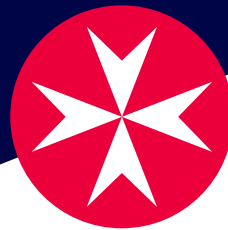




JOHANNITER



Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Stellungnahme der Johanniter-Unfall-Hilfe

Berlin, 4. November 2024

Die Johanniter-Unfall-Hilfe ist seit mehr als 70 Jahren in den unterschiedlichsten sozialen und karitativen Bereichen aktiv. Mit mehr als 46.000 ehrenamtlich Aktiven, 32.000 hauptamtlich Mitarbeitenden und fast 1,2 Millionen Fördermitgliedern zählt sie zu den großen Hilfsorganisationen in Deutschland und ist zugleich ein großes Unternehmen der Sozialwirtschaft.

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

Aus Liebe zum Leben

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Vorbemerkung

Bei aller kritischen Auseinandersetzung mit der präklinischen Notfallversorgung gilt es zu betonen, dass insbesondere die Notfallrettung ein zwar maximal belasteter Bereich der präklinischen Notfallversorgung ist, aber gleichzeitig bereits sehr gut aufgestellt. Die Herausforderungen, mit denen die Notfallrettung und der qualifizierte Krankentransport aktuell konfrontiert sind, resultieren aus systematischer Fehlsteuerung. Insbesondere die Notfallrettung ist ein System, um das Deutschland im Ausland vielfach beneidet wird. Die medial präsenten und im Einzelfall stets tragischen Fälle, bei denen Notfallpatienten (zu) lange auf die Versorgung warten mussten, sind im Verhältnis zu der absoluten Gesamtzahl an täglich absolvierten Einsätzen verschwindend gering.

Die Stellungnahme bezieht sich sowohl auf den Gesetzesentwurf (Stand 2. Oktober 2024) als auch auf den eingereichten Änderungsantrag der Fraktionen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP (Stand: 1. November 2024).

Zu dem vorliegenden Entwurf sowie dem eingebrachten Änderungsantrag:

Allgemein

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

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

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

Einzelregelungen

§ 30 SGB V (Änderungsantrag)

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

§ 30 Abs. 4 SGB V (Änderungsantrag)

Die Johanniter-Unfall-Hilfe befürwortet die Definition der Versorgung nach dem Stand der Wissenschaft als Versorgungsstandard für die medizinische Notfallrettung. Gleichzeitig sei mir der Festsetzung dieses Versorgungsstands vor einer finanziellen Unterdeckung durch die gesetzliche Krankenversicherung als maßgeblicher Kostenträger der medizinischen Notfallrettung gewarnt, da die Refinanzierung aus § 133 SGB V (Änderungsantrag) unterschiedlichste Deckelungen enthält, die einzeln bereits den Versorgungsstandard des Stands der Wissenschaft unterlaufen würden.

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt ausdrücklich die Möglichkeit, neben dem klassischen Rettungsdienst spezialisierte ambulante Versorgungsangebote zu etablieren. Mit diesen zielgerichteten und reaktiv zeitlich flexibleren Angeboten können Patientinnen und Patienten bedarfsgerechter, bestenfalls fallabschließend vor Ort behandelt und die präklinische Notfallrettung entlastet werden. Die in der Gesetzesbegründung genannten Dienste (notfallpflegerische, notfallpsychiatrische, notfallpalliative Versorgung, Gemeindenotfallsanitäter u.ä.) sind dabei nur exemplarisch zu verstehen und können um weitere Formen der spezialisierten Akutversorgung wie z.B. der urologischen Versorgung ergänzt werden.

Praktisches Beispiel

In urbanen und suburbanen Regionen werden Rettungswagen regelhaft zu verstopften oder gezogenen Blasenkathetern oftmals geriatrischer Patientinnen und Patienten alarmiert. Das Notfallbild des sich daraus entwickelnden akuten Harnverhaltes ist primär unangenehm, exazerbierend schmerzhaft, jedoch originär nicht lebensbedrohlich. Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter können und dürfen weder Katheterpflege noch -neuanlage selbst vornehmen, weshalb eine Behandlung nur nach erfolgtem Transport in einem Krankenhaus mit urologischer Fachabteilung erfolgen kann.

Diese Notfallbilder könnten durch speziell geschulte, urologisch versierte Fachkräfte im Rahmen eines spezialisierten ambulanten aufsuchenden Dienstes fallabschließend vor Ort behandelt werden. Damit wird der für die Patientinnen und Patienten unangenehme Transport ins Krankenhaus sowie die damit verbundenen Kosten des Notfalltransports sowie der klinischen Behandlung vermieden.

Dabei ist anzumerken, dass die spezialisierten ambulanten Versorgungsangebote den Übergangsbereich der regelhaften ambulanten ggf. auch aufsuchenden Versorgung und der präklinischen Notfallversorgung abdecken, wobei der aufsuchende Dienst im Sinne des § 75 Abs. 1b S. 5 Nr. 3 SGB V (Gesetzesentwurf) mangels Spezialisierung diese Notfallbilder nicht fallabschließend zu behandeln vermag.

Wichtig ist, dass im Rahmen des Notfallmanagements nach § 30 Abs. 2 Nr. 1, Abs. 3 SGB V (Änderungsantrag) eine verbindliche Zuweisung der Patientinnen und Patienten erfolgt und die

Versorgung der Patientinnen und Patienten somit entweder in der Struktur der kassenärztlichen Versorgung oder im Rahmen der notfallmedizinischen Versorgung mit Rettungsdienst sowie spezialisierten ambulanten Versorgungsangeboten erfolgen kann.

Mit der Einführung der spezialisierten ambulanten Versorgungsangebote als Möglichkeit der notfallmedizinischen Versorgung gem. § 30 Abs. 4 SGB V (Änderungsantrag) betont der Gesetzgeber gleichzeitig, dass die konkrete Ausgestaltung dieser Versorgungsmöglichkeiten in der Zuständigkeit der Länder liegt und verbleibt. Diese sind sodann in der weiterführenden Verantwortung, diese Angebote auch über reine Experimentierklauseln und Projektbeschreibungen hinaus zielgerichtet zu etablieren.

§ 30 Abs. 5 SGB V (Änderungsantrag)

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

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

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

§ 60 SGB V (Änderungsantrag)

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

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

Praktisches Beispiel

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

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

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

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

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

§ 75 Abs. 1b SGB V (Gesetzesentwurf)

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt ausdrücklich die Klarstellung des Versorgungsauftrags der kassenärztlichen Vereinigung sowie die damit verbundene Verpflichtung, die Dienstzeiten eines aufsuchenden KV-Dienstes auf 24 Stunden täglich zu verlängert. Um diesen effektiv und mit einem spürbaren Mehrwert für die Bürgerinnen und Bürger nutzbar zu machen, bedarf es hier weiterreichender Regelungen, die den Dienst konkretisieren. Dabei muss auch für den aufsuchenden KV-Dienst eine zeitliche Vorgabe etabliert werden, innerhalb derer er seinen Versorgungsbereich abzudecken vermag. Angeregt wird daher, den aufsuchenden Dienst an die verschiedenen KV-Planungsbereiche oder mindestens die Landkreise zu koppeln. Damit gilt es zu unterbinden, dass ein aufsuchender Dienst zwar formell angeboten, aufgrund von ausufernden oder gar zusammengelegten Versorgungsbereichen und damit verbundenen langen Fahrt- und Wartezeiten praktisch nicht nutzbar wird. Nur so kann eine effektive Entlastung des Rettungsdienstes bewirkt werden. Um dies umzusetzen, empfiehlt die Johanniter-Unfall-Hilfe die Aufnahme eines § 75 Abs. 1b Satz 6 SGB V (Gesetzesentwurf):

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

Positiv hervorzuheben ist, dass der Bundesgesetzgeber die Kooperationsmöglichkeit mit den Rettungsdiensten explizit in § 75 Abs. 1b Satz 8 SGB V (Gesetzesentwurf) regelt. Dabei ist in der Entwurfsfassung unklar, wer mit „der Rettungsdienst“ als möglicher Kooperationspartner angesprochen wird: der Träger Rettungsdienst? die Leistungserbringer? Beide?

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

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

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

§ 75 Abs. 1c SGB V (Gesetzesentwurf)

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

Im Rettungsdienst werden die eingehenden Notrufe binnen Sekunden angenommen.

Um hier eine effektive Ansprechbarkeit zu gewährleisten, regt die Johanniter-Unfall-Hilfe eine telefonische Erreichbarkeit von 75 % in einer Minute und 95 % in drei Minuten an.

§ 123 Abs. 1 SGB V (Gesetzesentwurf)

Mit der Etablierung gemeinsamer Versorgungsmöglichkeiten der ambulanten und der stationären Notfallversorgung schafft die Bundesregierung, einen großen Schritt in Richtung der sektorenübergreifenden Sicherstellung der notfallmedizinischen Versorgung zu gehen.

Bei der Schaffung eines interoperablen Datenformates im Sinne des § 123 Abs. 1 S. 5 SGB V (Gesetzesentwurf) ist der Rettungsdienst ebenfalls mitzudenken. Hier gilt es, eine medienbruchfreie Übertragungsmöglichkeit der präklinischen Notfallversorgung in die integrierten Notfallzentren sicherzustellen. Gleichsam ist im Rahmen eines dienstübergreifenden Nutzungskonzeptes zu planen, dass alle relevanten Akteure Daten beibringen und auch im System nutzen können. Es gilt zu vermeiden, dass an der Versorgung Beteiligte mit vorgeschobenen Datenschutzbedenken oder Diskussionen zur Hoheit der im System verorteten Daten ausgeschlossen werden.

§ 123 Abs. 2 SGB V (Gesetzesentwurf)

Als besonders herausragend begrüßt die Johanniter-Unfall-Hilfe die gesetzliche Regelung zur Delegationsübertragung, da diese auch für die präklinische Versorgung wegweisend ist und sich in die grundsätzliche Regelung des § 13 Abs. 1b BtMG einreicht.

Daran anknüpfend sollte der Bundesgesetzgeber bei einer Reform der Notfallversorgung klarstellen, dass die Möglichkeit der Generaldelegation im Rettungsdienst besteht und die Versorgung gemäß zu bestimmenden, standardisierten ärztlichen Vorgaben im Rahmen des bestehenden Rechtsrahmens möglich sowie angezeigt ist. Im Rahmen einer etwaig anstehenden Reform vergütungsrechtlicher Regelungen für den Rettungsdienst, sind Bereiche mit standardisierten ärztlichen Vorgaben zum kompetenzorientierten Einsatz von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern vergütungsrechtlich begünstigend zu berücksichtigen.

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

festigt, dass man ihm Rahmen rettungsdienstlicher Vorstellung ebenfalls priorisiert behandelt wird.

§ 123a Abs. 1 SGB V (Gesetzesentwurf)

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

§ 133 SGB V (Änderungsantrag)

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

§ 133 Abs. 2 SGB V (Änderungsantrag)

§ 133 Abs. 2 SGB V (Änderungsantrag) gibt dabei den Grundstein für die Finanzierung der medizinischen Notfallrettung sowie der Krankentransporte vor, schreibt dabei im Wesentlichen die bisherigen Regelungen des aktuell geltenden § 133 Abs. 1 SGB V fort und ergänzt diese um praktisch problematische Darlegungs- und Berücksichtigungspflichten.

Transparenz als unbestimmter Rechtsbegriff

§ 133 Abs. 2 Satz 4 SGB V (Änderungsantrag) verpflichtet die Träger bzw. die Leistungserbringer zur transparenten Darlegung der für die Kalkulation der Vergütung der einzelnen Leistung zu Grunde liegenden Daten. Das Kriterium der Transparenz wird dabei dergestalt hoch angesehen, dass die Krankenkassen bei fehlender Transparenz Festbeträge festsetzen können, § 133 Abs. 3 S. 2 Nr. 1 SGB V (Änderungsantrag). Die Leistungserbringer ermöglichen bereits aktuell größtmögliche Einsehbarkeit der den Kosten zu Grunde liegenden Posten.

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

Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung

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

Zur Mitwirkung: Die Kostenträger wirken über den GKV-SV im Qualitätsausschuss Notfallrettung mit, während die Leistungserbringer im Qualitätsausschuss Notfallrettung nicht regelhaft eingebunden sind. Dies wäre über eine entsprechende Beteiligung im Qualitätsausschuss Notfallrettung zu heilen.

Gravierender ist die fehlerhafte Bindungswirkung der als Empfehlung bezeichneten Arbeitsergebnisse des Qualitätsausschusses Notfallrettung. Mit dieser würde der

Bundesgesetzgeber über den Qualitätsausschuss illegitimer Weise unmittelbar strukturelle und organisatorische Aspekte des Rettungsdienstes regeln.

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

§ 133 Abs. 3 SGB V (Änderungsantrag)

Neben der bereits unter § 133 Abs. 2 SGB V (Änderungsantrag) dargestellten Problemlage um den unbestimmten Rechtsbegriff der Transparenz, wirft insbesondere die Vorgabe des Versorgungsstandards unter Berücksichtigung der Grundsätze der Beitragssatzstabilität Herausforderungen auf.

§ 133 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 SGB V (Änderungsantrag) ermöglicht die einseitige Festbetragsfestsetzung, wenn die Leistungserbringung nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht. Gleichzeitig sind bei der Verhandlung zur Vergütung bzw. bei der Festlegung der Vergütung die Grundsätze der Beitragssatzstabilität des § 71 Abs. 1 – 3 SGB V zu berücksichtigen – dies ist zirkelschlüssig.

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

Ferner wird in § 133 Abs. 3 Nr. 3 SGB V (Änderungsantrag) vorgegeben, die Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung zu berücksichtigen.

§ 133 Abs. 4 SGB V (Änderungsantrag)

Ein funktionierender Krankenfahrtdienst entlastet den qualifizierten Krankentransport und bildet somit die Grundlage für einen leistungsfähigen Rettungsdienst. Um Angebote des Krankenfahrtdienstes nutzbar zu gestalten, bedarf es einer auskömmlichen Vergütung. Daher schlägt die Johanniter-Unfall-Hilfe folgende Formulierung des § 133 Abs. 4 Satz 1 SGB V vor:

Die Krankenkassen oder ihre Landesverbände schließen Verträge über die **auskömmliche** Vergütung der Krankenfahrten nach § 60 unter Beachtung des § 71 Absatz 1 bis 3 mit dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen.

Die Johanniter-Unfall-Hilfe regt ferner an, für die Entgeltverhandlungen zu Krankenfahrten eine Schiedsstelle im SGB V zu etablieren. Aktuell ist die Herausforderung, dass für Leistungen des Rettungsdienstes in den meisten Fällen Schiedsmöglichkeiten in den Landesrettungsdienstgesetzen verankert sind, die Entgeltverhandlungen zu Krankenfahrten jedoch als Leistung außerhalb der Landesrettungsdienstgesetze von dieser Verhandlungseskalation nicht umfasst sind. Festgefahrene und gescheiterte

Entgeltverhandlungen zu Krankenfahrten führen somit regelmäßig zum Wegfall der Leistung und einer gesteigerten – und für die gesetzlichen Krankenversicherungen letztlich teureren – Inanspruchnahme des Rettungsdienstes. Die Johanniter-Unfall-Hilfe schlägt daher folgende Formulierung des § 133 Abs. 4 Satz 2 – 4 SGB V vor:

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

Darauf aufbauend wäre zwischen den §§ 133 und 133a SGB folgende Regelung einzufügen:

§ 133a Schiedsstelle

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

Diese einzufügende Regelung ist der Sozialgesetzgebung nicht fremd, sondern an § 78g SGB VIII angelehnt. Aus dieser Regelung würde folgenden Anpassung resultieren:

§ 133a SGB V → § 133b SGB V Gesundheitsleitsystem

§ 133b SGB V → § 133c SGB V Qualitätsausschuss Notfallrettung

§ 133c SGB V → § 133d SGB V Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung

§ 133d SGB V → § 133e SGB V Digitale Notfalldokumentation

§ 133e SGB V → § 133f SGB V Datenübermittlung zur Qualitätssicherung

§ 133b SGB V (Änderungsantrag)

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

§ 133 Abs. 2 SGB V (Änderungsantrag)

Der Qualitätsausschuss Notfallrettung soll aus einem nichtstimmberechtigten, vom BMG entsandten Vertreter geleitet und mit jeweils vier stimmberechtigten Mitgliedern auf Vorschlag der Länder sowie auf Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes besetzt werden.

In Deutschland werden über 80 % der Leistungen im Rettungsdienst durch die anerkannten Hilfsorganisationen erbracht. Der Anteil an Leistungserbringung durch die Kommunen, sei es durch Feuerwehren oder kommunale Eigenbetriebe, liegt in Deutschland bei ca. 15 %. Der Rettungsdienst ist in Deutschland triangulär organisiert: Kostenträger – Träger Rettungsdienst – Leistungserbringer. Dieser Struktur wird der Qualitätsausschuss Notfallrettung durch die lediglich zweiseitige Beteiligung der Kostenträger über den GKV- Spitzenverband und der Träger Rettungsdienst über die Länder – in Baden-Württemberg noch nicht einmal das, weil die Hilfsorganisationen da selbst Träger des Rettungsdienstes sind – nicht gerecht. Daran ändert auch die sehr schwache Anhörungspflicht in § 133b Abs. 3 Satz 4 SGB V (Änderungsantrag) nichts.

Der Gemeinsame Bundesausschuss als vergleichbares Gremium setzt sich bereits aus den Kostenträgern (GKV-Spitzenverband) und den verschiedenen Leistungserbringern (Kassenärztliche Vereinigung, Kassenzahlärztliche Vereinigung und Deutsche Krankenhausgesellschaft) zusammen.

Die Johanniter-Unfall-Hilfe schlägt daher vor, das Gremium um vier weitere Plätze für die vier im Rettungsdienst tätigen Hilfsorganisationen zu erweitern. Damit wäre die Struktur interessengerecht abgebildet. Weiterhin würde sich bei einer drei-Parteien-Konstellation die Wahrscheinlichkeit einer lähmenden Patt-Situation, wie sie bei zwei Parteien á vier Stimmen vorhersehbar wäre, deutlich vermindern.

§ 133b Abs. 3 SGB V (Änderungsantrag)

An dieser Stelle wird die fehlerhafte Besetzung des Qualitätsausschusses Notfallrettung abermals deutlich: während der Gesetzgeber den Patientenorganisationen nach § 140f SGB V einräumt, an den Sitzungen des Ausschusses beratend teilzunehmen, werden die Leistungserbringer selbst gar nicht genannt. Diese sind höchstens unter „geeignete Fachgesellschaften“ oder „maßgebliche Spitzenverbände“ zu subsumieren, wobei die reine Anhörungspflicht nach § 133b Abs. 3 Satz 4 SGB V (Änderungsantrag) die schwächste Form der Beteiligung ist.

§ 133c SGB V (Änderungsantrag)

§ 133c SGB V (Änderungsantrag) regelt den Tätigkeitsumfang des neu einzuführenden Qualitätsausschusses Notfallrettung. Dabei sei an dieser Stelle bereits anzumerken, dass verschiedenste Fragen, die der Gesetzgeber in § 133c SGB V (Änderungsantrag) dem Qualitätsausschuss Notfallrettung aufgibt, gar nicht in der Regelungszuständigkeit des Bundes liegen und das Gremium an dieser Stelle maximal evaluierende und wissenschaftliche Bedeutung entwickeln kann.

Ferner ist die Formulierung „Empfehlung“ irreführend und wird der Bedeutung nicht gerecht. Diese Empfehlungen wären über § 133 Abs. 2 Satz 5 SGB V (Änderungsantrag) einzubeziehender Bestandteil der Vergütungsverhandlungen bzw. -festsetzungen und würden

damit Bindungswirkung entfaltend. Eine solche Regelungsbindung ist schon aufgrund der mangelnden Zuständigkeit zu rügen.

§ 133c Abs. 1 SGB V (Änderungsantrag)

Der Bundesgesetzgeber gibt dem Qualitätsausschuss Notfallrettung die Erstellung eines Kataloges von Struktur- und Prozessqualitätsparametern auf. Wenngleich dieser Katalog rein empfehlenden Charakter haben soll, wären die Empfehlungen über die Vergütungsverhandlungen einzubeziehen, § 133 Abs. 2 Satz 5 SGB V (Änderungsantrag). Zur Regelung von Struktur und Prozessen der Notfallrettung fehlt dem Bund jedoch die Zuständigkeit, da diese – wie an anderer Stelle im Gesetz richtigerweise betont wird – bei den Ländern liegt und verbleibt.

§ 133c Abs. 2 SGB V (Änderungsantrag)

Unabhängig der Zuständigkeitsfragen regt die Johanniter-Unfall-Hilfe an, dass die Empfehlungen im Bereich des Notfallmanagements die unter § 133c Abs. 2 Nr. 4 SGB V (Änderungsantrag) genannten Förderung der Laienreanimation durch App-gestützte Systeme dahingehend konkretisiert wird, dass es vor allem eines einheitlichen Kommunikations- und Datenformats bedarf, um die Hilfwilligen, die aufgrund lokaler unterschiedlicher Ausprägung bei einer Vielzahl an App-Anbietern registriert sind, über die eigene „App-Grenze“ hinausgehend alarmieren zu können.

§ 133c Abs. 3 SGB V (Änderungsantrag)

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

Dazu im Einzelnen:

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

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

Grundsätzlich begrüßt die Johanniter-Unfall-Hilfe den Vorstoß, Hilfsfristen (wenngleich diese zur besseren Differenzierung von den klassischen Planungsgrößen eher „Interventionsfristen“ darstellen) einsatzmittelindividuell und meldebildabhängig auszugestalten. Praktisch

überschreitet der Qualitätsausschuss Notfallrettung auch hier an die Regelungskompetenzen, da die konkrete Ausgestaltung landesrechtlich geprägt ist. Hinzu kommt, dass dem in § 133b Abs. 2 SGB V (Änderungsantrag) beschriebene Gremium die Fachlichkeit zur medizinischen Beurteilung fehlen wird.

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

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

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

§ 133c Abs. 6 SGB V (Änderungsantrag)

Die Johanniter begrüßen ausdrücklich die Aufgabe des Qualitätsausschusses Notfallrettung, sich gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft auf ein einheitliches Dokumentationsformat zu verständigen.

§ 133d SGB V (Änderungsantrag)

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

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

Der Johanniter-Unfall-Hilfe ist durchaus bewusst, dass mit der Einführung eines eigenen Leistungsbereichs auch die vollständige medizinrechtliche Dokumentations- und

Aufbewahrungspflicht aus § 630f BGB (mind. in analoger Anwendung) einhergehen. Auch mit der in § 133d Satz 1 SGB V (Änderungsantrag) genannten Pflicht der Speicherung durch die Leistungserbringer werden weitere Kosten anfallen.

Die Verwendungsvorgabe der Telematik-Infrastruktur ist mit vielen positiven Nutzungsmöglichkeiten verknüpft. Die Johanniter-Unfall-Hilfe gibt jedoch zu bedenken, dass mit der Einführung der Telematik-Infrastruktur hohe Investitions-, Schulungs- und Einführungsaufwände einhergehen werden. Hinzu kommt, dass für die 85.000 Beschäftigten im Rettungsdienst die Zugangsmöglichkeit definiert werden muss. Über die bei weitem noch nicht flächendeckend verfügbaren Heilberufeausweise könnten lediglich Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter Zugang zur Telematik-Infrastruktur erhalten. Da jedoch auch Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter an der Versorgung vor Ort, aber insbesondere auch am Transport beteiligt sein werden, ist auch für diese eine entsprechende Zugangsmöglichkeit zu planen.

§ 133e SGB V (Änderungsantrag)

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt ausdrücklich die vorgesehene Datenübermittlung zur Qualitätssicherung. Die Johanniter-Unfall-Hilfe regt an, den Kreis der abrufberechtigten Parteien gem. § 133e Abs. 2 Satz 2 SGB V (Änderungsantrag) um die Leistungserbringer der medizinischen Notfallversorgung sowie um Hochschulen und Universitäten zu erweitern. Damit könnten die an der Versorgung beteiligte sowie mögliche wissenschaftliche Partner die Optimierung der Versorgung sowie die Versorgungsforschung mit Daten aus erster Hand effektiv vorantreiben.

Redaktionell

§ 133 Abs. 2 Satz 5 SGB V (Änderungsantrag):

Die Empfehlungen des Qualitätsausschusses Notfallrettung [...]

unterschiedliche Formulierungen zum Versorgungsstandard:

§ 30 Abs. 4 SGB V (Änderungsantrag):

Stand der Wissenschaft

§ 133 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 SGB V (Änderungsantrag):

allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse

§ 133c Abs. 1 Satz 2 SGB V (Änderungsantrag):

aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse



JOHANNITER

Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.
Bundesgeschäftsstelle
Lützowstraße 94
10785 Berlin

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

Bundesvorstand (§26 BGB):
Thomas Mähnert
Christian Meyer-Landrut

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