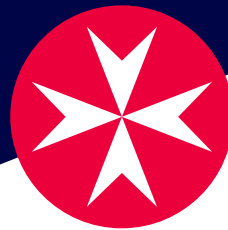




JOHANNITER



Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Stellungnahme der Johanniter-Unfall-Hilfe

Berlin, 25. Juni 2024

Die Johanniter-Unfall-Hilfe ist seit mehr als 70 Jahren in den unterschiedlichsten sozialen und karitativen Bereichen aktiv. Mit mehr als 46.000 ehrenamtlich Aktiven, 32.000 hauptamtlich Mitarbeitenden und fast 1,2 Millionen Fördermitgliedern zählt sie zu den großen Hilfsorganisationen in Deutschland und ist zugleich ein großes Unternehmen der Sozialwirtschaft.

Im Lobbyregister des Bundes ist die Johanniter-Unfall-Hilfe unter der Registernummer R002223 zu finden.

Aus Liebe zum Leben

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Vorbemerkung

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt ausdrücklich den Vorstoß der Bundesregierung, die stark belastete präklinische Notfallversorgung neu zu strukturieren.

Mit über 6.500 Mitarbeitenden im Rettungsdienst auf über 300 Rettungswachen, mit vier eigenen Rettungs- und Intensivtransporthubschraubern und mit mittlerweile über 70-jähriger Erfahrung im bundesdeutschen Rettungsdienst ist es uns ein besonderes Anliegen, uns an dem anstehenden Reformprozess zu beteiligen.

Die aktuelle Fehlsteuerung in der präklinischen Notfallversorgung führt zu einer immer stärkeren Inanspruchnahme der Notfallrettung bei sinkender Zahl an tatsächlichen Notfällen. Viele Bundesländer haben angefangen, Rettungsmittel im Zwischenbereich von Notfallrettung und qualifiziertem Krankentransport einzurichten. So können zwar mit Notfallkrankentransportwagen, sogenannte N-KTWs, oder Konstruktionen wie Gemeindenotfallsanitäter oder Rettungseinsatzfahrzeugen die Einsätze im Rahmen der Notfallrettung reduziert, aber die eigentlich rettungsdienstfremden Aufträge nicht an die eigentlich zuständigen Ansprechpartner im System abgegeben werden. Den Hilfesuchenden können rettungsdienstlich oftmals Hilfestellungen geleistet werden, aber dies zu einem Preis, der das Gesundheitssystem über Gebühr belastet. Die Folgen sind stetig steigende Kosten, kurze Berufsverweilzeiten und ein insgesamt stark belastetes Gesamtsystem.

Zu dem vorliegenden Entwurf:

Allgemein

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt ausdrücklich den Vorstoß der Bundesregierung, die präklinische Notfallversorgung neu zu strukturieren. Leider werden in dem Entwurf lediglich die Bereiche des Erstkontakts mit der / dem Hilfesuchenden, nämlich im Bereich des Gesundheitsleitsystems, und die Schnittstelle zur Weiterversorgung, nämlich in Integrierten Notfallzentren, aufgegriffen. Die dazwischenliegende rettungsdienstliche Versorgung bleibt in dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung unbeleuchtet. Dabei bedarf es verschiedener grundsätzlicher Regelungen, die – wenn sie nicht im Rahmen eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung mit aufgegriffen werden – Gefahr laufen, unterzugehen.

Kopplung der Rettungsdienstbedarfsplanung an die Krankenhausplanung

Aktuell ist zu beobachten, dass es zu massiven Umstrukturierungen im klinischen Bereich kommt.

Dabei reduziert sich die Anzahl anfahrbarer Notaufnahmen und die verbleibenden Kliniken spezialisieren sich zunehmend. Dies führt rettungsdienstlich zu längeren Fahrtstrecken und zu einem höheren Bedarf an Sekundärtransporten. Um dies adäquat abdecken zu können, bedarf es einer gemeinsamen oder mindestens aufeinander abgestimmten Planung der Krankenhaus- und der Rettungsdienstlandschaft.

Dabei sind – um den bodengebundenen Rettungsdienst nicht über Gebühr zu beanspruchen – für Sekundärtransporte geeignete Alternativen, wie z.B. Intensivtransportwagen, Intensivtransporthubschrauber, vorzuhalten und zu finanzieren.

Sicherstellung der Vollkostenfinanzierung im Rettungsdienst

In verschiedenen Bundesländern ist aktuell die Finanzierung des Rettungsdienstes nicht sichergestellt.

Es gilt zu betonen, dass sämtliche Kosten des Rettungsdienstes Kosten der Gesundheitsversorgung sind und dementsprechend auch von den Kostenträgern vollumfänglich zu refinanzieren sind. Dabei ist nicht nur das Wirtschaftlichkeitsgebot – welches im Gesundheitssystem zweifelsohne eine hervorgehobene Rolle einnimmt – zu berücksichtigen, sondern auch die Leistungsfähigkeit des Rettungsdienstes sicherzustellen. Die Aufwuchsfähigkeit des Rettungsdienstes, mit der im Bedarfsfall die Versorgung aufrechterhalten wird, fällt dabei ebenso unter das Kriterium der Leistungsfähigkeit, wie die Vollfinanzierung von Einsätzen, bei denen letztlich kein Transport erbracht wird – sei es, weil kein Patient angetroffen wurde, weil dieser vor Ort behandelt wurde und daher kein weiterer Transportbedarf bestand oder weil er trotz aufwändiger medizinischer Maßnahmen vor Ort leider verstorben ist. Bei all diesen Konstellationen ist der Rettungsdienst auftragsgemäß tätig geworden und muss entsprechend vergütet werden.

Dabei sind auch Investitionskosten vollumfänglich im Rahmen wirtschaftlicher Betrachtung als Kosten des laufenden Betriebs zu bewerten und sicherzustellen. Eine Abwälzung der Investitionskosten auf andere als die bisherige Kostenträger wäre nicht nur nicht zielführend, sondern würde die Sicherstellung des Rettungsdienstes massiv gefährden. Die Etablierung eines dualen Finanzierungssystems würde gravierende Finanzierungslücken aufreißen.

Absicherung und Aufbau aller Ressourcen zur Ausbildung von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter

Die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sind die nichtärztlichen Mitarbeitenden, die das rettungsdienstliche System aufrechterhalten. Bereits seit Jahren ist ein Fachkräftemangel zu verzeichnen, welcher sich aufgrund der in den kommenden Jahren anstehenden Verrentung vieler Mitarbeitenden der geburtenstarken Jahrgänge weiter verschärfen wird. Bei der Bewältigung des Fachkräftemangels sind den Leistungserbringern im Rettungsdienst verschiedenste Grenzen gesetzt. Obgleich Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter als originär rettungsdienstliche Berufsgruppe primär für den Einsatz im Rettungsdienst gedacht waren, kommen sie mittlerweile in einer Vielzahl anderer, nicht rettungsdienstlicher Arbeitsbereiche zum Einsatz: in Berufs- und Werkfeuerwehren, in Notaufnahmen, Anästhesievorbereitungen und Aufwächerräumen von (Uni-)Kliniken und in diversen anderen Tätigkeitsbereichen. Keine dieser Einrichtungen bildet selbst Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter aus. Umso wichtiger ist es, dass betont und sichergestellt wird, dass die Leistungserbringer im Rettungsdienst gemeinsam mit den Schulen und Kliniken alle bestehenden Ressourcen nutzen und diese ggf. noch ausbauen sollten, um dem Fachkräftemangel im Rettungsdienst zu begegnen. Dabei müssen sowohl umfangreiche Finanzierungszusagen – selbst über den kalkulatorischen Bedarf über den reinen Abgang hinaus – sowie die Praktikumsmöglichkeiten in den verbleibenden Kliniken sichergestellt werden. An dieser Stelle sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Kliniken integraler Bestandteil bei der Ausbildung von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern sind. Ein Wegfall von Kliniken bedeutet zwangsweise auch ein Wegfall dieser – schon jetzt als Engstelle zu bezeichnenden Ressource – bei der Ausbildung des zwingend erforderlichen Fachpersonals für die Notfallrettung.

Umsetzbar wäre dies, indem man die vollständige Finanzierung aller möglichen Ausbildungsplätze entweder als Kosten des Rettungsdienstes ausdrücklich im SGB V regelt oder

diese direkt im NotSanG vollumfänglich abdeckt. Gleichsam gilt es zu ermöglichen, die Praxisanleiter zum einen kostendeckend auszubilden und zum anderen funktionsbezogen freizustellen. Nur mit der Regelung, dass die Ausbildung der künftigen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter mit dem gebührenden Aufwand betreut wird, kann man der Bedeutung des Berufsbildes gerecht werden.

Innovationsförderung und Datenerhebung über Vergütungsanreize

Mit der Vollkostenfinanzierung sind die Regelkosten des Rettungsdienstes abzudecken. Darüber hinaus sollten aus dem Finanzierungssystem der GKV, die ein ureigenes Interesse an der Versorgung mit einem progressiven Rettungsdienst haben, finanzielle Anreizsysteme für Innovationen und Digitalisierung bereitgestellt werden.

Es ist zwingend notwendig, medizinische Versorgungsdaten im Rettungsdienst zu erheben. Mit gleichem Anreizsystem sind noch zu definierende, in einheitlichem Datenformat zu übertragende Versorgungsdaten zu bewerten. Dafür bedarf es einer Erfassungsstruktur und einer entsprechenden Auswertungsmöglichkeit. Außerdem sind diese Daten für die Versorgungsforschung zu öffnen.

Darüber hinaus sind über die aktuelle Struktur hinausgehende Anbindungen, wie z.B. Einbindung in die Telematik-Infrastruktur, mit entsprechenden Sondervergütungen zu hinterlegen.

Etablierung einer Schiedsstelle für nicht über die Landesrettungsdienstgesetze abgedeckten Fahrten

Um die Notfallrettung effektiv einsetzen zu können, bedarf es eines leistungsfähigen qualifizierten Krankentransports. Zum Teil ist es zu beobachten, dass dieser angebotsbedingt von Patientinnen und Patienten in Anspruch genommen werden muss, die entsprechend der Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses eigentlich im Krankenfahrtdienst zu befördern wären. Dies liegt daran, dass mancherorts kein leistungsfähiges Angebot im Krankenfahrtdienst (mehr) besteht, da sich die Kostenträger einer nachhaltigen Finanzierung dessen verwehren. Eine Schiedsstelle, wie sie in den meisten Landesrettungsdienstgesetzen vorgesehen ist, besteht für Fahrten, die nicht von den Landesrettungsdienstgesetzen abgedeckt sind, nicht. Somit kommt bei fehlender Einigungsbereitschaft kein Angebot für die Patientinnen und Patienten zustande. Die Etablierung einer Schiedsstelle würde hier Abhilfe schaffen. Mit einem leistungsfähigen Krankenfahrtdienst könnten der qualifizierte Krankentransport und die Notfallrettung entlastet, alle Einsatzmittel indikationsgerecht eingesetzt und letztlich die Kosten im Gesamtsystem gesenkt werden

Einzelregelungen

§ 75 Abs. 1b SGB V (n. F.)

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt ausdrücklich, dass die Dienstzeiten eines aufsuchenden KV-Dienstes auf 24 Stunden täglich verlängert werden sollen. Um diesen effektiv und mit einem spürbaren Mehrwert für die Bürgerinnen und Bürger nutzbar zu machen, bedarf es hier weiterreichender Regelungen, die den Dienst konkretisieren. Dabei muss auch für den aufsuchenden KV-Dienst eine zeitliche Vorgabe etabliert werden, innerhalb derer er seinen Versorgungsbereich abzudecken vermag. Angeregt wird daher, den aufsuchenden Dienst an die verschiedenen KV-Planungsbereiche oder mindestens die Landkreise zu koppeln. Damit gilt es zu unterbinden, dass ein aufsuchender Dienst zwar formell angeboten, aufgrund von ausufernden oder gar zusammengelegten Versorgungsbereichen und damit verbundenen langen Fahrt- und Wartezeiten praktisch nicht nutzbar wird. Nur so kann eine effektive Entlastung des Rettungsdienstes bewirkt werden.

Positiv hervorzuheben ist, dass der Bundesgesetzgeber die Kooperationsmöglichkeit mit den Rettungsdiensten explizit in § 75 Abs. 1b S. 7 SGB V (n. F.) regelt. An dieser Stelle gilt zu bedenken, dass die Übernahme des eigentlichen den kassenärztlichen Vereinigungen obliegenden, aufsuchenden Dienstes keine originär rettungsdienstliche Tätigkeit ist. Die Hilfsorganisationen, die in Deutschland überwiegend den Rettungsdienst gewährleisten und mit § 75 Abs. 1b S. 7 SGB V (n. F.) zur Kooperation mit den kassenärztlichen Vereinigungen ermächtigt werden, beschäftigen neben Mitarbeitenden mit rettungsdienstlicher Qualifikation außerdem qualifiziertes, nichtärztliches Personal. Der Bundesgesetzgeber sollte ermöglichen, dass die Rettungsdienstanbieter im Rahmen der Kooperationsmöglichkeit auch dieses qualifizierte, nichtärztliche Personal zum Einsatz bringen zu können. Die direkte Einbindungsmöglichkeit des nichtärztlichen Personals nach § 75 Abs. 1b S. 6 SGB V (n. F.) bei den kassenärztlichen Vereinigungen würde hierfür nicht ausreichen.

Im Rahmen der abzuschließenden Kooperationsmöglichkeiten sind die notwendigen Qualifikationen dar- und eine nachhaltige Finanzierung sicherzustellen. An dieser Stelle gilt es zu betonen, dass die Lösungen präsent sind. Im Rahmen der neu auszurichtenden Gesundheits- und Notfallversorgung gilt es, Lösungen weg von Projekt- und hin zu Regelfinanzierung auszurichten.

§ 75 Abs. 1c SGB V (n. F.)

Die Johanniter-Unfall-Hilfe begrüßt den Vorstoß, die telefonische Erreichbarkeit der 116 117 an gesetzlich vorgegebene Qualitätsvorgaben zu koppeln. Dabei ist die vorgegebene Zielerreichung von 75 % in drei Minuten und 95 % in zehn Minuten deutlich zu niedrig und die Wartezeit zu lang, um für die Bürgerinnen und Bürger eine effektive Ansprechbarkeit zu gewährleisten und eine Entlastung der Rettungsleitstellen zu bewirken. Sofern bereits bei dem jetzigen Regelungsstand davon ausgegangen wird, dass jeder vierte mehr als drei Minuten warten muss, besteht die nicht zu vernachlässigende Perspektive, dass diese Hilfesuchenden letztlich doch wieder den Notruf wählen.

Im Rettungsdienst werden die eingehenden Notrufe binnen Sekunden angenommen.

Um hier eine effektive Ansprechbarkeit zu gewährleisten, regt die Johanniter-Unfall-Hilfe eine telefonische Erreichbarkeit von 75 % in einer Minute und 95 % in drei Minuten an.

§ 123 Abs. 1 SGB V (n. F.)

Mit der Etablierung gemeinsamer Versorgungsmöglichkeiten der ambulanten und der stationären Notfallversorgung schafft die Bundesregierung, einen großen Schritt in Richtung der sektorenübergreifenden Sicherstellung der notfallmedizinischen Versorgung zu gehen.

Bei der Schaffung eines interoperablen Datenformates im Sinne des § 123 Abs. 1 S. 5 SGB V (n. F.) ist der Rettungsdienst ebenfalls mitzudenken. Hier gilt es, eine medienbruchfreie Übertragungsmöglichkeit der präklinischen Notfallversorgung in die integrierten Notfallzentren sicherzustellen. Gleichsam ist im Rahmen eines dienste-übergreifenden Nutzungskonzeptes zu planen, dass alle relevanten Akteure Daten beibringen und auch im System nutzen können. Es gilt zu vermeiden, dass an der Versorgung Beteiligte mit vorgeschobenen Datenschutzbedenken oder Diskussionen zur Hoheit der im System verorteten Daten ausgeschlossen werden.

§ 123 Abs. 2 SGB V (n. F.)

Als besonders herausragend begrüßt die Johanniter-Unfall-Hilfe die gesetzliche Regelung zur Delegationsübertragung, da diese auch für die präklinische Versorgung wegweisend ist und sich in die grundsätzliche Regelung des § 13 Abs. 1b BtMG einreicht.

Daran anknüpfend sollte der Bundesgesetzgeber bei einer Reform der Notfallversorgung klarstellen, dass die Möglichkeit der Generaldelegation im Rettungsdienst besteht und die Versorgung gemäß zu bestimmenden, standardisierten ärztlichen Vorgaben im Rahmen des bestehenden Rechtsrahmens möglich sowie angezeigt ist. Im Rahmen einer etwaig anstehenden Reform vergütungsrechtlicher Regelungen für den Rettungsdienst, sind Bereiche mit standardisierten ärztlichen Vorgaben zum kompetenzorientierten Einsatz von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern vergütungsrechtlich begünstigend zu berücksichtigen.

Darüber hinaus begrüßt die Johanniter-Unfall-Hilfe die Regelung, dass Patientinnen und Patienten mit vorangegangener telefonischer Ersteinschätzung bei gleicher medizinischer Behandlungsdringlichkeit vorrangig zu Patientinnen und Patienten, die das integrierte Notfallzentrum primär und ohne Vorkontakt aufsuchen, behandelt werden. Gleichzeitig gilt es, medial und kommunikativ sicherzustellen, dass bei der Bevölkerung sich die Saga nicht weiter festigt, dass man im Rahmen rettungsdienstlicher Vorstellung ebenfalls priorisiert behandelt wird.

§ 123a Abs. 1 SGB V (n. F.)

Der Gesetzgeber sieht bei der Einrichtung der integrierten Notfallzentren eine Erreichung binnen 30 Minuten für 95 % der Bevölkerung vor. Diese Vorgabe der Zielerreichung unterstreicht die vorangegangene Forderung der notwendigen Kopplung von Krankenhaus- und Rettungsdienstbedarfsplanung.



JOHANNITER

**Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.
Bundesgeschäftsstelle**

Lützowstraße 94
10785 Berlin

Telefon 030 26997-0
Telefax 030 26997-444
info@johanniter.de
www.johanniter.de

Bundesvorstand (§26 BGB):

Jörg Lüssem
Thomas Mähner
Christian Meyer-Landrut

Ansprechpartner:

Kevin Grigorian, LL.M., MBA
Geschäftsbereichsleiter
Geschäftsbereich Rettung & Medizinische Dienste
rettungsdienst@johanniter.de