Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e.V. (DBRD)

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	(2) Die aufgrund einer digitalen standardisierten und **strukturierten** Notrufabfrage …Grundsätzlich sollte bei allen folgenden Punkten im Rahmen der Notrufabfrage neben standardisiert ebenfalls strukturiert genannt werden. *Erläuterung*: *Die Standardisierung bezieht sich auf die einheitliche, international anerkannte Methode, um eine gleichbleibende Qualität zu gewährleisten, während die Strukturierung die logische, vordefinierte Abfolge von Fragen meint, um sicherzustellen, dass keine wichtige Information vergessen wird.* Die Erbringung des Nachweises über einen Notfall durch die Notrufannahme in der Leitstelle und damit der Wegfall eines Transportscheines, sowie die Übernahme der Kosten durch die Kostenträger begrüßen wir. (3) … Es soll auch die telefonische und tele**notfall**medizinische Notfallberatung …Grundsätzlich sollte einheitlich von Telenotfallmedizin in diesem Zusammenhang gesprochen werden. *Erläuterung: Telemedizin und Telenotfallmedizin unterscheiden sich.* Das Notfallmanagement muss auch die Entsendung eines Krankentransportwagens umfassen. *Erläuterung: Regelhaft haben betagte Hilfesuchende ein medizinisches Problem, welches einer Versorgung innerhalb von 12h bedarf, jedoch nicht*

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Zuzahlung	*durch die Notfallrettung geleistet werden muss. Hier können Krankentransporte zu INZ / ZNA entlasten.* Das Notfallmanagement muss zu jederzeit im Regelbetrieb eine Telefonreanimation anleiten können, ohne, dass die Notrufannahme oder Bearbeitung dadurch eingeschränkt wird. (4) Nichtärztliches Fachpersonal durch Rettungsfachpersonal ersetzen. *Erläuterung: Eine Berufsgruppe definiert sich nicht durch das was sie nicht ist. In diesem Zusammenhang hat sich in den letzten Jahren der Begriff Rettungsfachpersonal durchgesetzt. Er beschreibt alle im Rettungsdienst tätigen Personen außer den Notärzten.*
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	Wir begrüßen die Änderungen, insbesondere die Möglichkeit, für 112 und 116117 Leitstellen durch eine standardisierte, strukturierte Abfrage eine Verordnung für die Krankenbeförderung zu erlassen. *Erläuterung: Bisher wird in der Praxis oft auf die 112 und den Rettungswagen zurückgegriffen, weil in strukturschwachen Regionen kein Arzt dem Patienten vor Ort den Transportschein ausstellt, welcher nach G-BA Richtlinie notwendig wäre.* Die Wahl des korrekten Transportmittels muss konkretisiert werden. Diese legt in der Regel der zuständige ÄLRD fest. Das Vorgehen ist hier uneinheitlich und erfolgt nicht abgestimmt. Zudem stehen bundesweit nicht überall die gleichen Rettungsmittel zur Verfügung (z.B. NKTW). Wie hier in kurzer Zeit Millionen eingespart werden sollen, erschließt sich uns nicht. (2) Die Möglichkeit Patienten aus Krankenhäusern einer höherer Versorgungsstufe in eine niedrigere Versorgungsstufe zur verlegen wird begrüßt. Dies entlastet Kliniken.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Eine konkrete Regelung zu den verschiedenen Versorgungsformen sollte integriert werden. Wir sehen die Gefahr, dass die regelhafte Einführung entsprechender Versorgungformen und Einsatzmittel auch zukünftig an Finanzierungsfragen scheitert. Dabei schließen notfallpsychologische Dienste, Notfallpflege, vorbeugender Rettungsdienst, mobile Notfall-Palliativversorgung, Gemeindenotfallsanitäter und andere Notfallversorgungsformen eine entscheidende Lücke zwischen vertragsärztlicher Versorgung und Rettungsdienst und haben erhebliche Entlastungseffekte auf andere Einsatzmittel im Rettungsdienst *Erläuterung: Wenn Einsatzmittel der speziellen ambulanten Notfallversorgung nicht konkret geregelt und im Folgenden nicht flächendeckend eingeführt werden, sind die im Referentenentwurf beschriebenen Einsparpotenziale bei der Reduzierung von Einsätzen anderer, kostenintensiverer und für die bedarfsgerechte Versorgung schlechter geeigneter Einsatzmittel des Rettungsdienstes aus unserer Sicht nicht in realisierbar.*
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	Wir begrüßen die umfangreichen Änderungen ausdrücklich. Um spürbar am Patienten Wirkung zu erzielen, und so auch den Rettungsdienst zu entlasten müssen solche Vorgaben im Laufe der Gesetzesanhörung bestehen bleiben. 1b) „Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Durchführung der in Satz 5 Nummer 3 genannten Maßnahme qualifiziertes **~~nichtärztliches~~ medizinisches Fachpersonal**, **~~das nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung handelt,~~** einsetzen.“

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Erläuterung: Ärztliche Verantwortung für Handlung von anderen Fachberufen setzt Delegation voraus, was kaum möglich ist, ohne die Patienten zu kennen. Hier wird man den Heilberufen Eigenverantwortlichkeit im Sinne einer Heilkunde zusprechen müssen. Alternativ muss die Ärzteschaft zum Besetzen dieser Dienste gezwungen werden oder die Versorgung rein telemedizinisch erfolgen müssen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden diese Zentralen betreiben müssen. Wir begrüßen die Möglichkeit der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und zur Verordnung von Arzneimitteln welche die Akutleitstellen erhalten. Um die Hilfesuchenden aber umfassend in die richtige Versorgungsebene steuern zu können, sollte den Akutleitstellen zusätzlich die Möglichkeit zur Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransporten und Apotheken-Botendiensten ermöglicht werden. *Erläuterung: Durch eine solche Regelung wären die Akutleitstellen in ihrer Rolle als zentraler Versorgungsknotenpunkt gestärkt und es entstünde weiteres Einsparpotenzial durch die Reduzierung ansonsten zusätzlich notwendiger telefonisch/telemedizinischer und vor Ort-Versorgungskontakte.*
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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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 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	Die Möglichkeit der Mitwirkung des Rettungsdienstes im erweiterten Landesausschuss wird begrüßt.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Telemedizinische Anbindung an Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie • Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung von INZ	
	§ 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	
	§ 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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Richtlinie regelt auch Mindestausstattungsanforderungen für Notdienstpraxen • Berichtspflicht G-BA zu Auswirkungen der Ersteinschätzung • 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	Grundsätzlich muss §12 SGB V konsequent angewendet werden, um unnötige Mehrausgaben zu reduzieren. Die Frage bzgl. der Wirtschaftlichkeit wird nicht zuletzt durch nicht notwendige Einsätze, die Wahl des falschen Rettungsmittel und viele weitere erschwerende Faktoren beeinflusst. (1) Wir begrüßen die Regelungen dieses Absatzes ausdrücklich. (2) Diesen Absatz sehen wir sehr kritisch. Die bisherigen Regelungen der Finanzierung scheinen aus unserer Sicht ausreichend. Ein Eingriff durch die Bundesregierung wird (sofern überhaupt rechtlich möglich) nicht zu einer besseren Finanzierung führen. Es muss weiterhin gegeben sein als Träger des Rettungsdienstes die Gesamtkosten eines leistungsfähigen Rettungsdienstes gegenüber den Kostenträgern geltend zu machen. Wichtig ist das Rettungsdienst auskömmlich (unter Beachtung des §12 SBG V) sein muss. Hier sollte es keinen Eingriff durch die Bundesregierung und eine Verkomplizierung des Systems geben. (5) Satz einfügen: Liegende Krankenfahrten sind angemessen zu vergüten. Bei der Kalkulation sind Tarifverträge (sofern vorliegend) zu beachten. *Erläuterung: Derzeit habe Leistungserbringer immer wieder Schwierigkeiten Mitarbeiter nach einem Tarifwerk zu vergüten, da die Kostenträger diese nicht anerkennen. Im Zuge der Personalgewinnung stellt dies die*

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Leitungserbringer vor Probleme und muss auch mit Blick auf die Zukunft geändert werden.
	§ 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	(1) Satz 1 ändern: Träger eine Rettungsleitstelle und die zuständige kassenärztliche Vereinigung als Träger der Akutleitstelle sind verpflichtet… Ebenfalls Änderung in standardisierte und **strukturierte** Notrufabfrage … *Erläuterung: Aus unserer Sicht ist eine Vernetzung zur Steuerung der Patientenströme dringend erforderlich. Die Wahlmöglichkeit wird vermutlich zu keinem Ergebnis führen.* Die Ersteinschätzungssysteme der Rettungsleitstelle (112) und der Akutleitstelle (116117) müssen so aufeinander abgestimmt werden das es zu übereinstimmenden Bewertungen des Gesundheitszustandes und der erforderlichen Hilfe kommt. *Erläuterung: Derzeit gibt es keine Abstimmungen und damit gegenseitige Zuweisungen ein und derselben Patienten.* Der Zusammenschluss der Rettungsleitstellen und der Akutleitstellen muss verpflichtend gefordert werden. Dazu ist es dringend notwendig auch den Rettungsleitstellen deutliche Vorgaben zu machen. Die Einführung einer standardisierten und strukturierten Notrufabfrage muss verpflichtend erfolgen. Allerdings bedeutet die Einführung noch keine einheitliche Patientensteuerung. Da der Standard in der Notrufabfrage nicht definiert ist, kann dies am Ende alles bedeuten. Hinzu kommen die unterschiedlichen Softwaresysteme für Rettungsleitstellen. Welches Rettungsmittel entsendet wird, legt im allgemeinen der ÄLRD vor Ort fest. Auch dies führt zu keinem Standard. Dies zeigt auch die heutige Praxis, da ca. 50% aller Leitstellen in

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Deutschland ein solches System nutzen, die Alarmierungs- und Ausrückeordnungen aber differieren. Die Einsparung von Notarzteinsätzen durch die standardisierte Notrufabfrage sehen wir mittelfristig nicht. Hierzu wäre es notwendig die Notfallsanitäter mit einheitlichen hohen Kompetenzen auszustatten, was flächendeckend nicht erfolgt. Die Alarm- und Ausrückeordnungen werden von ÄLRD festgelegt, was ebenfalls nicht einheitlich erfolgt und zumeist von Standesdenken beeinflusst wird. Ohne konkrete Festlegungen wird es hier mittelfristig aus unserer Sicht keine Einsparungen geben. Alleine die Einführung von standardisierten Notrufabfragen (derzeit haben in Deutschland nur ca. 50% der Leitstellen bereits ein solches System) wird zum einen Jahre dauern und deutlich mehr Investitionen erfordern als für die Digitalisierung bereitgestellt wird.
	§ 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	(1) Die Besetzung des Qualitätsausschusses ist genau zu definieren. Zur optimalen Steuerung und Lenkung sollte neben den genannten der Ausschuss erweitert werden um Vertreter aus den Bereichen der Leistungserbringer des Rettungsdienstes, der maßgeblichen Fachgesellschaften und der maßgeblichen Berufsverbände im Rettungsdienst. In keinem Fall darf die Entscheidung ausschließlich über die Länder und die GKV gesteuert werden. Dies wird vermutlich zu keinen optimalen patientenorientierenden Ergebnissen und auch zu keinem ausreichenden Einsparpotential führen. Um die fachliche Expertise im Qualitätsausschuss ausreichend einzubringen, müssen die Fachverbände, Berufsverbände und Leistungserbringer angemessen in die Beratungen und Beschlüsse eingebunden werden. Ebenfalls müssen sie mit dem notwendigen Stimmrecht ausgestattet werden. Nur so entstehen fachlich fundierte Empfehlungen, die in der Praxis umsetzbar sind.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Spezifikationen für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation unter Beteiligung von KBV, DKG und KIG, Rechtsverordnung durch BMG	(3), 9. „die Anforderungen an die Fortbildung- oder Weiterbildung von ~~**Rettungsfachpersonal**~~ im Rettungsdienst tätigem Personal. Der Katalog von Rahmenempfehlungen für die Notfallrettung umfasst derzeit nur einen geringen Teil der Bereiche, die durch die Rahmenempfehlung abgedeckt werden sollten. Er sollte ergänzt werden um: • Qualifikation, Ausstattung und Besetzung der Leitstellen • Automatisierte und standardisierte Ortung von Notrufenden • Medizinisch differenzierte Hilfs- und Planungsfristen sowie Maßnahmen zur Zielerreichung • Auswahl bedarfsgerechter Einsatzmittel und Disposition nach Einsatzmittelstandort (nächste Fahrzeugstrategie) • Qualifikation, Ausstattung und Besetzung der Einsatzmittel einschließlich des Telenotarzt • Einsatz von Luftrettungsmitteln, Intensivtransportmitteln und spezialisierten Rettungsmitteln
	§ 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	(3) die Gematik muss außerdem den mobilen Zugriff auf den Notfalldatensatz der ePA ermöglichen, damit der Rettungsdienst Zugriff auf diese Daten erhalten kann, unabhängig der Leitstelle. Ein solcher Zwischenschritt wird regelhaft dazu führen, dass die Daten den Einsatzkräften vor Ort nicht verfügbar sein werden. Wir begrüßen die verpflichtende Einführung von Ersthelfersystemen. Diese müssen intraoperabel und durchgängig sein. Derzeit endet die Alarmierung aufgrund unterschiedlicher Systeme an der Kreisgrenze. Die Alarmierung muss bundesweit möglich sein.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme	Die Einrichtung eines bundesweiten Katasters von AED und die Datenbereitstellung an die Leitstellen wird ausdrücklich begrüßt.
	§ 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 • Bezeichnete Investitionen können ausschließlich über diesen Weg gefördert werden	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 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	
			Art. 4: Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
	§ 3	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			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
1	§ 4	Ausnahme von der Erlaubnispflicht für die Ausfuhr und Einfuhr von Betäubungsmitteln als	Wir begrüßen diese pragmatische Regelung ausdrücklich.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Rettungsdienstbedarf in angemessenen Mengen	
2	§ 11	Erweiterung der Verordnungsermächtigung auf Regelungen über das Mitführen von Betäubungsmitteln auf Fahrzeugen des Rettungsdienstes im grenzüberschreitenden Verkehr	Wir begrüßen diese pragmatische Regelung ausdrücklich.
			Art. 9: Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung
1	§ 13	Ausnahme für Durchfuhr einer angemessenen Menge an Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf auf dem Fahrzeug eines ausländischen Rettungsdienstes	Wir begrüßen diese pragmatische Regelung ausdrücklich.
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	Wir begrüßen diese pragmatische Regelung ausdrücklich.
			Art. 10: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
	§ 19a	Gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe	
			Art. 11: Inkrafttreten
	Ggf. weitere Anmerkungen		Wir begrüßen grundsätzlich die Notfall- und Rettungsdienstreform, und halten diese weiterhin für dringend geboten, glauben aber, dass dieser Vorschlag hinter den Erfordernissen zurück bleibt. Insgesamt sehen wir wenig Verbindlichkeit und viel „kann“ und „sollte“ Regelungen. Dies wird

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			vermutlich kaum zu einer Änderung des Systems führen. Wir wünschen uns hier deutlich mehr Mut. Insbesondere bei den geplanten Einsparungen durch Reduktion von Notarzteinsätzen fehlt uns das Verständnis, wie dieses Gesetz das Erreichen soll. In den letzten 25 Jahren hat die Anzahl an Notarzteinsätzen drastisch zugenommen, und entsprechend auch die Anzahl an notarztbesetzten Rettungsmitteln (NEF und RTH). Hinzu kommen die Telenotarzt-Zentralen die derzeit bundesweit etabliert werden, ohne, dass die Anzahl an Notarzt-Fahrzeugen reduziert wird. Im Gesetz finden sich aktuell wenig Steuerungsmaßnahmen, welche diesem Trend entgegenwirken. Die alleinige Einführung einer standardisierten Notrufabfrage wird das Problem nicht lösen. Wir empfehlen dringend einen konkreten Auftrag zu formulieren, um eine Reduktion der Notarzteinsätze zu erreichen. Selbst die Einführung des Telenotarztes zeigt, in welchem Dilemma wir stecken. Zum einen ist die Ausgestaltung dieser Systeme in den einzelnen Bundesländern völlig unterschiedlich und zum anderen wird der Telenotarzt derzeit zusätzlich zu den bestehenden NEF eingeführt, anstatt diese konsequent abzubauen. Wir haben also in vielen Bereichen sinkende NEF Einsatzzahlen und installieren zusätzlich Telenotärzte. Um zielgerichteter zu disponieren und eine Kostenreduktion zu erreichen, müssen weniger RTW, aber mehr bedarfsgerechte Transportmittel wie KTW und NKTW zur Verfügung stehen um eine ersatzweise Entsendung von RTW zu vermeiden. Eine Umstellung der Systeme bundesweit ist zu fordern.