

**Positionspapier/Stellungnahme der  
Hilfsorganisationen im  
Hessischen Rettungsdienst  
zum**

Referentenentwurf des  
Bundesgesundheitsministeriums  
zur Reform der Notfallversorgung  
vom 08. Januar 2020



**DIE  
JOHANNITER**



*Wiesbaden, den 20. Januar 2020*

Im Rahmen der Diskussion zur Reform der Notfallversorgung hat das Bundesgesundheitsministerium am 08. Januar 2020 den Referentenentwurf zum Gesetzesvorhaben veröffentlicht.

Wie bereits in vorangegangenen Positionspapieren ausgeführt, sind wir als Hilfsorganisationen im Hessischen Rettungsdienst nach wie vor der Auffassung, dass zur Sicherung der Leistungsfähigkeit von Rettungsdienst und Notfallaufnahmen dringender Reformbedarf besteht.

Der Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums vom 08. Januar 2020 bietet hierzu in einigen Punkten gute Ansätze, enthält aber durchaus auch Formulierung und Regelungen die präzisiert oder nochmals überarbeitet werden müssen.

Als Hilfsorganisationen im Hessischen Rettungsdienst begrüßen wir ausdrücklich die Aufnahme der Leistungen des Rettungsdienstes als medizinische Notfallrettung und Krankentransport als eigenständiges Leistungssegment in das SGB V.

Darüber hinaus ist das Bekenntnis zum strukturellen und sachlichen Zusammenhang zwischen Gefahrenabwehr und Gesundheitsvorsorge, wie es in der Begründung des Referentenentwurfes ausgeführt ist, zukunftsweisend:

*„Das Rettungswesen in Deutschland ... ist geprägt durch die Entwicklung von einer satzungsmäßigen Aufgabe freiwilliger Hilfsorganisationen zu einer hoheitlichen Gesamtaufgabe von Gefahrenabwehr und Gesundheitsvorsorge und von der reinen Erstversorgung und dem Verletztentransport ins nächstgelegene Krankenhaus hin zu einer präklinischen, qualitätssichernden und optimierten Versorgung am Notfallort und während des Transportes. Neben den zentralen Aspekt der Gefahrenabwehr des Rettungsdienstes ist damit das Erfordernis der Unmittelbarkeit einer bestmöglichen medizinischen Notfallversorgung getreten, das im Interesse der Notfallpatientinnen und -patienten zunehmend etabliert werden muss. Eine solche integrierte Notfallversorgung zeichnet sich bereits heute ab, indem die mobile und stationäre Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten ineinander greift und beispielsweise Rettungsfahrzeuge über umfangreiche medizintechnische Ausstattungen verfügen, die eine spezialisierte Versorgung unmittelbar am Notfallort und während der Rettungsfahrt ermöglichen, und damit weit über eine medizinische Erstversorgung oder den reinen Verletztentransport hinausgehen.“<sup>1</sup>*

Zugleich unterstützen wir ausdrücklich die Hinweise im Referentenentwurf zur Zuständigkeit der Länder für den Rettungsdienst:

*„Weiterhin bleiben die Länder für die Organisation und Durchführung des Rettungsdienstes zuständig, ...“<sup>2</sup>*

### Finanzierung

Hinsichtlich der künftigen Finanzierung rettungsdienstlicher Leistungen begrüßen wir, dass – im Gegensatz zum Diskussionsentwurf vom 12. Juli 2019 – nicht mehr davon gesprochen wird, dass die Finanzierung von Vorhalte- und Investitionskosten über die Benutzungsentgelte, die mit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vereinbart werden, ausgeschlossen sei.

Nicht zu übersehen ist allerdings, dass man mit der Formulierung „insbesondere die Betriebskosten“<sup>3</sup> und den Ausführungen in der Begründung der bisherigen Denkweise verhaftet bleibt und die Zuständigkeit für Investitions- und Vorhaltekosten den Ländern

---

<sup>1</sup> Begründung zum Referentenentwurf vom 08.01.2020, Seite 19

<sup>2</sup> Begründung zum Referentenentwurf vom 08.01.2020 Seite 24 und 47

<sup>3</sup> § 133 Absatz 2 Satz 3

zugewiesen wird.<sup>4</sup>

Hierzu halten wir, wie bereits im Positionspapier der Hilfsorganisationen im Hessischen Rettungsdienst ausgeführt, fest, dass eine duale Finanzierung (Betriebskosten durch die GKV; Vorhalte- und Investitionskosten durch die Länder bzw. in der Folge durch die Gebietskörperschaften) für uns inakzeptabel ist.

Eine duale Finanzierung hat sich im Krankenhausbereich nicht bewährt<sup>5</sup> und wäre für den Rettungsdienst keineswegs zielführend. Die Gesamtverantwortung für Verhandlungen zu Benutzungsentgelten muss einerseits bei den Leistungserbringern im Rettungsdienst und andererseits bei der GKV liegen.

**Insgesamt muss aber ausnahmslos gewährleistet bleiben, dass die Leistungserbringer im Rettungsdienst im Rahmen der Benutzungsentgelte alle rettungsdienstlichen Kosten erstattet bekommen.**

Auch aus der Formulierung „verfassungsrechtlich mit der Länderkompetenz einhergehende Finanzierungsverantwortung“<sup>6</sup>, als allgemeines, ohne Spezifizierung verfassungsrechtlich keineswegs belegbares Postulat, darf nicht hergeleitet werden, dass die GKV sich im Rahmen von Verhandlungen zu Benutzungsentgelten mit dem Verweis auf die Gesetzesbegründung der Finanzierung von Vorhalte- und Investitionskosten verweigern kann, obwohl das Land die Berücksichtigung dieser Kosten im Rahmen der Benutzungsentgeltverhandlungen vorgesehen hat.

Daher gilt es die entsprechenden Ausführungen im Referentenentwurf nachzuschärfen und zu präzisieren. Nach wie vor ist unser Vorschlag vom 22. Oktober 2019 zur Neuformulierung des § 133 richtungsweisend.

#### § 133

*Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung*

*(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich schließen im Rahmen von Budgetverhandlungen auf Basis von Kosten-Leistungs-Nachweisen mit den Leistungserbringern im Rettungsdienst Verträge über die Vergütung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 60.*

*(2) Die Leistungserbringer können für die ihnen im Rahmen der Leistungen der medizinischen Notfallrettung bei sparsamer Wirtschaftsführung entstehenden Kosten im eigenen Namen privatrechtliche einsatzbezogene Benutzungsentgelte erheben. Über die Höhe der einsatzbezogenen Benutzungsentgelte sollen die Leistungserbringer mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Vereinbarungen treffen. Dabei sind für die medizinische Notfallversorgung vor Ort und für die Rettungsfahrt einsatzbezogene Benutzungsentgelte zu vereinbaren, die unabhängig voneinander abgerechnet werden können.*

*(3) Die Benutzungsentgelte müssen so bemessen sein, dass die Leistungserbringer den übernommenen Versorgungsauftrag im medizinisch-fachlich notwendigen und zweckmäßigen Umfang erfüllen können. Mit den Benutzungsentgelten werden alle Kosten abgegolten, die den Leistungserbringern bei medizinisch notwendiger, bedarfsgerechter, leistungsfähiger und wirtschaftlicher Erbringung der Leistungen entstehen. Eine wirtschaftliche Leistungserbringung setzt insbesondere voraus, dass die Leistungserbringer im Rahmen der rechtlichen, tariflichen und vergleichbaren Vorgaben die Möglichkeit zur Reduzierung der Kosten nutzen. Näheres regeln die Länder.*

*(4) Das Verfahren bei Nichteinigung zu den Budgets und zu den Benutzungsentgelten der Leistungserbringer orientiert sich am Verfahren des § 114 SGB V wobei die Schiedsstelle aus Vertretern der Krankenkassen und der Leistungserbringer in der Notfallrettung sowie unparteiischen Vorsitzenden besteht. Näheres regeln die Länder.*

*(5) § 71 ist ebenso wie die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung zu beachten.*

<sup>4</sup> „Diese verfassungsrechtlich mit der Länderkompetenz einhergehende Finanzierungsverantwortung besteht insbesondere hinsichtlich der Investitions- und Vorhaltekosten für den Rettungsdienst.“ Begründung zum Referentenentwurf vom 08.01.2020, Seite 42 Absatz 2 Satz 2

<sup>5</sup> Sachverständigen Gutachten des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen 2018

<sup>6</sup> Begründung zum Referentenentwurf vom 08.01.2020, Seite 42

*(6) Bei der Vereinbarung der Kosten nach Absatz 1, bleiben ausschließlich für die Gewährleistung des Brand- und Katastrophenschutzes, die über die Sicherstellung des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes hinausgehen, anfallende Kosten unberücksichtigt. Diese stellen keinen Teil der medizinischen Notfallrettung dar.*

*(7) Organisatorische und strukturelle Vorgaben zur Planung der Anzahl von Rettungswachen, der erforderlichen Anzahl von Rettungsmitteln und deren Ausstattung sowie weiterer Fragen der Ausgestaltung der medizinischen Notfallrettung obliegen den Ländern.*

*[Bei einer Bereitschaft der Länder zur Beteiligung für die Kostender Gefahrenabwehr: (8) Investitionskosten zur Sicherung der Gefahrenabwehr, welche unter anderem die Kosten der Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Rettungswachen des bodengebundenen Rettungsdienstes sowie des Berg- und Wasserrettungsdienstes und der Errichtung von Luftrettungszentren einschließlich der hierzu gehörenden Wirtschaftsgüter, inklusive der Kosten für die Erstausrüstung mit den hierzu gehörenden Wirtschaftsgütern des Anlagevermögens oder deren Wiederbeschaffung – ausgenommen der zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter) –, umfassen, werden in Form von Pauschalen pro Einwohner festgesetzt und durch die Länder in Form von jährlichen prospektiven Pauschalzahlungen in den Gesundheitsfond einbezahlt. Die Pauschalen pro Einwohner werden jährlich gemäß der Grundlohnsommensteigerung angepasst.*

Zur Vorgabe des Referentenentwurfes in § 133 künftig Pauschalen für rettungsdienstliche Einsätze mit und ohne Transport zu vereinbaren – was grundsätzlich möglich ist – halten wir fest:

- a) Dass es zur Klarstellung sinnvoll wäre grundsätzlich von Benutzungsentgelt-Pauschalen zu sprechen und
- b) aus dem Begriff „Pauschalen“ keinesfalls die Abrechnung einzelner Pauschalen gemäß DRG's zu den am Einsatzort vorgenommenen medizinischen Leistungen abgeleitet werden kann – eine derartige Kleinteiligkeit würde den Verwaltungsaufwand bei den Leistungserbringern maximal erhöhen und die Einsatzkräfte hinsichtlich der Erfassung zusätzlich belasten.

#### Zuständigkeit Gemeinsamer Bundesausschuss

Hinsichtlich der geplanten Zuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses für Richtlinien zu Notfallrettung und zum Krankentransport, begrüßen wir, dass im Referentenentwurf festgehalten wurde, dass den „Bundesverbänden der Hilfsorganisationen, die im Rettungsdienst mitwirken, und den betroffenen Fachgesellschaften ... Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben“ ist und „die Stellungnahmen ... in die Entscheidung einzubeziehen“ sind.<sup>7</sup>

Bereits in unserem Positionspapier zum Diskussionsentwurf Reform der Notfallversorgung des BMG vom 12.07.2019, welches wir dem Hessischen Ministerium für Soziale und Integration zur Verfügung gestellt haben, hatten wir darauf hingewiesen, dass wir eine Zuständigkeit des G-BA (in der derzeitigen Form) für Notfallrettung und Krankentransport für nicht sachgerecht halten. Wir hatten vorgeschlagen in einem § 91a neu einen Bundesausschuss Notfallrettung vorzusehen. Dies halten wir nach wie vor für den nachhaltigsten Weg:

#### *§ 91a Bundesausschuss Notfallrettung neu*

*(1) Vertreter der Krankenkassen, der Notärzte und der Leistungserbringer im Rettungsdienst bilden einen Bundesausschuss Notfallrettung (BA-N). Er wird durch den Vorsitzenden vertreten.*

*(2) Der Bundesausschuss Notfallrettung (BA-N) besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Darüber hinaus aus sechs Mitgliedern der Bundesarbeitsgemeinschaft der Notärztinnen und Notärzte (BAND), sechs Vertretern des Spitzenverband Bund der Krankenkassen und sechs Vertretern der Leistungserbringer im Rettungsdienst (ASB, DRK, JUH, MHD, Berufsfeuerwehren, BKS).*

*(3) Für die Berufung des unparteiischen Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder sowie jeweils zweier Stellvertreter einigen sich die Organisationen nach Absatz 2 Satz 1 jeweils auf einen*

---

<sup>7</sup> § 92 Absatz 7g

Vorschlag und legen diese Vorschläge dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens zwölf Monate vor Ablauf der Amtszeit vor. Als unparteiische Mitglieder und deren Stellvertreter können nur Personen benannt werden, die im vorangegangenen Jahr nicht bei den Organisationen nach Absatz 2 beschäftigt waren. Das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt die Vorschläge an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages. Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages kann einem Vorschlag nach nichtöffentlicher Anhörung der jeweils vorgeschlagenen Person innerhalb von sechs Wochen mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner Mitglieder durch Beschluss widersprechen, sofern er die Unabhängigkeit oder die Unparteilichkeit der vorgeschlagenen Person als nicht gewährleistet ansieht. Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 legen innerhalb von sechs Wochen, nachdem das Bundesministerium für Gesundheit den Gemeinsamen Bundesausschuss über einen erfolgten Widerspruch unterrichtet hat, einen neuen Vorschlag vor. Widerspricht der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages auch dem neuen Vorschlag innerhalb von sechs Wochen oder haben die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 keinen neuen Vorschlag vorgelegt, erfolgt die Berufung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die Unparteiischen üben ihre Tätigkeit in der Regel ehrenamtlich aus; eine hauptamtliche Ausübung ist zulässig, soweit die Unparteiischen von ihren Arbeitgebern in dem für die Tätigkeit erforderlichen Umfang freigestellt werden. Die Stellvertreter der Unparteiischen sind ehrenamtlich tätig. Unparteiische stehen während ihrer Amtszeit in einem Dienstverhältnis zum Gemeinsamen Bundesausschuss. Zusätzlich zu ihren Aufgaben im Beschlussgremium übernehmen die einzelnen Unparteiischen den Vorsitz ggf. zu bildender Unterausschüsse des Bundesausschuss Notfallrettung (BA-N).

(4) Der Bundesausschuss Notfallrettung (BA-N) legt im Benehmen mit den Ländern auf Basis national und international anerkannte Leit- und Richtlinien zur Versorgung von Notfallpatienten bundesweit einheitliche notfallmedizinische Rahmenvorgaben für die Erbringung von Leistungen der medizinischen Notfallrettung fest. Festzulegen ist insbesondere auch, in welchen Fällen nicht das nächsterreichbare Integrierte Notfallzentrum oder bei einer absehbar erforderlichen stationären Aufnahme nicht das nächstgelegene Krankenhaus nach Absatz 1 Satz 4 angefahren werden muss, sondern aus Gründen der zielgerichteten Behandlung ein spezialisiertes Krankenhaus angefahren werden kann. Die besonderen Bedürfnisse bei der Versorgung von Kindern und psychisch Erkrankten sind zu berücksichtigen. Der Bundesausschuss Notfallrettung (BA-N) legt zudem das Nähere für eine bundesweit einheitliche Erfassung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung fest. Die Vorgaben zur Kooperation und digitalen Vernetzung sind gemäß § 133b Absatz 3 übergreifend auszugestalten.

Alternativ muss den Hilfsorganisationen im Rettungsdienst mindestens aber ein ständiger Sitz im Gemeinsamen Bundesausschuss oder den zuständigen Unterausschüssen eingeräumt werden.

### Gemeinsames Notfallsystem

Das Bundesgesundheitsministerium hat in seinem Referentenentwurf richtigerweise beschrieben, dass die Steuerung der Patientenströme ein wesentlicher Aspekt für die Zukunfts- und Funktionsfähigkeit der Gesundheitsversorgung ist. Daher ist völlig unverständlich, wenn mit der Formulierung – „Sofern ein Träger einer Rettungsleitstelle der Rufnummer 112 ein gemeinsames Notfallsystem bilden möchte, ist die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung dazu verpflichtet.“<sup>8</sup> – die Bildung von Gemeinsamen Notfallsystemen Einzelfallentscheidungen und persönlichen Einschätzungen überlassen werden soll.

Ist die Bildung Gemeinsamer Notfallsysteme zukunftsweisend – und hiervon geht der Referentenentwurf aus – dann ist es zwingend erforderlich, dass die Bildung solcher Gemeinsamer Notfallsysteme für alle Beteiligten verpflichtend wird.

§ 133 b Absatz 3 Satz 2 muss daher lauten:

*„Die Träger der Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 und die Kassenärztliche Vereinigung als Träger der Rufnummer 116117 müssen ab dem ... (Stichtag einfügen) Gemeinsame Notfallsysteme bilden.“*

Überlässt man die Bildung Gemeinsamer Notfallsysteme der Freiwillig- bzw. Beliebigkeit, führt dies zwangsläufig zu Versorgungsbereichen mit und Versorgungsbereichen ohne Gemeinsame Notfallsysteme; damit zu unterschiedlichen

<sup>8</sup> § 133b Absatz 3; Begründung zum Referentenentwurf vom 08.01.2020 Seiten 16 und 21

Steuerungs- und Versorgungssystemen sowie zur Verstetigung von System- und Qualitätsunterschieden. Dies lehnen wir ab.

#### Redaktionelle und klarstellende Anmerkungen bzw. Nachfragen zum Verständnis

- Zu § 11: Wir gehen davon aus, dass mit der Erwähnung des § 60 in Klammern auch der § 60a erfasst ist.
- Zu § 60a Absatz 1 Satz 1: Hier wäre es sachgerecht davon zu sprechen, dass ein Anspruch auf Leistungen des Krankentransportes und auf Übernahme der Kosten von Krankenfahrten besteht.  
Krankentransporte sind nicht auf die Transportleistung zu reduzieren.  
Richtigerweise wird in § 60a Absatz 3 ausgeführt: „Krankentransporte sind Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer medizinisch-fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtung eines Krankenkraftwagens bedürfen oder deren Erforderlichkeit aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist.“ Folglich wird neben dem Transport vor allem die Leistung der medizinisch-fachliche Betreuung erbracht, so dass hierauf analog zur Notfallrettung auch ein Anspruch bestehen muss. Zudem würde dies den Krankentransport deutlicher von der Krankenfahrt abgrenzen.
- Zu § 60 Absatz 2 Satz 4, § 60a Absatz 3 Satz 3: Wir begrüßen die angestrebte Änderung des Verfahrens zur Verordnung von Transporten im Rahmen der Notfallrettung. Zugleich fordern wir aber, dass im Bereich von einsatzführenden/alarmierenden Rettungsleitstellen, die bereits heute über ein softwaregestützte Ersteinschätzungsverfahren (strukturierte Notfallabfrage) verfügen, schon vor der Umsetzung eines Gemeinsamen Notfalleitsystems auf Verordnungen mit dem Muster 4 der Krankentransportrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses verzichtet wird.
- Zu § 60a Absatz 4: Hier heißt es “Bei einer Krankenfahrt nach Absatz 2 Nummer 5 steht die Entscheidung des gemeinsamen Notfalleitsystems auf Basis des Ersteinschätzungsverfahrens nach § 133b Absatz 3 Satz 5 der ärztlichen Verordnung gleich.“  
Dies könnte man so verstehen, dass die Krankenfahrten ebenfalls über das Gemeinsame Notfalleitsystem disponiert werden sollen. In § 133b heißt es jedoch nur: „Dabei disponieren die Rettungsleitstellen unter der Rufnummer 112 die Leistungen der medizinischen Notfallrettung sowie Krankentransporte zur notdienstlichen Versorgung und die Kassenärztlichen Vereinigungen unter der Rufnummer 116 117 die notdienstliche Versorgung nach § 75 Absatz 1b Satz 3.“  
Demnach würden Krankenfahrten hier nicht disponiert.  
Es bleibt also klar zu stellen, ob Krankenfahrten durch das Gemeinsame Notfalleitsystem disponiert oder ggf. nur selektiert werden sollen oder ob dieses durch andere Zentralen disponiert wird.
- Zu § 60 Absatz 4 Satz 2 und 60a Absatz 8: Wir begrüßen ausdrücklich, dass in § 60 und § 60a Kinder unter 18 Jahren von der Zahlung eines Eigenanteils gemäß

§ 61 Satz 1 befreit werden. Nicht sachgerecht – und bereits bisher ein Quell ständiger Ärgernisse und von unnötigem Verwaltungsaufwand – ist, dass in der Notfallrettung der Einzug des Eigenanteils über die Krankenkassen erfolgen soll, im Krankentransport jedoch über die Leistungserbringer. Ein solche Verfahrensweise bei der Abrechnung von Krankentransporten, führt zu unnötigem Verwaltungsaufwand und beinhaltet zusätzlich die Problematik, dass Leistungserbringer i.d.R über keine Kenntnis zu Befreiungstatbeständen von Eigenanteilen der Patientinnen und Patienten verfügen und es daher zu vielfachen Beschwerden, Nachfragen und Rechnungskorrekturen kommt. Daher wäre es sachgerecht, wenn auch beim Krankentransport der Einzug der Eigenanteile durch die Krankenkassen erfolgen würde, deren Versicherte die Patientinnen und Patienten sind und die über alle Informationen zu den Patientinnen und Patienten verfügen. Daher fordern wir Änderung des § 60a Absatz 8 in:

*Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten zu den Kosten für Krankentransporte und Krankenfahrten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag, den die Krankenkasse vom Versicherten einzieht. § 43c Absatz 1 gilt.*

- Zu § 123: Bei der Festlegung der Standorte der Integrierten Notfallzentren (INZ) müssen stets auch die mittelbaren Auswirkungen auf die Fahrtzeit von Rettungsmitteln der Notfallrettung und des Krankentransportes berücksichtigt werden. Alleine die Bemessung an PKW-Fahrtzeiten<sup>9</sup> greift hier zu kurz. Zudem muss im Sinne der Patientinnen und Patienten weiterhin die Möglichkeit gegeben sein zur Erstversorgung auch Krankenhäuser anzufahren, die über kein INZ verfügen bzw. nicht den Kriterien der Notfallversorgung gemäß § 136c Absatz 4 entsprechen.
- Zu § 133 Absatz 2 Satz 2, Begründung Seiten 19, 29 und 44: Hinsichtlich des erhofften Effektes, welcher die Schaffung von Benutzungsentgelten/Pauschalen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten am Notfallort zur Vermeidung unnötiger Transporte bzw. der Folgekosten im Krankenhaus haben soll, bleibt darauf hinzuweisen, dass für das rettungsdienstliche Personal, aufgrund der fehlenden rechtlichen Möglichkeit (Arbeits-)Diagnosen zu stellen, ohne Notarzt vor Ort auch künftig keine wirkliche Alternative zum Transport in das Krankenhaus bleiben wird. Diese Problematik kann man zwar mit der angedachten Unterstützung von Telenotärzten etwas entschärfen. Doch ist derzeit festzuhalten, dass Telenotarztsysteme in Deutschland keineswegs Standard sind und bei Umsetzung von Telenotarztsystemen für das rettungsdienstliche Personal eine klare Haftungsbefreiung hinsichtlich des Nicht-Transportes von Patientinnen und Patienten festgeschrieben werden muss (analog der Haftungsbefreiung für Leitstellenpersonal<sup>10</sup>). Um zeitnah, rechtlich abgesichert den gewünschten Effekt (keine unnötigen Transporte) zu erreichen, wäre die Zuweisung heilkundlicher Kompetenzen für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter der schnellere und nachhaltigere Weg.

---

<sup>9</sup> Begründung zum Referentenentwurf vom 08.01.2020, Seite 39

<sup>10</sup> Begründung zum Referentenentwurf vom 08.01.2020, Seite 45

- Zu § 133 Absatz 2 Satz 4: Hier heißt es, es „werden die Leistungen der Rettungsleitstellen“ bei der Vereinbarung der Pauschalen zur den „Rettungsfahrten“ nicht umfasst und weiter „hierzu sind gesonderte Vereinbarungen gemäß § 133b Absatz 5 zu treffen.“

Nach unserem Verständnis bedeutet dies, dass die Leitstellengebühr zwischen Leitstellenträger und GKV direkt zu verhandeln sind und in der Folge von diesen – nicht über die Leistungserbringer – direkt abzurechnen sind. Wenn dem so ist, begrüßen wir dies ausdrücklich.
- Zu § 133 Absatz 2 Satz 5 und Begründung Seiten 29 und 33: Unklar bleibt was mit der Formulierung in § 133 des Referentenentwurfes „Zudem bleiben die Kosten für die Finanzierung der Vorbereitung auf Großschadenslagen und des Brand- und Katastrophenschutzes unberücksichtigt.“ gemeint ist.

In der Begründung (Seite 29) wird festgehalten: „Hiervon ausgenommen sind nicht medizinische Leistungen des Rettungsdienstes im Rahmen der Gefahrenabwehr und des Katastrophenschutzes (z. B. Bergungen).“ Ergänzend heißt es aber auch (Begründung Seite 42): „Darüber hinaus können in die Berechnung der Pauschalen nicht die Kosten für die Vorbereitung auf Großschadenslagen und für den Brand- und Katastrophenschutz einfließen.“

Wir würden ausdrücklich begrüßen, wenn die Regelungen so zu verstehen wären, dass nur nicht-medizinische Leistungen nicht in die Pauschalen einfließen dürfen. Insbesondere mit Blick auf den direkten sachlichen und strukturellen Zusammenhang von Rettungsdienst und Bevölkerungsschutz sowie dem nahtlosen Übergang von der Regelversorgung zur Versorgung von Großschadensereignissen, ist der Ausschluss von Vorbereitungskosten für Großschadensereignisse (z.B. mit Blick auf die Technische Einsatzleitung, die Einsatzleitung Rettungsdienst und Schnell-Einsatz-Gruppen) nicht nachvollziehbar. Dies muss korrigiert werden.
- Zu § 133 Absatz 4: Hier erschließt sich in Verbindung mit § 133b Absatz 4 Satz 7 nicht, welche konkreten Maßnahmen finanziert werden sollen.
- Zu § 291a: Alle durch die Bildung von Gemeinsamen Notfallleitstellen bei den Leistungserbringern im Rettungsdienst möglicherweise entstehende Kosten müssen vollumfänglich finanziert werden! Eine Bemessung in Form von Zuschlägen nach § 291a Absatz 7 Satz 5 ist nur dann möglich, wenn durch diese auch wirklich alle entstehenden Kosten gedeckt werden. Die Rettungsdienste haben keine Möglichkeit der Nachfinanzierung von nicht gedeckten Kosten. Unklar ist in diesem Zusammenhang was der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (§ 291a Absatz 7c letzter Satz) hinsichtlich des Abrechnungsverfahrens zu regeln hat. Gemäß § 133 sind Vereinbarungen zu Benutzungsentgelten zu treffen. Hierin fließen auch solche Kosten in der individuellen für den jeweiligen Rettungsdienst entstandenen Höhe ein.
- Zu §133b Absatz 1 Satz und Begründung Seite 19: In § 133 Absatz 1 Satz 2 – „Besteht aus Sicht des Versicherten oder Dritten Lebensgefahr oder die Gefahr



schwerer gesundheitlicher Schäden ist die Rufnummer 112 zu wählen.“ – steht diametral entgegengesetzt zur Einschätzung im Rahmen der Begründung. Hier heißt es: „Die Frage, ob eine konkret als Notfall empfundene Situation tatsächlich einen Notfall darstellt oder nicht, ist für medizinische Laien, die selbst oder deren Angehörige betroffen sind, nur schwer zu beurteilen.“

Da davon auszugehen ist, dass Patienten, Angehörige oder Dritte stets einen hohen gesundheitlichen Gefährdungsgrad annehmen werden, wird sich insbesondere bei einer fehlenden systemischen Koppelung zwischen Rettungsleitstellen und Ärztlichem Bereitschaftsdienst gegenüber dem Status Quo nichts ändern; nach wie vor wird die 112 gerufen werden.

Da unserer Auffassung nach die Einschätzung im Rahmen der Begründung zutreffend ist, stellt sich die grundsätzliche Frage, ob nicht ein systematisiertes zusammensteuern der Rufnummern 112 und 116117 zur Steuerung im Rahmen eines „Call-Taker“- und „Dispatcher“-Systems zielführender wäre.

- Zu Problem und Ziel, Seite 1, Satz 3; Begründung Seite 20 Absatz 3 Satz 6; Seite 21 Absatz 2 Satz 7; Seite 44 Absatz 1 Satz 2; Seite 45 Absatz 2 Satz 2 und 3: Hier handelt es sich um einen inhaltlichen Widerspruch zwischen der Formulierung auf Seite 44 Absatz 1 Satz 2 – „GNL erbringen keine allgemeinen Serviceleistungen, wie z. B. die Vergabe von Arztterminen.“ – und den anderen Fundstellen wie z.B. Seite 45 Absatz 2 Satz 2 und 3. Hier heißt es: „Die im Rahmen des GNL kooperierenden Rufnummern haben weitere Aufgaben. ... unter der Rufnummer 116 117 sind die Terminserviceleistungen nach § 75 Absatz 1a sicherzustellen.“
- Begründung Seite 20 erster Absatz letzter Satz: Hier wird richtigerweise darauf verwiesen, dass nur bei „Gefahren für Leib und Leben ... oder heftige[n] Schmerzen“ „auch die Notfallambulanz des Krankenhauses berechtigt [sind], eine ambulante Behandlung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung“ vorzunehmen. Dies ist allerdings an keiner Stelle des Gesetzestextes so verankert.
- Zu Begründung Seite 42, Nummer 14: Hier wird festgehalten: „... nehmen die Krankenkassen künftig zwingend eine aktive Rolle bei der Festsetzung der Vergütung für den Einsatz des Rettungsdienstes und bei seiner Planung ein.“ Beim Begriff „Festsetzung“ handelt es sich um einen Terminus, der sich ausschließlich auf die Festsetzung von Gebühren im Rahmen einer Gebührenordnung bezieht. Korrekt wäre aus unserer Sicht von einer aktiven Rolle im Rahmen der Verhandlung von Benutzungsentgelten und der Festsetzung von Gebühren zu sprechen.
- Zu Begründung Seite 42 Absatz 5 Satz 3: Die Formulierung – „Jedes Kostenelement muss für eine Leistung ansatzfähig sein, die die gesetzliche Krankenversicherung ihren Versicherten schuldet.“ – ist zu wenig konkret. Hier ist es erforderlich genauer zu erläutern, was gemeint ist.

- Begriffshygiene: Der Referentenentwurf führt eine Vielzahl an Begrifflichkeiten für dieselbe Leistung nahtlos fort. Hier empfiehlt es sich mit Blick auf ein gemeinsames Verständnis von Leistungen dringend zu klaren Begrifflichkeiten zu kommen.

Im vorliegenden Entwurf und der Begründung wird für die Leistungen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes, die nun in die neu zu bildenden INZ einfließen sollen, von

- Notdienstliche Versorgung (§ 60a Absatz 2 Nummer 5; § 73b Absatz 4 Satz 7; § 7 Absatz 1b; § 133b Absatz 2; § 140a Absatz 1 Satz 5; Begründung Seite 21; Begründung Seite 22; Begründung Seite 23; Begründung Seite 32; Begründung Seite 37)
- Vertragsärztliche Versorgung (§ 75 Absatz 1b; Begründung Seite 38)
- Aufsuchender Bereitschaftsdienst (§ 75 Absatz 1b; § 133b Absatz 4; Begründung Seite 33; Begründung Seite 34)
- Aufsuchende notdienstliche Versorgung (§ 87b Absatz 1 Satz 3; Begründung Seite 34)
- Notdienstliche Versorgung (Begründung Seite 41)
- Ambulante ärztliche Notfallversorgung (Begründung Seite 18)
- Vertragsärztlicher Notdienst (Begründung Seite 19; Begründung Seite 22)
- Ambulante medizinische Notfallversorgung (Begründung Seite 25; Begründung Seite 41)
- Vertragsärztliche Notdienststrukturen (Begründung Seite 26)
- Notdienst (Begründung Seite 33; Begründung Seite 37)
- Telemedizinischer Bereitschaftsdienst (Begründung Seite 33; Begründung Seite 34)
- Bereitschaftsdienst (Begründung Seite 34)

gesprachen.

Wir regen an; grundsätzlich nur noch folgende Begrifflichkeiten zur verwenden: Ärztlicher Bereitschaftsdienst, bereitchaftsärztlicher Leistung, bereitchaftsdienstlicher Strukturen, bereitchaftsärztlichem Notdienst, telemedizinischem Bereitschaftsdienst.

**ASB Landesverband Hessen e.V.**

**DRK Landesverband Hessen e.V.**

**JUH-Landesverband e.V.**  
Hessen / Rheinland-Pfalz / Saar

**Malteser Hilfsdienst gGmbH**  
Hessen / Rheinland-Pfalz / Saar