Malteser
…weil Nähe zählt.

Stellungnahme

Malteser Hilfsdienst

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Stand: 04.12.2025

Malteser Hilfsdienst gemeinnützige GmbH

Erna-Scheffler-Straße 2, 51103 Köln
Postadresse: 51101 Köln
malteser@malteser.org
www.malteser.de
Tel: 0221 9822-0
Fax: 0221 9822-1499

Malteser Hilfsdienst gemeinnützige GmbH, Köln
Amtsgericht Köln, HRB 26997
Steuernr.: 218/5990/0040
Bank für Sozialwirtschaft, Köln
BIC BFSWDE33XXX
IBAN DE65 3702 0500 0002 4001 00

Geschäftsführung:
Thomas Kleinert, Dr. Elmar Pankau (Vors.),
Ulf Reermann, Frank Weber

Aufsichtsratsvorsitzender:
Georg Khevenhüller

Inhalt

A. Vorbemerkung ... 3
B. Ausgangslage aus der Perspektive des Rettungsdienstes ... 3
C. Stellungnahme ... 5
I. Generelle Anmerkungen ... 5
II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen ... 6
D. Weiterer Ergänzungsbedarf ... 6
I. Weiterentwicklung des Berufsfelds Rettungsdienst ... 6
II. Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten mit Tätigkeit in der Akut- und Notfallversorgung ... 6
III. Anpassungen der Vorschriften des Betäubungsmittelrechts ... 6
IV. Zusammenwirken von Rettungsdienst und Katastrophenschutz ... 7
V. Auf- und Ausbau der Gesundheitskompetenzen in der Bevölkerung ... 8
E. Fazit ... 8

A. Vorbemerkung

Der Malteser Hilfsdienst ist ein Verband mit einem Schwerpunkt im Rettungsdienst. Daher nimmt die vorliegende Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung im nachfolgenden Umfang in erster Linie die Perspektive des Rettungsdienstes ein.

Seit Bestehen des Rettungsdienstes ist der Malteser Hilfsdienst in Deutschland mitgestaltend aktiv. Als katholische Hilfsorganisation mit 55.000 Ehrenamtlichen und 40.000 Mitarbeitenden sowie als großer Leistungserbringer im Rettungsdienst mit mehr als 300 Rettungswachen bundesweit sieht der Malteser Hilfsdienst einen überfälligen Reformbedarf in der Akut- und Notfallmedizin nicht nur im stationären und ambulanten Sektor, sondern auch im Rettungsdienst. Der Rettungsdienst steht vor enorm großen Herausforderungen. In den vergangenen Jahren hat sich das einstige Erfolgs- und Vorzeigemodell zu einem notleidenden System gewandelt.

B. Ausgangslage aus der Perspektive des Rettungsdienstes

Grundsätzlich teilt der Malteser Hilfsdienst die im Referentenentwurf beschriebene Ausgangslage. Der Malteser Hilfsdienst stellt seit vielen Jahren eine weitgehende Einigkeit unter den meisten Akteuren hinsichtlich der Bewertung der aktuellen Situation fest. Gleichzeitig werden die Probleme kontinuierlich größer, weil politisch zuerst viel zu lange gar nicht gehandelt wurde und nach dem Scheitern der letzten Bundesregierung das weitgehend abstimmungsreife Gesetz zum großen Bedauern des Malteser Hilfsdienstes nicht mehr verabschiedet wurde. Die notwendig gewordene Neubefassung mit dem Thema in der neuen Legislaturperiode hat bedauerlicherweise zu unnötigen Verzögerungen der dringend erforderlichen Reform geführt.

Heute wenden sich viele Menschen an den Rettungsdienst, denen mit den derzeit verfügbaren Mitteln nicht wirkungsvoll geholfen werden kann. Die Gründe dafür sind vielfältig und betreffen nicht nur demografische Entwicklungen. Es ist festzustellen, dass die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung nachlässt. Es bestehen Defizite bei der effektiven und effizienten Steuerung von Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsstruktur. So arbeiten etwa Notdienste der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Rettungsdienste getrennt voneinander. Die Akut- und Notfallversorgung in Deutschland ist unverständlich stark fragmentiert. Erschwerend sind diesbezüglich getrennte Verwaltungszuständigkeiten zwischen Bund, Ländern und Kommunen. Trotz ähnlicher Prozesse bei der Versorgung, gibt es erhebliche

Unterschiede in Organisation und Durchführung des Rettungsdienstes, z. B. bei der medizinischen Versorgung, bei Hilfsfristbemessung und Bedarfsplanung, beim Qualitätsmanagement, bei Fahrzeugkonzepten oder bei digitalen Lösungen. Fehlende Standardisierung und Digitalisierung, beispielsweise bei der Dokumentation, binden unnötig Ressourcen.

Folge der Fehlsteuerung ist u. a., dass für so genannte Low-Level- bzw. Low-Acuity-Einsätze Kräfte mit hohem Einsatzwert, wie mit Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern besetzte Rettungswagen, entsendet werden müssen. Oft bleibt nur der, medizinisch nicht indizierte, Transport in die Notaufnahme. So existieren etwa nutzbringende Hilfsangebote außerhalb von Krankenhäusern, wie Notfallpflege oder Angebote zur akuten psychosozialen Begleitung, nicht flächendeckend. Viel zu langsam wird neuen Lösungsansätzen Raum gegeben. Für notwendige, tiefgreifende Veränderungen fehlen Veränderungsbereitschaft, -kraft und -mut. Als Folge einer sich verändernden Krankenhauslandschaft und der Umsetzung der gestuften Notfallversorgung kommt es bereits heute zu verlängerten Prähospitalzeiten. Bedrohlich oft sind weiträumig Fachabteilungen in Krankenhäusern wegen Überlastung oder Personalmangels abgemeldet und Notaufnahmen hoffnungslos überfüllt. Der Bedarf an Verlegungstransporten mit den Ressourcen des Rettungsdienstes nimmt zu.

Diese und weitere Einflussfaktoren treiben das Einsatzaufkommen seit Jahren in die Höhe und fordern den Rettungsdienst ununterbrochen heraus. Obwohl die rettungsdienstliche Vorhaltung kontinuierlich ausgeweitet wird, kommt es regelmäßig zu Versorgungsengpässen, wenn Rettungswagen nicht für die Notfallrettung zur Verfügung stehen. Die zusätzlich geschaffene Vorhaltung kann immer seltener mit Fachkräften vollständig abgedeckt werden. Der Fachkräftemangel wird verschärft, weil hohe Arbeitsbelastung, fehlende Aufstiegsmöglichkeiten und permanente Fehlallokation des hochqualifizierten Personals zu nicht indizierten Einsätzen zusätzlich zur Abwanderung von Fachkräften führen. Sowohl Arbeitsbedingungen als auch Versorgungsqualität entwickeln sich nachteilig.

Das gegenwärtige System kommt damit sichtbar an seine Grenzen. Mancherorts ist die Belastungsgrenze überschritten. Fahrzeugabmeldungen sind tagtäglich deutschlandweit zu verzeichnen, sodass die rechtzeitige Versorgung in akuten lebensbedrohlichen Situationen gefährdet sein kann.

C. Stellungnahme

I. Generelle Anmerkungen

1. Begriffsdefinition „Rettungsdienst“

Wenn im Referentenentwurf allgemein Bezug zum „Rettungsdienst“ genommen wird, bleibt viel Auslegungsspielraum, welche Akteure im Rettungsdienst adressiert sind, z. B. „Leistungserbringer (Durchführende) im Rettungsdienst“ oder „Träger des Rettungsdienstes“. Im Sinne einer gesetzlichen Klarheit und zur Vermeidung späterer Rechtsstreitigkeiten sollten durchgängig Begriffe verwendet werden, die die Akteure eindeutig benennen, wie es z. B. im Kontext zur Errichtung von Gesundheitsleitsystemen (§ 133a Abs. 1) mit dem Begriff „Träger einer Rettungsleitstelle“ gelungen ist.

2. Gesetzesfolgen

Bundesweit einheitlich geregelte und vereinfachte Prozesse der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit sollten sich auch verstärkt auf die operative Vernetzung zwischen der notdienstlichen Akutversorgung und dem Rettungsdienst (= Notfallrettung und Krankentransport) erstrecken, um Doppelstrukturen z. B. bei aufsuchenden Diensten zu vermeiden.

Die Abgabequoten an die Kassenärztlichen Vereinigungen von 1.000 Fällen pro eine Million Einwohner pro Jahr (Steigerung auf 20.000 Fälle pro eine Million Einwohner pro Jahr, bundesweit 915.000 Einsätze jährlich) bzw. 15 Prozent der Einsätze des Rettungsdienstes, bei denen die Möglichkeit bestehen soll, dass Rettungsleitstellen diese an die Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen zukünftig abgeben werden können sowie weitere erwartete Einsparungen durch die Reduktion von Notarzteinsätzen, die Entsendung bedarfsgerechter Transportmittel und der Behandlung vor Ort bei fehlender Transportindikation in Höhe von bis zu 1,3 Milliarden Euro im Jahr 2031 sind ebenso zu bezweifeln wie die errechneten Mehrausgaben. Bereits die hinsichtlich des Rettungsdienstes unverbindlich formulierten Regelungen werden die Effekte verhindern. Die dem Referentenentwurf zugrunde liegenden Anreize, z. B. durch die Anschubfinanzierung von Investitionen in die digitale Infrastruktur, werden daran mit großer Wahrscheinlichkeit nichts ändern. Außerdem ist bereits absehbar, dass die Kosten für den Rettungsdienst weiter steigen werden, weil sich die Gesamtbelastung, z. B. infolge der Krankenhausreform (längere Einsatzzeiten, höheres Aufkommen an Verlegungen usw.) nicht wesentlich verändern wird.

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen

Wunschgemäß wird die Stellungnahme des Malteser Hilfsdienstes zu den Einzelregelungen in dem zur Verfügung gestellten Format vorgenommen (siehe Anlage).

D. Weiterer Ergänzungsbedarf

Weiterer, mit dem vorgelegten Referentenentwurf in Verbindung stehender Ergänzungsbedarf, ergibt sich aus Sicht des Malteser Hilfsdienstes zu folgenden Punkten:

I. Weiterentwicklung des Berufsfelds Rettungsdienst

In Analogie zur Gesundheits- und Krankenpflege müssen auch im Rettungsdienst Karrierewege entstehen, die dauerhafte berufliche Perspektiven eröffnen. Dazu gehören sowohl fachliche Entwicklungsmöglichkeiten als auch u. a. Führungskräfte-Qualifizierungen für Managementaufgaben oder Werdegänge als Lehrkräfte.

Eine Angleichung der Ausbildung der medizinischen Fachberufe und die gegenseitige Anerkennung von Ausbildungsabschnitten eröffnen zusätzliche berufliche Entwicklungsperspektiven.

Bund und Länder werden aufgefordert, die dafür notwendigen gesetzlichen Anpassungen vorzunehmen.

II. Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten mit Tätigkeit in der Akut- und Notfallversorgung

Alle Ärztinnen und Ärzte, die Akut- und Notfall-Patientinnen und -Patienten behandeln (z. B. in einer Notaufnahme oder im vertragsärztlichen Notdienst), müssen dafür eine spezifische Weiterbildung und regelmäßige Fortbildungen in Theorie und Praxis vorweisen.

Bund, Länder und Ärztevertretungen werden aufgefordert, die dafür notwendigen rechtlichen Anpassungen vorzunehmen.

III. Anpassungen der Vorschriften des Betäubungsmittelrechts

Infolge der Ausdehnung der Befugnisse zur Applikation von Betäubungsmitteln auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter (§ 13 Abs. 1b BtMG i. V. m. §§ 2a, 4 Abs. 2 Nr. 1 lit. c, Nr. 2 lit. c NotSanG) verbreiten sich Betäubungsmittel auf Rettungstransportwagen.

Sowohl die Regelungen von § 13 Abs. 2 S. 2 BtMVV als auch die Umsetzung von § 16 Abs. 1 BtMG i. V. m. § 1 Abs. 3 Nr. 5 BtMVV sind zum einen für den Rettungsdienst unpraktikabel und entsprechen zum anderen nicht den Zielen der Bundesregierung hinsichtlich Digitalisierung, Automatisierung und Entbürokratisierung.

Der Malteser Hilfsdienst fordert eine Anpassung des Betäubungsmittelrechts, dass

1. neben einer EDV-gestützten Nachweisführung auch die von Rechts wegen erforderliche Bestandsprüfung über Verbleib und Bestand zum Monatsende elektronisch und mit einer einfachen, digitalen Signatur erfolgen kann,
2. die monatliche Bestandsprüfung über Verbleib und Bestand analog § 13 Abs. 2 Nr. 6 BtMVV auch im Rettungsdienst delegiert werden kann und
3. die erforderliche Niederschrift für die Vernichtung von nicht mehr verkehrsfähigen Betäubungsmitteln (Bruch, Ablauf, Restmengenverwurf) elektronisch und mit einer einfachen, digitalen Signatur in Gegenwart eines Zeugen erfolgen kann; es ist im Rettungsdienst regelmäßig unmöglich, dass unmittelbar zwei Personen als Zeugen zur Verfügung stehen.

IV. Zusammenwirken von Rettungsdienst und Katastrophenschutz

Die Fähigkeit zum Zusammenwirken von Rettungsdienst und Katastrophenschutz muss unabhängig von der jeweiligen Finanzierung erhalten bleiben. Der Rettungsdienst ist sowohl wegen seiner Bedeutung für die Akut- und Notfallversorgung ein Pfeiler des Gesundheitssystems als auch wegen seiner ihm innewohnenden Rolle integraler Bestandteil der staatlichen Gefahrenabwehr. Der Rettungsdienst muss im Sinne eines gesamtgesellschaftlichen Interesses aufwuchsfähig sein, um größere Schadenslagen und Katastrophenfälle bewältigen zu können, wie zuletzt die Bewältigung der sich in Deutschland ereigneten Naturkatastrophen eindrucksvoll demonstriert hat. Rettungsdienst und Katastrophenschutz sind zwei Seiten derselben Medaille. Sie bilden ein vernetztes Hilfeleistungssystem. Denn in einer Notlage, in der Leben oder Gesundheit einer Vielzahl von Menschen in ungewöhnlichem Ausmaß gefährdet oder geschädigt werden, beginnt zumeist das Regelsystem Rettungsdienst mit der Hilfeleistung. Daher müssen die Systeme Rettungsdienst und Katastrophenschutz strukturell, organisatorisch und operativ aufeinander abgestimmt sein. Auch die Zeitenwende hat erheblichen Einfluss auf die vernetzten Systeme von

Rettungsdienst und Katastrophenschutz. Dazu bedarf es der Abstimmung und der Fähigkeit zur Zusammenarbeit. Ein resilienter Rettungsdienst trägt zu einem starken Bevölkerungsschutz bei.

V. Auf- und Ausbau der Gesundheitskompetenzen in der Bevölkerung

Flankiert werden muss das System der Akut- und Notfallversorgung durch einen langfristigen Auf- und Ausbau der Gesundheitskompetenzen in der Bevölkerung. Auf diese Weise werden u. a. das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten gefördert, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu beurteilen und im Alltag anzuwenden. Als Hilfsorganisation mit Aufgaben in der öffentlichen Gefahrenabwehr vermittelt der Malteser Hilfsdienst bereits heute wichtige Fähigkeiten zur Selbst- und Fremdhilfe. Eine weitere Stärkung dieser Gesundheitskompetenzen wird aus Sicht des Malteser Hilfsdienstes v. a. erreicht durch

1. Angebote, die jungen Menschen z. B. im Rahmen der schulischen Bildung mehr Selbst- und Fremdhilfefähigkeiten vermitteln, beispielsweise in der Erste-Hilfe-Ausbildung (mit Selbstschutzinhalten),
2. generelle Angebote an eine breite Zielgruppe aus der Bevölkerung zum qualifizierten Engagement auf freiwilliger Basis, z. B. mit dem „Gesellschaftsdienst im Bevölkerungsschutz“, wie der Malteser Hilfsdienst ihn vorgeschlagen hat und
3. differenzierte, refinanzierte Präventions- und Beratungsangebote für komplex Vorerkrankte und häufige Nutzer der Akut- und Notfallversorgung sowie für lebensältere und bewegungseingeschränkte Menschen, damit diese in ihrem gewohnten Umfeld besser eigenständig leben können (Vorsorgeplanung).

Der Malteser Hilfsdienst fordert daher Bund und Länder auf, die dafür notwendigen gesetzlichen Anpassungen vorzunehmen.

E. Fazit

Der Malteser Hilfsdienst begrüßt den Ansatz der Bundesregierung zur Reform der Notfallversorgung. An überholten Strukturen darf nicht länger festgehalten werden. Partikularinteressen müssen im Sinne der Hilfesuchenden überwunden werden. Handlungsleitend dürfen weder politische noch finanzielle Interessen sein, sondern bedarfsgerechte, evidenzbasierte Standards; innovative, integrierte und

interprofessionelle Versorgungspfade müssen zugelassen werden. Dazu braucht es Mut und Entschlusskraft in Bund, Ländern und Kommunen.

Der Malteser Hilfsdienst teilt das prinzipielle Ziel, für alle Hilfesuchenden eine bundesweit einheitliche und gleichwertige Akut- und Notfallversorgung sicherzustellen. Die wesentlichen Inhalte des Referentenentwurfs sind grundsätzlich unterstützenswert. Wenngleich aus Sicht des Malteser Hilfsdienstes Verbesserungs- und Änderungsbedarfe für eine leistungsstarke, resiliente und zukunftsorientierte Akut- und Notfallversorgung im Detail bestehen, darf dies nicht zu weiteren ungerechtfertigten Verzögerungen der dringend notwendigen, überfälligen Reform führen, da bereits heute alle an der Akut- und Notfallversorgung beteiligten Strukturen unter sich rapide verschlechternden Verhältnissen leiden und den Hilfesuchenden ein überlastetes System zugemutet wird. Daher fordert der Malteser Hilfsdienst ein beschleunigtes Gesetzgebungsverfahren und ein rasches Inkrafttreten des Gesetzes.

Für eine weitere konstruktive Mitarbeit steht der Malteser Hilfsdienst zur Verfügung.

Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: Malteser Hilfsdienst

Datum: 04.12.2025

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 27	Folgeänderung zu § 30 SGB V	Die Aufnahme der medizinischen Notfallrettung in den Katalog der Krankenbehandlung wird ausdrücklich begrüßt. Damit wird klargestellt, dass die medizinische Notfallrettung eine eigenständige Leistung im SGB V ist.
2	§ 30	Einführung eines Anspruchs auf medizinische Notfallrettung • Voraussetzung: Definition rettungsdienstlicher Notfall • Leistungsbestandteile: Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung und Notfalltransport • Notfallmanagement als Vermittlung der erforderlichen Hilfe auf der Grundlage einer digitalen standardisierten Abfrage einschließlich telefonischer Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen und Einbindung von Ersthelfern durch auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme	Absatz 1 bestimmt den Anspruch auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung. Die Aufnahme einer Definition für einen rettungsdienstlichen Notfall aus ex ante Sicht wird befürwortet. Absatz 2 legt fest, dass die aufgrund einer digitalen, standardisierten Notrufabfrage getroffene Entscheidung zur Veranlassung der medizinischen Notfallrettung als Nachweis des Vorliegens eines rettungsdienstlichen Notfalls gegenüber der Krankenkasse gilt. Offen bleibt, in welcher Form dieser Nachweis von einem Leistungserbringer nach § 133 Abs. 1 gegenüber der Krankenkasse zu erbringen ist, damit erfolgreich eine Leistungsabrechnung erfolgen kann. Die Differenzierung der medizinischen Notfallrettung in Absatz 2 ist unvollständig. In § 133b Abs. 1 Nr. 4 erfolgt eine Erwähnung zur Entwicklung von Rahmenempfehlungen zur Ausgestaltung von spezialisierten Formen der ambulanten Notfallversorgung oder weiteren ambulanten Versorgungsformen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• 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	Eine ausschließliche Regelung dieses Versorgungsbereiches über unverbindliche Empfehlungen des Gremiums nach § 133b reicht nicht aus. In § 133a Abs. 4 werden medizinische komplementäre Dienste und sonstige komplementäre Dienste für vulnerable Gruppen oder krisenhafte Situationen erwähnt, die von Gesundheitsleitsystemen vermittelt werden sollen. Lediglich der Vermittlungsauftrag nach Verfügbarkeit ist unzureichend. Es fehlen Aufzählung und Definition entsprechender Versorgungsformen als eigener Leistungsbestandteil in § 30. Der Malteser Hilfsdienst befürchtet, dass die regelhafte Einführung von spezialisierten Formen der ambulanten Notfallversorgung oder weiteren ambulanten Versorgungsformen sowie von medizinischen komplementären Diensten und sonstigen komplementären Diensten für vulnerable Gruppen oder krisenhafte Situationen auch zukünftig an Finanzierungsfragen scheitern werden. Dabei schließen, nach erfolgtem Nachweis des jeweiligen Nutzens, z. B. Gemeindenotfallsanitäter, notfallpsychologische Dienste, Notfallpflege, vorbeugender Rettungsdienst, mobile Notfall-Palliativversorgung und andere Notfallversorgungsformen eine entscheidende Lücke zwischen vertragsärztlicher Versorgung und Rettungsdienst, haben erhebliche Entlastungseffekte auf andere Einsatzmittel im Rettungsdienst, ermöglichen eine bedarfsgerechte Versorgung vor Ort und erlauben präventive Maßnahmen zur Einsatzvermeidung. Sie sind daher als integraler Bestandteil der medizinischen Notfallrettung hinzuzurechnen und von einem Gesundheitsleitsystem bzw. einer Rettungsleitstelle zu steuern. Ohne rechtssystematische Verankerung in § 30 fehlt eine klare Grundlage für Planungsentscheidungen und Entgeltvereinbarungen. Falls Dienste der spezialisierten ambulanten Notfallversorgung sowie medizinische komplementäre Dienste und sonstige komplementäre Dienste für

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			vulnerable Gruppen oder krisenhafte Situationen nicht eindeutig geregelt werden, werden diese mit großer Wahrscheinlichkeit nicht flächendeckend eingeführt werden. Dann werden nach Auffassung des Malteser Hilfsdienstes die im Referentenentwurf beschriebenen Einsparpotenziale über eine Reduzierung von Einsätzen des Rettungsdienstes nicht in vollem Umfang realisiert werden können. Absatz 3 definiert den Anspruch auf ein Notfallmanagement für rettungsdienstliche Notfälle in Rettungsleitstellen mit abschließender Aufzählung. Die Aufzählung der Aufgaben ist unvollständig. Die Aufzählung ist mindestens um die Einsatzlenkung nach dem aktuellen Stand der Technik, den Einsatz von digitalen Lösungen zur Patientensteuerung sowie zur Patientenzuweisung, das Führen eines digitalen Behandlungskapazitäten-Nachweises sowie um Vorkehrungen zum Management von besonderen rettungsdienstlichen Einsatzlagen unterhalb der Katastrophenschwelle (u. a. Sonder- und Spitzenbedarf, MANV-Lagen) zu ergänzen. Der Anspruch sollte sich außerdem auf Krankentransporte erstrecken, mithin das Notfallmanagement auch Krankentransporte veranlassen und lenken dürfen. Weiterhin sollte das Notfallmanagement die Koordination von spezialisierten Formen der ambulanten Notfallversorgung oder weiteren ambulanten Versorgungsformen sowie von medizinischen komplementären Diensten und sonstigen komplementären Diensten für vulnerable Gruppen oder krisenhafte Situationen übernehmen können. Die in Absatz 3 aufgezählte telefonische und telemedizinische Notfallberatung sollte dahingehend näher beschrieben werden, dass diese ggf. auch fallabschließend erfolgen kann. Die Dopplung von Aufgaben, v. a. bei der telefonischen und telemedizinischen Beratung, zwischen Rettungsleitstelle und Akutleitstelle müssen vermieden

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			werden, indem eine Vernetzung als gemeinsames Gesundheitsleitsystem erfolgen muss. Außerdem sind zur Verkürzung des therapiefreien Intervalls bei zeitkritischen Notfällen Helfer-vor-Ort-Gruppen aufzuzählen, die vom Notfallmanagement einzubinden sind. Eine gesetzliche Verankerung erlaubt deren Ausbau und sichert die Integration in die Alarmierungsstruktur. Wenn allerdings, wie in der Begründung dargelegt, kein Anspruch von Versicherten auf eine Aktivierung oder ein Eintreffen einer freiwillig aktiv werdenden Person zur Durchführung lebensrettender Maßnahmen besteht, sind diese Systeme ungeeignet, um planungsrelevant der Hilfsfrist zugerechnet werden zu können. In Absatz 4 sollte ausdrücklich Erwähnung finden, dass die Versorgung einer größeren Anzahl verletzter oder kranker Personen bei außergewöhnlichen Schadensereignissen unterhalb der Katastrophenschwelle Teil der notfallmedizinischen Versorgung ist. Außerdem ist konkret zu ergänzen, dass die notfallmedizinische Versorgung auch die Vermittlung in die vertragsärztliche Weiterbehandlung oder, wenn keine Behandlungsnotwendigkeit besteht, die Weitervermittlung in komplementäre Hilfssysteme sowie die Versorgung durch spezialisierte Formen der ambulanten Notfallversorgung umfasst. Eine bloße Erwähnung in der Gesetzesbegründung erscheint nicht ausreichend, um Planungs- und Finanzierungsklarheit zu erreichen. Unter Absatz 5 ist zu ergänzen, dass geeignete Einrichtungen zur Weiterversorgung medizinischer Notfälle nicht nur Krankenhäuser oder ambulante Versorger sein können, sondern im Einzelfall auch Einrichtungen der stationären Pflege. Außerdem sollte konkretisiert werden, dass auch die

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Beförderung von bereits versorgten Patienten, die der Einrichtung der medizinischen Notfallrettung bedürfen, von einer Gesundheitseinrichtung bzw. einem Krankenhaus zu weiterführenden medizinischen Versorgungseinrichtungen oder zurück, eine Aufgabe des Notfalltransports ist. Für diese Aufgabe besonders geeignete Einsatzmittel sind, neben den Aufgezählten für Akutverlegungen, Intensivtransportwagen (ITW) und Intensivtransporthubschrauber (ITH). Um die Leistungsfähigkeit von notfallmedizinischer Versorgung und Notfalltransport einheitlich zu definieren, sollte im Gesetz ergänzend auf die einschlägigen Einsatzmittelnormen in der jeweils gültigen Fassung verwiesen werden. Das Leisten einer Zuzahlung nach Absatz 6 sollte unter dem Gesichtspunkt zusätzlicher Bürokratie überdacht werden. Auf die Inanspruchnahme von Leistungen haben Zuzahlungen in der beabsichtigten Höhe der Beträge jedenfalls keinen Einfluss. Falls an der Regelung zu Zuzahlung festgehalten wird, sollten zumindest ausschließlich die Krankenkassen verpflichtet werden, den sich nach § 61 ergebenden Betrag von den Versicherten einzuziehen, da in der Regel seitens der Leistungserbringer keine Kenntnisse über Befreiungstatbestände vorliegen. Damit werden überflüssige Forderungen sowie Mahn- und Inkassoverfahren vermieden und unnötiger Verwaltungsaufwand reduziert.
	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	Der neu strukturierte § 60 definiert die Ansprüche auf Leistungen von Krankentransporten und Krankenfahrten. Die getrennte Regelung der

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Ansprüche von medizinischer Notfallrettung (§ 30) und Krankentransporten (§ 60) darf in der Praxis nicht dazu führen, dass die organisatorisch-taktische Verbindung dieser beiden Leistungen, die einen großen Einsatzwert insbesondere bei besonderen rettungsdienstlichen Einsatzlagen bietet, zerschlagen wird. Mit dem (qualifizierten) Krankentransport steht außerdem eine abgestufte Reaktionsmöglichkeit auf Hilfeersuchen zur Verfügung, ohne dafür, indikationslos, Rettungsmittel der Notfallrettung zu belegen. Absatz 2 Nummer 5 bestimmt den Anspruch auf Kostenübernahme von Krankentransporten und Krankenfahrten zur Versorgung in einem Integrierten Notfallzentrum. Die Möglichkeit zur Disposition eines erstattungsfähigen Krankentransportes aufgrund eines aus medizinischer Sicht gerechtfertigten Hilfeersuchens zur ambulanten Erstversorgung wird befürwortet. Dieser Anspruch sollte auch die ambulante Erstversorgung in anderen geeigneten Einrichtungen umfassen (z. B. niedergelassener Durchgangsarzt, Vertragsarztpraxis). Der Anspruch auf Kostenübernahme von Krankenfahrten zu einer Versorgung in einem Integrierten Notfallzentrum kann nach Auffassung des Malteser Hilfsdienstes entfallen, da dem Wesen des zu erwartenden Einsatzes nach (Primäreinsatz) in der Regel sowohl eine medizinisch-fachliche Betreuung als auch die besondere Einrichtung eines Krankenkraftwagens erforderlich sein wird. Absatz 2 Nummer 5 legt ferner fest, dass die aufgrund einer digitalen, standardisierten Abfrage getroffene Entscheidung zur Veranlassung eines Krankentransportes als Verordnung gilt. Offen bleibt, in welcher Form dieser Nachweis von einem Leistungserbringer gegenüber der Krankenkasse zu erbringen ist, damit erfolgreich eine Leistungsabrechnung erfolgen kann.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Um die Leistungsfähigkeit eines Krankentransportes einheitlich zu definieren, sollte in Absatz 3 ergänzend auf die einschlägigen Einsatzmittelnormen in der jeweils gültigen Fassung verwiesen werden. Das Leisten einer Zuzahlung nach Absatz 6 sollte unter dem Gesichtspunkt zusätzlicher Bürokratie überdacht werden. Auf die Inanspruchnahme von Leistungen haben Zuzahlungen in der beabsichtigten Höhe der Beträge jedenfalls keinen Einfluss. Falls an der Regelung zu Zuzahlung festgehalten wird, sollten zumindest ausschließlich die Krankenkassen verpflichtet werden, den sich nach § 61 ergebenden Betrag von den Versicherten einzuziehen, da in der Regel seitens der Leistungserbringer keine Kenntnisse über Befreiungstatbestände vorliegen. Damit werden überflüssige Forderungen sowie Mahn- und Inkassoverfahren vermieden und unnötiger Verwaltungsaufwand reduziert.
4	§ 73	Folgeänderung zu § 60 SGB V	-
5	§ 73b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	-
6	§ 75	Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung • Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung	Die unterbrechungsfreie Sicherstellung nach § 75 Abs. 1b der vertragsärztlichen Versorgung ist für den Rettungsdienst unerlässlich. Die Überarbeitung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen mit einem aufsuchenden Dienst adressiert relevante Bedarfe von Hilfesuchenden, die derzeit häufig zu Rettungsdiensteinsätzen führen. Erfahrungen aus Pilotprojekten und Hochrechnungen aus Einsatzdaten des Rettungsdienstes lassen darauf schließen, dass ca. 15 Prozent der Einsätze des Rettungsdienstes

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge	in den Bereich der „Akutmedizin“ fallen und potenziell keinen Transport erfordern. Der Malteser Hilfsdienst unterstützt, dass für die notdienstliche Akutversorgung die Möglichkeit besteht, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen und Arzneimittel verordnen zu können, um die Zahl von medizinisch nicht notwendigen Versorgungskontakten zu reduzieren. Die Substitution eines 24 Stunden täglich verfügbaren, aufsuchenden vertragsärztlichen Dienstes mit qualifiziertem nichtärztlichem Personal, wie ihn der Referentenentwurf ins Ermessen der Kassenärztlichen Vereinigungen stellt, betrachtet der Malteser Hilfsdienst in dieser Form kritisch. Wenn insbesondere Gemeindenotfallsanitäter als eine Leistung spezialisierter ambulanter Notfallversorgung eingerichtet werden, droht die Entstehung vermeidbarer Doppelstrukturen, wenn keine Kooperationen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Rettungsdiensten bzw. Akutleitstellen und Rettungsleitstellen eingegangen werden. Sowohl personeller als auch wirtschaftlicher Aufwand würden sich erhöhen. Außerdem befürchtet der Malteser Hilfsdienst, dass das Werben um Fachkräfte aus dem nichtärztlichen Dienst (v. a. Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter) mit Blick auf die neuen Tätigkeitsbereiche für nichtärztliches Personal zunehmen würde, was eine weitere Personalverknappung im Rettungsdienst vorantriebe. Daher bedarf es aus Sicht des Malteser Hilfsdienstes einer konkreten Abgrenzung zwischen dem aufsuchenden Dienst der Kassenärztlichen Vereinigungen und Leistungen spezialisierter ambulanter Notfallversorgung. Durch eine geeignete Abgrenzung von aufsuchendem Dienst der Kassenärztlichen Vereinigungen und Diensten der spezialisierten ambulanten Notfallversorgung kann es gelingen, Hilfeersuchen fallabschließend und kosteneffizient zu

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			bearbeiten, ohne hierbei Verantwortlichkeiten unklar zu lassen. Verbindliche Regelungen zu den Schnittstellen und abgestimmte Prozesse sind hierfür unerlässlich. Der Malteser Hilfsdienst tritt dafür ein, dass für den Fall, dass Kassenärztliche Vereinigungen für Leistungen eines 24 Stunden täglich verfügbaren aufsuchenden Dienstes qualifiziertes nichtärztliches Personal einzusetzen beabsichtigen, eine Verpflichtung zur Kooperation mit einem Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung bestehen muss, soweit Landesrecht dies zulässt. Unabhängig davon, muss eine 24 Stunden täglich verfügbare aufsuchende notdienstliche Akutversorgung einen für den Zweck geeigneten, standardisierten Einsatzwert haben, um leistungsfähig zu sein. Der Malteser Hilfsdienst regt daher an, dass der Gemeinsame Bundesausschuss den gesetzlichen Auftrag erhält, in einer Richtlinie innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes Mindestanforderungen zu Planung, Betrieb und sächlichen Ausstattung der aufsuchenden notdienstliche Akutversorgung festzulegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat diese Vorgabe regelmäßig zu prüfen und ggf. anzupassen. Anderenfalls könnte es zu (vermeidbaren) Alarmierungen des Rettungsdienstes und Hospitalisierungen kommen, um z. B. ein 12-Kanal-EKG abzuleiten oder eine Ultraschalluntersuchung durchzuführen. In der Richtlinie müssen weiterhin Schutzziele definiert werden, innerhalb welcher Zeit und mit welchem Erreichungsmaßstab (z. B. innerhalb von 60 Minuten in 95 Prozent der Fälle) die aufzusuchenden Personen erreicht werden müssen. Anstelle der Partner des Bundesmantelvertrags für Ärzte sollte der Gemeinsame Bundesausschuss in einer weiteren Richtlinie spätestens sechs Monate

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			nach Inkrafttreten des Gesetzes festlegen müssen, welche Mindestanforderungen an berufliche Qualifikationen, Fähigkeiten, Kenntnisse, Erfahrungen, Umfang des Einsatzes und Anforderungen an die Erbringung von Leistungen beim Einsatz von nichtärztlichem Personal gestellt werden, um nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung den aufsuchenden Dienst der notdienstlichen Akutversorgung erbringen zu können. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat diese Vorgabe regelmäßig zu prüfen und gegebenenfalls anzupassen. Die Akutleitstellen nach Absatz 1c nehmen in der Patientensteuerung im Rahmen der Reform eine zentrale Rolle ein. Um die Hilfesuchenden bei Bedarf einer weiterführenden Versorgung in die richtige Versorgungsebene steuern zu können, sollte den Akutleitstellen die Möglichkeit zur Verordnung von Krankenfahrten gegeben werden und ermöglicht werden, Apotheken-Botendiensten zu veranlassen. Die gesetzlich festgelegte Wartezeit auf eine Ersteinschätzung bewertet der Malteser Hilfsdienst als zu lang. Sie sollte sich an den Parametern für die Notrufnummer 112 orientieren. Auf diese Weise wird vermieden, dass Hilfesuchende wegen zu langer Wartezeiten zur Notrufnummer 112 wechseln. Die strengen Regeln zur Veranlassung der Versorgung durch den aufsuchenden Dienst könnte für Hilfesuchende ein Fehlanreiz darstellen, den Notruf 112 zu wählen, um einen aufsuchenden Dienst zu erhalten. Daher ist es unerlässlich, dass die Rettungsleitstellen, unabhängig von einer Zusammenarbeit in einer Gesundheitsleitstelle, Kenntnis darüber erlangen, ob bereits ein Kontakt zu einer Akutleitstelle oder einem Integrierten Notfallzentrum bestanden hat und welche Hilfsangebote vermittelt wurden (zeitlich nahtlose, rückverfolgbare,

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			digitale, medienbruchfreie und interoperable Fallübergabe), vgl. § 133c. Unabhängig von den Regelungen im Telekommunikationsgesetz ist es von großer Praxisrelevanz, dass bei der Weiterleitung von Anrufenden seitens der Akutleitstelle an die Rettungsleitstelle eine Übermittlung der Standortangaben stattfindet. Die Rettungsleitstelle sollte ohne Zeitverzug, rückverfolgbar, digital, medienbruchfrei und interoperabel alle verfügbaren Informationen erhalten müssen, vgl. § 133c.
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	In den Landesausschüssen nach § 90 sind die Vertreter der Leistungserbringer aus dem Rettungsdienst, in Belangen des Rettungsdienstes, mit einem Stimmrecht auszustatten, um wegen der bestehenden Expertise aktive Mitgestaltungsrechte zu erhalten.
11	§ 90a	Ergänzung Vertreter des Rettungsdienstes in gemeinsamen Landesgremien nach § 90a	Im gemeinsamen Landesgremium nach § 90a sind die Vertreter der Leistungserbringer aus dem Rettungsdienst, in Belangen des Rettungsdienstes, mit einem Stimmrecht auszustatten, um wegen der bestehenden Expertise aktive Mitgestaltungsrechte zu erhalten.
12	§ 92	Klarstellung, dass Richtlinie des G-BA nicht den Notfalltransport umfasst	Nach Auffassung des Malteser Hilfsdienstes kann die Ermächtigung des Gemeinsames Bundesausschusses, Richtlinien zu Krankentransporten, Krankentransportflügen und Krankenfahrten zu beschließen, entfallen, um redundante Regelungen zu § 60 zu vermeiden. Die Regelungsinhalte sollten vollständig in § 60 übernommen werden. Alternativ könnten Inhalte, für die

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			eine gesetzliche Regelung nicht unbedingt erforderlich ist, aus § 60 in die Krankentransport-Richtlinie übernommen werden.
13	§ 105	Finanzierung der notdienstlichen Strukturen der KVen durch gemeinsam von KV und Krankenkassen zusätzlich zur Verfügung gestellten Betrag, Beitrag der PKV i.H.v. 7 %	-
14	§ 115e	Folgeänderung zu §§ 30, 60 SGB V	-
15	§ 116b	Folgeänderung zu § 90 SGB V	-
16	§ 120	• Klarstellung zur Vergütung in den Notdienst einbezogener Ärzte aus Gesamtvergütung • Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie (Folgeänderung zu § 123c)	-
17	§ 123	Integrierte Notfallzentren (INZ) • Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion • Notaufnahme, Notdienstpraxis, Ersteinschätzungsstelle - optional Kooperationspraxis / statt Notdienstpraxis MVZ oder Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Nähe	Die Einrichtung Integrierter Notfallzentren ist ein zentraler Reformschritt. Besonders in Notfällen ist die Patientensicherheit bei der Steuerung der Hilfesuchenden entscheidend, um Unterversorgung zu vermeiden. Aus rettungsdienstlicher Sicht ist zu befürchten, dass die Weiterleitung von Hilfesuchenden zur ambulanten Akutversorgung an im Umkreis des Krankenhausstandortes gelegene Kooperationspraxen nach Absatz 1 Satz 7 während der regulären vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten, zu denen die Notdienstpraxis im Integrierten Notfallzentrum nicht geöffnet hat, zu einer Mehrbelastung bei Krankentransporten und Krankenfahrten führen wird. Daher sollte erwogen werden, die Öffnungszeiten der Notdienstpraxis des

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Ersteinschätzung und Steuerung innerhalb des INZ, gegenseitige Datenübermittlung • Versorgungsvertrag mit Apotheken • Telemedizinische Anbindung an Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie • Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung von INZ	Integrierten Notfallzentrums so anzupassen, dass möglichst keine Weiterleitungen stattfinden müssen, z. B. ganzjährig von 8:00 bis 24:00 Uhr, wenn der Bedarf am höchsten ist. Die digitale Fallübergabe nach Absatz 2 sollte auch Daten des Gesundheitsleitsystems (bzw. Rettungsleitstelle oder Akutleitstelle) enthalten, vgl. § 133c. Die Anbindung an Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie an Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zur Unterstützung durch telemedizinische und telefonische Konsilien sollte auch der medizinischen Notfallrettung eröffnet werden. Zur kontinuierlichen Qualitätssicherung nach Absatz 5 reichen jährliche Berichtspflichten nicht aus. Insbesondere organisatorische Daten und Versorgungsdaten sollten kontinuierlich an Notfallregister berichtet werden müssen.
	§ 123a	Einrichtung von INZ • Standortbestimmung nach gesetzlichen Kriterien • Kooperationsvereinbarung, gesetzliche Vorgabe von Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxis, Schiedsregelungen bei Nichtzustandekommen	Rettungsdienstplanung, Krankenhausplanung und die Bestimmung der Standorte für Integrierte Notfallzentren nach Absatz 1 müssen im Sinne einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten, flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung eng aufeinander abgestimmt sein. Eine nach PKW-Erreichbarkeiten und Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr erfolgende Festlegung von Standorten für Integrierte Notfallzentren kann auf die rettungsdienstlichen Notwendigkeiten nicht angewandt werden. Längere Fahrzeiten, fehlende Möglichkeiten, auf ein

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit in INZ durch KBV, DKG und GKV-SV	Kraftfahrzeug zugreifen zu können oder fehlende finanzielle Mittel zur Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs stellen Gründe dar, sich an den Rettungsdienst zu wenden. Daher hat bei restriktiver Handhabung eines aufsuchenden Dienstes, bei ansonsten mobilen Personen, die Standortplanung auch solche Fälle zu berücksichtigen, um den Rettungsdienst zu entlasten. Denn der Rettungsdienst führt in erheblichem Umfang Einsätze durch, bei denen keine eindeutige Indikation für eine stationäre Aufnahme besteht und somit ein Integriertes Notfallzentrum angefahren werden muss, vgl. § 123c Abs. 1. Dadurch können sich Transportzeiten deutlich verlängern und Rettungsmittel an den Integrierten Notfallzentren zur Durchführung der Ersteinschätzung gebunden werden. Dies würde Vorhalterweiterungen des Rettungsdienstes und damit Kostensteigerungen nach sich ziehen. Daher wäre es wünschenswert, wenn bereits der Rettungsdienst eine Ersteinschätzung durchführen könnte. Weiterhin muss aus rettungsdienstlicher Sicht vermieden werden, dass Integrierte Notfallzentren aufgrund von Größe und Leistungsfähigkeit der angeschlossenen Krankenhäuser auf die Versorgung nicht vital bedrohter Patientinnen und Patienten ausgerichtet werden und nicht in ausreichendem Maße über Fähigkeiten verfügen, um vom Rettungsdienst die notwendige Anzahl vital bedrohter Patientinnen und Patienten anzunehmen und zu versorgen. Daher sind als Planungsparameter bei der Bestimmung der Standorte für Integrierte Notfallzentren ebenfalls die medizinisch vertretbaren Prähospitalzeiten einschlägiger Diagnosen zu beachten. Die Standortplanung sollte weiterhin unter Berücksichtigung sowohl von Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Notfallstrukturen in Krankenhäusern als auch der Versorgungsstufen von Krankenhäusern erfolgen. Aus rettungsdienstlicher Sicht ist zu befürchten, dass die Weiterleitung von Hilfesuchenden zur ambulanten Akutversorgung an in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme gelegene Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen oder an mit dem Integrierten Notfallzentrum vernetzten Kooperationspraxen in deren Betriebszeiten vermehrt zu einer Mehrbelastung bei Krankentransporten und Krankenfahrten führen wird. Daher sollte, auch aus Gründen der Patientensicherheit, erwogen werden, Notdienstpraxen ausschließlich in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des betreffenden Krankenhauses und der zentralen Ersteinschätzungsstelle zu betreiben. Die Regelungen zu den Betriebszeiten der Notdienstpraxen nach Absatz 2 sind so anzupassen, dass die Notdienstpraxis der Integrierten Notfallzentren ganzjährig, täglich einheitliche Öffnungszeiten hat, z. B. 8:00 bis 24:00 Uhr. Zu den Zeiten, in denen der höchste Bedarf für eine ambulante Versorgung in Integrierten Notfallzentren besteht, muss die Option bestehen, die Patientinnen und Patienten sicher und unter Vermeidung von Krankentransporten oder Krankenfahrten in die vertragsärztliche Versorgung weiterzuleiten. Eine bundesweit einheitliche Regelung sorgt für weniger Komplexität. Zur Sicherstellung eines effektiven, digitalen Informationsaustauschs nach Absatz 2 müssen auch die Daten des Gesundheitsleitsystems (bzw. der Rettungsleitstelle oder Akutleitstelle) Berücksichtigung finden, vgl. § 133c.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	Die Stellungnahme für die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren gilt entsprechend für Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche.
	§ 123c	Ersteinschätzung • Vergütung ambulanter Behandlung für Krankenhäuser ohne INZ nur noch nach Ersteinschätzung, die die Unzumutbarkeit einer Verweisung an INZ festgestellt hat • Richtlinie des G-BA zu Vorgaben für standardisierte digitale Ersteinschätzung • Richtlinie regelt auch Mindestausstattungsanforderungen für Notdienstpraxen • Berichtspflicht G-BA zu Auswirkungen der Ersteinschätzung • EBM für Ersteinschätzung	Die Regelung in Absatz 1, dass Krankenhäuser ohne Integriertes Notfallzentrum, mithilfe eines standardisierten, digitalen Ersteinschätzungsverfahrens feststellen können, dass ein Verweis an das nächstgelegene Integrierte Notfallzentrum im Einzelfall nicht zumutbar ist, vermeidet Krankentransporte und Krankenfahrten. Dennoch bleibt aus rettungsdienstlicher Sicht zu befürchten, dass vermeidbare Einsatzfahrten stattfinden werden, weil aus ärztlicher Sicht Patientinnen und Patienten mit einem Krankenkraftwagen in ein Integriertes Notfallzentrum befördert werden müssen. Die Richtlinie zu Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten, standardisierten und digitalen Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs für Hilfesuchende nach Absatz 2 sollte Anforderungen enthalten, dass eine Interoperabilität sowohl mit dem standardisierten Ersteinschätzungsverfahren der Akutleitstelle als auch mit dem digitalen, standardisierten Notrufabfragesystem der Rettungsleitstelle besteht, um den gegenseitigen Datenaustausch zu gewährleisten.
18	§ 133	Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung • Nur nach Landesrecht vorgesehene oder beauftragte Leistungserbringer	In § 133 werden die vergütungsrechtlichen Rechtsbeziehungen für Rettungsdienst und Krankenfahrten geregelt. Die medizinische Notfallrettung soll Teil der Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden, damit Kostenrisiken für gesetzlich Versicherte ausgeschlossen werden. Dabei ist die Abkehr von der bloßen Kostenübernahme von Fahrkosten

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Vergütungsverträge für Leistungen nach SGB V erforderlich • Transparenzpflicht bezüglich Kalkulationen • Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 SGB V • Schiedseinrichtung bei Nichtzustandekommen • Entsprechende Geltung für Krankentransporte • Übergangsregelung	zugunsten einer Sachleistung der Krankenkassen Rechtsfolge aus § 30. Dabei sollen die Länder für die regionale Planung und Organisation zuständig bleiben, während zukünftig Verträge über Entgelte zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen mit den zuständigen Landesbehörden oder mit den nach den nach Landesrecht vorgesehenen Trägern oder beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen abgeschlossen werden sollen. Die Kombination aus Planungsverantwortung der Länder und vertraglicher Finanzierungsbasis der Krankenkassen soll Rechts- und Finanzklarheit für alle Beteiligten schaffen. Dem ist entschieden entgegenzutreten. Sowohl die Formulierung von § 30 als auch von § 133 lässt die Vermutung aufkommen, dass es sich um Benutzungsentgelte für die Inanspruchnahme der Leistung handelt. Es fehlt eine Positivdefinition, welche Kosten des Rettungsdienstes in die Entgelte einzubeziehen sind. Rettungsdienstliche Leistungen werden von mehr als nur medizinischen Leistungen bestimmt. So sind auch technische Entwicklungen, z. B. bei der Fahrzeugtechnik, der Medizintechnik und der Informations- und Kommunikations-Technologie, relevante Einflussfaktoren. Aus Sicht des Malteser Hilfsdienstes muss es sich daher um eine auskömmliche Vollkostenfinanzierung handeln, die ebenfalls die gesamten Betriebskosten für die Vorhaltung, Investitionskosten und Kosten der Reservevorhaltung berücksichtigen. Die Planung der Länder muss einerseits auf die Finanzierungsbasis der Krankenkassen abgestimmt sein, besonders bei Entgeltverhandlung zwischen Krankenkassen und beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen. Die Krankenkassen müssen andererseits finanzieren, was von den Ländern vorgegeben wird. Die in diesem Zusammenhang angelegte mittelbare Bindungswirkung der

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Rahmenempfehlungen nach § 133b unterstützt der Malteser Hilfsdienst. Aus den dargelegten Gründen muss es bei einer monistischen Finanzierung des Rettungsdienstes mit klaren Verantwortlichkeiten bleiben. Es ist nicht nachvollziehbar, warum das in der Krankenhausfinanzierung als gescheitert zu betrachtende Modell der dualen Finanzierung nun offensichtlich auf den Rettungsdienst übertragen werden soll. Es ist zu befürchten, dass die duale Finanzierung für rettungsdienstliche Leistungen mit großer Wahrscheinlichkeit in ähnlicher Weise versagen wird. Den Leistungserbringern würde Planungssicherheit fehlen, da die Wahrnehmung der Finanzierungsverantwortung von Ländern und Kommunen von der jeweiligen Haushaltslage abhängig sein wird. Investitionsstaus wären die Folge, wie es bei den Krankenhäusern sichtbar ist. Komplexe Doppelstrukturen verlangsamen Prozesse, sind ineffizient, erhöhen den Verwaltungsaufwand, verursachen Intransparenz sowie Kostenverschiebungen. Eine Unterfinanzierung des Rettungsdienstes würde die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gefährden. Unabhängig von der verfehlt angelegten Finanzierungslogik sollte Abs. 2 generell neben den Rahmenempfehlungen des Gremiums nach § 133b beim Zustandekommen von Entgelten den allgemein anerkannten Stand von Medizin und Technik heranziehen. Sowohl für das Schiedsverfahren als auch für den Rechtsweg zu den Sozialgerichten nach Absatz 3 ist zu regeln, dass die zuletzt vereinbarten Entgelte weitergelten, um einen vertragslosen Zustand zu vermeiden.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die Zuweisung einer einseitigen Richtlinienkompetenz in Absatz 4 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zwecks Bestimmung des Näheren zum Verfahren und zur Umsetzung der Vertragsgestaltung hält der Malteser Hilfsdienst für nicht sachgerecht. Vielmehr sollten alle beteiligten Akteure beteiligt werden, sodass seitens des Malteser Hilfsdienstes angeregt wird, dem Gremium nach § 133b diesen Auftrag zu erteilen. In Absatz 4 ist angesichts der Formulierungen in § 30 Abs. 2 S. 2 und § 60 Abs. 2 Nr. 5 u. ä. weiterhin aufzunehmen, dass eindeutig abrechnungsbegründende Unterlagen festzulegen sind. Für Krankenfahrten ist in Absatz 5 verbindlich festzulegen, dass zwischen den Kostenträgern und mit den zur Leistungserbringung geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen auskömmliche Verträge abzuschließen sind.
	§ 133a	Gesundheitsleitsystem • Kooperationsvereinbarung zwischen Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116117 auf Antrag der Rettungsleitstelle • Verbindliche Absprache, wer welche Fälle übernimmt, und Abstimmung der Abfragesysteme • Medienbruchfreie Übergabe von Fällen und Daten • Schnittstelle durch KBV zur Verfügung zu stellen • Gemeinsames Qualitätsmanagement der Kooperationspartner	Die im Referentenentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Steuerung der Patientenströme werden als geeignet erachtet, sofern die Umsetzung mit der nötigen Verbindlichkeit erfolgt. Bleibt es bei der Formulierung, dass es vom Wunsch des Trägers einer Rettungsleistelle abhängt, ob ein Gesundheitsleitsystem eingerichtet wird, könnte es zu unterschiedlichen Systemen in benachbarten Gebietskörperschaften kommen oder aber die Einrichtung de facto ganz unterbleiben, weil sich einzelne Akteure verweigern. Das Ziel einer adäquaten Steuerung der Patientenströme könnte dann insgesamt verfehlt werden. Im Referentenentwurf wird zum einen der Begriff „spezialisierte Formen (Systeme) der ambulanten Notfallversorgung“ und zum anderen der

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Vermittlung von Krankentransporten und medizinischen komplementären Diensten sowie sonstigen komplementären Diensten für vulnerable Gruppe oder krisenhafte Situationen • Bericht KBV zu Entwicklung der Gesundheitsleitsysteme	Terminus „medizinische komplementäre Dienste und sonstige komplementäre Dienste für vulnerable Gruppen oder krisenhafte Situationen“ erwähnt. Unter spezialisierte Formen der ambulanten Notfallversorgung werden insbesondere Leistungen genannt, die zum Einsatz kommen, wenn zwar am Notruf eine unmittelbare Lebensbedrohung, aber kein Notfall ausgeschlossen werden konnte. Medizinische komplementäre Dienste sind insbesondere notfallpflegerische, notfallpsychiatrische und notfallpalliative Leistungen, sowie Leistungen einer fachgerechten Versorgung außerklinischer geburtshilflicher Notfälle. Sonstige komplementäre Dienste für vulnerable Gruppen oder krisenhafte Situationen sind alle geeigneten, regional vorhandenen Angebote unabhängig von der Trägerschaft, die Menschen in Not- oder Problemsituationen helfen. Wie unter Nummer 6 erläutert, sind Doppelstrukturen zwischen dem aufsuchenden Dienst der Vertragsärzte durch die Einbindung von qualifiziertem nichtärztlichem Personal der medizinischen Notfallrettung und insbesondere spezialisierten Formen der ambulanten Notfallversorgung zu vermeiden. Kooperationen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Rettungsdiensten bzw. die Vernetzung von Akutleitstelle und Rettungsleitstelle in einem Gesundheitsleitsystem stellen geeignete Formen der sektorenübergreifen-den Zusammenarbeit dar, um verfügbare Ressourcen effektiv und effizient zu allozieren und Entlastungen herbeizuführen. Im Rahmen des Qualitätsmanagements nach Absatz 3 sollten Fehlermeldesysteme unbedingt etabliert werden.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Dass sowohl Rettungsleitstellen als auch Akutleitstellen, wie in Absatz 4 vorgesehen, Krankentransporte disponieren können sollen, ist praxisfern, selbst wenn sie in einem Gesundheitsleitsystem kooperieren. Die im öffentlich-rechtlichen Rettungsdienst disponierten Krankentransporte sollten federführend von einer Rettungsleitstelle disponiert werden. Viele private Unternehmen mit entsprechenden Konzessionen haben Verträge mit Krankenkassen und Krankenhäusern geschlossen und agieren aus eigenen Dispositionszentralen heraus. Soweit unter „vermitteln“ ein verlässliches Übertragen von Transportersuchen verstanden wird, bestehen keine Bedenken. Ob tatsächlich vier Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes 705 Millionen Euro jährlich eingespart werden können, weil Hilfeersuchen von Rettungsleitstellen in einem Gesundheitsleitsystem an Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen abgegeben werden können, darf angezweifelt werden, da heute weder die Verfügbarkeit einer erforderlichen digitalen, standardisierten Notrufabfrage in der dafür notwendigen Flächendeckung vorliegen dürfte, noch davon auszugehen ist, dass in den Ländern in dieser Zeit entsprechende Vorgaben in den Rettungsdienstgesetzen in Kraft treten werden, zumal eine Verpflichtung von Rettungsleitstellen zur Kooperation nicht vorgesehen ist. Zudem hält der Malteser Hilfsdienst die zeitliche Prognose wegen der anzunehmenden langdauernden Verhandlungen von Kooperationsvereinbarungen, den erfahrungsgemäß langwierigen Ausschreibungsverfahren von digitalen, standardisierten Notrufabfrage-Systemen und der allgemein bekannten Dauer von IT-Projekten dieser Art für zu ambitioniert. Das beschriebene Gesundheitsleitsystem wird es daher in absehbarer Zeit in Deutschland nicht flächendeckend geben.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 133b	Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung • Gremium bei GKV-SV, paritätisches Stimmgewicht zwischen GKV-SV und Ländervertretern, nicht stimmberechtigte Vertreter von Spitzenverbänden der Leistungserbringer und Fachverbänden und Fachgesellschaften sowie BMG • Fachliche Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung; bei Nichtzustandekommen Ersatzvornahme BMG • Empfehlungen zur Übermittlung der Daten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung, Rechtsverordnung durch BMG • Spezifikationen für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation unter Beteiligung von KBV, DKG und KIG, Rechtsverordnung durch BMG	Der Einrichtung eines Gremiums, das Rahmenempfehlungen beschließt und kontinuierlich fortentwickelt wird explizit zugestimmt. Der beabsichtigte Zweck der Regelung von § 133b einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen, für Patientinnen und Patienten sicheren und gleichzeitig wirtschaftlichen medizinischen Versorgung wird nachdrücklich geteilt. Dem Malteser Hilfsdienst ist es wichtig zu betonen, dass die Leistungen auch geeignet sein müssen, mithin einen erwiesenen Nutzen haben. Nach Überzeugung des Malteser Hilfsdienstes muss der tatsächliche Nutzen von Strukturen, Prozessen und Maßnahmen für die Hilfesuchenden Grundlage des Handelns sein. Wirksamkeit und Qualität müssen messbar sein. Dazu bedarf es geänderter Rahmenbedingungen, einer Planung, die auf bundeseinheitlichen Standards beruht sowie bundeseinheitlicher Qualitätsvorgaben für die Akut- und Notfallversorgung. Zusammensetzung nach Absatz 1 und Beschlussfassung nach Absatz 2 hält der Malteser Hilfsdienst für nicht angemessen und unausgewogen. So sollte den relevanten Leistungserbringern im Rettungsdienst, mindestens jedoch den anerkannten Hilfsorganisationen jeweils ein eigener Sitz mit Stimmrecht zugestanden werden. Eine bloßes Mitberatungsrecht wird der zweifelsfrei bestehenden Bedeutung der Hilfsorganisationen für den Rettungsdienst nicht gerecht. Sie sind nicht nur Mitbegründer des organisierten Rettungsdienstes in Deutschland und jahrzehntelanger zuverlässiger Leistungserbringer, sondern auch maßgeblicher Wegbereiter für Innovationen. Außerdem haben die Hilfsorganisationen den Auftrag, die Bevölkerung in Erster Hilfe auszubilden. Da das Gremium nach Absatz 3 u. a. Empfehlungen zur Registrierung und zum Einsatz von Ersthelfern sowie zu deren

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Einsatznachsorge erarbeiten soll, ist es nur folgerichtig, die Hilfsorganisationen jeweils mit einem eigenen Sitz und Stimmrecht zu berücksichtigen. Die Rahmenempfehlungen des Gremiums sollten möglichst umfassend alle Leistungsbestandteile abbilden. Es ist dabei für den Malteser Hilfsdienst wichtig, dass die Themen, zu denen Empfehlungen erarbeitet werden sollen, bereits möglichst konkret im Gesetz festgelegt werden, um zu verhindern, dass bestimmte Themen unbehandelt bleiben. Daher ist es begrüßenswert, dass dem Gremium nach § 133b in Absatz 3 Vorgaben zum Umfang und zu insbesondere zu bearbeitenden Themen gemacht wurden. Der Katalog von Rahmenempfehlungen umfasst im aktuellen Entwurf aber nur einen Teil der Bereiche, die abgedeckt werden sollten, um den Zielen der Reform ausreichend Sorge zu tragen. Dabei sollte sich der Gegenstand der Rahmenempfehlungen sowohl auf die medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse beziehen als auch auf den allgemein anerkannten Stand von Medizin und Technik. Der Katalog sollte deshalb mindestens um folgende Punkte erweitert werden, zu denen, nach Überzeugung des Malteser Hilfsdienstes, Rahmenempfehlungen notwendigerweise zu erarbeiten sind: • Qualifikation, Ausstattung, Besetzung sowie technische und ärztliche Leitung der Leitstellen • Automatisierte und standardisierte Ortung von Notrufenden • Medizinisch differenzierte Hilfs- und Planungsfristen, Einfluss von Prähospitalzeiten sowie Maßnahmen zur Zielerreichung • Auswahl bedarfsgerechter Einsatz- und Rettungsmittel und Disposition nach Fahrzeugstandort

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			• Qualifikation, Ausstattung und Besetzung der Einsatzmittel, einschl. des Telenotarztes • Aus-, Fort- und Weiterbildung des gesamten Personals • Aufgaben der medizinischen und rettungsdienstlich-organisatorischen Leitung des Rettungsdienstes, inkl. Einsatz eines ärztlichen und organisatorischen Führungsdienstes bei komplexen Einsatzlagen (z. B. MANV) • Anbindung und Koordination medizinischer komplementärer Dienste und sonstiger komplementärer Dienste für vulnerable Gruppen oder krisenhafte Situationen • Einsatz von Luftrettungsmitteln, Intensivtransportmitteln und spezialisierten Kinder-Rettungsmitteln • Rahmenempfehlungen für Krankentransporte und Krankentransportflüge werden zwar in der Begründung erwähnt, fehlen allerdings in der Aufzählung in Absatz 3. Nur durch eine entsprechende Erweiterung des Katalogs der Rahmenempfehlungen wird sichergestellt, dass die für einen qualitativ hochwertigen Rettungsdienst im gesamten Bundesgebiet notwendigen Vorgaben erarbeitet und lokal umgesetzt werden. Auf diese Weise wird die Versorgungsqualität verbessert, die Patientensicherheit erhöht, die Resilienz des Gesamtsystems gefördert, ein Beitrag zur Entbürokratisierung geleistet und eine wirtschaftliche sowie ressourcenschonende Organisation des Rettungsdienstes ermöglicht. Die vorgesehene Frist nach Absatz 6 von einem Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes, Rahmenempfehlungen für die Datenübermittlung zur

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Qualitätssicherung zu erstellen, hält der Malteser Hilfsdienst angesichts der im Detail zu erarbeitenden Anforderungen für deutlich zu ambitioniert.
	§ 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	Um Mehrfach- und Fehlinanspruchnahmen seitens Hilfesuchenden zu unterbinden, sollte die gesamte Falldokumentation (u. a. Vermittlungsergebnisse von Akutleitstellen und Rettungsleitstelle, Ergebnisse der Ersteinschätzung des Integrierten Notfallzentrums, Befunde und Maßnahmen von telemedizinischen Konsultationen, aufsuchenden sowie aufgesuchten akut- und notfallmedizinischen Diensten) interoperabel allen an der Versorgung Beteiligten in Echtzeit zur Verfügung stehen. Die entsprechenden gesetzlichen Ermächtigungen für eine datenschutzrechtlich gerechtfertigte Verarbeitung von Daten sollten erteilt werden. Zum Nachweis der medizinischen Behandlung und um Mehrfach- und Fehlinanspruchnahmen seitens Hilfeersuchenden zu unterbinden, ist es konsequent richtig, wie in § 133b Abs. 7 und § 133c Abs. 1 angelegt, dass die gesamte Falldokumentation der Notfallversorgung interoperabel allen an der Versorgung beteiligten Akteuren in Echtzeit zur Verfügung steht. Der Malteser Hilfsdienst regt an, die Dokumentationspflicht auch auf Krankentransporte nach § 60 ausdehnen. Es versteht sich für den Malteser Hilfsdienst von selbst, dass neben medizinischen Daten auch spezifische rettungstechnische Daten bei der digitalen Notfalldokumentation nach Empfehlungen der Fachgesellschaften Berücksichtigung finden müssen. Dass das digitale Informationssystem nach Absatz 2 die aktuelle Verfügbarkeit der für die medizinische Weiterbehandlung relevanten Versorgungskapazitäten ausweist, hält der Malteser Hilfsdienst für sachgerecht. Darüber

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			hinaus sollten auch Versorgungskapazitätsnachweise für u. a. pflegerische, palliative und psychosoziale Ressourcen angezeigt werden.
	§ 133d	Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form durch Datenstelle beim GKV-SV	Die gesetzliche Regelung einer bundesweiten Qualitätssicherung und die Einführung eines Qualitätsberichts hält der Malteser Hilfsdienst für erforderlich und sachgerecht. Die dabei entstehenden Kosten müssen als Kosten des Rettungsdienstes über die Entgelte nach § 133 refinanziert werden. Die Datenübermittlung zur Qualitätssicherung nach Absatz 1 sollte auf die Leistungserbringer von Krankentransporten und Krankenfahrten nach § 60 ausgedehnt werden. Der bundesweite Qualitätsbericht nach Absatz 2 hat, soweit datenschutz- und arbeitsrechtlich zulässig, die landesweiten Ergebnisse bis auf Ebene einer Rettungswache zu gliedern. Auf Anforderung sollten auch Leistungserbringer Auswertungen für ihre Belange von der Datenstelle zur Verfügung gestellt bekommen, um ihrerseits die wichtigen Erkenntnisse zu Umfang und Qualität der erbrachten Leistungen für die Weiterentwicklung ihrer Leistungen nutzen zu können. Die Bereitstellung der Daten in einem Notfallregister sollte erwogen werden, damit Versorgungsforschung ermöglicht, medizinische Qualitätssicherung betrieben und Prozesse optimiert werden können.
	§ 133e	Verpflichtender Anschluss an TI für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung und Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten, Finanzierungsvereinbarung von GKV-	Die Digitalisierung und die digitale Vernetzung zwischen Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung und den anderen Akteuren der Notfall- und Akutversorgung ist erforderlich und zweckmäßig.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		SV, PKV-Verband sowie maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene	Die Einbindung nach Absatz 1 sollte auf die Leistungserbringer von Krankentransporten und Krankenfahrten nach § 60 ausgedehnt werden. Die Frist von 15 Monaten nach Verkündigung des Gesetzes, sich an die Telematikinfrastruktur anzuschließen, hält der Malteser Hilfsdienst angesichts der übrigen im Rahmen der Notfallreform zu bewältigenden Aufgaben für unrealistisch. Die für die Anbindung an die Telematikinfrastruktur entstehenden Kosten müssen als Kosten des Rettungsdienstes im Rahmen der Vollkostenfinanzierung über die Leistungsentgelte nach § 133 Abs. 2 abgedeckt werden.
	§ 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	Die in Aussicht gestellte Anschubfinanzierung aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität in Höhe von 225 Millionen Euro über fünf Jahre für Investitionen in die digitale Infrastruktur der digitalen, standardisierten Notrufabfrage, des Gesundheitsleitsystems, der digitalen Notfalldokumentation, des Versorgungskapazitätennachweises und der auf digitalen Anwendungen basierende Einbindung von Ersthelfern begrüßt der Malteser Hilfsdienst dem Grunde nach. Angesichts von Anzahl und Komplexität der genannten Projekte hält der Malteser Hilfsdienst die Summe dennoch für insgesamt zu klein, um für einzelne Akteure einen ausreichenden Anreiz darzustellen, mit der bewilligten Fördersumme die Digitalisierung voranzutreiben, insbesondere, wenn eine Berücksichtigung der Kosten über die Entgelte nach § 133 Abs. 2 nicht möglich ist. Daher müssen die nicht von der Förderung gedeckten Kosten als Kosten des Rettungsdienstes im Rahmen der Vollkostenfinanzierung über die Leistungsentgelte nach § 133 Abs. 2 abgedeckt werden.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 133g	Koordinierende Leitstelle: Möglichkeit für Landesbehörden, einer einzelnen Leitstelle überregionale Aufgaben zuzuweisen	Die Regelung ist sachgerecht.
19	§ 140f	Antragsrecht Patientenvertretung	-
20	§ 291b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	-
21	§ 294a	Mitteilungspflicht zu vorrangigen Schadensersatzansprüchen auch für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung	-
22	§ 302	Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Datenübermittlungspflicht	
23	§ 354	Fernzugriff auf ePA durch Leitstellen	-
24	§ 370a	Redaktionelle Folgeänderung	-
25	§ 377	Redaktionelle Folgeänderung	-
26	§ 394	Errichtung eines bundesweiten, öffentlich zugänglichen Katasters automatisierter externer Defibrillatoren (AED), die für die Benutzung durch Laien vorgesehen sind	Die Regelungen für ein bundesweites Kataster für öffentlich zugängliche automatisierte externe Defibrillatoren, auf welches die Rettungsleitstellen und die Öffentlichkeit zugreifen können, sind unterstützenswert. Seitens des Malteser Hilfsdienstes wäre es wünschenswert, dass die Rettungsleitstellen gesetzlich verpflichtet werden, darauf zugreifen zu müssen. Da eine Finanzierungsregelung für die Erstellung und den Betrieb des Katasters nicht festgelegt wurde, darf davon ausgegangen werden, dass die Kosten aus dem Haushalt des Bundesministeriums für Gesundheit getragen werden.

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 2: Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
	§ 75	Modifizierte Berichtspflichten der KBV aufgrund der Einführung der Akutleitstellen	-
			Art. 3: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
	§ 12b	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	-
			Art. 4: Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
	§ 3	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	-
			Art. 5: Änderung des Apothekengesetzes
1	§ 12b	Versorgungsvertrag zur Versorgung von Notdienstpraxen in INZ mit Arzneimitteln zwischen Apothekeninhaber, KV und beteiligtem Krankenhaus	-
2	§ 20	Pauschaler Zuschuss für Apotheken mit Versorgungsvertrag	-
3	§ 25	Ordnungswidrigkeit	-
			Art. 6 Änderung der Apothekenbetriebsordnung
1	§ 1a	Notdienstpraxenversorgende Apotheken	-
2	§ 3	Vorgaben zum Personal auch für notdienstpraxenversorgende Apotheken	-

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 4	Erlaubnis zweiter Offizin mit Lagerräumen am INZ-Standort	-
4	§ 23	Dienstbereitschaft notdienstpraxenversorgender Apotheken	-
			Art. 7: Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung
1	§ 12	Folgeänderung zu § 394 SGB V und § 17a Medizinprodukte-Betreiberverordnung	Die Regelung ist sachgerecht.
2	§ 17a	Meldeverpflichtung für Bertreiber von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) an das AED-Kataster	Die Regelung ist sachgerecht.
			Art. 8: Änderung des Betäubungsmittelgesetzes
1	§ 4	Ausnahme von der Erlaubnispflicht für die Ausfuhr und Einfuhr von Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf in angemessenen Mengen	Die Regelung ist sachgerecht. Auf notwendige weitere Anpassungen im Betäubungsmittelrecht, wie im Anschreiben dargelegt, wird hingewiesen.
2	§ 11	Erweiterung der Verordnungsermächtigung auf Regelungen über das Mitführen von Betäubungsmitteln auf Fahrzeugen des Rettungsdienstes im grenzüberschreitenden Verkehr	Die Regelung ist sachgerecht.
			Art. 9: Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung
1	§ 13	Ausnahme für Durchfuhr einer angemessenen Menge an Betäubungsmitteln als	Die Regelung ist sachgerecht.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Rettungsdienstbedarf auf dem Fahrzeug eines ausländischen Rettungsdienstes	
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	Die Regelung ist sachgerecht.
			Art. 10: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
	§ 19a	Gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe	-
			Art. 11: Inkrafttreten
	Ggf. weitere Anmerkungen		