

Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: Deutscher Feuerwehrverband, Berlin

Datum: 4. Dezember 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 - 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	Der aktuelle Gesetzesentwurf sieht vor, dass Versicherte einen Anspruch auf alle Leistungen der Notfallrettung beginnend mit der disponierenden oder beratenden Tätigkeit in den Rettungsleitstellen, dem Gesundheitsleitsystem über eine notfallmedizinische Versorgung vor Ort bis hin zum Notfalltransport haben. Diese Implementierung der medizinischen Notfallrettung als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist zu begrüßen. Vergangene Diskussionen mit den Kostenträgern zur Erstattung der Kosten bei Fehl- oder Leerfahrten ohne Patiententransport sowie Kosten der Rettungsleitstelle bis hin zu gerichtlichen Verfahren in diesem Zusammenhang erfordern mit Blick auf bereits teilweise vorliegenden landesrechtlichen Lösungsansätze und die divergierende Rechtsprechung der Landessozialgerichte und des Bundessozialgerichts eine klarstellende Regelung auf Bundesebene, welche im Interesse der Leistungserbringer und auch der Kostenträger Rechtssicherheit bei den Verhandlungen mit sich bringt. Diesem Anliegen wird Rechnung getragen, indem bezüglich der Finanzierung eine Lösung über ein Vertragsmodell gewählt wurde, wonach die Finanzierung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den zuständigen Landesbehörden oder mit den nach Landesrecht vorgesehenen Trägern oder beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen auf Landesebene gemäß § 133 Absatz 2 NotfallG unter Berücksichtigung der Rahmenempfehlung nach § 133b Absatz 1 Satz 1 ausgehandelt wird. In diesen Verträgen können die vorgenannten Problematiken nunmehr von den Akteuren mitgeregelt werden.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Zuzahlung	
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	Im Sinne der mit dem Gesetz beabsichtigten Kostendämpfung ist es relevant, dass die Rettungsleitstellen neben der Veranlassung von Fahrten der Rettungsmittel einschließlich Notarzt auch Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten als kostengünstige Alternative entsprechend der Versorgungssituation des Patienten veranlassen können. Zwar ist in § 60 Abs. 2 Nr. 5 NotfallG geregelt, dass Fahrten zur Versorgung in einem Integrierten Notfallzentrum aufgrund einer mittels digitaler standardisierter Abfrage getroffenen Entscheidung, sofern die Fahrt nach den Umständen des Einzelfalls zwingend erforderlich ist, von der Krankenkasse übernommen werden und hierbei die Entscheidung mittels digitaler standardisierter Abfrage als Verordnung dieser Leistung gilt. Jedoch bestehen Zweifel, ob die Regelung hinreichend ist. Zumindest aus der Gesetzesbegründung geht hervor, dass das Gesundheitsleitsystem neben der Veranlassung von Fahrten der Rettungsmittel einschließlich Notarzt auch Krankentransporte als kostengünstige Alternative entsprechend der Versorgungssituation des Patienten auch an andere Versorgungsebenen als die INZ veranlassen kann und die Rettungsleitstellen ebenfalls über diese umfassende Dispositionsbefugnis ebenfalls für Krankentransporte verfügen. Die Regelung sollte entsprechend konkretisiert werden. Durch die Dispositionsbefugnis über Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten könnte die oftmals aufwändige Beibringung einer meist nachträglich mit Hilfe der Leistungserbringer im Krankentransport organisierten Verordnung entfallen und so die Patienten sachgerecht dem erforderlichen Leistungserbringer zugeführt werden.
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	Die Erweiterung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen um die notdienstlichen Akutversorgung 24/7 einschließlich einer 24/7 erreichbaren Akutleitstelle ist ein sinnvoller Baustein. Bisherige

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung • Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge	Defizite in der Versorgung und Steuerung von Patienten im ambulanten Bereich können damit im Zusammenspiel mit der geplanten Organisation der INZ behoben werden. Dies kann zu einer sachgerechteren Versorgung bei zeitkritischen und lebensbedrohlichen Erkrankungen im Rettungsdienst und in den Krankenhäusern führen. Bisher ist eine Erreichbarkeit innerhalb von drei Minuten für 75 Prozent der Anrufenden und innerhalb von zehn Minuten für 95 Prozent der Anrufenden vorgesehen. Aufgrund der Erfahrungen aus Pilotprojekten hinsichtlich der Akzeptanz bei den Anrufern und einem Ausweichen auf die Rufnummer 112 sollte die Zeit bis zur Anrufannahme im Median bei 1 Minute und in 90 % der Anrufe bei 3 Minuten liegen. Insoweit besteht hier aus Sicht des Deutschen Feuerwehrverbandes Nachbesserungsbedarf. Derzeit sind die Akutleitstellen so ausgestaltet, dass auch bei einer Vermittlung durch die Akutleitstelle es dem Hilfesuchenden unbenommen bleibt, eine Notaufnahme aufzusuchen. Ohne entsprechende Verbindlichkeit oder Sanktion dürfte der Steuerungseffekt zur Primärversorgung gering sein. Hinzutreten soll zudem ein 24/7 aufsuchender Dienst. Zur personellen und wirtschaftlichen Entlastung soll den Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht werden, Kooperationen mit dem Träger des Rettungsdienstes oder einzelnen Leistungserbringern im Rettungsdienst einzugehen. Hierbei dürfen künftig auch Leistungen durch nichtärztliches Personal erbracht werden, welches aufgrund seiner beruflichen Qualifikation die notwendigen Fähigkeiten, Kenntnisse und Erfahrungen erworben hat, um im Rahmen ärztlicher Delegation nach § 28 Absatz 1 tätig zu werden. Die Partner des Bundesmantelvertrages für Ärzte legen in der Vereinbarung nach § 28 Absatz 1 Satz 3 (Delegations-Vereinbarung, Anlage 24 BMV-Ä) ergänzend das Nähere insbesondere zur Qualifikation, Umfang des Einsatzes sowie Anforderungen an die Erbringung von Leistungen beim Einsatz von nichtärztlichem Personal fest. Dies dürfte bei der Kooperation mit den Trägern des Rettungsdienstes darauf hinauslaufen, dass Notfallsanitäter in den aufsuchenden Dienst als qualifiziertes nichtärztliches Rettungsdienstpersonal miteinbezogen werden. Dies ist kritisch zu sehen, da

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			im Rahmen des aufsuchenden Dienstes primär pflegerische Tätigkeiten gefragt sein werden, welche eine entsprechende Pflegequalifikation erfordern. Pflegerische Aufgaben sind beim nichtärztlichen Rettungsdienstpersonal falsch adressiert.
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	
11	§ 90a	Ergänzung Vertreter des Rettungsdienstes in gemeinsamen Landesgremien nach § 90a	Die Beteiligung des Rettungsdienstes im Gremium nach § 90a SGB V ist zu begrüßen. Um hier rechtssicher und interessengerecht zu agieren, reicht allerdings der Begriff „Rettungsdienst“ im Gesetzestext nicht aus. Die Regelung sollte so formuliert werden, dass konkrete Institutionen, folglich die Träger und die Leistungserbringer im Rettungsdienst, über ihre Verbände beteiligt werden. Hier wäre folgende Konkretisierung sinnvoll: <i>„der Landeskrankenhausgesellschaft und der kommunalen Spitzenverbände als Verbände der Träger im Rettungsdienst sowie der Verbände der Feuerwehren und Hilfsorganisationen als Verbände der Leistungserbringer im Rettungsdienst“</i>
12	§ 92	Klarstellung, dass Richtlinie des G-BA nicht den Notfalltransport umfasst	
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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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 - 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	Die Vernetzung von Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung, Notaufnahme des Krankenhauses mit einer zentralen Ersteinschätzungsstelle und Kooperationspraxen für die 24/7-Versorgung unter dem Dach von integrierten Notfallzentren ermöglicht eine unmittelbare Versorgung von Patienten in der richtigen Versorgungsebene außerhalb des Rettungsdienstes. Auch die Flexibilisierung bei der Arzneimittelversorgung in Akutfällen ist ein sinnvoller Baustein der reibungslosen Patientenversorgung. Mit diesen gesetzlichen Maßnahmen besteht die Chance, dass die Entlastung des Rettungsdienstes weiter ausgebaut wird. Relevante Bausteine in diesem Zusammenhang sind die Regelungen zur Patientenübergabe durch den Rettungsdienst an die INZ und die Kooperationspraxen bei Patienten, die nicht der Notfallrettung bedürfen. Diese Bausteine sind im Entwurf des NotfallG grundsätzlich implementiert, benötigen aber hinsichtlich der Art und Weise der Übergabe noch ergänzender Ausgestaltungen.
	§ 123a	Einrichtung von INZ Standortbestimmung nach gesetzlichen Kriterien	

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		- Kooperationsvereinbarung, gesetzliche Vorgabe von Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxis, Schiedsregelungen bei Nichtzustandekommen - Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit in INZ durch KBV, DKG und GKV-SV	
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	
	§ 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	§ 123c regelt die Ersteinschätzung in Krankenhäusern ohne INZ und damit den Fall, dass der Hilfesuchende selbstständig die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsucht. Hierbei ist vorgesehen, dass innerhalb der Notaufnahme eine standardisierte, digitale Ersteinschätzung vorgenommen wird mit dem Ziel der Ermittlung, welche Versorgungsebene für die Hilfesuchenden bedarfsgerecht ist. Die Ersteinschätzung kann zwar ausweislich der Gesetzesbegründung im Wege der Delegation durch nicht-ärztliches Personal erbracht werden, jedoch ist eine Delegation in dieser Form rechtlich nicht unumstritten und dürfte de facto in jedem Einzelfall eine, wenn auch kurze, ärztliche Untersuchung erfordern, wodurch die Patientensteuerung mit dem Ziel der Schonung der Ressource Arzt konterkariert wird, da der Patient letztlich auf diesem Wege doch einen unmittelbaren Arztkontakt mit seinem Anliegen erreicht..
18	§ 133	Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung - Nur nach Landesrecht vorgesehene oder beauftragte Leistungserbringer - Vergütungsverträge für Leistungen nach SGB V erforderlich	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Transparenzpflicht bezüglich Kalkulationen • Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 SGB V • Schiedseinrichtung bei Nichtzustandekommen • Entsprechende Geltung für Krankentransporte • Übergangsregelung	
	§ 133a	Gesundheitsleitsystem • Kooperationsvereinbarung zwischen Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116117 auf Antrag der Rettungsleitstelle • Verbindliche Absprache, wer welche Fälle übernimmt, und Abstimmung der Abfragesysteme • Medienbruchfreie Übergabe von Fällen und Daten • Schnittstelle durch KBV zur Verfügung zu stellen • Gemeinsames Qualitätsmanagement der Kooperationspartner • Vermittlung von Krankentransporten und medizinischen komplementären Diensten sowie sonstigen komplementären Diensten für vulnerable Gruppe oder krisenhafte Situationen • Bericht KBV zu Entwicklung der Gesundheitsleitsysteme	Die gesetzliche Regelung der Zusammenarbeit von Kassenärztlichen Vereinigungen und Rettungsleitstellen in einem Gesundheitsleitsystem wird ausdrücklich begrüßt. Seit dem ersten Vorstoß einer bundeseinheitlichen Notfallreform mit dem Entwurf eines Notfallgesetzes vom 08.01.2020 hat sich in den letzten Jahren eine telefonische Weiterleitung des Anrufers und die digitale Fallweitergabe der erhobenen Daten mit der von der KBV entwickelten technischen Schnittstelle zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Rettungsleitstellen bereits in allen Bundesländern entwickelt. SmeD wird bereits flächendeckend als Ersteinschätzungsverfahren im ambulanten Bereich genutzt. Durch die Gesundheitsleitsysteme wird bundeseinheitlich der rechtliche Rahmen für die Zusammenarbeit der Leistungserbringer geschaffen. Die Aufgabenverteilung bleibt dieselbe. Die Rettungsleitstellen disponieren weiterhin die Leistungen der medizinischen Notfallrettung und auch Krankentransporte zur notdienstlichen Versorgung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen disponieren unter der Rufnummer 116117 den sonstigen Notdienst. Die EU-weite Rufnummer 112 bleibt richtigerweise für zeitkritische und/oder lebensbedrohliche Fälle erhalten. Da es ein mit SmeD mit vergleichbares Abfragesystem für Rettungsleitstellen bislang nicht gibt und eine Entwicklung und Etablierung diesbezüglich noch einen längeren zeitlichen Rahmen in Anspruch nehmen würde, geht die gesetzliche Regelung zutreffenderweise

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			zunächst von der Anwendung strukturierter Notrufabfragesysteme in den Rettungsleitstellen aus. Das eigentliche Gesundheitsleitsystem besteht sodann in einer verbindlichen Zusammenarbeit auf Basis einer digitalen Vernetzung zwischen Rettungsleitstelle und der örtlichen Kassenärztlichen Vereinigung. Da der Bundesgesetzgeber insoweit den landesrechtlichen Träger einer Rettungsleitstelle nicht zur Etablierung eines Gesundheitsleitsystems verpflichten kann, wird zutreffend dem Träger der Rettungsleitstelle ein Antragsrecht eingeräumt. Ziel des Telefonates mit der 116117 ist regelhaft, das Beschwerdebild möglichst detailliert und zutreffend abzufragen, um den bestmöglichen Weg der weiteren Versorgung zu definieren. Bei Anrufen in der Rettungsleitstelle unter der Rufnummer 112 ist eine sofortige, in der Regel ärztliche Behandlung erforderlich, da Gefahren für Leib und Leben des Patienten bestehen oder heftige Schmerzen ansonsten unzumutbar lange andauern würden. Gegenstand des Telefonates unter der Rufnummer 112 ist daher, schnellstmöglich die Gefahren und bestehenden Risiken bei ungehindertem Fortlauf des Zustandes zu ermitteln und das zeitlich und qualitativ am besten geeignete Rettungsmittel zu entsenden. Rettungsleitstelle und Akutleitstelle bestehen bei der vorgesehenen digitalen Vernetzung weiterhin räumlich und organisatorisch nebeneinander. Eine weitere Vernetzung auch räumlich, organisatorisch und personell ist möglich und kann im Rahmen der vorgesehenen Kooperationsvereinbarung regional vereinbart werden. Dass diese Form der über die bloße Zusammenarbeit hinausgehende Zusammenlegung beiden Seiten nicht verpflichtend auferlegt wird, sondern mit dem Gesetz die Möglichkeit geschaffen werden soll, unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten eine vollumfängliche Zusammenführung zu etablieren, wie sie bereits in einigen Bundesländern zum Teil im Rahmen von Pilotprojekten aber auch von festen Strukturen besteht, trägt richtigerweise dem Umstand Rechnung, dass die Intensität der Verbindung zwischen dem Träger der Rettungsleitstellen und der jeweiligen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Kassenärztlichen Vereinigung nur unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten und bestehenden Versorgungsstrukturen beurteilt werden und erfolgen kann. Ein wesentliches Kernelement des Gesundheitsleitsystems werden die vertraglichen Vereinbarungen in den vorgegebenen Kooperationsverträgen zwischen Trägern der Rettungsleitstellen und den Kassenärztlichen Vereinigungen sein. In diesen ist neben dem gemeinsamen Verständnis und Einzelheiten für die jeweiligen Abfragesysteme, die Patientenversorgung in der zutreffenden Versorgungsebene einschließlich telemedizinischer Lösungen und aufsuchender Medizin in Form von ärztlichen oder ggf. auch nicht ärztlichen Personal nach den neuen gesetzlichen Möglichkeiten eine eindeutige Zuordnung von Aufgaben und Verantwortung auch im haftungsrechtlichen Sinne vorzunehmen.
	§ 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	

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		und Kommunikation unter Beteiligung von KBV, DKG und KIG, Rechtsverordnung durch BMG	
	§ 133c	Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende digitale Notfalldokumentation für alle Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätsnachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung • Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme	Die weitergehende Umsetzung der Digitalisierung im Rettungsdienst ist zu begrüßen. Eine Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung durch eine Vernetzung der Rettungsleitstellen und der Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen und eine verpflichtende Notfalldokumentation sind sinnvolle Bausteine eines digitalen Gesamtkonzeptes. Insgesamt wird in den nachfolgenden Paragraphen die Digitalisierung gefördert, wobei einheitliche Vorgaben zum Datenschutz und zur technischen Ausgestaltung zur Sicherstellung einer bundesweiten Kompatibilität wünschenswert wären.
	§ 133d	Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form durch Datenstelle beim GKV-SV	
	§ 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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- 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	
	§ 133g	Koordinierende Leitstelle: Möglichkeit für Landesbehörden, einer einzelnen Leitstelle überregionale Aufgaben zuzuweisen	
19	§ 140f	Antragsrecht Patientenvertretung	
20	§ 291b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
21	§ 294a	Mitteilungspflicht zu vorrangigen Schadensersatzansprüchen auch für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung	
22	§ 302	Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Datenübermittlungspflicht	
23	§ 354	Fernzugriff auf ePA durch Leitstellen	
24	§ 370a	Redaktionelle Folgeänderung	
25	§ 377	Redaktionelle Folgeänderung	

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
26	§ 394	Errichtung eines bundesweiten, öffentlich zugänglichen Katasters automatisierter externer Defibrillatoren (AED), die für die Benutzung durch Laien vorgesehen sind	
			Art. 2: Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
	§ 75	Modifizierte Berichtspflichten der KBV aufgrund der Einführung der Akuteitstellen	
			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	
3	§ 4	Erlaubnis zweiter Offizin mit Lagerräumen am INZ-Standort	

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
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 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 Fahr-	

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		zeug 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		