

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände



Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände
Hausvogteiplatz 1, 10117 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
11055 Berlin

ausschließlich per E-Mail
notfallreform@bmg.bund.de

07.02.2020/sct

Bearbeitet von

Anja Patzki, DST
Telefon: 030 37711-420
E-Mail: anja.patzki@staedtetag.de
Aktenzeichen 54.06.00 D

Erko Grömig, DST
Telefon: 030 37711-810
E-Mail: erko.groemig@staedtetag.de
Aktenzeichen 37.10.20 D

Miriam Elsaesser, DLT
Telefon: 030 590097-332
E-Mail: miriam.elsaesser@landkreistag.de
Aktenzeichen: V-500-00/1

Uwe Lübking, DStGB
Telefon: 030 77307-245
E-Mail: uwe.luebking@dstgb.de

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Sehr geehrte Damen und Herren,

haben Sie vielen Dank für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung. Mit dem vorliegenden Entwurf beabsichtigt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das System der Notfallversorgung so weiter zu entwickeln, dass eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme durch Patientinnen und Patienten erfolgt. Zentrale Aufgabe sei dabei, die regional sehr unterschiedlich entwickelten Notdienststrukturen in ein verbindliches System der integrierten Notfallversorgung zu überführen. Die Zielsetzung, das System im Sinne der Patienten zu verbessern, teilen wir ausdrücklich. Aber wir kritisieren mit Nachdruck den jetzt vorgeschlagenen Weg. Die im Gesetzesentwurf vorgeschlagenen Lösungen verfehlen das Ziel und bergen die Gefahr, die Qualität und Leistungsfähigkeit der Notfallversorgung letztlich zu verschlechtern. Zudem würde die Politik der „kalten Umstrukturierung“ der Krankenhauslandschaft fortgesetzt. Der Referentenentwurf geht auch bereits von grundlegend falschen Annahmen aus, die dann auch zu Fehlschlüssen in den vorgeschlagenen gesetzlichen Maßnahmen führen. Dazu gehören insbesondere:

- Dass Rettungsdienstgesetze von Ländern vorschreiben würden, das jeweils nächstgelegene Krankenhaus anzufahren, ist nicht richtig. Anzufahren ist nach Landesrecht das nächstgelegene geeignete Krankenhaus. Zudem gibt es flächendeckend örtliche Vorschriften zu einem medizinisch fachgerechten Transport in geeignete Kliniken, auch außerhalb von Stadt- und Kreisgrenzen.

- Es gebe nur Geld, wenn nach einem Rettungsdiensteinsatz eine stationäre Aufnahme in ein Krankenhaus erfolgt: Diese frühere Rechtslage ist seit vielen Jahren nicht mehr gegeben.
- Die Finanzierung des Rettungsdienstes würde Brand- und Katastrophenschutz mitfinanzieren: In allen Ländern gibt es Verhandlungen zwischen Städten bzw. Landkreisen und Krankenkassen über die Finanzierung des Rettungsdienstes. Hierdurch haben die Krankenkassen einen vertieften Einblick in alle Finanzierungsgrundlagen des Rettungsdienstes.
- Der größte Mythos ist ein funktionierender Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen. Wenn wir den hätten, bräuchten wir jetzt keine Reform. Der Rettungsdienst würde sich nicht stetig ausweiten müssen, die Notaufnahmen der Krankenhäuser wären weniger belastet.

Der Referentenentwurf leidet zudem darunter, dass Gesetzestext und Begründung nicht immer kongruent sind. Dies betrifft unter anderem die Finanzierung, aber auch Fragen der Regelungskompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Wir appellieren an das BMG, die Diskussion einer Reform zeitlich zu entspannen und in einen Dialog mit den Beteiligten, insbesondere den Trägern des Rettungsdienstes, den Ländern und den Hilfsorganisationen, einzutreten, wie eine Reform der Notfallversorgung aussehen muss. Wir sind überzeugt, dass diese das System des Rettungsdienstes im Wesentlichen nicht tangieren müsste.

Wir lehnen daher die Einfügung des Rettungsdienstes als „medizinische Notfallrettung“ in das SGB V nachdrücklich ab. Hintergrund sind vor allem die bestehenden engen Verflechtungen des Rettungsdienstes mit den anderen Bereichen der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr, die nicht sinnvoll durch das Recht des SGB V ersetzbar sind. Beispielsweise liefe aufgrund der Bindung an das SGB V die mit Hilfe auch der Bundesregierung erreichte Bereichsausnahme im Europäischen Vergaberecht leer. Diese ist insbesondere mit Blick auf die Einbindung in den Katastrophenschutz und die Verknüpfung mit dem Ehrenamt von besonderer Bedeutung. Langfristig ist eine entsprechende Ergänzung des SGB V denkbar, aber nur wenn die Regelungskompetenzen der Länder in diesem Bereich uneingeschränkt bestehen bleiben.

Zudem stellt sich die Frage nach der Gesetzgebungskompetenz zur Errichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ) und inhaltlichen Ausgestaltung des Rettungsdienstes. Unserer Ansicht nach obliegt diese gemäß Art. 30 und 70 GG den Ländern. Das Bundessozialgericht hat mehrfach bekräftigt, dass die grundgesetzliche Kompetenzordnung bundesgesetzlichen Regelungen zur Landeskrankenhausplanung entgegensteht. Das mit der angestrebten Reform auch erfasste Krankenhausplanungsrecht falle in die Gesetzgebungszuständigkeit der Länder (Art. 70 Abs. 1 GG), die jeweils Landesgesetze zur Krankenhausplanung erlassen hätten.

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.

Massiven grundsätzlichen Bedenken begegnet auch die Übertragung der Verantwortung für wichtige Grundsatzentscheidungen über Rettungsdienst und Krankenhäuser bezüglich INZ auf den G-BA. Hier wird von den drei „Bänken“ Krankenkassen, Kassenärzte und Krankenhäuser das System des Rettungsdienstes mitbestimmt, ohne dass die hierfür als Träger zuständigen

Kommunen auch nur die Gelegenheit zur Mitwirkung hätten, geschweige denn Einfluss auf die Entscheidung. Dies verstärkt die ohnehin bestehenden Bedenken im Hinblick auf die demokratische Legitimation des G-BA noch weiter.

Abgesehen von der angezweifelte(n) Regelungskompetenz ist das Einrichten der INZ dem Grunde nach zu begrüßen. Aus unserer Sicht ist jedoch die geplante Struktur der INZ nicht akzeptabel. Die vorgesehenen Regelungen führen zu einer Schlechterstellung der Krankenhäuser und Verschlechterung der Patientenversorgung. Die Reduktion der Notfallstandorte wird zu einer Verschärfung der wirtschaftlichen Lage der vielen weiteren, von der Notfallversorgung künftig ausgeschlossenen Krankenhäusern, vor allem in den ländlichen Räumen führen. Der ungeordnete Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft der vergangenen Jahre würde sich fortsetzen, der tatsächliche Versorgungsbedarf der Bevölkerung bliebe dabei unberücksichtigt. Dazu kommt, dass die Übertragung der Entscheidungskompetenz zur Zuordnung der INZ auf Krankenhäuser auf die Landesausschüsse nach § 90 SGB V in die Krankenhausplanungskompetenz der Länder unzulässig eingreift. Es entschieden dann die Krankenkassen und die KV über die zukünftigen Krankenhausstrukturen! Auch die Übertragung der fachlichen Leitung der INZ auf die KV ist systemwidrig und wirft neue Rechtsfragen auf. Schnittstellenprobleme und offene Haftungsfragen sind zu erwarten. Insbesondere haben die KV als Körperschaften des öffentlichen Rechts bislang nur in marginalem Umfang selbst medizinische Versorgung angeboten. Sie immer mehr zu Konkurrenten der eigenen Zwangsmitglieder werden zu lassen ist auch systemwidrig.

Wir lehnen es entschieden ab, dass der Sicherstellungsauftrag zur notdienstlichen Versorgung zukünftig allein bei der KV angesiedelt werden soll. Im Koalitionsvertrag der 19. Legislaturperiode ist von einem gemeinsamen Sicherstellungsauftrag von KV und Landeskrankengesellschaften die Rede. Zudem sind die im Gesetzesentwurf genannten Kostenschätzungen aus unserer Sicht unvollständig, intransparent und nicht nachvollziehbar. Aufgrund der Erfahrungen von beispielsweise Rheinland-Pfalz bei der Errichtung von Integrierten Leitstellen und den grundsätzlich enormen Kosten bei Systemumstellungen scheinen die im Gesetzesentwurf genannten Kosten von bundesweit 25 Millionen Euro ungewöhnlich niedrig. Die finanziellen Mehrbelastungen der Länder und Kommunen bei der Notfallrettung dürften aufgrund der aufgabenbedingt hohen Vorhaltekosten im Rettungsdienst im Milliardenbereich liegen, wie erste Abschätzungen in den Ländern ergeben haben. Geht man davon aus, dass die Gesundheitsausgaben im Rettungsdienst bei 5 Milliarden Euro jährlich liegen, und dass die Vorhaltekosten mindestens die Hälfte hiervon betragen, müssen Länder und Kommunen 2,5 Milliarden Euro jährlich hierfür aufbringen – Kosten die auf keiner der beiden Ebenen beglichen werden können.

Dazu im Einzelnen:

Die Integrierten Notfallzentren (INZ)

- ***Übertragung der fachlichen Leitung***

Die Übertragung der fachlichen Leitung und der organisatorischen Verantwortung für die INZ an die KV halten wir für kontraproduktiv im Sinne der eigentlichen Zielsetzung der Reform der Notfallversorgung und lehnen diese Neuregelung ab.

Die erforderliche umfassende Expertise für eine Ersteinschätzung und die entsprechenden personellen Strukturen zur Sicherstellung einer qualitativen Rund-um-die-Uhr Versorgung sind nur in den Krankenhäusern vorhanden. Denn das Krankenhaus verfügt über Ärzte mit den notwendigen Qualifikationen (z. B. Notfallmedizin, hohe Anzahl an Fachärzten und Experten unterschiedlicher Fachdisziplinen) sowie über weiteres qualifiziertes Personal. Die

derzeitige Notfallversorgungsplanung der KV sieht hingegen Ärzte aller Fachrichtungen vor. Ein System von wechselnden KV-Ärzten aus verschiedenen Fachrichtungen (z. B. Internisten, die Unfallverletzungen bewerten sollen) kann nicht funktionieren. Es muss gewährleistet sein, dass an der Notfallversorgung mitwirkende Vertragsärzte die für eine qualitative Versorgung erforderlichen Qualifikationen erfüllen.

Fraglich ist zudem, warum auf der einen Seite für die in der stationären Notfallversorgung tätigen Ärzte gerade erst die Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ eingeführt wurde und künftig für den verantwortlichen Arzt jeder zentralen Notaufnahme auch verpflichtend ist. Auf der anderen Seite soll die fachliche Führungsaufgabe im INZ an Ärzte ohne entsprechende Kenntnisse übertragen werden.

Der o. g. Sachverhalt wird durch den enormen Fachkräftemangel im Bereich der Ärzteschaft zusätzlich verschärft. Offen bleibt, wie realisiert werden soll, dass die KV die INZ mit eigenen Ärzten besetzen kann. In seiner jetzigen Form führen die Regelungen ausschließlich zu neuerlichem Wettbewerb um Personal und bringen keinerlei Verbesserung in der Patientenversorgung.

- ***Festlegung der INZ durch die erweiterten Landesausschüsse***

Die Anzahl und Standorte der INZ sollen durch die erweiterten Landesausschüsse festgelegt werden, wobei die noch zu erstellenden Planungsvorgaben G-BA maßgeblich sind. Aufgrund ihrer Expertise und ihres gesetzlichen Auftrags müssen sowohl die Krankenhäuser als auch die Länder, aber auch die kommunale Ebene wegen ihres Sicherstellungsauftrags sowie als Träger des Rettungsdienstes zwingend bei der Auswahl der INZ mitbestimmen. Die Krankenhäuser sind zwar im erweiterten Landesausschuss der Ärzte und der Krankenkassen vertreten. Die Krankenkassen haben aber gemeinsam mit den KV oder gemeinsam mit dem Vorsitzenden und unabhängigen Mitgliedern die Mehrheit. Es ist zu erwarten, dass die Anliegen der Krankenhäuser hinsichtlich der Anzahl und Standorte der INZ keine ausreichende Berücksichtigung finden. Zudem werden mit der Regelung den für die Krankenhausplanung zuständigen Ländern ihre Aufgaben aus der Hand genommen. Dies lehnen wir mit Blick auf die klare Aufgabenstellung der Länder und die strukturellen Auswirkungen ab.

Problematisch ist aus unserer Sicht zudem, dass eine deutliche Reduzierung der Notfallstandorte geplant ist. Abgesehen von der damit einhergehenden Schlechterstellung der Krankenhäuser, die kein INZ erhalten, wird befürchtet, dass sich die Zahl der Transporte von den INZ in umliegende Krankenhäuser deutlich erhöhen wird. Zudem besteht die Gefahr, dass die ausgewählten Krankenhäuser noch mehr Patienten behandeln müssen, da der Rettungsdienst verpflichtet wird, nur diese anzufahren. Dies wird zu einer massiven Belastung vieler Krankenhäuser mit einem INZ führen, wenn sich nach der Diagnose im INZ herausstellt, dass der Patient stationär aufgenommen werden muss. Die Kapazitäten der mit einem INZ ausgestatteten Krankenhäuser werden regelmäßig fehlen. Dadurch fallen zusätzliche Verlegungsfahrten zu den übrigen Krankenhäusern an und die Kapazitäten von Rettungsdienst und Krankentransport werden weiter belastet. Hinzu treten die deutlich längeren Fahrtzeiten von Rettungsfahrzeugen, was die Kosten des Rettungsdienstes durch die erhöhte Vorhaltung weiter erhöhen wird (s. u.).

- ***Errichtung der INZ in den Krankenhäusern***

Der Referentenentwurf sieht vor, dass die INZ räumlich und wirtschaftlich von den Krankenhäusern errichtet und betrieben werden. Dies bedeutet, dass jeweils für die INZ und für

die Notaufnahmen der Krankenhäuser komplett getrennte Strukturen rund um die Uhr vorgehalten werden müssen. Dadurch entstehen Doppelstrukturen - aus räumlicher, personeller und apparativer Sicht. So müsste zum Beispiel im INZ als auch im Krankenhaus und damit zweifach die apparative Ausstattung für jeden Notfall bereitstehen. Stehen diese Ressourcen nicht zur Verfügung, ist zu befürchten, dass viele Hilfesuchenden von dem INZ an das Krankenhaus weitergeleitet werden, wie bereits jetzt auch schon. Dies führt dazu, dass die Patienten mehr Stationen durchlaufen müssten und sich eine Diagnostik verzögert. Dies dürfte nicht Ziel des Gesetzes sein. Statt Schnittstellen abzubauen, besteht die Gefahr, dass zusätzliche Schnittstellen und Verzahnungen geschaffen werden. Die vorgesehene Regelung wird die Abgrenzung der Versorgungsbereiche verstärken und stellt keine integrative Notfallversorgung dar.

Problematisch ist zudem, dass in kaum einem Krankenhaus dafür nutzbare Gebäudekapazitäten zur Verfügung stehen dürften, also Erweiterungen notwendig werden. Die Finanzierung der Investitionen ist im Referentenentwurf über den Krankenhausstrukturfonds vorgesehen. Diese Mittel sind bereits jetzt (mehrfach) verplant für die Ausbildung, IT-Sicherheit usw.

- ***Abschlag bei Notfalleistungen***

Im Referentenentwurf ist vorgesehen, dass Krankenhäuser, welche keine INZ vorhalten, lediglich die Hälfte der Vergütung erhalten, wenn eine ambulante Leistung durchgeführt wird. Diese Regelung ist nicht akzeptabel. Die ohnehin schon schwierige wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser wird sich dadurch noch weiter verschärfen. Zudem stellt diese Regelung eine nicht nachvollziehbare Diskriminierung der Krankenhäuser dar, die in Notfallsituationen Menschen helfen. Sie haben keinen Einfluss darauf, dass Hilfesuchende das wohnortnahe, ihnen vertraute Akutkrankenhaus aufsuchen. Sie sind zudem rechtlich verpflichtet, Notfälle abzuklären. Eine mit dieser Regelung auch beabsichtigte Patientensteuerung wird deswegen nicht gelingen.

- ***Geplante Vergütung***

Die vorgesehene Vergütung aus Grundpauschale (Vorhaltekosten) und nach Schweregrad differenzierter Pauschale der Inanspruchnahme (medizinische Leistung und Diagnostik) ist bezüglich der Praktikabilität und Auskömmlichkeit nicht nachvollziehbar. Dem Umstand, dass sich die Vorhaltekosten der INZ je nach Größe und Versorgungsstufe des angegliederten Krankenhauses unterscheiden, wird nicht Rechnung getragen.

- ***Digitale Vernetzung***

Dass der Referentenentwurf einen Fokus auf Digitalisierung legt, wird ausdrücklich begrüßt. Die Strukturen für die Neuregelung sind jedoch noch nicht geschaffen und die Umsetzung vor Ort gestaltet sich in der Praxis oft schwierig. Hier spielen z. B. Aspekte wie Schnittstellenmanagement/Kompatibilität mit vorhandenen Systemen, Datenschutz oder auch Informationssicherheit eine große Rolle. Auch der personelle Aufwand darf dabei nicht vernachlässigt werden. Das angedachte Finanzvolumen wird aus unserer Sicht dem Vorhaben nicht gerecht.

Durch die mangelhafte Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser durch die Länder ist eine den aktuellen Sicherheitsanforderungen entsprechende IT-Infrastruktur zu stark abhängig von der wirtschaftlichen Lage des Krankenhauses. Wenn die Notfallversorgung nun hier

andocken soll, müssen die Voraussetzungen hierfür auch geschaffen werden. Hier wird ausreichend Geld vom Bund benötigt.

Notfallrettung

- Der von den Ländern verantwortete und in fast allen Ländern in Trägerschaft der Landkreise und kreisfreien Städte befindliche Rettungsdienst ist die tragende Säule der Notfallversorgung. Im Gegensatz zum Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung ist der Rettungsdienst seit Jahrzehnten über die kommunalen Leitstellen rund um die Uhr erreichbar und versorgt schnell und zuverlässig medizinische Notfälle. Er ist eng verknüpft mit dem Brand- und Katastrophenschutz, der ebenfalls über diese Leitstellen disponiert wird. Sowohl die Organisation als auch die Finanzierung des Rettungsdienstes verlaufen reibungslos. Allein eine Überbelastung durch Fälle, die ambulant behandelt werden sollten, stellt ein systemisches Problem dar. Um dieses Problem auszuräumen, ist es nicht notwendig, den Rettungsdienst zu reformieren. Vielmehr muss hier beim Kassenärztlichen Notdienst angesetzt werden. Eine Verankerung des Rettungsdienstes als Leistungsbereich im SGB V und die hieraus folgenden unvorhersehbaren Auswirkungen würden das funktionierende System des Rettungsdienstes unnötig gefährden.
- Durch die Überführung des Rettungsdienstes zu einer eigenständigen Leistung im SGB V und damit zu einer Einrichtung des Gesundheitssystems wird er ohne weitere Regelungen der allgemeinen Gefahrenabwehr entzogen. Einsätze der Gefahrenabwehr zur z. B. Absicherung von Feuerwehreinmärschen und die Finanzierung zur Vorbereitung auf Großschadenslagen und des Brand- und Katastrophenschutzes bleiben unberücksichtigt. Die Komponenten der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr, Rettungsdienst, Katastrophenschutz, Brandschutz wären nicht mehr mit Schnittstellen verknüpft und widersprechen in großen Teilen den Rettungsdienstgesetzen der Länder.
- Die Streichung der Maßnahmen und Vorkehrungen zur Bewältigung eines Massenunfalls von Verletzten/Erkrankten aus der Finanzierung durch Entgelte der Krankenversicherung ist ein nicht nachvollziehbares Beispiel hierfür. Würde der Referentenentwurf umgesetzt, müssten Ereignisse wie Busunfälle nach Katastrophenschutzrecht und mit Mitteln des Katastrophenschutzes behandelt werden. Warum die Krankenkassen nicht für die medizinische Versorgung ihrer Versicherten zahlen sollen, weil bspw. noch fünfzehn weitere Businsassen verletzt wurden, ist unerklärlich.
- Der Entwurf des BMG sieht Eingriffe in die Regelungskompetenz und Organisationshoheit der Länder sowie eine Verschiebung der Finanzierungsverantwortung zu Lasten der Länder und Eingriffe in die Satzungshoheit der Kommunen vor. Beispielsweise wird vorgesehen, die Investitionskosten für die Vorhaltung des Rettungsdienstes als Daseinsvorsorgeleistung den Kommunen zu übertragen. Dadurch würde auch das Finanzierungssystem für den Katastrophenschutz in Frage gestellt. Das Vorhaben, Regelungskompetenzen zur Notfallversorgung beim Bund vorzusehen und die Finanzierung im Wesentlichen den Ländern und Kommunen zu übertragen, kann daher von den Kommunen nicht mitgetragen werden.
- Der Referentenentwurf trifft in § 60 SGB V-E Regelungen dazu, welches Krankenhaus im Falle einer Rettungsfahrt angefahren werden soll: Bei Patienten ohne eindeutige Indikation soll das nächstgelegene INZ angefahren werden. Wenn eine stationäre Aufnahme absehbar ist, sollen nur solche Krankenhäuser angefahren werden, die die Vorgaben des Notfallstufen-Systems erfüllen. Der G-BA soll bundesweit einheitliche Richtlinien festlegen, in welchen Fällen ein spezialisiertes Krankenhaus angefahren werden soll. Zunächst ist

festzuhalten, dass eine Hebung dieser Regelungen auf die Bundesebene zumindest unnötig ist, da die Rettungsdienstgesetze der Länder bereits ausdrücklich vorsehen, dass das nächste geeignete Krankenhaus angefahren werden soll. Es kann zudem davon ausgegangen werden, dass in den meisten Fällen bei Transport des Patienten keine eindeutige Indikation vorliegt, d.h. dass in den meisten Fällen das nächstgelegene INZ angefahren werden soll. Nun ist beabsichtigt, dass der G-BA Richtlinien herausgeben soll, an denen sich die Errichtung von INZ orientiert. Die Krankenkassen, die im G-BA häufig diskussionsbestimmend sind, haben bereits angekündigt, dass es im Verhältnis zu der Anzahl von Krankenhäusern, die bisher vom Rettungsdienst angefahren werden, sehr viel weniger INZ geben soll. Die Fahrwege des Rettungsdienstes werden sich dementsprechend verlängern. Da der einzelne Rettungswagen somit mehr Zeit in einem Einsatz gebunden sein wird, müssen die Landkreise und kreisfreien Städte als Träger des Rettungsdienstes mehr Wagen und auch mehr Personal als bisher vorhalten, was auch aufgrund der Fachkräfteproblematik im Rettungsdienst schwierig ist. Zudem würden die Vorschriften zur Anfahrt eines INZ und die sich möglicherweise anschließenden Verlegungen von Patienten weitere zusätzliche Anforderungen an das Material und die erforderliche Zahl von Mitarbeitern des Rettungsdienstes stellen. Im Ergebnis bedeutet dies eine Verschlechterung der medizinischen Versorgung in strukturschwachen Räumen und damit einen Rückschritt in Bezug auf gleichwertige Lebensverhältnisse in Deutschland.

- Grundsätzlich wird abgelehnt, dass der G-BA Richtlinien den Rettungsdienst betreffend erlässt. Sollten die Neuregelungen auf Bundesebene entgegen unserem Votum trotzdem erfolgen, sollte das BMG, ggf. in Gestalt einer Rechtsverordnung, auch entscheiden, in welchen Fällen spezialisierte Krankenhäuser angefahren werden sollen. Ein Verfahren des G-BA zur Erstellung von Richtlinien, bei dem den Trägern des Rettungsdienstes nicht einmal die Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben wird, kann in keinem Fall akzeptiert werden.
- Die Notfallversorgung zeichnet sich bislang auch dadurch aus, dass regionale Unterschiede und Gegebenheiten durch die kommunalen Zuständigkeiten ausreichend berücksichtigt werden konnten. Alle Überlegungen, dieses bewährte System durch Vorgaben des G-BA ersetzen zu wollen, werden abgelehnt.
- Auch wenn die Neugestaltung des Notfallsystems zu einer Verringerung der Fallzahlen im Rettungsdienst und in den stationären Notaufnahmen sowie zu einer vermehrten Auslastung des ambulanten Notfallsystems führen soll, ist nicht vorhersehbar, wie sich die Patientenströme tatsächlich entwickeln werden. Unter diesen Voraussetzungen mit den Krankenkassen Pauschalen für die medizinische Versorgung am Notfallort sowie für die Rettungsfahrten vereinbaren zu müssen, die zudem auch noch der Beitragssatzstabilität Genüge tun müssen (§ 71 SGB V), wälzt das finanzielle Risiko dieser Unvorhersehbarkeit der Fallzahlen auf die Kommunen ab und gewährt einen Kostenschutz allein für die Krankenkassen. Dieses Vorgehen ist nicht akzeptabel. Die Anwendung des § 71 SGB V muss aufgrund der nicht vorhersehbaren Auswirkungen der Neuregelungen auf Fallzahlen und Kosten des Rettungsdienstes daher hier ausgesetzt werden.
- Zudem ist vollkommen unverständlich, warum die Krankenkassen von den Landesbehörden bei der Planung der Anzahl von Luftrettungsstandorten, Rettungsleitstellen, Rettungswachen und Rettungsmitteln zu beteiligen sind. Die Begründung, dass die Kassen den Rettungsdienst auch finanzieren würden, greift nicht, solange nur die Leistungen der medizinischen Notfallrettung und gerade nicht die Investitions- und Vorhaltekosten von ihnen getragen werden müssen.

Einrichtung eines Gemeinsamen Notfalleitsystems (GNL)

- Die Unterscheidung der beiden Rufnummern nach dem Schweregrad des medizinischen Hilfeersuchens ist zu begrüßen. Neben der europaweit einheitlich geregelten Notrufnummer 112 wird in Deutschland erstmalig die einheitliche Rufnummer 116117 für die notdienstliche Versorgung gesetzlich fixiert. Damit wird die Erwartung verbunden, dass die 116117 in der Bevölkerung besser als bisher bekannt und demzufolge in der Praxis auch häufiger genutzt wird. Aus fachlicher Sicht ist die organisatorische Einbindung der kommunalen Leitstellen in ein mit der jeweiligen KV zu bildendes Gemeinsames Notfalleitsystem unter Nutzung eines einheitlichen qualifizierten, standardisierten und softwaregestützten Ersteinschätzungsverfahrens von medizinischen Hilfeersuchen grundsätzlich zu befürworten. Allerdings kann es sich hierbei nicht um identische Ersteinschätzungsverfahren handeln, da sowohl die Leitstellen als auch die Callcenter der KV noch jeweils andere Anrufgründe mit der Abfrage erfassen müssen. Der Beginn der Abfragen muss dabei gleich sein, um die zeitkritischen Fälle möglichst schnell zu erkennen.
- Allerdings besteht für solche, die kommunalen Leitstellen betreffenden, Organisationsregelungen, keine Gesetzgebungskompetenz des Bundes. Gemeinsames Ziel ist die medienbruchfreie Kommunikation. Unerheblich dabei ist, ob die Zusammenarbeit mit der 116117 als dezentrale oder als integrative Kooperation in den Leitstellen der Aufgabenträger geleistet wird. Die Verantwortung für Telematiksysteme und Schnittstellen muss ebenso nach Landesrecht geregelt werden wie die Finanzierung.
- Die konkrete Ausgestaltung der Zusammenarbeit muss den Ländern und den Trägern des Rettungsdienstes überlassen bleiben, da die Ausgestaltung der Notfallversorgung auf Grund der unterschiedlichen regionalen Situation weiterhin vor Ort erfolgen muss.
- Bundesweit muss allerdings die Frage nach Verantwortlichkeiten geklärt werden. Es fällt auf, dass den KV im Referentenentwurf keinerlei qualitative Vorgaben gemacht werden. Allein den Sicherstellungsauftrag auszuweiten löst die Probleme der schlechten Erreichbarkeit und langer Wartezeiten, die die Patienten vermehrt in das System des Rettungsdienstes führen, nicht. Die Verpflichtung, Patienten innerhalb einer vorgegebenen Frist aufzusuchen, muss gegeben sein, um dem Ziel, den Rettungsdienst zu entlasten, näherzukommen.
- Der Referentenentwurf formuliert, dass die jeweilige KV zur Bildung eines GNL verpflichtet ist, wenn ein Träger einer Rettungsleitstelle dies möchte. Mit den Kassen abgerechnet werden können allerdings nur Leistungen von Rettungsleitstellen, die im Rahmen eines GNL erbracht wurden (§ 133b Abs. 5 SGB V-E). Das heißt, dass allein Kommunen sanktioniert werden, wenn keine Einigung für ein GNL zustande kommt. Eine Sanktion der KV ist nicht vorgesehen. Dies bedeutet auch, dass Kommunen aus Sorge vor finanziellen Sanktionen in einem möglichen Schiedsverfahren eine geschwächte Position gegenüber der KV einnehmen, die keine Sanktionen fürchten müssen.
- Es ist zu betonen, dass Rettungsleitstellen aufgrund der Zuständigkeit für zeitkritische Fälle keine Krankenfahrten disponieren. Diese Aufgabe ist im Rahmen eines GNL ausschließlich von der KV zu übernehmen.

Abschließend noch der Hinweis, dass die im Referentenentwurf vorgesehenen Umsetzungszeiträume vor dem Hintergrund der vielen notwendigen Schritte und Beteiligten deutlich zu kurz bemessen sind. Um einen Reformstau im Rettungsdienst zu Lasten der Patientinnen und Patienten zu vermeiden, bedarf es längerer Umsetzungsfristen.

Den Kommunen ist es ein zentrales Anliegen, den Rettungsdienst zu entlasten und die Versorgung zu verbessern. Die Lösung kann jedoch nicht darin bestehen, Verantwortlichkeiten zu verschieben, die Reform der Notfallversorgung auf dem Rücken der Krankenhäuser auszutragen und in die Regelungskompetenzen und Organisationseinheit der Länder einzugreifen.

Die Reform und Weiterentwicklung der Notfallversorgung bedarf einer gemeinsamen Betrachtung und Erörterung durch die betroffenen Ressorts von Bund und Ländern sowie der kommunalen Aufgaben- und Kostenträger. Nur so kann eine zielgerechte Reform im Interesse der Patientinnen und Patienten wie auch der beteiligten Stellen erreicht werden. Hierbei sind die Belange des Bevölkerungsschutzes und die Auswirkungen auf den von Ländern und Kommunen getragenen Rettungsdienst einzubeziehen. Für einen entsprechenden Dialog stehen die Kommunalen Spitzenverbände gerne zur Verfügung.

An der Erörterung des Referentenentwurfs am 17. Februar 2020 im Hotel Aquino werden für unsere drei Verbände Beigeordneter Detlef Raphael (DST), Jürgen Richter, Klinikleiter des Städtischen Klinikum Dresden, Beigeordneter Jörg Freese, Beigeordneter Dr. Kay Ruge und Referentin Miriam Elsaëber (DLT) sowie Beigeordneter Uwe Lübking (DStGB) teilnehmen.

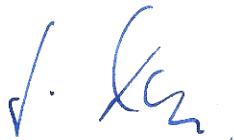
Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung



Detlef Raphael
Beigeordneter
des Deutschen Städtetages



Stefan Hahn
Beigeordneter
des Deutschen Städtetages



Jörg Freese
Beigeordneter
des Deutschen Landkreistages



Dr. Kay Ruge
Beigeordneter
des Deutschen Landkreistages



Uwe Lübking
Beigeordneter
des Deutschen Städte- und Gemeindebundes