der Gegenstand der Rahmenempfehlungen nach § 133 Abs. 1 nicht abschließend geregelt wird, eröffnet sich hier die Pforte zum "Bundesrettungsdienstgesetz", womit tief in die Regelungskompetenz der Länder eingegriffen würde.</p>
§ 133a	Gesundheitsleitsystem	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kooperationsvereinbarung zwischen Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116117 auf Antrag der Rettungsleitstelle</li> <li>Verbindliche Absprache, wer welche Fälle übernimmt, und Abstimmung der Abfragesysteme</li> <li>Medienbruchfreie Übergabe von Fällen und Daten</li> <li>Schnittstelle durch KBV zur Verfügung zu stellen</li> <li>Gemeinsames Qualitätsmanagement der Kooperationspartner</li> <li>Vermittlung von Krankentransporten und medizinischen komplementären Diensten sowie sonstigen komplementären</li> </ul>	<p>Forderung:</p> <p>Die systemdefinierende Festlegung in § 133a Abs. 1 Satz 1 auf eine standardisierte Notrufabfrage sollte durch die Festlegung auf eine digitale, strukturierte Notrufabfrage, die auf Standards basiert, ersetzt werden.</p> <p><u>Begründung:</u></p> <p>Notrufabfragessysteme zur Bearbeitung eingehender Hilfeersuche in den integrierten Leitstellen lassen sich grundsätzlich in zwei Systematiken klassifizieren – standardisierte und strukturierte Systeme.</p> <p>Bei standardisierten Notrufabfragessystemen ist die Abfrage gekennzeichnet durch konkret formulierte Fragestellungen, von denen der Call-Taker nicht abweichen kann, während strukturierte Notrufabfragessysteme eine grundsätzliche Struktur – teils mit konkret formulierten Fragen – der durch den Call-Taker zu erfragenden Informationen vorgeben. Standardisierte Notrufabfragessysteme nach dieser Klassifizierung sind softwarebasiert. Strukturierte Notrufabfragessysteme sind in aller Regel softwarebasiert, können aber</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Diensten für vulnerable Gruppe oder krisenhafte Situationen</li> <li>Bericht KBV zu Entwicklung der Gesundheitsleitsysteme</li> </ul>	<p>auch einer anderweitig vorgegebenen Struktur folgen, die beispielsweise in einem Qualitätsmanagementsystem vereinheitlicht ist.</p> <p>In Baden-Württemberg wurden die dort vorhandenen Abfragesysteme unabhängig bewertet. Im Ergebnis lässt sich feststellen, dass keines der von SQR-BW bewerteten Notrufabfragesysteme unter den Gesichtspunkten der Qualitätsindikatoren signifikante Vor- oder Nachteil aufweist. Selbst die Ergebnisse für strukturierte Notrufabfragen ohne Softwareunterstützung bewegen sich bei den Ergebnissen im gleichen Rahmen wie softwareunterstützte Notrufabfragesysteme. Vor diesem Hintergrund gibt es keine validen Anhaltspunkte, dass eine Notrufabfragesystematik grundsätzlich überlegen ist. Eine Festlegung im § 133a Absatz 1 ist aus diesem Grund nicht zielführend.</p>
§ 133b		<p>Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gremium bei GKV-SV, paritätisches Stimmengewicht zwischen GKV-SV und Ländervertretern, nicht stimmberechtigte Vertreter von Spaltenverbänden der Leistungserbringer und Fachverbänden und Fachgesellschaften sowie BMG</li> <li>Fachliche Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung; bei Nichtzustandekommen Ersatzvornahme BMG</li> <li>Empfehlungen zur Übermittlung der Daten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung, Rechtsverordnung durch BMG</li> <li>Spezifikationen für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation unter Beteiligung</li> </ul>	<p><u>Forderung:</u></p> <p>Das Gremium ist aus Gründen der „Neutralität“ beim BMG anzusiedeln; in Abs. 2 muss den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auch Stimmrecht eingeräumt werden, die in Abs. 3 aufgeführten Inhalte der Rahmenempfehlung sind abschließend (das Wort „insbesondere“ entfällt), in Abs. 4 entfällt demzufolge die Beschlussfassung.</p> <p><u>Begründung:</u></p> <p>Die Gesetzlichen Krankenkassen und die Länder haben in der Ausgestaltung und insbesondere die Finanzierung häufig widerstrebende Interessen, weshalb das Gremium an neutraler Stelle angesiedelt werden soll. Um die Gestaltungsfreiheit der Länder in Struktur, Qualität und Finanzierung nicht einzuschränken sind in Abs. 3 nur Themen für eine Rahmenempfehlung (beispielsweise Formen der Digitalisierung, usw.) aufzunehmen, für die eine bundesweite Steuerung unbedingt erforderlich sind, diese sind in Abs. 3 abschließend zu benennen.</p> <p><u>Forderung:</u></p> <p>Fachliche Rahmenempfehlungen dürfen nur Mindeststandards darstellen. Eine Ableitung, dass Mindeststandards zu Finanzierungsobergrenzen füh-</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		von KBV, DKG und KIG, Rechtsverordnung durch BMG	<p>ren, muss vermieden werden. Länderspezifische, davon nach oben abweichen, müssen vermieden werden. Länderspezifische, davon nach oben abweichen, müssen weiterhin möglich sein.</p> <p><u>Begründung:</u></p> <p>Mindeststandards sollen Vorgaben darstellen, die Grundlage für eine Einheitlichkeit sind. Länderspezifische oder regionale Besonderheiten, die höhere Standards erforderlich machen, müssen möglich und auch gegenfinanziert sein.</p>
§ 133c	Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Aktuversorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verpflichtende digitale Notfalldokumentation für alle Beteiligten der Notfall- und Aktuversorgung</li> <li>• Verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätennachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung</li> <li>• Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme</li> </ul>	<p>Eine verpflichtende flächendeckende Einführung von smartphone-basierten Ersthelfenden-Alarmierungssystemen ist sinnvoll. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund einer Minimierung des reanimationsfreien Intervalls bei Patienten mit einem Herz-Kreislauf-Stillstand.</p> <p><u>Forderung:</u></p> <p>Mit der verpflichtenden Einführung ist auch die Frage der Kostentragung zweifelsfrei zu regeln. Dabei ist zwischen den in den Leitstellen für die Alarmierung und den bei den "Trägern" der smartphone-basierten Ersthelfer- und-Alarmierungssystemen für die Administration (z. B. Mitgliederverwaltung) entstehenden Kosten zu differenzieren.</p> <p><u>Begründung:</u></p> <p>Mit der verpflichtenden Einführung und dem Betrieb sind Kosten verbunden. Bisher wurde diese in vielen Bereichen durch Hilfsorganisationen selbst getragen, weil von Seiten der Krankenkassen keine Finanzierungsverpflichtung gesehen wird. Um die Systeme nachhaltig zu betreiben, ist eine verbindliche Kostentragung unerlässlich.</p> <p><u>Forderung:</u></p> <p>Für die Alarmierung ist eine systemübergreifende Plattform einzurichten, an der alle Ersthelfendensysteme verpflichtend teilnehmen müssen. Über diese Plattform werden die von den Leitstellen ausgelösten Alarmierungen intelligent an die in der Nähe zum Einsatzort befindlichen Ersthelferinnen und Ersthelfer systemübergreifend weitergeleitet.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<u>Begründung:</u> Für den Fall, dass in einem Bereich mehrere Ersthelfendensysteme eingerichtet sind, kann es bei paralleler Alarmierung von Ersthelferinnen und Ersthelfern aller Systeme zu einer Fehlsteuerung durch Überalarmierung kommen. Darüber hinaus würden zufällig anwesende, registrierte Ersthelferinnen und Ersthelfer aus einem im jeweiligen Bereich nicht verwendeten (durch die Alarmierung der Leitstelle versorgten) System nicht in die Alarmierung einbezogen. Durch die Einrichtung einer "Verteilungsplattform" würden beide Aspekte gelöst.
§ 133d	§ 133d	Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form durch Datenstelle beim GKV-SV	<u>Forderung:</u> Die Datenlieferung erfolgt an eine neutrale Stelle, die beispielsweise beim BMG angesiedelt ist. <u>Begründung:</u> Durch die Einrichtung einer Stelle zur Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form, die nicht der GKV-SV ist, wird dem Neutralitätsgedanken Rechnung getragen, ohne die notwendige Transparenz zu verhindern. Dies wurde beispielsweise in Baden-Württemberg durch Einrichtung der SQR-BW erfolgreich realisiert.
§ 133e	§ 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	<u>Forderung:</u> Verlängerung der Einbindefrist über den genannten Zeitraum hinaus und Einbezug der vollumfänglichen Kosten der Digitalisierung in die Benutzungsentgelte. <u>Begründung:</u> Die Umsetzungsfrist zum begrüßenswerten Anschluss an die Telematikinfrastruktur innerhalb von 15 Monaten ist deutlich zu kurz bemessen, da erheblicher Abstimmungsbedarf besteht und umfassende Umsetzungen in der heterogenen digitalen Infrastruktur bei den Leistungserbringern erforderlich sind (z.B. Beantragung Heilberufsausweise, Ausstattung der Fahrzeuge, Schulungen etc.).

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
§ 133f	Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Finanzierung von Investitionen in digitale Infrastruktur von 2027 bis 2031 aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes</li> <li>Abwicklung durch GKV-SV, Richtlinie im Benehmen mit den Ländern zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen</li> <li>Bezeichnete Investitionen können ausschließlich über diesen Weg gefördert werden</li> </ul>	Der Verweis in Abs. 2 zur Kostenpauschale § 378 SGB V (vertragsärztliche Versorgung) negiert die Notwendigkeit, die Kosten der Digitalisierung vollumfänglich in die Benutzungsentgelte zu integrieren.
§ 133g	Koordinierende Leitstelle: Möglichkeit für Landesbehörden, einer einzelnen Leitstelle überregionale Aufgaben zuzuweisen		
19	§ 140f	Antragsrecht Patientenvertretung	
20	§ 291b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
21	§ 294a	Mitteilungspflicht zu vorrangigen Schadensersatzansprüchen auch für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung	<p><u>Forderung:</u> Änderung der Mitteilungspflicht über drittverursachte Gesundheitsschäden durch die Leistungserbringer, Daten und mögliche Verursacher den Krankenkassen mitzuteilen in „Mitwirkungspflicht“.</p> <p><u>Begründung:</u> Eine Mitteilungspflicht widerspricht der Realität im rettungsdienstlichen medizinischen Notfall und dem Vertrauensschutz/Patientendatenschutz</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			zwischen Notfall-Patient und dem Rettungsdienst (Schweigepflicht). Zudem stellen sich Fragen bezüglich der Neutralität, des Datenschutzes sowie des entsprechenden Aufwands im Einzelfall, zumal Patienten regelmäßig nur kurzzeitig Kontakt zur medizinischen Notfallrettung haben.
22	§ 302	Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Datenübermittlungspflicht	
23	§ 354	Fernzugriff auf ePA durch Leitstellen	<p><u>Forderung:</u></p> <p>Für die Rettungsleitstelle müssen die in der ePA gespeicherten, notfallrelevanten Daten prominent einsehbar sein.</p> <p>Der Zugriff auf die ePA muss auch für das Rettungsdienstpersonal vor Ort möglich sein, um relevante und umfassendere Informationen zur Patientin oder zum Patienten erhalten zu können.</p> <p><u>Begründung:</u></p> <p>Durch die Fokussierung auf die relevanten Informationen in der ePA ist es den Rettungsleitstellen möglich, Notrufe schnell bearbeiten zu können, ohne alle gespeicherten Informationen durchsuchen zu müssen.</p>
24	§ 370a	Redaktionelle Folgeänderung	
25	§ 377	Redaktionelle Folgeänderung	
26	§ 394	Errichtung eines bundesweiten, öffentlich zugänglichen Katasters automatisierter externer Defibrillatoren (AED), die für die Benutzung durch Laien vorgesehen sind	
			<b>Art. 2: Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b>
	§ 75	Modifizierte Berichtspflichten der KBV aufgrund der Einführung der Akutleitstellen	
			<b>Art. 3: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</b>
	§ 12b	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 3	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	<b>Art. 4: Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung</b>
1	§ 12b	Versorgungsvertrag zur Versorgung von Notdienstpraxen in INZ mit Arzneimitteln zwischen Apothekeninhaber, KV und beteiligtem Krankenhaus	<b>Art. 5: Änderung des Apothekengesetzes</b>
2	§ 20	Pauschaler Zuschuss für Apotheken mit Versorgungsvertrag	
3	§ 25	Ordnungswidrigkeit	
			<b>Art. 6 Änderung der Apothekenbetriebsordnung</b>
1	§ 1a	Notdienstpraxenversorgende Apotheken	
2	§ 3	Vorgaben zum Personal auch für notdienstpraxenversorgende Apotheken	
3	§ 4	Erlaubnis zweiter Offizin mit Lagerräumen am INZ-Standort	
4	§ 23	Dienstbereitschaft notdienstpraxenversorgender Apotheken	
			<b>Art. 7: Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung</b>
1	§ 12	Folgeänderung zu § 394 SGB V und § 17a Medizinprodukte-Betreiberverordnung	
2	§ 17a	Meldeverpflichtung für Betreiber von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) an das AED-Kataster	
			<b>Art. 8: Änderung des Betäubungsmittelgesetzes</b>

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	
2	§ 11	Erweiterung der Verordnungsermächtigung auf Regelungen über das Mitführen von Betäubungsmitteln auf Fahrzeugen des Rettungsdienstes im grenzüberschreitenden Verkehr	<b>Art. 9: Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung</b>
1	§ 13	Ausnahme für Durchfuhr einer angemessenen Menge an Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf auf dem Fahrzeug eines ausländischen Rettungsdienstes	
2	§ 15	Ausnahme von Ein- und Ausfuhr genehmigung für Zubereitungen der in den Anlagen II und III des BtMG aufgeführten Stoffe auf einem Fahrzeug des Rettungsdienstes in angemessener Menge als Rettungsdienstbedarf	<b>Art. 10: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsätzte</b>
	§ 19a	Gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe	
			<b>Art. 11: Inkrafttreten</b>
	Ggf. weitere		<b>Notfallsanitätergesetz NotSanG:</b> Notfallsanitäter und Notfallsanitäterinnen müssen, ggf. durch Weiterbildung, die auch akademische Bildungsgänge einschließen kann, in die Lage ver-

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
Anmerku-ngen			<p>setzt werden, Patientinnen und Patienten insbesondere in Akutfällen, bei denen der Rettungsdienst zum Einsatz kommt, jedoch keine unmittelbare Lebensgefahr und keine Notwendigkeit eines Notfalltransports besteht (s.g. „LowCode-Einsätze“), kompetent handlungs- und rechtssicher fallab-schließend für den Rettungsdienst vor Ort behandeln zu können.</p>
		<p><b><u>Zeitenwende / Zivilschutz:</u></b></p> <p>Der öffentliche Rettungsdienst muss auch in Situationen der zivilen Verteidi-gung in der Lage sein, die ihm in den Landesrettungsdienstgesetzen zuge-wiesenen Aufgaben erfüllen zu können. Dazu bedarf es Investitionen in den Schutz derrettungsdienstlichen Infrastruktur, zusätzliche spezielle Ausstat-tung und die Qualifikation des Rettungsdienstpersonals.</p> <p><b><u>Verwendung von Begriffen:</u></b></p> <p>In Deutschland existieren in aller Regel Integrierte Leitstellen (ILS) für Ret-tungsdienst und Feuerwehr. Die Verwendung des Begriffs der Rettungsleit-stelle in den Texten wäre insofern korrekt, wenn damit der rettungsdienst-liche Teil der Integrierten Leitstellen adressiert wird. Hier gilt es durch ein korrektes Wording Missverständnisse zu vermeiden.</p>	