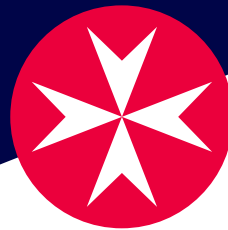




JOHANNITER



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit
Ausschussdrucksache
21(14)64(16)
gel. VB zur öffent. Anh. am
25.02.2026 - NotfallG
24.02.2026

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes

Stellungnahme der Johanniter-Unfall-Hilfe

Berlin, 23. Februar 2026

Die Johanniter-Unfall-Hilfe ist seit mehr als 70 Jahren in den unterschiedlichsten sozialen und karitativen Bereichen aktiv. Mit knapp 44.000 ehrenamtlich Aktiven, 33.500 hauptamtlich Mitarbeitenden und fast 1,2 Millionen Fördermitgliedern zählt sie zu den großen Hilfsorganisationen in Deutschland und ist zugleich ein großes Unternehmen der Sozialwirtschaft.

Im Lobbyregister des Bundes ist die Johanniter-Unfall-Hilfe unter der Registernummer R002223 zu finden.

Aus Liebe zum Leben

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes (Notfallgesetz – NotfallG)

Zu dem vorliegenden Entwurf:

Allgemein

Der Rettungsdienst bildet in einer Doppelrolle das Fundament der präklinischen Notfallversorgung und ist gleichzeitig Bestandteil der medizinischen Gefahrenabwehr. Die Regelungen zum Rettungsdienst sind so auszurichten, dass die Leistungsfähigkeit für die Vielzahl unterschiedlichster Gefahrenlagen erhalten und die Aufwuchsfähigkeit gewahrt bleibt. Dabei sind die Übergänge der einzelnen Schutzstufen nicht auf Gesetzesebene zu betrachten, sondern obliegenden Trägern Rettungsdiensten vor Ort.

Besonders positiv hervorzuheben ist, dass der Bundesgesetzgeber die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen betont, die im Rahmen ihrer Sicherstellungspflicht die Versorgung zu gewährleisten haben. Um diese Sicherstellungspflicht für die Bürgerinnen und Bürger greif- und nutzbar zu machen, bedarf es auch für die Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzlich festgelegte Planungsvorgaben und effektive Kontrollmechanismen. Dieser sind als Positivformulierung im SGB V zu verankern. Daran fehlt es bisher leider.

Darüber hinaus ist die Leistungsfähigkeit des Rettungsdienstes von verschiedenen rettungsdienstfremden Aspekten abhängig. Die Johanniter-Unfall-Hilfe spricht sich dafür aus, den Fokus auch auf die Stärkung der Gesundheitskompetenz sowie der Selbsthilfefähigkeit der Bevölkerung zu legen. Dadurch würde sowohl die eigene Fähigkeit, sich selbst in medizinischen Notlagen zu versorgen gestärkt, als auch die mit Blick auf die aktuellen geopolitischen Herausforderungen dringend notwendige Selbstschutzkompetenz gesteigert.

Einzelregelungen

§ 30 SGB V

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt die realitätsgetreuere Ausgestaltung, dass die Notfallrettung nicht mehr nur eine reine Transportleistung ist, sondern der Behandlung durch die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter bereits auf Ebene des SGB V Raum eingeräumt wird.

§ 30 Abs. 2 SGB V

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt die Aufnahme der speziellen ambulanten Notfallversorgung in den Leistungskatalog des § 30 Abs. 2 SGB V aufzunehmen.

§ 30 Abs. 4 SGB V

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt die Definition der notfallmedizinischen Versorgung am Notfallort und insbesondere die in der Begründung ausgeführte Klarstellung, dass die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter ihre Tätigkeiten gemäß ihrer Befähigung ausüben.

Hervorzuheben ist die in der Gesetzesbegründung – letztlich nach der Änderung des Betäubungsmittelgesetzes nur konsequent fortgeführte – positive Betonung der Möglichkeit der Generaldelegation durch standardmäßige Arbeitsanweisung durch die Ärztlichen Leitungen des Rettungsdienstes.

§ 30 Abs. 5 SGB V

Der Gesetzgeber gibt für den Notfalltransport die grundsätzlich nächste geeignete Versorgungseinrichtung vor und definiert diese regelmäßig als Krankenhäuser und im Einzelfall als ambulante Versorgungseinrichtungen.

Um eine effektivere Verteilung der Notfallpatientinnen und -patienten zu ermöglichen, sollten Notfalltransporte auch regelhaft in ambulanten Versorgungseinrichtungen enden dürfen. Dies ermöglicht nicht nur eine systemgetreue Versorgung niederschwelliger, nicht akut lebensbedrohlicher Notfallbilder, sondern entlastet gleichzeitig auch die klinischen Notaufnahmen.

Die diesbezügliche Klarstellung kann im Rahmen der Gesetzesbegründung zu § 30 Abs. 5 SGB V erfolgen.

§ 60 SGB V

§ 60 SGB V soll die Krankentransporte, Krankenflüge und die Krankenfahrten regeln und besteht im Wesentlichen aus redaktioneller Neuordnung des aktuell geltenden § 60 SGB V sowie weiterer fahrtkostenrelevanter Regelungen.

Besonders positiv hervorzuheben ist, dass über § 60 Abs. 2 Nr. 5 SGB V die Möglichkeit zur verordnungsgleichen Disposition von Krankentransporten eingeräumt wird.

Die Johanniter-Unfall-Hilfe regt an, die Verordnung zur Krankenförderung dergestalt zu digitalisieren, dass die physische Verordnung obsolet wird. Die anspruchsbegründenden Konstellationen sind in § 60 Abs. 2 SGB V abschließend aufgeführt, wobei den Fällen § 60 Abs. 2 Nr. 1 – 4 SGB V stets ein verordnender ärztlicher Kontakt vorausgeht. Die Einführung der Telematik-Infrastruktur im Rettungsdienst sowie im Krankenfahrdienst würde ermöglichen, dass in automatisierten Abläufen Anspruchsprüfung, Durchführung der Beförderung sowie nachgelagert die Abrechnung vereinfacht werden könnte.

Mit dem so möglichen Bürokratieabbau wären nicht unerhebliche Einsparungen durch vereinfachte Prozesse, geringere Materialkosten und vermeidbare Regresse verbunden.

§ 75 Abs. 1b SGB V

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt ausdrücklich die Klarstellung des Versorgungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigung sowie die damit verbundene Verpflichtung, die Dienstzeiten eines aufsuchenden KV-Dienstes auf 24 Stunden täglich zu verlängern. Um diesen effektiv und mit einem spürbaren Mehrwert für die Bürgerinnen und Bürger nutzbar zu machen, bedarf es hier weiterreichender Regelungen, die den Dienst konkretisieren. Dabei muss auch für den aufsuchenden KV-Dienst eine zeitliche Vorgabe etabliert werden, innerhalb derer er seinen Versorgungsbereich abzudecken vermag. Angeregt wird daher, den aufsuchenden Dienst an die verschiedenen KV-Planungsbereiche oder mindestens die Landkreise zu koppeln. Damit gilt es zu unterbinden, dass ein aufsuchender Dienst zwar formell angeboten, aufgrund von

ausufernden oder gar zusammengelegten Versorgungsbereichen und damit verbundenen langen Fahrt- und Wartezeiten praktisch nicht nutzbar wird. Nur so kann eine effektive Entlastung des Rettungsdienstes bewirkt werden. Um dies umzusetzen, empfiehlt die Johanniter-Unfall-Hilfe die Aufnahme eines § 75 Abs. 1b Satz 6 SGB V:

Der aufsuchende Dienst nach Satz 5 Nummer 3 ist so zu planen, dass 90 % der in der Planungsregion zu versorgenden Menschen innerhalb von 60 Minuten Fahrtzeit erreicht werden können.

Positiv hervorzuheben ist, dass der Bundesgesetzgeber die Kooperationsmöglichkeit mit den Rettungsdiensten explizit in § 75 Abs. 1b Satz 8 SGB V (Gesetzesentwurf) regelt. Dabei ist in der Entwurfsfassung unklar, wer mit „der Rettungsdienst“ als möglicher Kooperationspartner angesprochen wird: der Träger Rettungsdienst? die Leistungserbringer? Beide? An dieser Stelle gilt zu bedenken, dass die Übernahme des eigentlichen, den kassenärztlichen Vereinigungen obliegenden, aufsuchenden Dienstes keine originär rettungsdienstliche Tätigkeit ist. Die Hilfsorganisationen, die in Deutschland überwiegend den Rettungsdienst gewährleisten und mit § 75 Abs. 1b Satz 8 SGB V (Gesetzesentwurf) zur Kooperation mit den kassenärztlichen Vereinigungen ermächtigt werden, beschäftigen neben Mitarbeitenden mit rettungsdienstlicher Qualifikation außerdem anderes qualifiziertes, nichtärztliches Personal. Der Bundesgesetzgeber sollte ermöglichen, dass die Rettungsdienstanbieter im Rahmen der Kooperationsmöglichkeit auch dieses qualifizierte, nichtärztliche Personal zum Einsatz bringen können. Die direkte Einbindungsmöglichkeit des nichtärztlichen Personals nach § 75 Abs. 1b Satz 7 SGB V (Gesetzesentwurf) bei den kassenärztlichen Vereinigungen würde hierfür nicht ausreichen. Daher empfiehlt die Johanniter-Unfall-Hilfe, den § 75 Abs. 1b Satz 8 SGB V (Gesetzesentwurf) wie folgt zu konkretisieren:

*Sie können zur Durchführung der in Satz 5 Nummer 3 genannten Maßnahme Kooperationen mit dem **Träger Rettungsdienst sowie mit den Leistungserbringern im Rettungsdienst zum Einsatz qualifizierten nichtärztlichen Personals** eingehen, soweit Landesrecht dies zulässt.*

Im Rahmen der abzuschließenden Kooperationsmöglichkeiten sind die notwendigen Qualifikationen dar- und eine nachhaltige Finanzierung sicherzustellen. An dieser Stelle gilt es zu betonen, dass die Lösungen präsent sind. Im Rahmen der neu auszurichtenden Gesundheits- und Notfallversorgung gilt es, Lösungen weg von Projekt- und hin zu Regelfinanzierung auszurichten.

§ 75 Abs. 1c SGB V

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt den Vorstoß, die telefonische Erreichbarkeit der 116 117 an gesetzlich vorgegebene Qualitätsvorgaben zu koppeln. Dabei ist die vorgegebene Zielerreichung von 75 % in drei Minuten und 95 % in zehn Minuten deutlich zu niedrig und die Wartezeit zu lang, um für die Bürgerinnen und Bürger eine effektive Ansprechbarkeit zu gewährleisten und eine Entlastung der Rettungsleitstellen zu bewirken. Sofern bereits bei dem jetzigen Regelungsstand davon ausgegangen wird, dass jeder vierte mehr als drei Minuten warten muss, besteht die nicht zu vernachlässigende Perspektive, dass diese Hilfesuchenden letztlich doch wieder den Notruf wählen.

Im Rettungsdienst werden die eingehenden Notrufe binnen Sekunden angenommen.

Um hier eine effektive Ansprechbarkeit zu gewährleisten, regt die Johanniter-Unfall-Hilfe eine telefonische Erreichbarkeit von 75 % in einer Minute und 95 % in drei Minuten an. Demzufolge würde § 75 Abs. 1c Satz 1 SGB V wie folgt lauten:

*Ab dem ... muss die Akutleitstelle unter der in Absatz 1a Satz 2 genannten bundesweite einheitlichen Rufnummer innerhalb von **einer Minute** für 75 Prozent der Anrufenden und innerhalb von **drei Minuten** für 95 % der Anrufenden erreichbar sein.*

§ 123 Abs. 2 SGB V

Als sehr praxisgerecht begrüßt die Johanniter-Unfall-Hilfe die gesetzliche Regelung zur Delegationsübertragung in § 123 Abs. 2 Satz 2 SGB V, da diese auch für die präklinische Versorgung wegweisend ist und sich in die grundsätzliche Regelung des § 13 Abs. 1b BtMG sowie die Ausführungen in der Gesetzesbegründung zu § 30 Abs. 4 SGB V einreicht.

Darüber hinaus begrüßt die Johanniter-Unfall-Hilfe die Regelung, dass Patientinnen und Patienten mit vorangegangener telefonischer Ersteinschätzung bei gleicher medizinischer Behandlungsdringlichkeit vorrangig zu Patientinnen und Patienten, die das integrierte Notfallzentrum ohne Vorkontakt aufsuchen, behandelt werden. Gleichzeitig gilt es, medial und kommunikativ sicherzustellen, dass bei der Bevölkerung sich die Saga nicht weiter festigt, dass man im Rahmen rettungsdienstlicher Vorstellung ebenfalls priorisiert behandelt wird.

§ 123a Abs. 1 SGB V

Der Gesetzgeber sieht bei der Einrichtung der integrierten Notfallzentren eine Erreichung binnen 30 Minuten für 95 % der Bevölkerung vor. Diese Vorgabe der Zielerreichung unterstreicht die vorangegangene Forderung der notwendigen Kopplung von Krankenhaus- und Rettungsdienstbedarfsplanung.

§ 133 Abs. 1 SGB V

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt die Betonung der Regelungshoheit der Länder in Verbindung mit der Klarstellung, dass die medizinische Notfallrettung nur von den landesrechtlich dafür geplanten, vorgesehenen oder beauftragten Leistungserbringern erbracht werden. Die Länder und Kommunen planen und beauftragen den Rettungsdienst.

§ 133 Abs. 2 SGB V

§ 133 Abs. 2 SGB V gibt dabei den Grundstein für die Finanzierung der medizinischen Notfallrettung sowie der Krankentransporte vor.

§ 133 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit Abs. 3 SGB V gibt dem entgeltfinanzierten Modell der Notfallrettung den klaren Vorzug. Dies würde für die bisher gebührenfinanzierten rettungsdienstliche Ausgestaltung eine massive Umstrukturierung bedeuten.

Ferner zeigen sich verschiedene Passagen klärungs- und klarstellungsbedürftig:

„Transparenz“ als unbestimmter Rechtsbegriff

Der Gesetzesentwurf sieht fortwährend vor, dass gem. § 133 Abs. 2 Satz 4 SGB V die der Kalkulation zugrunde liegenden Daten transparent vorliegen müssen.

Das Kriterium der Transparenz wird dabei dergestalt hoch angesehen, dass die Krankenkassen bei fehlender Transparenz Festbeträge festsetzen können, § 133 Abs. 3 S. 2 Nr. 1 SGB V. Die Leistungserbringer ermöglichen bereits aktuell größtmögliche Einsehbarkeit der den Kosten zu Grunde liegenden Posten.

Problematisch ist die einseitige Beurteilungsmöglichkeit. Dabei ist „Transparenz“ ein unbestimmter Rechtsbegriff und wird absehbar zu Verhandlungsproblemen führen. Die Beurteilung, ob die Darlegung transparent genug sei, obliegt dabei einseitig den Kostenträgern. Bereits aktuell sind die Kostenverhandlungen zur Finanzierung des Rettungsdienstes in verschiedenen Bundesländern derart festgefahren, dass regelhaft Schiedsstellen angerufen

werden müssen. Dabei werden bereits heute die Kalkulationen im Rahmen der Verhandlungen dargelegt.

Die Johanniter-Unfall-Hilfe regt daher an, die Formulierung aus dem Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zu übernehmen und die Vorlage in „*elektronisch, vollständig und in nachprüfbarer Form*“ vorzugeben.

Begriff der „Vergütung der einzelnen Leistungen“

Der Gesetzgeber gibt in § 133 Abs. 2 Satz 1 SGB V vor, dass die Entgelte für die Vergütung der einzelnen Leistungen zu schließen ist.

In der Gesetzesbegründung wird dazu vorgegeben, dass die Verträge differenziert nach den einzelnen Leistungsbereichen „Notfallrettung vor Ort“ und „Notfalltransport“ zu schließen seien. Dies ist in der Darstellung und der leistungsbezogenen Systematik des SGB V durchaus nachvollziehbar. Wichtig und daher bereits auf Gesetzesebene klarzustellen ist, dass der Rettungsdienst fortwährend vollständig und auskömmlich durch die Gesetzliche Krankenversicherung finanziert bleibt. Eine Abkehr von der Vollkostenfinanzierung würde Finanzierungslücken eröffnen und damit die Versorgung massiv gefährden. Der Rettungsdienst ist kein disponibles Gesundheitsangebot, welches in der einsatzfreien Zeit anderen Betätigungsfeldern zur Kostendeckung nachgehen kann. Notfallversorgung als Kombination aus Gesundheitsversorgung und Gefahrenabwehr bedarf der Vollkostenfinanzierung. Hier wäre folgende Formulierung ratsam:

Die Vergütung nach Satz 1 sichert die auskömmliche Vollkostenfinanzierung der medizinischen Notfallrettung.

Mit Blick auf das erst kürzlich ergangene Urteil des OVG Berlin / Brandenburg, welches die Vollkostenfinanzierungsfähigkeit mit der aktuellen Gesetzeslage abschlägig beschied, ist eine kurzfristige Klarstellung der Vollkostenfinanzierung zwingend notwendig.

Zu bedenken ist an dieser Stelle außerdem, dass das System Notfallversorgung eine Aufwuchsfähigkeit bis hin zum Katastrophenschutz als zweifelsfrei den Ländern obliegende Aufgabe gewährleisten muss. Aufwachsende medizinische Lagen (z.B. Massenanfälle von Verletzten und / oder Erkrankten) sind Szenarien des Rettungsdienstes und mit der entsprechenden Struktur ebenso zu refinanzieren. Dem Gesetzgeber ist dies durchaus bewusst, da das in § 133c Abs. 2 SGB V geforderte System nach Nr. 2 ausdrücklich auch die Versorgungsressourcen und Patientenzuweisung im Massenanfall von Verletzten und / oder Erkrankten aufgreift. Eine entsprechende Klarstellung im Rahmen der Refinanzierungsregelungen ist demnach nur folgerichtig.

Preisgünstigste Versorgungsalternative

§ 133 Abs. 2 Satz 7 SGB V gibt vor, dass die Preisvereinbarung an der günstigsten Versorgungsalternative auszurichten ist. Diese Formulierung widerspricht der Einheit der Rechtsordnung und trägt selbst dem sehr restriktiv interpretierten Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V nicht Rechnung.

Sowohl § 12 SGB V als auch über öffentliche Ausschreibungen bezuschlagte Rettungsdienstleistungen werden an dem Gebot der Wirtschaftlichkeit gemessen. Der Zuschlag erfolgt auf das wirtschaftlichste Angebot. Die Rechtsordnung sieht hier ausdrücklich keine rein preisorientierte Leistungserbringung vor. Sofern der Bundesgesetzgeber hier die preisgünstigste Versorgungsalternative als Maßstab für sämtliche Leistungserbringung setzen möchte, definiert er Rückschritt und Medizin jenseits des Stands der Wissenschaft als Versorgungsstandard und stellt gleichzeitig jedwede Arbeitsbedingung in der Notfallrettung in Frage.

Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung

Bei Verhandlung der Vergütung sind die Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung zu berücksichtigen, § 133 Abs. 2 Satz 5 SGB V. Dieser im Grundsatz durchaus positive Ansatzpunkt des Einflusses des Qualitätsausschusses Notfallrettung hinkt nicht nur aufgrund der nicht vollumfänglichen Mitwirkung, sondern verfehlt bereits den Sinn einer Empfehlung, wenn über die Kostenseite die Bindungswirkung festgesetzt wird.

Die Mitwirkung wird unter § 133b SGB V thematisiert.

Gravierender ist die fehlerhafte Bindungswirkung der als Rahmenempfehlung bezeichneten Arbeitsergebnisse des Qualitätsausschusses Notfallrettung. Mit dieser würde der Bundesgesetzgeber über das Gremium in illegitimer Weise unmittelbar strukturelle und organisatorische Aspekte des Rettungsdienstes regeln.

Ferner ergibt sich in dem rettungsdienstlichen Dreiecksverhältnis Kostenträger – Träger Rettungsdienst – Leistungserbringer die Herausforderung, wie mit den Rahmenempfehlungen umgegangen wird und welche Auswirkung etwaige Abweichungen davon haben. Der Rettungsdienst bedarf der Vollkostenfinanzierung, die nicht durch Abweichungen von Rahmenempfehlungen gemindert werden kann. Etwaige Standardabweichungen, die durch den Träger Rettungsdienst vorgeben werden und / oder von diesem zu verantworten sind, dürfen nicht zu einer Benachteiligung der Leistungserbringer führen.

Beitragssatzstabilität

§ 133 Abs. 2 SGB V gibt mit dem Verweis auf § 71 Abs. 1 bis 3 SGB V die Beitragssatzstabilität vor.

Die Bezugnahme auf die Beitragssatzstabilität ist aus systematischen und gesellschaftspolitischen Gründen nachvollziehbar, steht jedoch im Widerspruch zu den hier neu definierten Leistungsbereichen als hinzukommende Aufgaben sowie den vorgegebenen Digitalisierungsvorhaben. Beide Aspekte sind mit zusätzlichen Ausgaben verbunden. Insbesondere die Umsetzung der Rahmenempfehlung zur Qualitätssicherung in der Notfallversorgung ist monetär zu berücksichtigen.

Der anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse entwickelt sich laufend fort und ist dabei insbesondere im Bereich der zeitrelevanten Notfallversorgung stark innovationsgeprägt. In Abwägung des Wirtschaftlichkeitsgebots, des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität und der hochwertigen medizinischen Notfallversorgung der Bürgerinnen und Bürger auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft sollte der Gesetzgeber bereits auf Ebene des SGB V klarstellen, dass die Einführung innovativer Maßnahmen in der medizinischen Notfallrettung und im qualifizierten Krankentransport nicht aufgrund Kostendeckelung behindert werden darf. Die Rettung von Menschenleben durch medizinischen Fortschritt darf nicht aufgrund vorgeschobener Kostendiskussionen ausgebremst werden.

§ 133 Abs. 4 SGB V

Ein funktionierender Krankenfahrtdienst entlastet den qualifizierten Krankentransport und bildet somit die Grundlage für einen leistungsfähigen Rettungsdienst. Um Angebote des Krankenfahrtdienstes nutzbar zu gestalten, bedarf es einer auskömmlichen Vergütung. Daher schlägt die Johanniter-Unfall-Hilfe folgende Formulierung des § 133 Abs. 4 Satz 2 SGB V vor:

*Für Fahrten nach dem Personenbeförderungsgesetz können die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich auch **auskömmliche** Verträge mit zur Leistungserbringung geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen abschließen.*

Die Johanniter-Unfall-Hilfe regt ferner an, für die Entgeltverhandlungen zu Krankenfahrten eine Schiedsstelle im SGB V zu etablieren. Die Bezugnahme über § 133 Abs. 5 Satz 2 SGB V zu § 133 Abs. 3 SGB V läuft leer. Die Herausforderung ist, dass für Leistungen des Rettungsdienstes in den meisten Fällen Schiedsmöglichkeiten in den Landesrettungsdienstgesetzen verankert sind, die Entgeltverhandlungen zu Krankenfahrten jedoch als Leistung außerhalb der Landesrettungsdienstgesetze von dieser Verhandlungseskalation nicht umfasst sind. Krankenfahrtdienste werden nach Personenbeförderungsgesetz erbracht. Festgefahrene und gescheiterte Entgeltverhandlungen zu Krankenfahrten führen somit regelmäßig zum Wegfall der Leistung und einer gesteigerten – und für die gesetzlichen Krankenversicherungen letztlich teureren – Inanspruchnahme des Rettungsdienstes. Die Johanniter-Unfall-Hilfe schlägt daher folgende Formulierung des § 133 Abs. 5 Satz 3 SGB V vor:

Kommt ein Vertrag nach Satz 1 sechs Wochen, nachdem eine Vertragspartei zu Verhandlungen aufgefordert hat, nicht zustande oder erklärt eine Partei ausdrücklich das Scheitern der Verhandlungen, findet auf Antrag einer Partei über die Höhe der zu vereinbarenden Vergütung ein Schiedsverfahren statt.

Darauf aufbauend wäre zwischen nach § 133e SGB folgende Regelung einzufügen:

§ 133f Schiedsstelle

- (1) In den Ländern sind Schiedsstellen für Konflikte zu Entgeltverhandlungen zu Krankenfahrten nach § 133 Absatz 5 Satz 3 einzurichten. Sie sind mit einem unparteiischen Vorsitzenden und mit einer gleichen Zahl von Vertretern der Kostenträger sowie von Vertretern der Einrichtungen oder Unternehmen zu besetzen. Der Zeitaufwand der Mitglieder ist zu entschädigen, bare Auslagen sind zu erstatten. Für die Inanspruchnahme der Schiedsstellen können Gebühren erhoben werden.*
- (2) Kommt eine Vereinbarung nach § 133 Absatz 5 Satz 2 innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Partei schriftlich zu Verhandlungen aufgefordert hat, so entscheidet die Schiedsstelle auf Antrag einer Partei unverzüglich über die Gegenstände, über die keine Einigung erreicht werden konnte. Gegen die Entscheidung ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Die Klage richtet sich gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsstelle. Einer Nachprüfung der Entscheidung in einem Vorverfahren bedarf es nicht.*
- (3) Entscheidungen der Schiedsstelle treten zu dem darin bestimmten Zeitpunkt in Kraft. Wird ein Zeitpunkt für das Inkrafttreten nicht bestimmt, so werden die Festsetzungen der Schiedsstelle mit dem Tag wirksam, an dem der Antrag bei der Schiedsstelle eingegangen ist. Die Festsetzung einer Vergütung, die vor diesen Zeitpunkt zurückwirkt, ist nicht zulässig.*
- (4) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zu bestimmen über*
 - 1. die Errichtung der Schiedsstellen,*
 - 2. die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung ihrer Mitglieder,*
 - 3. die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für ihren Zeitaufwand,*
 - 4. die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie die Verteilung der Kosten und*
 - 5. die Rechtsaufsicht.*

Mit der Rechtswegezuweisung zur Sozialgerichtsbarkeit wird dem gesetzgeberischen Willen aus §§ 123 Abs. 1 Satz 10, 133 Abs. 3 Satz 5 SGB V gefolgt.

Diese einzufügende Regelung ist der Sozialgesetzgebung nicht fremd, sondern an § 78g SGB VIII angelehnt.

§ 133 Abs. 6 SGB V

Die einseitige Vorgabe einer Richtlinie zum Verfahren und zur Umsetzung der Vertragsgestaltung durch den GKV-SV wird als höchst kritisch gesehen. Damit wird den Kostenträgern einseitig die Position zugesprochen, den Vertragsinhalt für sämtliche Verträge der medizinischen Notfallversorgung zu gestalten.

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass hier mit einer einheitlichen Vertragsgestaltung gearbeitet wird, doch muss diese im paritätischen Mehrklang der Kostenträger, Träger Rettungsdienst und der Leistungserbringer erarbeitet werden.

Daher regt die Johanniter-Unfall-Hilfe an, § 133 Abs. 6 SGB V wie folgt zu formulieren:

Der Qualitätsausschuss Notfallrettung bestimmt in einer Rahmenempfehlung das Nähere zum Verfahren und zur Umsetzung der Vertragsgestaltung.

§ 133a SGB V

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt die Normierung des Gesundheitsleitsystems als Verzahnung der bisherig oftmals als Silo erbrachten Dispositionsleistungen.

Wichtig ist jedoch, dass die Bildung eines Gesundheitsleitsystems nicht von lokalem Willen abhängig gemacht, sondern zur Förderung der Effizienz des Systems gesetzlich mit Fristen vorgegeben wird.

Daher wäre in § 133a Abs. 2 Satz 1 SGB V der Passus „Auf Antrag eines Trägers“ zu ersetzen und wie folgt zu formulieren:

Der Träger einer Rettungsleitstelle ist verpflichtet, bis zum [Datum definieren] eine standardisierte Notrufabfrage einzuführen und mit der örtlich zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung als Träger der Akutleitstelle eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines Gesundheitsleitsystems zu schließen.

Die Einführung einer standardisierten Notrufabfrage als eines der wesentlichen Schlüsselkriterien für eine zielgerichtete Disposition der Ressourcen im Gesundheitswesen ist elementar und darf daher nicht dem Belieben einzelner Träger überlassen werden.

§ 133b SGB V

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt grundsätzlich ein solches Gremium, wenngleich die Zusammensetzung sowie Abstimmungsmodalitäten noch optimierungsbedürftig sind und die Aufgabenstellung am geltenden Rechtsrahmen auszurichten ist.

§ 133b Abs. 2 SGB V

In Deutschland werden über 80 % der Leistungen im Rettungsdienst durch die anerkannten Hilfsorganisationen erbracht. Der Anteil an Leistungserbringung durch die Kommunen, sei es durch Feuerwehren oder kommunale Eigenbetriebe, liegt in Deutschland bei ca. 15 %. Der Rettungsdienst ist in Deutschland triangulär organisiert: Kostenträger – Träger Rettungsdienst – Leistungserbringer.

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt ausdrücklich, dass künftig Vertreter der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer in dem Gremium vertreten sein sollen und damit das rettungsdienstliche Dreieck der Organisation, Finanzierung und Durchführung in dem

Gremium vertreten ist. Dabei sind jedoch die in § 133b Abs. 2 Satz 6 SGB V vorgesehenen sieben Vertreter für die Leistungserbringer des Rettungsdienstes, der maßgeblichen Fachgesellschaften und der maßgeblichen Berufsverbände im Rettungsdienst deutlich zu wenig. An dieser Stelle ist bereits absehbar, dass ein politisches Wettrennen um die raren Plätze entstehen wird.

Darüber hinaus lässt § 133b Abs. 2 SGB V komplett offen, wie die Beteiligung in dem Qualitätsausschuss Notfallrettung als institutionalisiertem Gremium zur Fortentwicklung der Notfallversorgung refinanziert werden soll. Eine umlagebasierte Refinanzierung über die Rettungsdienstentgelte, -gebühren und -verträge wäre intransparent und eine rein als ehrenamtliches Engagement ausgestaltete Einbindung der Vertreter würde der Bedeutung eines Qualitätsausschusses Notfallrettung keinesfalls gerecht werden. Die Johanniter-Unfall-Hilfe rät daher zur Ergänzung des § 133b Abs. 2 SGB V um folgende Formulierung als § 133b Abs. 2 Satz 7 SGB V:

Die im Rahmen der Mitwirkung im Qualitätsausschuss Notfallrettung entstehenden Kosten der sieben weiteren Vertreter werden vom Bundesministerium der Gesundheit getragen. Näheres ist in der Geschäftsordnung des Qualitätsausschusses Notfallrettung zu regeln.

wobei sich die Bezifferung der mitwirkenden Vertreter auf aktuell sieben an dem aktuell vorliegenden Entwurf orientiert und bei realitätsgerechter Anpassung entsprechend nachgezogen werden müsste.

Darüber hinaus wäre § 133b Abs. 2 Satz 11 SGB V wie folgt zu ergänzen:

Der Qualitätsausschuss Notfallrettung legt das Nähere zur Arbeitsweise, Besetzung, Refinanzierung und Beschlussfassung unverzüglich in einer Geschäftsordnung fest.

§ 133c SGB V

§ 133b Abs 3 SGB V regelt den Tätigkeitsumfang des neu einzuführenden Qualitätsausschusses Notfallrettung.

Dabei sei an dieser Stelle bereits anzumerken, dass verschiedenste Fragen, die der Gesetzgeber in § 133c SGB V durch Rahmenempfehlung vorzugeben gedenkt, gar nicht in der Regelungszuständigkeit des Bundes liegen und der Qualitätsausschuss Notfallrettung an dieser Stelle maximal evaluierende und wissenschaftliche Bedeutung entwickeln kann.

Ferner ist die Formulierung „Empfehlung“ irreführend und wird der Bedeutung nicht gerecht. Diese Empfehlungen wären über § 133 Abs. 2 Satz 5 SGB V zu berücksichtigender Bestandteil der Vergütungsverhandlungen und würden damit mittelbar Bindungswirkung entfaltend. Eine solche Regelungsbindung ist schon aufgrund der mangelnden Zuständigkeit zu rügen.

§ 133c Abs. 2 Nr.4 SGB V

Unabhängig der Zuständigkeitsfragen regt die Johanniter-Unfall-Hilfe an, dass die Empfehlungen im Bereich der Ersthelferalarmierungssysteme nach § 133b Abs. 3 Nr. 7 SGB konkretisiert wird. Es bedarf vor allem eines einheitlichen Kommunikations- und Datenformats, um die Hilfswilligen, die derzeit aufgrund lokaler unterschiedlicher Ausprägung bei einer Vielzahl an App-Anbietern registriert sind, über die eigene „App-Grenze“ hinaus alarmieren zu können:

Dies muss nicht zwingend im § 133b Abs 3 Nr. 7 SGB V selbst geschehen, da dies unter „Verfügbarkeit von Schnittstellen zu anderen auf digitalen Anwendungen basierenden Ersthelferalarmierungssystemen und den Integrierten Leitstellen“ subsumiert werden kann, sollte jedoch im Rahmen der Begründung noch einmal klargestellt werden.

§ 133c Abs. 3 SGB V

Der Qualitätsausschuss Notfallrettung soll sich gem. § 133c Abs. 3 SGB V mit verschiedenen strukturellen Fragestellungen beschäftigen. Dabei obliegen sämtliche Punkte zur Regelung der notfallmedizinischen Versorgung und des Notfalltransportes, die in dem Katalog des § 133c Abs. 3 Nr. 1 – 6 SGB V enthalten sind, sowie die diesem Katalog entsprechende Regelung zum qualifizierten Krankentransport der Regelungshoheit der Bundesländer, Art. 30, 70 GG.

Dazu im Einzelnen:

Die Qualifikationen im Rettungsdienst sind lediglich auf Ebene des Ausbildungsberufs der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters bundeseinheitlich. Die ebenfalls im Rettungsdienst eingesetzten Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter werden auf Grundlage unterschiedlicher landesrechtlicher Rechtsverordnungen ausgebildet und geprüft. Grundlage der unterschiedlichen Ausbildungs- und Prüfungsordnungen sind Empfehlungen des (Bund-) Länder-Ausschusses „Rettungswesen“. Manche Bundesländer bilden die Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter auf Grundlage der Empfehlung von 2008, manche auf Grundlage einer Empfehlung von 2019 aus. Dem Bund obliegt die Gesetzgebungskompetenz für die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen, Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG. Da das Tätigkeitsbild der Rettungssanitäterin und des Rettungssanitäters kein Heilberuf im Sinne des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG ist, fehlt dem Bund diesbezüglich die Regelungskompetenz.

Die Definition der Ausstattung der Rettungsmittel erfolgt primär im Rahmen der Gremienarbeit zu der Normung der im Rettungsdienst eingesetzten Rettungsmittel. Die Rettungsmittel sind dabei zum Teil bundeseinheitlich (z.B. ITW: DIN 75076, NEF: DIN 75079), zum Teil sogar europaweit (z.B. RTW / KTW: DIN EN 1789, RTH / ITH: DIN EN 13718) genormt. Die Normungsarbeit erfolgt bedarfsorientiert und praxisbezogen. Somit besteht an dieser Stelle kein Handlungsbedarf für den Qualitätsausschuss Notfallrettung.

Grundsätzlich begrüßt die Johanniter-Unfall-Hilfe den Vorstoß, Hilfsfristen (wenngleich diese zur besseren Differenzierung von den klassischen Planungsgrößen eher „Interventionsfristen“ darstellen) einsatzmittelindividuell und meldebildabhängig auszugestalten. Praktisch überschreitet der Qualitätsausschuss Notfallrettung auch hier an die Regelungskompetenzen, da die konkrete Ausgestaltung landesrechtlich geprägt ist.

Vergleichbares gilt für die gem. § 133c Abs. 3 Nr. 3 SGB V aufzustellenden Empfehlungen zu der medizinischen Versorgung vor Ort und während des Transportes. Diese Regelung steht im Widerspruch zu § 30 Abs. 4 SGB V, wonach die Versorgung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu erfolgen habe. Der aktuelle Stand der Wissenschaft wird in medizinischen Leitlinien und nicht in Empfehlungen eines Qualitätsausschusses Notfallrettung abgebildet. Verständlich ist, dass der Gesetzgeber hier versucht, die Arbeit des Pyramidenprozesses, in dem die Kompetenzen der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter erarbeitet, definiert und fortentwickelt werden, im Rahmen der Reform der Notfallversorgung zu legalisieren. Dies scheitert jedoch ebenso an der für eine solche Standardbestimmung untaugliche Besetzung des Qualitätsausschusses.

Der Qualitätsausschuss Notfallrettung soll sich gem. § 133c Abs. 3 Nr. 4 SGB V mit den Aufgaben der Ärztlichen Leitung des Rettungsdienstes beschäftigen. Auch hier stößt der Bundesgesetzgeber an die Grenzen der eigenen Gesetzgebungskompetenz. Die Rolle der Ärztlichen Leitung ist in den Bundesländern höchst unterschiedlich aufgestellt und erfüllt entsprechend der landesrechtlichen Regelungen ganz unterschiedliche Aufgaben. Die gemeinsame Definition von Rollen und Aufgaben würde auch hier die Regelungshoheit der Bundesländer verletzen.

Der Qualitätsausschuss Notfallrettung könnte sich jedoch mit einem wichtigen, noch nicht in § 133c Abs. 3 Nr. 1 – 6 SGB V aufgegriffenem Thema beschäftigen: den spezialisierten ambulanten Versorgungsangeboten für die notfallmedizinische Versorgung vor Ort. Der Qualitätsausschuss sollte die unterschiedlichen Angebote im Blick behalten und deren Einsatz mit den Auswirkungen auf den Rettungsdienst, die ambulante Weiterbehandlung, die Hospitalisierung und alle sonstigen gesundheitsökonomischen Aspekte beurteilen. Die daraus resultierenden Empfehlungen – die mangels Kompetenz tatsächlich Empfehlungen oder Bindungscharakter sein sollten – könnten dann Grundlage für die Planung neuer Versorgungsangebote sein. So könnte wissenschaftlich fundiert und gesundheitsökonomisch nachvollziehbar begründet werden, wieso einzelne Versorgungsangebote keinen gesamtheitlichen Mehrwert bringen und welche Versorgungsangebote sich in dem neugeordneten System der Notfallversorgung zielgerichtet einsetzen lassen.

§ 133d SGB V

Die Johanniter begrüßen ausdrücklich den legislativen Vorstoß, die digitale Kooperation in der präklinischen Notfallversorgung voranzutreiben.

Die Johanniter-Unfall-Hilfe befürwortet die Verpflichtung zur digitalen Erhebung und Speicherung der im Behandlungsablauf anfallenden Daten.

Gleichzeitig sei bereits an dieser Stelle darauf verwiesen, dass der Grad der Digitalisierung aktuell stark vom Träger Rettungsdienst abhängt, da dieser in der Regel die zu verwendenden Geräte vorgibt. Mit einer flächendeckenden Pflicht zur digitalen Datenverarbeitung werden nicht unerhebliche Kosten entstehen.

Der Johanniter-Unfall-Hilfe ist durchaus bewusst, dass mit der Einführung eines eigenen Leistungsbereichs auch die vollständige medizinrechtliche Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht aus § 630f. BGB (mind. in analoger Anwendung) einhergehen.

Die Johanniter-Unfall-Hilfe erkennt die vielen positiven Aspekte einer Anbindung des Rettungsdienstes an die Telematik-Infrastruktur, wie sie in § 133d Satz 2 SGB V vorgesehen ist. In § 133d SGB V fehlen hierzu maßgebliche Refinanzierungsregelungen – sowohl für die Erst- und Folgeausstattung, für die Schulung der potentiellen Anwendenden sowie letztlich den Betrieb. Die bisherigen Regelungen zur Refinanzierung der Telematik-Infrastruktur, insbesondere die Pauschalen in der Festsetzung des BMG zur Telematik-Infrastruktur in Anlage 32 des Bundesmantelvertrages, würden in der aktuellen Form keine Refinanzierungsgrundlage bilden.

Bei der Speicherung der Daten in der elektronischen Patientenakte ist zu gewährleisten, dass alle für die Träger Rettungsdienst und die Leistungserbringer relevanten Daten uneingeschränkt und während der kompletten Dokumentationszeit greifbar bleiben. Dies betrifft insbesondere alle abrechnungsrelevanten Daten sowie die Behandlungsdaten, die evtl. zur Abwehr von Schadensersatzansprüchen genutzt werden müssen. Die elektronische Patientenakte ist hierfür als Datenspeicherort ungeeignet.

§ 133e SGB V

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt ausdrücklich die vorgesehene Datenübermittlung zur Qualitätssicherung. Die Johanniter-Unfall-Hilfe regt an, den Kreis der abrufberechtigten Parteien gem. § 133e Abs. 2 Satz 2 SGB V um die Leistungsbringer der medizinischen Notfallversorgung sowie um Hochschulen und Universitäten zu erweitern.

Die Datenstelle hat für das Bundesministerium für Gesundheit, für das Gremium nach § 133b, für die für den Rettungsdienst zuständigen Landesbehörden, ~~sowie~~ für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, für die Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1 sowie für Hochschulen und Universitäten auf Anforderung Auswertungen für ihre Belange zu erstellen und sie der jeweiligen anfordernden Stelle zur Verfügung zu stellen.

Damit könnten die an der Versorgung beteiligte sowie mögliche wissenschaftliche Partner die Optimierung der Versorgung sowie die Versorgungsforschung mit Daten aus erster Hand effektiv vorantreiben.



JOHANNITER

**Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.
Bundesgeschäftsstelle**

Lützowstraße 94
10785 Berlin

Telefon 030 26997-0
Telefax 030 26997-444
info@johanniter.de
www.johanniter.de

Bundesvorstand (§ 26 BGB):

Thomas Mähnert
Oliver Meermann

Ansprechpartner:

Kevin Grigorian, LL.M., MBA
Leiter des Stabes der Bundesgeschäftsstelle
Beauftragter Nationale Hilfsgemeinschaft
rettungsdienst@johanniter.de

Stabsstelle Politik:

politik@johanniter.de