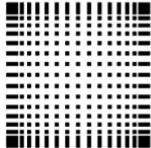


Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)230(24)
gel. SV zur öffentl. Anh. am 06.11.2024
04.11.2024



hochschule mannheim

Hochschule Mannheim · Paul-Wittsack-Straße 10 · 68163 Mannheim

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Hochschule Mannheim

fon +49 (0) 621 292 6111
fax +49 (0) 621 292 6420
www.hs-mannheim.de

Mannheim University
of Applied Sciences
Paul-Wittsack-Straße 10
68163 Mannheim

Landesoberkasse Baden-Württemberg
BIC SOLADEST600
IBAN DE02 6005 0101 7495 5301 02

Prof. Dr. Andreas Pitz
Sozialrecht, Gesundheitsrecht, Non-Profit
Recht
fon 0621 292 6728
pitz@hs-mannheim.de

Mannheim, 04.11.2024

Schriftliche Stellungnahme

**im Rahmen der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen
Bundestages**

zu den Vorlagen

**Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (BT-Drucks.
20/13166)**

**Änderungsantrag 1 der Fraktionen der SPD, Bündnis 90/DIE GRÜNEN und FDP (Ausschussdrucks.
20(14)231.1**

vorgelegt von

Professor Dr. Andreas Pitz

I.	VORBEMERKUNG.....	2
II.	GESETZGEBUNGSKOMPETENZ	3
A.	STELLUNGNAHME.....	3
B.	ERGEBNIS	6
III.	ÄNDERUNGSANTRAG 1	7
A.	§§ 27, 30 SGB V-ÄA1	7
B.	§ 60 SGB V-ÄA1.....	13
C.	§ 133 SGB V-ÄA1.....	16
D.	§ 133B SGB V-ÄA1.....	19



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

E.	§ 133c SGB V-ÄA1	21
F.	§ 133A ABS. 4 SGB V-ÄA1	22
IV.	ENTWURF EINES GESETZES ZUR REFORM DER NOTFALLVERSORGUNG	23
A.	§ 75 ABS. 1b-SGB V-E	23
B.	§§ 123, 123A SGB V-E	25
C.	§ 133A SGB V-E	27

I. Vorbemerkung

Aufgrund der Kürze der für die Erarbeitung der Stellungnahme zur Verfügung stehenden Zeit und der kurzfristigen Vorlage des Änderungsantrages 1 erfolgt eine Bewertung des Gesetzentwurfes und des Änderungsantrages 1 nur hinsichtlich ausgewählter Regelungen und nur insoweit, als dies aus medizin- und gesundheitsrechtlicher Sicht erforderlich erscheint.

Die Notwendigkeit einer Reform der Notfallversorgung, insbesondere im Hinblick auf eine adäquate Patientensteuerung, ist wissenschaftlich unbestritten. Eine solche Reform steht vor der Herausforderung, dass die Notfallversorgung von Leistungserbringern aus drei verschiedenen Sektoren (Rettungsdienst, ambulant, stationär) erbracht wird. Aus gesundheitsrechtlicher Sicht besteht die Besonderheit, dass die Versicherten im Bereich der Notfallversorgung faktisch über keinen Rechtsschutz gegen die Nichterfüllung ihrer Leistungsansprüche verfügen. Vor diesem Hintergrund kommt der staatlichen Schutzwicht aus dem Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit aus Art. 2 Abs. 2 Grundgesetz (GG) eine besondere Bedeutung zu. Der Gesetzgeber steht damit vor der Herausforderung, das System der Notfallversorgung so auszustalten, dass einerseits die staatliche Schutzwicht aus Art. 2 Abs. 2 GG erfüllt wird und andererseits eine (rechtswidrige) Nichterfüllung von Leistungsansprüchen auf der Systemebene möglichst ausgeschlossen wird.

Der vorliegende Gesetzentwurf nimmt nur die Leistungserbringer zweier Sektoren in den Blick, die Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits und die Krankenhäuser andererseits. Damit bleibt ein wesentlicher Teil der Notfallversorgung, der Rettungsdienst mit den Integrierten Leitstellen, im Gesetzentwurf unberücksichtigt. Rechtlich problematisch ist dies deshalb, weil aufgrund der systemischen Probleme im Rettungsdienst¹ und den daraus resultierenden bundesweiten Unterschieden in der rettungsdienstlichen Versorgung derzeit keine einheitliche

¹ Di Fabio, Verfassungsrechtliche Vorgaben für die Neuordnung der deutschen Notfallrettung, S. 18.

oder zumindest gleichwertige Versorgung der Versicherten erfolgt.² Vor diesem Hintergrund stellen die mit dem Änderungsantrag 1 beabsichtigten Ergänzungen des Gesetzentwurfes für den Bereich des Rettungsdienstes aus rechtlicher Sicht eine Notwendigkeit dar.

II. Gesetzgebungskompetenz

Der Bundesrat hat in seiner Sitzung am 27.09.2024 zu dem Gesetzentwurf Stellung genommen und darin die Gesetzgebungskompetenz des Bundes verneint, „*soweit fachliche und qualitative Anforderungen für den Rettungsdienst normiert werden*“³. Die Bundeskompetenz finde ihre Grenzen dort, wo durch sozialversicherungsrechtliche Regelungen faktische oder rechtliche Vorgaben für die Planung und Organisation des Rettungswesens in den Ländern gemacht würden.⁴

A. Stellungnahme

1. Einleitung

Das Recht zur Gesetzgebung auf dem Gebiet des Rettungsdienstes und der zugehörigen Integrierten Leitstellen steht grundsätzlich den Ländern zu (Art. 70 Abs. 1 GG). Es kann hierbei offenbleiben, ob der Rettungsdienst als Bestandteil der nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr⁵ oder zutreffend als Leistung der Gesundheitsversorgung bzw. der medizinischen Daseinsvorsorge angesehen wird. Dem Bund stehen nämlich mehrere Kompetenzzitel zur Verfügung, um im Bereich des Rettungsdienstes regulatorisch tätig zu werden. So kann er sich auf eine **konkurrierende Gesetzgebungskompetenz** für die **Sozialversicherung** (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG), das **Recht der Wirtschaft** (Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG) und den **Straßenverkehr** (Art. 74 Abs. 1 Nr. 22 GG) sowie auf die **ausschließliche Gesetzgebungskompetenz** für das **Recht der Telekommunikation** (Art. 73 Abs. 1 Nr. 7 GG) stützen. Eine spezielle Kompetenzzuweisung wie im Bereich der Krankenhausfinanzierung („wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser“, Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG) besteht für den Bereich des Rettungsdienstes nicht.

² Di Fabio, Verfassungsrechtliche Vorgaben für die Neuordnung der deutschen Notfallrettung, S. 34 ff.

³ Anlage 2 der BT-Drucks. 20/13166, S. 52.

⁴ Anlage 2 der BT-Drucks. 20/13166, S. 53.

⁵ so ohne nähere Begründung Hobusch, MedR 2023, S. 627, 629.

2. Gesetzgebungskompetenz für die Regelung von Leistungsansprüchen

Der Kompetenztitel „Sozialversicherung“ aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG ermächtigt den Bundesgesetzgeber, Inhalt, Voraussetzungen, Ausgestaltung und Umfang der sozialversicherungsrechtlich geschuldeten Leistungen zu bestimmen.⁶ Damit können Ansprüche der Versicherten auf Leistungen des Rettungsdienstes im SGB V normiert werden. Tatsächlich ist eine Ausgestaltung dieses Leistungsanspruchs sozialrechtlich zwingend, da im Sozialrecht der Gesetzesvorbehalt in § 31 Abs. 1 SGB I ausdrücklich geregelt ist:

„Rechte und Pflichten in den Sozialleistungsbereichen dieses Gesetzbuchs dürfen nur begründet, festgestellt, geändert oder aufgehoben werden, soweit ein Gesetz es vorschreibt oder zuläßt.“

Dieser Gesetzesvorbehalt ist im SGB V zusätzlich durch die Regelung des § 12 Abs. 3 SGB V „abgesichert“, der folgendes regelt:

„Hat die Krankenkasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage [...] erbracht und hat ein Vorstandsmitglied hiervon gewußt oder hätte es hiervon wissen müssen, hat die zuständige Aufsichtsbehörde [...] den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, [...].“

Derzeit besteht im Bereich Rettungsdienst lediglich eine Anspruchsgrundlage für die Erbringung der Sachleistung „Transport“ in den §§ 60, 133 SGB V. Eine Anspruchsgrundlage für die Leistungen der Integrierten Leitstellen, der notfallmedizinischen Versorgung, der speziellen ambulanten Versorgungsangebote des Rettungsdienstes, wie die Tätigkeit der Gemeindenotfallsanitäter, und der Leistungen für smartphonebasierte Ersthelferalarmierungssysteme ist im SGB V nicht explizit enthalten. Vielmehr werden diese Leistungen derzeit nur als akzessorische Nebenleistungen zur Transportleistung und damit ohne klare Rechtsgrundlage erbracht. Vor diesem Hintergrund sind die mit dem Änderungsantrag 1 beabsichtigten Änderungen des Gesetzentwurfes ausdrücklich zu begrüßen.

Aufgrund der unterschiedlichen Rechtsbeziehungen im sogenannten sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis ist es ausgeschlossen, dass die Normierung von Rechtsansprüchen auf

⁶ Dürig/Herzog/Scholz/Uhle, 101. EL Mai 2023, GG Art. 74 Rn. 309 mwN.

Sozialleistungen die Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer tangiert.⁷ Dies wäre vielmehr auf der Ebene des Leistungserbringerrechts denkbar. Tatsächlich ging der Bundesrat im Rahmen eines Gesetzesantrags aus dem Jahr 2013 selbst davon aus, dass der Bund entsprechende Ansprüche normieren kann.⁸

3. Gesetzgebungskompetenz für Regelungen des Leistungserbringerrechts

Der in § 30 SGB V-Änderungsantrag 1 (ÄA1) normierte Sachleistungsanspruch der Versicherten auf medizinische Notfallrettung ist von den Krankenkassen zu erfüllen. Die Regelung der Rahmenbedingungen, wie die Krankenkassen dies zu tun haben, das so genannte Leistungserbringungsrecht, gestaltet die Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern aus. Es fällt dem Grunde nach unstreitig unter die Kompetenznorm des Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG.⁹ Im Rahmen der Ausgestaltung des Leistungserbringerrechts hat der Gesetzgeber insbesondere sicherzustellen, dass eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten im gesamten Bundesgebiet gewährleistet ist.¹⁰ Dem liegt der Gleichheitssatz aus Art. 3 Abs. 1 GG zugrunde, der sich für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung auf den Grundsatz „gleicher Beitrag, gleiche Leistung“ reduzieren lässt.¹¹ Umstritten ist, inwieweit der Bundesgesetzgeber hierbei auf eine mitwirkende Gesetzgebungskompetenz der Länder Rücksicht zu nehmen hat. In der Literatur wird eine Garantenstellung des Bundes für die Notfallrettung vertreten. Diese erstreckt sich nicht nur auf die Existenz eines Systems der Notfallrettung, sondern auch auf dessen Qualitätsmerkmale. Dementsprechend würde die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG in jedem Fall auch die Regelung einheitlicher Vorgaben für die Qualitätsparameter der Notfallrettung erfassen.¹² Gute Gründe sprechen auch dafür, dass dem Bund in diesem Bereich eine Gesetzgebungskompetenz als Annexkompetenz für den Bereich des Rettungsdienstes zukommt. Selbst wenn man von keiner „Vollkompetenz“ des Bundes im Bereich Rettungsdienst ausgeht¹³, besteht in Literatur und Rechtsprechung Einigkeit darüber, dass der Bund über den Kompetenztitel der Sozialversicherung eine qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten

⁷ Vgl. Kuhla NZS 2014, 361, 362.

⁸ BR-Drucks. 190/13.

⁹ Bayerischer Verfassungsgerichtshof v. 16.07.2019 – Vf. 41-IX-19 – juris Rn. 77; Dürig/Herzog/Scholz/Uhle, 104. EL April 2024, GG Art. 74 Rn. 309.

¹⁰ BSG, Urt. v. 09.12.2004 – B 6 KA 44/03 R.

¹¹ Di Fabio, Verfassungsrechtliche Vorgaben für die Neuordnung der deutschen Notfallrettung, S. 36.

¹² Di Fabio, Verfassungsrechtliche Vorgaben für die Neuordnung der deutschen Notfallrettung, S. 39.

¹³ BSG, Urt. v. 17.02.2022 – B 3 KR 13/20R.

regulatorisch sicherstellen kann.¹⁴ Die Auffassung des Bundesrats, dass keine Gesetzgebungskompetenz des Bundes bestehe „*soweit fachliche und qualitative Anforderungen für den Rettungsdienst normiert werden*“¹⁵, findet jedenfalls in der ganz herrschenden Meinung keine Grundlage. Regelt der Bund die Modalitäten der Erbringung von Leistungen, verlieren die Länder damit die Befugnis zur Normsetzung. Dies gilt jedenfalls dann, wenn der Bund erschöpfend von seiner Gesetzgebungskompetenz Gebrauch macht.¹⁶

Die Regelungen im Änderungsantrag 1 sind darauf ausgerichtet, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten im gesamten Bundesgebiet zu gewährleisten. Dies wird nicht nur am Namen des Ausschusses nach § 133b SGB V-ÄA1, sondern auch an dessen Aufgaben deutlich (§ 133c SGB V-ÄA1). Das die Sicherstellung der Qualität die Verfügbarkeit von Daten und deren Auswertung voraussetzt, liegt hierbei auf der Hand (§§ 133d, 133e SGB V-ÄA1). Die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgung an Finanzierungsregelungen zu knüpfen (§ 133 SGB V-ÄA1) ist ein im Leistungserbringerrecht des SGB V üblicher Weg.

B. Ergebnis

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das restriktive Verständnis des Bundesrates hinsichtlich der Gesetzgebungskompetenz des Bundes für den Rettungsdienst keine Grundlage in den grundgesetzlichen Regelungen der Art. 70 ff. GG findet. Vielmehr hat der Bund vielfältige Möglichkeiten, teilweise sogar Verpflichtungen, einerseits die Ansprüche der Versicherten auf rettungsdienstliche Leistungen und andererseits das entsprechende Leistungserbringungsrecht zu regeln. Kompetenzrechtlichen Bedenken gegen die im Änderungsantrag 1 enthaltenen Regelungen bestehen daher nicht.

¹⁴ BVerfG, Beschl. v. 16.07.2004 – 1 BvR 1127/01; Beschl. v. 02.05.2018 – 1 BvR 3042/14; Kuhla, NZS 2014, 362, 364.

¹⁵ Anlage 2 der BT-Drucks. 20/13166, S. 52.

¹⁶ Kuhla, NZS 2014, 362, 364.

III. Änderungsantrag 1

A. §§ 27, 30 SGB V-ÄA1

1. Inhalt

In § 27 SGB V-ÄA1, der die Ansprüche im Rahmen der Krankenbehandlung aufzählt, soll eine neue Nr. 7 eingefügt werden, die die Leistungen der medizinischen Notfallrettung der Krankenbehandlung zuordnet. In § 30 SGB V soll der Anspruch auf Leistungen der Notfallrettung geregelt werden. Die Regelung enthält eine Definition des rettungsdienstlichen Notfalls. Der Anspruch soll sich in drei Leistungsbestandteile aufteilen:

- Notfallmanagement,
- Notfallmedizinische Versorgung,
- Notfalltransport.

Die Absätze 3 bis 5 definieren jeweils die einzelnen Leistungen. Zum Notfallmanagement zählt die Entgegennahme des medizinischen Hilfeersuchens, die Vermittlung der erforderlichen Hilfe und die telefonische und telemedizinische Notfallberatung sowie die telefonische Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen einschließlich der auf digitalen Anwendungen basierenden Entsendung von Ersthelfern bei besonders lebensbedrohlichen Notfällen soweit entsprechende digitale Anwendungen bestehen. Die notfallmedizinische Versorgung soll die aus medizinischer Sicht erforderliche Versorgung vor Ort nach dem Stand der Wissenschaft durch ärztliches und nichtärztliches Personal, auch telemedizinisch, umfassen. Sie soll auch durch geeignete spezialisierte ambulante Versorgungsangebote erfolgen können, soweit diese Angebote landesrechtlich vorgesehen und vorhanden sind. Der Notfalltransport soll den aus medizinischer Sicht erforderlichen Transport in die grundsätzlich nächste geeignete Versorgungseinrichtung oder die aus zwingenden medizinischen Gründen erforderliche Verlegung in eine andere Einrichtung, bei der aus medizinischer Sicht die Beförderung mit einem qualifizierten Rettungsmittel erforderlich ist, sowie die notfall-medizinische Versorgung „nach Absatz 3“ während des Transports umfassen. Der Anspruch soll nicht den Rücktransport in das Inland umfassen.

2. Stellungnahme

Der Bund verfügt wie oben dargestellt über eine Gesetzgebungskompetenz die Leistungsansprüche der Versicherten zu regeln. Die Aufteilung in drei Teilbereiche ist erforderlich und folgerichtig, da jeder dieser Leistungsbereiche eigenständig erbracht werden kann und jede dieser Leistungen einen unterschiedlichen Inhalt aufweist.

Bei der Definition des rettungsdienstlichen Notfalls ist besondere Sorgfalt geboten, da diese Definition als einzige Tatbestandsvoraussetzung den Leistungsanspruch auslöst. Die vorgeschlagene Definition greift zu Recht die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zur Maßgeblichkeit der „ex ante-Sicht“ auf.¹⁷ Denn für den Anspruch des Versicherten kann es nicht darauf ankommen, wie sich der Gesundheitszustand ex post darstellt, da die Notfallsituation gerade durch die Unklarheit des Gesundheitszustandes gekennzeichnet ist. Im Übrigen entspricht die Definition im Kern den gängigen Definitionen des Notfallpatienten aus den Rettungsdienstgesetzen der Länder.

Im Hinblick auf den Leistungsbereich des Notfallmanagements ist allerdings zu beachten, dass der diesbezügliche Anspruch grundsätzlich niederschwellig ausgelöst werden sollte, da im Rahmen des Notfallmanagements eine Patientensteuerung erfolgen soll (s. hierzu die Regelungen zum Gesundheitsleitsystem, § 133a SGB V-E). Ebenso muss beachtet werden, dass nicht selten eine valide Feststellung der am Notfallort vorliegenden Situation für die Integrierten Leitstellen nicht möglich ist, da der Notruf auch durch einen nicht am Notfallort anwesenden Dritten abgesetzt werden kann oder der Notrufer keine hinreichende Compliance aufweist, um sein Anliegen richtig einzuschätzen. Die Definition des § 30 Abs. 1 Satz 2 SGB V-ÄA1 ist daher im Hinblick auf den Anspruch auf Notfallmanagement zu eng. Der Anspruch auf Notfallmanagement muss bereits dann ausgelöst werden, wenn aus Sicht der Leitstelle der begründete Verdacht besteht, dass ein Versicherter Leistungen der notfallmedizinischen Versorgung nach § 30 Abs. 2 Nr. 2 SGB V-ÄA1 oder Leistungen der notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Abs. 1b SGB V benötigt.

Soweit § 30 Abs. 2 Satz 2 SGB V-ÄA1 eine Rechtsvereinfachung dadurch bezweckt, dass die „Auslösung der Notfallrettung“ aufgrund der Abfrage eines Gesundheitsleitsystems nach § 133a SGB V als Nachweis eines rettungsdienstlichen Notfalls gilt, tritt diese gesetzliche Fiktion nur

¹⁷ Zuletzt BSG, Urt. v. 20.03.2024 – B 1 KR 37/22 R – Rn. 33; BSG, Urt. v. 06.11.2008 – B 1 KR 38/07 R – Rn. 20.

ein, wenn die Integrierte Leitstelle, bei der der Notruf eingeht, an ein Gesundheitsleitsystem nach § 133a SGB V-E angeschlossen ist. Gleichzeitig zeigt die Regelung aber auch, dass es sinnvoll ist, die Definition des Anspruchs auf Notfallmanagement offener auszustalten. Denn die Fiktion würde für das Notfallmanagements nicht greifen, wenn es nicht zu Leistungen nach § 133 Abs. 2 Nr. 2 und 3 kommt, also nur eine telefonische Beratung erfolgt.

Der Anspruch auf Notfallmanagement umfasst nach § 30 Abs. 3 SGB V-ÄA1 auch die Entsendung von Ersthelfern bei besonders lebensbedrohlichen Notfällen. Die Aufnahme von Ersthelferalarmierungssystemen ist ausdrücklich zu begrüßen, da diese Systeme geeignet sind, das interventionsfreie Intervall bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand zu verkürzen und der Gesetzgeber damit seinem Schutzauftrag aus Art. 2 Abs. 2 GG nachkommt.

§ 30 Abs. 3 SGB V-ÄA1 bezieht „geeignete spezialisierte ambulante Versorgungsangebote“ in den Leistungsanspruch auf notfallmedizinische Versorgung ein, soweit diese Angebote landesrechtlich vorgesehen und vorhanden sind. Um welche Angebote es sich hierbei handelt, wird aus dem Gesetzesentwurf nicht deutlich. In der Gesetzesbegründung werden beispielhaft Angebote der notfallpflegerischen, notfallpsychiatrischen oder notfallpalliativen Versorgung, der notfallmäßigen außerklinischen geburtshilflichen Versorgung oder Gemeindenotfallsanitäter genannt. Wenn der Bundesgesetzgeber den Anspruch auf diese Leistungen unter den Vorbehalt stellt, dass diese Angebote im Landesrecht vorgesehen und vorhanden sein müssen, überlässt er die Ausgestaltung eines Anspruchs aus dem SGB V bzw. SGB XI – zumindest teilweise – den Landesgesetzgebern. Dies stößt nicht nur deshalb auf verfassungsrechtliche Bedenken, weil eine derartige Delegation auf die Länder mit dem Grundsatz „gleicher Beitrag, gleiche Leistung“ in Widerspruch steht. Zudem ist zu beachten, dass die beabsichtigten Leistungen zumindest dem Grunde nach bereits als Leistungen des SGB V bzw. SGB XI bestehen und es systemwidrig wäre, sie unter einen „Landesvorbehalt“ zu stellen, nur weil sie im Rahmen der Notfallversorgung erbracht werden sollen.

Weiterhin ist problematisch, dass die genannten Leistungen der spezialisierten ambulanten Versorgung nur dann „im Notfall“ erbracht werden dürfen, wenn ein Anspruch auf medizinische Notfallrettung besteht, also wenn sich der Versicherte aus ex ante Sicht in unmittelbarer Lebensgefahr befindet oder eine lebensbedrohende Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder eine schwere gesundheitliche Schädigung zu befürchten ist, sofern nicht unverzüglich eine medizinische Versorgung erfolgt. Diese Voraussetzungen liegen jedoch

bei den in den Blick genommenen Leistungen regelmäßig nicht vor, sodass der Anspruch praktisch nur über die Fiktion des § 30 Abs. 2 Satz 2 SGB V-ÄA1 ausgelöst werden kann. Diese greift aber nur unter der Voraussetzung, dass im Leitstellbereich des Versicherten ein Gesundheitsleitsystem besteht. Es wäre damit der widersinnige Fall denkbar, dass ein Versicherter zwar Leistungen der Notfallpflege benötigt und diese Leistung auch verfügbar ist, er aber keinen Anspruch auf diese Leistung hat, da die Voraussetzung des § 30 Abs. 1 Satz 2 SGB V-ÄA1 nicht vorliegt und die Fiktion mangels Gesundheitssystem nicht zur Anwendung kommt.

Es empfiehlt sich daher den Qualitätsausschuss Notfallrettung eine Empfehlung aussprechen zu lassen, welche speziellen ambulanten Versorgungsangebote im Rahmen der Notfallversorgung geeignet sind und den Vorbehalt des Landesrechts zu streichen. Des Weiteren müsste der Anspruch auf diese Leistungen grundsätzlich losgelöst von der Definition in § 30 Abs. 1 Satz 2 SGB V-ÄA1 bestehen und/oder die Fiktion in § 30 Abs. 2 Satz 2 SGB V-ÄA1 auf eine sicher vorhandene Struktur, wie die Akutleitstelle, ausgedehnt werden.

Die Regelung in § 30 Abs. 5 SGB V-ÄA1 enthält einen Verweisfehler. Anstatt bezüglich der medizinischen Notfallversorgung auf Absatz 3 zu verweisen, müsste auf Absatz 4 verwiesen werden. Positiv herauszuheben ist der Umstand, dass die Notfallverlegung explizit in den Anspruch zum Notfalltransport aufgenommen wurde.

Die in § 30 Abs. 6 SGB V-ÄA1 geregelte Zuzahlungspflicht geht über die bisherige Regelung des § 60 Abs. 2 Satz 2 SGB V hinaus, da nicht nur für die Notfallversorgung und den Notfalltransport, sondern auch für das Notfallmanagement eine Zuzahlungspflicht vorgesehen ist. Es ist zunächst nachvollziehbar, eine Zuzahlungspflicht beizubehalten, wenn es zu einem Transport kommt. Schwer nachvollziehbar ist die Einführung einer Zuzahlungspflicht, wenn es nicht zu einem Transport kommt, also nur eine notfallmedizinische Versorgung erfolgt. Denn die Zuzahlungspflicht würde auch dann ausgelöst, wenn – z. B. aufgrund einer Fehleinschätzung des Notfalls – nur eine Erstversorgung durch das Rettungsdienstpersonal erfolgt und der Versicherte anschließend in die vertragsärztliche Versorgung überwiesen wird. Keinesfalls sollten jedoch die Leistungen des Notfallmanagements – wie vorgesehen – der Zuzahlungspflicht unterworfen werden, da ansonsten die Steuerungsfunktion der Integrierten Leitstellen bzw. des Gesundheitsleitsystems unnötig gefährdet würde. Im Ergebnis würde damit eine Zuzahlung für den Anruf bei der Leitstelle ausgelöst, die auch dann anfällt, wenn keine

notfallmedizinische Versorgung und kein Notfalltransport erforderlich ist. Denn der Änderungsantrag sieht nur die Versorgung und den Transport als eine Leistung an und bezieht das Notfallmanagement nicht mit ein. In der Regel verdoppelt sich dadurch die Zuzahlung für Leistungen der medizinischen Notfallrettung. Daneben würde auch in den Fällen eine Zuzahlung fällig, bei denen ein unbeteiligter Dritter den Notruf absetzt. Dies würde erhebliche Probleme beim Einzug der Zuzahlung mit sich bringen, da unklar wäre, wer die Leistung in Anspruch genommen hat, der Notrufer oder der Versicherte. Die Zuzahlungspflicht für die notfallmedizinische Versorgung und das Notfallmanagement sollte daher gestrichen werden.

3. Regelungsvorschlag

§ 30 Abs. 1 sollte wie folgt lauten:

„(1) Bei Vorliegen eines rettungsdienstlichen Notfalles haben Versicherte Anspruch auf medizinische Notfallrettung durch einen zugelassenen Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1. Ein rettungsdienstlicher Notfall liegt vor, wenn sich der Versicherte aus ex ante Sicht in unmittelbarer Lebensgefahr befindet oder eine lebensbedrohende Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder eine schwere gesundheitliche Schädigung zu befürchten ist, sofern nicht unverzüglich eine medizinische Versorgung erfolgt. Für einen Anspruch auf Leistungen des Notfallmanagements nach Absatz 2 Nr. 1 ist es ausreichend, dass aus der Sicht des Leistungserbringers der begründete Verdacht besteht, dass ein Versicherter einen Bedarf an Leistungen der notfallmedizinischen Versorgung nach Absatz 2 Nr. 2 oder an Leistungen der notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Absatz 1b SGB V hat.“

§ 30 Abs. 2 sollte wie folgt laufen:

(2) Die medizinische Notfallrettung umfasst:

1. das Notfallmanagement
2. die notfallmedizinische Versorgung
3. den Notfalltransport.

Die aufgrund einer Abfrage eines Gesundheitsleitsystems nach § 133a getroffene Entscheidung zur Auslösung der medizinischen Notfallrettung gilt als Nachweis des Vorliegens eines rettungsdienstlichen Notfalls nach Absatz 1 Satz 2. Für geeignete spezialisierte ambulante

Versorgungsangebote nach Absatz 4 gilt als Nachweis auch die aufgrund der Abfrage der Akutleitstelle nach § 75 Absatz 1c getroffene Entscheidung.

§ 30 Abs. 4 sollte wie folgt lauten:

„Die notfallmedizinische Versorgung nach Absatz 2 Nummer 2 umfasst die aus medizinischer Sicht erforderliche Versorgung vor Ort nach dem Stand der Wissenschaft durch ärztliches und nichtärztliches Personal, auch telemedizinisch. Sie kann auch durch geeignete spezialisierte ambulante Versorgungsangebote erfolgen, ~~soweit diese Angebote landesrechtlich vorgesehen und vorhanden sind.~~“

§ 133c Abs. 3 wird wie folgt ergänzt:

„**7. in der Notfallversorgung geeignete Angebote der spezialisierten ambulanten Versorgung und deren Indikation sowie die Art und Weise der Erbringung.**“

§ 30 Abs. 5 sollte wie folgt lauten:

„Der Notfalltransport nach Absatz 2 Nummer 3 umfasst den aus medizinischer Sicht erforderlichen Transport in die grundsätzlich nächste geeignete Versorgungseinrichtung oder die aus zwingenden medizinischen Gründen erforderliche Verlegung in eine andere Einrichtung, bei der aus medizinischer Sicht die Beförderung mit einem qualifizierten Rettungsmittel erforderlich ist, sowie die notfallmedizinische Versorgung nach Absatz 4 3 während des Transports. Der Anspruch umfasst nicht den Rücktransport in das Inland. § 18 bleibt unberührt.

§ 30 Abs. 6 sollte wie folgt lauten:

„**Versicherte leisten zu Leistungen des Notfalltransports nach Absatz 2 Nr. 3 eine Zuzahlung in Höhe des sich nach § 61 ergebenden Betrages. Die Krankenkasse zieht die Zuzahlung vom Versicherten ein oder übernimmt die Kosten unter Abzug des sich nach § 61 ergebenden Betrages. Erfolgt unmittelbar nach der notfallmedizinischen Versorgung vor Ort auch ein Notfalltransport, gelten diese als eine einzige zuzahlungspflichtige Leistung**“

B. § 60 SGB V-ÄA1

1. Inhalt

Die Vorschrift soll Regelungen zum Krankentransport und zu Krankenfahrten enthalten.

2. Stellungnahme

Die Regelung des § 60 SGB V-ÄA1 lässt die Intensivtransporte, die Intensivtransportflüge und die Krankentransportflüge, die nicht unter den Anspruch auf eine Notfallverlegung fallen (§ 30 SGB V-ÄA1) fallen, trotz ihrer praktischen Bedeutung unberücksichtigt. Die meisten Bundesländer verstehen den Intensivtransport als Teil des Rettungsdienstes. Insofern sollte in Abgrenzung zu den Leistungen der Notfallrettung (§ 30) klargestellt werden, dass es sich bei den Intensivtransporten um eine eigenständige Leistung handelt, um entsprechende Qualitätsanforderungen erarbeiten zu können. Gleiches gilt für die Intensivtransportflüge. Eine entsprechende Regelung ist vor dem Hintergrund der sich durch die Regelungen des KHVVG verändernden Krankenhauslandschaft und der damit einhergehenden Zunahme von Intensivverlegungen dringend anzuraten. Neben den Krankentransporten sollten auch die Krankentransportflüge klarstellend in die Regelung aufgenommen werden.

Die Regelung des § 60 Abs. 2 Nr. 2 lit a SGB V-ÄA1 entspricht im Kern inhaltlich der bisherigen Regelung des § 60 Abs. 2 Nr. 1 SGB V. Hier sollte – zumindest in der Gesetzesbegründung – klargestellt werden, dass es ausreicht, dass die zwingenden medizinischen Gründe nicht unbedingt in der Person des verlegten Versicherten, sondern auch in Bezug auf einen anderen Versicherten vorliegen. Damit würde klargestellt, dass der Anspruch auch bei sogenannten „strategischen Verlegungen“ besteht. Unter „strategischer Verlegung“ ist z.B. ein (Ring)Tausch zwischen Kliniken zu verstehen: Eine spezialisierte Klinik erklärt sich bereit, einen Patienten zu übernehmen, muss im Gegenzug aber einen Patienten abgeben, der aus medizinischen Gründen nicht verlegt werden muss, da sonst keine Bettenkapazität zur Verfügung steht. Angesichts der zu erwartenden Veränderungen in der Krankenhauslandschaft sollten solche Verlegungen vom Leistungsanspruch umfasst sein.

Die Regelung des § 60 Abs. 2 Nr. 2 lit. c SGB V-ÄA1 erscheint in der praktischen Umsetzung nicht unproblematisch, da Versicherte so lange im wohnortfernen Krankenhaus verbleiben müssen, bis ihre Krankenkasse in die Verlegung eingewilligt hat. Will man hier an der Genehmigung der Krankenkasse festhalten, sollte eine verkürzte Genehmigungsfiktion analog

§ 31 Abs. 6 Satz 3 SGB V in den Normtext aufgenommen werden, um die Verlegung nicht zu verzögern und hierdurch Bettenkapazitäten im abgebenden Krankenhaus unnötig zu binden.

Der in § 60 Abs. 2 Nr. 5 SGB V-ÄA1 zum Ausdruck kommende Wille, im Rahmen des Notfallmanagements den Einsatz von Krankentransporten durch das Gesundheitsleitsystem immer dann vorrangig zu veranlassen, wenn eine Versorgung oder Beförderung durch einen Rettungswagen nicht erforderlich ist, ist unter den Gesichtspunkten der Verfügbarkeit von Rettungswagen und der Wirtschaftlichkeit ausdrücklich zu begrüßen. Die Fiktion der Verordnung durch die Disposition des Gesundheitsleitsystems ist sinnvoll, sollte sich aber auch auf Fahrten zur ambulanten Behandlung im Rahmen des Notfallmanagements erstrecken. Der richtige Ansatz kann in der Praxis aber nur umgesetzt werden, wenn genügend Krankentransportwagen zur Verfügung stehen. Dies ist aufgrund der restriktiven Regelung in § 133 Abs. 5 aE SGB V bzw. § 133 Abs. 2 aE SGB V-ÄA1 („Die Preisvereinbarungen haben sich an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten.“) und der damit einhergehenden restriktiven Rechtsprechung des BSG¹⁸ fraglich. Um die mit der beabsichtigten Regelung bezweckten Ziele zu erreichen, muss über die Regelung des § 133 SGB V-ÄA1 sichergestellt werden, dass die Gesundheitsleitsysteme rund um die Uhr Zugriff auf ausreichende Krankentransportkapazitäten haben. Sinnvollerweise unterbreitet der Qualitätsausschuss Notfallrettung entsprechende Empfehlungen für die Vorhaltungen von Krankentransportwagen auf die im Rahmen der Vertragsverhandlungen nach § 133 Abs. 1 SGB V-ÄA1 Bezug genommen werden kann.

3. Regelungsvorschlag

§ 60 Abs. 1 sollte lauten:

*„Versicherte haben nach Absatz 2 Anspruch auf Übernahme der Kosten für **boden- oder luftgebundene Intensivtransporte**, Krankentransporte und Krankenfahrten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Welches **Transportmittel Fahrzeug** genutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall.“*

§ 60 Abs. 2 Nr. 2 lit c sollte wie folgt lauten:

¹⁸ BSG, Urt. v. 17.02.2022 – B 3 KR 14/20 R.

„in ein wohnortnahes Krankenhaus, wenn die Krankenkasse ~~in~~ die Verlegung genehmigt eingewilligt hat.“

§ 60 Abs. 2 Nr. 5 sollte wie folgt lauten:

„5. Fahrten zur ambulanten Versorgung im Rahmen des Notfallmanagements und zur Versorgung in einem Integrierten Notfallzentrum nach der Entscheidung eines Gesundheitsleitsystems, sofern die Fahrt nach den Umständen des Einzelfalls zwingend erforderlich ist; die Entscheidung des Gesundheitsleitsystems gilt als Verordnung dieser Leistung.“

§ 60 Abs. 2 sollte nach Nr. 5 folgender Satz angefügt werden:

„Bei einer Verlegung nach Nr. 2 Buchstabe c ist über den Antrag auf Genehmigung abweichend von § 13 Absatz 3a Satz 1 innerhalb von drei Tagen nach Antragseingang zu entscheiden.“

§ 60 Abs. 5 sollte entsprechend Abs. 1 angepasst werden:

(5) Die Höhe der nach Absatz 1 Satz 1 übernommenen Kosten für **boden- oder luftgebundene Intensivtransporte, Krankentransporte richtet sich nach § 133 Absatz 2 und 3. Für Krankenfahrten sind als Kosten anerkannt [...]“**

Es ergibt sich hieraus eine Folgeänderung in § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7:

„Nr. 7 Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, **boden- oder luftgebundene Intensivtransporten, Krankentransporten und **Krankenfahrten** sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,**

Eine weitere Folgeänderung betrifft § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12:

„Nr. 12 Verordnung von **boden- oder luftgebundene Intensivtransporten, Krankentransporten und **Krankenfahrten**,“**

§ 133c Abs. 3 wird wie folgt ergänzt:

„8. der notwendigen Vorhaltung von Transportmitteln für den Krankentransport zur Erfüllung der Aufgabe nach § 60 Absatz 2 Nr. 5.“

C. § 133 SGB V-ÄA1

1. Inhalt

Die Vorschrift stellt zunächst klar, dass sich die Bestimmung der Leistungserbringer der Notfallrettung nach Landesrecht richtet. Hinsichtlich der Vergütung der Leistungen der Notfallrettung und des Krankentransports bestimmt Absatz 2, dass die Krankenkassen oder ihre Landesverbände Verträge über die Vergütung abschließen. Die Vergütung durch die Krankenkassen soll wie bisher auf der Grundlage von Verträgen oder durch Festsetzung von Entgelten auf Landesebene möglich sein. Diese Regelung entspricht im Wesentlichen der bisherigen Regelung des § 133 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 SGB V. Neu ist jedoch die Regelung, dass im Rahmen der Verträge die besonderen Anforderungen von Rettungsleitstellen, die Teil eines Gesundheitsleitsystems sind, zu berücksichtigen sind. Die besonderen Anforderungen eines Gesundheitsleitsystems sollen auch bei der Vergütung der Rettungsleitstellen berücksichtigt werden. Gegenüber den Krankenkassen ist eine transparente Darstellung der Kosten nach verschiedenen Leistungsbestandteilen (§ 30 SGB V-ÄA1) erforderlich. Die Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung sind bei der Festlegung der Entgelte zu berücksichtigen.

2. Stellungnahme

Die vorgesehene Änderung des § 133 SGB V begegnet zunächst keinen kompetenzrechtlichen Bedenken, da die Anknüpfung der Vergütung an Qualitätsempfehlungen dem Wirtschaftlichkeitsgebot im GKV-System Rechnung trägt. Auch ist es konsequent und notwendig, dass die Verträge nach § 133 Abs. 1 SGB V-ÄA1 – ausweislich der Gesetzesbegründung – differenziert nach den einzelnen Leistungsbereichen der Notfallrettung nach § 30 Abs. 2 SGB V-ÄA1 abzuschließen sind. Im Regelungstext findet sich diese Vorgabe jedoch nicht. In der Folge fehlt auch eine Regelung, dass die Differenzierung auch für die entgeltbezogenen landes- oder kommunalrechtliche Vorschriften gelten soll. Insgesamt ist zu berücksichtigen, dass Verträge nach § 133 Abs. 1 SGB V-ÄA1 im Bereich des Rettungsdienstes kaum Bedeutung haben, da die Entgelte im Wesentlichen durch landes- oder kommunalrechtliche Vorschriften festgelegt werden.

Die Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung können daher für den Bereich der Notfallrettung – wenn überhaupt – nur sehr selten in die Vertragsverhandlungen einfließen. Insofern ist die in § 133 Abs. 3 SGB V-ÄA1 vorgesehene Anknüpfung an die bisherige Festbetragsregelung des § 133 Abs. 2 SGB V nachvollziehbar. Diese Festbetragsregelung wurde jedoch einhellig als nicht praktikabel angesehen.¹⁹ Dies insbesondere deshalb, weil jede Krankenkasse für ihre Versicherten einen entsprechenden Festbetrag festlegen müsste. Dies stellt aber einen erheblichen Wettbewerbsnachteil dar, da die Versicherten dieser Krankenkasse befürchten müssten, dass ihnen der Differenzbetrag in Rechnung gestellt wird, wenn nicht der Staat die Differenz übernimmt.²⁰ Um diesen Webfehler zu beseitigen, empfiehlt sich die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen auf Landesebene, die auf der Grundlage der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 133 Abs. 5 SGB V-ÄA1 eine für alle Krankenkassen einheitliche Festbetragsfestsetzung vornimmt, damit nicht der Wettbewerbsdruck zwischen den Krankenkassen die Anwendung der Festbetragsregelung verhindert.

Hinzu kommt das Problem der Ermittlung von Festbeträgen. Denn anders als im Arznei- und Hilfsmittelbereich gibt es im Rettungsdienst keinen Markt, auf dem ein adäquater Festbetrag ermittelt werden könnte. Die Festbetragsfestsetzung erfordert aber gerade die Ermittlung der vergleichbaren wirtschaftlich erbrachten Leistung.²¹ Der dann festgesetzte Festbetrag muss der Höhe nach diesen Kosten der vergleichbaren wirtschaftlich erbrachten Leistung entsprechen.²² Aufgrund der Intransparenz der Kostenkalkulationrettungsdienstlicher Leistungen einerseits²³ und der Tatsache, dass ein länderübergreifender Vergleich aufgrund der Heterogenität der landesrechtlichen Regelungen und der damit verbundenen Kostenunterschiede kaum möglich ist²⁴, würden die Krankenkassen vor echte Nachweisprobleme gestellt.²⁵ Der Änderungsantrag

¹⁹ BeckOGK/Hess, 1.10.2014, SGB V § 133 Rn. 10; Becker/Kingreen/Kingreen, 9. Aufl. 2024, SGB V § 133 Rn. 25; Spickhoff/Barkow-von Creytz, 4. Aufl. 2022, SGB V § 133 Rn. 16; Krauskopf/Knittel, Soziale Krankenversicherung Pflegeversicherung, 122. EL Mai 2024, SGB V § 133 Rn. 8; Ernst-Wilhelm Luthe in: Hauck/Noftz SGB V, 10. Ergänzungslieferung 2024, § 133 SGB 5, Rn. 27; Schneider in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 133 SGB V (Stand: 15.06.2020), Rn. 50; vgl BSG, Urteil vom 29. November 1995 – 3 RK 32/94 – Rn. 27.

²⁰ BVerwG NVwZ-RR 1997, 436, 437; BeckOK SozR/Ammann, 74. Ed. 1.9.2024, SGB V § 133 Rn. 18.

²¹ Spickhoff/Barkow-von Creytz, Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, SGB V § 133 Rn. 16.

²² Spickhoff/Barkow-von Creytz, Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, SGB V § 133 Rn. 16.

²³ Gutachten vom 26. 2. 2003 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (BT-Drucks. 15/530 S. 275).

²⁴ Roessler, M., Schulte, C., Bobeth, C. et al. Regional differences, repeated use, and costs of emergency medical services in Germany. *Med Klin Intensivmed Notfmed* (2024). <https://doi.org/10.1007/s00063-024-01189-x>.

²⁵ BVerwG NVwZ-RR 1997, 436, 437.

stellt daher folgerichtig das Erfordernis transparenter Vergütungen in den Vordergrund (§ 133 Abs. 2, Abs. 3 Nr. 1 SGB V-ÄA1).

Will der Gesetzgeber den Qualitätsempfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung Nachdruck verleihen, ist die Möglichkeit der Festbetragsfestsetzung grundsätzlich ein probates Mittel. Auch an anderer Stelle im SGB V führt beispielsweise ein nicht belegter (Zusatz-)Nutzen zur Festsetzung eines Festbetrages (§ 35a Abs. 4 SGB V). Soweit § 133 Abs. 3 Nr. 3 SGB V-ÄA1 davon spricht, dass eine Festbetragsfestsetzung nur dann zu erfolgen hat, wenn die Leistungserbringung nicht dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht, ist dies als Anknüpfungspunkt für die Rechtsfolge „Festbetrag“ zu offen formuliert. Das Gesetz muss klar definieren, wann ein Festbetrag festgesetzt werden kann, damit die handelnden Krankenkassen diesbezüglich Rechtssicherheit erhalten. Dies kann am besten durch eine nachvollziehbare Evaluation des Qualitätsausschusses erreicht werden, sodass deutlich wird, wann dessen Qualitätsempfehlungen nicht (hinreichend) erfüllt sind. Dies könnte bspw. mit einem Punktesystem erfolgen. Die Festbetragsfestsetzung ist so zu regeln, dass sie auch nur für einen der drei Leistungsbereiche Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung und Notfalltransport erfolgen kann („insoweit“).

3. Regelungsvorschlag

§ 133 Abs. 3 Satz 1 ist wie neu zu fassen:

„(3) Werden die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt oder aufgrund landesrechtlicher Regelungen ermittelt, haben Versicherte Anspruch auf Übernahme der Kosten. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die zu diesem Zweck in jedem Land eine Arbeitsgemeinschaft bilden, über die das Bundesamt für Soziale Sicherung die Aufsicht führt, setzen getrennt für die Leistungen nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 bis 3 einheitliche Festbeträge für ein Bundesland, eine Kommune oder einen administrativen Rettungsdienstbereich fest, wenn“

§ 133 Abs. 3 Nr. 1 ist wie folgt zu ändern:

„die Berechnungsgrundlagen nicht transparent dargelegt wurden oder die Entgelte nicht nach den Leistungsbereichen des § 30 Absatz 2 differenzieren oder und vor der

Entgeltfestsetzung den Krankenkassen oder ihren Verbänden keine Gelegenheit zur Erörterung gegeben wurde.“

§ 133 Abs. 3 Nr. 3 ist wie folgt zu ändern:

„die Leistungserbringung gemessen an den rechtlich vorgegebenen Sicherstellungsverpflichtungen unwirtschaftlich ist oder die Empfehlungen des Qualitätsausschuss Notfallrettung nach § 133c Absatz 1 oder der Rechtsverordnung nach § 133c Absatz 6 oder Absatz 7 nicht hinreichend berücksichtigt werden.“

§ 133c Abs. 1 Nr. 5 ist wie folgt zu ergänzen:

„5. den Zeitpunkt der Umsetzung und der regelmäßigen Evaluation der einzelnen Qualitätsparameter nach Nummer 1 und Evaluationskriterien für die Feststellung einer nicht hinreichenden Berücksichtigung dieser in einem Bundesland, einer Kommune oder eines administrativen Rettungsdienstbereichs.“

Abs. 3 wird Abs. 4, Abs. 4 wird Abs. 5

D. § 133b SGB V-ÄA1

1. Inhalt

Es wird ein Qualitätsausschuss Notfallrettung eingerichtet. Seine wesentliche Aufgabe ist es, Empfehlungen nach § 133c abzugeben und das Bundesministerium für Gesundheit in allen Fragen der notfallmedizinischen Versorgung zu beraten. Er soll aus acht stimmberechtigten Mitgliedern unter Vorsitz eines nicht stimmberechtigten Vertreters des Bundesministeriums für Gesundheit bestehen. Von den acht Mitgliedern sollen vier Mitglieder auf Vorschlag der Länder und vier Mitglieder auf Vorschlag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen berufen werden. Zuständig für die Berufung und die Genehmigung der Geschäftsordnung ist das Bundesministerium für Gesundheit.

2. Stellungnahme

Im Gegensatz zum Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 SGB V, der mit Entscheidungsbefugnissen ausgestattet ist, hat der Qualitätsausschuss nur eine beratende Funktion. Nach § 133c Abs. 1 SGB V-ÄA1 beschließt er Empfehlungen in Form eines Katalogs. Damit ist seine Funktion vergleichbar mit der des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im

Gesundheitswesen nach § 139a SGB V, dessen Aufgabe ebenfalls die Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes ist (§ 139a Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V). An dieser unverbindlichen, beratenden Funktion ändert auch der Umstand nichts, dass die Empfehlungen im Rahmen des § 133 SGB V-ÄA1 zu berücksichtigen sind. Denn die Entscheidung, ob und in welcher Form die Empfehlungen zu berücksichtigen sind, verbleibt bei dem zur Entscheidung berufenen Organ, d.h. im Falle des § 133 SGB V-ÄA1 bei den Krankenkassen. Auch die Beteiligung der Länder in Form eines Vorschlagsrechts für vier stimmberechtigte Mitglieder begegnet keinen verfassungsrechtlichen Bedenken. Denn aus Sicht des Bundesgesetzgebers ist es sachgerecht, den rettungsdienstlichen Sachverständigen Fachleute aus den Bundesländern einzubeziehen. Bei den von den Ländern vorgeschlagenen Personen handelt es sich nicht um „Ländervertreter“, da sie als Mitglieder des Ausschusses nach § 133 Abs. 2 SGB V-ÄA1 weisungsunabhängig sind. Die Unterstützung der Länder bei der Suche nach geeigneten Sachverständigen stellt nach der Rechtsprechung des BVerfG eine zulässige „Hilfestellung“ dar und führt nicht zu einer unzulässigen „Mischverwaltung“ von Bund und Ländern.²⁶

Die grundsätzliche Zusammensetzung aus Rettungsdienstexperten und Vertretern des GKV-Spitzenverbandes ist nachvollziehbar. Dass jedoch ein Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit den Vorsitz führen soll, führt zu einer systemwidrigen Vermischung der Aufgaben. Das Bundesministerium ist einerseits zuständig für die Berufung der Mitglieder, die Genehmigung der Geschäftsordnung bzw. deren Ersetzung und andererseits Adressat der Beratung. Es ist daher sachgerecht, dass der Vorsitzende des Ausschusses – wie bei anderen Beratungsgremien auch – zwar vom Bundesministerium für Gesundheit berufen wird, aber kein Vertreter des Bundesministeriums ist. Denn es bedarf einer sachlichen Rechtfertigung, dass die aufsichtsführende Stelle zugleich Mitglied der beaufsichtigten Stelle ist, die im vorliegenden Fall nicht erkennbar ist. Vielmehr sollte die dem Ausschuss vorsitzende Person unparteiisch und stimmberechtigt sein. Durch diese Struktur würde zum einen vermieden, dass das Bundesministerium für Gesundheit als Mitglied des Ausschusses für Entscheidungen „in Haftung“ genommen wird, bei denen es kein Stimmrecht hatte, und zum anderen würde eine „Patt-Situation“, die zu einer Blockade des Ausschusses führen könnte, vermieden. Da der oder

²⁶ BVerfG, Beschl. v. 12.01.1983 – 2 BvL 23/81 – Rn. 131.

dem Vorsitzenden eine besondere Rolle bei der Entscheidungsfindung zukommen kann, sollte sie oder er zwingend unparteiisch sein.

3. Regelungsvorschlag

§ 133b Abs. 2 ist wie folgt zu ändern:

„(2) Der Qualitätsausschuss Notfallrettung besteht aus acht stimmberechtigten Mitgliedern und einem **stimmberechtigten unparteiischen** Vorsitzenden, **der vom Bundesministerium für Gesundheit ernannt wird. Den Vorsitz führt ein Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit; dieser leitet die Sitzungen, verfügt aber nicht über ein Stimmrecht.** Von den acht Mitgliedern werden vier Mitglieder auf Vorschlag der Bundesländer und vier Mitglieder auf Vorschlag des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen vom Bundesministerium für Gesundheit ernannt. Wird von dem Vorschlagsrecht Gebrauch gemacht, hat das Bundesministerium für Gesundheit die vorgeschlagenen Personen zu ernennen, wenn keine grundlegenden Bedenken gegen die Ernennung bestehen. Die Mitglieder sind bei ihren Entscheidungen an Weisungen nicht gebunden. Wird von dem Vorschlagsrecht kein Gebrauch gemacht, entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit nach sachgerechtem Ermessen über die Berufung. Die Amtszeit der Ausschussmitglieder beträgt fünf Jahre. Der Qualitätsausschuss Notfallrettung legt das Nähere zur Arbeitsweise, Besetzung und Beschlussfassung in einer Geschäftsordnung fest. Die Geschäftsordnung und ihre Änderung bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Wird die Geschäftsordnung nicht bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des fünften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] beschlossen, legt das Bundesministerium für Gesundheit die Geschäftsordnung fest. Zur Koordinierung der Tätigkeit des Ausschusses richtet das Bundesministerium für Gesundheit eine Geschäftsstelle ein.“

E. § 133c SGB V-ÄA1

1. Inhalt

Die Vorschrift regelt die Rahmenbedingungen und Inhalte der Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung, die im Rahmen des § 133 SGB V-ÄA1 zu berücksichtigen sind. Absatz 2 konkretisiert die zu treffenden Empfehlungen für das Notfallmanagement, Absatz 3 für die notärztliche Versorgung und den Notfalltransport und Absatz 4 für den Krankentransport. Absatz 5 beauftragt den Qualitätsausschuss, Empfehlungen für die Übermittlung von Daten zur Qualitätssicherung zu erarbeiten, auf deren Grundlage das

Bundesministerium für Gesundheit eine Rechtsverordnung erlässt. Darüber hinaus soll der Ausschuss nach Abs. 6 Vorgaben für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation erarbeiten. Diese bilden wiederum die Grundlage für eine Rechtsverordnung. Absatz 7 ermächtigt das Bundesministerium für Gesundheit, die Empfehlungen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu ersetzen, wenn sie nicht innerhalb von 12 Monaten nach ihrem Inkrafttreten erlassen worden sind.

2. Stellungnahme

Die von § 133c in den Blick genommenen Gegenstände der Empfehlungen des Qualitätsausschusses sind sachlich begründet und nachvollziehbar.

F. § 133a Abs. 4 SGB V-ÄA1

1. Inhalt

Die Regelung soll klarstellen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen „nach Absprache“ im Gesundheitsleitsystem auch Krankentransporte über die Akutleitstelle zur ambulanten Behandlung vermitteln können, soweit landesrechtlich nichts anderes bestimmt ist. Darüber hinaus soll das Gesundheitsleitsystem Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sowie komplementäre Leistungen für vulnerable Gruppen vermitteln, soweit diese verfügbar sind.

2. Stellungnahme

Es ist sinnvoll, dass die Akutleitstelle im Rahmen des Gesundheitsleitsystems Krankentransporte vermitteln kann. Die Notwendigkeit der Regelung zeigt jedoch, dass im Rahmen des Gesundheitsleitsystems eine Leistung aus einer Hand erforderlich ist. Die Kooperationspartner müssen in der Lage sein, die jeweiligen gesetzlichen Verpflichtungen, die sich aus dem Betrieb der Rettungsleitstelle einerseits und dem Betrieb der Akutleitstelle andererseits ergeben, gemeinsam so zu erfüllen, dass im Interesse der Versicherten ein Hilfsangebot ohne wechselseitige Zuständigkeithindernisse unterbreitet werden kann.

IV. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

A. § 75 Abs. 1b-SGB V-E

1. Inhalt

Die Vorschrift beschreibt den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen im Hinblick auf die notdienstliche Akutversorgung.

2. Stellungnahme

Nach Auffassung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung reichen die Angebote der Kassenärztlichen Vereinigungen vielerorts nicht aus, um eine umfassende und abschließende ambulante Akut- und Notfallversorgung rund um die Uhr sicherzustellen.²⁷ Derzeit regeln die Notfalldienst- bzw. Bereitschaftsdienstordnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen lediglich die organisatorischen Rahmenbedingungen, der Umfang der erforderlichen Sicherstellung des Notfalldienstes wird jedoch weder durch die Kassenärztlichen Vereinigungen selbst noch durch andere Regelwerke (z. B. Ärzte-ZV) näher definiert. Im Rahmen einer Reform der Notfallversorgung ist es daher durchaus nachvollziehbar, den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen detaillierter auszugestalten.

§ 75 Abs. 1b Satz 1 und 2 SGB V-E verzichtet bei der Definition des Notfalldienstes auf die Bezugnahme auf die „sprechstundenfreien Zeiten“. Vielmehr wird – entsprechend § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V – der Sicherstellungsauftrag zunächst im Hinblick auf Fälle konkretisiert, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Für diese Fälle ist eine vertragsärztliche Versorgung rund um die Uhr sicherzustellen. Dabei wird unterschieden, ob die Versorgung im „Regeldienst“ oder im „Notdienst“, der sogenannten notdienstlichen Akutversorgung, erfolgt. Erfolgt die Versorgung im Notdienst, sind nur „kurzfristig erforderliche Maßnahmen“ vom Sicherstellungsauftrag umfasst. Erst aus § 75 Abs. 1b Satz 4 Nr. 1 bis 3 nSGB V-E ergibt sich eindeutig, was der Gesetzgeber unter einer notdienstlichen Akutversorgung versteht: „insbesondere“ die Versorgung in einem INZ, durch eine 24/7 verfügbare telemedizinische Versorgung und die Versorgung in einem 24/7 verfügbaren aufsuchenden Dienst. Durch die nicht abschließende Aufzählung und die Bezugnahme auf 24/7-Angebote verliert die Unterscheidung zwischen „Regelversorgung“ und „Notfallversorgung“ an Kontur.

²⁷ Vierte Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, S. 7.

Dies ist insofern problematisch, als im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung ein eingeschränkter Sicherstellungsauftrag („kurzfristig erforderliche Maßnahmen“) angeordnet wird und weitergehende Behandlungen ausweislich der Gesetzesbegründung nicht abgerechnet werden dürfen.²⁸ Die vom Gesetzgeber beabsichtigte Legaldefinition gelingt somit mangels klarer Abgrenzungskriterien nicht. Richtigerweise sollte daher klargestellt werden, dass mit notdienstlicher Akutversorgung der von den Kassenärztlichen Vereinigungen organisierte Notdienst gemeint ist. Problematisch ist weiterhin, dass für die fachärztlichen Notdienststrukturen keine Vorgaben gemacht werden.

Nach § 75 Abs. 1b Satz 4 Nr. 3 SGB V-E stellen die Kassenärztlichen Vereinigungen die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch einen 24 Stunden täglich verfügbaren aufsuchenden Dienst sicher. Für diesen soll qualifiziertes nichtärztliches Personal im Wege der Delegation eingesetzt werden können (§ 75 Abs. 1b Satz 7 SGB V-E). Kooperationen mit dem Rettungsdienst sollen möglich sein, wenn das Landesrecht dies zulässt. Grundsätzlich ist die Einbeziehung von nichtärztlichem Personal in den aufsuchenden Dienst sinnvoll. Problematisch ist jedoch, dass der Gesetzgeber nicht definiert, welche Qualifikation das nichtärztliche Personal haben muss. Die angestrebte Delegationslösung wird jedenfalls daran scheitern, dass die Delegation voraussetzt, dass der delegierende Arzt den Patienten kennt. Nur so kann er die notwendige Instruktion vornehmen, für die er die Anordnungsverantwortung trägt. Im notdienstlichen Fahrdienst ist es jedoch die absolute Ausnahme, dass das Notdienstpersonal den Patienten kennt. Dies unterscheidet die Situation im Fahrdienst von einem Hausbesuch bei einem bekannten Patienten. Aus diesem Grund sollten zunächst die Spielräume der eigenverantwortlichen Versorgung unterhalb der Heilkundeausübung durch gut ausgebildetes nichtärztliches Personal genutzt werden und erst bei komplexeren Behandlungsfällen auf die Delegation unter Nutzung telemedizinischer Modelle zurückgegriffen werden. Der Rückgriff auf die in der hausärztlichen Versorgung bekannten Modelle, bei denen Medizinische Fachangestellte in den Hausbesuchsdienst eingebunden werden, sind im Notdienst mangels entsprechender medizinischer Fachausbildung nicht ratsam. Die sinnvolle Einbindung nichtärztlichen Personals setzt daher zweierlei voraus: Zum einen eine adäquate Grundqualifikation des eingesetzten nichtärztlichen Personals (mindestens Heilberuf im Sinne des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG, das zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigt sein muss) und zum anderen die Verfügbarkeit teleärztlicher Unterstützung, wie sie in § 75b Abs. 1b Satz 4

²⁸ S. 33 Gesetzesbegründung.

Nr. 2 SGB V-E vorgesehen ist. Es sollte zudem sichergestellt werden, dass eine Leistungserbringung ohne Delegation durch nichtärztliches Personal in der notdienstlichen Akutversorgung abrechenbar ist.

3. Regelungsvorschlag

§ 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V-E ist wie folgt zu ändern:

„Wird diese Versorgung **nicht in der ambulanten Regelversorgung, sondern in dem von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu organisierenden im Notdienst erbracht** (notdienstliche Akutversorgung), umfasst der Sicherstellungsauftrag nur die Versorgung im Umfang der jeweils kurzfristig erforderlichen Maßnahmen.“

§ 75 Abs. 1b Satz 7 ist wie folg zu ergänzen:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Durchführung der in Satz 5 Nummer 3 genannten Maßnahme qualifiziertes nichtärztliches Personal, **das zur Führung der Berufsbezeichnung eine Erlaubnis benötigt, und das bei Bedarf nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung handelt, einsetzen.**

B. §§ 123, 123a SGB V-E

1. Inhalt

§ 123 Abs. 1 Satz 1 SGB V-E regelt die Struktur der Integrierten Notfallzentren (INZ). Insbesondere ist eine zentrale Ersteinschätzungsstelle einzurichten. Die Norm regelt in Satz 4, dass die fachliche Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle und deren fachliche Leitung dem Krankenhaus obliegt, soweit die Kooperationsvereinbarung nichts anderes vorsieht. Der zentralen Ersteinschätzungsstelle obliegt die Entscheidung über die Behandlungsdringlichkeit und die Entscheidung über die geeignete Versorgungsebene innerhalb des INZ. Sie hat damit eine „Weichenstellerfunktion“. Die Kassenärztliche Vereinigung und der Krankenhasträger schließen zur Organisation des INZ eine Kooperationsvereinbarung ab, die insbesondere die Organisation und personelle Besetzung der Zentralen Ersteinschätzungsstelle regelt.

2. Stellungnahme

Zumindest die Zentrale Erstbegutachtungsstelle wird nach der derzeitigen Struktur eine eigene Rechtspersönlichkeit erlangen, da die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenhasträger

insoweit nicht nur kooperieren. Eine Kooperation zeichnet sich dadurch aus, dass die Zusammenarbeit so lose ist, dass sie unterhalb der Schwelle der Entstehung einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) liegt. Die Hürden für eine Zusammenarbeit ohne Entstehung einer Gesellschaft sind hoch, da eine GbR immer dann entsteht, wenn sich mehrere Rechtssubjekte zur Verfolgung eines gemeinsamen Zwecks vertraglich zusammenschließen.²⁹ Das Entstehen einer Gesellschaft setzt daher lediglich voraus, dass sich mindestens zwei als Gesellschafter geeignete Rechtssubjekte darauf verständigen, für eine gewisse Dauer einen gemeinsamen Zweck zu verfolgen und zu fördern.³⁰ An die Qualität des verfolgten Zwecks werden keine besonderen Anforderungen gestellt.³¹ Dies bedeutet, dass eine bloße Kooperation ohne Entstehung einer Gesellschaft im vorliegenden Fall schon deshalb ausscheidet, weil der Gesetzgeber die Erfüllung der in § 123 Abs. 2 SGB V-E genannten Aufgaben in die Hände der „Kooperationspartner“ gelegt und den Abschluss einer Kooperationsvereinbarung vorgeschrieben hat. Damit ist eine auf Dauer angelegte vertragliche Beziehung zwischen zwei Vertragspartnern und die Verfolgung eines gemeinsamen Zwecks gegeben. Dies wird auch dadurch deutlich, dass der Gesetzgeber in § 123 Abs. 1 Satz 6 SGB V-E selbst von „Vertragspartnern“ spricht. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass es sich bei den Vertragspartnern einerseits um eine Körperschaft des öffentlichen Rechts (Kassenärztliche Vereinigung) und andererseits regelmäßig um ein Privatrechtssubjekt handelt. Es ist auch nicht erforderlich, dass die Gesellschafter ausdrücklich die Rechtsform „GbR“ vereinbaren; entscheidend für die Rechtsnatur ist allein das Vorliegen der in § 705 BGB genannten Kriterien.³² Insofern haben die Vertragspartner die Wahl zwischen verschiedenen Rechtsformen, können aber das Entstehen einer GbR nicht verhindern. Das BGB geht bei der GbR vom Regelfall einer rechtsfähigen Außengesellschaft aus, die ihre Rechtsfähigkeit entweder durch Eintragung in das Gesellschaftsregister oder durch einvernehmliche Aufnahme des Geschäftsbetriebs erlangt.³³ Die Gesellschaft nimmt freiwillig am Rechtsverkehr teil, da die zentrale Ersteinschätzungsstelle die erste Anlaufstelle des Patienten für die Notfallversorgung ist, so dass zwischen ihr und dem Patienten ein Behandlungsvertrag zustande kommt, der die Ersteinschätzung zum Gegenstand hat.³⁴ Zudem besteht eine gemeinsame Organisationsstruktur (§ 123a Abs. 2 Satz 2 SGB V-E). Vor diesem Hintergrund erscheint die Regelung zur fachlichen Verantwortung bzw. fachlichen

²⁹ Schäfer, in: MüKo BGB, Vor § 705 Rn. 6 f.

³⁰ Schäfer, in: MüKo BGB, Vor § 705 Rn. 6 f.

³¹ Schäfer, in: MüKo BGB, § 705 Rn. 6.

³² Schäfer, in: MüKo BGB, § 705 Rn. 28.

³³ Schäfer, in: MüKo BGB, § 705 Rn. 6.

³⁴ KG Berlin, Beschl. v. 19.06.2017 – 20 U 147/16.

Leitung der Zentralen Ersteinschätzungsstelle nicht ganz nachvollziehbar. Denn nicht einer der Gesellschafter, sondern „die Gesellschaft“ als eigenständige Rechtspersönlichkeit trägt die Verantwortung und Leitung der Zentralen Ersteinschätzungsstelle. Eine entsprechende Regelung ist daher überflüssig. Wollte man das Entstehen einer Gesellschaft verhindern, müsste die Zentrale Ersteinschätzungsstelle entweder eindeutig dem Krankenhaus oder der Praxis der Kassenärztlichen Vereinigung „zugeordnet“ werden. Aber auch in diesem Fall erübrigt sich die Regelung der fachlichen Verantwortung bzw. Leitung.

3. Regelungsvorschlag

§ 123 Abs. 1 Satz 5 ist zu streichen.

C. § 133a SGB V-E

1. Inhalt

Die Norm regelt die Kooperation zwischen dem Träger einer Rettungsleitstelle und der örtlich zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung als Träger der Akutleitstelle.

2. Stellungnahme

Der Gesetzgeber geht davon aus, dass eine Verpflichtung zur Einrichtung eines Gesundheitsleitsystems gegenüber dem Träger der Rettungsleitstelle nicht möglich ist. Der Gesetzgeber hat in § 133 Abs. 2 Satz 3 SGB V-ÄA1 anerkannt, dass ein finanzielles Anreizsystem zur Bildung von Gesundheitsleitsystemen sinnvoll ist. Für die Bildung von Gesundheitsleitsystemen in gemeinsamer Trägerschaft sollte jedoch aufgrund des Mehrwerts im Hinblick auf eine effektive Patientensteuerung ein besonderer Anreiz geschaffen werden. Hierzu wird empfohlen, die Regelung in § 105 Abs. 1b Satz 5 Nr. 1 SGB V-E dahingehend zu ergänzen, dass Gesundheitsleitsysteme in gemeinsamer Trägerschaft besonders förderungswürdig sind, so dass sowohl für die Kassenärztlichen Vereinigungen als auch für die Träger der Rettungsleitstellen ein wirtschaftlicher Anreiz besteht ein Gesundheitsleitsystem in gemeinsamer Trägerschaft zu errichten.

3. Regelungsvorschlag

§ 105 Abs. 1b Satz 5 Nr. 1 SGB V-E ist wie folgt zu ergänzen:

„1. Förderung der in § 75 Absatz 1b Satz 5 Nummer 2 und 3, § 75 Absatz 1c und § 133a genannten Maßnahmen, **wobei ein Gesundheitsleitsystem nach § 133a Abs. 1 Satz 2 SGB V besonders förderungswürdig ist,**“

Professor Dr. Andreas Pitz