
Stellungnahme der DRF Stiftung Luftrettung gemeinnützige AG zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Die im Referentenentwurf enthaltenen Zielsetzungen und Notwendigkeiten sind aus unserer Sicht nachvollziehbar, durch das Gutachten des Sachverständigenrates 2018 begründet und sollten daher aus Sicht der DRF Luftrettung umgesetzt werden.

1. Gemeinsames Notfalleitsystem (GNL)

Die Zusammenlegung von Rettungsleitstellen (112) und KV Arztrufzentale 116 117 und ggf. weiterer Dienste (z.B. psychosoziale Notfallversorgung, etc.) zu einer organisatorischen Einheit ist überfällig. In einer Notfallsituation sind die Bürgerinnen und Bürger mit unterschiedlichen und oft ähnlich lautenden Begriffen des „Notfalls“ und den unterschiedlichen Notfall-Nummern überfordert. Die Leitstelle kann ihre Funktion als Gatekeeper in der präklinischen Notfallversorgung nur dann effektiv und effizient wahrnehmen, wenn Parallelsysteme abgeschafft werden und die Leitstelle in die Lage versetzt wird, ein abgestuftes, auf die Bedürfnisse des Hilfesuchenden abgestimmtes Angebot einsetzen zu können. Die Leitstelle muss die Entscheidung darüber treffen können, ob ein lebensbedrohlicher Notfall, der stationär in einem geeigneten Krankenhaus mit der angemessenen Einstufung nach § 136c Abs. 4 SGB V zu versorgen ist, vorliegt, oder ein Transport in das vertragsärztliche System (INZ, Arztpraxis) ausreichend ist. Um Letzteren allerdings nicht ins Leere laufen zu lassen, müssen die Kapazitäten im ambulanten Sektor ausreichend und auf die zu erwartende verstärkte Inanspruchnahme hin überprüft und ggf. angepasst werden.

Die Disposition von Notfallrettung (Notarzt, Notfallsanitäter), Krankentransporten und KV-Notdienst aus einer Hand sowie die beabsichtigte telemedizinische Vernetzung und Schaffung einer Telematik-Infrastruktur kann aus unserer Sicht zu einer Entlastung der Bürgerinnen und Bürger in Notsituationen und zu einer Begrenzung des in den letzten Jahren beobachtbaren erheblichen Anstiegs an nicht indizierten Einsätzen der Notfallrettung beitragen. Durch die Aufnahme eines Ersteinschätzungssystems (SMED) der KV Arztrufzentale 116117 und die Einführung strukturierter bzw. standardisierter Notrufabfragen der Rettungsleitstellen (112) entsteht zudem eine höhere Rechtssicherheit für die Disponenten.

Aus Sicht der Luftrettung kommt der digitalen Vernetzung der Leitstellen untereinander eine überragende Bedeutung zu, muss die verzögerte Weitergabe von einsatzrelevanten Informationen bei der georeferenzierten Alarmierung des geeigneten Rettungsmittels im Sinne einer „Next-Best-Strategie“ unbedingt vermieden werden. Da zu erwarten ist, dass die Zuweisung von zentrumspflichtigen Verletzungen und Erkrankungen in geeignete Klinikzentren weiter steigen wird, muss dem Umstand der geeigneten Zielklinik bereits bei der Disposition Rechnung getragen werden. Es ist jedoch in der Strukturplanung für den Rettungsdienst gleichzeitig auch zu berücksichtigen, dass Rettungsdienst und Krankentransport zusätzliche Kapazitäten benötigen werden, um zur Entlastung der Zentrumskliniken von Patienten, die der hochspezialisierten Behandlung in einem Zentrum medizinisch nicht mehr bedürfen, beitragen zu können.

2. Integrierte Notfallzentren (INZ)

Die Einrichtung Integrierter Notfallzentren an geeigneten Kliniken ist grundsätzlich zu begrüßen. Es ist aus Sicht der Luftrettung unbedingt dafür Sorge zu tragen, dass in der fachlichen Bewertung und Organisation in den INZ den zeitkritischen Patienten der unbedingte Vorrang eingeräumt wird und alle Anstrengungen darauf ausgerichtet sind, die personellen und räumlichen Voraussetzungen für eine verzugslose Weiterbehandlung der schwerstverletzten und schwersterkrankten Patienten zu gewährleisten.

Aus Sicht der Luftrettung muss darüber hinaus seitens des Gesetzgebers unbedingt darauf hingewirkt werden, dass diese Kliniken eine für die Luftrettung geeignete und gesetzeskonforme (Lande-)Infrastruktur (zugelassene Landeplätze nach §6 LuftVG) aufweisen. Andernfalls droht die luftgestützte Zuweisung von Notfallpatienten bei Umsetzung der luftfahrtrechtlichen Vorgaben an vielen Kliniken zu scheitern.

3. Rettungsdienst als Leistungsbereich der GKV

Die Luftrettung leistet insbesondere bei schwerstverletzten und -erkrankten Patienten oft aufwändige medizinische Hilfe und nimmt bei der Einführung neuer Behandlungsoptionen in der Präklinik seit Jahrzehnten eine Vorreiterrolle ein. Insofern begrüßen wir die Einführung von Pauschalen für die ärztlich-medizinische Behandlung am Notfallort neben der Erstattung der reinen „Fahrtkosten“ außerordentlich und empfinden dies als Wertschätzung für die hochqualifizierte Arbeit unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Bedauerlicherweise findet der Begriff des Rettungsfluges keine Widerspiegelung im aktuellen Gesetzentwurf, weshalb wir anregen, aufgrund der zunehmenden Bedeutung der Luftrettung, diesen Begriff explizit zu ergänzen.

Die Neufassung des § 60 „Medizinische Notfallrettung“ lässt den Schluss zu, dass künftig nur noch solche Einsätze unter den Begriff fallen, bei denen eine Versorgung am Notfallort und die Beförderung mit einem qualifizierten Rettungsmittel erfolgt. Es wird kein Bezug darauf genommen, dass die „Rettungsfahrt“ auch ausschließlich aus einer Alarmierung und einer Anfahrt bzw. einem Anflug des Rettungsmittels zum Zweck der Versorgung am Notfallort bestehen kann. Durch eine qualifizierte medizinische Versorgung vor Ort ist aber möglicherweise ein Transport mit dem angeforderten Rettungsmittel nicht mehr erforderlich oder aus einsatztaktischen Gründen nicht sinnvoll oder nicht möglich. Aus unserer Sicht ist hier eine eindeutige Klarstellung erforderlich, denn Rettungsfahrten/Rettungsflüge die nicht unter den § 60 „Medizinische Notfallrettung“ fallen, würde ansonsten die Grundlage für eine Vereinbarung nach § 133 SGB V, Abs. 4, fehlen.

Mit der Aufnahme der medizinischen Notfallversorgung des Rettungsdienstes in das SGB V als eigenen Leistungsbereich unterliegt der Rettungsdienst den künftigen Mechanismen des G-BA (vertragliche Vereinbarung, leitlinienorientierte Behandlungsvorgaben, Qualitätssicherung, etc.). Die DRF Luftrettung besitzt ein seit Jahren etabliertes System zur Qualitätssicherung und Umsetzung der leitlinienorientierten Behandlungsvorgaben, die von der Ärztlichen Leitung wahrgenommen werden. Es muss unseres Erachtens zwingend darauf geachtet werden, dass die Entscheidungs- und Vorbereitungsgremien des G-BA um Kompetenzen in der präklinischen Notfallversorgung ergänzt werden, um ein Ungleichgewicht zu Gunsten des vertragsärztlichen Systems zu vermeiden. Aus jahrzehntelanger Erfahrung wissen wir zudem, dass insbesondere spezifische Kenntnisse über die Möglichkeiten und Erfordernisse der Luftrettung wenig verbreitet sind. Es ist daher notwendig und zielführend, wenn – der steigenden Bedeutung der Luftrettung angesichts sich ausdünnender Strukturen des bodengebundenen Rettungsdienstes Rechnung tragend - Vertreter der DRF Luftrettung und anderer Luftrettungsorganisationen in die Arbeit des G-BA mit eingebunden werden.

Eine beabsichtigte zentrale Bedarfsplanung auf Landesebene können wir seitens der Luftrettung nur vorbehaltlos unterstützen. Ebenso ist die beabsichtigte Einführung einheitlicher Vorgaben zu begrüßen. Den Bürgerinnen und Bürgern sind differente Planungsgrößen, differente Hilfeleistungsfristen und differente Maßnahmen zur Überprüfung derselben auf regionaler Ebene schwer vermittelbar und auch fachlich kaum begründbar.

Eine wesentliche Problematik sehen wir durch die im Gesetzesvorhaben beabsichtigte Splittung der Finanzierung. Dabei sollen die Investitionen zukünftig durch die Länder und weitestgehend nur noch die Betriebskosten durch die Krankenkassen refinanziert werden. Angesichts bisher fehlender Regelungen über einen Strukturausgleich zwischen Bund und Ländern darf bezweifelt werden, dass die Länder die ihnen zugeschriebenen Verpflichtungen erfüllen können/werden. Da in der Luftrettung verhältnismäßig hohe Strukturkosten anfallen, führt die beabsichtigte Neuregelung zur Sorge, dass die Stabilität des bisherigen Systems hierdurch in Frage gestellt wird, da die bisherigen Infrastrukturfonds regelhaft nicht ausreichend dimensioniert waren.

In diesem Zusammenhang ist die Einrichtung einer Schiedsstelle sehr zu begrüßen. Es steht jedoch zu befürchten, dass nicht getragene Strukturkosten in Teilen auf die Leistungserbringer abgewälzt werden. Es muss daher zwingend überlegt werden, wie ein Strukturausgleich zwischen Bund und Ländern gestaltet werden kann.

Aus diesen Gründen werden folgende Änderungen im Referentenentwurf vorgeschlagen:

- Im neuen § 60 „Medizinische Notfallrettung“ wird der Begriff Rettungsfahrt um den Begriff Rettungsflüge ergänzt.
*(2) „Die medizinische Notfallrettung umfasst die aus medizinischer Sicht erforderliche Versorgung am Notfallort, Rettungsfahrten **und/oder** Rettungsflüge“.*
- § 60 „Medizinische Notfallrettung“ wird in Abs. 2 Satz 2 und 3 neu gefasst:
*„Rettungsfahrten/Rettungsflüge sind Fahrten, bei denen eine unmittelbare Behandlungsbedürftigkeit des Versicherten besteht **und/oder** aus medizinischer Sicht die Beförderung mit einem qualifizierten Rettungsmittel erforderlich ist. Rettungsfahrten/Rettungsflüge erfolgen zum Notfallort **und/oder** vom Notfallort zu einer nach Absatz 3 anzufahrenden Einrichtung oder während einer stationären Behandlung von einem Krankenhaus in ein anderes Krankenhaus, ...“*
- § 92, Absatz 7g wird der Satz 2ergänzt:
Den Bundesverbänden der Hilfsorganisationen **sowie den Luftrettungsorganisationen**, die im Rettungsdienst mitwirken, und den betroffenen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

Filderstadt, den 07.02.2020



Dr. Krystian Pracz
Vorstandsvorsitzender