

## Positionspapier der Johanniter-Unfall-Hilfe e. V. zu dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

(Stand Referentenentwurf: 08.01.2020, 11:28 Uhr)

### Vorbemerkung

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt die Bestrebung der Bundesregierung, mit der Reform der Notfallversorgung die verschiedenen, an der Notfallversorgung beteiligten Bereiche besser zu verzahnen und so die Gesamtqualität der medizinischen Notfallversorgung weiter zu verbessern.

Die Rettung aus Notfällen und die Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens sind satzungsgemäße Aufgaben der Johanniter-Unfall-Hilfe. Die Rettungsmittel der Johanniter-Unfall-Hilfe bewältigten im Jahr 2019 mit ihren 5.324 Mitarbeitern im Bereich Rettungsdienst und Krankentransport insgesamt 746.199 Notfalleinsätze und 350.805 Krankentransporte.

Sowohl die Etablierung eines Gemeinsamen Notfallsystems (GNL), die Schaffung von integrierten Notfallzentren (INZ) als auch die Anerkennung der medizinischen Notfallrettung als eigenen Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung werden die Struktur der Notfallversorgung zum Positiven verändern. Auch das sich durch alle drei Neuerungen ziehende Thema der Digitalisierung und die Anbindung der Beteiligten an die Telematikinfrastruktur werden, sofern die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen werden und die Umsetzung in der Praxis gelingt, einen erheblichen Mehrwert bieten.

### Gemeinsames Notfallsystem

Die Etablierung eines GNL als umfassende, verbindliche Zusammenarbeit von Kassenärztlicher Vereinigung und Notfallleitstelle ist begrüßenswert. Das auf einem standardisierten Ersteinschätzungsverfahren beruhende gemeinsame Verständnis von Dringlichkeit und die daraus resultierende gestufte Disposition von eiligen und nicht eiligen Ressourcen kann zu einer besseren Versorgung und vor allem systemorientierten Patientensteuerung führen.

Hervorzuheben ist die Ausgestaltung des GNL als zentralem telemedizinischen Ansprechpunkt – sowohl für Patientinnen und Patienten, als auch für den Rettungsdienst selbst. Der Aufbau eines über die Notrufleitstelle erreichbaren **telemedizinischen Dienstes** ist in Anbetracht der stetigen Zunahme an Notarzteinsätzen und dem gleichzeitig steigenden Problem, Notärztinnen und Notärzte für die Notarztdienste zu finden, systemförderlich. Nachgebessert werden sollte jedoch der Regelungsvorschlag hinsichtlich der Erreichbarkeit des telemedizinischen Dienstes. Die Einwahl des Rettungsdienstes über die Rufnummer 112 würde die reine Notrufannahme überlasten. Um auch bei größeren Ereignissen eine Erreichbarkeit zu gewährleisten, sollte für den telemedizinischen Dienst eine rettungsdienstinterne, direkte Rufnummer eingerichtet werden.

Die explizite Einbeziehung des Gemeindenotfallsanitäters als Beispiel alternativer Versorgungsstrukturen zeigt, dass genau diese alternativen Konzepte patienten- und bedarfsorientierte Lösungen bieten können. Da diese Versorgungsmöglichkeiten jedoch bisher nicht in dem Leistungsportfolio des SGB V aufgeführt sind, bedarf es gesetzgeberischer Nachbesserung, um diese Leistungen auch flächendeckend erbringen zu können.

Nachbesserungsbedarf besteht bei der Frage, auf wessen Veranlassung ein GNL errichtet werden soll. Der Referentenentwurf sieht vor, dass auf Verlangen von Notfalleitstellen GNL zu gründen sind. Die Implementierung von GNL in das Ermessen einzelner Notfalleitstellen zu stellen wird dazu führen, dass ein inhomogener Flickenteppich mit unterschiedlichen Steuerungs- und Versorgungssystemen entstehen und mit der Verstetigung von System- und Qualitätsunterschieden das Ziel des flächendeckend gleichmäßigen Versorgungsniveaus verfehlt wird. Vielmehr sollte die Bildung der GNL einem gesetzlichen Auftrag, der beide Beteiligten zur Einrichtung bis zu einem bestimmten Stichtag verpflichtet, folgen.

## **Integrierte Notfallzentren**

Die Bildung von INZ ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Lenkung der Patientinnen und Patienten in dem für sie fremden und von außen betrachtet komplexen System der ambulanten und stationären Notfallversorgung begünstigt die effektivere Leistungserbringung aller Beteiligten der medizinischen Notfallrettung.

Die erweiterten Landesausschüsse sollen gemäß § 123 Abs. 2 Satz 2 SGB V RefE entsprechend der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgesehenen planerischen Verteilung die Standorte der INZ festlegen. Die Formulierung des § 123 Abs. 2 Satz 1 SGB V RefE („bestimmt“) lässt den Schluss zu, dass letztlich nicht an jedem Krankenhaus, das laut Beschluss des G-BA vom 19. April 2018 zum gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern an der Notfallversorgung mitwirkt, ein INZ eingerichtet werden soll. Dies hätte zur Folge, dass Patientinnen und Patienten, bei denen eine stationäre Aufnahme nicht mit Sicherheit feststeht, mit deutlich längeren Fahrzeiten konfrontiert und Rettungsmittel länger als bisher gebunden wären. Die damit verbundene notwendige Erhöhung der Vorhaltekapazität steht im Widerspruch zu dem gesetzten Ziel, den Rettungsdienst effizienter einzusetzen.

## **Medizinische Notfallrettung**

Besonders positiv hervorzuheben ist die Anerkennung der medizinischen Notfallrettung als eigenen Leistungsbereich im SGB V. Nicht nur die Länder, auch die Hilfsorganisationen setzen sich dafür seit Jahren ein.

Der klarstellende Hinweis, dass die Leistungen der medizinischen Notfallrettung nur von den nach Landesrettungsdienstgesetz vorgesehenen Trägern des Rettungsdienstes oder den be-



auftragten Einrichtungen oder Unternehmen erbracht werden dürfen, ist wichtig und notwendig. Somit wird die Stellung der medizinischen Notfallrettung als Leistung des Rettungsdienstes betont.

Voraussetzung einer Inanspruchnahme der medizinischen Notfallrettung bleibt das Vorliegen eines Notfalls nach § 60 Abs. 1 Satz 2 SGB V RefE. Zu begrüßen ist, dass bei der Kategorisierung als Notfall explizit auf die ex-ante Sicht abzustellen ist und so eine nachträgliche Korrektur ausgeschlossen wird. Fraglich ist jedoch, ob die Anknüpfung an ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren den richtigen Ansatz bietet oder ob nicht auch auf die qualifizierte und standard-basierte Einschätzung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter vor Ort abgestellt werden sollte. Hintergrund ist, dass im Bereich der Notfallrettung zu beobachten ist, dass sich Melde- und tatsächlich vorgefundenes Notfallbild häufig erheblich voneinander unterscheiden. Der **Begriff des Notfalls** sollte daher an beide Einschätzungsvorgänge gekoppelt werden. Für den Fall, dass die Pauschalen losgelöst von der einfachen Kategorisierung als Notfall an ein konkretes Notfallbild geknüpft werden, sollte das umfassendste Bewertungsergebnis zu Grunde gelegt werden. Systematisch sollte hier die Bewertung des standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens des GNL bestehen bleiben und bei über die Ursprungsmeldung hinausgehendem Behandlungs- und/oder Transportbedarf von dem Rettungsfachpersonal vor Ort erweitert werden können. Sofern die einfache, formalistische Bewertung als Notfall bereits alle damit verbundenen Leistungsansprüche auslöst, reicht die Bewertung als Notfall in einem der beiden Einschätzungsvorgänge aus.

Offen bleibt in dem Referentenentwurf, worauf sich die **Verordnungsfiktion** des § 60 Abs. 2 Satz 4 SGB V-RefE bezieht und welche Wirkung erreicht werden soll. Sofern sich die Fiktion auf die möglicherweise folgenden Leistungen Behandlung und/oder Transport bezieht, besteht das einzelfallbezogene Problem, dass Fiktionsanlass (nämlich das Ergebnis des standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens) und tatsächliche Ausgangslage divergieren können. Das Problem einer fehlerhaft zugeordneten Fiktion ist, dass für Erkrankungen oder Verletzungen, die nicht im Rahmen des standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens erfasst wurden, die erforderliche Verordnung zur Erbringung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung fehlt.

Auszuweiten ist die Beschreibung der **Rettungsfahrt**. Diese wird in § 60 Abs. 2 Satz 2 SGB V RefE legal definiert und beschränkt sich auf die „*unmittelbare Behandlungsbedürftigkeit*“. Dabei wird vernachlässigt, dass die beschränkten diagnostischen Möglichkeiten der medizinischen Notfallrettung am Notfallort zum Teil nicht ausreichen, um Verletzungen und Erkrankungen auszuschließen, sodass die Patientin oder der Patient zur Abklärung in das INZ verbracht werden muss. Dieser medizinisch notwendige, aber von dem Begriff der Rettungsfahrt nicht umfasste Transport sollte ebenfalls Bestandteil der medizinischen Notfallrettung sein.

Begrüßenswert ist die Aufnahme von **Pauschalen zur Abrechnung der Leistungen** der medizinischen Notfallrettung. Mit der Vergütung mittels Pauschalen soll der bürokratische Auf-

wand, einzelne Maßnahmen und einzelne Materialverwendungen zu erfassen und abzurechnen, ausgeschlossen werden. Dabei ist sicherzustellen, dass die Pauschalen auf Behandlungs- und Transportfälle ausgerichtet und nicht so kleinteilig wie die DRGs im klinischen Bereich ausgestaltet sein werden. Eine Anlehnung an die Gestaltung der DRGs hätte aufgrund des damit verbundenen Dokumentationsaufwands eine erhebliche Mehrbelastung der Einsatzkräfte und einen gegenwärtig nicht refinanzierbaren Abrechnungsaufwand für alle Leistungserbringer im Rettungsdienst zur Folge.

Fraglich ist, in wie weit der G-BA überhaupt für die Bestimmung des Leistungsumfangs der medizinischen Notfallrettung zuständig und auch geeignet ist. Der G-BA besteht aus 13 Mitgliedern, von denen sich keiner mit dem Bereich der präklinischen Notfallversorgung beschäftigt. Sollte die Zuständigkeit des G-BA für den Bereich der medizinischen Notfallrettung begründet werden, muss zwingend die Möglichkeit der Beteiligung der Leistungserbringer konkreter geregelt werden. Unseres Erachtens ist es nicht ausreichend, die notwendige Expertise über die Stellungnahmen der Bundesverbände der Hilfsorganisationen und ausgewählter Fachgesellschaften in den G-BA einzubringen. Mit Blick auf die Bestimmung des Leistungsumfangs sollten bei Entscheidungen, die das Leistungsfeld der medizinischen Notfallrettung betreffen, auch die Hilfsorganisationen als Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung im G-BA oder wenigstens in dem für die Bearbeitung rettungsdienstlicher Fragestellungen zuständigen Unterausschuss vertreten sein.

Zu begrüßen ist die Formulierung, dass weiterhin die jeweilig durch Landesgesetz bestimmten Zuständigen (§ 133 Abs. 2 Satz 1 SGB V RefE: *„zuständige Landesbehörden, die nach Landesrettungsdienstgesetz vorgesehenen Träger des Rettungsdienstes, beauftragte Einrichtungen oder Unternehmen“*) die Verträge für die medizinische Notfallversorgung abschließen sollen. Somit bliebe die Regelungshoheit der Länder gewahrt, zu bestimmen, wer in bewährter Weise für die Organisation des Rettungsdienstes zuständig ist.

Nachbesserungsbedarf besteht jedoch hinsichtlich der Pauschalen, die laut § 133 Abs. 2 Satz 3 SGB V RefE insbesondere die Betriebskosten berücksichtigen sollen. Was diese umfassen, bleibt sowohl im Gesetzestext als auch in der dazugehörigen Begründung offen. Um unterschiedliche Interpretationen bei den verschiedenen Kostenträgern zu vermeiden, sollte im Rahmen der Gesetzesbegründung ausgeführt werden, dass die Betriebskosten insbesondere die Personal- und Materialaufwendungen inklusive der Kosten für verwendbare Güter sowie Abschreibungen für Fahrzeuge und Gebäude umfassen. Alle im Rahmen der medizinischen Notfallrettung entstehenden Kosten können systemgerecht den Krankenkassen als Betriebskosten auferlegt werden. Die Pauschalen müssen derart ausgestaltet sein, dass eine wirtschaftliche Erbringung der medizinischen Notfallrettung aufrechterhalten werden kann. Zu begrüßen ist dabei, dass die im Diskussionsentwurf noch vorgesehene gesetzliche Verankerung einer dualen Finanzierung aufgegeben wurde. Dass in dem aktuell vorliegenden Referentenentwurf dennoch auf die Verantwortung der Länder, etwaige Investitions- und Vorhaltekosten zu tragen abgestellt wird, führt zu ungewolltem Interpretationsspielraum über den Erstattungsumfang der Kosten der medizinischen Notfallrettung. Es sollte daher klargestellt werden, dass



mit der Reform der Notfallversorgung für den Bereich der medizinischen Notfallrettung kein Analogon der Krankenhausfinanzierung, die mit ihrer Aufteilung in Betriebskosten und Investitionskosten zu einem erheblichen Investitionsstau geführt hat und systematisch als gescheitert zu betrachten ist, geschaffen wird. Die Anknüpfung der medizinischen Notfallrettung an die Haushaltslage der Länder hätte gravierende Unterschiede in der Ausgestaltung und Einhaltung des Schutzniveaus der medizinischen Notfallrettung zur Folge.

Um die Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung rechtssicher zu erbringen, müssen die Rahmenbedingungen, wie das Rettungsfachpersonal Leistungen erbringen kann, thematisiert werden. Dabei ist die Frage aufzuwerfen, welche Leistungen überhaupt durch nichtärztliches Personal erbracht werden dürfen. Nur wenn der **rechtliche Rahmen** gegeben ist, kann über eine Abrechnung der Leistungen diskutiert werden.

Die strikte Trennung von Notfallrettung und Krankentransport entspricht nicht der Realität und vernachlässigt die **Aufwuchsfähigkeit des Rettungsdienstes**. Zutreffend wird bereits im Referentenentwurf ausgeführt, dass für niederschwellige Einsatzszenarien Krankentransportwagen disponiert werden können. Die Bewältigung von größeren Schadensereignissen unterhalb der Katastrophenschwelle bedarf jedoch einer engen systematischen Verzahnung von Krankentransport und Notfallrettung, da im Krankentransport eingesetztes Personal und Material ein wichtiges Element der Aufwuchsfähigkeit des Rettungsdienstes darstellt. Die im Referentenentwurf dargestellte Trennung von Notfallrettung, Krankentransport und der Fähigkeit zur Bewältigung von Massenanfällen von Verletzten widerspricht dem gesteckten Ziel der systematischen Vernetzung aller Beteiligten.

Ferner verpasst man in der jetzigen Fassung des Referentenentwurfs die Chance, mit der Überarbeitung der §§ 60 ff. SGB V die im EuGH-Urteil zur Bereichsausnahme<sup>1</sup> formulierten Kriterien, ab wann ein **Krankentransport** als qualifizierter Krankentransport zu verstehen ist und somit die Bereichsausnahme des § 107 Abs. 1 Nr. 4 GWB greift, im SGB V zu implementieren. Mit Blick auf den Grundsatz der Einheit der Rechtsordnung sollte vermieden werden, Spezialbegriffe wie den des Krankentransportes mit unterschiedlichen Regelungsinhalten zu belegen.

Inhaltlich unklar bleibt der Entwurf hinsichtlich der **Beteiligung der Kostenträger** bei der Planung und Ausgestaltung des luft- und bodengebundenen Rettungsdienstes sowie der Leitstellen. In der in § 133 Abs. 3 SGB V RefE vorgegebenen Beteiligung wird auf das Wirtschaftlichkeitsgebot abgestellt. Die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung sollte sich jedoch an den planerischen Vorgaben der jeweiligen Landesrettungsdienste und nicht an Fragen des Wirtschaftlichkeitsgebots ausrichten. Wirtschaftliche Betrachtungen dürfen nicht zu Abdeckungslücken führen oder zu deren Begründung herangezogen werden.

---

<sup>1</sup> EuGH, Urteil vom 21. März 2019, Az.: C – 465/17

## Digitalisierung

Die Bestrebungen, die verschiedenen Beteiligten an der Notfallversorgung digital zu vernetzen, sind begrüßenswert. Ein bewusster und zielgerichteter Einsatz digitaler Einsatzmittel kann zu einer erheblichen Verbesserung der Versorgungssituation und zu einer Verringerung bürokratischen Aufwandes führen. Es gilt dabei zu bedenken, dass die Telematikinfrastruktur, die zwar mit dem seit 19. Dezember 2019 geltenden Digitale-Versorgung-Gesetz abermals gestärkt wurde, jedoch noch flächendeckend umgesetzt werden und im Alltag Anwendung finden muss.

Offen bleibt in dem Referentenentwurf, mit welchen Investitionskosten die GNL und die Leistungserbringer zum Aufbau der Digitalinfrastruktur zu rechnen haben. Die in Aussicht gestellte Fördersumme von 25 Mio. Euro vermag lediglich einen Teil der Aufwendungen zu decken. Daher wäre zu begrüßen, wenn dem noch unklaren Investitionsaufwand mit einer festen Förderquote begegnet werden würde.

## Resümee

Die Reform der Notfallversorgung soll die medizinische Versorgung von Verletzten und Erkrankten weiter verbessern. In diesem Kontext begrüßt die Johanniter-Unfall-Hilfe die Verzahnung der Beteiligten ebenso wie die geplanten strukturellen Änderungen im Bereich der Präklinik und Klinik. Ein besonderes Augenmerk sollte darauf liegen, dass die neu formulierten Anforderungen in der Praxis umsetzbar sind und keine zusätzlichen bürokratischen, strukturellen oder personellen Hindernisse entstehen, die letztlich die Versorgung in der Praxis erschweren.

Die Qualität des ohnehin bereits sehr leistungsstarken Systems der Notfallversorgung in Deutschland, welches die Achtung vieler anderer Länder erntet, darf keinesfalls eingeschränkt, sondern muss erhalten und bestenfalls verbessert werden.