

Reform der Notfallversorgung – Auswirkungen auf Leitstellen und Rettungsdienst

Jörg Müssig*

Die Notfallversorgung in Deutschland ist bereits seit mehr als einem Jahrzehnt Gegenstand der fachlichen Diskussion sowie diverser Gutachten. Kritisiert wird an der derzeitigen Ausgestaltung die fehlende Patientenorientierung mit zu langen Wartezeiten, die Fehlsteuerung mit unnötiger Belastung des Personals und damit einhergehend auch die Kostenstruktur und vermeidbare Kostensteigerungen. Die Reform der Notfallversorgung war in der letzten Legislaturperiode bereits Gegenstand eines gescheiterten Gesetzgebungsvorhabens.

I. Bisherige Entwicklungen

Vor wenigen Jahren wurde noch diskutiert, ob der Rettungsdienst dem Bereich der Gesundheit i. S. d. SGB V oder der landesrechtlichen Gefahrenabwehr zuzuordnen ist. Inzwischen ist anerkannt, dass der Rettungsdienst in Deutschland sich von einer reinen Erstversorgung und dem Verletztentransport in das nächstgelegene Krankenhaus zu einer hoheitlichen Gesamtaufgabe von Gefahrenabwehr und zugleich Gesundheitsvorsorge im Sinne einer präklinischen und qualitätsgesicherten Versorgung am Notfallort und während des Transports entwickelt.¹ Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Patientenversorgung teilweise eine reine ambulante Tätigkeit darstellt, z. B. wenn vor Ort eine Wundversorgung oder Stabilisierung des Kreislaufes ausreichend ist, ohne den Patienten noch transportieren zu müssen.

Schnittstellen bestehen dabei primär mit dem Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung in Trägerschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Terminservicestellen (TSS) unter der bundesweiten Rufnummer 116117 sowie im stationären Bereich mit den Notfallambulanzen (NFA) in Trägerschaft der Krankenhäuser. Deren Rechtsgrundlagen finden sich dabei in den Vorschriften zur gesetzlichen Krankenversicherung mit Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes.² Der Rettungsdienst als Gegenstand der Gefahrenabwehr ist in den Rettungsgesetzen der Länder geregelt, die Trägerschaft liegt überwiegend bei den Kommunen. Der Rettungsdienst beinhaltet die Tätigkeit in den Leitstellen unter der Rufnummer 112, und auch die originäre Patientenversorgung durch Angehörige von Feuerwehr, Hilfsorganisationen und Dritten durch Notärzte, Notfallsanitäter u. a. Die gemeinsame Schnittstelle zwischen Gesundheit und Gefahrenabwehr wird derzeit durch die zugehörigen Kostenregelungen im SGB V gebildet.³

Nach den Erhebungen des statischen Bundesamtes verursacht der Rettungsdienst Kosten in Höhe von aktuell ca. 5,8 Milliarden Euro jährlich und somit etwa 1,4 % der Gesamtkosten im Gesundheitswesen.⁴ Die Art und Weise der Finanzierung über eine Transport- und Fahrtkostenregelung im SGB V und die Umlage über Gebühren und Nutzungsentgelte auf die gesetzlichen Krankenkassen wurde bereits in 2018 durch den Bundesrechnungshof kritisiert, da die Krankenkassen über die Fahrtkosten auch nahezu vollständig die Ausgaben für die Unterhaltung und den Einsatz von Rettungsmitteln tragen, ohne maßgeblich an Beschaffung und Planungsentscheidungen beteiligt zu sein.⁵ Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten aus 2018 Vorschläge zur Entwicklung einer patientenorientierten Versorgung gemacht.⁶

Noch bevor sich der Gesetzgeber mit diesen Grundlagen befasste, wurden erste Bausteine zur Reform der Notfallversorgung bereits in 2015 gelegt. Bereits mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde in § 75 Abs. 1 b SGB V die Verpflichtung aufgenommen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren sollen.⁷

Aufgrund der Gesetzgebungszuständigkeiten konnte der Normgeber insoweit über das SGB V lediglich die Kassenärztlichen Vereinigungen adressieren, nicht jedoch die Rettungsleitstellen der Länder unmittelbar. Bereits diese Regelung führte zu ersten Initiativen einer engeren Zusammenarbeit und Entwicklung von Kooperationsmodelle zur Zusammenarbeit der beiden Systeme.

Mit § 136 c SGB V in der Fassung des Krankenhausstrukturgesetzes erging der Auftrag an den gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) Voraussetzung für ein gestuftes System der Notfallversorgung in Krankenhäusern zu entwickeln.⁸ Der zugehörige Richtlinienbeschluss des G-BA wurde am 19.4.2018 veröffentlicht, dabei wurden die Krankenhäuser in die Stufen I bis III im Sinne einer Basis, erweiterten, und umfassenden Notfallversorgung eingestuft.⁹

Müssig: Reform der Notfallversorgung – Auswirkungen auf Leitstellen und Rettungsdienst(GSZ 2022, 74)

75

Die Reform der Notfallversorgung war sodann auch Ziel der Bundesregierung in der 19. Legislaturperiode.¹⁰

Noch in 2018 wurde sodann ein maßgebliches Reformvorhaben durch die Entwicklung eines „Notfallgesetzes“ angestoßen. Ein erstes Eckpunktepapier hierzu, nach welchem der Rettungsdienst als „3. Säule“ im SGB V einschließlich einer Änderung des Grundgesetzes angedacht war, wurde durch den damaligen Bundesgesundheitsminister unter dem 18.12.2018 veröffentlicht. Unter dem 27.6.2019 wurde ein „nicht mit der Hausleitung abgestimmter“¹¹ Gesetzesentwurf als Diskussionspapier öffentlich bekannt. In der Folge fanden auf dieser Basis mehrere Gespräche mit den Gesundheitsministerien der Länder und auch sonstigen am Rettungsdienst beteiligten Akteuren statt. Dieser Prozess führte dann letztendlich zur Vorlage eines Referentenentwurfes zur Reform der Notfallversorgung vom 8.1.2020.¹² Noch im Februar 2020 fand hierzu durch das BMG eine Anhörung der Verbände und der Länder statt. Wesentliche Bausteine des Notfallgesetzes waren dabei die Etablierung des Rettungsdienstes neben der ambulanten und stationären Versorgung als dritte Säule in der gesetzlichen Krankenversorgung. Die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sollte durch die Bildung von integrierten Notfallzentren (INZ) optimiert werden. Die Zusammenarbeit zwischen den Terminservicestellen unter der Rufnummer 116117 und den Leitstellen unter der Rufnummer 112 sollte im Rahmen eines kooperativen gemeinsamen Notfalleitsystems (GNL) zusammengeführt werden, zumindest im Sinne einer koordinierten Patientenübergabe und mit der Möglichkeit einer optionalen auch räumlichen Zusammenarbeit oder gar Zusammenlegung der Rufnummer.

Gegenstand des Reformvorhabens war zudem auch eine Änderung der Finanzierung und eine Stärkung des Einflusses der Krankenkassen.

Einen nächsten Schritt unternahm der Gesetzgeber dann mit einer weiteren Änderung des § 75 SGB V durch das Terminservicestellen- und Versorgungsgesetzes.¹³ Hier wurde in § 75 Ia 2 SGB V nunmehr ausdrücklich geregelt, dass die Terminservicestelle unter der bundeseinheitlichen Rufnummer 116117 sogenannte Akutfälle 24/7 an eine unmittelbar ärztliche Versorgung vermittelt. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde dabei aufgegeben, eine Richtlinie für eine einheitliche Rufnummer aufzustellen, die auch in das zukünftige System einer verbesserten Notfallversorgung integrierbar ist, sowie eine Richtlinie für ein bundesweiteinheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren zur Vermittlung von Akutfällen.¹⁴ Parallel zur Entwicklung des Notfallgesetzes wurden diese Aufgaben durch die KBV auch durch die Etablierung der Rufnummer 116117 und der Software „SmED-Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland“ umgesetzt.¹⁵

Aufgrund der Corona-Pandemie sowie den Ablauf der Legislaturperiode und die damit einhergehende Diskontinuität wurde das ursprüngliche Gesetzgebungsverfahren ausgesetzt.

Weitere Entwicklungen hat der Gesetzgeber mit den Regelungen zur Finanzierung integrierter Strukturen im Krankenhauszukunftsgesetz auf den Weg gebracht.¹⁶ Ein nächster maßgeblicher Schritt war sodann der Arbeitsauftrag nach § 120 IIIb SGB V i. d. F. des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Regelung von Ersteinschätzungsverfahren in der Notaufnahme von Krankenhäusern.¹⁷ Mit Beschluss vom 15.7.2021 hat der G-BA die Beratung zum Ersteinschätzungsverfahren des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung aufgenommen. Beachtenswert ist dabei, dass in der letzten Phase des Gesetzgebungsverfahrens noch die Ergänzung aufgenommen wurde, dass dabei auch das Verfahren zur Weiterleitung an Notdienstpraxen gemäß § 75 Ib 2 SGB V oder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 AbsI SGB V vorzugeben ist. Die Vorlage der zugehörigen Richtlinie ist seitens des G-BA bis Ende Juli 2022 angekündigt.¹⁸

Zwischenzeitlich ist die Reform der Notfallversorgung auch in den Koalitionsvertrag der Ampelkoalition eingeflossen mit einem Schwerpunkt auf integrierte Notfallzentren und eine Verschränkung der Rettungsleitstellen mit den KV-Terminservicestellen unter Nutzung standardisierter Ersteinschätzungssysteme. Das Rettungswesen soll als integrierter Leistungsbereich in das SGB V aufgenommen werden.¹⁹

Weitere Überlegungen enthalten ein Papier zur Zukunft der Notfallversorgung der Björn Steiger Stiftung²⁰ sowie Überlegungen zur Neuordnung der Notfallversorgung eines Panels von Experten im Auftrag der Bertelsmann Stiftung.²¹

II. Zusammenarbeit von Leitstellen und Terminservicestellen in einem gemeinsamen Notfalleitsystem

Die geplanten Vorgaben des Gesetzgebers sind auf der Fachebene bereits weitestgehend umgesetzt. Problematisch bleiben Fragen der Veränderung der Finanzierung und Mitspracherechte.

1. Programm des Gesetzgebers

Nach den Vorgaben des GKV-VSG aus 2015 und den weiteren Konkretisierungen durch das TSVG in 2019 wurde eine Kooperation zwischen den Terminservicestellen unter

Müssig: Reform der Notfallversorgung – Auswirkungen auf Leitstellen und Rettungsdienst(GSZ 2022, 74)

76

der Rufnummer 116117 und den Leitstellen unter der Rufnummer 112 durch einen engeren Austausch insbesondere seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Deutschen Feuerwehrverbandes vorbereitet. Erste Modelle der Zusammenarbeit, bis hin zur Aufschaltung der Rufnummer 116117 auf die Rufnummer 112 für Akutfälle außerhalb der reinen Terminvermittlung gingen bereits in die Erprobung.²²

Der Gesetzgeber steht hierbei vor der Herausforderung, konkrete Regelungen für die Rettungsleitstellen in den Ländern umzusetzen, da diese zwar zum einen auch Leistungen im Bereich Gesundheitsversorgung wahrnehmen, andererseits aber auch regelhaft weitergehende Leistungen im Rahmen der Gefahrenabwehr beispielsweise im sogenannten Massenanfall von Verletzten oder vergleichbaren Großschadensereignissen. Auch mit der Aufnahme des Rettungsdienstes als dritte Säule im SGB V²³ bleiben Abgrenzungsschwierigkeiten zu den landesrechtlichen Kompetenzen, sofern nicht zugleich eine Änderung des Grundgesetzes erfolgen würde. Vor diesem Hintergrund wurde die Systematik des Entwurfes eines Gesetzes zur Reform der

Notfallversorgung so angelegt, dass grundsätzlich weiterhin getrennt die Rettungsleitstellen unter der Rufnummer 112 Leistungen der medizinischen Notfallrettung sowie Krankentransporte zur notdienstlichen Versorgung disponieren und die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung unter der Rufnummer 116117 die sonstige notdienstliche Versorgung i. S. v. Akutfällen, die keine Notfälle sind.²⁴ Vorgesehen war eine verbindliche Zusammenarbeit der Träger der Rettungsleitstellen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen. Aufgrund der Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes im Bereich der Gesundheit waren die Regelungen so angelegt, dass die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung dazu verpflichtet ist, ein gemeinsames Notfallsystem zu bilden, sofern ein Träger einer Rettungsleitstelle mit diesem Anliegen auf die Kassenärztliche Vereinigung zugeht.²⁵

Das gemeinsame Notfallsystem sah dabei als Mindestmaß eine organisatorische und technische, insbesondere digitale Verbindung vor, die sich auf die Kooperationen in medizinischen Notsituationen beschränkt und nicht weitere Aufgaben der beiden Rufnummern betrifft. Über diesen Mindestmaßstab hinaus wurde bewusst die weitere Kooperation bis zur räumlichen Zusammenlegung und auch Zusammenschaltung der Rufnummern nach regionalen Gegebenheiten und entsprechendem Willen der beteiligten Parteien offengelassen. Richtigerweise hat der Gesetzesentwurf weiterhin die Rufnummer 112 für zeitkritische und lebensbedrohliche Fälle reserviert, was auch dem europaweiten Status der Notrufnummer 112 entspricht.²⁶ Es war damit sozusagen vorgesehen, dass auch das Gesundheitswesen eine „Rettungsgasse“ behält. Für die angedachte Form der Kooperation war richtigerweise die Rechtsgrundlage für einen entsprechenden Datenaustausch mitangelegt.²⁷

2. Entwicklungen der Zusammenarbeit auf der Fachebene

Nach Pausieren des eigentlichen Gesetzgebungsverfahrens wurde auf Ebene der Träger und Leistungserbringer sowie deren Verbände an der Weiterentwicklung der Kooperation im Sinne des im Gesetzesentwurf angelegten Notfallsystems weitergearbeitet. Auf Initiative der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde eine entsprechend technische Schnittstelle zur Vernetzung der Leitstellen entwickelt, die es ermöglicht, einen anrufenden Patienten bei fehlender Zuständigkeit nicht nur telefonisch zwischen den Rufnummern 112 und 116117 zu vermitteln, sondern zugleich auch die mit dem Erstanruf bereits erhobenen Patienten- und Anamnesedaten auf elektronischem Wege.²⁸

Auf der Fachebene der Träger und Leistungserbringer befindet sich die Reform der Notfallversorgung im Sinne der patientengerechten Zusammenarbeit bereits in der Umsetzung. Die Rufnummer 116117 ist bei den Kassenärztlichen Vereinigungen regelhaft unter Nutzung des standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens SmeD²⁹ in Betrieb. Ebenso wurde für die Rettungsleitstellen unter der Rufnummer 112 ein System einer standardisierten Notrufabfrage entwickelt und befindet sich in der Umsetzung. Die technische Schnittstelle zwischen 116117 und 112 wird u. a. von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung angeboten und regional zum Teil auch bereits benutzt. Bei einer neuen Initiative des Gesetzgebers zur weiteren Regelung dieses Bereiches, kann hinsichtlich der Überlegung zu einem gemeinsamen Notfallsystem ohne weiteres an die faktischen Entwicklungen angeknüpft werden. Eine weitaus größere Herausforderung wird es sein, im Zuge der Etablierung des Rettungsdienstes als dritte Säule im SGB V Finanzierungsregeln und Mitbestimmungsrechte neu aufzulegen.

3. Finanzierung

Die Systematik der §§ 60 und 133 SGB V sieht eine Vergütung von Fahrtkosten und Transportleistungen vor. Die Regelungen stammen aus einer Zeit, in welcher der Notfallpatient lediglich in ein Rettungsfahrzeug aufgenommen und ins nächstgelegene Krankenhaus transportiert wurde. Inzwischen hat sich der Rettungsdienst zu einer qualitätsgesicherten präklinischen Versorgung bereits am Unfallort einschließlich Herstellung der Transportfähigkeit des Patienten entwickelt. Über die Fahrtkosten werden sämtliche in diesem Zusammenhang stehende Kosten für die Beschaffung von Fahrzeugen und persönlicher Kleidung und Ausrüstung von Notärzten und Notfallsanitätern sowie Aus- und Fortbildungskosten, pp., abgebildet. Im Rahmen der Vorgaben nach § 133 II Nr. 2 SGB V kommt es dabei immer wieder zu Diskussionen über die Mitfinanzierung von Investitionskosten und Kosten der Reservevorhaltung sowie einer mutmaßlichen Quersubvention. Derartige Diskussionen entstehen beispielsweise, wenn Notärzte in den zugehörigen Dienstzeiten Tätigkeiten für den originären Arbeitgeber Krankenhaus durchführen können oder Personal in Leitstellen unter der Rufnummer 112 nicht ausschließlich Patientennotrufe annimmt, sondern auch solche im Bereich des Warnschutzes und der technischen Hilfeleistung. Der letzte Gesetzesentwurf hat insoweit grundsätzlich vorgesehen, dass zur Finanzierung die Landesverbände der Krankenkassen mit den zuständigen Landesbehörden oder

Müssig: Reform der Notfallversorgung – Auswirkungen auf Leitstellen und Rettungsdienst(GSZ 2022, 74)

77

den vorgesehenen Trägern des Rettungsdienstes Verträge über die Vergütung der Leistung der medizinischen Notfallrettung schließen. Dabei sollte eine Systematik von Pauschalen getrennt für die medizinisch erforderliche Versorgung am Notfallort und die Rettungsfahrt einschließlich Betriebskosten vorgesehen werden. Kosten für die Finanzierung der Vorbereitung auf Großschadenslagen und des Brand- und Katastrophenschutzes sollten dabei außen vor bleiben.³⁰ Diese Regelung führte zu erheblichen Widerständen auf Seiten der Länder und der kommunalen Spitzenverbände.

Eine gesonderte Vergütung in entsprechenden Vereinbarungen war für die integrierten Notfallzentren aber auch für das gemeinsame Notfalleitsystem vorgesehen. Bei Letzterem sollte eine Pauschale je Hilfesuche vereinbart werden.³¹

Auch hier war absehbar, dass dies nicht unproblematisch ist, da dies die Finanzierung durch die Krankenkassen bei größeren Schadensereignissen mit einem Massenanfall von Verletzten u. ä. infrage stellt, obwohl hier ebenfalls Patienten in der Notfallversorgung betroffen sind.

Mit Blick darauf, dass der Gesetzgeber eine unmittelbare Regulierung auf Seiten der Rettungsleitstelle nicht vornehmen konnte, war die Finanzierung so angelegt, dass Rettungsleitstellen nach einer Übergangszeit von 21 Monaten nur noch finanziert werden sollten, wenn sie sich entsprechend den Möglichkeiten des Gesetzes bis dahin (freiwillig) mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung über ein gemeinsames Notfalleitsystem zur Kooperation verbunden haben.³²

Da diese Verbindung notwendigerweise auch eine Erweiterung der technischen Ausstattung, insbesondere der Etablierung der zugehörigen technischen Schnittstelle und auch eine Anbindung an die Telematikinfrastruktur der Kassenärztlichen Vereinigung erforderte, sah das Gesetz bereits eine Anschubfinanzierung vor.³³

Die Fragen der Finanzierung sind und bleiben ein wesentlicher Punkt bei der Weiterentwicklung der Notfallversorgung und der Auflage eines neuen Gesetzgebungsvorhabens. Während vor einigen Jahren u. a. auch in der Sichtweise des Bundesrechnungshofes davon ausgegangen wurde, dass die Kosten und Ausgaben zwischen Gesundheit und Gefahrenabwehr deutlicherer voneinander abgrenzt werden müssten, dürfte die eigentliche Herausforderung darin bestehen, die Kosten einschließlich

der Investition und der Reservevorhaltung an der Feststellung auszurichten, dass Tätigkeiten zu finanzieren sind, die gleichzeitig Bestandteil der Gesundheitsvorsorge und der Gefahrenabwehr sind. Statt einer abgegrenzten getrennten Finanzierung kommen auch für den Rettungsdienst möglicherweise gemeinsame Finanzierungsmodelle im Sinne einer hybriden Vergütung in Betracht. Zudem ist zu berücksichtigen, dass mit Blick auf Großschadensereignisse, Pandemien, und ggf. auch Situationen wie den Spannungs- und Verteidigungsfall³⁴ die Zuständigkeit der Länder und des Bundes in diese Überlegungen miteinbezogen werden müssen. Eine Reform der Notfallversorgung darf die Situationen der in den letzten Jahren erlebten Pandemie, Unwetterkatastrophen und auch Überlegungen des Zivilschutzes nicht außer Acht lassen. Eine ausgeglichene Finanzierung durch Krankenkassen, Kommunen, Länder und Bund unter Berücksichtigung der Verzahnung von Gesundheit und Gefahrenabwehr sowie des Föderalismus und das Konnexitätsprinzip sind sicherlich eine der größten Herausforderungen für eine derartige Reform.

Bei der Umstellung der Systematik der Finanzierung ist zu berücksichtigen, dass Grundsätze der Krankenhausbedarfsplanung oder der Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung nur bedingt gezogen werden können, da bei der Bedarfsplanung im Rettungsdienst auch eine zeitliche Komponente im Sinne von Hilfsfristen eine wesentliche Rolle spielt.³⁵

4. Beteiligungsrechte Träger, Kostenträger und Leistungserbringer

Eine weitere Herausforderung wird die Regelung der Mitbestimmung der jeweiligen Kostenträger bei der Etablierung des Rettungsdienstes als dritte Säule unter Regelung neuer Finanzierungswege sein. Der Entwurf eines Notfallgesetzes sah hierzu vor, dass der G-BA auch Richtlinien zur medizinischen Notfallrettung und für die integrierten Notfallzentren erstellt.³⁶ Hierbei sollten allerdings die Länder lediglich ein Antrags- und Mitberatungsrecht erhalten und lediglich die Hilfsorganisationen, die im Rettungsdienst mitwirken, sowie betroffene Fachgesellschaften eine Gelegenheit zur Stellungnahme.³⁷

Derartige Planungen dürften mit Blick auf die Verantwortung und Finanzierungsverantwortung nicht ausreichend sein. Wenn und soweit der Gedanke der Etablierung des Rettungsdienstes als dritte Säule im SGB V zur Konsequenz zu Ende gedacht wird, müssten hier vergleichbare Strukturen aufgebaut werden, wie diese in der stationären und in der ambulanten Versorgung bereits angelegt sind. Hier werden beispielsweise neben den gesetzlichen Krankenkassen als Kostenträger die Träger und Leistungserbringer über die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) als im SGB V etablierte Institutionen eingebunden.³⁸

Dementsprechend müsste auch für die dritte Säule eine Institution auf dieser Ebene geschaffen werden, die sowohl die Träger als auch die Leistungserbringer, die als ärztliche und nichtärztliche Mitarbeiter im Rettungsdienst und in den Leitstellen unter der Rufnummer 112 tätig sind, als Dachgesellschaft vereint und vertritt. Spätestens an dieser Stelle stellt sich mit Blick auf das Verhältnis der Kosten im Rettungsdienst zu den Gesamtkosten im Gesundheitswesen die Frage, ob derart durchgreifende Veränderungen der Vergütungs- und Kompetenzstrukturen tatsächlich zwingend erforderlich sind.

III. Synergien durch technische und rechtliche Entwicklungen

Zukunftsorientiert sollten bei erneuten Reformvorhaben technische Entwicklungen und parallele rechtliche Flexibilisierungen berücksichtigt werden.

1. Technische und rechtliche Entwicklungen

Eine Verbesserung der Patientenversorgung unter Entlastung des Personals und damit auch der Kostenstrukturen kann auch durch intensivere Nutzung der im Gesundheitswesen bereits angelegten weiteren Entwicklungen erfolgen. Zuvorderst ist hierbei an die Einbindung von Ärzten oder Notärzten im Wege der Telemedizin zu denken.³⁹ Die Rückgriffsmöglichkeit auf einen Tele(not)arzt beispielsweise auch nur per Telefon liegt auch dem Grundgedanken der sektoralen Heilkundebefugnis für Notfallsanitäter zugrunde.⁴⁰ Auch das Ausstellen von Rezepten und Bescheinigungen durch den Notarzt oder den telemedizinisch verfügbaren (Not-)Arzt beispielsweise im Wege des e-Rezeptes bietet Synergien. Vergleichbares gilt für die Möglichkeit, dass Patienten durch den Rettungsdienst unmittelbar in (Portal-)Praxen der ambulanten Versorgung, aber auch zu Pflegedienst, Palliativbetreuung oder psychiatrischer/psychotherapeutischer Betreuung verbracht werden können. Die elektronische Patientenakte (ePA) kann ein wesentlicher Baustein für eine sektorübergreifende Verfügbarkeit von Informationen zur schnelleren und sicheren Patientenversorgung sein.

2. Sektorale Heilkundebefugnis

Zur Flexibilisierung der Patientenversorgung kann zudem die erweiterte Nutzung der Möglichkeit der Erteilung einer sektoralen Heilkundebefugnis beitragen. Die Zulässigkeit einer sektoralen Heilkundebefugnis, beschränkt auf ein Fachgebiet, hat bereits das Bundesverwaltungsgericht im Lichte der Berufsfreiheit nach Artikel 12 GG bestätigt.⁴¹ Von den Möglichkeiten der Einbindung entsprechend qualifizierter medizinischer Fachangestellter⁴² sind weitere Regelungsbereiche nicht zuletzt auch für Notfallsanitäter denkbar. Eine Anlehnung kann dabei an die Berufsbezeichnung⁴³ oder bezogen auf die Ausbildungsinhalte⁴⁴ erfolgen.

Dabei ist umgekehrt zu berücksichtigen, dass mit diesen erweiterten Kompetenzen auch eine höhere Verantwortung einhergeht, wie dies bereits für Notfallsanitäter gerichtlich entschieden ist. Sie übernehmen bei einer Tätigkeit unter den gesetzlichen Voraussetzungen ohne zumindest telemedizinische Erreichbarkeit eines Arztes die alleinige Verantwortung für die vorgenommene Maßnahme im Zuge einer eigenen Anamnese mit welcher sie von Standardarbeitsanweisungen (SAAen/SOPen)⁴⁵ oder sonstigen Vorgaben im Rettungsdienst abweichen können.⁴⁶ Die Entscheidung verdeutlicht, dass Notfallsanitäter in dieser Situation eigenständig im Sinne einer Substitution und im Rahmen des rechtfertigten Notstands handeln, nicht im Wege einer Vorab- oder Generaldelegation, die im deutschen Recht bislang rechtlich nicht existent ist.

IV. Fazit

In der Entwicklung befindliche und zum Teil bereits gelebte Kooperationen zwischen dem System der 116117 und der 112 sind ein richtiger und wichtiger Schritt zu einem zuverlässigen System der Notfallversorgung, bei dem der Patient schnell einen Ansprechpartner hat und in die adäquate Versorgungsebene gelangt. Weitere Synergien können hier durch Nutzung der technischen Entwicklung und der damit verbundenen telemedizinischen Möglichkeiten im Bereich der ärztlichen Versorgung aber auch Verordnung entstehen. Diese Systematik, in welcher dann nicht mehr der Patient selbstständig den Weg in die richtige Versorgungsebene suchen muss, führt zugleich auch zur Entlastung des Personals in der geplanten dritten Säule Rettungsdienst und damit im Ergebnis auch zu einer Kostenreduzierung. Die größten Herausforderungen bestehen bei Verteilung der Finanzierungsverantwortung den damit korrelierenden Mitbestimmungsrechten. Bei der Bewertung von Aufwand und Nutzen der systemischen Änderungen ist auch festzuhalten, dass es sowohl aus Sicht der Patienten als auch des im Rettungsdienst tätigen Personals letztlich unerheblich ist, ob die Finanzierung aus Sozialversicherungsbeiträgen oder Steuermitteln erfolgt.

* Der Autor ist Fachanwalt für Medizinrecht und Partner der Kanzlei pwk
pwk & Partner Rechtsanwältinnen mbB, Dortmund.

¹ Vgl. Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung, Begründung, S. 18, www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/Referentenentwurf_zur_Reform_der_Notfallversorgung.pdf, Stand 8.1.2020 (zuletzt abgerufen am 20.3.2022).

² Artikel 74 I Nr. 7, 12, 19, 19a, 26 GG.

³ §§ 60, 133 SGB V.

⁴ <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/einrichtungen.html>Jahr (zuletzt abgerufen am 20.3.2022).

⁵ Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 II BHO über die Finanzierung der Versorgung mit Rettungsfahrten und Flugrettungstransporten, Gz.: IX 1 -2017 - 0798,

<https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/beratungsberichte/langfassungen/langfassungen-2018/2018-bericht-finanzierung-der-versorgung-mit-rettungsfahrten-und-flugrettungstransporten-pdf/@@download/file> (zuletzt abgerufen am 20.3.2022).

⁶ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen, Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“, BT-Drs. 19/3180, Rz. 980 ff.

⁷ GKV-Versorgungstärkungsgesetz (GKV-VSG) v. 16.7.2015, BGBl. I 2015, 1211 (Nr. 30).

⁸ Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) v. 10.12.2015, BGBl. I 2015, 2229 (Nr. 51).

⁹ Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c IV SGB V (zuletzt geändert am 20.11.2020), BAnz AT 24.12.2020 B2.

¹⁰ Koalitionsvertrag v. 2.12.2018: „Zur Verbesserung der Notfallversorgung wird eine gemeinsame Sicherstellung der Notfallversorgung von Landeskrankenhausgesellschaften und Kassenärztlichen Vereinigungen in gemeinsamer Finanzierungsverantwortung geschaffen. Dazu sind Notfallleitstellen und integrierte Notfallzentren aufzubauen.“, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/koalitionsvertrag-vom-12-maerz-2018-975210>, Rn. 4643, (zuletzt abgerufen am 20.3.2022).

¹¹ Der Hinweis diene augenscheinlich der Klarstellung, dass der Entwurf nicht mit Kanzleramt und Regierung abgestimmt war.

¹² Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung, Begründung, S. 18, www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/Referentenentwurf_zur_Reform_der_Notfallversorgung.pdf (zuletzt abgerufen am 20.3.2022).

¹³ Terminservicestellen- und Versorgungsgesetz (TSVG) v. 11.5.2019, BGBl. I 2019, 646.

¹⁴ § 75 VII Nrn. 4 – 6 SGB V.

¹⁵ vgl. www.116117.de, www.zi.de/smed (zuletzt abgerufen am 20.3.2022).

¹⁶ Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) v. 29.2.2020, BGBl. I 2020, 2208 (Nr. 48).

¹⁷ Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) v. 11.7.2021, BGBl. I 2021, 2754 (Nr. 44).

¹⁸ § 120 IIIb Nr. 5 SGB V, www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/ersteinschaetzung-notaufnahme/, (zuletzt abgerufen am 20.3.2022)..

- 19 Koalitionsvertrag v. 24.11.2021, S. 66, www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf (zuletzt abgerufen am 20.3.2022).
- 20 www.steiger-stiftung.de/download/documents/20_Punkte%20Katalog_Bjoern_Steiger-Stiftung%20.pdf (zuletzt abgerufen am 20.3.2022).
- 21 www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Neuordnung_Notfallversorgung_lang.pdf (zuletzt abgerufen am 20.3.2022).
- 22 www.zukunftskonzept-lippe.de/2018/07/03/pilotprojekt-leitstelle-lippe-paderborn-und-hoexter-kooperieren-beim-aerztlichen-notdienst/ (zuletzt abgerufen am 20.3.2022).
- 23 § 60 I 1 SGB V g. F. v. 8.1.2020: „Bei einem Notfall haben Versicherte Anspruch auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung.“
- 24 § 133b II SGB V g. F.
- 25 Vgl. § 133b III SGB V g. F.
- 26 https://europa.eu/youreurope/citizens/travel/security-and-emergencies/emergency/index_de.htm (zuletzt abgerufen am 20.3.2022).
- 27 Vgl. § 133 IV SGB V g. F.
- 28 Vgl. zum Sachstand u. a. 4. Kooperationstagung 116117/112 „Gemeinsam mehr für Patienten“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Feuerwehrverband, 20.9.2021, <https://www.kbv.de/html/notfalltagung.php> (zuletzt abgerufen am 20.3.2022).
- 29 www.zi.de/smed (zuletzt abgerufen am 20.3.2022).
- 30 § 133 II SGB V g. F.
- 31 § 133b V SGB V g. F.
- 32 § 329 II SGB V g. F.
- 33 § 133b V SGB V g. F., Förderung der Errichtung von GLN und digitaler Vernetzung durch die gesetzlichen Krankenkassen mit 25 Millionen Euro für die Anschaffungskosten von Softwarelösungen für Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 und die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung sowie Zuschüsse für Anschluss der Rettungsleitstellen 112 an die Telematikinfrastruktur mit 500.000,00 EUR je Leitstelle zzgl. laufender Kosten in Höhe von 300.000,00 EUR pro Jahr.
- 34 Artikel 80a, Artikel 115a GG
- 35 <https://band-online.de/hilfsfrist-im-rettungsdienst-notfallrettung/> (zuletzt abgerufen am 20.3.2022).
- 36 § 92 I 2 Nr. 16 SGB V g. F.
- 37 § 92 VIIg SGB V g. F.
- 38 vgl. § 91 I SGB V zur Zusammensetzung des G-BA.
- 39 § 7 IV MBO-Ä.
- 40 Vgl. § 2a NotSanG.
- 41 *BVerwG*, Ur. v. 21.1.1993 – 3 C 34/90 = NJW 1993, 2395.
- 42 Vgl. Modell EVA – Entlastende Versorgungsassistentin, www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/merkblaetter/mfa/eva_curriculum.pdf (zuletzt abgerufen am 20.3.2022).
- 43 Vgl. § 4 I 1 HebG, Zur Leistung von Geburtshilfe sind, [...] Personen mit einer Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung ‚Hebamme‘ oder ‚Entbindungspfleger‘ [...] berechtigt“.
- 44 Vgl. § 1 I KrPflG: „Personen [...], sind im Rahmen der ihnen in dieser Ausbildung vermittelten erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten berechtigt.“

⁴⁵ Z. B. in NRW u. a.: www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/bpr_saa_2021-2022.pdf
(zuletzt abgerufen am 20.3.2022).

⁴⁶ *Bayrischer Verwaltunggerichtshof*, Beschl. v. 24.1.2021 – 12 CS 21.702 = BayVBl. 2021, 483-490.