



## **Stellungnahme des Bundesverbandes der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst e.V. zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Notfallversorgung vom Januar 2020**

Die im Referentenentwurf enthaltene Zielsetzung und Notwendigkeit ist aus rettungsdienstlicher Sicht nachvollziehbar und richtig begründet. Die Umsetzung wird im Rettungsdienst zahlreiche Umorganisationen auslösen müssen, die strukturell und organisatorisch machbar erscheinen. Im Wesentlichen sind das

- Aufnahme eines Ersteinschätzungssystems (SMED) der KV Arztrufzentrale 116117 und strukturierte bzw. standardisierte Notrufabfrage der Rettungsleitstellen (112) sowie eine digitale mit oder ohne räumlicher Vernetzung der beiden Systeme.
- Entscheidungen darüber, ob ein nur abklärungsbedürftiger Fall vorliegt, der zu einem Transport in das vertragsärztliche System (INZ, Praxis) führt, oder ein lebensbedrohlicher Notfall, der stationär in einem geeigneten Krankenhaus mit der angemessenen Einstufung nach § 136c Abs. 4 SGB V zu versorgen ist. Damit wird die schon bisher geübte Praxis, zentrumspflichtige Erkrankungen und Verletzungen zur geeigneten Zentrums-Klinik zu transportieren, erweitert.
- Einbeziehung aller Beteiligten zu einem System der integrierten Notfallversorgung.

Mit der Aufnahme der medizinischen Notfallversorgung des Rettungsdienstes in das SGB V als eigenen Leistungsbereich, greifen zwangsläufig auch die dort vorhandenen Mechanismen, wie die vertragliche Vereinbarung und qualitative Standardsetzung durch den GBA. Die Qualitätssicherung, die medizinische Konzeption und die Umsetzung von leitlinienorientierten Behandlungsvorgaben in die rettungsdienstliche Einsatzpraxis werden von der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst wahrgenommen. Deshalb ist es notwendig und zielführend, die medizinische Fachgesellschaft, den Bundesverband der ÄLRD Deutschland, in die Arbeit des GBA einzubinden. Damit wird gewährleistet, dass der Rettungsdienst am notfallmedizinischen Fortschritt teilhat und die Verzahnung mit den anderen Versorgungssektoren sichergestellt werden kann. In weiteren intersektoralen Gremien (z.B. § 90a und § 92 SGB V) sollten zumindest die Träger des Rettungsdienstes mit einbezogen werden.

Als Ziel dieses Umbaus wird angegeben, dass der integrierten Notfallversorgung eine bessere Steuerung der Patientenströme hin zu geeigneten und qualitätsgesicherten Versorgungseinrichtungen gelingen wird, was zu einer Entlastung der Notaufnahmen der Krankenhäuser und des Rettungsdienstes führen soll.

Im Ergebnis kann dieses Ziel nach der hier vertretenen Auffassung mit dem Rettungsdienst nur dann erreicht werden, wenn der dafür aufgrund höherer Bindungs- und Rückkehrzeit

sowie häufigerer Transporte höhere Investitionsbedarf für zusätzliche Rettungsmittel einschließlich dem dafür erforderlichen Fachpersonal aufgebracht wird.

Für die Digitalisierung (Leitstellenausrüstung und Vernetzungen) sowie für die umfangreichere Ausbildung des Einsatzpersonals müssen zusätzliche Mittel aufgewandt werden.

Gleichzeitig wird aber in dem Gesetzesvorhaben eine Splittung der Finanzierung vorgenommen. Dabei sollen die Investitionen zukünftig durch die Länder und im Wesentlichen nur noch die Betriebskosten durch die Krankenkassen refinanziert werden. Eine Zielvorgabe, die nur durch Investitionen erreicht werden kann, die andere (gemeint sind hier die Länder und bislang gegen deren Willen) bezahlen müssen, wird nach aller Erfahrung (siehe Krankenhäuser) nicht funktionieren. Des Weiteren führt die geplante Abkehr von der regionalen Bedarfsplanung hin zu einer zentralen Bedarfsplanung auf Landesebene zu einer sehr stark verzögerten Anpassung der jeweils dringlich und kurzfristig erforderlichen Rettungsmittel- und Personalvorhaltung, die in den letzten Jahren durch Einsatzsteigerungen oft kurzfristig nach oben angepasst werden musste.

Entweder man möchte eine Organisationsänderung, dann muss die Finanzierung stabil und gesichert sein, oder man möchte – aus welchen Gründen auch immer – eine finanzielle Entlastung der Krankenkassen. Dann müssen die Leistungs-Standards klar und sicher definiert sein. Beides gleichzeitig geht nicht. Im Übrigen gefährdet eine Schwächung des Rettungsdienstes seine Stabilisierungsfunktion der Notfallversorgung in Deutschland. Gerade der Rettungsdienst hat bislang die Defizite anderer Notfallversorger (Kapazitäten, personelle Ressourcen, zeitgerechte Präsenz) ausgeglichen und damit die Stabilität der Notfallversorgung gewährleistet und die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger gesichert.

Weiterhin ist die Frage ungeklärt, ob die Hilfesuchenden, die hier gesteuert werden sollen, sich auch steuern lassen. Der langjährig zu beobachtende Trend der massiven Steigerung der Hilfeersuchen bei den Notfallaufnahmen im Krankenhaus und im Rettungsdienst (im Übrigen mit Nachfragespitzen während des Tages) lässt sich nur begrenzen oder umkehren, wenn die Bürgerinnen und Bürger weniger Hilfe nachfragen. Allerdings ist im Referentenentwurf nicht erkennbar, dass zusätzliche Kapazitäten in der aufsuchenden ambulanten Versorgung geschaffen werden sollen. Eine reine Umlenkung von Patientenströmen von einem Versorger zum anderen, macht es vielmehr erforderlich, auch die Behandlungskapazitäten dorthin, also innerhalb des Systems der integrierten Notfallversorgung, mit zu verschieben. Wenn das nicht geschieht, bleiben die Hilfesuchenden bei den bisherigen Anlaufstellen und bevorzugen weiterhin die niederschweligen Anlaufpunkte (z.B. 112).

Es darf deshalb erwartet werden, dass die geplante Reform des Rettungsdienstes seine Leistungsfähigkeit einschränken wird, ohne dass die Anzahl der Hilfeersuchen abnimmt.

Aus diesen Gründen wird empfohlen, organisatorische Verbesserungen nur dann vorzunehmen, wenn man gewillt ist, dafür auch die erforderliche Finanzierung für den Rettungsdienst stabil und nachhaltig aufzubringen. Die Stabilität der Notfallversorgung in Deutschland ist nur mit dem Rettungsdienst wirtschaftlich zu gewährleisten, da nur er weiterhin Hilfesuchende schnell erreichen, erstversorgen und die anderen Notfallversorger miteinander verbinden kann.

Aus diesen Gründen werden folgende Änderungen im Referentenentwurf vorgeschlagen:

1. Im neuen § 133 Abs. 2 SGB V wird folgender Satz gestrichen:

*„Die Pauschalen haben insbesondere die Betriebskosten zu berücksichtigen.“*

2. Im neuen § 133 Abs. 3 SGB V wird der erste Satz neu gefasst:

*„Die zuständigen Landesbehörden haben zu gewährleisten, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich bei der Planung und der Anzahl von Luftrettungsstandorten, Rettungsleitstellen, Rettungswachen, und Rettungsmitteln auch dann beteiligt werden, wenn die Bedarfsplanung nicht zentral erfolgt.“*

Kassel, den 27.01.2020

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. Lechleuthner', written in a cursive style.

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