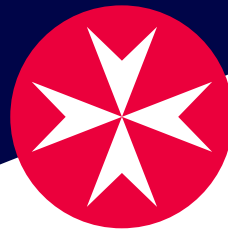




JOHANNITER



Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Stellungnahme der Johanniter-Unfall-Hilfe

Berlin, 4. Dezember 2025

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

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

4. die spezielle ambulante Notfallversorgung

Der aktuelle Entwurf 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.

§ 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.

§ 30 Abs. 6 SGB V

In Umsetzung der aufzunehmenden Leistung „spezielle ambulante Notfallversorgung“ wäre diese wie folgt zu auszuformulieren:

(6) Die spezielle ambulante Notfallversorgung (SANV) nach Absatz 2 Nummer 4 umfasst geeignete spezialisierte ambulante Versorgungsangebote, hierzu zählen unter anderem notfallpflegerische Leistungen, psychische Notfallhilfen sowie Leistungen einer fachgerechten Versorgung außerklinischer, geburtshilflicher Notfälle. Die für das Notfallmanagement nach Absatz 3 zuständigen Stellen haben die Vermittlung dieser Leistungen für den Bedarfsfall in geeigneter Weise sicherzustellen.

Aus dieser Regelung würde folgenden 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. 2 Nr. 5 SGB V die Möglichkeit zur verordnungsgleichen Disposition von Krankentransporten eingeräumt wird.

Praktisches Beispiel

Das in der Praxis häufig vorkommende rettungsdienstliche Meldebild „Schlechter Allgemeinzustand“ ist in der Regel nicht plötzlich auftretend, wird aber oftmals mit einem Rettungswagen beschickt.

In der Praxis entscheidet aktuell das Vorliegen einer Verordnung zur Krankenförderung, ob und welches Rettungsmittel entsendet wird. Die aktuelle Systematik der Fahrtkostenfinanzierung von Rettungsfahrten (§ 60 Abs. 2 Nr. 2 SGB V) sowie der Verordnungs- und z.T. Genehmigungsnotwendigkeit für alle anderen Krankenförderungen führt dazu, dass selbst bei offensichtlich nicht vorliegender Lebensgefahr seitens der Leitstellen oftmals ein Rettungswagen entsendet wird, obgleich ggf. ein Krankentransportwagen oder gar ein Mietwagen ausgereicht hätte.

Der künftigen Systematik entsprechend könnte das Meldebild „Schlechter Allgemeinzustand“ künftig auch mit einem (Notfall)Krankentransportwagen bedient, der Einsatz mit einer minder-starren Frist bearbeitet und der Patient dennoch transportiert werden.

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 9 SGB V regelt. 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 9 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 9 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 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.

Dabei zeigen sich verschiedene Passagen klärungs- und klarstellungsbedürftig:

„Transparenz“ als unbestimmter Rechtsbegriff

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt, dass der Gesetzgeber von der vorherigen Formulierung „müssen transparent vorliegen“ als unbestimmten Rechtsbegriff Abstand genommen hat und nunmehr „elektronisch, vollständig und in nachprüfbarer Form“ in § 133 Abs. 2 Satz 2 SGB V vorgibt.

Gleichsam wird die transparente Vorlage fortwährend in der Gesetzesbegründung zu § 133 Abs. 2 SGB V gefordert. Obgleich der Gesetzesbegründung keine direkte Bindungswirkung zukommt, wird diese dennoch zur Auslegung herangezogen. Daher müsse auch die Gesetzesbegründung auf die geänderte gesetzliche Formulierung angepasst werden.

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.

Sollte der § 133 Abs. 2 Satz 3 SGB V („Bei der Vergütung dürfen Kosten nicht berücksichtigt werden, die durch eine über den jederzeitigen Leistungsanspruch nach § 30 einhergehenden

öffentliche Aufgabe bedingt sind.") auf die Themen Vorhaltung und Gefahrenabwehr abzielen, wäre dieser ersatzlos zu streichen. Eine wie auch immer geartete duale Finanzierung des Rettungsdienstes hätte gravierende Folgen und würde das System der präklinischen Notfallversorgung massiv unterfinanzieren. Leider finden sich in der Gesetzesbegründung hierzu keinerlei Ausführungen.

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.

Empfehlungen des Rahmenempfehlungen

Bei Verhandlung der Vergütung sind die Empfehlungen des Qualitätsausschusses 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.

Die Mitwirkung wird unter § 133b SGB V thematisiert.

Gravierender ist die fehlerhafte Bindungswirkung der als Rahmenempfehlung bezeichneten Arbeitsergebnisse des unbenannten Gremiums. 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 Satz 8 SGB V gibt mit dem Verweis auf § 71 Abs. 1 bis 3 SGB V die Beitragssatzstabilität vor. Dabei ist der Systematik nach unklar, ob der Verweis für 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 Kostendeckelung behindert werden darf. Die Rettung von Menschenleben durch medizinischen Fortschritt darf nicht aufgrund vorgeschobener Kostendiskussionen ausgebremst werden.

§ 133 Abs. 3 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 umfasst.

Die Bezugnahme in § 133 Abs. 5 Satz 2 SGB V für Krankenfahrten ist an dieser Stelle zirkelschlüssig, da dies Leistungen nach Personenbeförderungsgesetz sind. Dazu ausführlicher unter § 133 Abs. 5 SGB V.

§ 133 Abs. 4 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. 4 SGB V wie folgt zu formulieren:

*Das Gremium nach § 133b Abs. 1 SGB V bestimmt in einer **Rahmenempfehlung** das Nähere zum Verfahren und zur Umsetzung der Vertragsgestaltung.*

§ 133 Abs. 5 SGB V

§ 133 Abs. 5 nimmt für den Krankentransport und den Krankenfahrtdienst Bezug auf die vorherigen Absätze, wobei der Krankenfahrtdienst nicht dem landesrechtlichen Planungs- und Beauftragungsvorbehalt nach § 133 Abs. 1 SGB V unterliegt.

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. 5 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. Krankenfahrdienste werden nach Personenbeförderungsgesetz erbracht. Festgefahrte 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 § 133g SGB folgende Regelung einzufügen:

§ 133h 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.

§ 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. 1 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.

Unklar ist, wieso das Gremium nicht wie bisher erörtert unter dem Bundesgesundheitsministerium, sondern in direkter Zuständigkeit einer der im Gremium vertretenden Parteien angegliedert sein soll. Hier sind Interessenkonflikte vorhersehbar.

§ 133b Abs. 1 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.

§ 133b Abs. 2 SGB V

§ 133b Abs. 2 SGB V sieht eine paritätische Stimmenverteilung von GKV- und Landesvertretern bei gleichzeitigem Mitberatungs- aber fehlendem Stimmrecht der Leistungserbringer vor. Diese Ausgestaltung ist aus mehreren Gründen unpraktisch und fehlgeleitet.

Die Leistungserbringer im Rettungsdienst sind maßgeblich für die Aufrechterhaltung der medizinischen Notfallversorgung verantwortlich. Ihnen obliegt, den Betrieb sicherzustellen. Sie sollten daher die Ausgestaltung des Rettungsdienstes mitbestimmen können.

Gleichzeitig geht mit der bisher vorgesehenen paritätischen Stimmverteilung das in der Praxis nicht zu vernachlässigende Risiko der Patt-Abstimmung einher. Diametral gegenüberstehende Interessen würden die Fortentwicklung des Rettungsdienstes lähmen. Diesem Punkt könnte mit

der Stimmberechtigung einer ungeraden Anzahl an Leistungserbringern im Rettungsdienst (z.B. die vier Hilfsorganisationen sowie ein Vertreter der im Rettungsdienst aktiven Feuerwehren) begegnet werden.

§ 133b Abs. 3 SGB V

§ 133b Abs 3 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. 3 SGB V durch Rahmenempfehlung vorzugeben gedenkt, gar nicht in der 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 entfaltend. Eine solche Regelungsbindung ist schon aufgrund der mangelnden Zuständigkeit zu rügen.

§ 133b Abs. 3 Nr. 5 SGB V

Das Gremium soll sich hierbei mit bundesweit zu erhebenden Qualitätsindikatoren der medizinischen Notfallrettung, die für die Ermittlung der Leistungsqualität in der medizinischen Notfallrettung nach § 133d SGB V erforderlich sind, beschäftigen.

Während die reine Aufstellung von Qualitätsindikatoren zur Vergleichbarkeit primär unproblematisch ist, wäre ein Messen der Leistungserbringer und eine damit verbundene Diskussion zu Vergütungsfragen durchaus problematisch.

Qualitätsindikatoren können als Grundlage für Verbesserung, keinesfalls als Kosteninstrument herangezogen werden.

§ 133b Abs. 3 Nr. 7 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.

Redaktionell sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass in der Gesetzesbegründung (S. 84) die Erläuterungen zu § 133b Abs. 3 Nr. 8 und Nr. 9 SGB V kreuzweise vertauscht sind.

§ 133c 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.

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, ein digitales Informationssystem zu nutzen, wird hier 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 1 SGB wie folgt zu gestalten:

Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung nach § 133 Absatz 1 sind, sobald die erforderlichen technischen Voraussetzungen vorliegen, verpflichtet, ein digitales Informationssystem zu nutzen, das [...]

§ 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 beteiligte 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 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 Abs. 2 SGB V zu inkludieren.

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 vorzutreiben und bedankt sich bereits jetzt, dass dafür Mittel aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes zur Verfügung gestellt werden sollen.



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 Mähner
Christian Meyer-Landrut

Ansprechpartner:

Kevin Grigorian, LL.M., MBA
Geschäftsbereichsleiter
Geschäftsbereich Rettung & Medizinische Dienste
rettungsdienst@johanniter.de

Stabsstelle Politik:

politik@johanniter.de