

## **Stellungnahme Notfallreform 2025**

### **Bundesverband der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst Deutschland e.V.**

#### **Einführung**

Aus der Perspektive des BV ÄLRD lassen sich die meisten der geplanten Regelungen des Referentenentwurf nachvollziehen und stellen überwiegend eine Notwendigkeit dar.

Allerdings gehen die vorgeschlagenen Regelungen, die einen rettungsdienstlichem Belang beinhalten, mit teilweise gravierenden Veränderungen einher. Da die Organisation des Rettungsdienstes Ländersache ist, unterscheiden sich die Auswirkungen in den Ländern ebenfalls.

Aktuell werden – ebenfalls je nach Bundesland unterschiedlich – sowohl die Betriebskosten als auch viele Investitionskosten von den Kostenträgern über Entgelte auf Basis eines Vertrags gemäß § 133 SGB V oder über Gebühren nach Landes- oder Kommunalrecht refinanziert. Bei Letzteren erfolgt dies unter Nutzung der Ausnahmeregelung im § 133 Abs. 1 SGB V.

Da die Organisation dem Geld folgt, haben Veränderungen in einer bundesrechtlich geregelten Finanzierung auch automatisch Auswirkungen auf die landesrechtliche Organisation des Rettungsdienstes. Solche in bundes- und landesrechtlich aufgeteilte Regelungsmöglichkeiten trifft man im Gesundheitswesen häufiger an und stellen deshalb keinen Sonderfall dar. Sie werden üblicherweise durch Verhandlungen und gesetzlich verankerte Konfliktlösungen miteinander in Einklang gebracht. Ein Ziel dieser Regelungen und Lösungsmechanismen ist der dauerhafte Erhalt des Sachleistungsprinzips für gesetzlich Krankenversicherte.

Des Weiteren wird in diesem Notfallreformgesetz die Einbettung bzw. Vernetzung des Rettungsdienstes in seine Versorgungsumgebung insbesondere mit den Notaufnahmen der Krankenhäuser und der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der Akutleitstellen (bisher Terminservicestelle [TSS] 116117) neu bzw. zusätzlich geregelt.

Die wesentliche und absolut notwendige Änderung in dieser Notfallreform ist die Aufnahme des Rettungsdienstes in das SGB V als eigenständige Sachleistung in den Katalog der Krankenbehandlung. Diese soll zukünftig als „medizinische Notfallrettung“ bezeichnet werden. In § 30 Abs. 4 erfolgt die Ausweisung der Versorgung vor Ort als neu zu vergütende Leistung. Damit werden die medizinischen Leistungen des Rettungsdienstes vom reinen Fahrkostenersatz entkoppelt und als Teil der Krankenbehandlung etabliert. Ein Anspruch besteht demnach, wenn ein **rettungsdienstlicher Notfall** anhand einer objektivierten Ex-ante-Betrachtung

vorliegt. Dafür müssen hinreichende Anhaltspunkte für eine unmittelbare Lebensgefahr, eine lebensbedrohende Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder schwere gesundheitliche Schäden eintreten, sofern keine unverzügliche medizinische Versorgung erfolgt.

Im Folgenden stellen wir die benannten Punkte differenziert dar:

## **1. Krankentransport als Teil des Rettungsdienstes**

### **1.1. Verlegungstransporte zur Freimachung von Zentrumskapazitäten**

Im § 60 Abs. 2 Nr. 2 wird die Möglichkeit neu geschaffen, Patienten aus Krankenhäusern einer höheren Versorgungsstufe in eine niedrigere Versorgungsstufe verlegen zu können, wenn die Zentrumskapazitäten nicht mehr benötigt werden. Das ist eine absolute Verbesserung.

Bislang war dies stellenweise nahezu unmöglich. Nach aktueller Regelung solcher Verlegungen musste vorab die Zustimmung der Krankenkasse eingeholt werden, welche sehr unterschiedlich erteilt wurde. Einige Krankenkassen lehnen solche grundsätzlich ab.

### **1.2. Disponible und nicht-disponible Krankentransporte**

Im neuen § 60 wird nach wie vor keine Unterscheidung zwischen disponiblen (=planbaren) und nicht-disponiblen (=nicht planbaren) Krankentransporten vorgenommen. Positiv kann hierbei allerdings hervorgehoben werden, dass im § 60 Abs. 2 Nr. 5 ein Krankentransport in ein integriertes Notfallzentrum (INZ) ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse erfolgen kann, wenn er von der Leitstelle mittels standardisierter Abfrage „verordnet“ wurde. Auch das stellt eine deutliche Verbesserung dar.

Mit der Einführung der Krankentransportrichtlinie des G-BA im Jahr 2005 wurde bei Krankentransporten zu einer ambulanten Behandlung (zu einer Arztpraxis grundsätzlich, aber auch zu Krankenhäusern, wenn die Abklärung ex post zu einer ambulanten Behandlung führte) eine sogenannte Vorabgenehmigung durch die Krankenkasse eingeführt. Dies hat dazu geführt, dass Krankentransportwagen (KTW) für Hilfeersuchen über die 112 als nicht-disponible Krankentransporte aus dem Einsatz bei weniger dringlichen bzw. unklaren Hilfeersuchen (einfachere Verletzungen oder Akutfälle z.B. in der Öffentlichkeit = nicht-disponible Krankentransporte) über die Notrufnummer 112 praktisch nicht mehr eingesetzt werden konnten, da sie gerade bei einfacheren Fällen häufig zu einer ambulanten Behandlung nach Abklärung im Krankenhaus führt und demzufolge der Krankentransport ohne Vorabgenehmigung nicht bezahlt wurde. Solche nicht-disponiblen Krankentransporte fallen allerdings in der Realität rund um die Uhr an. Die für die Vorabgenehmigungen zuständigen Krankenkassen sind aber nur zu den regulären Verwaltungsöffnungszeiten erreichbar (auch hier gibt es regionale Unterschiede). Aus diesen Gründen werden seitdem,

flächendeckend praktisch nur noch RTW für Hilfeersuchen über den Notruf 112 eingesetzt. Dies kann auch den übermäßigen Anstieg der Einsatzzahlen in der Notfallrettung mit erklären, da nicht-disponible Krankentransporte damit in die Notfallrettung per RTW verschoben wurden.

Ein weiterer Grund für das Verschwinden der KTW-Transporte aus den nicht-disponiblen Hilfeersuchen ist die Vorgabe der Krankentransportrichtlinie, dass der KTW nicht zum Transport von „Notfällen“ ausgelegt sein darf (SGB V § 6 Abs. 1 Satz 3).

Zudem lassen sich nicht alle Hilfeersuchen als „Nicht-Notfallpatienten“ sicher identifizieren und von Notfallpatienten abgrenzen. Auch die Nutzung von standardisierten Ersteinschätzungssystemen über den Notruf 112 erreichen schnell Grenzen. So wird rechtlich im Vorwurfsfall eine Untertriage (z.B. KTW statt NEF+RTW) bestraft, nicht aber die Übertriage (z.B. NEF+RTW statt KTW). Im Zweifelsfall leitet sich hieraus eine Vorabklärung vor Ort ab, was aktuell in einer refinanzierbaren und dazu ausgerüsteten Form praktisch nur mit einem RTW, nicht aber mit einem KTW möglich ist.

Insofern eröffnet § 60 Abs. 2 die Entsendung sogenannter „Notfall-KTW“ oder „Akut-Transportwagen“ als Alternative zu RTW für einfachere Notfälle. Die RTW können damit für schwerwiegendere Not- und Unfälle freigehalten werden.“

Die Möglichkeit genehmigungsfrei (dann ausschließlich) ein INZ anfahren zu können, bedeutet jedoch eine Einschränkung potentieller Zielorte. Dies könnten beispielsweise auch Arzt- oder Notdienstpraxen sein, die kein Teil eines INZ sind. Ein Transport dorthin könnte ausreichend und damit deutlich wirtschaftlicher sein, als es der Transport in ein ggf. sehr weit entfernteres INZ wäre.

## **2. Zusammenarbeit mit den Kassenärztlichen Vereinigungen**

### **2.1. Akutleitstelle (§75 Abs. 1c SGB V)**

Die Akutleitstelle ersetzt die bisherige Akutfallvermittlung der Terminservicestelle (TSS 116117) und wird bei den KVen eingerichtet (§ 75 Abs. 1c SGB V). Sie muss 24 Stunden täglich unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 116117 sowie über digitale Angebote erreichbar sein. Ihre Aufgabe ist – wie bereits die bisherige TSS 116117 – nur die Vermittlung (nicht die Steuerung / Zuweisung) unter Nutzung eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens (vermutlich SMED) zur unmittelbaren ärztliche Versorgung. Diese Vermittlung soll vorrangig in die Sprechstunden der Praxen zugelassener Ärzte oder in die Integrierten Notfallzentren (INZ) erfolgen. Die telefonische Erreichbarkeit soll für 75% der Anrufer innerhalb von 3 Minuten und für 95% der Anrufer innerhalb von 10 Minuten gewährleistet sein.

Aus Sicht des BV ÄLRD ist diese Regelung absolut begrüßenswert, da in bisherigen Modellen und -Pilotprojekten gezeigt werden konnte, dass dadurch die Übergabe von

Hilfeersuchen in die richtige Versorgungsebene (Rettungsdienst oder vertragsärztliche Versorgung) vereinfacht und beschleunigt werden kann.

## **2.2. Einrichtung eines Gesundheitsleitsystems (§ 133a SGB V)**

Sogenannte Gesundheitsleitsysteme sollen in Form von Kooperationsvereinbarungen zwischen der KV (Akutleitstelle 116117) und den Trägern der Rettungsleitstellen (112) auf Antrag eines Leitstellenträgers zustande kommen. Die Ersteinschätzungssysteme (Notrufabfrage der Rettungsleitstelle 112 und Ersteinschätzungsverfahren der KV bei den Akutleitstellen 116 117) müssen so aufeinander abgestimmt werden, dass es zu übereinstimmenden Bewertungen des Gesundheitszustandes kommt.

Hier weist der BV ÄLRD darauf hin, dass sich die Population der Hilfesuchenden unterschiedlich zusammensetzt: Zum einen die Hilfesuchenden, die bei der Rufnummer 116 117 (Akutleitstelle) eingehen, zum anderen die sich bei der 112 melden und sich öfter unter freiem Himmel befinden (Straße, Plätze, Bahnhöfe, ÖPNV). Neben akuten Erkrankungen (z.B. Brustschmerzen) werden nahezu alle Unfälle über die 112 gemeldet. Etwa ein Drittel der Anrufer hat keinen unmittelbaren Kontakt zu den jeweiligen Patienten, sondern ist nur Melder, Beobachter oder Verkehrsteilnehmer. Bei den Hilfeersuchen, die hingegen bei der Akutleitstelle (116117) eingehen, handelt es sich in der Mehrzahl um Personen, die aus einer häuslichen Umgebung heraus anrufen und entweder selbst Patient oder Angehöriger mit Kontakt zum Patienten oder zur Patientin sind.

Insofern unterscheiden sich die qualitativen Informationen zu den einzelnen Hilfeersuchen zwischen der Akutleitstelle (116117) und der Rettungsleitstelle (112) deutlich. Die Umgebung, aus der ein Hilfeersuchen erfolgt, muss ebenfalls berücksichtigt werden. Dies kann zu unterschiedlichen Bewertungen bei gleichen Patienten führen. Wissenschaftliche Auswertungen und Abgleiche sind kaum existent.

## **2.3. Aufsuchender Hausbesuchsdienst im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung (§ 75 Abs. 1b Satz 5 SGB V)**

Es wird von der KV ein 24/7 verfügbarer aufsuchender Hausbesuchsdienst eingerichtet, der von geeignetem nicht-ärztlichem Personal unter ärztlicher Kontrolle durchgeführt werden kann. Dazu sind Kooperationen mit dem Rettungsdienst möglich. Die Vermittlung erfolgt durch die Akutleitstelle (116 117).

Aus Sicht des BV ÄLRD ist dies höchst positiv zu werten und kommt fast einer Revolution gleich. Damit wird anerkannt, dass Hausbesuche im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung nicht nur zur sprechstundenfreien Zeit, sondern rund um die Uhr anfallen. Der Rettungsdienst verspricht sich davon eine Entlastung, wenn die Kapazitäten, Erreichbarkeit und Standorte in Form einer regelmäßig aktualisierten Bedarfsplanung mit dem Rettungsdienst und der Krankenhausplanung abgestimmt werden, der Leistungsumfang standardisiert ist und dieser aufsuchende Dienst damit bedarfsgerecht bemessen ist.

Das Gesundheitsleitsystem sollte zusätzlich auch die Möglichkeit des Zugriffes auf eine spezialisierte ambulante Notfallversorgung (SANV) haben, da diese ein integraler Bestandteil zukünftiger Notfall- und Akutversorgung darstellt. Damit kann eine bedarfsgerechte Versorgung vor Ort sichergestellt werden und andere, fachlich letztlich für diese Notsituationen nicht geeignete Einsatzmittel wie RTW und / oder NEF, entlastet werden. Die SANV muss notfallpsychologische Dienste, Palliativdienste, Akutpflegedienste (stationäre Kurzzeitpflege, ambulante Pflege), aber auch präventive Maßnahmen wie einen vorbeugenden Rettungsdienst umfassen. Der BV ÄLRD hält eine Vernetzung dieser Leistungsbereiche mit dem Rettungsdienst, den Notaufnahmen und dem vertragsärztlichen Notdienst ebenfalls für geboten.

### **3. Zusammenarbeit mit Krankenhäusern**

#### **3.1. Integrierte Notfallzentren (INZ) (§§ 123, 123a, 123c, SGB V)**

Es erfolgt eine flächendeckende Einrichtung sogenannter „Integrierter Notfallzentren“ (INZ) an geeigneten Krankenhausstandorten, die vom erweiterten Landesausschuss gemäß §90 Abs. 4 SGB V festgelegt und überprüft werden. Die Möglichkeit der Mitwirkung des Rettungsdienstes im erweiterten Landesausschuss wird begrüßt.

Die Komponenten eines INZ (Krankenhaus-Notaufnahme, Notdienstpraxis in unmittelbarer Nähe der Notaufnahme, Ersteinschätzungsstelle) liegen schon an zahlreichen Krankenhäusern vor (Notdienstpraxis oder MVZ). Für Krankenhäuser ohne INZ ist die Ersteinschätzungsstelle ohnehin obligat.

In INZ müssen Kinder- und Jugendärzte, sowie Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie telefonisch zuschaltbar sein (§ 123 Abs. 4 SGB V). Diese Regelung wird begrüßt, da dies bislang praktisch nicht möglich war.

Die Einschränkungen der ambulanten Versorgungsmöglichkeiten der Krankenhäuser, die keine INZ sind, ist höchst kritisch zu betrachten, da Notaufnahmen auch kleinerer Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung oft in der Fläche umfängliche Abklärungen und Behandlungen für Akutfälle (auch aus dem vertragsärztlichen Bereich gemäß § 76 Abs. 1a) sicherstellen (z.B. Labor, Röntgen, CT etc.) und damit dort gerade im ländlichen Bereich unverzichtbar sind. Die dortigen Patienten alle an INZ zu verweisen, ist oft nicht nur individuell, sondern auch von der Anzahl her nicht zumutbar bzw. organisierbar. Dies würde auch den öffentlichen Rettungsdienst durch längere Fahrzeugbindungen erheblich belasten. Hier bietet sich die Einrichtung eines MVZ am Krankenhaus an (was im Übrigen bei vielen Krankenhäusern bereits der Fall ist), da gemäß neuem § 123c Abs. 1 dort ohnehin eine Ersteinschätzung durchgeführt werden muss.

Der BV ÄLRD begrüßt in diesem Zusammenhang alles, was einer verbesserten Vernetzung und einer guten Erreichbarkeit (flächendeckende Planung und Organisation) für die akut- und notfallmedizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger dient. Problematisch wird es, wenn ein Krankenhaus schließt (z.B. durch



Insolvenz). Dann stellt sich die Frage, was mit der Notdienstpraxis oder dem MVZ passiert. Es gibt Fälle, in denen eine Notdienstpraxis nach Schließung des Krankenhauses ebenfalls geschlossen wurde. Dies wirft die bereits mehrfach vorgetragene Frage auf, wie die akutmedizinische Versorgung in Gebieten sichergestellt wird, in denen es kein Krankenhaus (mehr) gibt und Hausarztpraxen keine neuen Patienten mehr nehmen können („weiße Flecken“). Andere Länder haben Anlaufstellen für Akutfälle eingerichtet (auch nicht-ärztlich besetzte), die sie als „Notfallzentren“ bezeichnen (z.B. in den USA). Eine solche Möglichkeit müsste – so weit eine solche auch in dieser Notfallreform schon vorgesehen ist - verständlich erläutert und wenn das nicht der Fall ist, durch entsprechende Regelungen ergänzt werden.

#### **4. Änderung der Finanzierungsregelungen (§ 133 SGB V)**

Die Änderungen der Finanzierungsregeln sind sowohl für den Rettungsdienst erheblich.

##### **4.1. Hausbehandlung vor Ort**

Diese Änderungen folgen aus der Aufnahme des Rettungsdienstes in den **§ 30 SGB V** als „medizinische Notfallrettung“. Die Versorgung vor Ort nur durch einen RTW in § 30 Abs. 4 stellt eine neuartige Leistung dar, die damit auch vergütungsrelevant wird. Dies würde einen Großteil der bisherigen Diskussionen über Fehlfahrten zwischen Krankenkassen und Trägern des Rettungsdienstes regulieren und die aktuelle Streitfrage klären lassen. **Diese Regelung wird deshalb nachdrücklich begrüßt.**

##### **4.2. Finanzielle Auswirkungen der vorgeschlagenen Änderungen in § 133 SGB V durch Streichung der Ausnahmeregelung des bisherigen § 133 Abs. 1 SGB V**

Die finanziellen Auswirkungen für die Länder, in denen die Rettungsdiensteinsätze noch nicht auf Basis eines Vertrags nach dem aktuell gültigen § 133 SGB V abgerechnet werden, sondern die von der aktuell gültigen Ausnahmeregelung in § 133 Abs. 1 SGB V („landes- oder kommunalrechtliche Bestimmungen“) Gebrauch machen, sind noch nicht abzusehen.

Diese landes- bzw. kommunalrechtlichen Bestimmungen ermöglichen es den öffentlichen Trägern bisher die Leistungen des Rettungsdienstes als Selbstverwaltungsaufgabe nach dem jeweiligen Satzungsrecht zu kalkulieren (Selbstkostendeckungsprinzip) und als Gebühr dem Nutzer (=Patient) in Rechnung zu stellen. In nahezu allen Ländern, in denen diese Form Anwendung findet, bestehen Absprachen und Vereinbarungen mit den Krankenkassen zur Direktabrechnung, damit den Versicherten – mit Ausnahme des Eigenanteils – die rettungsdienstlichen Leistungen als **Sachleistung** zur Verfügung gestellt werden. Mit dieser Form der Refinanzierung ließ sich die öffentliche Aufgabe Rettungsdienst in diesen Ländern bisher tatsächlich sicherstellen.

In den letzten Jahren haben sich die Auseinandersetzungen zwischen den öffentlichen Trägern, die von der Ausnahmeregelung in § 133 Abs.1 Gebrauch machen, und den

Krankenkassen verschärft. Neben der sogenannten Fehlfahrtendiskussion kam es auch zu fehlenden Anerkennungen von Unterdeckungen aus den vergangenen Jahren (Verlustvortrag) sowie zu Uneinigkeiten bei der Ansatzfähigkeit von bestimmten Kostenpositionen. Im Zuge dieser Auseinandersetzungen nutzen die Krankenkassen vermehrt die Regelung im § 133 Abs. 2 SGB V, indem sie ihre Leistungspflicht unter bestimmten Umständen auf Festbeträge begrenzen können. Diese Umstände erstrecken sich auf eine fehlende Erörterungsmöglichkeit, Ansetzung von über die reine Sicherstellung hinausgehende Kosten, oder gemessen daran, auf unwirtschaftliche Leistungserbringung (§ 133 Abs. 2 SGB V). Die Wahl dieses Festbetrags-Verfahrens bedeutet in der Umsetzung, dass für den Patienten das Sachleistungsprinzip verlassen und ein Wechsel in das **Kostenerstattungsprinzip** vollzogen wird. Im Ergebnis muss der Patient als Nutzer der rettungsdienstlichen Leistungen die Differenz zwischen der rettungsdienstlichen Gebühr und dem Festbetrag der Krankenkasse selbst bezahlen (=auf den Festbetrag begrenzte Teilerstattung). Die finanzielle Mehrbelastung der Versicherten ist erheblich. Sie umfassen Kosten von mehreren Hundert Euro, können aber in manchen Fällen auch über 1000 € (z.B. für Verlegungstransporte, Luftrettung) betragen.

Im Rahmen dieser Auseinandersetzungen wurde für die öffentlichen Träger des Rettungsdienstes deutlich, dass die Nutzung der Ausnahmeregelung nach § 133 Abs. 1 dazu führt, dass zwischen dem öffentlichen Träger des Rettungsdienstes und den Krankenkassen **keine direkte Rechtsbeziehungen** mehr bestehen, so dass strittige Positionen nicht in einer geregelten Konfliktlösung (z.B. Verwaltungsgericht, Schiedsstelle etc.) geklärt oder entschieden werden können. Dies bedeutet, dass die Nutzung der Ausnahmeregelung im § 133 Abs. 1 dazu führt, dass der Träger des RD aus dem SGB V „aussteigt“ und damit auch die dort vorgesehene Schiedsstelle (§ 127 SGB V) nicht nutzen kann (=fehlende gesetzlich vorgesehene Konfliktlösung).

Nach Auffassung des BV ÄLRD führt die Nutzung der Ausnahmeregelung im § 133 Abs. 1 in Verbindung mit den Festbetragsregelungen nach § 133 Abs. 2 dazu, dass es bei finanziellen Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und Kommunen bei gleichzeitig fehlender gesetzlich geregelter Konfliktlösung, im Ergebnis für den Patienten zu einer krassen Verschiebung vom Sachleistungsprinzip hin zum (Teil-) Kostenerstattungsprinzip kommen kann. Eine mögliche Konfliktlösung wurde durch Nutzung der Ausnahmeregelung (§ 133 Abs. 1 SGB V) vom Bundestag und Bundesrat beschlossen (erstmals mit Einführung des SGB V am 1.1.1989, die zuvor geltende RVO enthielt keine dementsprechenden Vorschriften). Die heutigen Auswirkungen ließen sich seinerzeit vermutlich nicht vorhersehen. Die negativen Folgen rühren allerdings an den Grundfesten der gesetzlichen Krankenversicherung, dem Sachleistungsprinzip (§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Dies ist bei Menschen in (potentieller) Lebensgefahr sehr kritisch zu sehen, da notwendige Hilfeersuchen aus Angst, Kosten nicht refinanziert zu bekommen, unterbleiben.

Ohne dass dies in diesem Referentenentwurf schon eindeutig erkennbar ist, muss es für Bürgerinnen und Bürger, die bei (potentieller) Lebensgefahr keine medizinische Alternative zum Rettungsdienst haben, in jedem denkbaren Fall beim Sachleistungsprinzip bleiben.

Auch wenn die Auseinandersetzungen im Zuge dieser Notfallreform an der einen oder anderen Stelle zu keinem Ergebnis kommen sollten, ist der BV ÄLRD der Auffassung, dass die Frage des Erhaltes des Sachleistungsprinzips und die Beseitigung einer fehlenden Konfliktlösung in jedem Fall zu regeln ist. Die Verantwortung für diese aktuellen Regelungen liegt bei den dafür zuständigen Gesetzgebern (Bund, Länder) und nicht bei den Patienten, den Rettungsdienststrägern oder den Krankenkassen.

Der Vorschlag aus der Perspektive des BMG, im § 133 SGB V die medizinische Notfallrettung umfänglichen mit einzubeziehen, stellt dafür einen Lösungsansatz dar. Ergänzend zur Perspektive des BMG fehlen demgegenüber noch die Perspektiven der Rettungsdienste, der Träger des Rettungsdienstes, sowie der Krankenkassen.

#### **4.3. Finanzielle Auswirkungen der vorgeschlagenen Änderungen in § 133 SGB V für bisherige Nutzer des Vertragsmodells gemäß dem bisherigen § 133 SGB V**

Für die bisherigen Nutzer des bestehenden Vertragsmodells im § 133 SGB V, dazu gehören öffentliche Rettungsdienste und gewerbliche Rettungsdienste mit einer Genehmigung nach Landesrecht, ändert sich zunächst am bestehenden Sachleistungsprinzip nichts, auch die Konfliktlösung nach § 127 SGB V ist unter diesen Bedingungen nutzbar. Auch hier werden durch den § 30 SGB V Hausbehandlungen ohne Transport möglich und refinanzierbar. Was zu denken gibt ist, dass in manchen Regionen Konfliktlösung über die Schiedsstellen häufig gesucht und (teils sehr langwierig) genutzt werden. Das könnte durch definierte Prozessabläufe (Verfahren, Transparenz etc.), durch verkürzte Schiedsstellenverfahren und akzeptanzfähige Standards auf beiden Seiten verbessert werden.

#### **4.4. Bewertung**

Aus den Erfahrungen des BV ÄLRD der letzten Jahre mit beiden Systemen (Vertragsregelung nach § 133 SGB V und Gebührensystem unter Nutzung des § 133 Abs. 1 SGB V), bieten beide (Gebühren- und Vertragssystem) eine Grundlage, erfolgreich so zusammenzuarbeiten, dass es zu einem einvernehmlichen Ausgleich der Interessen kommen kann.

Bei den gebührenfinanzierten Rettungsdiensten bestehen strenge, landes- und kommunalrechtliche Bestimmungen, wie Satzungskalkulationen aufzustellen und nachzuweisen sind. Diese Art der Gestaltung fügt sich harmonisch in das System der Selbstverwaltungsaufgaben der Kommunen ein. Dabei fehlt jedoch – wie inzwischen erkennbar wurde – eine Konfliktlösung, die es den Beteiligten erlaubt, im Sachleistungsprinzip so zu verbleiben, dass ungelöste Konflikte nicht bis zum



Patienten (Nutzer) durchschlagen und ihn damit, ggf. unverhältnismäßig, belasten. Gleichwohl gibt es Vereinbarungen zur Direktabrechnung zwischen Trägern und Krankenkassen, um das Sachleistungsprinzip für die Versicherten zu erhalten.

Bei den nach § 133 bestehenden Vertragssystemen gibt es trotz geltendem Sachleistungsprinzip und vorhandener Konfliktlösung mit Schiedsstellen (§ 127 SGB V) immer wieder langwierige Auseinandersetzungen. Es hat sich gezeigt, dass bei starken Einsatzsteigerungen und / oder erheblichen Kostenanstiegen die daraus ableitbaren Entgelterhöhungen, das Konfliktpotenzial zwischen den Vertragspartnern (Verweis auf § 71 SGB V in § 133 Abs. 2 letzter Satz SGB V) stark erhöhen können, so dass es zur häufigen Nutzung der Schiedsstellen kommt, was zu Verzögerungen der Einigung führt und die Sicherstellung der Aufgabe Rettungsdienst gefährden kann.

Allerdings haben sich in beiden Systemen die Verhandlungspartner auf das jeweilige System eingerichtet und scheinen bis auf die fehlenden oder verzögernden Konfliktlösungen auch damit zurecht zu kommen. Hilfreich könnten hier festgelegte Prozessstrukturen für Verhandlungen und Transparenzpflichten sein, die mit kurzen Konfliktverfahren verbunden werden.

Da die letztlichen Anpassungen in diesem Referentenentwurf in der Zukunft liegen, kann aktuell nicht sicher abgeschätzt werden, ob und in welcher Form die Umsetzung erfolgen wird. Der BV ÄLRD appelliert daher an den Gesetzgeber (Bundestag, Bundesrat), hierfür patienten und rettungsdienstfreundliche Regelungen zu finden, die den Besonderheiten des Rettungsdienstes (flächendeckende Sicherstellung 24/7, starke Kostensteigerungen im Bereich Personal- und Sachkosten, Fachkräftemangel, beständige Erhöhung gesetzlicher Standards etc.) Rechnung tragen.

## **5. Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung im § 133b SGB V**

In Zeiten kritischer Haushaltslagen kommt der **Qualitätssicherung** eine höhere Bedeutung zu, was im § 133b SGB V unter dem Begriff „Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung“ geregelt und durch den GKV-Spitzenverband organisiert werden soll.

Die Länder sind grundsätzlich für die Organisation, Qualitätssicherung und Finanzierung des Rettungsdienstes zuständig. Das hier einzurichtende, voraussichtlich beim GKV-Spitzenverband angesiedelte Gremium bietet die Möglichkeit, innovative Neuentwicklungen und regionale Besonderheiten, die in den lokalen oder regionalen Verhandlungen mit den Krankenkassen nicht refinanzierbar gemacht werden konnten, einzubringen. Dort können diese Vorschläge zusätzlich von Fachexperten bewertet und ggf. bundesweit als Qualitätsstandard eingeführt werden. Bislang ließen sich Ablehnungen der regionalen Krankenkassen nur selten auf dem Verhandlungsweg ändern. Aus Sicht des BV ÄLRD ist dies keine Frage der Zuständigkeit, sondern es bietet sich damit die Möglichkeit, auf diesem Gebiet zukunftsfähig zusammenzuarbeiten. Dieses Gremium sollte deshalb auch als Chance verstanden werden. Möglicherweise kann dieses Gremium auch die in 4.

angesprochenen Fragen zu den Änderungen der Finanzierungsregelungen adressieren und Empfehlungen dazu aussprechen.

## **6. Ersthelfersysteme (§ 30 Abs.3, § 133c Abs. 4) in Verbindung mit AED-Katastern (§ 394) und die telemedizinische Versorgung (§ 30 Abs. 3 und 4, § 133b Abs. 3 Nr. 3)**

Der BV ÄLRD begrüßt ausdrücklich die Einbindung von Ersthelfern nach § 30 Absatz 3 Satz 2 im Rahmen des Notfallmanagements und die Vorgaben zur deutschlandweiten Interoperabilität der auf digitalen Anwendungen basierenden Ersthelferalarmierungssystemen mit dem Ziel einer flächendeckenden Verfügbarkeit. Auch die Einrichtung eines öffentlich zugängliches bundesweiten Katasters von automatisierten externen Defibrillatoren (AED-Kataster in § 394), die für die Benutzung durch Laien vorgesehen sind, und die entsprechende Datenbereitstellung für Leitstellen bzw. zur Verwendung in Ersthelferalarmierungssystemen wird ausdrücklich begrüßt. Ebenso wird die Möglichkeit der telemedizinischen Versorgung und Beratung im Rettungsdienst vor Ort ausdrücklich begrüßt.

## **7. Zusammenfassung**

Dieser Referentenentwurf zur Notfallreform ermöglicht es, auf die in den letzten Jahren stattgefundenen Änderungen der gesellschaftlichen und technischen Rahmenbedingungen so zu reagieren, daß die Notfallversorgung nachhaltig weiterentwickelt werden kann. Die hier aufgezeigten positiven Elemente in dieser Notfallreform sollen Ansporn dafür bieten, die Regelungen nicht nur konstruktiv zu diskutieren, sondern auch schnellstmöglich umzusetzen.



Prof. Dr.med. Dr.rer.nat. Alex Lechleuthner  
- Vorsitzender BV ÄLRD Deutschland e.V. -