



Kommunale Spitzenverbände Sachsen-Anhalt



Kommunale Spitzenverbände Sachsen-Anhalt

Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration
des Landes Sachsen-Anhalt
Frau Abteilungsleiterin
Karin Müller
Turmschanzenstraße 25
39114 Magdeburg

Städte- und Gemeindebund
Sternstraße 3
✉ Postfach 4009
39015 Magdeburg
☎ 0391/ 5924-300
Fax: 0391/ 5924-444
post@sgsa.info

Landkreistag
Albrechtstraße 7
✉ Postfach 3663
39011 Magdeburg
☎ 0391/ 56531-0
Fax: 0391/ 56531-90
verband@landkreistag-st.de

Gemeinsame Website
<http://www.kommunales-st.de>

Magdeburg, 28. Januar 2020

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Ihre E-Mail vom 14. Januar 2020

Sehr geehrte Frau Müller,

wir danken Ihnen für die Gelegenheit, zu dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung Stellung nehmen zu können.

Der Gesetzentwurf ist aus kommunaler Sicht abzulehnen, da

- der Bund nicht die Gesetzgebungskompetenz für die Errichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ) und zur Ausgestaltung des Rettungsdienstes besitzt,
- die weitere Ausgestaltung der einzelnen Regelungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) anstelle des Gesetzgebers verfassungswidrig ist und
- in die Organisations- und Finanzhoheit der Kommunen eingreift.



Im Einzelnen:

1. Gesetzgebungskompetenz des Bundes

Der Bund hat keine Gesetzgebungskompetenz zur Einrichtung der INZ und zur inhaltlichen Ausgestaltung des Rettungsdienstes. Diese obliegt gem. Artikel 30 und 70 GG den Ländern.

Die Ausführungen (S. 23 f.) zur Begründung einer Gesetzgebungskompetenz des Bundes zur Errichtung von INZ sind nicht überzeugend. Das Bundessozialgericht (BSG) hat mehrfach bekräftigt, dass die grundgesetzliche Kompetenzordnung bundesgesetzlichen Regelungen zur Landeskrankenhausplanung entgegensteht. Das nicht von der konkurrierenden Gesetzgebungszuständigkeit nach Art 74 Abs. 1 Nr. 19a GG erfasste Krankenhausplanungsrecht falle vielmehr in die Gesetzgebungszuständigkeit der Länder (Art. 70 Abs. 1 GG), die - wie auch Sachsen-Anhalt - jeweils Landesgesetze zur Landeskrankenhausplanung erlassen hätten (vgl. BSG, Urteil vom 19. Juni 2018 - B 1 KR 32/17 R; Urteil vom 9. April 2019 - B 1 KR 2/18 R).

Soweit sich das BMG auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG als Grundlage für die Regelungskompetenz für den Rettungsdienst bezieht, sind dem Bund nur Regelungen zur Kostentragungspflicht bezogen auf die gesetzlichen Krankenkassen zugewiesen. Die inhaltliche Ausgestaltung des Rettungsdienstes ist Bestandteil der Gefahrenabwehr und fällt somit in die Gesetzgebungszuständigkeit der Länder. Regelungen durch den Bund sind ein Eingriff in die Organisationshoheit der Länder und damit unzulässig.

2. Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

An zahlreichen Stellen des Gesetzentwurfes wird die nähere Ausgestaltung dem G-BA durch den Erlass von Richtlinien übertragen. Dieses Verfahren ist kritisch zu hinterfragen, weil

- dadurch nicht abschließend bewertet werden kann, welche Auswirkungen der Gesetzentwurf tatsächlich hat,
- Richtlinien des G-BA ohne demokratische Legitimation Gesetzeskraft entfalten und
- der Gesetzgeber nicht an der Weiterentwicklung beteiligt ist.

Das Bundesverfassungsgericht entscheidet die Frage der demokratischen Legitimation des G-BA in seinem Beschluss vom 10. November 2015 (1 BvR 2056/12) zwar nicht, stellt sie aber unmissverständlich in Frage. Es führt aus, dass die Legitimation des G-BA zumindest dann fehlen kann, wenn er *„zum Beispiel mit hoher Intensität Angelegenheiten Dritter regelt, die an deren Entstehung nicht mitwirken konnten“* (Rn. 22).

Eingriffe mit erheblicher Intensität liegen insbesondere vor in

- § 60 Abs. 3 Satz 1 SGB V - Organisationshoheit der Länder im Bereich Gefahrenabwehr,
- § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 16, Abs. 7g SGB V - Organisationshoheit der Länder zum Rettungsdienst und zur Krankenhausplanung,
- § 123 Abs. 2 Satz 2, Abs. 3 SGB V - Planungshoheit der Länder für Krankenhäuser,
- § 133b Abs. 4 Satz 5 SGB V - Eingriff in die Organisationshoheit der Länder, KVen und Kommunen sowie
- § 133b Abs. 4 Satz 7 SGB V - Organisationshoheit der Länder und Kommunen.

3. Einzelne Maßnahmen

a) Eingliederung des Rettungsdienstes in das SGB V

- Wie bereits ausgeführt, besitzt der Bund keine Gesetzgebungskompetenz zur Ausgestaltung des Rettungsdienstes (s. o.).
- Wesentliche Vorgaben sollen nach dem Gesetzentwurf durch den G-BA erfolgen. Die Kommunen als diejenigen, die die Aufgabe im eigenen Wirkungskreis durchführen, werden dort in keiner Form einbezogen. Die Länder erhalten gem. § 92 Abs. 7g SGB V nur ein Antrags- und Mitberatungsrecht, allerdings kein Stimmrecht.

Diese Entscheidungsverteilung ist nicht nur mit Blick auf die grundsätzliche Frage der demokratischen Legitimation des G-BA (s. o.) von Bedeutung. Der G-BA gibt mit seinen Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 16 SGB V die Standards und somit auch die Kosten für die medizinische Notfallrettung vor. Diese Richtlinien werden einerseits in die Organisationshoheit der Kommunen eingreifen. Ebenso stark sind die Länder insbesondere deshalb betroffen, da die bisherige alleinige Finanzierung des Rettungsdienstes durch die Krankenkassen (aufgrund der Rettungsdienstgesetze der Länder) nunmehr auf eine duale Finanzierung durch Krankenkassen (Betriebskosten) und Land (Investitions- und Vorhaltekosten) umgestellt werden soll.

Sofern es bei der Regelung tatsächlich verbleibt, ist den Kommunen und Ländern ein Antrags-, Beratungs- und Stimmrecht im G-BA einzuräumen.

- Mit der Aufnahme des Rettungsdienstes in das SGB V wäre die landesrechtlich geregelte Bereichsausnahme hinfällig, da die Vergabe dann gem. § 133 Abs. 3 Satz 2 SGB V nur noch anhand der Kriterien Wirtschaftlichkeit und Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung erfolgen darf.

Mit der Vergabe von Rettungsdienstleistungen im Wettbewerb würde insbesondere die bewährte Zusammenarbeit bei Großschadenslagen sowie im Brand- und Katastrophenschutz mit den anerkannten Hilfsorganisationen gefährdet.

Die Vorbereitung auf Großschadenslagen kann nicht von der medizinischen Notfallrettung entkoppelt werden. Bisher handelt sich es dabei um eine Aufgabe des Rettungsdienstes. Demgemäß sind auch die Kosten dem Rettungsdienst zuzuordnen. Mit dem Gesetzentwurf würde in dieses Finanzierungssystem eingegriffen, ohne das ein adäquater Kostenausgleich für die Gefahrenabwehrbehörden geschaffen wird.

- Die im Entwurf vorgesehene Vorgabe zur Erstellung von Landesrettungsdienstplänen unter Beteiligung der Kostenträger schränkt die Planungshoheit der Träger des Rettungsdienstes ein und stellt somit einen Eingriff in die kommunale Satzungshoheit dar.

b) Bildung von Gemeinsamen Notfalleitsystemen (GNL)

- Die Regelung in § 133b SGB V ist nicht eindeutig. Während die Abs. 1 und 2 vom sowie Abs. 3 Satz 1 vom Vorhandensein eines GNL ausgehen, spricht Abs. 3 Satz 2 erst die Verpflichtung für die jeweilige KV aus ein GNL zu bilden, wenn der zuständige Träger des Rettungsdienstes den Willen dazu äußert.
- Inwieweit eine aus Trägersicht freiwillige Zusammenarbeit i. S. d. § 133b Abs. 3 Satz 1 SGB V tatsächlich noch der Ausgestaltung durch die Vertragsparteien zugänglich ist, ist angesichts der weiteren Regelungen fraglich:
 - Abs. 4 Satz 5 ermächtigt den G-BA das Nähere zur Kooperationsverpflichtung und zur digitalen Vernetzung zu regeln,
 - Vereinbarungen über die Kosten des GNL werden nach den Vorgaben von Abs. 5 zwischen den Krankenkassen und den Trägern der Rettungsdienstleitstellen geschlossen.
- § 133b Abs. 2 Satz 1 i. V. m. Abs. 3 Satz 5 SGB V schafft einen neuen Standard und stellt somit einen Eingriff in die kommunale Organisationshoheit dar. Ein qualifiziertes, standardisiertes und softwaregestütztes Ersteinschätzungsverfahren ist nach Landesrecht bisher nicht zwingend erforderlich.
- Die in der Gesetzesbegründung (Seite 44, 5. Absatz) aufgestellte These, dass unter der Rufnummer 112 telenotärztliche Leistungen erbracht werden, entspricht nicht dem status quo. Sofern damit ein neuer Standard geschaffen werden soll, bestünde ein erheblicher Mehrbedarf an ärztlichem Personal (ca. 5 Notärzte/Leitstelle). Dieses müsste einerseits akquiriert, andererseits aber auch bezahlt werden.

c) Finanzierung des Rettungsdienstes

- Die bisherige alleinige Finanzierung des Rettungsdienstes durch die Krankenkassen (aufgrund der Rettungsdienstgesetze der Länder) soll nunmehr auf eine duale Finanzierung durch Krankenkassen (Betriebskosten) und Land (Investitions- und Vorhaltekosten) umgestellt werden. Dies birgt nicht unerhebliche Finanzierungsrisiken für Länder und Kommunen.

Wesentliche Vorgaben für den Rettungsdienst sollen vom G-BA erfolgen. Hier sind weder die Länder noch die Kommunen stimmberechtigt. Die Kommunen sind im G-BA nicht einmal vertreten.

- Bereits für die Erstförderung zur Errichtung der GNL sieht der Gesetzentwurf eine max. Förderquote von 25 Mio. Euro durch die Kostenträger vor. Die Länder müssen dazu eine Kofinanzierung von mindestens 50 % erbringen. Es wird stark angezweifelt, dass dadurch die Kosten zur „digitalen Er-tüchtigung“ für die einzelnen Leitstellen finanziert werden können. Der Landesanteil müsste folglich entsprechend erhöht werden.

d) Bildung von Integrierten Notfallzentren (INZ)

- Einrichtung und gemeinsamer Betrieb von INZ durch KVen und Krankenhäuser unter fachlicher Leitung der jeweiligen KV

Mit der vorgeschlagenen Regelung wird in die Organisationshoheit und rechtliche sowie wirtschaftliche Eigenständigkeit der Krankenhausträger eingegriffen. Dieser Eingriff ist an Art. 12 und 14 GG zu messen. Es bestehen Zweifel, ob der Eingriff mit Interessen des Gemeinwohls gerechtfertigt werden kann. Denn das zugrunde liegende Problem der unzureichenden Inanspruchnahme des KV-Bereitschaftsdienstes hat seine Ursache im KV-System, nicht bei den Krankenhäusern.

- Bestehende Portalpraxen sollen in INZ überführt werden; Vergütungsabschlüsse i. H. v. 50 % für Notfallversorgung in Krankenhäusern ohne INZ

Hieraus erfolgt ein Eingriff in die Organisationshoheit und rechtliche sowie wirtschaftliche Eigenständigkeit der Krankenhäuser. Eine hinreichende Rechtfertigung hierfür ist zweifelhaft.

Krankenhäuser werden auch in Zukunft Ambulanzen vorhalten (müssen). Absehbar werden Patienten auch bei diesen Ambulanzen um Hilfe nachfragen. Die Krankenhäuser können diese Patienten nicht einfach wegschicken und an ein möglicherweise viele Kilometer entferntes INZ verweisen. Die Vorstellung, dass ein blutender oder erkennbar leidender Patient von einem Krankenhaus nicht erstversorgt wird, würde in der Öffentlichkeit keinerlei Akzeptanz finden. Es ist deshalb unverständlich, dass nach dem Gesetzentwurf der Bundesregierung Krankenhäuser, die in solchen Fällen Nothilfe leisten, mit der Halbierung der Vergütung bestraft werden sollen.

- Vergütung von INZ-Leistungen erfolgen außerhalb der vertragsärztlichen Gesamtvergütung über eine Grund- und eine nach Schweregrad differenzierte Pauschale, Abrechnung erfolgt über KVen

Hieraus erfolgt ein Eingriff in die Organisationshoheit und rechtliche sowie wirtschaftliche Eigenständigkeit der Krankenhäuser. Eine hinreichende Rechtfertigung hierfür ist zweifelhaft.

- Erweiterter Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, ergänzt um Vertreter der Krankenhäuser, legt Anzahl und Standorte der INZ nach vom G-BA festzulegenden Kriterien der Erreichbarkeit, Betroffenheit und Versorgungsdichte fest

Eine Gesetzgebungskompetenz des Bundes ist nicht gegeben (s. o.).

Der Gesetzentwurf sieht zudem vor, die Letztentscheidung über die Zuordnung von Integrierten Notfallzentren (INZ) auf Krankenhäuser den Landesausschüssen nach § 90 SGB V zu übertragen. In diesen Ausschüssen haben Krankenkassen und niedergelassene Ärzte die Mehrheit. Durch die vorgesehene Mehrheitsentscheidung bei der Zuordnung würden Kassen und KVen maßgeblich über die Zukunft der Krankenhausstrukturen in Deutschland entscheiden können. Das steht im absoluten Widerspruch zur verfassungsrechtlichen Zuordnung der Zuständigkeit für die Krankenhausplanung auf die Länder.

In einer ganzen Reihe von öffentlichen Stellungnahmen haben die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen bereits angekündigt, die Anzahl der ambulanten Notfallstandorte in den Kliniken auf etwa die Hälfte der aktuellen Standorte reduzieren zu wollen.

Zudem sind nach Landeskrankenhausrecht die Landkreise und kreisfreien Städte Träger der Sicherstellung für die Krankenhausversorgung. Ein Stimmrecht ist im Erweiterten Landesausschuss für die Landkreise und kreisfreien Städte nicht vorgesehen. Die vorgeschlagene Regelung widerspricht insoweit Landesrecht! Sollte es bei der beabsichtigten Bundesregelung bleiben, ist den kommunalen Trägern des Sicherstellungsauftrages eine angemessene Mitwirkung im Erweiterten Landesausschuss einzuräumen.

Hinsichtlich der Regelungskompetenz des G-BA ist auf Zweifel an dessen demokratischer Legitimation hinzuweisen (s. o.).

Dabei werden insbesondere auch die negativen Auswirkungen für die Bevölkerung zu berücksichtigen sein:

- Im ländlichen Raum werden deutlich längere Wege zum nächsten integrierten Notfallzentrum (INZ) entstehen und dadurch die Möglichkeiten

der Inanspruchnahme der Notfallambulanzen der Krankenhäuser eingeschränkt.

- Der Zugang zum medizinischen Angebot der Krankenhäuser wird stark reguliert. Es wird für GKV-Versicherte zukünftig nicht mehr möglich sein, über die Notfallambulanz eines Krankenhauses einen schnellen Zugang zu den fachärztlichen Kompetenzen und zum diagnostischen Angebot der Krankenhäuser (MRT, CT, Röntgen, Labor etc.) zu erlangen. Stattdessen ist der gesetzlich krankenversicherte Bürger vom „Torwächter“ INZ abhängig.
- Voraussetzung für Krankenhaus-INZ: mindestens Basisnotfallstufe, höhere Notfallstufen sollen bevorzugt werden

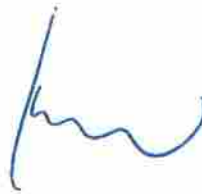
Der Bund hat keine Gesetzgebungskompetenz (s. o.) für die Landeskrankenhausplanung.

Für Rückfragen und Erläuterungen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Jürgen Leindecker
Landesgeschäftsführer
Städte- und Gemeindebund
Sachsen-Anhalt



Michael Struckmeier
Stellv. Geschäftsführer
Landkreistag Sachsen-Anhalt