

Vernetzung von Krankenhaus- und Rettungsdienstplanung in der dringend anstehenden Reform der Notfallversorgung erforderlich

BAND-Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung vom 12.11.2025

Vielen Dank für die Möglichkeit eine Stellungnahme zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung abgeben zu dürfen.

Wie von vielen Seiten gefordert, liegt damit ein umfangreicher Entwurf zur Reform der Notfallversorgung vor. Dieser enthält viele, von der BAND e.V. schon seit vielen Jahren geforderte, Regelungen. Hierzu gehört die sektorenübergreifende Vernetzung aller Einrichtungen der Notfallversorgung und die Bewertung der Notfallversorgung im Rettungsdienst als Einrichtung der Gesundheitsversorgung über eine reine Transportleistung hinaus. Die Forderung einer Versorgung nach Stand der medizinischen Wissenschaft bietet eine klare Rechtsgrundlage für eine umfassende notfallmedizinische Versorgung. Wichtige Themen wie Digitalisierung, Nachweis von Versorgungskapazitäten, medienbruchfreie Datenübergabe an Schnittstellen, Datenerfassung zum Qualitätsmanagement sind adressiert. Auch dringend erforderliche Optionen zur Entlastung des Rettungsdienstes durch komplementäre Dienste und ambulante Versorgungsstrukturen haben Eingang in Ihren Entwurf gefunden. Ergänzend regen wir hier die Aufnahme sozialpsychiatrischer und palliativmedizinischer Dienste an.

Die Darstellung der Leitstelle als eigenständiger Leistungsbereich für medizinische Hilfeersuchen mit den Ausgestaltungsmöglichkeiten durch verschiedene Kooperationen halten wir für zielführend. Teilbereiche wie eine standardisierte Notrufabfrage oder die Zusammenarbeit mit der kassenärztlichen Vereinigung sollten allerdings verbindlicher geregelt werden.

Die Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung sind wichtig zur Sicherstellung einer gleichbleibenden Versorgungsqualität. Wir halten allerdings die Einbeziehung notfallmedizinischer Expertise im Bereich der stimmberechtigten Vertreter des Entscheidungsgremiums für verpflichtend. Die verpflichtende Einführung von Ersthelfersystemen und deren Interoperabilität in Kombination mit der Einführung eines bundesweiten AED-Registers wird ausdrücklich begrüßt.

Kritisch bewerten wir die unklare Abgrenzung zwischen Rettungsdienst und Katastrophenschutz. Hier bestehen Verzahnungen und Synergien, die nach unserer Ansicht nicht aufgegeben werden dürfen. Im Bereich der Finanzierung befürchten wir eine deutliche Zunahme der administrativen Prozesse zu Lasten der erforderlichen inhaltlichen Reformen. Wir sehen eine auskömmliche Finanzierung weiter Teile der Reformvorhaben als nicht zielführend dargestellt an. Nach unserer Ansicht sollte ein einfaches Vergütungssystem eingeführt werden, das sich in großen Teilen an der erforderlichen Vorhaltung im lokalen Kontext orientiert. Neben Vorhaltefinanzierung und Vergütung der erbrachten Leistungen müssen auch Kosten für Aus-, Fort- und Weiterbildung des eingesetzten Personals berücksichtigt werden. Eine übergreifende Vernetzung von Krankenhausplanung und Planung der Notfallversorgung sollte in dem Gesetz deutlicher zum Ausdruck kommen.

Auch halten wir zu weit gehende Regelungen, die die Hoheit der Bundesländer betreffen, für unglücklich, da sich hierdurch der Prozess bis zum Inkrafttreten des dringend erforderlichen Gesetzes deutlich verzögern wird. Wir weisen darauf hin, dass sich der Bundesrat in seiner 1058. Sitzung am 17. Oktober 2025 dafür ausgesprochen hat § 60 SGB V so anzupassen, dass neben der klassischen Transportleistung auch die Leitstellentätigkeit und die medizinische Behandlung vor Ort durch den Rettungsdienst verbindlich abrechenbar sind. Auch der Transport in ambulante Versorgungsstrukturen sowie telemedizinische Leistungen sollen auf diesem Wege als Leistungen des Rettungsdienstes anerkannt und finanziert werden können.

Gerne stehen wir im weiteren Gesetzgebungsprozess für Rückfragen oder weitergehende Erläuterungen zur Verfügung.

Berlin, 03.12.2025

Über die BAND e.V.

Die Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND) e.V. ist die Dachorganisation der 12 deutschen Notarztarbeitsgemeinschaften. Satzungsgemäß wahrt sie die überregionalen Interessen aller Mitgliedsarbeitsgemeinschaften als deren einheitliche berufspolitische Vertretung in der Notfallmedizin, koordiniert die Aktivitäten der Mitgliedsarbeitsgemeinschaften, wirkt auf eine kontinuierliche Verbesserung der notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung und eine bundesweit einheitliche Qualifikation der Notärzte hin und leistet die zentrale Öffentlichkeitsarbeit in der Notfallmedizin für alle Mitgliedsarbeitsgemeinschaften. Insgesamt vertritt sie so die Interessen der über 12.000 Notärztinnen und Notärzten, die Mitglieder in den Arbeitsgemeinschaften sind. Weitere Informationen erhalten Sie im Internet unter www.band-online.de.

Die BAND e.V. ist als eingetragener Verein unter der Registernummer R000689 in das Lobbyregister des Deutschen Bundestages eingetragen.

Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND) e.V.

Datum: 03.12.2025

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 27	Folgeänderung zu § 30 SGB V	
2	§ 30	Einführung eines Anspruchs auf medizinische Notfallrettung <ul style="list-style-type: none"> • 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 • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Aufnahme in das SGB V stellt eine Aufwertung des Rettungsdienstes von der reinen Transportleistung hin zu einer medizinischen Versorgungsleistung dar und ist zu begrüßen. Es fehlt eine Integration sozialpsychiatrischer oder palliativmedizinischer Dienste, die zu einer nennenswerten Entlastung des Rettungsdienstes und zu einer verbesserten Versorgung Betroffener führen könnte. • Zu Nummer 2: Die Unterteilung der medizinischen Notfallrettung in die einzelnen Leistungsbestandteile ist sinnvoll und folgerichtig. Die Einführung einer digitalen standardisierten Notrufabfrage wird begrüßt. • Zu Nummer 3: Die einheitliche Definition der Leitstelle, Klarstellung Ihrer Aufgaben im Notfallmanagement und eindeutige Zuordnung aller Leistungsbestandteile der medizinischen Notfallversorgung ist sinnvoll und wichtig. Gleiches gilt für die Interoperabilität der Ersthelfersysteme. • Zu Nummer 4: Es sollte anstelle von nicht-ärztlichem Fachpersonal der Begriff Rettungsfachpersonal verwendet werden. Die Forderung einer Versorgung nach Stand der medizinischen Wissenschaft bietet eine klare Rechtsgrundlage für eine umfassende notfallmedizinische Versorgung. Die Möglichkeit auch niedrigprioritäre Hilfeersuchen im

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Zuzahlung 	<p>Versorgungsspektrum abzubilden entspricht einer langjährigen Forderung, um den Rettungsdienst zu entlasten. Es ist aber sorgfältig zu prüfen ob hier die knappe Ressource Notfallsanitäter als Option (Gemeindenotfallsanitäter) gewählt werden sollte oder andere Gesundheitsfachberufe mit eingebunden werden können.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zu Nummer 5: Wir begrüßen es, dass auch ambulante Gesundheitseinrichtungen als nächstliegende geeignete Versorgungseinrichtungen angesehen werden. • Zu Nummer 6: Die Erhebung eines Eigenanteils für Versicherte wird kritisch gesehen. Es bestehen Zweifel, dass eine Einsparung erzielt werden kann, die dem abrechnungstechnischen Mehraufwand in einem sinnvollen Verhältnis gegenübersteht. Bei entsprechend sensiblen Bevölkerungsanteilen könnte ein Eigenanteil zum Unterlassen eines erforderlichen Notrufs und entsprechend zu medizinischen Folgeschäden führen. Die Erhebung des Beitrags muss so erfolgen, dass weder Rettungsdienstträger noch Leistungserbringer dadurch mit einem bürokratischen Mehraufwand belastet werden.
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemein: Die Präzisierung der Anspruchsvoraussetzungen für Krankentransporte wird genau wie die Trennung zwischen Notfall- und Krankentransporten begrüßt. Dies sollte allerdings nicht dazu führen, dass Krankentransportwagen nicht mehr zur Entlastung des Rettungsdienstes in der Notfallversorgung eingesetzt werden können. • Um nach einer ambulanten Notfallversorgung eine zügige Entlastung der versorgenden Einrichtung und somit deren weiteren Betrieb zu ermöglichen, sollten von dort indizierte Krankentransporte bspw. zurück in eine Pflegeeinrichtung von der Notwendigkeit einer vorab erfolgten Genehmigung befreit werden (s. §30 Absatz 5).

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<ul style="list-style-type: none"> • Zu Absatz 2, Nummer 2: Die Übernahme der Kosten für Verlegungstransporte die der Entlastung der Kapazitäten in einem Zentrum dienen wird ausdrücklich begrüßt. • Zu Absatz 2, Nummer 5: Damit nicht ausschließlich INZ durch Krankentransporte angefahren werden können, sollten auch die Fahrten in eine Arztpraxis oder weitere Einrichtung als verordnet gelten, sofern die Indikation dazu mittels digitaler standardisierter Notrufabfrage getroffen wurde.
4	§ 73	Folgeänderung zu § 60 SGB V	Keine Einwände
5	§ 73b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	Keine Einwände
6	§ 75	Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung <ul style="list-style-type: none"> • Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung • Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge 	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemein: Die Anpassungen in diesem Paragraphen und damit die Ausweitung und Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages sind grundsätzlich zu begrüßen und stellen eine wichtige Neuerung in der Notfallversorgung dar. Damit eine bedarfsgerechte Versorgung am Notfallort ermöglicht werden kann, sollten die Akutleitstellen auch Zugriff auf eine spezialisierte ambulante Notfallversorgung (SANV) bekommen. Diese muss notfallpsychologische Dienste, Palliativdienste, Akutpflegedienste (stationäre Kurzzeitpflege, ambulante Pflege), aber auch präventive Maßnahmen wie einen vorbeugenden Rettungsdienst umfassen. • Zu 1a: wichtig in der Umsetzung ist die Schaffung von Angeboten für Kinder und Jugendliche. • Zu 6. b: Die Konkretisierung der Verfügbarkeit eines aufsuchenden Dienstes rund um die Uhr ist ausdrücklich zu begrüßen. Sie ist in der Lage, diejenigen Patientinnen und Patienten zu erreichen, die selbst nicht in der Lage sind, eine Praxis aufzusuchen und die aktuell durch den Rettungsdienst einer Notaufnahme zugeführt werden würden. • Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten jedoch verpflichtet werden, zur Durchführung der in Satz 5 Nummer 3 genannten

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Maßnahme eine Kooperation mit dem Träger des Rettungsdienstes sowie mit den Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung einzugehen.
7	§ 76	Folgeänderung zu § 75 SGB V	Diese unterstreicht die Bedeutung der Notaufnahmen für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Akutversorgung, wenn in der vertragsärztlichen Versorgung keine Termine verfügbar sind.
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	Um ebenso Doppelvorhaltung wie Versorgungslücken vorzubeugen, sollte die Standortbestimmung in Abstimmung zwischen Krankenhausplanung und Rettungsdienstbedarfsplänen erfolgen.
11	§ 90a	Ergänzung Vertreter des Rettungsdienstes in gemeinsamen Landesgremien nach § 90a	Die Aufnahme von Vertretern des Rettungsdienstes wird ausdrücklich begrüßt.
12	§ 92	Klarstellung, dass Richtlinie des G-BA nicht den Notfalltransport umfasst	Keine Einwände
13	§ 105	Finanzierung der notdienstlichen Strukturen der KVen durch gemeinsam von KV und Krankenkassen zusätzlich zur Verfügung gestellten Betrag, Beitrag der PKV i.H.v. 7 %	Keine Einwände
14	§ 115e	Folgeänderung zu §§ 30, 60 SGB V	
15	§ 116b	Folgeänderung zu § 90 SGB V	
16	§ 120	<ul style="list-style-type: none"> Klarstellung zur Vergütung in den Notdienst einbezogener Ärzte aus Gesamtvergütung Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie (Folgeänderung zu § 123c) 	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
17	§ 123	<p>Integrierte Notfallzentren (INZ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion • Notaufnahme, Notdienstpraxis, Ersteinschätzungsstelle - optional Kooperationspraxis / statt Notdienstpraxis MVZ oder Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Nähe • Ersteinschätzung und Steuerung innerhalb des INZ, gegenseitige Datenübermittlung • Versorgungsvertrag mit Apotheken • Telemedizinische Anbindung an Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie • Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung von INZ 	<p>Wir begrüßen in diesem Zusammenhang alles, was zu einer besseren Vernetzung und einer guten Erreichbarkeit für die akut- und notfallmedizinische Versorgung führt.</p> <p>INZ als einheitliche und zentrale Anlaufstelle für den Rettungsdienst können zu einer deutlichen Entlastung des Rettungsdienstes z.B. durch das Wegfallen von Verlegungsfahrten führen. Auch die Einbindung der Apotheken erachten wir als sinnvoll, da so unnötige Rettungsdiensteinsätze aufgrund fehlender häuslicher Medikation vermieden werden können.</p>
	§ 123a	<p>Einrichtung von INZ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Standortbestimmung nach gesetzlichen Kriterien • Kooperationsvereinbarung, gesetzliche Vorgabe von Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxis, Schiedsregelungen bei Nichtzustandekommen • Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit in INZ durch KBV, DKG und GKV-SV 	<p>Es muss sichergestellt werden, dass trotz der Verknüpfung eines MVZ mit einem Krankenhaus nach dessen potentieller Schließung keine Versorgungslücke entsteht, insbesondere dann, wenn im betroffenen Gebiet bestehende Hausarztpraxen keine neuen Patientinnen und Patienten mehr annehmen können.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	
	§ 123c	<p>Ersteinschätzung</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>Um weite Wege und damit verbunden lange Bindungszeiten für den Rettungsdienst zu vermeiden, sollte es diesem weiterhin möglich sein, unter bestimmten Bedingungen zur (Erst-) Versorgung auch ein Krankenhaus ohne INZ anzufahren.</p> <p>Dies betrifft vor allem den ländlichen Raum, wenn eine Versorgung wohnortnah möglich wäre. Die einfache chirurgische Versorgung oder die Schmerzexazerbation etc. benötigen nicht unter allen Umständen ein INZ. Mitbedacht werden sollte ebenfalls der Rückweg der Patienten, wenn diese nicht eigenständig dazu in der Lage sind, nachdem sie aus ihrer gewohnten Umgebung in ein weiter entferntes INZ gebracht wurden.</p>
18	§ 133	<p>Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nur nach Landesrecht vorgesehene oder beauftragte Leistungserbringer • Vergütungsverträge für Leistungen nach SGB V erforderlich • Transparenzpflicht bezüglich Kalkulationen • Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 SGB V • Schiedseinrichtung bei Nichtzustandekommen 	<p>Als kritisch wird die unklare Abgrenzung zur Gefahrenabwehr gesehen (Abs. 2)</p> <p>Die Vorhaltefinanzierung muss gesetzlich verankert werden. So wie jetzt beschrieben, werden die Vergütungsregeln zu einem erheblichen administrativen Mehraufwand führen (siehe DRG-System). Da ein großer Teil der Kosten des Rettungsdienstes aus Vorhaltekosten resultiert ist dies so nicht akzeptabel.</p> <p>Die Kostendeckung der Maßnahmen nach SGB V durch die Erstattungen der Krankenkasse (mit Entgeltausgleich über die Jahre hinweg) muss festgeschrieben sein.</p> <p>Kosten, die außerhalb der Kontrolle der Leistungserbringer liegen, wie z.B. durch Anpassungen im Tarifrecht, müssen den Leistungserbringern erstattet werden.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Entsprechende Geltung für Krankentransporte • Übergangsregelung 	<p>Abs. 4: erhebliche Kollisionen mit Landesrecht, einseitige Ausgestaltung durch KV ist abzulehnen, insgesamt ist die Vertragsgestaltung mit den Krankenkassen zu wenig konkret.</p> <p>Kosten für Aus- und Fortbildung, Investitionen in Fahrzeuge / Gebäude u.a. sind zwingend in die Gebühren mit einzubeziehen und durch die Krankenkassen zu refinanzieren.</p>
	§ 133a	<p>Gesundheitsleitsystem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kooperationsvereinbarung zwischen Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116117 auf Antrag der Rettungsleitstelle • Verbindliche Absprache, wer welche Fälle übernimmt, und Abstimmung der Abfragesysteme • Medienbruchfreie Übergabe von Fällen und Daten • Schnittstelle durch KBV zur Verfügung zu stellen • Gemeinsames Qualitätsmanagement der Kooperationspartner • Vermittlung von Krankentransporten und medizinischen komplementären Diensten sowie sonstigen komplementären Diensten für vulnerable Gruppe oder krisenhafte Situationen • Bericht KBV zu Entwicklung der Gesundheitsleitsysteme 	<ul style="list-style-type: none"> • Zu §133a Absatz 1: Aus Sicht der BAND sollte die Kooperation zwischen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung und dem Träger einer rettungsdienstlichen Leitstelle bundesweit verpflichtend erfolgen und weder von einem konkreten Antrag noch davon abhängen, ob in der Leitstelle eine digitale standardisierte Notrufabfrage etabliert ist. Im Sinne einer modernen und bedarfsgerechten Rettungsmitteldisposition sollten vielmehr alle Rettungsleitstellen verpflichtet werden, eine digitale standardisierte Notrufabfrage zu etablieren. • Eine Festlegung der Zusammenarbeit zwischen KV und Rettungsdienst muss nach unserer Ansicht auf Bundesebene erfolgen. Die beschriebenen Ziele der Kooperation werden sowohl für die Zusammenarbeit mit der KV als auch für die beschriebenen komplementären Dienste vollumfänglich durch die BAND unterstützt.
	§ 133b	<p>Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gremium bei GKV-SV, paritätisches Stimmgewicht zwischen GKV-SV und Ländervertretern, nicht stimmberechtigte 	<p>Die Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung sind wichtig zur Sicherstellung einer gleichbleibenden Versorgungsqualität.</p> <p>Die Einrichtung eines solchen Gremiums wird von der BAND als essenzieller Schritt hin zu einer bundesweiten Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen verstanden und ausdrücklich begrüßt.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<p>Vertreter von Spitzenverbänden der Leistungserbringer und Fachverbänden und Fachgesellschaften sowie BMG</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>Dabei müssen die Empfehlungen dieses Gremiums vor allem von dem wissenschaftlich Erforderlichen geleitet und nicht allein von wirtschaftlichen Zwängen geprägt sein. Das Fachgremium sollte aus Sicht der BAND eher beim Bundesgesundheitsministerium angesiedelt werden, da dies einen neutraleren Rahmen und damit verbunden eine größere Akzeptanz der Entscheidungen bieten könnte.</p> <p>Die fehlende Verpflichtung zur Einbeziehung notfallmedizinischer Expertise im Bereich der stimmberechtigten Vertreter des Entscheidungsgremiums halten wir für bedenklich, da nur so die für die Identifikation und Ausgestaltung von Verbesserungspotentialen notwendigen praktischen Erfahrungen einbezogen werden können. Derart wichtige Versorgungsempfehlungen dürfen nicht einer Mehrheitsentscheidung der Kostenträger (die Zusammenarbeit aller Kostenträger mit einem Bundesland wäre für Grundsatzentscheidungen ausreichend) obliegen.</p> <p>Nummer 9 sollte wie folgt umformuliert werden: die Anforderungen an die Fortbildung- oder Weiterbildung des im Rettungsdienst eingesetzten Personals.</p>
	§ 133c	<p>Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verpflichtende digitale Notfalldokumentation für alle Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätenachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung • Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme 	<p>Eine verbindliche gesetzliche Regelung für diesen Bereich wird durch uns begrüßt. Insbesondere die Möglichkeit der Nachverfolgung der Patienten nach Krankenhausaufnahme im Rahmen des Qualitätsmanagements bedarf einer einheitlichen Lösung. Damit die verpflichtende digitale Dokumentation möglichst bereichs- und sektorenübergreifend erfolgen kann, müssen Standards für eine interoperable Nutzung definiert und vorgegeben werden. Dies gilt zum einen zwischen unterschiedlichen rettungsdienstlichen Leistungserbringern im Fall des gemeinsamen Einsatzes und zum anderen zwischen Rettungsdiensten, Krankenhäusern, Arztpraxen und aufsuchendem Dienst des KV.</p> <p>Zum Zwecke der Qualitätssicherung sollten darüber auch Versorgungsdaten und -ergebnisse an den Rettungsdienst zurückgegeben werden können.</p> <p>Die verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätenachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung dient einer verbesserten Steuerung und Effizienz im Rettungsdienst. Damit</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>bundeslandübergreifend auf vorhandene Ressourcen zugegriffen werden kann, müssen ein einheitlicher Standard definiert und die Systeme zueinander interoperabel ausgerichtet werden. Zudem kann ihre Nutzbarkeit aus Krankenhäusern bzw. Versorgungseinrichtungen heraus für eine zeitgerechte Weiterverlegung zur definitiven Versorgung administrativen Aufwand reduzieren und einen effizienten Ressourceneinsatz unterstützen</p> <p>Eine bundeseinheitliche Regelung zu Ersthelferalarmierungssystemen als Unterstützung der Notfallrettung wird durch die BAND ausdrücklich begrüßt. Auch diese müssen zueinander interoperabel sein und im gesamten Bundesgebiet für die jeweiligen rettungsdienstlichen Leitstellen einen Zugriff auf die Ersthelfer ermöglichen.</p> <p>Hier sollte eine medienbruchfreie Übertragung gewährleistet sein und geregelt werden, wer welche Schnittstelle bereitstellt. Aktuell stehen die Krankenhäuser vor der Herausforderung, dass den Anbietern der KIS die Schnittstelle zu jedem Anbieter von Rettungsdienstprotokollen einzeln zu vergüten ist. Dies trifft insbesondere Häuser im Einzugsbereich mehrerer Rettungsdienste.</p>
	§ 133d	Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form durch Datenstelle beim GKV-SV	Diese Regelungen ermöglichen bundes- und landesweite Qualitätsvergleiche und tragen zur Optimierung der rettungsdienstlichen Strukturen bei. Die Forderung, diese Daten auch für die Vergütungsverträge zu nutzen, ist wichtig bei Berücksichtigung der Vorhaltefinanzierung.
	§ 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	
	§ 133f	Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung	Da es sich bei der Digitalisierung um ein überfälliges und für ein Gelingen der Reform zentrales Thema handelt, sollte die Mittelzuweisung möglichst

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> 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 	mit einem geringen bürokratischen Aufwand verbunden und deren Bemessung ausreichend sein. Sollte sich zeigen, dass die Mittel nicht ausreichen, muss eine rasche Aufstockung erfolgen.
	§ 133g	Koordinierende Leitstelle: Möglichkeit für Landesbehörden, einer einzelnen Leitstelle überregionale Aufgaben zuzuweisen	<p>Die Zusammenarbeit zwischen Rettungsleitstelle und KV muss verbindlich geklärt werden. Dies scheint nur auf Bundesebene möglich daher unterstützen wir diesen Vorschlag. Ziel ist die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Leitstellen und ambulanten Versorgungseinrichtungen. Als problematisch könnten sich allerdings die Versorgungsengpässe im Bereich der ambulanten kassenärztlichen Versorgung erweisen. Wir sehen Herausforderungen in der transparenten Auswahl der entsprechenden koordinierenden Leitstelle.</p> <p>Die Kosten für Aufgabenübertragungen müssen durch die Verträge mit den Kassen gedeckt sein. Insbesondere die personelle, räumliche und sachliche Ausstattung könnten zur Herausforderung werden.</p> <p>Verweis auf § 90: erweiterter Landesausschuss</p>
19	§ 140f	Antragsrecht Patientenvertretung	
20	§ 291b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
21	§ 294a	Mitteilungspflicht zu vorrangigen Schadensersatzansprüchen auch für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung	

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
22	§ 302	Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Datenübermittlungspflicht	Die Einrichtung einer eindeutigen Fallidentifikationsnummer wird begrüßt. Hier sollten bereits bei der Planung die Regelungen zu deren Erstellung und Übermittlung zwischen Gesundheitsleitstelle und Leistungserbringer definiert werden.
23	§ 354	Fernzugriff auf ePA durch Leitstellen	Hierdurch erwarten wir eine deutliche Verbesserung der Notfallversorgung. Unbekannte Vorerkrankungen können zu einer Übertriage oder Fehlzweisung führen. Durch den Zugriff auf die ePA könnte dies verhindert werden. Es ist allerdings zu bedenken, dass für die Nutzung an allen erforderlichen Stellen ein eHBA vorliegt und eine Regelung zu dessen Kosten getroffen wird.
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	Dies ist ein sinnvoller Schritt zur überörtlichen Unterstützung der organisierten Ersten Hilfe.
			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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		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	
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	
2	§ 17a	Meldeverpflichtung für Betreiber von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) an das AED-Kataster	
			Art. 8: Änderung des Betäubungsmittelgesetzes
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	

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		Betäubungsmitteln auf Fahrzeugen des Rettungsdienstes im grenzüberschreitenden Verkehr	
			Art. 9: Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung
1	§ 13	Ausnahme für Durchfuhr einer angemessenen Menge an Betäubungsmitteln als 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	
			Art. 10: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
	§ 19a	Gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe	
			Art. 11: Inkrafttreten
	Ggf. weitere Anmerkungen		