

Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: DRF Stiftung Luftrettung gemeinnützige GmbH (DRF Luftrettung)

Datum: 04. Dezember 2025

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 27	Folgeänderung zu § 30 SGB V	
2	§ 30	<p>Einführung eines Anspruchs auf medizinische Notfallrettung</p> <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 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 	<ul style="list-style-type: none"> Die Schaffung eines Anspruches auf medizinische Notfallrettung wird seitens der DRF Luftrettung ausdrücklich begrüßt, da hier ein Paradigmenwechsel weg vom Rettungsdienst als reine Transportleistung, hin zu einer präklinischen notfallmedizinischen Leistung zum Ausdruck gebracht wird. Die Aufteilung der medizinischen Notfallrettung ist grundsätzlich sinnvoll und logisch. Jedoch sollte bei 3. Notfalltransport neben dem Transport von Patientinnen und Patienten im Primär- und Sekundäreinsatzfall auch zusätzlich an die nicht minder bedeutsamen eiligen Transporte von medizinischem Fachpersonal, Organen, Medikamenten, Antidoten, Blutprodukten und medizinischen Geräten gedacht werden.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	<ul style="list-style-type: none"> • Trotz des Hinweises in § 60 Abs. 3 wonach Krankentransportflüge den Krankentransportfahrten gleichgestellt werden, müssen diese im vorgehenden Abs. 2 auch genannt werden. Nur so ist eine klare Rechtslage sichergestellt. Analog zu Nr. 12 des Entwurfes (ad § 92) sollte stets von „<i>Krankentransporten, Krankentransportflügen und Krankenfahrten</i>“ gesprochen werden. Auch bei der Aufzählung in diesem Punkt sollten stets von „<i>Fahrten und Flügen</i>“ genannt werden. • Es wird angeregt, dass zumindest in der Begründung auch Beispiele für Einsatzarten von Krankentransportflügen genannt werden. • Die neu geschaffene Möglichkeit einer Verlegung von einem Krankenhaus höherer Versorgungsstufe in solches einer niedrigeren Versorgungsstufe ist mit Blick auf knappe Kapazitäten in Spezialzentren ausdrücklich zu begrüßen.
4	§ 73	Folgeänderung zu § 60 SGB V	Keine Anmerkungen
5	§ 73b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	Keine Anmerkungen
6	§ 75	Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung <ul style="list-style-type: none"> • Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung • Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge 	<ul style="list-style-type: none"> • Bessere Erreichbarkeit des ärztlichen Notdienstes sowie die Etablierung von 24/7 erreichbaren Versorgungsangeboten via Telefon und Video sowie ein rund um die Uhr verfügbarer aufsuchender Dienst, werden gerade mit Blick auf die Entlastung der Rettungsdienste begrüßt. • Die Etablierung von Akutleitstellen wird begrüßt, im Sinne der Patientinnen und Patienten ist eine enge Vernetzung mit den Rettungsleitstellen des Notrufes 112 zwingend erforderlich. • Die Möglichkeit der Standorterfassung bei Anrufen sollte nochmals geprüft werden, damit auch der aufsuchende Dienst an die richtige Adresse kommt und Missbrauch verhindert wird. Insbesondere in Fällen, bei denen eine Weiterleitung von der Akutleitstelle zur

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Rettungsleitstelle erfolgt, ist eine Übermittlung von Standortdaten erforderlich. Gerade in diesen Fällen dürfte ein akuter medizinischer Notfall vorliegen, bei dem sichergestellt sein muss, dass zügig und auch im Falle eines Abbruchs der Telefonverbindung die Rettungsleitstelle Hilfe an den Einsatzort entsenden kann.
7	§ 76	Folgeänderung zu § 75 SGB V	Keine Anmerkungen
8	§ 87	Auftrag an erweiterten Bewertungsausschuss: EBM für komplexe Fälle in INZ	Keine Anmerkungen
9	§ 87a	Folgeänderung zu § 75 SGB V	Keine Anmerkungen
10	§ 90	Standortbestimmung für INZ durch erweiterten Landesausschuss	<ul style="list-style-type: none"> Im Sinne effizienter Ressourcennutzung sollten Krankenhausplanung und Rettungsdienstbedarfsplanung Hand in Hand gehen. So lassen sich Unterversorgung und Überlagerungen insbesondere in der Fläche verhindern. Die Aufnahme der Rettungsdienste in ein gemeinsames Landesgremium der Ärzte und Krankenkassen in den Fällen von § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 ist sehr zu begrüßen. Gerade die Rettungsdienste kennen die lokalen topografischen und infrastrukturellen Gegebenheiten am besten. Im Einsatzfall muss der Rettungsdienst Patientinnen und Patienten schnell von einem INZ in eine geeignete Klinik transportieren. Folglich wird der Rettungsdienst regelmäßig von den getroffenen Standortentscheidungen betroffen sein. Es wird daher angeregt zu überlegen, ob die Rettungsdienste nicht nur anzuhören, sondern auch stimmberechtigt bei der Planung der Standorte von Integrierten Notfallzentren einzubeziehen sein sollten.
11	§ 90a	Ergänzung Vertreter des Rettungsdienstes in gemeinsamen Landesgremien nach § 90a	<ul style="list-style-type: none"> Im Sinne einer integrierten Gesundheitsversorgung wird die Ergänzung des Rettungsdienstes begrüßt.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
12	§ 92	Klarstellung, dass Richtlinie des G-BA nicht den Notfalltransport umfasst	Vgl. Nr. 6, sonst keine weiteren Anmerkungen
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 %	Keine Anmerkungen
14	§ 115e	Folgeänderung zu §§ 30, 60 SGB V	Keine Anmerkungen
15	§ 116b	Folgeänderung zu § 90 SGB V	Keine Anmerkungen
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) 	Keine Anmerkungen
17	§ 123	Integrierte Notfallzentren (INZ) <ul style="list-style-type: none"> • 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 	Keine Anmerkungen

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung von INZ 	
	§ 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 Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit in INZ durch KBV, DKG und GKV-SV 	<ul style="list-style-type: none"> Nicht nur Erreichbarkeit für Bürgerinnen und Bürger mit einem Kraftfahrzeug muss berücksichtigt werden. Auch die Erreichbarkeit mit dem Rettungsdienst am Boden und in der Luft ist für den Standort eines INZ unabdingbar. Gerade in ländlichen Bereichen ist auch die direkte Anbindungsmöglichkeit der Luftrettung an ein INZ unverzichtbar. Daher muss es in der direkten Nähe zu einem INZ einen Landeplatz geben, damit im Einsatzfall keine kostbare Zeit und zusätzliche Ressourcen für einen bodengebundenen Zwischentransport mit einem Rettungswagen benötigt werden. Hierfür kommen aus unserer Sicht keine „Public Interest Sites“ in Frage, da diese nach gültigem Luftrecht nicht mehr neu genehmigungsfähig sind. Vielmehr sollten an INZ rund um die Uhr anfliegbare Landeplätze nach § 6 LuftVG vorgehalten werden. Hierfür sollte auf etwaige Fördermöglichkeiten (z.B. Sondervermögen Infrastruktur und Krankenhaustransformationsfond) hingewiesen werden.
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	Vgl. oben zu § 123 a, keine weiteren Anmerkungen
	§ 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 	Keine Anmerkungen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • 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 	
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 • Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 SGB V • Schiedseinrichtung bei Nichtzustandekommen • Entsprechende Geltung für Krankentransporte • Übergangsregelung 	<ul style="list-style-type: none"> • Aus Sicht der Leistungserbringer ist erforderlich, dass das Gesetz klar definiert, was Aufgaben im Sinne des § 30 der Medizinischen Notfallrettung und was darüberhinausgehende Leistungen sind, die nicht von den Kostenträgern getragen werden. So gibt es zum Beispiel Dissens bei der Frage der Refinanzierung einer Rettungswinde an einem Rettungshubschrauber, die sowohl für die Zuführung von medizinischem Fachpersonal an den Einsatzort als auch den Patiententransport genutzt werden kann. • Kosten für Aus- und Fortbildung und Investitionen müssen in die jeweiligen Kalkulationen aufgenommen und durch die Kostenträger refinanziert werden. Weiterhin muss gewährleistet sein, dass Kostensteigerungen, die nicht in der Hand der Leistungserbringer liegen (Tarifrecht, Steuern, etc.) erstattet werden. • Eine Bildung zentraler Abrechnungsstellen auf Seiten der Kostenträger, böte die Möglichkeit eine teilweise gebotene Vorhaltefinanzierung – vergleichbar der kommenden Regelung im Krankenhausbereich – ratierlich auszuzahlen, um somit eine gleichmäßige Liquiditätsausstattung der überwiegend gemeinnützigen Leistungserbringer unabhängig der Einsatz-, Kilometer- oder Flugleistung sicherzustellen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<ul style="list-style-type: none"> • Es muss im Gesetz verankert werden, dass ein durch die zuständige Landesbehörde oder durch die vom Landesrecht vorgesehenen Träger festgestellter Bedarf für eine Leistungserbringung zu einer Verpflichtung der Sozialversicherungsträger zum Abschluss eines Vergütungsvertrages mit einem beauftragten Unternehmen führt. Derzeit gibt es beispielsweise eine streitige Auseinandersetzung über einen nach Landesrecht festgelegten Luftrettungsstandort, dessen Bedarf von Seiten der Sozialversicherungsträger angezweifelt wird und weswegen eine Vergütungsvereinbarung nicht der Höhe nach, sondern grundlegend abgelehnt wird. Weiterhin sollte klargestellt werden, dass eine Kalkulation im Rahmen eines nach Wettbewerbsrecht durchgeführten Vergabeverfahrens die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung begründet. • Es fehlt in dem Entwurf eine Regelung zum Kostendeckungsprinzip, ebenso wie zur Methodik eines Entgeltausgleichs über mehrere Jahre hinweg. • Es sind keine klaren Vorgaben für die Errichtung einer Schiedseinrichtung an die Länder gegeben. Um 16 verschiedene Länderregelungen zu vermeiden, sind hier entsprechende Vorgaben erforderlich. Insbesondere was den zeitlichen Verlauf der möglichen Schiedsverfahren betrifft, bedarf es eindeutiger und praktikabler Vorgaben, damit sich die Verfahren nicht in die Länge ziehen. • Zu Abs. 3: Eine Schiedseinrichtung muss die Interessen der Versicherten und der Leistungserbringer angemessen berücksichtigen, daher regen wir hier eine entsprechende Änderung an.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<ul style="list-style-type: none"> Die Richtlinie zur Vertragsgestaltung aus Abs. 4 muss durch das gemeinsame Gremium im Sinne des § 133b und nicht einseitig bestimmt werden.
	§ 133a	Gesundheitsleitsystem <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 	<ul style="list-style-type: none"> Voraussetzung für die Kooperation der Akutleitstellen mit den Rettungsleitstellen ist eine qualifizierte, einheitliche, digitale und standardisierte Notrufabfrage. Hierfür ist es grundlegend erforderlich, dass zunächst alle Rettungsleitstellen eine solche digitalen standardisierte Notrufabfrage etablieren und einsetzen. Dies sollte in der Gesetzesnovelle auch Ausdruck finden.
	§ 133b	Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung <ul style="list-style-type: none"> Gremium bei GKV-SV, paritätisches Stimmgewicht zwischen GKV-SV und Ländervertretern, nicht stimmberechtigte Vertreter von Spitzenverbänden der Leistungserbringer und Fachverbänden und Fachgesellschaften sowie BMG 	<ul style="list-style-type: none"> Eine bundesweite Vereinheitlichung von Rahmenbedingungen für die medizinische Notfallrettung ist ein wichtiger Schritt hin zu einem besseren Rettungsdienst in ganz Deutschland. Allerdings betrachten wir die Ansiedlung dieses Gremiums beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen kritisch, da insbesondere neue Versorgungskonzepte in der Vergangenheit bei den Verhandlern der GKV auf Zurückhaltung stießen. Es ist zu

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> 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>befürchten, dass hier steuernd durch die Geschäftsstelle auf Beratungs- und Beschlussprozesse Einfluss genommen wird. Für die Effektivität der Arbeit und auch die Akzeptanz des Gremiums in der Bevölkerung und bei den Betroffenen, sollte dieses besser an einer überparteilichen Stelle angesiedelt sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> In Abs. 1 werden weitere Vertreter aus dem Bereich der Notfallrettung für das Gremium vorgesehen. Dies ist grundsätzlich sehr zu begrüßen. In den Bereichen, wo es keine Spitzenorganisationen gibt, müssen die maßgeblichen Leistungserbringer direkt eingebunden werden, damit deren Expertise in die Beratung und Beschlussfassung einfließen kann. Die benannten Praktiker aus der Notfallrettung müssen aber nicht nur mitberaten, sondern auch stimmberechtigt an der Setzung von Vorgaben beteiligt werden. In Abs. 3 werden die Gegenstände der Arbeit aufgezählt, jedoch bietet die offene Formulierung „insbesondere“ Potenzial für Diskussionen rund um die Kompetenzen und Zuständigkeiten.
	§ 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 Versorgungskapazitätenachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung 	<ul style="list-style-type: none"> Die Einführung einer digitalen Dokumentation wird begrüßt. Es muss aber sichergestellt sein, dass es einheitliche Vorgaben gibt, damit die Daten interoperabel auch zwischen verschiedenen Nutzern (Ärztlicher Notdienst, bodengebundener Rettungsdienst, Luftrettung, Krankenhaus, ...) nutzbar sind. Im Sinne der Qualitätssicherung sollten auch Daten und Ergebnisse aus den Versorgungseinrichtungen an den Rettungsdienst zurückgespiegelt werden, damit dieser das Feedback zur Patientenversorgung bei zukünftigen Einsätzen berücksichtigen kann.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> Die zentrale Qualitätssicherung ist zu begrüßen. Hier ist zu ergänzen, dass die hierfür erforderlichen Aufwendungen in den Vergütungsverträgen nach § 133 Berücksichtigung finden Es ist aus unserer Sicht unerlässlich, dass neben den Daten aus dem Rettungsdienst auch die klinischen Daten zum Patienten-Outcome an diese Datenstelle übermittelt werden.
	§ 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	<ul style="list-style-type: none"> Der Zeithorizont von 15 Monaten für den Anschluss an die Telematikinfrastruktur erscheint sehr ambitioniert.
	§ 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 	<ul style="list-style-type: none"> Als Vorreiter der Digitalisierung im Rettungsdienst begrüßen wir die Möglichkeit der Förderungen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> Bezeichnete Investitionen können ausschließlich über diesen Weg gefördert werden 	
	§ 133g	Koordinierende Leitstelle: Möglichkeit für Landesbehörden, einer einzelnen Leitstelle überregionale Aufgaben zuzuweisen	Keine Anmerkungen
19	§ 140f	Antragsrecht Patientenvertretung	Keine Anmerkungen
20	§ 291b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	Keine Anmerkungen
21	§ 294a	Mitteilungspflicht zu vorrangigen Schadensersatzansprüchen auch für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung	Keine Anmerkungen
22	§ 302	Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Datenübermittlungspflicht	<ul style="list-style-type: none"> Wir begrüßen die Änderung zur Verordnungserleichterung für Leistungen der medizinischen Notfallrettung ausdrücklich.
23	§ 354	Fernzugriff auf ePA durch Leitstellen	<ul style="list-style-type: none"> Wir begrüßen diese Änderung ausdrücklich.
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	Keine Anmerkungen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 3: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
	§ 12b	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	Keine Anmerkungen
			Art. 4: Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
	§ 3	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	Keine Anmerkungen
			Art. 5: Änderung des Apothekengesetzes
1	§ 12b	Versorgungsvertrag zur Versorgung von Notdienstpraxen in INZ mit Arzneimitteln zwischen Apothekeninhaber, KV und beteiligtem Krankenhaus	Keine Anmerkungen
2	§ 20	Pauschaler Zuschuss für Apotheken mit Versorgungsvertrag	Keine Anmerkungen
3	§ 25	Ordnungswidrigkeit	Keine Anmerkungen
			Art. 6 Änderung der Apothekenbetriebsordnung
1	§ 1a	Notdienstpraxenversorgende Apotheken	Keine Anmerkungen
2	§ 3	Vorgaben zum Personal auch für notdienstpraxenversorgende Apotheken	Keine Anmerkungen
3	§ 4	Erlaubnis zweiter Offizin mit Lagerräumen am INZ-Standort	Keine Anmerkungen
4	§ 23	Dienstbereitschaft notdienstpraxenversorgender Apotheken	Keine Anmerkungen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			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	Keine Anmerkungen
			Art. 8: Änderung des Betäubungsmittelgesetzes
1	§ 4	Ausnahme von der Erlaubnispflicht für die Ausfuhr und Einfuhr von Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf in angemessenen Mengen	<ul style="list-style-type: none"> Wir begrüßen die Änderung, machen aber vorsorglich darauf aufmerksam, dass auch Luftfahrzeuge gemeint sein sollten.
2	§ 11	Erweiterung der Verordnungsermächtigung auf Regelungen über das Mitführen von Betäubungsmitteln auf Fahrzeugen des Rettungsdienstes im grenzüberschreitenden Verkehr	Vgl. oben zu § 4, keine weiteren Anmerkungen
			Art. 9: Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung
1	§ 13	Ausnahme für Durchfuhr einer angemessenen Menge an Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf auf dem Fahrzeug eines ausländischen Rettungsdienstes	Vgl. oben zu Art. 8, keine weiteren Anmerkungen
2	§ 15	Ausnahme von Ein- und Ausfuhrgenehmigung für Zubereitungen der in den Anlagen II und III des BtMG aufgeführten Stoffe auf einem Fahrzeug des Rettungsdienstes in angemessener Menge als Rettungsdienstbedarf	Vgl. oben zu Art. 8, keine weiteren Anmerkungen
			Art. 10: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 19a	Gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe	Keine Anmerkungen
			Art. 11: Inkrafttreten
	Ggf. weitere Anmerkungen		<ul style="list-style-type: none"> • Mit Blick auf die Luftrettung muss dem Gesetzgeber bewusst sein, dass diese eine besondere Rolle in der medizinischen Notfallversorgung einnimmt. So ist sie nicht nur schneller Notarztzubringer, sondern bringt zusätzliche medizinische Kompetenz und oft auch besonderes medizinisches Equipment an die Einsatzstelle und bietet schließlich noch die Möglichkeit des zügigen Patiententransportes in eine geeignete Klinik, was im Gegenzug Ressourcen des bodengebundenen Rettungsdienstes schont. • Luftrettungsmittel sollen insbesondere bei besonders indizierten Tracer-Diagnosen zum Einsatz kommen, daher sind Standby-Zeiten systemimmanent. Ferner gibt es aus Gründen der Sicherheit in der Luftfahrt wetterbedingte Ausfallzeiten. Daher können mit alleinigem Blick auf die Luftrettung nicht die Auslastung und die Kosteneffizienz als Bewertungskriterium herangezogen werden. Vielmehr muss der Nutzen für das gesamte Gesundheitssystem und vor allem der Outcome für die Patientinnen und Patienten im Fokus stehen. • Ermöglichung der Überlassung von Notärzten von Krankenhäusern an Leistungserbringer im Rettungsdienst ohne Anwendung der Höchstüberlassungsdauer von 18 Monaten: Insbesondere in der Luftrettung bedingen die bisherigen Zwangspausen einen höheren personellen Aufwand, der auch mehr Bürokratie und Kosten mit sich bringt. Daher schlagen wir eine entsprechende Anpassung im §1 Arbeitnehmerüberlassungsgesetz

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>vor: „Die Regelungen zur Höchstüberlassungsdauer gemäß § 1 Abs. 1b Satz 1 finden keine Anwendung auf die Überlassung von Ärztinnen und Ärzten durch Krankenhäuser an Leistungserbringer im Rettungsdienst, sofern die Überlassung ausschließlich zur Sicherstellung der notärztlichen Versorgung erfolgt und die Ärztinnen und Ärzte weiterhin in einem sozialversicherungspflichtigen Hauptarbeitsverhältnis stehen.“</p>