Stellungnahme zur Notfallreform

Name des Verbandes: Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)

Datum: 4.12.2025

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	**Medizinische Notfallrettung als Sachleistung der GKV ist richtig** Die medizinische Notfallrettung als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu verankern, wird ausdrücklich begrüßt. Damit werden das medizinische Notfallmanagement, die medizinische Versorgung vor Ort und die fachlich-medizinische Betreuung während des Transports ausdrücklich als Teile der Krankenbehandlung anerkannt und nicht länger allein der Transportauftrag als akzessorische Nebenleistung der Krankenkassen finanziert. Damit wird auch das Risiko für Versicherte der GKV ausgeschlossen, die Kosten für notwendige Rettungseinsätze selbst übernehmen zu müssen. Dies ist sachgerecht, da die Entscheidung über einen Rettungseinsatz oft nicht selbst getroffen wird und keine Auswahlmöglichkeit des Leistungserbringers besteht. Das individuelle Risiko ist mit bis zu 2 000 Euro pro Einsatz hoch. **SoVD kritisiert Zuzahlungen** Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung sollen das Kostenbewusstsein fördern, das Gesundheitssystem finanziell entlasten und eine Überinanspruchnahme von Leistungen verhindern. Diese Ziele werden jedoch gerade bei Rettungsfahrten nicht erreicht, weshalb Zuzahlungen gerade in diesem Bereich nicht begründbar sind. Im Notfall können Patient*innen keine bewusste Entscheidung über die Inanspruchnahme treffen, sodass ein steuernder Effekt ausgeschlossen ist. Stattdessen besteht das Risiko, dass Menschen aus Angst vor Kosten zögern, einen Rettungswagen zu rufen, was eine erhebliche Gefährdung ihrer Gesundheit

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Zuzahlung	oder sogar ihres Lebens bedeuten kann. Zudem trifft die Zuzahlung besonders einkommensschwache Versicherte, ohne dass dadurch ein relevanter Beitrag zur Finanzierung des Systems erzielt wird. Damit widerspricht die Regelung dem solidarischen Grundprinzip des Gesundheitssystems und verursacht unnötige Belastungen, ohne einen erkennbaren Nutzen zu stiften.
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	**Telefonische Erreichbarkeit der Terminservicestellen weiterhin sicherstellen** Bislang müssen die Terminservicestellen täglich an sieben Tagen in der Woche unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer erreichbar sein. Mit der Verkürzung der telefonischen Erreichbarkeit auf Montag bis Samstag besteht die Sorge, dass eine - analog ersatzweise – telefonische Kontaktmöglichkeit nicht mehr vollwertig gegeben ist. Eine Beeinträchtigung der analogen Möglichkeit der Erreichbarkeit benachteiligt gerade jene – zumeist ältere und besonders vulnerable - Patient*innen, die auf ein alternatives Online-Angebot am Sonntag nicht zurückgreifen können. **Wichtige Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags** Die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ist wichtig und richtig. Es wird klargestellt, dass die notdienstliche Akutversorgung die vertragsärztliche Versorgung in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist, in all den genannten Facetten umfassend durchgängig ist, das heißt, 24 Stunden täglich und entsprechend sicherzustellen ist. Richtig ist auch, dass sie weiterhin auf eine medizinisch notwendige Erstversorgung mit akutem ambulanten Behandlungsbedarf der Versicherten begrenzt bleibt.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Wichtig ist insbesondere die Klarstellung, dass die KVen zweifelsfrei verpflichtet sind, 24 Stunden täglich insbesondere auch ein aufsuchendes notdienstliches Versorgungsangebot bereitzustellen. Dies trägt der demografischen Entwicklung und dem Wohl immobiler Patient*innen Rechnung. Zugleich kann eine stärkere Nutzung der Möglichkeiten der Telemedizin sowie die Einbindung von qualifiziertem nichtärztlichen Personal oder dem Rettungsdienst beim aufsuchenden Bereitschaftsdienst die Ärzt*innen bei der Aufgabenwahrnehmung wirkungsvoll unterstützen. Dabei müssen richtigerweise entsprechende ärztliche Kompetenz und Verantwortung im Hintergrund und klare Regelungen, wann eine ärztliche Kraft hinzuzuziehen ist, sichergestellt werden. Es bleibt aber dabei: Der Sicherstellungsauftrag muss von den Ländern im Rahmen ihrer Rechtsaufsicht stärker eingefordert werden, wo die KVen ihrem Sicherstellungsauftrag nur ungenügend nachkommen und die Rettungsstellen der Krankenhäuser vor Ort regelmäßig als Ausfallgarant einer schlechten ambulanten Akutversorgungsstruktur fungieren. Nicht selten entsteht die Situation, in der Hilfesuchende mit einem akuten medizinischen Anliegen nach überlanger Wartezeit in der Warteschleife der 116 117 entnervt auflegen und sich wiederum den Rettungsstellen der Krankenhäuser zuwenden. Auch vor diesem Hintergrund begrüßt der SoVD die Klarstellung ausdrücklich. **Akutleitstellen werden begrüßt – Wartezeiten nachjustieren** Der Ausbau der notdienstlichen Akutversorgung durch die Einrichtung von sogenannten Akutleitstellen, die die Steuerung von Patient*innen in den richtigen Versorgungsbereich übernehmen, ist sinnvoll. Die gesetzliche Festlegung von konkreten Vorgaben zur Erreichbarkeit der Akutleitstellen ist richtig. Es sei aber daran erinnert, dass es sich bei der Selbsteinschätzung des Notfalls in der Regel um medizinische Laien handelt, die zwischen unterschiedlichen Telefonnummern zu wählen haben. Geht ein rettungsdienstlicher Notfall zunächst bei den Akutleitstellen der KV ein, muss er schnellstmöglich an den Rettungsdienst weitergeleitet werden.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Doch bei einer zulässigen maximalen Wartezeit von bis zu 10 Minuten unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer der KVen drohen wertvolle, gar entscheidende Minuten verloren zu gehen. Die gewählten Maximalfristen für die Erreichbarkeit (spätestens innerhalb von drei Minuten in 75 Prozent der Anrufe und von zehn Minuten in 95 Prozent der Anrufe) unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer sind zu lang und sollten vor diesem Hintergrund kürzer gefasst werden.
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 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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• 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	**Integrierte Notfallzentren (INZ) als wichtige sektorenübergreifende Anlaufstellen** Die flächendeckende Etablierung sogenannter Integrierter Notfallzentren (INZ) als sektorenübergreifende Notfallversorgungsstrukturen in (ausgewählten) Krankenhäusern mit verpflichtender Beteiligung der KVen ist zielführend und wird ausdrücklich begrüßt. Sie bestehen aus der Notaufnahme eines zugelassenen Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der KV und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle, und stellen so rund um die Uhr eine bedarfsgerechte medizinische Erstversorgung zur Verfügung. Die zentrale Ersteinschätzungsstelle als wesentlicher Bestandteil der INZ ist unerlässlich, um Patient*innen der richtigen medizinischen Versorgungsstruktur zuzuweisen. Dazu braucht es eine standardisierte, qualifizierte und digitale Ersteinschätzung, die schnellstmöglich zur Verfügung stehen und bundesweit einheitlich eingeführt werden muss.
	§ 123a	Einrichtung von INZ • Standortbestimmung nach gesetzlichen Kriterien • Kooperationsvereinbarung, gesetzliche Vorgabe von Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxis, Schiedsregelungen bei Nichtzustandekommen	Für eine gesicherte, bedarfsgerechte medizinische Erstversorgung sind grundsätzlich Mindestöffnungszeiten richtig. Die ergänzende Anbindung von sogenannten Kooperationspraxen an die INZ gewährleistet auch eine Anlaufstelle in der vertragsärztlichen Versorgung außerhalb der Öffnungszeiten der angebundenen Notdienstpraxis der KV. Damit verbleibt aber die gesamte ambulante notdienstliche Versorgung zu Zeiten, in denen weder die Notdienstpraxis noch die Kooperationspraxis geöffnet hat, bei den Notaufnahmen der Krankenhäuser.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit in INZ durch KBV, DKG und GKV-SV	
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	**KINZ als wichtige sektorenübergreifende Spezial-Anlaufstellen** Es ist zielführend, an geeigneten Standorten spezielle Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ) zu etablieren und für Standorte, wo die Einrichtung von speziellen KINZ nicht möglich ist, eine telemedizinische Unterstützung durch Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendmedizin zu gewährleisten, um auch für die jungen Patient*innen eine spezifische Erstversorgung flächendeckend sicherzustellen.
	§ 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	
18	§ 133	Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung • Nur nach Landesrecht vorgesehene oder beauftragte Leistungserbringer • Vergütungsverträge für Leistungen nach SGB V erforderlich	**Schiedseinrichtung bei Nichtzustandekommen zweckdienlich** Sofern eine Vergütungsvereinbarung nicht zustande kommt, wird der Vertragsinhalt durch eine nach landesrechtlichen Bestimmungen errichtete Schiedseinrichtung festgelegt. Im Unterschied zur bisherigen Rechtslage wird nunmehr die Vergütung zwingend zu vereinbaren sein und kann nicht mehr einseitig festgelegt werden. Aufgrund der unterschiedlichen Interessen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Transparenzpflicht bezüglich Kalkulationen • Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 SGB V • Schiedseinrichtung bei Nichtzustandekommen • Entsprechende Geltung für Krankentransporte • Übergangsregelung	von Leistungserbringern und Kostenträgern und des damit einhergehenden Konfliktpotentials ist ein Schiedsverfahren unerlässlich. Die bedarfsgerechte Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung wäre gefährdet, sofern eine Vergütungsvereinbarung nicht zustande kommt. Insbesondere die Berücksichtigung der Interessen der Versicherten ist aus SoVD-Sicht essentiell, um eine tragfähige Lösung zu treffen. Im Mittelpunkt müssen die Patient*innen stehen.
	§ 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	**Gesundheitsleitsystem als sektorenübergreifende Vernetzung ist richtig** Eine bundesweit einheitliche, qualitativ hochwertige und gleichwertige Notfallversorgung muss richtigerweise sektorenübergreifend, interdisziplinär und mit klaren Verantwortlichkeiten organisiert sein. Dies gilt im Besonderen für die im Erstkontakt essenzielle steuernde Zuordnung von Hilfesuchenden zu den – nach wie vor in starren Sektoren getrennten – passenden Behandlungsstrukturen. Es ist daher richtig, das die Akutleitstellen künftig im Rahmen einer digitalen Vernetzung in einem sektorenübergreifenden Gesundheitsleitsystem flächendeckend und verbindlich zusammenzuarbeiten. Dieses Gesundheitsleitsystem vermittelt Hilfesuchenden, die sich entweder an die sogenannte Akutleitstelle der KVen, die künftig die bisherigen Aufgaben der Terminservicestelle im Bereich der Akutfallvermittlung übernehmen, oder an die Rettungsleitstellen wenden, die erforderliche medizinische Versorgung. Dabei sind standardisierte Abfragesysteme im Rahmen der Kooperation essenziell und müssen richtigerweise so aufeinander abgestimmt sein, dass eine klare und rechtssichere Überleitung von Hilfesuchenden möglich ist. Dazu ist eine wechselseitige „digitale Fallübergabe mit medienbruchfreier Übermittlung bereits erhobener Daten“ essenziell. Wir begrüßen die Entscheidung zu der im Rahmen der Gesetzgebungskompetenz des Bundes mögliche Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, mit Rettungsleitstellen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			zu kooperieren, deren Träger eine solche Kooperation anstreben. Sinnvollerweise sollten die Länder entsprechend eine verpflichtende Kooperation der Rettungsdienste zeitnah anstreben und umsetzen.
	§ 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	Nicht nachvollziehbar ist es, dass die auf Bundesebene maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V als Vertreter*innen der Patient*innen nicht Teil des Gremiums sind.
	§ 133c	Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende digitale Notfalldokumentation für alle Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung • Verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätennachweises für	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		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 • 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	Die Ergänzung zur Klarstellung des Antragsrechts der maßgeblichen Patientenorganisationen nach §140f SGB V im Gemeinsamen Bundesausschuss auch bei Beschlüssen nach § 123 c Abs. 2 NEU wird begrüßt
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	Die Errichtung eines bundesweiten, öffentlich zugänglichen Katasters automatisierter externer Defibrillatoren (AED), die für die Benutzung durch Laien vorgesehen sind, wird grundsätzlich begrüßt.
			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	Die Möglichkeit von Versorgungsverträgen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und öffentlichen Apotheken für sogenannte notdienstpraxisversorgende Apotheken, die in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis liegen, wird grundsätzlich begrüßt. Kurze Wege zu einer notdienstpraxisversorgenden Apotheke können die Versorgung von Patient*innen einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten erheblich verbessern.
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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
2	§ 17a	Meldeverpflichtung für Bertreiber von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) an das AED-Kataster	
			Art. 8: Änderung des Betäubungsmittelgesetzes
1	§ 4	Ausnahme von der Erlaubnispflicht für die Ausfuhr und Einfuhr von Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf in angemessenen Mengen	
2	§ 11	Erweiterung der Verordnungsermächtigung auf Regelungen über das Mitführen von Betäubungsmitteln auf Fahrzeugen des Rettungsdienstes im grenzüberschreitenden Verkehr	
			Art. 9: Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung
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

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	Ggf. weitere Anmerkungen		