

Stellungnahme

des Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e.V.

zum

**Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung vom 08. Januar 2020**

Zusammenfassung:

Der Arbeiter-Samariter-Bund begrüßt grundsätzlich die Reformvorschläge des Bundesministeriums für Gesundheit zur Neustrukturierung der Notfallversorgung, weist aber darauf hin, dass die aktuelle Überlastung des Rettungsdienstes und die daraus für diesen Bereich folgenden Kostensteigerungen nicht originäre Folge einer Fehlorganisation im Rettungsdienst selbst sind. Sie sind vielmehr Ausfluss ungelöster Herausforderungen bei der Versorgung bzw. Steuerung von Patienten im hausärztlichen und klinischen Bereich.

- Die Einrichtung von Gemeinsamen Notfalleitsystemen mit einem digitalen und standardisierten Ersteinschätzungsverfahren als Lotsensystem für Patienten und einer damit einhergehenden Entlastung des Rettungsdienstes und der Notaufnahmen ist sinnvoll. Die Einrichtung der GNL sollte verpflichtend sein. Die vorgesehene Finanzierungshilfe ist völlig unzureichend.
- Die Aufnahme des Rettungsdienstes als eigenen Leistungsbereich des SGB V bewertet der ASB positiv.
- Bei den geplanten Integrierten Notfallzentren besteht die Gefahr einer unzureichenden Versorgung von strukturschwachen und ländlichen Regionen.
- Die Zuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wird kritisch betrachtet, da hier bisher keine rettungsdienstliche Kompetenz verankert ist und in landesrechtliche Aufgaben eingegriffen wird.
- Der Reformvorschlag beinhaltet keine Regelungen zur Aufwuchsfähigkeit bei Großschadenslagen unter Berücksichtigung der engen Verzahnung des Rettungsdienstes und des Katastrophenschutzes.
- Die gesetzliche Umsetzung der Bereichsausnahme, wie bereits in einzelnen Bundesländern gesetzlich verankert, darf durch den vorgelegten Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung nicht beeinträchtigt werden.
- Die Trennung der Finanzierung der Betriebs-, Investitions- und Vorhaltekosten ist in der Praxis nicht umsetzbar. Die Finanzierungsverantwortung der Krankenkassen muss mindestens die Betriebs- und Vorhaltekosten sowie den Aufwand für Abschreibung umfassen.

Im Einzelnen:

§ 11 Abs. 1

Die Aufnahme der Leistungen des Rettungsdienstes als medizinische Notfallrettung und Krankentransport als eigenständigen Leistungsbereich in das SGB V begrüßt der ASB.

Dies unter dem Vorbehalt, dass die Gesetzgebungshoheit der Länder nicht dahingehend eingeschränkt wird, dass die Möglichkeiten einer vollumfänglichen Bereichsausnahme für Notfallrettung und qualifizierten Krankentransport hierdurch beeinträchtigt werden.

§ 60 Abs. 2 Satz 4 und § 60a Abs. 3 Satz 3

Der ASB begrüßt die angestrebte Änderung des Verfahrens zur Verordnung von Transporten im Rahmen der Notfallrettung. Zugleich schlagen wir vor, dass im Bereich von einsatzführenden/alarmierenden Rettungsleitstellen, die bereits heute über ein softwaregestütztes Ersteinschätzungsverfahren (strukturierte Notfallabfrage) verfügen, schon vor der Umsetzung eines Gemeinsamen Notfallleitsystems auf Verordnungen einer Krankenförderung (Muster 4 - „Transportschein“) der Krankentransportrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses verzichtet wird.

§ 60a Abs. 1 Satz 1

Hier sollte eindeutiger formuliert werden, 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 Abs. 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-fachlichen Betreuung erbracht, so dass hierauf analog zur Notfallrettung auch ein Anspruch bestehen muss. Zudem würde dies den Krankentransport deutlicher von der Krankenfahrt abgrenzen.

§ 60a Abs. 4

Hier heißt es: „Bei einer Krankenfahrt nach Absatz 2 Nummer 5 steht die Entscheidung des gemeinsamen Notfallleitsystems 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 Notfallleitsystem 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 Notfallleitsystem disponiert oder ggf. nur selektiert werden sollen oder ob diese durch andere Zentralen disponiert werden.

§ 75 Abs. 1b

Grundsätzlich ist die Verbesserung der Versorgungszeiten des kassenärztlichen Notdienstes 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche zu begrüßen. Unklar bleibt jedoch, wie für die erweiterte Tätigkeit ausreichend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte gefunden werden können.

§ 92 Abs. 7g

Hinsichtlich der geplanten Zuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses für Richtlinien zur Notfallrettung und zum Krankentransport wurde im Referentenentwurf festgehalten, 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. Dieses ist nach Ansicht des ASB nicht ausreichend. Eine Beteiligung des ASB an der Beratung im G-BA zu den relevanten Tagesordnungspunkten, zumindest mit einem Gastrecht, kommt der Zielsetzung dieser Gesetzesreform, nämlich einer engen Vernetzung der Hilfsorganisationen in der Notfallversorgung, deutlich näher.

§ 123 Integrierte Notfallzentren

Bei der Festlegung der Standorte der Integrierten Notfallzentren besonders in strukturschwachen und ländlichen Gebieten müssen stets auch die mittelbaren Auswirkungen auf die Fahrtzeit von Rettungsmitteln der Notfallrettung und des Krankentransportes berücksichtigt werden. Die Bemessung an PKW-Fahrtzeiten allein greift hier zu kurz. Insofern erfasst die Begründung auf Seite 39 des Referentenentwurfs den relevanten Sachverhalt nur teilweise.

Aus unserer Sicht bieten die zu dieser Thematik im Gesetz zu findenden Formulierungen keine Gewähr dafür, dass zukünftig weniger Patientinnen und Patienten zur medizinischen Erstversorgung auch Krankenhäuser anfahren, die über keine Integrierten Notfallzentren verfügen bzw. nicht den Kriterien der Notfallversorgung gemäß § 136c Abs. 4 entsprechen.

§ 133

Der ASB begrüßt, dass die Länder für die Organisation und Durchführung des Rettungsdienstes zuständig bleiben.

§ 133 Abs. 2

Die Zuweisung der Investitions- und Vorhaltekosten der medizinischen Notfallrettung in die Zuständigkeit der Länder führt zu einer dualen Finanzierung (Betriebskosten durch die GKV, Vorhalte- und Investitionskosten durch die Länder). Diese ist als Finanzierungsmodell nicht akzeptabel. Wir regen an, die Finanzierungsregelungen im § 133 Abs. 2 wie folgt neu zu fassen:

§ 133 Abs. 2 Satz 3:

„Die Pauschalen beinhalten neben den Betriebskosten auch die Vorhaltekosten und die anfallenden Abschreibungen.“

Mit Blick auf neue Regeln zur Investitionskostenförderung wird angeregt, dass der Bund mit den Ländern ins Gespräch kommt, um Regelungen in den jeweiligen Rettungsdienstgesetzen zu vereinbaren.

§ 133 Abs. 2 Satz 4 alt wird Satz 5.

Entgegen den Regelungen zur Finanzierung des Brand- und Katastrophenschutzes muss der Rettungsdienst die Fähigkeit zur Steigerung seiner Versorgungskapazitäten bei größeren Schadenslagen haben, was einer entsprechenden Finanzierungsgrundlage bedarf.

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. Daher regen wir an, diesen Punkt wie folgt zu fassen:

§ 133 Abs. 2 Satz 6:

„Die Kosten für die Finanzierung zur Vorbereitung auf Großschadenslagen sind zu berücksichtigen.“

§ 133 Abs. 2 Satz 7:

Neu: „Dies gilt nicht für Kosten des Brand- und Katastrophenschutzes.“

§ 133 Abs. 2 Satz 6 alt wird Satz 8.

§ 133b Gemeinsames Notfalleitsystem

Die zentrale telefonische Lotsenfunktion für Patientinnen und Patienten durch das Gemeinsame Notfalleitsystem wird begrüßt, ebenso die Etablierung eines qualifizierten, standardisierten und softwaregestützten Ersteinschätzungsverfahrens von medizinischen Hilfeersuchen.

Die Anregung, Gemeinsame Notfalleitsysteme überregional zu bilden (Begründung zum Referentenentwurf vom 08.01.2020, § 133b Abs. 2), entspricht der Vorstellung des ASB von einer effizienten Umsetzung von Dispositionsaufgaben durch Leitstellen. Dies ist eine wesentliche Verbesserungsmöglichkeit, auch in der Krankentransportdisposition.

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

Da unserer Auffassung nach die Einschätzung im Rahmen der Begründung zutreffend ist („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.“), stellt sich die grundsätzliche Frage, ob nicht ein systematisiertes Zusammensteuern der Rufnummern 112 und 116 117 im Rahmen eines „Call-Taker“- und „Dispatcher“-Systems zielführender wäre.

Zentraler Erfolgsfaktor für die beabsichtigte Reform der Notfallversorgung ist die verpflichtende Bildung von Gemeinsamen Notfalleitsystemen für alle Beteiligten (§ 133b Abs. 3 Satz 2: „Sofern ein Träger einer Rettungsleitstelle der Rufnummer 112 ein Gemeinsames Notfalleitsystem bilden möchte, ist die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung dazu verpflichtet.“). Dazu schlagen wir auch die räumliche Zusammenlegung der Rettungsleitstellen (112) und der Strukturen der kassenärztlichen Vereinigungen (116 117) vor. Überlässt man die Bildung Gemeinsamer Notfalleitsysteme der Freiwillig- bzw. Beliebigen, führt dies zwangsläufig zu Versorgungsbereichen mit und Versorgungsbereichen ohne Gemeinsame Notfalleitsysteme und damit zu unterschiedlichen Steuerungs- und Versorgungssystemen sowie zur Verstärkung von System- und Qualitätsunterschieden. Die daraus entstehende regionale Heterogenität der Ansprechpartner für Notfallsituationen wird sich in der Bevölkerung kaum vermitteln lassen.

§ 133b Abs. 4

Der ASB begrüßt die durchgängige digitale Vernetzung aller Akteure in der Notfallversorgung mit einer geforderten Datenübertragung in Echtzeit zu den Punkten Versorgungskapazitäten von Rettungsmitteln, aufsuchendem Bereitschaftsdienst, Integrierten Notfallzentren und Krankenhäusern. Dies erlaubt ein größeres Maß an Entscheidungsverbindlichkeit und damit eine deutliche Systementlastung. Hierfür müssen auch den Hilfsorganisationen als Leistungserbringern finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden, um z.B. digitale Schnittstellen zu den Krankenhäusern aufbauen zu können.

Die Möglichkeit der Telemedizin wird sowohl für den notärztlichen Bereich als auch für den kassenärztlichen Notdienst eröffnet. Doch ist derzeit festzuhalten, dass Telenotarztsysteme in Deutschland keineswegs Standard sind. Die mit der Reform einhergehende haftungsrechtliche Entlastung der Disponenten wird begrüßt (Begründung zum Referentenentwurf vom 08.01.2020, Seite 45). Der ASB begrüßt deshalb auch die Bundesratsinitiative zur Reform des Notfallsanitätärgesetzes, da damit für das Personal im Rettungsdienst eine haftungsrechtliche Sicherheit gewährt wird.

§ 291a

Alle durch die Bildung von einem Gemeinsamen Notfalleitsystem bei den Leistungserbringern im Rettungsdienst möglicherweise entstehenden Kosten müssen vollumfänglich finanziert werden. Eine Bemessung in Form von Zuschlägen nach § 291a Abs. 7 Satz 5 ist nur dann möglich, wenn durch diese auch wirklich alle entstehenden Kosten gedeckt werden. Der ASB als Hilfsorganisation hat keine Möglichkeit der Nachfinanzierung von nicht gedeckten Kosten. Derartige Finanzierungsmöglichkeiten sind uns auch von anderen Hilfsorganisationen nicht bekannt.