

**Stellungnahme des Forums Rettungswesen und Katastrophenschutz im
Paritätischen Gesamtverband zum Entwurf eines Gesetzes zur
Reform der Notfallversorgung (Notfallgesetz - NotfallG)**

*Referentenentwurf des Bundesministeriums für
Gesundheit vom 03.06.2024*

Vorbemerkung

Der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V. ist einer der sechs Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Deutschland und Dachverband von über 10.800 eigenständigen Organisationen im Sozial- und Gesundheitswesen. Zu seinen überregionalen Mitgliedsorganisationen zählen auch der Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e. V. (ASB), die Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft (DLRG), die Björn Steiger Stiftung sowie der Bundesverband Rettungshunde e. V. (BRH), die im Forum Rettungswesen und Katastrophenschutz¹ zusammengeschlossen sind. Das Forum verfolgt die satzungsgemäße Aufgabe, Maßnahmen des Rettungsdienstes, der Notfallversorgung und des Katastrophen-/ Bevölkerungsschutzes überwiegend im Inland zu organisieren, durchzuführen und zu verbessern sowie die damit verbundene Interessenvertretung zu leisten. Es nimmt die Funktion eines eigenständigen Fachbereichs im Paritätischen Gesamtverband wahr.

Vor diesem Hintergrund bedankt sich das Forum Rettungswesen und Katastrophenschutz für die Möglichkeit zur Stellungnahme und nimmt diese im Folgenden gerne zu ausgewählten Regelungen des Referentenentwurfs wahr.

A. Einleitung und Zusammenfassung

Deutschland verfügt über ein relativ gut ausgebautes, mehrschichtiges Notfallversorgungssystem (ärztlicher Bereitschaftsdienst, klinische Notaufnahmen, Rettungsdienst). Diese drei Versorgungsbereiche sind jedoch mit Blick auf deren Planung und Finanzierung sowie die Organisation der Leistungserbringung unterschiedlich geregelt und wenig bis gar nicht miteinander vernetzt.

¹ <https://www.der-paritaetische.de/themen/gesundheits-teilhabe-und-pflege/forum-rettungswesen-und-katastrophenschutz/katastrophenschutz/>

Es fehlen gemeinsame, übergreifende Planungs- und Koordinationsmechanismen. Stattdessen sind die Strukturen, Prozesse und Zuständigkeiten stark kommunalisiert. An den Schnittstellen der Versorgungsbereiche kommt es oftmals zu Fehlanreizen und Parallelstrukturen. Zudem werden insbesondere die Notaufnahmen und Rettungsdienste aufgrund der eingeschränkten Möglichkeiten zur effizienten und sachgerechten Patient*innensteuerung über ihre Ressourcen und Belastungsgrenzen hinweg beansprucht, oftmals ohne das Vorliegen eilbedürftiger medizinischer Notfälle. Diese Belastungssituation könnte sich mittelfristig durch die Auswirkungen der bevorstehenden Krankenhausreform und den damit einhergehenden Veränderungen in der Versorgungslandschaft noch weiter zuspitzen. Das stellt sowohl Patient*innen als auch Leistungserbringer und Fachkräfte vor erhebliche Probleme, die dringend gelöst werden müssen.

Im Koalitionsvertrag haben sich die Regierungsparteien darauf verständigt, die Notfallversorgung zu reformieren. Hierfür sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen Integrierte Notfallzentren betreiben und dabei eng mit den Krankenhäusern kooperieren. Durch eine Verschränkung mit den Leitstellen und standardisierte Einschätzungssysteme (telefonisch, telemedizinisch oder vor Ort) soll eine bedarfsgerechtere Steuerung der Patient*innen erreicht werden. Zudem soll das Rettungswesen als eigenständiger Leistungsbereich im SGB V anerkannt werden.

Insofern sind die Ziele des vorliegenden Referentenentwurfs, die Vernetzung und Kooperation der Notfallversorgungsbereiche zu stärken, sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen zu schaffen und Hilfesuchende insgesamt besser in die für sie richtige Versorgungsebene zu steuern und dadurch insbesondere die Notaufnahmen und Rettungsdienste zu entlasten, aus Sicht des Forums Rettungswesen und Katastrophenschutz grundsätzlich sehr zu begrüßen. Darüber hinaus sind standardisierte und durch evidenzbasierte Richtlinien gestützte Ersteinschätzungsverfahren unerlässlich für eine gelingende Neuordnung der Notfallversorgung. Ein erster wichtiger Schritt in diese Richtung ist insofern die geplante Verschränkung der Leitstellen. Insgesamt muss es das langfristige Ziel sein, einen kontinuierlichen Informationsfluss zwischen allen Beteiligten auf Grundlage einer einheitlichen und für alle zugänglichen Notfallakte zu gewährleisten.

Auch die avisierte Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen im Bereich der notdienstlichen Akutversorgung ist aus Sicht des Forums notwendig und richtig, insbesondere mit Blick auf die Bereitstellung einer telemedizinischen und aufsuchenden Versorgung.

Umfang und Ausgestaltung gilt es jedoch mit regionalen Bedarfslagen und gesundheitsökonomischen Gegebenheiten in Einklang zu bringen. Gleiches gilt für die geplante Errichtung von Integrierten Notfallzentren.

Mehr als ernüchternd ist, dass die angekündigte Reform des Rettungsdienstes im vorliegenden Entwurf vollständig ausgeklammert wurde. Hier sehen wir dringenden Ergänzungsbedarf noch vor der Kabinettsbefassung (siehe Teil C).

B. Besonderer Teil - Stellungnahme zu ausgewählten Regelungen des Referentenentwurfs

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch:

Integrierte Notfallzentren - § 90 Abs. 4a (neu) i.V.m. §§ 123 (neu), 123a (neu) und 123 b (neu)

Integrierte Notfallzentren sollen als sektorenübergreifende Notfallversorgungsstrukturen etabliert werden. In diesen sollen zugelassene Krankenhäuser und die Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich so zusammenarbeiten, dass immer eine bedarfsgerechte ambulante medizinische Erstversorgung bereitsteht. Die Integrierten Notfallzentren sollen aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung im oder am Krankenhausstandort und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle bestehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und ausgewählte Krankenhäuser sollen verpflichtet werden, sich an Integrierten Notfallzentren zu beteiligen. Zusätzlich sollen zu Sprechstundenzeiten vertragsärztliche Leistungserbringer als „Kooperationspraxen“ an Integrierte Notfallzentren angebunden werden können.

Bewertung:

Die Bemühungen, sektorenübergreifende und gut miteinander vernetzte Notfallversorgungsstrukturen aufzubauen, weisen aus Sicht des Forums in die richtige Richtung.

Das in § 90 Abs. 4a (neu) vorgesehene Anhörungsrecht für Vertreter der Leistungserbringer im Rettungsdienst bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach § 123 Absatz 6, 123a Absatz 1 sowie § 123b Absatz 1 im Landesausschuss wird ausdrücklich begrüßt.

Insgesamt sind Kostenträger und Leistungserbringer ebenso wie Patient*innenorganisationen bei der weiteren Ausgestaltung der Zentren intensiv zu beteiligen, insbesondere mit Blick auf die Versorgungssituation in ländlichen/strukturschwachen Regionen, potenziell entstehende Parallelstrukturen z.B. hinsichtlich der bestehenden hausärztlichen Versorgung, die Erfordernisse zur Qualitätssicherung sowie die notwendigen finanziellen Mittel und zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen.

Gesundheitsleitsystem - § 133a (neu) SGB V

Durch die Errichtung des Gesundheitsleitsystems soll die Vernetzung der Rettungsleitstellen unter der Notrufnummer 112 mit den Akuteitstellen unter der Rufnummer 116117 geregelt werden: Die bisherigen Aufgaben der Terminservicestelle im Bereich der Akutfallvermittlung soll zukünftig die sogenannte Akuteitstelle der Kassenärztlichen Vereinigung wahrnehmen. Deren Verschränkung mit den Rettungsleitstellen soll eine bessere Steuerung von Hilfesuchenden ermöglichen. Dabei soll die digitale Fallübergabe mit medienbruchfreier Übermittlung bereits erhobener Daten wechselseitig möglich sein.

Bewertung:

Zu Absatz 2 - Kooperationsvereinbarungen zur Bildung von Gesundheitsleitsystemen:

Ausweislich der Begründung muss die Initiative zur Schließung einer Kooperationsvereinbarung vom Träger der Rettungsleitstelle ausgehen. Daraufhin sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Kooperation verpflichtet werden. Als Voraussetzung hierfür muss die Rettungsleitstelle über eine digitale standardisierte Notrufabfrage verfügen. Diese Regelungen sind grundsätzlich zu begrüßen, allerdings sollten Charakter und Umfang der zu schließenden Kooperation detaillierter im Gesetzestext beschrieben werden. Insbesondere fehlen derzeit konkrete Verfahrensregelungen und Strukturen im Falle einer Nichteinigung (z.B. durch eine Schiedsstelle).

Die vorgesehene Verpflichtung zur Übernahme und unverzüglichen Bearbeitung von Fällen, die aufgrund des Ergebnisses des jeweiligen Abfragesystems und der erfolgten Festlegungen der Zuständigkeiten an die jeweils andere Leitstelle übergeben werden, ist aus Sicht des Forums zu begrüßen.

Ebenfalls positiv bewertet wird die vorgesehene Nutzung der Telematikinfrastruktur für die Vernetzung, sobald die hierfür erforderlichen Dienste und Komponenten flächendeckend zur Verfügung stehen sowie die Pflicht der Zurverfügungstellung einer technischen und inhaltlichen Schnittstelle zur Fallübergabe durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Hierfür ist eine angemessene Ausstattung (finanziell, materiell, inkl. Software und Schulung) u.a. von Leitstellen und Rettungsdiensten unabdingbar, um TI-Anwendungen vollintegriert nutzen zu können. Zur Begleitung und Evaluation der Umsetzung sollten zudem kooperative Arbeitsgruppen innerhalb der Gematik in Zusammenarbeit mit allen relevanten Akteuren der Notfallversorgung eingerichtet werden.

C. Zusätzlicher Ergänzungsbedarf

Die angekündigte Reform des Rettungsdienstes bleibt im vorliegenden Referentenentwurf zu unserem großen Bedauern vollständig unberücksichtigt.

Aktuell ist die rettungsdienstliche Notfallversorgung kein eigenständiges medizinisches Leistungssegment, sodass Versicherte lediglich Anspruch auf Kostentragung für Rettungsfahrten und Krankentransporte gemäß §§ 60 („Fahrtkosten“) und 133 SGB V („Versorgung mit Krankentransportleistungen“) in Verbindung mit der Krankentransport-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) haben. Dieser Anspruch ist zudem an das Vorliegen einer medizinisch notwendigen Krankenbehandlung i.S.d. § 27 SGB V geknüpft.

Folglich wird die medizinische Versorgung am Notfallort oder auf dem Weg in die geeignete Versorgungseinrichtung nur dann getragen, wenn der Transport insgesamt zum Zweck einer medizinischen (Weiter-)Behandlung erfolgte. Das bedeutet auch, dass eine Kostenübernahme durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ausgeschlossen ist, wenn z.B. die medizinische Versorgung abschließend durch eine*n Notärzt*in/ Notfallsanitäter*in am Notfallort erfolgt oder aber ein Transport zum Zweck einer medizinischen Behandlung nicht erforderlich ist. Dadurch entsteht ein Fehlanreizsystem (unnötige Transporte, kosten- und personalintensive Behandlungen im Krankenhaus, die nicht zwingend notwendig gewesen wären), was im Widerspruch zum Wirtschaftlichkeitsgebot der GKV gem. § 12 SGB V steht. Hinzu kommt, dass die entsprechenden Entgelte je nach Finanzierungsmodell (Submission oder Konzession) regional sehr unterschiedlich ausfallen; das betrifft auch die Leitstellen und macht eine Zusammenarbeit über Ländergrenzen hinweg nochmals schwieriger.

Die Berücksichtigung u.a. der Leistung der Leitstelle, der präklinischen Notfallversorgung vor Ort sowie des Notfalltransports (Einsatz- und Fahrtkosten) als eigenständige Leistungsbereiche im SGB V ist zur Lösung dieser komplexen Problemlage ein erster wichtiger Schritt. Ferner muss auch für die Finanzierung der Anbindung aller Akteur*innen des Rettungswesens an die Telematikinfrastruktur inklusive der notwendigen Ausstattung u.a. der Leitstellen und Rettungsdienste gesorgt werden. Für eine integrierte Zusammenarbeit in gemeinsamen Notfallzentren und Leitstellen bedarf es zudem auch der horizontalen und vertikalen Integration und Koordination der bestehenden Rettungsdienststrukturen und -systeme auf Landes- und Bezirksebene durch bundeseinheitlich geregelte Standards, die dringend geschaffen werden müssen.

Die Regierungskommission² schlägt zur Verankerung rettungsdienstlicher Leistungen die Aufnahme der Notfallbehandlung als eigenständiges Leistungssegment in § 27 SGB V vor. Der Leistungsanspruch könne durch eine Neufassung der §§ 60 und 133 SGB V konkretisiert werden. Dabei soll die Verantwortung der Länder und Kommunen für die Gefahrenabwehr und die Investitionskosten beachtet werden.

Damit sollen bundeseinheitliche Qualitätsvorgaben sowie tragfähige Rahmenbedingungen für Entgeltverhandlungen (für Leitstellen, medizinische Leistungen des Rettungsdienstes sowie Fahrtkosten bei medizinischen Notfällen) geschaffen werden. Hierfür wird eine duale Finanzierung vorgeschlagen (Länder tragen die Investitionskosten, der Bund bzw. die GKV die Betriebs- und Vorhaltekosten). Dadurch soll es zur bundesweiten Etablierung eines Vertragsmodells kommen, bei dem die Entgelte zwischen den nach den jeweiligen Landesrettungsdienstgesetzen vorgesehenen Trägern des Rettungsdienstes und den Kostenträgern (Krankenkassen) vereinbart werden (Basistarif und variabler Leistungsanteil). Das Forum Rettungswesen und Katastrophenschutz im Paritätischen begrüßt die Reformvorschläge der Regierungskommission ausdrücklich.

Die Sicherstellung einer bundeseinheitlichen Struktur- und Versorgungsqualität ist auch nach Einschätzung der Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestags³

² <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/regierungskommission-legt-rettungsdienst-konzept-vor-pm-07-09-23>

³ Sachstand zur Reichweite der Gesetzgebungskompetenz des Bundes bei einer Verankerung der Notfallversorgung im SGB V ([WD 9 - 3000 - 093/23](#) vom 10.04.2024)

von der Sozialversicherungskompetenz des Bundes umfasst (Beitrags- und Leistungsaspekte). In Anlehnung an die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts wäre die Voraussetzung zur Gesetzgebungskompetenz des Bundes daher die Festlegung bundeseinheitlicher Pauschalen für die Erfüllung von Strukturqualitätsparametern (Notfallmanagement, Notfallbehandlung, Transport etc.). Die Finanzierungsverantwortung für die Aufgaben bliebe weiter bei den Ländern. Der Bundesgesetzgeber könnte demnach laut Gutachten z.B. den in § 133 Abs. 1 S. 1 SGB V normierten Landesvorbehalt streichen und bundeseinheitliche Vergütungsvorgaben verbunden mit dezidierten Qualitätsparametern festlegen.

Im Falle einer hier skizzierten, bundeseinheitlichen Notfallreform müsste sich eine intensive Qualitätsdebatte unter Beteiligung aller maßgeblichen Akteure im Bereich der Notfallversorgung und des Rettungswesens anschließen, auch um Zuständigkeiten und Mitwirkungsmöglichkeiten (z.B. im Rahmen der Selbstverwaltung) bei der Entwicklung von Qualitätsparametern verbindlich zu regeln.

Überdies sollte auch dem Umstand Rechnung getragen werden, dass viele Patient*innen Leistungen der Notfallversorgung anfordern und damit Ressourcen binden, ohne diese aus medizinischer Sicht akut zu benötigen. Insofern ist u.a. auch die bevölkerungsbezogene Gesundheitskompetenz gezielter zu fördern, wie es im Rahmen der EHS-Module der Hilfsorganisationen⁴ bereits praktiziert wird (Stärkung von Vorsorge- und Selbsthilfefähigkeiten, Information und Aufklärung zum Notfallversorgungssystem und entsprechenden Anlaufstellen im Akutfall). Auch sollte der Umgang mit "frequent users" politisch stärker diskutiert werden. Daran schließen sich z.B. auch Fragen zur Notwendigkeit alarmierbarer Pflegeressourcen (z.B. Acute Community Nursing oder Gemeindenotfallsanitäter*innen) und/ oder sozialer/ psychologischer/ psychiatrischer Hilfsangebote an. Das Forum Rettungswesen und Katastrophenschutz im Paritätischen steht hierfür als Ansprechpartner sehr gerne zur Verfügung.

Kontakt:

gesundheit@paritaet.org

⁴ https://www.bbk.bund.de/DE/Themen/Akademie-BABZ/BABZ-Angebot/Studium-Ausbildung-im-BeVS/EHSH/ehsh_node.html