

Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: Deutscher Hebammenverband e.V.

Datum: 04.12.2025

Der DHV begrüßt ausdrücklich den vorliegenden Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung. Dieser sieht zahlreiche Umstrukturierungen und eine engere Vernetzung zwischen vertragsärztlichem Notdienst, Notaufnahmen und Rettungsdienst vor - insbesondere mit dem Ziel, die medizinischen Leistungen im Rettungswesen mitzudenken und für alle Hilfesuchenden eine bundesweit *einheitliche und gleichwertige* Notfallversorgung sicherzustellen. Besonderes Augenmerk liegt auf der Steuerung der Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene sowie darauf, die wirtschaftliche Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Leider weist der vorliegende Referentenentwurf noch eine große Lücke im Bereich Notfallversorgungsstrukturen von Schwangeren und Gebärenden auf. Vor dem Hintergrund der Umsetzung des KHVAG und dem Wegfall geburtshilflicher Kliniken ist dies kritisch zu sehen - und kann durch die Berücksichtigung von Hebammenkompetenz adressiert werden.

Grundsätzlich ist es in Deutschland gesetzlich verpflichtend, eine Hebamme zu einer Geburt hinzuzuziehen. Auch Notärzte sind dieser Hinzuziehungspflicht unterworfen. In einem akuten Notfall kann dies jedoch oft nicht praktisch umgesetzt werden. Rettungsfachpersonal ist in der Regel nicht ausreichend in Geburtshilfe geschult und kann bei schwierigen Verläufen nur bedingt intervenieren. Hebammen hingegen haben in diesem Bereich eine Kernkompetenz und sollten entsprechend sowohl im Rettungsdienst, im klinischen Bereich als auch der ambulanten Versorgung strukturell mitgedacht und eingesetzt werden.

Möglichkeiten im Entwurf, Hebammen einzubinden:

- Im Entwurf werden zentrale "Integrierte Notfallzentren" (INZ) etabliert, mit Pflicht zur Kooperation zwischen Krankenhäusern, KV und ggf. weiteren Praxen. Hier können Hebammen, Hebammenpraxen und Geburtshäuser als Kooperationspartner eingebunden werden. Dazu braucht es die Registrierung aktiver Hebammen.
- Kassenärztliche Vereinigungen (KV) können für den „aufsuchenden Dienst“ qualifiziertes nichtärztliches Personal unter ärztlicher Verantwortung einsetzen—Hebammen werden bislang nicht explizit genannt, sind aber prädestiniert bei geburtshilflichen Fällen in Schwangerschaft und Wochenbett aufsuchend tätig zu sein.

- Für spezialisierte Gruppen wie Kinder, Jugendliche oder psychisch Erkrankte werden Telekonsile und Spezialkompetenzen ausdrücklich geregelt. Für schwangere Frauen, Familien mit und Neugeborenen und die fachliche Geburtshilfe fehlen solche Passagen und sollten spezifiziert und ergänzt werden.

Ebenso verweist der DHV auf die Stellungnahme des Deutschen Pflegerates. Auch die pflegerische Expertise wird im vorliegenden Referentenentwurf nicht ausreichend berücksichtigt. In der Praxis sind es jedoch sehr oft Pflegende, die häufig mit Notfällen konfrontiert sind, diese oft als erste bemerken, Angaben dazu machen können und auch über spezifische Qualifikationen verfügen.

Die Notfallreform sollte die Chance nutzen, sowohl die Kompetenzen der Pflege als auch der Hebammen für die Notfallversorgung effizient nutzbar zu machen und dafür die bestehenden Hürden abzubauen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 27	Folgeänderung zu § 30 SGB V	
2	§ 30	Einführung eines Anspruchs auf medizinische Notfallrettung <ul style="list-style-type: none"> • Voraussetzung: Definition rettungsdienstlicher Notfall • Leistungsbestandteile: Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung und Notfalltransport • Notfallmanagement als Vermittlung der erforderlichen Hilfe auf der Grundlage einer digitalen standardisierten Abfrage einschließlich telefonischer Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen und Einbindung von Ersthelfern durch auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme 	<p>Im Rahmen der Definition sollte "Hilfe bei Beginn des Geburtsvorganges" sowie der "Anspruch auf Hebammenhilfe" dringend ergänzt werden.</p> <p>Bei der Erarbeitung der digitalen standardisierten Abfrage muss der Fall "Schwangerschaft" und "Beginn des Geburtsvorgangs" ausgearbeitet werden. Hierzu ist es sinnvoll, neben der Fachärztlichen auch die Hebammenexpertise heranzuziehen.</p> <p>Hebammenhilfe sollte zudem insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei der telemedizinischen Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen, • der Einbindung von Ersthelfern • sowie dem Ersthelferalarmierungssystem, • Bei Notfalltransporten und medizinisch zwingenden Verlegungen mit eingeplant werden.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> 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 	<p>Dafür kommen sowohl klinisch angestellte Hebammen, Beleghebammen als auch freiberuflich ambulant tätige Hebammen infrage.</p> <p>Eine zentrale Registrierung der aktiv arbeitenden Hebammen wäre dafür sinnvoll. Dies könnte in Verbindung mit dem Heilberufeausweis erfolgen und, aufgrund der vergleichsweise kleinen Berufsgruppe, im Idealfall zentral erfolgen. Die zentrale Registrierung könnte dabei z.B. durch den Deutschen Hebammenverband e.V. (DHV) erfolgen. Eine solche Übertragung der Aufgaben ließe sich im Rahmen einer strukturierten, transparenten Zusammenarbeit realisieren, etwa in Form eines Public–Private Partnership-Modells, das die Expertise des Berufsverbandes mit den hoheitlichen Anforderungen des Bundes vereint.</p> <p><i>Begründung</i></p> <p>Geburten sind ein physiologischer Vorgang, der jedoch schnell zu einem Notfall werden kann – insbesondere dann, wenn durch die Zentralisierung die Anfahrtszeiten zur nächsten Geburtshilfe immer länger werden. Zur Geburt besteht eine gesetzliche Hinzuziehungspflicht von Hebammen, die auch im Rettungsdienst sichergestellt werden muss. Darüber hinaus erwerben Rettungshelfer in der Regel keine geburtshilfliche Qualifikation, was die Sicherheit von Mutter und Kind gefährdet.</p> <p>Zur flächendeckenden Absicherung ist die Registrierung aktiver Hebammen eine wichtige Voraussetzung.</p>
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	Angesichts der größer werdenden Versorgungslücken - insbesondere in strukturschwachen Regionen, aber auch in Metropolregionen - erscheint es notwendig den Transport von Schwangeren oder gebärenden Personen explizit zu regeln.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Da unter 4. ambulante Behandlungen eine Pathologie voraussetzen, Geburten jedoch oft einen physiologischen Verlauf nehmen, sollte folgendes aufgenommen werden:</p> <p>Formulierungsvorschlag:</p> <p><i>3. d) Transport in eine Hebammengeleitete Einrichtung nach §24f SGB V.</i></p> <p>Dabei handelt es sich nicht um einen Fall der Notfallversorgung, sondern um einen Transport zu geburtshilflicher Unterstützung. Ebenso ist es sinnvoll, um Missverständnissen entgegenzuwirken, klarzustellen, dass die Regelungen unter Absatz 2 Nr. 1 und 4 auch die Verlegung vom Geburtshaus in eine Klinik mit umfasst.</p>
4	§ 73	Folgeänderung zu § 60 SGB V	
5	§ 73b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
6	§ 75	<p>Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung • Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge 	<p>Grundsätzlich ist es sinnvoll, die Durchführung des aufsuchenden Dienstes über Kooperationen mit qualifiziertem nichtärztlichem Personal, darunter Hebammen nach § 1 HebG, zu organisieren. Siehe § 133.</p>
7	§ 76	Folgeänderung zu § 75 SGB V	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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 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	<ul style="list-style-type: none"> • Klarstellung zur Vergütung in den Notdienst einbezogener Ärzte aus Gesamtvergütung • Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie (Folgeänderung zu § 123c) 	
17	§ 123	<p>Integrierte Notfallzentren (INZ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion • Notaufnahme, Notdienstpraxis, Ersteinschätzungsstelle - optional Kooperationspraxis / statt 	<p>In regionalen Versorgungskonzepten ist die personelle Einbindung von Hebammen als Teil der Mindestbesetzung des INZ verpflichtend sicherzustellen. Der DHV empfiehlt dringend:</p> <ul style="list-style-type: none"> • In der Beschreibung der Mindestbesetzungen für Integrierte Notfallzentren (§ 123, § 123a) vorzuschreiben, dass Standorte mit

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<p>Notdienstpraxis MVZ oder Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Nähe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ersteinschätzung und Steuerung innerhalb des INZ, gegenseitige Datenübermittlung • Versorgungsvertrag mit Apotheken • Telemedizinische Anbindung an Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie • Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung von INZ 	<p>Erwartungswert oder Erreichbarkeit für Schwangere und Gebärende Hebammen ins Team aufnehmen müssen (personell oder im Konsildienst, möglicherweise mit Einbindung durch Telemedizin).</p> <ul style="list-style-type: none"> • verbindliche Regelungen zu Schulung, Einsatzzeiten und Rufbereitschaften für Hebammen in Bereichen ohne Geburtshilfeabteilung. <p><i>Begründung</i></p> <p>Mit dem Wegfall geburtshilflicher Kliniken verlängern sich Wege für Schwangere und Gebärende, was die Einsatzwahrscheinlichkeit des Rettungsdienstes und die Belastung von Notfallstrukturen erhöht. Hebammen sind Fachpersonen für Notfälle in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Ihre Kompetenzen können Versorgungslücken effizient, qualitätsgesichert und wirtschaftlich schließen.</p> <p>Der Einsatz von Hebammen stärkt die Patientensicherheit bei geburtshilflichen Fällen, da diese sich von anderen Notfällen in ihrer Natur deutlich unterscheiden. Schwangere benötigen kompetente Ansprechpartner*innen und Fachpersonal, um einen gleichwertigen Zugang zur geburtshilflichen Notfallversorgung nach Klinikschließungen zu erhalten. Die fachlich richtige Einschätzung durch Hebammen entlasten gleichzeitig Notaufnahmen, Rettungsdienst und Akutleitstellen. Über-, Unter- und Fehlversorgung wird vermieden.</p>
	§ 123a	<p>Einrichtung von INZ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Standortbestimmung nach gesetzlichen Kriterien • Kooperationsvereinbarung, gesetzliche Vorgabe von Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxis, Schiedsregelungen bei Nichtzustandekommen 	<p>Analog zu den Regelungen für Kinder- und Jugendmedizin und Psychiatrie (§ 123, 123b), muss die telemedizinische oder telefonische Konsultationsmöglichkeit einer Hebamme für Notfallzentren ohne geburtshilfliche Abteilung verpflichtend werden.</p> <p><i>Begründung</i></p> <p>siehe §123</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit in INZ durch KBV, DKG und GKV-SV 	
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	
	§ 123c	<p>Ersteinschätzung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vergütung ambulanter Behandlung für Krankenhäuser ohne INZ nur noch nach Ersteinschätzung, die die Unzumutbarkeit einer Verweisung an INZ festgestellt hat • Richtlinie des G-BA zu Vorgaben für standardisierte digitale Ersteinschätzung • Richtlinie regelt auch Mindestausstattungsanforderungen für Notdienstpraxen • Berichtspflicht G-BA zu Auswirkungen der Ersteinschätzung • EBM für Ersteinschätzung 	In Ersteinschätzungsstellen und digitalen Ersttriage-Tools (wie im § 123c vorgesehen) sollte das spezifische Wissen von Hebammen, insbesondere bei geburtsbezogenen Fragestellungen, verankert werden – z.B. bei der Formulierung von spezifischen Fragen zu sowie durch verpflichtende Einbindung einer Hebamme bei Einschätzungen zu Schwangerschaft, Geburtsbeginn, Blutungen etc. sowie bei der Entwicklung von Schulungen und Algorithmen
18	§ 133	<p>Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nur nach Landesrecht vorgesehene oder beauftragte Leistungserbringer • Vergütungsverträge für Leistungen nach SGB V erforderlich • Transparenzpflicht bezüglich Kalkulationen 	<p>Im Gesetzestext sollte klar aufgenommen werden, dass Hebammen bei geburtshilflichen Notfällen im aufsuchenden Notdienst – analog zu Notfallsanitätern und Pflegefachpersonen – unter definierten Bedingungen eigenständig und/oder in Zusammenarbeit mit ärztlichem Notfalldienst tätig werden können. Hierfür sollte der Abs. 1 ergänzt werden wie bspw. Wie folgt:</p> <p>§ 1 Satz 2 und 3 neu:</p> <p><i>Soweit im Rahmen der Notfallrettung Tätigkeiten berührt sind, die im beruflichen Kompetenzbereich von Hebammen liegen, hat die KV</i></p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 SGB V • Schiedseinrichtung bei Nichtzustandekommen • Entsprechende Geltung für Krankentransporte • Übergangsregelung 	<p><i>sicherzustellen, dass entsprechende Kooperationsvereinbarungen mit Hebammen oder hebammengeleiteten Einrichtungen abgeschlossen werden.</i></p> <p>Diese Kooperationsverträge dienen der fachgerechten Einbindung hebammenkundlicher Expertise und gewährleisten eine rechtssichere Zusammenarbeit im Einsatzfall.</p> <p>Wichtig ist in diesem Zusammenhang eine Regelung für die Berufshaftpflicht, die vom Einsatz und nicht von der einzelnen Hebamme gedeckt sein muss.</p> <p>Im Rahmen von Einsätzen im Rettungsdienst ist der Haftpflichtschutz für eingesetzte Hebammen im selben Umfang über Auftraggeber oder Träger sicherzustellen, wie für alle anderen im Einsatz befindlichen Fachpersonen nach § 133 Absatz 1 SGB V. Die Einsätze im Rahmen der Notfallversorgung dürfen nicht zulasten der eigenen Berufshaftpflichtpolice der Hebammen abgerechnet werden.</p> <p>Formulierungsvorschlag:</p> <p><i>In Abs.2 folgenden Satz aufnehmen: "Für durch kooperierende Hebammen zu erbringende Leistungen im Rahmen von Einsätzen im Rettungsdienst gelten die nach SGB V § 134 a Abs. 1 vereinbarten Vergütungen."</i></p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Begründung</p> <p>Hebammenleistungen im Rettungsdienst sollten, sofern die Leistung freiberuflich erfolgt, regulär über den Hebammenhilfevertrag abgerechnet werden, Zudem muss die Trägerstruktur und Absicherung klar geregelt sein, damit Hebammen durch Notfalleinsätze kein erhöhtes haftungsrechtliches Risiko erleiden und ein niederschwelliger Zugang für diese qualifizierten Fachkräfte zu Notfallstrukturen gewährleistet bleibt. Der berufsspezifische Haftpflichtschutz wäre ansonsten ein beschäftigungs- und versorgungshindernes Risiko.</p>
	§ 133a	<p>Gesundheitsleitsystem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kooperationsvereinbarung zwischen Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116117 auf Antrag der Rettungsleitstelle • Verbindliche Absprache, wer welche Fälle übernimmt, und Abstimmung der Abfragesysteme • Medienbruchfreie Übergabe von Fällen und Daten • Schnittstelle durch KBV zur Verfügung zu stellen • Gemeinsames Qualitätsmanagement der Kooperationspartner • Vermittlung von Krankentransporten und medizinischen komplementären Diensten sowie sonstigen komplementären Diensten für vulnerable Gruppe oder krisenhafte Situationen • Bericht KBV zu Entwicklung der Gesundheitsleitsysteme 	<p>Zu Absatz (4), Gesundheitsleitsystem:</p> <p>Die Beteiligung, Einbindung und effiziente Vermittlung von Hebammen in krisenhaften Situationen ist enorm wichtig für die Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen im Krisenfall. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett erfordert besonders in Ausnahmesituationen eine spezifische Betreuung durch eine darauf spezialisierte Berufsgruppe.</p> <p>Rettungsleitstellen benötigen Kontakte und Prozesse, um lokal ansässige Hebammen in Katastrophenpläne und Kommunikationsstrukturen regelhaft einzubinden.</p> <p>Die Versorgung von Gebärenden muss zu jederzeit und unabhängig von externen Faktoren mitgedacht und geplant werden. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind –anders als elektive Gesundheitsleistungen– akut und unplanbar. Umso wichtiger die vorherige theoretische Auseinandersetzung mit der Versorgungsplanung.</p>
	§ 133b	Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung	Wie oben beschrieben: Die Verknüpfung zwischen Rettungsdienst und aufsuchendem Dienst sollte vorsehen, dass Rettungsdienstleistungen bei

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Gremium bei GKV-SV, paritätisches Stimmengewicht 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 	<p>Schwangeren und Gebärenden die Möglichkeit eines parallelen Einsatzes einer Hebamme prüfen - und deren Rufbereitschaft digital eingebunden wird.</p> <p>In der Weiterentwicklung der Rahmenempfehlungen (§ 133b), soll explizit die Einbindung und Qualifikation von Hebammen bei geburtshilflichen Notfällen im Rettungsdienst geregelt werden.</p> <p>Formulierungsvorschlag 1: Ergänzung unter den Rahmenempfehlungen zur Fort- und Weiterbildung:</p> <p><i>„Die Fort- und Weiterbildungsinhalte für Rettungssanitäter müssen verpflichtend Inhalte zur geburtshilflichen Notfallversorgung umfassen, die von Hebammen nach § 1 HebG durchgeführt werden. Ziel ist ein berufsübergreifendes Verständnis nicht-pathologischer Vorgänge in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sowie der adäquaten Begleitung, Abgrenzung zum Krankheitsgeschehen und zum geburtshilflichen Notfall.“</i></p> <p>Begründung Aktuell legt § 133b Abs. 3 Nr. 8 SGB V bereits fest, dass sich Rahmenempfehlungen auch auf Fort- und Weiterbildung beziehen. Eine Präzisierung zur Durchführung durch Hebammen ist essenziell, um die notwendigen Inhalte sicherzustellen.</p> <p>Formulierungsvorschlag 2: <i>„Rahmenempfehlungen zur Erarbeitung, Überarbeitung und Anwendung von standardisierten Behandlungsalgorithmen im Rettungsdienst sind unter expliziter Einbeziehung der Hebammenkompetenz für geburtshilfliche Ereignisse zu erstellen.</i></p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p><i>Die Algorithmen für Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen werden interprofessionell (Rettungsdienst, Hebammen, Gynäkolog:innen) vereinbart und regelmäßig angepasst.“</i></p> <p>Begründung</p> <p>Im Gesetz ist bereits vorgesehen, dass Algorithmen abgestimmt und fachgesellschaftlich abgesichert werden. Die gesonderte Erwähnung von Hebammen als Fachgruppe ist erforderlich, um deren Expertise und nicht-medikalisierende Sichtweise systematisch einzubinden.</p>
	§ 133c	<p>Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verpflichtende digitale Notfalldokumentation für alle Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätennachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung • Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme 	<p>Um Hebammenhilfe systematisch in die Notfall- und Rettungsstrukturen einzubinden, bedarf es der systematischen Erfassung der vorhandenen Kapazitäten sowie die Berücksichtigung dieser Berufsgruppe bei der Telematik Infrastruktur.</p> <p>Begründung</p> <p>Die §§ 133c bis 133g regeln Struktur, Vernetzung, Datenhaltung und Koordination im System. Eine äquivalente Struktur wie die Registrierung freiwilliger Ersthelfer ist auf Hebammen zu übertragen, im Idealfall verbunden mit einer bundesweit zentralen Erfassung aller aktiven Hebammen.</p> <p>Dies erhöht die Einsatzfähigkeit und Digitalisierung der Notfallversorgung und dient zugleich Qualitätssicherung und Nachweisführung.</p>
	§ 133d	Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form durch Datenstelle beim GKV-SV	s.o.: Um Hebammenhilfe systematisch in die Notfall- und Rettungsstrukturen einzubinden, bedarf es der systematischen Erfassung der vorhandenen Kapazitäten sowie die Berücksichtigung dieser Berufsgruppe bei der Telematik Infrastruktur
	§ 133e	Verpflichtender Anschluss an TI für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung und Finanzierung der	s.o.:

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Ausstattungs- und Betriebskosten, Finanzierungsvereinbarung von GKV-SV, PKV-Verband sowie maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene	Als Folgeänderung zur Aufnahme von Hebammen in § 133 Abs 1 wären sie hier von der Anschlusspflicht betroffen, sofern sie als Leistungserbringer tätig werden.
	§ 133f	Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung <ul style="list-style-type: none"> • Finanzierung von Investitionen in digitale Infrastruktur von 2027 bis 2031 aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes • Abwicklung durch GKV-SV, Richtlinie im Benehmen mit den Ländern zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen • Bezeichnete Investitionen können ausschließlich über diesen Weg gefördert werden 	
	§ 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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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	
			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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme	
2	§ 3	Vorgaben zum Personal auch für notdienstpraxenversorgende Apotheken		
3	§ 4	Erlaubnis zweiter Offizin mit Lagerräumen am INZ-Standort		
4	§ 23	Dienstbereitschaft notdienstpraxenversorgender Apotheken		
		Art. 7: Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung		
1	§ 12	Folgeänderung zu § 394 SGB V und § 17a Medizinprodukte-Betreiberverordnung		
2	§ 17a	Meldeverpflichtung für Betreiber von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) an das AED-Kataster		
		Art. 8: Änderung des Betäubungsmittelgesetzes		
1	§ 4	Ausnahme von der Erlaubnispflicht für die Ausfuhr und Einfuhr von Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf in angemessenen Mengen		
2	§ 11	Erweiterung der Verordnungsermächtigung auf Regelungen über das Mitführen von 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		

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
2	§ 15	Ausnahme von Ein- und Ausfuhr genehmigung für Zubereitungen der in den Anlagen II und III des BtMG aufgeführten Stoffe auf einem Fahrzeug des Rettungsdienstes in angemessener Menge als Rettungsdienstbedarf	
			Art. 10: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
	§ 19a	Gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe	
			Art. 11: Inkrafttreten
	Ggf. weitere Anmerkungen		