

Der Rettungsdienst als eigener Leistungsbereich im SGB V – verfassungsrechtliche Fragen

Deutsche Gesellschaft für Kassenartrecht

Berlin 24. November 2023

Rechtliche Ausgangslage im SGB V

- Leistungsanspruch der Versicherten (etwas indirekt) in § 60 SGB V normiert; auch für „Rettungsfahrten“
- Sachleistungsanspruch trotz tendenziell abweichender Formulierung („übernimmt die Kosten...“)
- Korrespondierende leistungserbringerrechtliche Regelung in § 133 SGB V

Auftrag im Koalitionsvertrag

- Aufnahme des Rettungsdienstes als „integrierten Leistungsbereich“ in das SGB V
- Keine rechtlich greifbare Definition von „integriertem Leistungsbereich“ im Gesetz
- Gemeint wohl notwendige Verzahnung von ambulanter Notfallbehandlung, traditioneller Ausrichtung des Rettungsdienstes auf das Krankenhaus und Vereinheitlichung der IT-Anbindung, kein Bezug zur „integrierten Versorgung“ in § 140b SGB V a.F.

Fakten zum Problem

- Ausgaben der Krankenkassen für alle Transportleistungen im Jahr 2022 ca. 8,4 Mrd. Euro
- Etwa so viel wie für Krankengeld, nur 4 Mrd. weniger als für die gesamte zahnärztliche Versorgung
- Stärkster Kostenanstieg in der Zeit zwischen 2008 und 2022 in Relation zu allen anderen Ausgabeblöcken
- Keine Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen hinsichtlich der Ausgaben, weder zu den „Fallzahlen“ noch zur Höhe der Entgelte im Leistungsfall

Fakten zum Problem – Fallzahlen

- Generell kein drastischer Anstieg der Inanspruchnahme der besonders teuren Leistungen (Rettungswagen: ca. 1.000 € je Einsatz) und Notarzteinsatz: ca. 450 € je Einsatz), aber Fehlsteuerung
- Großer Prozentsatz der Einsätze entfällt auf einen sehr kleinen Personenkreis (Suchtkranke, Personen ohne festen Wohnsitz): bis zu 100 RTW-Einsätze im Jahr für eine einzelne Person im großstädtischen Bereich nicht exotisch)
- Indirekte Verbindung mit der Lage in den Notfallambulanzen: je länger dort die Wartezeiten sind, desto eher rufen Versicherte die 112, allein um die Chancen auf eine zeitnahe Versorgung zu verbessern

Fakten zum Problem – Höhe der Vergütung

- Minimale Kostentransparenz für die Krankenkassen
- Rettungsdienst in der Kompetenz der Länder
- Zuständigkeit aus (auch) historischen Gründen bei den Innenministern (Katastrophenschutz)
- Unterschiedliche Kostenmodelle in den Ländern auf der Grundlage des § 133 SGB V:
- Vertragsmodell ohne Schiedsverfahren im Rahmen des SGB V
- Festsetzung der Kosten durch Land oder Kommunen (NRW) mit bescheidenen Anhörungsrechten für die Kostenträger

Normatives zum Problem – Rechtsprechung des BSG

- Klare Betonung der Zuständigkeit der Länder für den Rettungsdienst
- Keine Berechtigung der Krankenkassen zu irgendeiner Form der Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Anspruch aller am Rettungsdienst interessierten Anbieter auf Abschluss eines Vertrages
- Festbetragsoption nach § 133 Abs. 2 nur theoretisch wirksam, weil nur zulässig, wenn die Vergütungshöhe nach den kommunalen Satzungen „unwirtschaftlich“ ist, was die KK darlegen muss
- Schwierige Marketing-Lage der KK bei Rettungsdienstleistungen zum Festbetrag und Forderung nach Zahlung der Differenzbetrages in der Akutsituation

Regelungsauftrag im Koalitionsvertrag

- Unverzichtbarkeit einer eingehenden Regelung der Versorgung mit Rettungsdienstleistungen zur Erreichung zentraler Ziele:
- Sicherung bundeseinheitlicher Standards und verbindlicher Qualitätsindikatoren unabhängig von der Ausgestaltung des RD in den Bundesländern
- Kostenbegrenzung
- Steuerung der Einsätze über digitale Erfassung aller Kontakte mit den Leitstellen (Beispiel Österreich)
- Schaffung von Vorhaltung von mobilen Einsatzteams unterhalb des Niveaus des RTW in großstädtischen Problembereichen

Bericht und Empfehlung der Regierungskommission

- 9. Empfehlung v. 7.9.2023
- Reform der Notfall- und Akutversorgung : Rettungsdienst und Finanzierung
- Rettungsdienst soll als „eigenes Leistungssegment“ in das SGB V überführt werden
- Verfassungsrechtliche Tiefenbohrung: „Die bundesgesetzliche Regelungskompetenz folgt aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG , die alleinige Zuständigkeit der Länder für die Ausgestaltung ihres Rettungsdienstes bleibt davon unberührt“.
- Alles Klar? Gutes Evidenzgefühl; kein Satz zur Begründung.

Kompetenztitel des Bundes für den Rettungsdienst

- Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 „Sozialversicherung“
- In engen Grenzen und ergänzend: Ungeschriebene Bundeskompetenz kraft Sachzusammenhangs für Randbereiche (z. B. Gematikbindung)
- Keine Vollkompetenz für „den“ Rettungsdienst (zuletzt **BSG v. 17.2.2022 – B 3 KR 13/20 R**): Sicherstellung des Rettungsdienstes Sache der Länder

Abgrenzung zum Krankenhausrecht

- Bundeskompetenz für die „wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser...“ nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG
- Keine Parallele für den Rettungsdienst; die Regelungsinstrumente des Krankenhausrechts im SGB V können deshalb nicht ohne genaue Prüfung auf den Rettungsdienst übertragen werden.

Gedankenexperiment zum Krankenhausrecht

- Was könnte der Bund im Krankenhausbereich im Hinblick auf Qualitätssicherung und Vergütung auf der Basis des Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG regeln, wenn es Nr. 19a nicht gäbe?
- Schon heute werden zahlreiche Regelungen in den §§ 136 ff SGB V, die die Krankenhäuser betreffen, in der Staatspraxis (manchmal: auch) auf Nr. 12 gestützt, weil sie sich auch im weitesten Sinne der „wirtschaftlichen Sicherung“ der Krankenhäuser und den „Pflegesätzen“ zuordnen lassen.
- Kompetenz zur Regelung der Vergütung von RDG-Leistungen nur aus Nr. 12; zwingender Zusammenhang zur Sachleistung.

„Rettung“ durch den Kompetenztitel Nr. 19?

- Bundeskompetenz für die Zulassung zu den „ärztlichen und anderen Heilberufen“
- Volle Ausnutzung dieses Titels durch das Notfallsanitätergesetz
- Neuregelung der beruflichen Kompetenzen der ausgebildeten Notfallsanitäter in § 2a NotSanG ab März 2021: Berechtigung auch zu invasiven Eingriffen (in der Wissenschaft unter kompetenziellen Gesichtspunkten umstritten)
- Ansatzpunkte für eine weitergehende bundesgesetzliche Regelung im SGB V nur im Rahmen personenbezogener Qualitätssicherung; Nr. 19 ansonsten keine Basis für weitere bundesgesetzliche Normierungen

Bundeskompetenz für den Einsatz von Notfallsanitätern

- § 2a als Rechtsgrundlage für den Tätigkeitsumfang der Notfallsanitäter
- Deshalb keine Kollision mit Landesrecht, wenn der Bund für den Sachbereich der Versorgung der Versicherten mit Leistungen des Rettungsdienstes Vorgaben macht, welche Leistungen Sanitäter erbringen müssen (dürfen), damit der Einsatz als RTW-Einsatz zu Lasten der KKn erbracht werden kann.
- Wenn Landesgesetze oder kommunale Vorgaben die bundesrechtlichen Möglichkeiten des § 2a nicht ausschöpfen, ist dann hinzunehmen, kann aber zur Beschränkung der Vergütungspflicht der KKn führen (Qualitätsvorgabe).

Zustimmungspflicht im Bundesrat

- Risiken eines Bundesgesetzes auf der Grundlage einer eher ausgreifenden Inanspruchnahme einer Bundeskompetenz
- Direkte Blockade der Länder (dann ist das Projekt eher gescheitert)
- Kaum Risiken einer Zustimmungspflicht im Bundesrat; keine bundesgesetzliche Notwendigkeit zu zwingenden Verfahrensregelungen im Landesbereich nach Art. 84 Abs. 1 GG
- Keine Regelungen von Geldleistungsansprüchen Dritter an die Länder im Sinne des Art. 104a Abs. 4 GG
- Notfalls Verwaltungskompetenzen des Bundes beim BAS bündeln; Art. 87 Abs. 3 Satz 1 GG löst keine Zustimmungspflicht aus.

Konturen des Kompetenztitels nach Nr. 12

- Unbestritten weite Fassung des Kompetenztitels, entwicklungsöffener Gattungsbegriff
- Aktuelle Tendenzen in der Staatsrechtslehre eher auf Begrenzung zielend; Reaktion auf das Urteil des **BSG** zur (unzulässigen) Finanzierung von Aufgaben der BZgA durch den GKV-Spitzenverband v. **18.5. 2021- B 1 A 2/20 R**
- Nutzung dieses Argumentationsstrangs für den Rettungsdienst?

Innovative Interpretation des Art. 74 Abs. 1 Nr. 12

- Streit um die Ausrichtung und Finanzierung der Patientenberatung nach § 65b idF des Gesetzes v. 15.5.2023
- Gesetzgebungskompetenz des Bundes allein aus Nr. 12 (und für die Beteiligung der PKV: Nr. 11-Recht der Wirtschaft)
- Interessanter Begründungsansatz der Bundesregierung: Eine Finanzierung der Patientenberatung auf Bundesebene ist nur über Nr. 12 möglich, weil der Bund keine Kompetenz für eine steuerfinanzierte Patientenberatung hat (**BT Drucks. 20/8043 S. 38**).
- Es geht also nicht darum, ob eine Aufgabe gesamtstaatlicher oder sozialversicherungsrechtlicher Natur ist, sondern ob der Bund sie organisieren will oder nicht: soll/will er es, dann ist eben Nr. 12 einschlägig.
- Übertragbarkeit auf den Rettungsdienst einfach: weil bestimmte Regelungen auf Bundesebene getroffen werden sollen, geht das nur über Nr. 12. Ob das mit der Kompetenzverteilung im GG ansonsten kompatibel ist, spielt keine Rolle.

Leistungserbringerrecht und Art. 74 Abs. Nr. 12 GG

- Unbestrittener Zusammenhang zwischen Sachleistung der Krankenkasse und kompetenzrechtlicher Befugnis des Bundes auf der Basis des Art. 74 Abs. 1 Nr. 12
- Regulatorischer Ansatz deshalb beim Anspruch des Versicherten auf qualitativ hochwertige Leistungen des Rettungsdienstes und der Verpflichtung der KK, diesen Anspruch – nicht den Dienst selbst - sicherzustellen

Leistungserbringerrecht und Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG

- Kompetenz des Bundes für Regelungen, die Funktionsbedingungen für die Gewährung sozialversicherungsrechtlicher Leistungen sind
- Wichtiges Anwendungsfeld neben dem traditionellen Vertragsarztrecht: Qualitätssicherung in allen Leistungsbereichen
- Wichtige Konsequenz: Keine Kompetenz der Länder zur Verbesserung der Pflegesituation, weil dort der Bund über Nr. 12 (allein) zuständig ist (Entscheidungen von Landesverfassungsgerichten)

Qualität und Wirtschaftlichkeit als Grund für die Aktivierung der Bundeskompetenz

- Anwendungsfälle zulässiger bundesgesetzlicher Regelungen im originären Kompetenzbereich der Länder
- Trennung der Versorgungsbereiche in § 73 SGB V quer zum ärztlichen Berufsrecht (**BSG v. 18.6.1997 – 6 RKa 58/96** – gegen der wohl h.M. in der Staatsrechtslehre zu Nr. 12)
- Bestätigender Beschluss des **BVerfG v. 17.6.1999 – 1 BvR 3042/14** : *Berechtigung des Bundes, wegen der Bedeutung der Sozialversicherung jederzeit eigenständige Regelungen aufgrund ihres Auftrags zu erlassen*

Qualität und Wirtschaftlichkeit als Grund für die Aktivierung der Bundeskompetenz

- Ausschluss der Berechnungsfähigkeit kernspintomographischer Leistungen für Orthopäden
- **1 BvR 1127/01 v. 16.7.2004 RdNr. 26** – *Trotz Abweichung von berufsrechtlichen Möglichkeiten ist der Ausschluss im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit und den sparsamen Einsatz von Ressourcen der GKV gerechtfertigt*

Qualität und Wirtschaftlichkeit als Grund für die Aktivierung der Bundeskompetenz

- Ausschluss der Berechnungsfähigkeit von fachgebundenen MRT-Leistungen in der GKV, nachdem der Deutsche Ärztetag das explizit und flächendeckend eingeführt hatte
- **1 BvR 3042/14 v. 2.5.2018** – Sicherung der Wirtschaftlichkeit der GKV beansprucht Vorrang vor Berufsrecht (hier zu Art. 12 Abs. 1 GG; die Frage der Kompetenz des Bundes dazu ist logisch vorrangig und offensichtlich bejaht worden).

Regelungsansätze für den Rettungsdienst

- Nachweis eines Feheinsatzes von Beitragsmitteln für Rettungsfahrten wegen fehlender Koordinierbarkeit über Kreis- und Landesgrenzen hinweg
- Fehlende rechtliche und tatsächliche Möglichkeiten der Länder, Einsatzfelder und Standards im Rettungsdienst über die Landesgrenzen hinweg zu normieren
- Unzumutbarkeit des Wartens auf eine koordinierende Gesetzgebung in 16 Bundesländern (Argumentation auch aus der Rechtsprechung des **BSG** zu § 135 Abs. 2 SGB V hinsichtlich einheitliche Standards im ärztlichen Berufsrecht – **B 6 KA 19/19 R v. 15. 7. 2020**)

Regelungsansätze für den Rettungsdienst

- Zur Verdeutlichung, dass es nicht um Sicherstellung sondern um Qualitätsverbesserung und Vereinheitlichung von Standards geht, könnten die §§ 136 ff Standort der Regelung zum Rettungswesen sein
- Umfassende Regelungsermächtigungen an den G-BA mit der Folge der Beteiligung der DKG; Nutzung der unitarisierenden Elemente der Normsetzung des G-BA

Regelungsansätze für den Rettungsdienst

- Soweit Vorgaben zur Bindung der Zahlungspflicht der KKn an die Wahrung von Qualitätsstandards vorgesehen werden (müssen), lassen diese sich in das Vergütungssystem des § 133 SGB V integrieren.
- Konfliktlösungen nur regional über Schiedspersonen nach dem Vorbild etwa der häuslichen Krankenpflege (§ 132a Abs. 4 Satz 9 SGB V), keine Bundesschiedsstelle nach dem Muster des § 132a Abs. 7 SGB V wegen der verfassungsrechtlichen Problem der Einbindung von Ländern und Kommunen in ein bundesrechtlich determiniertes Schiedsstellensystem.