

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

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Hochschule Mannheim

Mannheim University
of Applied Sciences

Paul-Wittsack-Straße 10
68163 Mannheim

fon +49(0)621 292 6111

fax +49(0)621 292 6420

www.hs-mannheim.de

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, 14.01.2024

Stellungnahme

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

zu den Anträgen

der Fraktion der AfD „Medizinische Notfallversorgung schnell, qualitativ hochwertig und bezahlbar gestalten“ v. 24.01.2023 (BT-Drcks. 20/5364),

der Fraktion der CDU/CSU „Notfallversorgung in Deutschland weiterentwickeln und Zugang zu Notfallambulanzen gezielter steuern“ v. 13.06.2023 (BT-Drcks. 20/7194) und

der Fraktion der AfD „Rettungsdienst sofort retten“ v. 17.10.2023 (BT-Drcks. 20/8871)

vorgelegt von

Professor Dr. Andreas Pitz

I.	ZUSAMMENFASSUNG DER WESENTLICHEN ERGEBNISSE.....	2
II.	RECHTSRAHMEN UND HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN DES BUNDES IM BEREICH DER NOTFALLVERSORGUNG	4
A.	EINLEITUNG	4
B.	GESETZGEBUNGSKOMPETENZ DES BUNDES.....	4
C.	RETTUNGSDIENST.....	10
1.	Verfassungsrechtlicher Rahmen der Rettungsdienstleistungen	10
2.	Vorhandene Regelungen.....	11
a)	Rettungsdienst	11

b) Leitstellen	12
3. <i>Gesetzgeberischer Handlungsbedarf</i>	13
D. KASSENÄRZTLICHER NOTDIENST	16
E. PFLEGERISCHE NOTFALLVERSORGUNG (SGB XI).....	17
F. PATIENTENSTEUERUNG.....	18
1. <i>Vorhandene Regelungen</i>	18
2. <i>Möglichkeiten zur Implementierung von Steuerungsinstrumenten</i>	19
III. KOMPETENZEN DES RETTUNGSFACHPERSONALS	21
A. EINLEITUNG	21
B. HEILKUNDEBEGRIFF	22
C. (VOR-/GENERAL)DELEGATION.....	24
D. ZUSAMMENFASSUNG	25
E. GESETZGEBERISCHER HANDLUNGSBEDARF	26

I. Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse

- Die Versicherten haben einen Anspruch auf Notfallversorgung gegen die Sozialversicherung. Der Gesetzgeber ist daher verpflichtet, ein **einheitliches System der Notfallversorgung** auf Basis der Vorschriften des SGB V bzw. SGB XI zu organisieren, sodass die Sozialleistungsträger diesen Anspruch erfüllen können.
- Den Anspruch der Versicherten auf Notfallversorgung (detaillierter) zu regeln, ist dem Bund auf Basis des Kompetenztitels aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG (Sozialversicherung) ohne weiteres möglich. Regelungen zur Leistungserbringung konfliktieren im Bereich des Rettungsdienstes und der Integrierten Leitstellen mit der grundsätzlichen Gesetzgebungskompetenz der Länder in diesem Bereich. Dem Bund ist es jedoch möglich aufgrund Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG die Leistungserbringung an Finanzierungsregelungen zu knüpfen. Eine eigene Annexkompetenz des Bundes für den Bereich der Leitstellen und des Rettungsdienstes liegt nahe.
- Die wesentlichen Leistungen des Rettungsdienstes, wie insbesondere die Behandlungsleistungen und die Leistungen der Integrierten Leitstellen, sind derzeit im SGB V **nicht abgebildet**. Insbesondere enthält das SGB V keine

Regelungen zur Qualität der Leistungserbringung. Die Finanzierung der Leistungen des Rettungsdienstes erfolgt im Wesentlichen über den Umweg der Nebenleistung zum Transport. Dieser Zustand stößt im Hinblick auf hohe Grundrechtsrelevanz des Rettungsdienstes und den Grundsatz, dass Vorschriften, die wesentlich für die Grundrechtsverwirklichung sind vom Gesetzgeber selbst getroffen werden müssen, auf erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken.

- Einer einheitlichen und effizienten Steuerung Hilfesuchender steht das Fehlen einer **einheitlichen Steuerungsebene („Notfalleitstelle“)** und der **fehlende Zugriff auf den Leistungsbereich Rettungsdienst** entgegen.
- Es bestehen **keine gesetzlichen Vorgaben** in welchem **Umfang der kassenärztliche Notdienst vorzuhalten ist**. Konkretisierende Regelungen sollten bei einer Reform der Notfallversorgung in § 75 SGB V oder untergesetzlich vorgesehen werden.
- Der **Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen** ist für den Bereich der pflegerischen Notfallversorgung **nicht hinreichend gesetzlich geregelt**. Im Rahmen einer Reform der Notfallversorgung wäre daher gesetzgeberisch sicherzustellen, dass die pflegerische Notfallversorgung tatsächlich außerhalb der regulären Dienstzeiten vorhanden ist.
- Bei der Implementierung von Steuerungsinstrumenten hat der Gesetzgeber **einen weiten Gestaltungsspielraum**.
- Das HeilprG in Zusammenschau mit der Regelung des § 2a NotSanG bietet derzeit einen **zu engen Rechtsrahmen**, um das Tätigwerden von Notfallsanitätern auf Basis von standardmäßig vorgegebenen Heilkundemaßnahmen, so genannten Standard Operating Procedures (SOP), zu ermöglichen.

II. Rechtsrahmen und Handlungsmöglichkeiten des Bundes im Bereich der Notfallversorgung

A. Einleitung

Der Begriff der Notfallversorgung ist in Anlehnung an die Regelung in § 120 Abs. 3b SGB V so zu verstehen, dass ein Versicherter außerhalb der Sprechstunden- bzw. Dienstzeiten einen medizinischen, pflegerischen oder (psycho)sozialen Versorgungsbedarf hat (**Hilfesuchender**, vgl. § 120b Abs. 3b Satz1 SGB V).¹ Diesen Versorgungsbedarf zu decken ist grundsätzlich eine Aufgabe der Leistungssysteme des SGB V bzw. SGB XI, da dem Hilfesuchenden regelmäßig ein Leistungsanspruch aus diesen Systemen auch außerhalb der Sprechstunden- bzw. Dienstzeiten zusteht. Aufgrund der bundesgesetzlichen Gesetzgebungszuständigkeit für den Bereich der Sozialversicherung aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 Grundgesetz (GG) hat der Bund die Aufgabe das System der Notfallversorgung so zu organisieren, dass der Versorgungsbedarf des Hilfesuchenden gedeckt werden kann, sodass dessen Leistungsanspruch erfüllt wird. Aus rechtlicher Sicht besteht daher ein **einheitliches System der Notfallversorgung** auf Basis der Vorschriften des SGB V bzw. SGB XI. Die Regelungen zur Notfallversorgung im SGB V bzw. SGB XI sind jedoch größtenteils nur **rudimentär** ausgestaltet und einzelne Leistungen (Rettungsdienst, Integrierte Leitstellen) dem Zugriff der Sozialversicherungssysteme entzogen, sodass zunächst zu klären ist, inwieweit der Bund kompetenzrechtlich in der Lage ist im Bereich der Notfallversorgung gesetzgeberisch tätig zu werden.

B. Gesetzgebungskompetenz des Bundes

Grundsätzlich steht den Ländern mangels Kompetenznorm zugunsten des Bundes das Recht zur Gesetzgebung für den Bereich des Rettungsdienstes und der zugehörigen Integrierten Leitstellen zu (Art. 70 Abs. 1 GG). Es kann hierbei offenbleiben, ob der Rettungsdienst als Bestandteil der nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr² oder zutreffend

¹ Vgl. hierzu Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung – Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, S. 12 ff.

² so ohne nähere Begründung *Hobusch*, MedR 2023, S. 627, 629.

als Leistung der Gesundheitsversorgung angesehen wird, da in beiden Fällen keine explizite Gesetzgebungszuständigkeit zugunsten des Bundes existiert. Dem Bund steht indes die **konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung** aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG und für das Recht der Wirtschaft aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG zu. 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.

Der Kompetenztitel „Sozialversicherung“ aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG berechtigt den Bundesgesetzgeber Inhalt, Voraussetzungen, Modalitäten und Umfang der versicherungsrechtlich geschuldeten Leistungen zu bestimmen.³ **Damit können die Ansprüche der Versicherten auf Leistungen der Notfallversorgung im SGB V umfänglich normiert werden.**

Aufgrund der sogenannten Wesentlichkeitstheorie ist der Gesetzgeber im Bereich des Rettungsdienstes sogar **verpflichtet diese Ansprüche detaillierter auszugestalten**, da es sich beim rettungsdienstlichen Notfall regelmäßig um eine lebensbedrohliche und damit hoch grundrechtsrelevante Situation geht (vgl. II. C. 3).

Von der Normierung von Leistungsansprüchen der Versicherten zu unterscheiden ist die Möglichkeit der Leistungsträger diese Ansprüche auch zu erfüllen. Obwohl also der Notfallversorgungsanspruch der Versicherten ein einheitlicher ist, könnten die Leistungsträger dessen Erfüllung auf Basis des bestehenden Leistungserbringerrechts im SGB V bzw. SGB XI für den Bereich des Rettungsdienstes und der Leitstellen nicht hinreichend sicherstellen, da das SGB V bzw. SGB XI für diese Bereiche **keine Regelungen zur Leistungserbringung enthält**. Diese Problematik wird verschärft durch den Umstand, dass der Rettungsdienst als solches nach teilweise vertretener Auffassung in die ausschließliche Gesetzgebungszuständigkeit der Länder nach Art. 70 Abs. 1 GG fällt. Zwar wird auch das Leistungserbringerrecht in der Sozialversicherung, also die Ausgestaltung der Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und

³ Dürig/Herzog/Scholz/Uhle, 101. EL Mai 2023, GG Art. 74 Rn. 309 mwN.

Leistungserbringern von der Kompetenznorm des Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG erfasst⁴, allerdings interagieren an dieser Stelle die Kompetenztitel aus Art. 70 Abs. 1 GG und Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG miteinander. Wo genau die Grenze zwischen der Bundeskompetenz und der Landeskompetenz im Bereich des Rettungsdienstes verläuft, kann daher nicht eindeutig beantwortet werden. **Es ist jedoch nicht so, dass jede Regelung im SGB V die sich irgendwie auf die Organisation oder Strukturen des Rettungsdienstes auswirkt per se unzulässig wäre.** Dies gilt umso mehr, als dass der Bund über Kompetenztitel „Recht der Wirtschaft“ aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG den (Notfall)Transport von Patienten über das Personenbeförderungsrecht regeln könnte. Der Umstand, dass derzeit die Beförderung mit Krankenkraftwagen aus dem Anwendungsbereich des PBefG ausgenommen ist (§ 1 Abs. 2 Nr. 2 PBefG) ist verfassungsrechtlich jedenfalls nicht zwingend.

Regelungen der Finanzierung wirken sich meistens in irgendeiner Form bei der Planung und Organisation des Rettungsdienstes aus. Dies führt allerdings nicht dazu, dass diese Regelungen nicht vom Bund getroffen werden können, da die Länder keinen Anspruch auf Kostenfreistellung gegenüber dem GKV haben. Dies gilt auch dann, wenn man den Bereich des Rettungsdienstes als Teil der Gefahrenabwehr ansieht, da es keinen Grundsatz gibt, wonach die Länder für Maßnahmen der Gefahrenabwehr zwingend einen Kostenersatzanspruch haben müssen. Vielmehr ist es so, dass der Gesetzgeber einen weiten Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum bei der Frage hat, welche individuell zurechenbaren öffentlichen Leistungen er einer Gebührenpflicht unterwerfen will.⁵ D.h. der Landesgesetzgeber könnte für alle oder nur bestimmte Leistungen des Rettungsdienstes keine Gebühr erheben, sodass es dann auch nicht zu einer Kostenerstattung kommen würde.

Insbesondere soweit der Bund die Finanzierungsregelungen den Rettungsdienst betreffend an Qualitätskriterien bindet bestehen keine Zweifel an seiner Gesetzgebungszuständigkeit, da die Sicherstellung einer bundeseinheitlichen

⁴ Bayerischer Verfassungsgerichtshof v. 16.07.2019 – Vf. 41-IX-19 – juris Rn. 77.

⁵ BVerfG v. 11.08.1998 – 1 BvR 1270/94 – juris Rn. 22.

Struktur- und Versorgungsqualität von der sozialversicherungsrechtlichen Kompetenz umfasst ist.⁶ Bundeseinheitliche Qualitätskriterien dienen der Erreichung des sozialversicherungsrechtlichen Ziels einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Leistungserbringung sowie dem schonenden Einsatz begrenzter Ressourcen. Gegen die von der Regierungskommission vorgeschlagene Änderung des § 133 SGB V⁷ und der Koppelung der Finanzierung an Qualitätsparameter bestehen daher keine kompetenzrechtlichen Bedenken. Ebenso keine kompetenzrechtlichen Bedenken würden gegen eine Regelung bestehen, die es den Krankenkassen ermöglicht mit Leistungserbringern von Rettungsdienstleistungen direkte Verträge über die Vergütung von Leistungen abzuschließen, soweit diese Leistungserbringer im Rahmen des Landesrechts zur Erbringung von Rettungsdienstleistungen berechtigt sind (so heute schon § 133 Abs. 1 SGB V).

Wenn es dem Bund gelingen würde darzulegen, dass eine effektive Wahrnehmung einer auf seiner Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 und Nr. 12 GG beruhenden Zielsetzung nur möglich ist, wenn diese durch Regelungen die Organisation des Rettungsdienstes betreffend ergänzt wird, könnte der Bund eine eigene Gesetzgebungskompetenz für den gesamten Bereich des Rettungsdienstes aus dem Rechtsgedanken der Gesetzgebungskompetenz kraft Sachzusammenhangs⁸ herleiten.⁹ Näher würde indes eine allgemeine Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus einem Rückgriff auf die Annexkompetenz¹⁰ liegen. Der Bund müsste hierfür darlegen, in Bezug auf welche bundesgesetzlichen Vorgaben es Umsetzungsdefizite gibt und sodann aufzeigen, wie er eine effektive Umsetzung erreichen will.¹¹ In

⁶ BSG v. 16.05.2013 – B 3 P 5/12 R – juris Rn. 16; Bayerischer Verfassungsgerichtshof v. 16.07.2019 – Vf. 41-IX-19 – juris Rn. 74; a.A. Wollenschläger/Schmidl, GesR 2016, S. 542, 547.

⁷ Neunte Stellungnahme Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung S. 9.

⁸ BVerfG v. 24.10.2002 – 2 BvF 1/01 – juris Rn. 207.

⁹ Kluth, Rechtsgutachten zu Fragen des Weiterentwicklungsbedarfs der Krankenhausplanung auf der Basis von Leistungsgruppen aus dem Februar 2023, S. 26 https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/hintergrund/dossier/krankenhaus/kluth_krankenhausplanung_lg_final.pdf [abgerufen am: 04.01.2024].

¹⁰ BVerfG v. 03.07.2012 – 2 PBvU 1/11 – juris Rn. 18.

¹¹ Kluth, Rechtsgutachten zu Fragen des Weiterentwicklungsbedarfs der Krankenhausplanung auf der Basis von Leistungsgruppen aus dem Februar 2023, S. 26 f [https://aok-](https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/hintergrund/dossier/krankenhaus/kluth_krankenhausplanung_lg_final.pdf)

Anbetracht der sehr unterschiedlichen landesrechtlichen Regelungen und der verfassungsrechtlichen Verpflichtung eines einheitlichen Rechtsrahmens für den Bereich des Rettungsdienstes liegt eine Annexkompetenz des Bundes für den Bereich des Rettungsdienstes nah.¹² Denn der Bund muss sicherstellen können, dass die im SGB V normierten und verfassungsrechtlich gebotenen Ansprüche der Versicherten auf eine Krankenbehandlung auf Basis der evidenzbasierten Medizin bundesweit auch erfüllt werden können.

Eine Regelung im SGB V, die die Integrierten Leitstellen für Rettungsdienst und Feuerwehr verpflichten würde mit den Terminservicestellen eine organisatorisch oder zumindest strukturell einheitliche Notfalleitstelle zu bilden, wäre nur dann von der Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes umfasst, wenn dieser sich auf eine Annexkompetenz berufen kann. Ohne einen solchen Rückgriff dürfte eine solche Regelung nicht mehr von der Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG erfasst sein, da dies einen unmittelbaren Eingriff in die Organisationshoheit der Länder für den Bereich des Rettungsdienstes und – aufgrund der Integration in den Leitstellen – der Feuerwehr darstellen würde. Dem Bund wäre es bei einem neu normierten Anspruch der Versicherten auf Notfallmanagement allerdings nicht verwehrt analog dem oben geschilderten Vorgehen Finanzierungsregelungen zu erlassen, die eine Vergütung bzw. deren Höhe der Leistungen des Notfallmanagements durch die GKV von einer konkret auszugestaltenden Zusammenarbeit zwischen Terminservicestellen und Integrierten Leitstellen abhängig zu machen. Eine neue organisatorische Einheit „Notfalleitstelle“ würde hierdurch allerdings nicht zwingend entstehen.

bv.de/imperia/md/aokbv/hintergrund/dossier/krankenhaus/kluth_krankenhausplanung_lg_final.pdf

[abgerufen am: 04.01.2024].

¹² Die landesrechtlichen Planungsparameter innerhalb derer ein Rettungswagen den Hilfesuchenden erreichen muss („Hilfsfrist“) sind häufig sehr unterschiedlich ausgestaltet (z.B. in der Regel 10 Minuten in Hessen, 12 Minuten in Sachsen oder 95% der Einsätze in 15 Minuten in Brandenburg). Auch im Hinblick auf die konkrete Durchführung des Rettungsdienstes unterscheiden sich die Regelungen in den Bundesländern erheblich, sodass sich ein deutschlandweit uneinheitliches Bild der Leistungserbringung ergibt. Teilweise unterscheidet sich die Qualität von Landkreis zu Landkreis erheblich, da Gesetzgeber den Kommunen als Rettungsdienststräger weite Spielräume gewährt.

Für einen Rückgriff auf eine Annexkompetenz insbesondere im Bereich der Leitstellen spricht die Möglichkeit des Bundes für den Bereich der GKV im SGB V eine eigene Struktur aufzubauen („GKV-Notfallleitstelle), die die Leistungen des Notfallmanagements erbringt. Die Organisationshoheit der Integrierten Leitstellen wäre hierdurch nicht tangiert, da diese weiterhin in ihrer Struktur als Integrierte Leitstellen tätig werden könnten. Sie würden die „Bedarfsanforderung“ an Leistungen des Rettungsdienstes lediglich nicht mehr direkt vom Hilfesuchenden, sondern in bestimmten Fällen direkt von den GKV-Notfallleitstellen erhalten.

Es wäre sogar kompetenzrechtlich nicht zu beanstanden, wenn der Bundesgesetzgeber sich entscheiden würde, die Notrufnummer 112 bei diesen GKV-Notfallleitstellen zuzuweisen oder gar – ähnlich wie in Österreich (Notrufnummer für medizinische Notfälle „144“) – eine vollständig eigene Notrufnummer für die GKV-Notfallleitstellen einführt. Denn Art. 73 Abs. 1 Nr. 7 GG vermittelt dem Bund die ausschließliche Gesetzgebungskompetenz für den Bereich der Telekommunikation, wozu auch die Frage zählt wo die Notrufnummer 112 hingeleitet wird (§ 164 TKG i.V.m. § 4 Abs. 2 NotrufV). Eine solche Regelung würde im Übrigen auch nicht gegen europäisches Recht verstoßen, da Art. 26 Abs. 2 der Richtlinie 2022/22/EG nur vorschreibt, dass die Mitgliedstaaten sicherzustellen haben, dass Notrufe unter der einheitlichen europäischen Notrufnummer 112 „angemessen entgegengenommen und auf eine Weise bearbeitet werden, die der nationalen Rettungsdienstorganisation am besten angepasst ist“. Eine Verpflichtung, dass die Notrufnummer 112 in einer gemeinsamen Leitstelle von Rettungsdienst und Feuerwehr entgegengenommen wird, ergibt sich hieraus nicht.

In der Zusammenschau der Kompetenznormen des Art. 73 Abs. 1 Nr. 7 GG, Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG und Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG verstärkt sich der Eindruck, dass eine Annexkompetenz des Bundes für den Bereich der Leitstellen und des Rettungsdienstes insgesamt zulässigerweise angenommen werden kann.

C. Rettungsdienst

1. Verfassungsrechtlicher Rahmen der Rettungsdienstleistungen

Die Leistungen des Rettungsdienstes sind von besonderer verfassungsrechtlicher Bedeutung. Notfallpatienten befinden sich regelmäßig in einer lebensbedrohlichen Situation, wie exemplarisch die Definition des Notfallpatienten in § 1 Abs. 2 Satz 2 RDG Baden-Württemberg, § 2 Abs. 2 RDG Sachsen oder § 3 Abs. 2 RDG Thüringen verdeutlicht: *„Notfallpatienten sind Kranke oder Verletzte, die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht umgehend medizinische Hilfe erhalten.“* **Der Notfallpatient sieht sich einem „grundlegenden Existenzrisiko“**¹³ **ausgesetzt**, auf das die staatliche Notfallversorgung effektiv reagieren muss.

Diese existenzielle Bedrohung abzuwenden ist eine einheitliche Aufgabe der Bundesländer, die den Rettungsdienst organisieren, und der gesetzlichen Krankenversicherung, die dem Versicherten zur Erbringung von Leistungen zur Krankenbehandlung (§ 27 SGB V) verpflichtet ist. Die Notfallpatienten befinden sich in einer Situation, in der sie *„nach allen verfügbaren medizinischen Hilfen greifen müssen“*¹⁴, der Staat aber im Rettungsdienst *„Monopolist“* ist und die einzige verfügbare Hilfe in der Hand hat. Der Notfallpatient hat nicht die Möglichkeit auf einen anderen Rettungsdienst auszuweichen oder anderweitig gleichermaßen schnelle Hilfe zu erhalten. **Dies führt zu erhöhten Pflichten bei der staatlichen Ausgestaltung des Rettungsdienstes.** Das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG)¹⁵, das Benachteiligungsverbot Behinderter (Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG) und die Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip (Art. 20 GG) spielen hierbei eine besondere Rolle, weil die Versorgung eines hilflosen Menschen in Lebensgefahr nach einem Unfall oder einem anderen medizinischen Notfall ausschließlich in der Hand des Staates liegt und die staatlichen Entscheidungen über Leben und Tod im unmittelbaren Sinn entscheiden. Der Staat hat durch seine

¹³ *Di Fabio*, in: Düring/Herzog/Scholz, GG, Art. 2 Abs. 2 Nr. 1 Rn. 94.

¹⁴ BVerfG v. 10.11.2015 – 1 BvR 2056/12 –, BVerfGE 140, 229-240, Rn. 18.

¹⁵ BVerfG v. 06.12.2005 – 1 BvR 347/98 – juris Rn. 56.

Regelungen sicherzustellen, dass die notwendigen Maßnahmen ergriffen werden, um die physische Existenz eines Menschen zu sichern und zu gewährleisten.¹⁶ Eine Relativierung dieses grundlegenden Anspruchs ist unzulässig.

Der Schutzpflicht des Staates kommt im Bereich des Rettungsdienstes auch deshalb eine besondere Bedeutung zu, da im Falle des Eintritts eines Notfalls **kein effektiver Rechtsschutz i.S.d. Art. 19 Abs. 4 GG erreichbar** ist.¹⁷ Denn aufgrund der akuten und plötzlichen Bedrohung von Leib und Leben kann kein Gericht mehr die Einhaltung der (verfassungs)rechtlichen Vorgaben in einer Notfallsituation sicherstellen. Vor diesem Hintergrund muss ein System der Notfallversorgung **von vornherein** so ausgestaltet sein, dass der Schutzpflicht Genüge getan ist. Der dem Gesetzgeber bei der Ausgestaltung seiner Schutzpflicht eingeräumte Gestaltungsspielraum verengt sich daher im Bereich des Rettungsdienstes in erheblichem Maße.

2. Vorhandene Regelungen

a) *Rettungsdienst*

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben de lege lata einen Sachleistungsanspruch (§§ 60, 133 SGB V i.V.m. der Krankentransport-Richtlinie, § 27 SGB VII)¹⁸ auf den erforderlichen Transport in ein geeignetes Krankenhaus als notwendige Voraussetzung für eine Krankenhausbehandlung. Ausnahmsweise kann auch ein Transportanspruch zu einer ambulanten Behandlung bestehen (§ 60 Abs. 1 Satz 4 SGB V). **Damit besteht kein Anspruch des Versicherten, wenn es nicht zum Transport kommt**¹⁹ In der Praxis besteht deutschlandweit – mit Ausnahme von Bayern – ein mehr oder weniger stillschweigender Konsens, dass die Vergütung für die Integrierten Leitstellen und die **gesamte notfallmedizinische Versorgung** des Versicherten vor und während des Transports durch Notfallsanitäter oder Notärzte aus dem Umstand hergeleitet wird, dass es sich um eine „Nebenleistung“ zum Transport handelt. Die Kosten der notfallmedizinischen Versorgung werden daher in die

¹⁶ vgl. hierzu BVerfG v. 09.02.2010 – 1 BvL 1/09.

¹⁷ VGH Baden-Württemberg v. 05.05.2023 – 6 S 2249/22 – juris Rn. 96.

¹⁸ BSG v. 29.11.1995 – 3 RK 32/94 – Rn. 29.

¹⁹ BSG v. 6.11.2008 – B 1 KR 38/07 R.

Transportentgelte „eingepreist“. Die Finanzierung der Leistungen des Rettungsdienstes erfolgt im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf Basis des § 133 SGB V. Die Träger des Rettungsdienstes bzw. die Leistungserbringer im Rettungsdienst haben einen Anspruch auf Vergütung aus § 133 Abs. 1 SGB V und dem darin enthaltenen **Vorrang des Landesrechts**. D.h. soweit Landesrecht die Vergütung regelt, hat die GKV dem Träger des Rettungsdienstes bzw. dem Leistungserbringer die durch das Landesrecht ermittelte Vergütung zu zahlen. Theoretisch besteht für die GKV die Möglichkeit der Festbetragsfestsetzung gem. § 133 Abs. 2 SGB V. Diese Möglichkeit ist indes eher theoretischer Natur, da die Voraussetzungen des § 133 Abs. 2 SGB V kaum erfüllbar sind. Damit regelt § 133 Abs. 1 SGB V nichts weniger als einen „**Blankoscheck**“ zugunsten des Landesrechts. **Ohne dass die GKV aktuell in die konkrete Leistungserbringung eingebunden ist, also z.B. die Qualität der Leistungserbringung beeinflussen kann, muss sie die durch das Landesrecht ermittelten Vergütungen finanzieren.** Es ist ihr de lege lata auch nicht möglich über die Finanzierung auf eine **bundesweit einheitliche Versorgung** ihrer Versicherten mit Leistungen des Rettungsdienstes hinzuwirken. Dieses Finanzierungsmodell beanstandet auch die Regierungskommission unter Verweis auf eine Stellungnahme des Bundesrechnungshofs.²⁰

b) Leitstellen

Versteht man den Begriff „Leitstelle“ im Wortsinn, bestehen derzeit **zwei telefonische Kontaktstellen** für Hilfesuchende, die diese zur richtigen Notfallversorgung „leiten“ können. Entweder der Hilfesuchende wendet sich an die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen oder die „Rettungsleitstelle“.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben gem. § 75 Abs. 1a Satz 2 SGB V Terminservicestellen vorzuhalten, die für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer erreichbar sein müssen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben für die Terminservicestellen die

²⁰ Neunte Stellungnahme Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung S. 5.

Telefonnummer 116 117 eingerichtet und betreiben – soweit ersichtlich – diese Stellen selbst oder durch eigene Tochtergesellschaften (z.B. KV SiS BW Sicherstellungs-GmbH²¹). Die Terminservicestellen müssen gem. § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 4 SGB V u.a. die Aufgabe erfüllen Versicherten in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene, in geeigneten Fällen auch in Form einer telefonischen ärztlichen Konsultation, zu vermitteln.

Die „Rettungsleitstellen“ existieren nicht mehr. Vielmehr sind sie im Zuge der Einführung der europaweit einheitlichen Notrufnummer 112 durch die Richtlinie 2002/22/EG (Universaldienstrichtlinie) mit den Feuerwehrleitstellen zu den Integrierten Leitstellen für Feuerwehr, Rettungsdienst und Katastrophenschutz verschmolzen worden. Unter der Notrufnummer 112 werden daher aktuell sowohl medizinische als auch nicht-medizinische, die Feuerwehr betreffende, Hilfeersuchen entgegengenommen.

Während die Terminservicestellen detailliert über den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen geregelt sind, enthält das SGB V keine Regelungen zu den Integrierten Leitstellen. Die Finanzierung erfolgt vielmehr über den „Umweg“ der „Nebenleistung“ zum Rettungsdienst-Transport, sodass die Integrierten Leitstellen über die Regelung des § 133 Abs. 1 SGB V bzw. den dort geregelten Vorrang des Landesrechts die Kosten für Organisation, insbesondere Vorhaltung, Technik und Betrieb soweit es den medizinischen Teil der Integrierten Leitstellen (ehemals Rettungsleitstelle) betrifft, von der GKV erstattet erhalten.

3. Gesetzgeberischer Handlungsbedarf

Die Regelungen des SGB V im Bereich der Notfallversorgung sind wie oben dargestellt nur rudimentär ausgestaltet und bilden das hoch grundrechtsrelevante Leistungsspektrum des Rettungsdienstes **nicht hinreichend** ab. **Vor Hintergrund des dargestellten verfassungsrechtlichen Rahmens gebietet jedoch die sogenannte**

²¹ www.kvswb.de [abgerufen am: 04.01.2024].

Wesentlichkeitstheorie eine detaillierte Regelung des Anspruchs auf Leistungen der Notfallversorgung und insbesondere des Rettungsdienstes im SGB V. Denn die Wesentlichkeitstheorie beantwortet nicht nur die Frage, ob überhaupt ein bestimmter Gegenstand gesetzlich geregelt werden muss. Sie ist vielmehr auch dafür maßgeblich, wie weit diese Regelungen im Einzelnen gehen müssen.²² Gesetzlicher Regelung bedürfen in materieller Hinsicht die für die Verwirklichung der Grundrechte wesentlichen Fragen²³ und desto wesentlicher die gesetzgeberische Entscheidung für die Grundrechtsverwirklichung, desto höher ist die erforderliche Regelungsdichte.²⁴

Der Bundesgesetzgeber hätte deshalb zunächst zu regeln, welche konkreten Ansprüche die Versicherten haben, wenn sie sich in Lebensgefahr befinden oder ihnen schwere gesundheitliche Schäden drohen, wenn sie nicht umgehend medizinische Hilfe erhalten. Dies ließe sich durch Aufnahme einer neuen Nr. 4a „**Notfallbehandlung**“ in § 27 Abs. 1 SGB V umsetzen. Sodann könnte ein neuer § 60a SGB V die einzelnen Leistungen der Notfallbehandlung, konkret das **Notfallmanagement**, die **notfallmedizinische Versorgung**, den **Notfalltransport** sowie die **pflegerische Notfallversorgung**, **notfallmäßige Palliativversorgung** und **psychiatrisch-psychoziale Krisenintervention**, konkretisieren.

Versicherte hätten hiernach einen normierten Anspruch auf ein Notfallmanagement durch **Entgegennahme ihres Hilfeersuchens** in medizinischen Notlagen und die Vermittlung der erforderlichen Hilfe durch eine Notfalleitstelle. Versicherte hätten weiter einen Anspruch auf notfallmedizinische Versorgung. Die notfallmedizinische Versorgung würde die **notärztliche Versorgung sowie die Versorgung durch Notfallsanitäter** beinhalten, um die erforderliche Ausnahme zum Arztvorbehalt aus § 15 Abs. 1 SGB V zu normieren. Der notfallmedizinischen Versorgung würde ein Anspruch auf Versorgungsmanagement zur Unterstützung einer

²² Leibholz/Rinck/Hesselberger, in: Leibholz/Rinck, Grundgesetz Kommentar, Vor Art. 70-82 Rn. 33.

²³ BVerfG v. 20.02.2013 – 2 BvR 228/12 – Rn. 54.

²⁴ Grzeszick, in Dürig/Herzog/Scholz, GG, Art. 20 Rn. 106.

sektorenübergreifenden Notfallversorgung der Versicherten ähnlich dem Anspruch auf ein Entlassmanagement in § 39 Abs. 1a SGB V zur Seite zu stellen sein.

Der Anspruch auf Notfalltransport würde erforderliche Transporte in eine geeignete Einrichtung – und damit nicht nur in ein Krankenhaus – sowie eine notfallmedizinische Versorgung während des Transports umfassen, sodass klargestellt wäre, dass die notfallmedizinische Versorgung auch die Versorgung während des Transports umfasst. An dieser Stelle könnte ebenso geregelt werden, dass die Notfalleitstelle, die eine Steuerungsfunktion übernehmen soll, über die „Verordnung“ eines Transports durch Taxen oder Krankentransportfahrzeuge eigenständig entscheiden kann.

Es wäre sicherzustellen, dass die für das Notfallmanagement zuständigen Notfalleitstellen **jederzeitigen einheitlichen Zugriff** auf die Vermittlung aller für die Notfallversorgung relevanter Leistungen haben, da andernfalls eine effektive Vermittlung dieser Leistungen nicht möglich wäre. Das zwei rechtlich und organisatorisch voneinander völlig unabhängige Leitstellen, Integrierte Leitstellen einerseits und Terminservicestellen andererseits, eine Patientensteuerung „*wie aus einer Hand*“ erbringen können ist selbst bei größtem Optimismus kaum vorstellbar. Dies gilt umso mehr, als dass eine dieser Leitstellen, nämlich die Integrierte Leitstelle, derzeit vollständig außerhalb des SGB V/SGB XI-Systems organisiert ist.

Im Hinblick auf die konkrete Leistungserbringung könnte der Bund entweder darlegen, dass die Voraussetzungen für eine Annexkompetenz im Bereich des Rettungsdienstes gegeben sind oder er könnte auf Basis der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz für den Bereich der Sozialversicherung aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG bestimmte Qualitätsvorgaben im SGB V für die Leistungen der Notfallversorgung definieren und an deren Einhaltung finanzielle Anreize zu knüpfen. Konkret geht es hier um die Festlegung von messbaren Parametern für ein gut organisiertes, funktionierendes und dem Stand von Wissenschaft und Technik entsprechendes System des Notfallmanagements, der Notfallbehandlung und des Notfalltransports. So könnte beispielsweise für ein schnelles Eintreffen professioneller Hilfe beim Versicherten bei medizinischer Notwendigkeit (z.B. Herz-Kreislauf-Stillstand) eine höhere Vergütung

vorgesehen werden. Ebenso wäre es denkbar, die zeitaufwendige Anleitung von Ersthelfern bei komplexen Notfällen im Rahmen des Notfallmanagements (Reanimationsanleitung, Geburtshilfeanleitung etc.) mit Zusatzentgelten zu vergüten. Daneben müssten aber auch bezogen auf die konkrete Versorgung ein Katalog von Pauschalen für die Erfüllung von Versorgungsqualitätsparametern bei der Notfallbehandlung festgelegt werden. Dies bezieht sich im Wesentlichen auf eine Behandlung nach dem Stand von Wissenschaft und Technik. Auch könnten für den Bereich der Notfallbehandlung und des Notfalltransports Zusatzentgelte vorgesehen werden. Das Anknüpfen der Vergütung an die Erfüllung von Struktur- und Versorgungsqualitätsparametern macht zudem einen einheitlichen Aufbau der Datensätze und das Verfahren für die Übermittlung der Daten der Leistungsträger- bzw. -erbringer erforderlich. Eine Verknüpfung dieser Daten mit den ohnehin im Rahmen der GKV-Versorgung erhobenen Daten, würde zudem ein umfassendes Bild der Qualität der Notfallversorgung liefern.

D. Kassenärztlicher Notdienst

Der Kassenärztliche Notdienst beruht auf dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen gem. § 75 SGB V. Diese haben nach § 75 Abs. 1b SGB V einen Notdienst für die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten zu gewährleisten.

Der **konkrete Umfang** des Sicherstellungsauftrags ist im SGB V jedoch nicht geregelt. Die Notfalldienst- oder Bereitschaftsdienstordnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen regeln nur die organisatorischen Rahmenbedingungen, der Umfang der erforderlichen Sicherstellung im Notdienst wird – soweit ersichtlich – auch nicht durch die Kassenärztlichen Vereinigungen selbst oder in anderen Regelwerken näher definiert bzw. normiert (z.B. Ärzte-ZV). Der Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) regelt in § 54 Abs. 3 die Möglichkeit der teilweisen Zurückbehaltung der Gesamtvergütung durch die Krankenkassen für den Fall, dass eine schuldhaft, noch andauernde und erhebliche Verletzung des Sicherstellungsauftrags vorliegt. Sobald die Verletzung des Sicherstellungsauftrags abgestellt ist, haben die Krankenkassen den zurückbehaltenen

Betrag an die Kassenärztliche Vereinigung auszuführen (§ 54 Abs. 3 Satz 10 BMV-Ä). Von dieser Regelung wurde soweit ersichtlich bislang kein Gebrauch gemacht. Daneben besteht die Möglichkeit, dass die nach § 78 Abs. 1, 3 SGB V zuständige *Rechtsaufsichtsbehörde* eine Kassenärztliche Vereinigung aufsichtsrechtlich verpflichtet ihren Sicherstellungsauftrag zu erfüllen (§ 78 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 89 Abs. 1 SGB V). Hierbei darf allerdings nicht verkannt werden, dass mangels konkreter gesetzlicher oder untergesetzlicher Regelungen zum Umfang des Sicherstellungsauftrags im Notdienst, eine Rechtsverletzung – und nur eine solche darf von einer Rechtsaufsichtsbehörde beanstandet werden – nur schwer feststellbar sein wird.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass es **keine gesetzlichen Vorgaben** für den Umfang des Sicherstellungsauftrags außerhalb der Sprechstundenzeiten und damit des kassenärztlichen Notdienstes gibt. Bei einer gesetzlichen Regelung der Notfallversorgung sollte daher auch in Betracht gezogen werden, den Sicherstellungsauftrag der kassenärztlichen Vereinigungen für den Notdienst hinsichtlich seines Umfangs **gesetzlich oder untergesetzlich festzulegen**.

E. Pflegerische Notfallversorgung (SGB XI)

Soweit die Regierungskommission einen Zugriff der Notfallleitstellen auf Leistungen der pflegerischen Notfallversorgung einfordert, besteht kein Zweifel an der Sinnhaftigkeit dieser Forderung. Für die pflegerische Versorgung besteht aktuell nur über § 69 SGB XI ein **Sicherstellungsauftrag**, der den Pflegekassen (sic!) „im Rahmen ihrer *Leistungsverpflichtung*“ auferlegt, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Zu diesem Zwecke haben sie Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern der Pflegeeinrichtungen sowie sonstigen Leistungserbringern abzuschließen (§ 69 Satz 2 SGB XI). Im Gegensatz zu den Kassenärztlichen Vereinigungen, die selbst Körperschaften des öffentlichen Rechts sind und bei denen die Kassenärzte zwangsweise Mitglieder sind (§ 77 Abs. 3, 5 SGB V) besteht ein vergleichbares

Verhältnis zwischen Pflegekassen und Pflegediensten gerade nicht. Während die Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Mitglieder im Satzungswege verpflichten können an den eingerichteten Notdiensten teilzunehmen, beschränken sich die Pflegekassen regelmäßig darauf den Sicherstellungsauftrag im **Versorgungsvertrag** gem. § 72 SGB XI an den Pflegedienst bzw. die Pflegeeinrichtung weiterzugeben. Dies geschieht z.B. mit Klauseln wie: *„Im Rahmen seiner Versorgungspflicht hat der Pflegedienst die individuelle Versorgung der Pflegebedürftigen mit Pflegeleistungen zu jeder Zeit, bei Tag und Nacht einschl. an Sonn- und Feiertagen, zu gewährleisten [...]“*²⁵. Weitere Regelungen sehen vor, dass ein Verstoß gegen diesen Versorgungsvertrag eine *„gröbliche Pflichtverletzung“* darstellt, die nach § 74 Abs. 2 SGB XI zur Kündigung des Vertrags berechtigt.

Nach dem Vorstehenden müsste für den Bereich der pflegerischen Notfallversorgung der Sicherstellungsauftrag durch den Gesetzgeber klarer gefasst sein, sodass die Notfallleitstellen auch tatsächlich auf Leistungen der pflegerischen Notfallversorgung zurückgreifen können.

F. Patientensteuerung

1. Vorhandene Regelungen

Regelungen zur Patientensteuerung enthält das SGB V ebenso wenig wie das SGB XI. In § 75 Abs. 1a Satz 2 SGB V ist lediglich geregelt, dass die Terminservicestellen mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren sollen. Die von der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung in deren vierter Stellungnahme vorgesehenen Steuerungsziele²⁶ sind – bis auf den Rettungsdienst – im Wesentlichen innerhalb des Sozialversicherungssystems organisiert.²⁷ Es besteht indes innerhalb des Sozialversicherungssystems **keine einheitliche Steuerungsebene**, da die Integrierten Leitstellen durch die Bundesländer organisiert werden und die Sozialleistungsträger

²⁵ z.B. § 5 Abs. 4 Versorgungsvertrag Nordrhein-Westfalen.

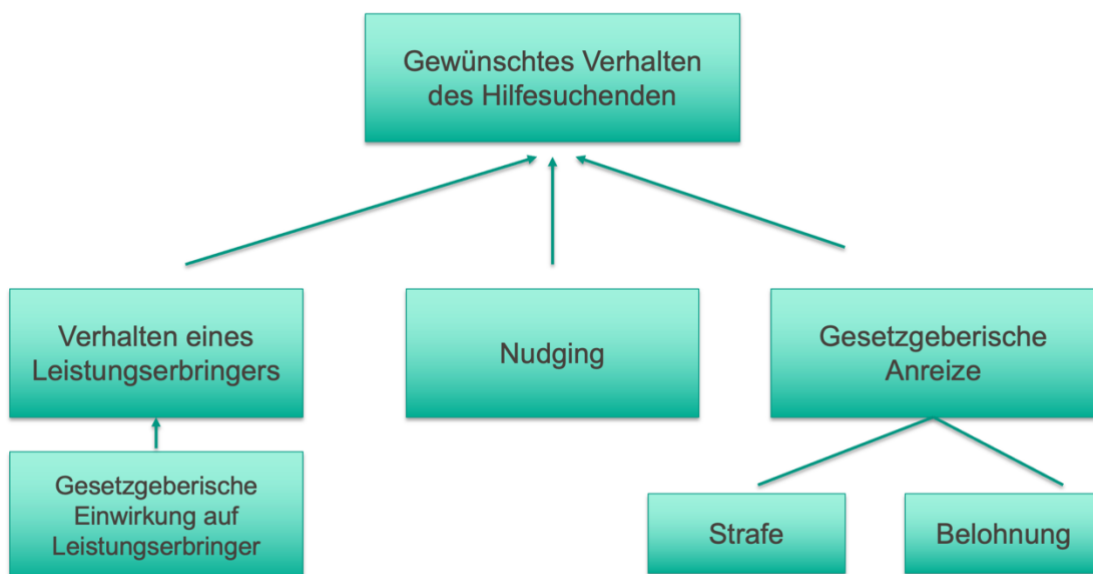
²⁶ Dort S. 13 f.

²⁷ Hinsichtlich des Akut-Sozialdienstes gilt dies jedenfalls dann, wenn es sich hier um eine psychotherapeutische Leistung handelt.

nicht einmal über die Finanzierung Einfluss auf deren Organisation und Tätigkeit nehmen können. Lediglich die Terminservicestellen unterliegen derzeit der Regelungshoheit des SGB V, da diese Teil des kassenärztlichen Sicherstellungsauftrags gem. § 75 SGB V sind. Erschwerend hinzu kommt, dass derzeit das Sozialversicherungssystem **keinen „Zugriff“ auf den Leistungsbereich Rettungsdienst** hat, da dieser ausschließlich von den Bundesländern organisiert wird und – ebenso wie bei den Integrierten Leitstellen – auch nicht über die Finanzierung Einfluss genommen werden kann. **Dieser Umstand steht einer einheitlichen und effizienten Steuerung Hilfesuchender innerhalb des Sozialversicherungssystems entgegen.**

2. Möglichkeiten zur Implementierung von Steuerungsinstrumenten

Die Forderung einer verbindlichen Steuerung von Hilfesuchenden in den richtigen Versorgungssektor durch die Notfallleitstellen, wie in anderen europäischen Ländern, ist aus gesundheitsökonomischer Sicht nachvollziehbar. Aus dem Schaubild ergeben sich mehrere **Möglichkeiten der Steuerung** von Hilfesuchenden, die rechtlich unterschiedlich zu würdigen sind:



Betrachtet man zunächst die direkten gesetzgeberischen Anreize, die auf den Hilfesuchenden abzielen, sind rechtlich unproblematisch **Belohnungsanreize** für den Fall, dass der Hilfesuchende der Empfehlung der Notfalleitstelle folgt. Denkbar wären Beitragsrabatte, Freistellung von Zuzahlungen oder ein Geldbonus, wenn zunächst die Notfalleitstelle kontaktiert und deren Empfehlung gefolgt wird. Wenn **Strafanreize** gesetzt werden, wie z.B. eine Notaufnahmegebühr, wären die Patienten in ihren Grundrechten aus Art. 2 Abs. 2 GG und ggf. Art. 3 Abs. 1 GG (Ungleichbehandlung aufgrund unterschiedlicher Verteilung von Beitragslasten) betroffen. Indes hat die Rechtsprechung die Zulässigkeit von Steuerungsmaßnahmen durch Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen als verfassungsgemäß angesehen, da dem Gesetzgeber ein weiter Gestaltungsspielraum zukomme.²⁸ Ein ebenso denkbares, mit Sanktionen verknüpftes, Modell wäre eine Form der Heilverfahrenssteuerung wie sie § 28 Abs. 4 SGB VII vorsieht. Gegenüber dem Versicherten wird in diesem Fall der Grundsatz der freien Arztwahl mit der Folge eingeschränkt, dass er den Versorgungssektor nicht mehr frei wählen könnte, also letztlich der Leistungsanspruch auf bestimmte Leistungen der Krankenbehandlung beschränkt. Als Sanktion könnte dann in Anlehnung an die Regelung des § 52 SGB V eine Kostenbeteiligung in Betracht gezogen werden. Eine solche Regelung wäre im Hinblick auf die Verhältnismäßigkeit deutlich höheren Voraussetzungen unterworfen als bspw. eine (geringe) Zuzahlung, um den Eingriff in Art. 2 Abs. 2 GG zu rechtfertigen.

Soweit der Gesetzgeber unmittelbar **auf Leistungserbringer einwirkt**, z.B. durch die Verpflichtung einer Notaufnahme einen Hilfesuchenden abzuweisen, wenn dieser nicht zuvor die Notfalleitstelle kontaktiert hat, müssten diese Regelungen sehr differenziert ausgestaltet sein, um den Verpflichtungen der Krankenhäuser aus den Landeskrankenhausgesetzen zur Aufnahmepflicht (z.B. § 28 LKHG Baden-Württemberg) und der Strafbarkeit der unterlassenen Hilfeleistung gem. § 323c StGB Rechnung zu tragen. Inwieweit eine Regelung, die eine Vielzahl von Ausnahmen vorsehen müsste noch effektiv ist, erscheint fraglich.

²⁸ BVerfG v. 27.09.2011 – 2 BvR 86/11; BSG v. 25.06.2009 – B 3 KR 3/08 R.

Die Notfallleitstellen müssen nach Meinung der Regierungskommission so vorteilhaft und attraktiv sein, dass für die Bevölkerung ein großer Anreiz besteht, sich in einem medizinischen Notfall primär an die Notfallleitstelle zu wenden.²⁹ Die Regierungskommission meint damit eine Methode, die als **Nudging** bezeichnet wird. Beim Nudging (engl. "nudging" für "Anstoßen", "Schubsen" oder "Stupsen") bewegt man jemanden auf mehr oder weniger subtile Weise dazu, etwas Bestimmtes einmalig oder dauerhaft zu tun oder zu lassen. Angestrebt werden die Verhaltensänderungen von Personen in Richtung eines gewünschten Verhaltens.³⁰ So kann bspw. durch die Anzeige von Wartezeiten im Internet ein Patient in eine bestimmte Arztpraxis „gelenkt“ werden, da er sich aus eigenem Antrieb dafür entscheiden wird dorthin zu gehen, wo er die kürzeste Wartezeit hat. Im Falle der Notfallleitstelle könnte dies bspw. ebenfalls eine verkürzte Wartezeit bei der Behandlung oder die Möglichkeit der Vermittlung bestimmter, nur über die Notfallleitstelle erhältlicher, Mehrleistungen sein. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten aus Art. 2 Abs. 1, 2 GG schützt indes nicht nur vor gezielten staatlichen Eingriffen, sondern auch vor lediglich mittelbaren oder faktischen Eingriffen von besonderer Intensität.³¹ Beim Nudging liegt indes kein (faktischer) Eingriff vor, da dem Hilfesuchenden keine Entscheidungsoption genommen wird, sondern ihm nur eine besonders „vorteilhafte“ Option angeboten wird. An die Empfehlung der Notfallleitstelle „weiche“ Anreize im Sinne eines nudge zu knüpfen, stößt daher nicht auf verfassungsrechtliche Bedenken.

III. Kompetenzen des Rettungsfachpersonals

A. Einleitung

Wenn es um die Abgrenzung der Kompetenzen zwischen Ärzten und Angehörigen der Medizinalberufe und damit um die Frage der eigenverantwortlichen Durchführung einer Maßnahme geht, gilt das Hauptaugenmerk zumeist dem Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde (HeilPrG) vom 17.2.1939. Dieses Gesetz bildet die Grundlage

²⁹ Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, S. 14.

³⁰ Gabler, Wirtschaftslexikon.

³¹ BVerwG v. 25.10.2017 – 6 C 46/16 („Tornado-Tiefflug“).

für die Erlaubnispflichtigkeit der Heilkundeausübung. Das HeilPrG ermöglicht jedermann, nach Überprüfung seiner Zuverlässigkeit und Fähigkeiten, die Erlaubnis zur berufs- oder gewerbsmäßigen Ausübung der Heilkunde zu erhalten³². **Wird die Heilkunde jedoch ohne erforderliche Erlaubnis ausgeübt, stellt dies eine Straftat dar** (§§ 1, 5 HeilPrG)

B. Heilkundebegriff

Die verwaltungsgerichtliche Rechtsprechung entwickelte in einer Reihe von Entscheidungen den Heilkundebegriff verfassungskonform weiter³³. Bei der im Hinblick auf Art. 12 Abs. 1 GG gebotenen verfassungskonform einschränkenden Auslegung sei der Heilkundebegriff um zwei ungeschriebene Tatbestandsmerkmale zu ergänzen. Zum einen sei es für die Ausübung der Heilkunde erforderlich, dass „*die Tätigkeit im Hinblick auf Ziel, Art oder Methode nach allgemeiner Auffassung ärztliche Fachkenntnisse voraussetzt*“³⁴, zum anderen müsse „*die Behandlung geeignet sein, gesundheitliche Schädigungen zu verursachen*“³⁵. Dieser Auslegung der Rechtsprechung schloss sich auch die Literatur an³⁶. Durch die restriktive Auslegung sollte dem Sinn und Zweck des Gesetzes Rechnung getragen werden.

Der Erlaubnispflicht unterfallen hiernach allerdings auch Tätigkeiten, die für sich gesehen zwar keine ärztlichen Fachkenntnisse voraussetzen, jedoch Gesundheitsgefährdungen mittelbar zur Folge haben können, etwa dadurch, dass ein frühzeitiges Erkennen ernster Leiden verzögert werden kann und die Wahrscheinlichkeit einer solchen Gefährdung nicht nur geringfügig ist³⁷. Eine mittelbare Gefahr der vorgenannten Art bestünde dann, wenn die in Rede stehende Heilbehandlung als eine, die ärztliche Berufsausübung ersetzende, Tätigkeit

³² Einen Spezialfall bildet die ärztliche Approbation. Diese berechtigt zur Ausübung der Heilkunde *unter der Bezeichnung* „Arzt“ oder „Ärztin“ (§ 2 Abs. 5 iVm. § 2a BÄO).

³³ Zusammenfassend BVerfG NJW 2003, 41, 42 f.

³⁴ BVerwG NJW 1959, 833, 834; 1966, 418, 418; 1970, 1987, 1987; 1973, 579, 579; 1984, 1414, 1414; BVerwG ArztR 1995, 48, 49 f.; BVerwG NJW 1994, 3024, 3026

³⁵ BVerwG NJW 1970, 1987, 1987; BVerwG NJW 1973, 579, 579; BVerwG NJW 1984, 1414, 1414

³⁶ Vgl. statt aller *Taupitz*, ArztR 1993, 173.

³⁷ BVerwG ArztR 1995, 48, 50; BVerwG NJW 1970, 1987 f.; BVerwG NJW 1973, 579; OVG Koblenz MedR 1990, 283, 284; VGH Mannheim, Urteil v. 17.2.2005, 9 S 216/04.

erscheine³⁸. Ob das Gefahrenmoment geringfügig ist, könne nur aufgrund einer generalisierenden und typisierenden Betrachtung der in Rede stehenden Tätigkeit beurteilt werden. Maßgebliche Bedeutung kommen in diesem Zusammenhang der Art der Erkrankung und die Erwartungen des zu behandelnden Patienten, die dieser an die Behandlung knüpfe, zu³⁹.

Auch die restriktive Auslegung der Verwaltungsrechtsprechung offenbart, insbesondere im Bereich der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Angehörigen der Medizinalberufe, ihre Schwächen. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf das zur Einschränkung des Heilkundebegriffs verwandte Tatbestandsmerkmal der *Erforderlichkeit ärztlicher Fachkenntnisse*. Gerade im Bereich der Medizinalberufe ist es schier unmöglich festzulegen, für welche Tätigkeit ärztliche Fachkenntnisse erforderlich sind und welche Tätigkeit diese gerade nicht mehr erfordern, weil das Kriterium „Erforderlichkeit ärztlicher Fachkenntnisse“ viel zu unbestimmt ist⁴⁰. Die seit Langem bestehende Unsicherheit und die rechtliche Unklarheit in der Abgrenzung zwischen ärztlichem Kompetenzbereich und dem rechtlich zulässigen Betätigungsfeld der Medizinalberufe hat in dieser Unbestimmtheit ihre Ursache⁴¹. Denn in der Praxis ist Ärzten und Medizinalpersonal oftmals nicht klar, ob für eine bestimmte Maßnahme ärztliche Fachkenntnisse erforderlich sind und mithin Heilkundenausübung im Sinne des HPG vorliegt. Dies liegt insbesondere daran, dass im deutschen Medizinrecht keine normative Festlegung des ärztlichen Aufgabenbereichs existiert⁴². **Somit bleibt festzustellen, dass das Kriterium „Erforderlichkeit ärztlicher Fachkenntnisse“ im Bereich der Medizinalberufe untauglich ist, weil die Grenzen zwischen ärztlicher Tätigkeit und der Tätigkeit des Medizinalpersonals gerade in spezialisierten Bereichen, wie der Intensiv- oder Notfallmedizin, fließend sind**⁴³.

³⁸ BVerwG ArztR 1995, 48, 50.

³⁹ BVerwG ArztR 1995, 48, 50.

⁴⁰ Vgl. *Böhme*, Das Recht des Krankenpflegepersonals, Teil 2: Haftungsrecht, S. 218; *Hahn*, Die Haftung des Arztes für nichtärztliches Hilfspersonal, S. 25; *Opderbecke*, MedR 1996, S. 542, 542.

⁴¹ Vgl. *Heinze/Jung*, MedR 1985, S. 62.

⁴² Im Gegensatz hierzu § 2 Abs. 2 Ärztegesetz Österreich (BGBl. I 169/1998).

⁴³ So auch *Pflüger*, Krankenhaushaftung und Organisationsverschulden, S. 139 f.

Dementsprechend lässt sich eine Abgrenzung der Kompetenzen von Ärzteschaft und Medizinalpersonal anhand eines solch abstrakten Kriteriums nicht vornehmen⁴⁴.

Den Notfallsanitätern ist die Heilkundeausübung aktuell lediglich unter den in § 2a NotSanG normierten Voraussetzungen erlaubt. Insbesondere dürfen sie die Heilkunde nur dann ausüben, wenn die jeweilige Maßnahme erforderlich ist, um Lebensgefahr oder schwere gesundheitliche Schäden vom Patienten abzuwenden. Liegen die Voraussetzungen des § 2a NotSanG nicht vor, wird die Heilkunde verbotenerweise ausgeübt.

C. (Vor-/General)Delegation

Ein Verstoß gegen das HeilprG liegt nach herrschender Meinung allerdings dann nicht vor, wenn die Ausübung der Heilkunde unter mehr oder weniger intensiver Aufsicht eines Arztes im Rahmen der vertikalen Arbeitsteilung erfolgt.⁴⁵ Der medizinrechtliche Begriff der Delegation setzt voraus, dass dem delegierenden Arzt der **Patient und die Person, auf die die Maßnahme delegiert wird, bekannt ist**. Der Arzt muss insoweit in Anlehnung an § 831 BGB die **formelle und materielle Qualifikation** des Delegationsempfängers **prüfen**, ihn **instruieren** und **überwachen**.⁴⁶

Die Besonderheit im Rettungsdienst ist nun gerade, dass der Notfallsanitäter (zunächst) allein den Notfallpatienten versorgt bis der Notarzt vor Ort ist oder wenn kein Notarzt verfügbar ist die Versorgung gänzlich allein durchführt. Die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen ist ihm dann eigentlich nur im Zeitfenster und unter den Voraussetzungen des § 2a NotSanG erlaubt.

Der von § 2a NotSanG gesteckte Rahmen wird in der Praxis offenbar als unzureichend angesehen. Denn auf Länderebene wird derzeit der Versuch unternommen außerhalb des § 2a NotSanG heilkundliche Maßnahmen erlaubterweise von Notfallsanitätern im

⁴⁴ Vgl. *Opderbecke*, MedR 1996, S. 542, 542.

⁴⁵ BVerwG v. 25.06.1970 – I C 53.66, ausführlich Wissenschaftlicher Dienst Bundestag, Az. WD9-3000-042/16, S. 13.

⁴⁶ *Pitz*, Was darf das Medizinalpersonal, S. 175 ff.; ebenso Wissenschaftlicher Dienst Bundestag, Az. WD9-3000-042/16, S. 18.

Wege einer sogenannten Vorab- oder Generaldelegation durchführen zu lassen, indem die Notfallsanitäter nach ärztliche vorgegebenen Standard Operating Procedures (SOP) handeln. Dies erfolgt vermeintlich nicht eigenverantwortlich, sondern auf Basis eines Delegationsmodells, das für den Krankenhausbereich und die Arztpraxis entwickelt wurde. Der Begriff „Vorabdelegation“ ist darauf zurückzuführen, dass der delegierende Arzt im Gegensatz zur „normalen“ Delegation den Patienten nicht kennt und seine Delegation quasi ohne Kenntnis des konkreten Patienten vorab erklärt. Zutreffend weist der Wissenschaftliche Dienst des Bundestages darauf hin, dass dem deutschen Medizinrecht ein derartiges Modell bislang fremd ist.⁴⁷ Die Problematik der Vorabdelegation, nämlich die fehlende Kenntnis des Patienten, soll so der dem Modell zugrundeliegende Gedanke, dadurch kompensiert werden, dass es sich um „*standardmäßig vorgegebene heilkundliche Maßnahmen*“ (SOP) handelt. D.h. die heilkundlichen Maßnahmen beruhen auf einem „Wenn-Dann“-Prinzip. Wenn ein bestimmtes Krankheitsbild vorliegt, dann soll der Notfallsanitäter zuvor beschriebene heilkundliche Maßnahmen eigenständig ohne Arzt durchführen. Ob die auf Basis einer solchen Vorabdelegation handelnden Notfallsanitäter gegen das HeilprG verstoßen und sich damit strafbar machen (§§ 1, 5 HeilprG) oder nicht ist bislang gerichtlich nicht geklärt. Zweifel sind schon deshalb angebracht, weil der „vorabdelegierende“ Arzt den Patienten nicht kennt und das medizinische Personal nicht instruieren kann, aber den Patienten auch im Nachgang nicht zu Gesicht bekommt und somit keine geeignete Überprüfung durchführen kann. Zurecht weist der Wissenschaftliche Dienst des Bundestages auch darauf hin, dass schon allein die richtige Erkennung des Krankheitsbilds als Diagnosestellung eine eigenverantwortliche Heilkundeausübung darstellt.⁴⁸

D. Zusammenfassung

Die Frage der Kompetenzen der Notfallsanitäter ohne Anwesenheit eines Arztes richten sich ausschließlich nach dem HeilPrG. Dieses verbietet ihnen grundsätzlich die

⁴⁷ Wissenschaftlicher Dienst Bundestag, Az. WD9-3000-042/16, S. 19.

⁴⁸ Wissenschaftlicher Dienst Bundestag, Az. WD9-3000-042/16, S. 19.

Ausübung der Heilkunde. Eine Ausnahme bildet lediglich die Regelung des § 2a NotSanG. Liegen dessen Voraussetzungen vor, erfolgt die Heilkundeausübung erlaubterweise. **Die in den Ländern angewendeten Vorab- bzw. Generaldelegationsmodelle sind abzulehnen, da sie nicht den Anforderungen, die Rechtsprechung und Literatur an eine wirksame Delegation stellen, gerecht werden.** Dementsprechend wird bei den Vorabdelegationsmodellen die Heilkunde verbotenerweise ausgeübt soweit keine Situation des § 2a NotSanG vorliegt. Soweit einzelne Bundesländer eine gesetzliche Regelung der Vorab- bzw. Generaldelegation eingeführt haben oder planen, verstößt dies gegen verfassungsrechtliche Vorgaben. Denn mit einer solchen Regelung würde eine Ausnahme von einer nebenstrafrechtlichen Norm, nämlich dem HeilprG, geregelt werden. Für den Bereich des Strafrechts verfügt der Bund jedoch über eine konkurrierende Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG von der er Gebrauch gemacht hat, sodass landesrechtliche Regelungen nicht mehr möglich sind (Art. 72 Abs. 1 GG).

E. Gesetzgeberischer Handlungsbedarf

Aufgrund der oben dargestellten Unzulänglichkeiten des Heilkundebegriffs und des engen Rahmens des § 2a NotSanG sowie der Unzulässigkeit landesrechtlicher Regelungen zur Vorab- bzw. Generaldelegation empfiehlt es sich das HeilPrG um Regelungen zur Heilkundeausübung durch Notfallsanitäter zu ergänzen. Der Bundesgesetzgeber könnte den Rahmen der zulässigen Heilkundeausübung auf bestimmte medizinische Bereiche, z.B. der Notfallmedizin, beschränken.⁴⁹ Ebenso könnte er selbst im HeilprG ein Modell implementieren, das die eigenverantwortliche Heilkundeausübung an die Einhaltung von SOP knüpft. In jedem Fall wäre dem Gesetzgeber anzuraten, die Art und Weise wie die Heilkundeausübung überprüft werden muss zur Sicherstellung eines einheitlichen Niveaus der Heilkundeausübung zu regeln bzw. von (ggf. zu wiederholenden) Prüfungen abhängig zu machen.

⁴⁹ Vgl. BVerwG v. 26.08.2009 – 3 C 19/08.