Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V. (BVKJ)

Vorbemerkung

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V. (BVKJ) begrüßt eine grundlegende Neuordnung der Notfallversorgung in Deutschland.

Ohne ein klares Bekenntnis zur Priorisierung und Steuerung werden sich dabei weder ein gezielterer Einsatz begrenzter medizinischer Ressourcen noch relevante Einsparungen für die Krankenkassen erreichen lassen. Dies sieht der BVKJ in dem vorliegenden Entwurf noch völlig unzureichend gewährleistet.

Die tatsächlichen medizinischen Bedarfe und der verantwortungsbewusste Einsatz von knappen ärztlichen wie nicht-ärztlichen Ressourcen müssen zur Leitschnur einer Reform werden. Sowohl die ärztlichen Bereitschaftsdienste als auch die Notfallambulanzen und Rettungsdienste sehen in großem Maße Patienten, die nicht akutmedizinisch oder notfallmedizinisch versorgt werden müssen. Die ungesteuerte Inanspruchnahme der Notaufnahmen und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes ist zu beenden. Es ist dringend erforderlich, insbesondere in der Notfallversorgung medizinische Leistungen nicht bedürfnisorientiert, sondern bedarfsorientiert aufgrund einer objektiven medizinischen Einschätzung der Dringlichkeit zu erbringen. Eine solche verpflichtende Ersteinschätzung muss mit klarer Steuerung in Richtung vertragsärztlicher Versorgung einhergehen.

Um das Ziel zu erreichen, Fehlinanspruchnahmen zu begrenzen, die ärztlichen Strukturen effektiv zu nutzen und Einsparungen für die Krankenkassen in Höhe von bis zu 1,331 Milliarden wirklich zu erreichen, muss der Entwurf an mehreren Stellen stark überarbeitet werden.

Datum: 04. Dez. 2025

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 27	Folgeänderung zu § 30 SGB V	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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 • Zuzahlung	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	
4	§ 73	Folgeänderung zu § 60 SGB V	
5	§ 73b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
6	§ 75	Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung • Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung • Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge	Angesichts eines ärztegruppenübergreifenden Mangels an ärztlichen Ressourcen ist eine Ausweitung des Sicherstellungsauftrags der KVen nicht sachgerecht. **Grundsätzlich sollte in allen Angebotsstrukturen der notdienstlichen Versorgung weiterhin auf die Nicht-Sprechstunden-Zeiten und nicht auf eine 24/7-Versorgung abgehoben werden, um Doppelstrukturen zu vermeiden.** Eine Beteiligung an KINZ ist nur dann denkbar, wenn vor Ort entsprechende Kapazitäten vorhanden sind. Einer generellen Pflicht zur Beteiligung kann von den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten aufgrund mangelnder personeller Ressourcen nicht in jedem Fall nachgekommen werden. Es sollte daher in § 75 1b eine Kann-Bestimmung gefunden werden. Eine pädiatrisch fachkompetente telemedizinische oder digitale Beratungsstelle kann einen Bestandteil der zukünftigen Notfallversorgung darstellen, aber nur insoweit als dadurch nicht erforderliche Arzt-Patientenkontakte in Präsenz in Notdienstpraxen/Notaufnahmen vermieden werden. Ein telefonisches und videounterstütztes ärztliches Versorgungsangebot 24 Stunden täglich, getragen „auch durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin“, geht jedoch an der Versorgungsrealität und den vorhandenen Kapazitäten vorbei. **Kinder- und Jugendärzte können nicht zusätzlich zum bestehenden ärztlichen Bereitschaftsdienst ein weiteres**

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			paralleles Versorgungsangebot schultern. Gerade in kleinen Bundesländern in der Pädiatrie sind solche Angebote nicht leistbar, da Pädiater nicht einmal 5% der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ausmachen (Bundesarztregister 2024). So ist z.B. in Bremen bereits heute eine 5-7fach höhere Dienstbelastung im pädiatrischen Bereitschaftsdienst zu tragen, als durch die Kollegen der anderen Fachgruppen durch den allgemeinen Bereitschaftsdienst. Ein zusätzliches Angebot zu Regelöffnungszeiten wird Praxisschließungen zur Folge haben, die die Patientenversorgung gefährden. Videogestützte Versorgungsangebote können allenfalls nach einer verbindlichen Ersteinschätzung außerhalb der Praxisöffnungszeiten die pädiatrischen Präsenzdienste entlasten. Sie müssten außerdem ggf. länderübergreifend organisiert werden. Ein solches Versorgungsangebot durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin darf aber keineswegs als zusätzliches niederschwelliges Angebot verstanden werden können, was zu einer deutlichen Ausweitung der Kontakte führen würde. Die Durchführung von Telekonsilien durch Vertragsärzte im Rahmen der INZ ist nicht sachgerecht. Telekonsile im Sinne von Arzt-zu-Arzt-Konsultationen zwischen INZ und KINZ sind nicht im Rahmen des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen zu regeln. Für die sofortige Kommunikation in Notfallsituationen kann es Vereinbarungen zwischen Kliniken mit INZ aber ohne KINZ geben. Der BVKJ begrüßt das Ansinnen, über die bundesweite Nummern 116 117 bzw. 112 ein einheitliches Ersteinschätzungsverfahren zu etablieren. Strukturen einer pädiatrisch fachkompetenten Leitstelle müssen allerdings erst aufgebaut und die Finanzierung muss sichergestellt werden. Bis dahin

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			muss sichergestellt werden, dass Kinder- und Jugendliche nicht pauschal in den Notdienststrukturen landen, wie es derzeit der Fall ist. Das digitale Ersteinschätzungssystem muss dabei auf standardisierte und validierte Algorithmen zurückgreifen. Bei der Entwicklung und Einführung eines solchen Tools sind unbedingt das Know-how und die Erfahrungen der niedergelassenen Kinderärzte zentral einzubinden. Aus Sicht des BVKJ hat ein solches System auch den gemeinsamen Tresen im Krankenhaus einzubinden, bzw. ist diesem vorzuschalten. Die Triagierung hat für den Versicherten **verpflichtenden Charakter zu haben.**
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	
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	Angesichts von Einsparungen von rund einer Milliarde Euro für die Kassen bei gleichzeitiger Ausweitung des Aufwandes für die Ärzteschaft ist es geboten, dass die Sicherstellung der laufenden Vorhaltekosten der neuen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Krankenkassen zusätzlich zur Verfügung gestellten Betrag, Beitrag der PKV i.H.v. 7 %	erweiterten Strukturen von den Kassen getragen werden. Die Finanzierung von erweiterten Versorgungsangeboten für Versicherte, teilweise in Konkurrenz zu bestehenden, von der Ärzteschaft vorzuhaltenden Leistungen, ist nicht zu rechtfertigen.
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 • Ersteinschätzung und Steuerung innerhalb des INZ, gegenseitige Datenübermittlung	Der BVKJ hält es für dringend erforderlich, dass die zentrale Einschätzungsstelle an den INZ/KINZ nach den gleichen Schemata und Sachlogiken wie die standardisierten Ersteinschätzungsverfahren der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 75 1c operieren. Andernfalls droht ein solches Angebot das Problem der fehlenden Patientensteuerung zu verstärken. Hilfesuchende (bzw. ihre Eltern), die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, sind regelhaft an die 116 117 und an die Regelversorgung zu verweisen. Ein solcher Hinweis fehlt derzeit im Gesetz. Sonst läuft eine solche Stelle Gefahr, als niederschwellige Anlaufstation Fehlinanspruchnahmen zu fördern.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• 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	Dabei sieht der BVKJ **vier Behandlungspfade**, in die Akutleitstellen verweisen sollten: 1. Es handelt sich um einen Notfall, der sofort in der Klinik oder im ärztlichen Notdienst behandelt werden muss, bzw. eine stationäre Behandlung in einer Klinik für Kinder- und Jugendliche bzw. Klinik für Kinderchirurgie erforderlich macht. 2. Patient ist dringend behandlungsbedürftig und muss innerhalb der nächsten 24 Stunden gesehen werden – entweder in einer Praxis oder z.B. am Wochenende im ärztlichen Notdienst bzw. einem Integrierten Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche (KINZ). 3. Patient ist mittelfristig behandlungsbedürftig, kann aber an die Regelversorgung in den normalen Sprechzeiten der Praxen verwiesen werden; die KV-Servicestellen machen nötigenfalls Angebote zur weiteren Versorgung. 4. Patient*in ist im Grunde nicht behandlungsbedürftig und bedarf keines ärztlichen Kontaktes. Ein solcher viergliedriger Behandlungspfad**, insbesondere auch die Nichtberücksichtigung im Notdienst**, sollte explizit gesetzlich vorgegeben werden. **Es ist dringend erforderlich, dass eine Verweisung aus den Räumlichkeiten des Integrierten Notfallzentrums heraus auch ohne ärztliche Untersuchung erfolgen kann.** Es widerspräche dem verantwortungsbewussten Umgang mit ärztlichen Ressourcen, wenn am gemeinsamen Tresen nicht nach dem Delegationsprinzip auf Basis der Beurteilung einer geschulten

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Ersteinschätzungskraft in Verbindung mit einem zertifizierten Ersteinschätzungsverfahren rechtssicher entschieden werden kann. Das essentielle Anliegen, die bedürfnisorientierte Ansteuerung von INZ/KINZ einzuschränken, würde konterkariert. Vermeintliche Haftungsgründe oder die Frage von Patientensicherheit dürfen keineswegs dazu führen, dass entgegen dem in der Ersteinschätzung festgestellten Bedarf eine ärztliche Untersuchung stattfinden muss. Um dies zu unterbinden, dürfen für eine separat zu vergütende Untersuchung durch einen Arzt in der Notaufnahme auch keine falschen finanziellen Anreize aufgebaut werden. Die in dem Entwurf gemachten Annahmen zur Finanzwirkung der Notfallreform für die Gesetzliche Krankenversicherung, insbesondere die Kostenreduktion von bis zu 1,331 Milliarden Euro im Jahr 2031 werden **nicht** erreicht, wenn die Ersteinschätzung nicht verbindlich gemacht wird und wenn die Triage nicht die vier Stufen enthält. Es wäre aus medizinischer Sicht und für die Gewährleistung hoher flächendeckender Notfallversorgungsstandards sinnvoll, die Verpflichtung zur Ersteinschätzung und die Nutzung des standardisierten Ersteinschätzungsverfahren nicht auf Krankenhäuser mit INZ zu beschränken, sondern auf sämtliche Krankenhäuser zu erweitern, die auf Grundlage von § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V Notfälle behandeln. Die fachliche Leitung und Verantwortung für die Ersteinschätzungsstelle sollte während der Öffnungszeiten die Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung tragen, außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis kann die Kooperationsvereinbarung nach § 123a Abs. 2 eine Verantwortung des Krankenhauses bestimmen. Dies wäre auch unter dem Aspekt eines

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Vorrangs der ambulanten vor der stationären Versorgung ein Ausweis von Strukturqualität. In der Pädiatrie liegen bereits gute Erfahrungen mit erprobten Modellen der Telekonsile vor. Dabei handelt es sich um strukturierte Arzt-zu-Arzt-Kontakte. Als Beispiele können hier „PaedExpert“ für den ambulanten und die „Virtuelle Kinderklinik Bayern“ für den stationären Bereich dienen. In beiden Fällen können allgemeinpädiatrische Praxen bzw. Kliniken für ihre Patient*innen telemedizinische Expertise von lokal nicht verfügbaren pädiatrischen Spezialisten einholen. Denkbar wäre auch in einigen Regionen, dass im Rahmen der Notfallversorgung nicht-pädiatrische Ärzte in Notdienstzentren (INZ) dort, wo keine pädiatrische Versorgung vor Ort möglich ist, im Einzelfall per Videokonsil einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin hinzuziehen könnten. Von einer bundesweiten Verpflichtung hierzu ist jedoch abzusehen.
	§ 123a	Einrichtung von INZ • 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	Es ist gesetzlich vorzusehen, dass eine Vereinbarung zwischen KV und Klinik, verbindlich auch die die fachlichen und organisatorischen Erfordernisse, Bedingungen und Ressourcen der Partner vor Ort berücksichtigt. Unter diesem Gesichtspunkt ist auch die Beschränkung der Öffnungszeiten aufgrund von Bedarfsüberlegungen zu begrüßen. Allerdings sind die Anforderungen so formuliert, dass KVen zu stark eingeschränkt werden. Eine Beweislastumkehr wäre sinnvoll, bei der der Nachweis geführt werden muss, dass der Bedarf besteht, Wenigstens müssen, soweit aufgrund von empirischen Daten zu erwarten ist /bzw. sich nachträglich erweist, dass die Öffnungszeiten aufgrund der tatsächlichen regionalen Inanspruchnahme unwirtschaftlich sind, Öffnungszeiten entsprechend angepasst werden. Hier ist eine Klarstellung notwendig.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Darüber hinaus hält der BVKJ es für dringend erforderlich, auch **vorhandene ärztliche Ressourcen als weiteren Grund** zu berücksichtigen. In der Kinder- und Jugendmedizin sind gesonderte Regelungen bezüglich der angestrebten Dienstzeiten zu finden. Es darf keine Doppelstruktur während der Öffnungszeiten von Kinder- und Jugendarztpraxen entstehen. **Öffnungszeiten am Wochenende** zwischen 9 und 21 Uhr werden in vielen Fällen aufgrund eines Kinder- und Jugendärztemangels **nicht zu schultern** sein. Darüber hinaus sollten existierende und bewährte Strukturen aus Kliniken mit Portalpraxen und KV-Dienst erhalten bleiben und maßgeblich in ein zukunftsfähiges KINZ-Konzept integriert werden.
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	Der BVKJ begrüßt eine ambulante Notfallversorgung spezifisch für Kinder und Jugendliche, die den Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ) zugrunde liegt. Eine Einrichtung von integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ) ist aus Sicht des BVKJ nur an Kliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin sinnvoll, die mindestens die Anforderungen nach Stufe 2 des § 25 (Modul Kinder) der Notfallstufenregelungen des G-BA erfüllen. Dabei sollte regional auf existierende und bewährte Strukturen aus Kliniken mit Portalpraxen und KV-Bereitschaftsdienst aufgebaut und diese erhalten und maßgeblich in ein zukunftsfähiges KINZ-Konzept integriert werden. Grundbedingung jeder Regelung muss sein, dass die Sicherstellung der Notfallversorgung die vorhandenen personellen Ressourcen der ambulant tätigen Kinder- und Jugendärzt*nnen zugrunde legt. Gleiches gilt für das nichtärztliches Personal, das bereits heute an der Belastungsgrenze arbeitet.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Zumutbarkeitsgrenzen der Dienstbelastung der teilnehmenden niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte, die nicht beliebig vermehrbar sind, dürfen nicht überschritten werden. Im Ergebnis wird man feststellen, dass die Einrichtung eines pädiatrischen KV-Notdienstes an einem KINZ in der Regel nur in Ballungsgebieten realisierbar und nur dort auch sinnvoll ist. Der BVKJ hält weitere Klarstellungen notwendig, damit eine Ausweitung von Dienstpflichten verhindert wird. Aus Sicht des BVKJ wäre es zu begrüßen, wenn bereits im Zuge der Gesetzgebung eine Auswirkungsanalyse einerseits zum Bedarf und andererseits zu einer realistischen Einschätzung der vorhandenen ärztlichen Ressourcen und zur Anzahl der KINZ in Deutschland erfolgen würde.
	§ 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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• EBM für Ersteinschätzung	
18	§ 133	Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung • Nur nach Landesrecht vorgesehene oder beauftragte Leistungserbringer • Vergütungsverträge für Leistungen nach SGB V erforderlich • Transparenzpflicht bezüglich Kalkulationen • Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 SGB V • Schiedseinrichtung bei Nichtzustandekommen • Entsprechende Geltung für Krankentransporte • Übergangsregelung	
	§ 133a	Gesundheitsleitsystem • Kooperationsvereinbarung zwischen Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116117 auf Antrag der Rettungsleitstelle	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• 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	
	§ 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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• 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	
	§ 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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 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 • 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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• 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	
26	§ 394	Errichtung eines bundesweiten, öffentlich zugänglichen Katasters automatisierter externer Defibrillatoren (AED), die für die Benutzung durch Laien vorgesehen sind	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	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	
2	§ 17a	Meldeverpflichtung für Bertreiber 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

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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-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	Der BVKJ dringt darauf, grundsätzlich den tatsächlichen medizinischen Bedarf zu Maßstab zu machen, nicht die subjektiven Bedürfnisse von Patienten.
			Art. 11: Inkrafttreten
	Ggf. weitere Anmerkungen		