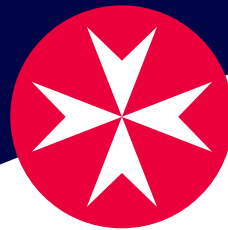




JOHANNITER



Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Stellungnahme der Johanniter-Unfall-Hilfe

Berlin, 7. September 2026

Die Johanniter-Unfall-Hilfe ist seit fast 75 Jahren in den unterschiedlichsten sozialen und karitativen Bereichen aktiv. Mit über 44.000 ehrenamtlich Aktiven, 35.000 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

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

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 obliegen den Trägern Rettungsdienst 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 festgelegter Planungsvorgaben und effektiver Kontrollmechanismen. Diese sind als Positivformulierung im SGB V zu verankern. Daran fehlt es bisher leider.

Mit dem NotfallG besteht aktuell die Möglichkeit, die nicht auskömmlichen Refinanzierungsregelungen zur Notfallrettung, die in ihrer aktuellen Ausgestaltung neben den strukturellen Herausforderungen das größte Versorgungsrisiko für eine effektive Sicherstellung der jederzeit verfügbaren medizinischen Notfallversorgung darstellen, zu korrigieren. Hierfür bedarf es konkreter Regelungen, um die für das Gesamtsystem nachvollziehbare Regelung zur Deckelung der Kostensteigerungen auf die Grundlohnrate, die in der Anwendung für die kommenden Jahre sogar noch um einen Prozentpunkt abgesenkt wird, mit realitätsgerechten Verhandlungsmöglichkeiten auszustatten.

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 werden.

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 regt an, auch die spezielle ambulante Notfallversorgung in den Leistungskatalog des § 30 Abs. 2 SGB V aufzunehmen.

4. die spezielle ambulante Notfallversorgung

Der aktuelle Gesetzentwurf sieht vor, dass spezialisierte Systeme der ambulanten Notfallversorgung als Teil der notfallmedizinischen Versorgung nach § 30 Abs. 2 Nr. 2 SGB V angesehen werden. Mit der expliziten Benennung im Leistungskatalog des § 30 Abs. 2 SGB V könnten komplementäre Dienste direkt über das SGB V sichergestellt und als gesundheitliche Versorgungsleistung über die GKV finanziert werden.

Der von der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen eingebrachte Änderungsantrag vom 1. September 2026 mit der Einführung der speziellen ambulanten Notfallversorgung als eigene Leistung im Leistungskatalog des § 30 SGB V stellt ab S. 8 die Vorteile bereits sehr gut dar. Ergänzt sei an dieser Stelle, dass mit der speziellen ambulanten Notfallversorgung die Lücke zwischen einer bestehenden Akutversorgung und dem lebensrettenden Rettungsdienst geschlossen werden könnte. Diese Lücke ist kein reines Theoretikum, sondern wird sich insbesondere aufgrund mangelnder Leistungsfähigkeit der ambulanten Versorgung für den mit diesem Gesetz konkretisierten Sicherstellungsauftrag dezidiert zeigen. Um zu vermeiden, dass der Rettungsdienst – wie aktuell tagtäglich – die Defizite auffangen muss, bedarf es einer effektiven Lösung, die den Übergangsbereich zwischen ambulanter Akutversorgung und lebensbedrohlichem Notfall abdeckt.

§ 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 standardgemäße Arbeitsanweisungen 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 „andere Gesundheitseinrichtung – wie zum Beispiel vertragsärztliche Praxen“. Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt diese Konkretisierung.

Gleichzeitig bedarf es einer Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, z.B. im Rahmen der Definition des Versorgungsauftrags in § 75 SGB V, wonach die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung sicherzustellen hat, dass neben Bereitschaftspraxen auch für den Rettungsdienst verfügbare vertragsärztliche Praxen am Versorgungssystem teilnehmen und als Zieleinrichtung angesteuert werden könnten. Hierfür sind Erreichbarkeitsvorgaben (vergleichbar § 123a Abs. 1 Satz 5 SGB V) notwendig.

§ 30 Abs. 6 SGB V

Mit der Aufnahme der speziellen ambulanten Notfallversorgung würde sich eine Definitionsnotwendigkeit ergeben. Für die Definition regt die Johanniter-Unfall-Hilfe an, sich der Formulierung aus dem Änderungsantrag der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen vom 1. September 2026 zu bedienen.

Aus dieser Regelung würde folgende Anpassung resultieren:

§ 30 Abs. 6 SGB V → § 30 Abs. 7 SGB V

§ 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. 3 Nr. 6 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 des § 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 könnten.

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

Gleichzeitig wirft § 60 Abs. 3 Nr. 5 SGB V mit der Verordnungssubstitution durch die auf der Grundlage des Ergebnisses eines Abfragesystems im Sinne des § 133a Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 getroffene Entscheidung zwei Fragen auf:

- Wie wird das Abfrageergebnis „Krankenfahrdienst“ aus der dem Notfallmanagement zugeordneten Leitstelle in den Markt überführt?
- In welchem Verhältnis stehen Abfrageergebnis und Genehmigungsvorbehalt der Kostenträger für ambulante Behandlungen nach Krankentransport-Richtlinie des G-BA?

Ein funktionierender Krankenfahrdienst entlastet den qualifizierten Krankentransport und bildet somit die Grundlage für einen leistungsfähigen Rettungsdienst. Um Angebote des Krankenfahrdienstes nutzbar zu gestalten, bedarf es einer auskömmlichen Vergütung. § 60 Abs. 5 Satz 3 SGB V verweist auf die Verhandlungs- und Ausgestaltungsregelungen in § 133 Abs. 2 Satz 2 und 6 sowie Absatz 5 SGB V. Gesetzgeberisch wäre klarzustellen, dass auch die Finanzierung des Krankenfahrdienstes auskömmlich auszugestalten ist. Daher regt die Johanniter-Unfall-Hilfe folgende Formulierung des § 60 Abs. 5 Satz 2 SGB an:

*Für Krankenfahrten nach Nummer 2 sollen die Krankenkassen oder ihre Landesverbände mit Einrichtungen oder Unternehmen **auskömmliche** Verträge schließen.*

Krankenfahrdienste 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. Um eine Versorgungssicherheit mit Krankenfahrten, insbesondere als niederschwellige Ergänzung zum qualifizierten Krankentransport sowie zum Notfalltransport, zu gewährleisten, bedarf es einer eskalativen Schiedsmöglichkeit zu gescheiterten Entgeltverhandlungen im Krankenfahrdienst. Da mangels landesgesetzgeberischer Befassung keine Möglichkeit besteht, die Schiedsstelle für den Krankenfahrdienst über die Landesrettungsdienstgesetze zu regeln, scheidet eine simple Bezugnahme auf § 133 Abs. 4 SGB V aus. Daher regt die Johanniter-Unfall-Hilfe an, für die

Entgeltverhandlungen zu Krankenfahrten eine Schiedsstelle im SGB V zu etablieren. Die Johanniter-Unfall-Hilfe schlägt daher als § 60 Abs. 5 Satz 4 SGB V folgende Formulierung vor:

Kommt ein Vertrag nach Satz 2 binnen 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 als § 133i SGB V folgende Regelung einzufügen:

§ 133i Schiedsstelle Krankenfahrdienst

- (1) In den Ländern sind Schiedsstellen für Konflikte zu Entgeltverhandlungen zu Krankenfahrten nach § 60 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 § 60 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 Rechtswegzuweisung zur Sozialgerichtsbarkeit wird dem gesetzgeberischen Willen aus §§ 123 Abs. 1 Satz 10, 133 Abs. 4 Satz 3 SGB V gefolgt.

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

§ 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, jedoch 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 Satzes als § 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.

sowie die Verschiebung der auf § 75 Abs. 1b Satz 6 SGB V folgenden Sätze.

Positiv hervorzuheben ist, dass der Bundesgesetzgeber die Kooperationsmöglichkeit mit den Rettungsdiensten explizit in § 75 Abs. 1b Satz 10 SGB V regelt. An dieser Stelle gilt es 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 10 SGB V 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 bei den Kassenärztlichen Vereinigungen würde hierfür nicht ausreichen. Daher empfiehlt die Johanniter-Unfall-Hilfe, den § 75 Abs. 1b Satz 10 SGB V wie folgt zu konkretisieren:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Durchführung der in Satz 5 Nummer 3 genannten Maßnahme Kooperationen mit dem Träger des Rettungsdienstes sowie mit den Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung zum Einsatz qualifizierten nichtärztlichen Personals eingehen.

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 einer Projekt- und hin zu einer Regelfinanzierung auszurichten.

§ 75 Abs. 1c SGB V

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt den Vorstoß, die telefonische Erreichbarkeit der 116117 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 2 SGB V wie folgt lauten:

*Ab dem ... muss die Akutleitstelle unter der in Absatz 1a Satz 2 genannten bundesweit 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 vor Patientinnen und Patienten, die das integrierte Notfallzentrum ohne Vorkontakt aufsuchen, behandelt werden. Gleichzeitig gilt es, medial und kommunikativ sicherzustellen, dass sich bei der Bevölkerung die irrige Vorstellung 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 vorgesehenen Leistungserbringern erbracht wird. Die Länder und Kommunen planen und beauftragen den Rettungsdienst.

§ 133 Abs. 2 SGB V

§ 133 Abs. 2 SGB V gibt dabei die Systematik für die Finanzierung der medizinischen Notfallrettung vor und ist über die Bezugnahme in § 60 Abs. 5 und 6 SGB V gleichzeitig Grundlage für die Finanzierung der Krankenfahrten sowie des Krankentransports.

Dabei zeigen sich verschiedene Passagen klärungs- und klarstellungsbedürftig:

Begriff der „Vergütung der einzelnen Leistungen“

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

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 auskömmlichen Finanzierung.

Hier wäre folgende Formulierung ratsam:

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

Mit § 133 Abs. 2 Satz 3 SGB V soll die jederzeitige Sicherstellung des Leistungsanspruchs nach § 30 SGB V begründet und entsprechend der Begründung die Ausgestaltung über § 133 Abs. 5 SGB V unter Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 Satz 2 SGB V finanziert werden.

Zu bedenken ist an dieser Stelle, 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.

Bindungswirkung der Rahmenempfehlungen

Bei Verhandlung der Vergütung sind die Empfehlungen des Fachgremiums medizinische Notfallrettung zu berücksichtigen, § 133 Abs. 2 Satz 4 SGB V. Dieser im Grundsatz durchaus positive Ansatzpunkt des Einflusses des namentlich nicht benannten Gremiums hinkt nicht nur aufgrund der nicht vollumfänglichen Mitwirkung, sondern verfehlt bereits den Sinn einer Empfehlung, wenn über die Kostenseite die Bindungswirkung festgesetzt wird. Der Gesetzgeber räumt in der Begründung zwar lediglich eine Indizwirkung der Rahmenempfehlungen ein, die Kostenträger werden diesen jedoch nach Belieben praktisch Bindungswirkung zusprechen.

Die Mitwirkung wird unter § 133b SGB V thematisiert.

Beitragssatzstabilität

§ 133 Abs. 2 Satz 6 SGB V gibt mit dem Verweis auf § 71 Abs. 1 bis 3 SGB V die Beitragssatzstabilität vor. Dabei ist der Systematik nach unklar, ob sich der Verweis auf den davorstehenden Satz (Umlage der Kosten für Notfallmanagement) oder den kompletten § 133 Abs. 2 SGB V bezieht.

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 einer Kostendeckelung behindert werden darf. Die Rettung von Menschenleben durch medizinischen Fortschritt darf nicht aufgrund vorgeschobener Kostendiskussionen ausgebremst werden.

Mit der durch das GKV-BStabG verschärften Finanzierungslage ergibt sich im Rahmen des NotfallG deutlicher Korrekturbedarf. Die präklinische Notfallversorgung mit Notfallbehandlung und Notfalltransport ist maßgeblich von exogenen Kosten geprägt. Dabei bilden die der Grundlohnrate zugrunde liegenden Personalkosten lediglich einen Teil der Kostenentwicklung ab – und sollen nach Befassung mit dem GKV-BStabG auch selbst nicht mehr vollumfänglich und auskömmlich refinanziert werden. Dabei hat das Bundessozialgericht (BSG) in mehreren Fällen entschieden, dass die Zahlung von Tariflöhnen oder ortsüblichen Gehältern grundsätzlich als wirtschaftlich anzuerkennen ist und nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden darf (z.B. BSG, Urteil vom 23.06.2016 – B 3 KR 25/15 R).

Um die Refinanzierung des Rettungsdienstes auch künftig sicherzustellen und das Leistungsangebot nicht im Rahmen der Umsetzung der Reform der Notfallversorgung durch eine kalte Bereinigung selbst zu verhindern, bedarf es einer ausdrücklichen Korrektur der Refinanzierungsregelungen:

Variante 1 – Ausdrückliche Ausnahme

Die Kosten des Rettungsdienstes unterliegen bereits jetzt dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Dies wird z.B. durch Ausschreibungen (vgl. § 127 GWB – „Der Zuschlag wird auf das wirtschaftlichste Angebot erteilt.“), Bindung der verwaltungsrechtlichen Auswahlentscheidung an die Wirtschaftlichkeit über die BHO / LHO, Tariflohnfinanzierung sichergestellt. Dies stellt bereits praktisch die in § 71 Abs. 1 SGB V geforderte Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven dar.

Daher wäre § 133 Abs. 2 Satz 6 SGB V wie folgt zu formulieren:

§ 71 Absatz 2 findet keine Anwendung.

Variante 2 – Öffnungsklausel

Die überwiegend durch exogene Kosten geprägte Kostenstruktur des Rettungsdienstes bedarf einer Refinanzierungsregelung, in der diese Kosten abgebildet werden können.

Daher wäre entweder als § 133 Abs. 2 Satz 7 SGB V oder als § 133 Abs. 2a SGB V folgende Formulierung einzufügen:

Für Vereinbarungen über die Vergütung von Leistungen des Rettungsdienstes können die Vertragspartner abweichend von § 71 Absatz 2 und 3 eine darüber hinausgehende Veränderung der Vergütung zur auskömmlichen Finanzierung vereinbaren.

Variante 3 – Reaktivierung der Gesamtbetrachtung

In § 71 Abs. 2 Satz 2 SGB V a.F. war eine Überschreitung der Grundlohnrate bei systematischen Einsparungen möglich:

Abweichend von Satz 1 ist eine Überschreitung zulässig, wenn die damit verbundenen Mehrausgaben durch vertraglich abgesicherte oder bereits erfolgte Einsparungen in anderen Leistungsbereichen ausgeglichen werden.

Diese Refinanzierungsregelung würde in der Gesamtbetrachtung dem Rettungsdienst ermöglichen, das wachsende Aufgaben- und Leistungsportfolio mit einer leistungsgerechten Vergütung und demnach auch mit einer notwendigen Vergütungssteigerung gegenüber den Kostenträgern geltend zu machen.

Der Rettungsdienst ist bereits seit Jahren Notnagel der Gesundheitsversorgung und kompensiert mit positiver Wirkung für die Wirtschaftlichkeit des Gesamtsystems sowohl die Ausdünnung der Kliniklandschaft als auch die Reduktion des ambulanten Versorgungsangebots. Stringent wäre, beiden quantitativen Abwärtsentwicklungen mit entsprechenden Vergütungsanpassungen zu begegnen und den Rettungsdienst als jederzeit verfügbares Angebot, welches jene Defizite auffängt, auskömmlich zu finanzieren.

Dafür müsste nach § 133 Abs. 2 Satz 7 SGB V oder als § 133 Abs. 2a SGB V folgender Satz eingefügt werden:

Abweichend von § 71 Absatz 2 Satz 1 ist für Vereinbarungen nach § 133 Absatz 2 eine Überschreitung der Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 zulässig, wenn die damit verbundenen Mehrausgaben durch vertraglich abgesicherte oder bereits erfolgte Einsparungen in anderen Leistungsbereichen ausgeglichen werden.

Der Verweis auf die bestehende Ausnahmeregelung in § 71 Absatz 1 Satz 1 SGB V vermag den Verzicht auf eine systematische Lösung nicht zu rechtfertigen: Diese Ausnahme greift erst, wenn die Versorgung bereits gefährdet ist, und ihre Voraussetzungen sind im Streitfall von den Leistungserbringern nachzuweisen. Angesichts der dauerhaften, einsatzunabhängigen Struktur des Rettungsdienstes und der erwarteten jederzeitigen Verfügbarkeit bedarf es demgegenüber einer vorsorgenden, strukturellen Regelung. Dass hierfür innerhalb der Reform ausreichend finanzieller Spielraum besteht, zeigt die eigene Kostenfolgenabschätzung des Gesetzentwurfs, die für die gesetzliche Krankenversicherung einen deutlich positiven Gesamtsaldo von langfristig gut 1,2 Milliarden Euro jährlich ausweist.

Eine nicht auskömmliche Refinanzierung hätte nicht nur zur Folge, dass die bisherigen Leistungen in Qualität und Quantität nicht mehr sichergestellt werden könnten, sondern auch, dass wesentliche Aspekte der Reform der Notfallversorgung praktisch nicht umsetzbar wären. Insbesondere Digitalisierungs- und Vernetzungsmaßnahmen, Impulse zur Qualitätssteigerung und Innovationen würden mindestens in der Implementierung Zusatzkosten hervorrufen, die sich über die gedeckelte und in den kommenden Jahren sogar abgesenkte Steigerungsrate nicht abbilden lassen würden.

§ 133 Abs. 4 SGB V

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt die Vorgabe einer nach Landesrecht zu errichtenden Schiedsstelle. Bisher besteht ein solches Konfliktlösungsinstrument nicht in allen Bundesländern. Zu bedenken ist, dass diese Vorgabe lediglich die Entgelte für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung und des qualifizierten Krankentransports (über § 60 Abs. 6 Satz 3 SGB V) umfasst. In § 60 Abs. 5 Satz 3 SGB V ist der Verweis auf die Schiedsstelle nicht gegeben, weshalb für den Krankenfahrdienst eine eigene Schiedsmöglichkeit formuliert werden müsste.

§ 133 Abs. 5 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. 5 SGB V wie folgt zu formulieren:

Das Fachgremium medizinische Notfallrettung nach § 133b Abs. 1 SGB V 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 bisher 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. 1 Satz 1 SGB V der Passus „Auf Antrag eines Leistungserbringers des Notfallmanagements“ zu ersetzen und § 133a Abs. 1 Satz 1 SGB V 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. 1 SGB V

Unklar ist, wieso das Gremium nicht wie initial vorgeschlagen bei dem Bundesgesundheitsministerium, sondern in direkter Zuständigkeit einer der im Gremium vertretenen Parteien angegliedert sein soll. Hier sind Interessenkonflikte vorhersehbar.

In Abänderung der Verortung wäre § 133b Abs. 1 Satz 1 wie folgt zu beginnen:

Das Bundesministerium für Gesundheit bildet (...)

Das Bundesministerium für Gesundheit ist neutral und als objektiver Begleiter der Diskussion deutlich besser geeignet als die Spitzenorganisation der Kostenträger.

§ 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.

Gleichzeitig ist unklar, wie die Plätze interessengerecht vergeben werden sollen. So werden aufgrund der Platzbegrenzung bei vier Sitzen für die „maßgeblichen Spitzenorganisationen von in § 133 Absatz 1 genannten Leistungserbringern der medizinischen Notfallrettung nach § 30 auf Bundesebene“ Partizipationsdiskussionen entstehen, die mit einer Platzdefinition ab z.B. einer bestimmten Erheblichkeitsschwelle obsolet wären. Unberücksichtigt bleibt zudem die Luftrettung als wesentliche Säule der Notfallrettung. Die drei großen Luftrettungsorganisationen sind in der Zusammensetzung des Gremiums nicht abgebildet. Um den Rettungsdienst in Gänze weiterzuentwickeln, sollte ihre Perspektive gleichberechtigt einbezogen werden.

§ 133b Abs. 4 SGB V

§ 133b Abs. 4 SGB V regelt den Tätigkeitsumfang des neu einzuführenden unbenannten Gremiums. Besonders positiv ist die Präzisierung des Beschäftigungskatalogs.

Dabei sei an dieser Stelle bereits anzumerken, dass verschiedenste Fragen, die der Gesetzgeber in § 133b Abs. 4 SGB V durch Rahmenempfehlung vorzugeben gedenkt, gar nicht in der originären Regelungszuständigkeit des Bundes liegen und das Gremium 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 4 SGB V zu berücksichtigender Bestandteil der Vergütungsverhandlungen und würden damit mittelbar Bindungswirkung entfalten. Eine solche Regelungsbindung ist schon aufgrund der mangelnden Zuständigkeit zu rügen.

§ 133b Abs. 4 Nr. 7 SGB V

Unabhängig von den Zuständigkeitsfragen regt die Johanniter-Unfall-Hilfe an, dass die Empfehlungen im Bereich der Ersthelferalarmierungssysteme nach § 133b Abs. 4 Nr. 7 SGB V konkretisiert werden. Es bedarf vor allem eines einheitlichen Kommunikations- und Datenformats, um die Hilfwilligen, die derzeit aufgrund lokal unterschiedlicher Ausprägung bei einer Vielzahl an App-Anbietern registriert sind, über die eigene „App-Grenze“ hinaus alarmieren zu können:

Dies sollte in § 133b Abs. 4 Nr. 7 SGB V selbst geschehen. Nicht nachvollziehbar ist, wieso die im Referentenentwurf noch enthaltene Regelung zu „*Verfügbarkeit von Schnittstellen zu anderen auf digitalen Anwendungen basierenden Ersthelferalarmierungssystemen und den Integrierten Leitstellen*“ hier entfallen ist und lediglich in der Gesetzesbegründung wieder auftaucht. Die Interoperabilität sollte nicht nur im Gesetzestext, sondern auch im Rahmen der Begründung noch einmal klargestellt werden.

§ 133c SGB V

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

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.

§ 133c Abs. 2 SGB V

Die Verpflichtung der Leistungserbringer, die in dem digitalen System als Versorgungskapazitätenachweissystem abrufbaren Informationen zu nutzen, wird mit dem Entwurf zeitlich uneingeschränkt vorgegeben. Dabei hängt die Nutzung eines solchen Systems ebenso wie die digitale Notfalldokumentation in § 133c Abs. 1 SGB V von deren Verfügbarkeit ab.

Daher wäre § 133c Abs. 2 Satz 2 SGB V wie folgt zu gestalten:

*Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 sind, **sobald die erforderlichen technischen Voraussetzungen vorliegen**, verpflichtet, ein digitales Informationssystem zu nutzen, das [...]*

Um die digitale Kooperation nutzbar zu gestalten, bedarf es einer auskömmlichen Finanzierung der Innovation. Daher sollte in einem § 133c Abs. 4 SGB V klargestellt werden:

Die Kosten der digitalen Kooperation in der Notfallrettung sind als Kosten in den Vergütungsvereinbarungen nach § 133 Absatz 2 SGB V mit aufzunehmen. Für die Kosten der digitalen Kooperation gilt § 71 Absatz 1 bis 3 nicht.

§ 133d 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. § 133d Abs. 2 Satz 2 SGB V um die Leistungserbringer 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 Beteiligten sowie mögliche wissenschaftliche Partner die Optimierung der Versorgung sowie die Versorgungsforschung mit Daten aus erster Hand effektiv vorantreiben.

§ 133e SGB V

Die Verwendungsvorgabe der Telematik-Infrastruktur ist mit vielen positiven Nutzungsmöglichkeiten verknüpft. Dabei ist zu hinterfragen, ob die gematik als verantwortliche Gesellschaft aktuell und auch bis zum gesetzlich vorgegebenen Stichtag – also 15 Monate nach

Verkündung des Gesetzes – die Einführung der Telematik-Infrastruktur überhaupt bewerkstelligen kann.

Ferner stellt die Johanniter-Unfall-Hilfe fest, dass mit der Einführung der Telematik-Infrastruktur hohe Investitions-, Schulungs- und Einführungsaufwände einhergehen werden. Obgleich in § 133e Abs. 2 zur Refinanzierung auf die Pauschalen in der Festsetzung des BMG zur Telematik-Infrastruktur in Anlage 32 des Bundesmantelvertrages verwiesen wird – eine diesbezügliche Vereinbarung ist nicht geschlossen worden –, reicht die damit verbundene geräte- und betriebspauschalenbasierte Refinanzierungsgrundlage weder inhaltlich noch prozessual aus.

Die Festsetzung des BMG ist in der aktuellen Fassung nicht auf die Leistungserbringer der medizinischen Notfallversorgung anwendbar. Die Einführung der Telematik-Infrastruktur macht nur Sinn, wenn die Nutzbarkeit auf jedem Rettungsmittel gegeben ist.

Neben den Anschaffungs- und Betriebskostenpauschalen sind auch Projektierungs- und Implementierungskosten zu refinanzieren. Hier wäre folgende klarstellende Präzisierung als § 133e Abs. 2 Satz 2 SGB V notwendig:

Die nicht von den Pauschalen dieser Vereinbarung umfassten Projektierungs- und Implementierungskosten sind als Kosten der medizinischen Notfallversorgung im Rahmen der Vollkostenfinanzierung in den Leistungsentgelten zu berücksichtigen und in den Verträgen nach § 133 Absatz 2 SGB V zu inkludieren.

Ferner ist bereits zu bedenken, dass die durch die Digitalisierung und die Anbindung an die Telematikinfrastruktur entstehenden Kosten bisher nicht Teil der rettungsdienstlichen Kosten sind und somit in Anbetracht der drohenden Deckelung abermals die Versorgungsfinanzierung gefährdet wird. Daher ist folgende Regelung zu ergänzen:

Für die Kosten der Einführung und des Betriebs des Anschlusses an die Telematik-Infrastruktur gilt § 71 Absatz 1 bis 3 nicht.

Hinzu kommt, dass für die 85.000 Beschäftigten im Rettungsdienst die Zugangsmöglichkeit definiert werden muss. Über die bei weitem noch nicht flächendeckend verfügbaren Heilberufsausweise könnten lediglich Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter Zugang zur Telematik-Infrastruktur erhalten. Da jedoch auch Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter an der Versorgung vor Ort, aber insbesondere auch am Transport beteiligt sein werden, ist auch für diese eine entsprechende Zugangsmöglichkeit sowie deren Refinanzierung zu planen.

§ 133f SGB V

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt ausdrücklich, die Digitalisierung in der medizinischen Notfallrettung per Gesetz voranzutreiben und bedankt sich bereits jetzt, dass dafür Mittel aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes zur Verfügung gestellt werden sollen.

Redaktionelle Hinweise

§ 30 Abs. 3 Satz 1 SGB V

(S. 9)

„Das Notfallmanagement umfasst die Entgegennahme des medizinischen Hilfeersuchens, die Vermittlung der erforderlichen Hilfe und, sofern im Einzelfall erforderlich, die barrierefreie telefonische oder telemedizinische Notfallberatung, einschließlich der telefonischen Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen, ...“

Nach „erforderlich“ steht ein Punkt statt eines Kommas. Der Satz wird anschließend mit einem Kleinbuchstaben („die barrierefreie ...“) fortgesetzt. Erkennbar sollte es

„...und, sofern im Einzelfall erforderlich, die barrierefreie telefonische ...“

heißen. Der Fehler ist rein orthografisch, sollte aber vor der weiteren parlamentarischen Beratung korrigiert werden, da § 30 SGB V eine zentrale Definitionsnorm der Reform ist.

§ 123b Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V

(S. 22)

„Krankenhausstandort die in § 25 Absatz 2 bis 4 der „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), die zuletzt durch den Beschluss vom 18. Juni 2025 (BAnz AT 28.08.2025 B3) geändert worden sind, genannten Kriterien erfüllt“

In § 123a Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 SGB V wird auf die neuere Regelung des G-BA („zuletzt durch den Beschluss vom 20. November 2025 (BAnz AT 19.06.2026 B5) geändert“) Bezug genommen.

Begründung zu § 133e SGB V

(S. 90)

„Zum Ausgleich der in 376 genannten Ausstattungs- und Betriebskosten erhalten die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 30 zunächst grundsätzlich die in der Festlegung des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 378 Absatz 2 Satz 2 für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer vereinbarte TI-Pauschale ...“

Hier fehlt vor dem § 376 SGB V das Paragraphenzeichen.



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 Hilfsgesellschaft
rettungsdienst@johanniter.de

Stabsstelle Politik:

politik@johanniter.de