Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: Bundesverband Geriatrie

Datum: 04.12.2025

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 • 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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Zuzahlung	
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	
4	§ 73	Folgeänderung zu § 60 SGB V	
5	§ 73b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
6	§ 75	Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung • Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung • Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge	
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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		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 • 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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 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	**Ergänzung des § 123a Absatz 1 SGB V um eine integrierte „Geriatrie-Einheit“** Geriatrische Patientinnen und Patienten stellen aufgrund vieler Faktoren Hochrisikopatienten dar. Die Vorstellung dieses Patientenklientel stellt in der Notaufnahme unabhängig von der zugrundeliegenden Problemstellung immer auch einen zusätzlichen negativen Faktor für den Verlauf hinsichtlich ihrer kognitiven und sonstigen Funktionalität, wiederholter Krankenhaus-aufnahmen und einer erhöhten Mortalität dar. Dabei birgt die Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme besondere fachliche sowie strukturelle Herausforderungen. So ist beispielsweise auch im Gegensatz zu jüngeren Personen ein erhöhter Einsatz personeller und zeitlicher Ressourcen erforderlich. Der Referentenentwurf sieht vor, mit einem neu einzufügenden § 123b SGB V „Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche“ einzurichten. Demnach sollen perspektivisch spezifisch geeignete Standorte ausgewählt werden, an denen besondere notfallmedizinische Versorgungszentren für Kinder und Jugendliche bestehen. Wo die Einrichtung von speziellen integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche nicht möglich ist, soll mindestens eine fachspeifische telemedizinische Unterstützung gewährleistet werden. Da auch geriatrische Patientinnen und Patienten eine eigenständige und zugleich relevante Patientengruppe bilden, ist es notwendig, in Analogie hierzu auch geriatrische Expertise in integrierten Notfall-zentren vorzuhalten. Die Analogie zur Kinder- und Jugendmedizin/Pädiatrie ist fachlich-medizinisch begründet, da es sich bei den geriatrischen Patientinnen und Patienten ebenfalls um eine eigenständige Gruppe von Menschen mit einem vom allgemeinen Versorgungsbedarf deutlich abweichendem Bedarf handelt. In Abgrenzung zur Kinder- und Jugendmedizin sind jedoch keine eigenständigen Integrierten Notfallzentren für Betagte und Hochbetagten versorgungsstrukturell sinnvoll. Vielmehr sind spezifische geriatrische Einheiten regelhaft in die Integrierten Notfallzentren zu integrieren.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Da nicht alle älteren Personen auch geriatrische Patientinnen bzw. Patienten mit einem altersmedizinischen Behandlungsbedarf darstellen, muss die altersmedizinische Kompetenz im Unterschied zur Pädiatrie unmittelbar in die allgemeine Struktur der Notfallzentren integriert werden. Die geriatrische Kompetenz ist dabei erforderlich da bei geriatrischen Patientinnen und Patienten spezifische Instrumente zur Risikoratifizierung und prognostischen Einschätzung in der Notaufnahme notwendig sind, um weiterführende Abklärungs- und Behandlungsstrategien sachgerecht planen zu können. Dabei sind unspezifische Beschwerden, wie z.B. eine allgemeine Schwäche oder eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes, bei älteren Menschen häufige Gründe für die Vorstellung in einer Notaufnahme. Unspezifische Beschwerden stellen bei geriatrischen Patientinnen und Patienten ein hohes Risikopotenzial dar und bedürfen einer fachspezifischen Abklärung. Auch bedürfen Demenz und ein erhöhtes Delirrisiko bereits in der Notaufnahme einen besonderen Behandlungsansatz. Daher ist es u. a. notwendig auch in der Notaufnahme einzelne Elemente des umfassendes geriatrischen Assessments – wie Frailty-Status, Kognition, Mobilität - zu integrieren und geriatrische Expertise direkt in dieser Phase der Notfallversorgung in die Behandlungsplanung zu integrieren. Nur so kann die notfallmedizinische Versorgung dieser wachsenden Personengruppe sachgerecht und bedarfsgerecht in relevanter Weise verbessert werden.[1] Um geriatrische Expertise regelhaft in die Strukturen der Notfallzentren zu integrieren, sollten bei der Einrichtung von integrierten Notfallzentren neben der Basisnotfallversorgung für Erwachsene daher auch spezifische geriatrische Einheiten regelhaft vorgehalten werden. Hierfür ist der Gemeinsame Bundesauschuss gesetzgeberisch zu beauftragen, flächendeckend einheitliche Anforderungen an die strukturellen, personellen sowie prozessualen Abläufe der integrierten geriatrischen Einheiten zu definieren. Nur so kann perspektivisch sichergestellt werden, dass die Versorgung von Betagten und Hochbetagten der Versorgung von Jüngeren

[1] Singler, K., Möckel, M (2024). Geriatrsiche Patienten in der Notaufnahme. In: Bauer J., Becker C., Denkinger M., Wirth R. (Hrsg.): Geriatrie. Das Spektrum der Altersmedizin für Klinik und Praxis, Stuttgart, ISBN 978-3-17-041794-6 (S. 102 – 109)

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			zum Beispiel in Bezug auf die Ersteinschätzung nicht nachsteht. Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass Integrierte Notfallzentren ohne eine Leistungsgruppe Geriatrie am gleichen Standort bei der Behandlung von geriatrischen Patientinnen und Patienten für einen zeitlich begrenzten Übergangszeitraum durch die unmittelbare personelle Einbindung geriatrischer ärztlicher Kompetenz oder mindestens durch (telefonische oder telemedizinische) konsiliarische Unterstützung von externen Geriatrien erhalten. Regelhaft ist zudem auch ein spezieller geriatriadaptierter Raum für die Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten in jedem Notfallzentrum vorzuhalten. <u>Mit dem Ziel integrierte Geriatrie-Einheiten als festen Bestandteil von Integrierten Notfallzentren zu etablieren, ist der § 123a SGB V wie folgt zu fassen:</u> ***§ 123a Einrichtung von Integrierten Notfallzentren*** *(1) Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a legt erstmals bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser fest, an denen Integrierte Notfallzentren eingerichtet werden. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung sind zu beachten. Zur flächendeckenden Versorgung durch Integrierte Notfallzentren legt er zunächst geeignete Planungsregionen fest; dies kann bei Bedarf auch über Landesgrenzen hinweg geschehen. Ein Krankenhausstandort kann als Standort für die Einrichtung eines Integriertes Notfallzentrums festgelegt werden, wenn* *1. dieser Krankenhausstandort mindestens die Voraussetzungen der Notfallstufe Basisnotfallversorgung gemäß der „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018*

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			B4), der zuletzt am 18. Juni 2025 (BAnz AT 28.08.2025 B3) geändert worden ist, erfüllt und *2. dieser Krankenhausstandort eine Leistungsgruppe Geriatrie vorhält und die in den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 123c Absatz 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V genannten Kriterien der integrierten geriatrischen Einheiten erfüllt. F*ür einen zeitlich begrenzten Übergangszeitraum bis zum *[einsetzen: Datum des ersten Tages des fünften auf die Verkündung folgenden Kalenderjahres] kann der geriatrische Sachverstand abweichend zu Satz 1 durch die unmittelbare personelle Einbindung geriatrischer ärztlicher Kompetenz oder mindestens durch (telefonische oder telemedizinische) konsiliarische Unterstützung von externen Geriatrien erfolgen.* *2. keine berechtigten Interessen des Krankenhauses entgegenstehen, die das Interesse an einer flächendeckenden Versorgung mit Integrierten Notfallzentren überwiegen.* **Explizite Benennung der Geriatrie als „notfallmedizinisch relevante Fachabteilung“** Der Bundesverband Geriatrie fordert aus den vorgenannten Gründen (hohe und absehbar steigende notfallmedizinische Versorgungsbedarfe geriatrischer Patientinnen und Patienten bei gleichzeitig regelhaft bestehenden komplexen Krankheitsbildern und -verläufen), neben den in der Begründung des Gesetzentwurfs als „notfallmedizinisch relevant“ benannten Fachabteilungen“ (Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie, Allgemeine Innere Medizin, Neurologie) und neben der im Gesetzestext explizit aufgeführten Psychiatrie die Geriatrie als gleichrangig zu betrachten und im Gesetz als „notfallmedizinisch relevante Fachabteilung“ auszuweisen. Somit ist § 123a Absatz 1 Satz 6 SGB V wie folgt zu fassen:

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			„(1) […] Wenn in einer Planungsregion mehrere Krankenhausstandorte für die Einrichtung *eines Integrierten Notfallzentrums gleich geeignet sind, sollen vorrangig Krankenhausstand-orte als Standort für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums festgelegt werden,* *1. die die Voraussetzungen einer höheren Notfallstufe gemäß den „Regelungen des Gemein-samen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ in der Fassung vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), der zuletzt am 18. Juni 2025 (BAnz AT 28.08.2025 B3) geändert worden ist, erfüllen oder eine nach anderen Kriterien, insbesondere Fallzahlen, leistungsfähigere Notaufnahme aufweisen,* *2. die notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen vorhalten und* *3. in denen Notdienstpraxen unmittelbar in der Notaufnahme eingerichtet werden können.* *Zu den notfallmedizinisch relevanten Fachabteilungen zählen auch die Psychiatrie und die Geriatrie Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann eine in Satz 1 genannte Festlegung abweichend von den Sätzen 5 bis 7 treffen, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist. […]“* Die explizite Benennung der Geriatrie als „notfallmedizinisch relevante Fachabteilung“ soll im Sinne einer Klarstellung gewährleisten, dass die Definition notfallmedizinischer Relevanz nicht unbestimmt sein kann. Insbesondere für die altersmedizinische Versorgung muss gelten, dass diese nicht planungsbehördlichen Ermessensspielräumen über die Frage notfallmedizinischer Relevanzen obliegen darf. Vielmehr muss – angesichts des sich abzeichnenden demografischen Wandels und des bereits heute gegebenen Aufkommens betagter und hochbetagter Patientinnen und Patienten in Notaufnahmen – berücksichtigt sein, dass eine spezifische altersmedizinische und flächendeckende Versorgung der regelhaften Einbindung der Geriatrie in die Notfallversorgung durch Krankenhäuser

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			bedarf. Die Geriatrie ist somit ausdrücklich als „notfallmedizinisch relevant“ im Gesetz zu erwähnen.
	§ 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	Folgeänderung aus § 123a ***§ 123c Ersteinschätzung, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses*** *(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in einer Richtlinie die Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten, standardisierten und digitalen Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig einen Krankenhausstandort aufsuchen. […]* *Die Richtlinie regelt zudem* *1. Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen und der Leistungserbringer nach § 123 Absatz 1 Satz 6 in Integrierten Notfallzentren sowie der Kooperationspraxen,* *2. Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung sowie an die prozessualen Abläufe der integrierten geriatrischen Einheiten.* *2. Vorgaben zum Nachweis und zur Kontrolle der Einhaltung der nach Nummer 1 geregelten Mindestanforderungen und […]*

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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 • 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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		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 • 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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätennachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung • Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme	
	§ 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	
			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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			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	
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

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
1	§ 4	Ausnahme von der Erlaubnispflicht für die Ausfuhr und Einfuhr von Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf in angemessenen Mengen	
2	§ 11	Erweiterung der Verordnungsermächtigung auf Regelungen über das Mitführen von Betäubungsmitteln auf Fahrzeugen des Rettungsdienstes im grenzüberschreitenden Verkehr	
			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-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		

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	Anmerkungen		