

06. November 2023

Stellungnahme zu den Gutachten der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

(4. Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen und 9. Rettungsdienst und Finanzierung)

- Wir begrüßen, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung für die Bürger:innen verbessert werden soll. Die Stärkung des ambulanten ärztlichen Bereitschaftsdienstes nach den Heilberufegesetzen und seine Zugänglichkeit und Steuerung einschließlich der Krankenhausportale ist außerordentlich positiv und wir erwarten, dass dies auch die Belastung der Notfallversorgung reduziert und deren Handlungsfähigkeit erhält.
- Der Rettungsdienst leistet mit der Notfallrettung seinen Beitrag im Gleichklang aller Beteiligten im Gesundheitssystem. Die Notfallrettung als Teil des Rettungsdienstes in Deutschland funktioniert mit hoher Verlässlichkeit, Qualität und Geschwindigkeit. Notfallpatienten mit lebensbedrohlichen Verletzungen und Erkrankungen wird nach hohen medizinischen und technischen Standards innerhalb von Minuten geholfen. Dies ist verbunden mit der selbstverständlichen Verzahnung der weiteren Sektoren der Gefahrenabwehr, insbesondere der technischen Rettung (Brandbekämpfung, Technische Hilfe, Katastrophenschutz). Das ist ein verlässlich funktionierendes und zu schützendes System.
- Das grundsätzlich funktionierende System des Rettungsdienstes wird derzeit durch eine starke Fehlinanspruchnahme von Notfallrettung und Krankentransport bedroht, da andere präklinische bzw. ambulante Versorgungseinrichtungen außerhalb der zeitkritischen Gefahrenabwehr nicht ausreichend funktionsfähig sind.
Ein wesentlicher Beitrag kann hier durch eine Stärkung des ambulanten Versorgungssystems außerhalb des Rettungsdienstes geschaffen werden:
Neben einem schnell erreichbaren und reagierenden kassenärztlichen Notdienst sind weitere nicht-ärztliche Antwortmöglichkeiten auf Hilfeersuchen im Rahmen der Notfallversorgung (z.B. „Gemeindenotfallsanitäter“), aber auch im pflegerischen und sozialen Bereich notwendig.
- Die Einrichtung von integrierten Notfallzentren ist ein zu begrüßender Baustein zur Vernetzung der Notfallversorgung im Sinne einer Anlaufstelle für den Bürger. Zu fordern ist zudem die generelle Erweiterung der Verfügbarkeit des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, auch zu den Sprechstundenzeiten (24/7-Präsenzdienste, -Fahrdienste und -hausärztliche Telekonsultation wie Videosprechstunden).
- Eine aktiver Rolle des Rettungsdienstes bei Einsätzen des ambulanten kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes und seiner Steuerung wird immer durch die Priorität der Gefahrenabwehr gekennzeichnet sein, die Notfallrettung als hohes Schutzwert darf nicht geschwächt oder gefährdet werden. Neue kommunale Pilot-Konzepte mit Ressourcen zur Vor-Ort-Sondierung, medizinischen

Versorgung, zum Patienten-Lotsen und für pflegerische, auch soziale Maßnahmen schließen derzeit pragmatisch Lücken und belegen die fehlende Leistungsfähigkeit des ambulanten Sektors und die Notwendigkeit seiner Überprüfung.

- Die deutschlandweit **Integrierten Leitstellen der Gefahrenabwehr**, die den europaweiten Notruf 112 abfragen, sind funktionell zu schützen. Sie sind für die Steuerung von Notfall-Einsätzen mit lebensbedrohlichen Zuständen im Rettungsdienst, bei Bränden, Unfällen und Notständen bis hin zu Katastrophenlagen verantwortlich und arbeiten mit minutenkurzen Entscheidungs- und Reaktionszeiten. Diese zeitkritischen komplexen Aufgaben mit ihren hochverfügbaren verwobenen Strukturen und Prozessen dürfen nicht mit zusätzlichen nicht zeitkritischen Aufgaben konkurrieren. Die KV-Servicestellen (Nummer 16117) für die ambulante Versorgung durch Haus- und Fachärzte mit ihren extrem hohen Fallzahlen und ihrer gewünschten Selektivität sind daher organisatorisch zu trennen und gleichzeitig mit verlässlichen Übergabeschnittstellen anzubinden. Hierzu bieten wir unsere fachliche Mitarbeit im Rahmen der Gesetzgebung ausdrücklich an.
- Die Verbesserung der Zugänglichkeit der KV-Servicestellen unter der Nummer 116117 und ihrer ambulanten Bereitschaftsdienste für die 112, die Integrierten Leitstellen der Gefahrenabwehr, wird ausdrücklich begrüßt und die Gewährleistung der unverzüglichen Patientenübernahme eingefordert, um bei fehlerhafter Inanspruchnahme die Notfallressourcen schnell wieder freizubekommen.
- Die Finanzierung der Notfallrettung muss bedarfsorientiert bleiben. Die Notfallrettung als Daseinsvorsorge und Gefahrenabwehr ist nach Landesrecht gesetzlich standardisiert und kann sich daher heute weitgehend am Bedarf orientieren und ist überwiegend auch entsprechend finanziert. Damit hat sich die bestehende Regelung außerhalb des SGB V bewährt – auch unter der aktuellen Überlastungssituation. Eine Integration in budgetorientierte Systeme würde das Versorgungsniveau beeinträchtigen und die Integration und Verzahnung mit der technischen Rettung und der Vorbereitung auf Katastrophen erschweren. Das System des Gemeinsamen Bundesausschusses ist weder fachlich noch repräsentativ für den verwobenen und nicht rein-medizinischen Gefahrenabwehrsektor Rettungsdienst geeignet, der in der Verantwortung der Länder und Kommunen zuverlässig liegt.
- Die elektronische Behandlungsakte hat auch für die Notfallrettung viele Vorteile und die nachhaltigen Bemühungen für ihre Einführung werden von uns unterstützt. Zusätzlich erwarten wir die sichere Zugänglichkeit für die Integrierte Leitstelle und das Rettungsfachpersonal im Einsatz.
- Der Begriff der Integrierten Leitstellen besteht seit Jahrzehnten für die Notfalleitstellen der Gefahrenabwehr, in denen der europaweite Notruf 112 abgefragt wird. Für die Servicezentralen, in denen die 116117 abgefragt wird, sollten andere geeignete Begriffe verwendet werden.
- Eine Erweiterung der Kompetenzen für Notfallsanitäter:innen wird grundsätzlich positiv gesehen. Eine Akademisierung der Ausbildung für die Durchführung von erweiterten Maßnahmen muss in dem Zusammenhang jedoch kritisch betrachtet werden, diese führt nicht zu einer Verbesserung der Handlungskompetenzen: Notfallsanitäter:innen sind bereits jetzt durch Bundesgesetz fachlich für invasive Maßnahmen qualifiziert. Auch besteht anhaltend ein flächendeckender Fachkräftemangel. Ärztliche Unterstützung kann im Einsatz durch Telemedizin bei Bedarf niederschwellig hinzugezogen werden.

- Ein präklinischer Einsatz von Ärzten kann hierdurch sicherlich reduziert werden, die grundsätzliche Beschränkung auf Hubschrauber (keine flächendeckende Bedarfsdeckung, z.B. wetterabhängig) und Telemedizin muss jedoch ebenfalls kritisch gesehen werden. Für die Durchführung einiger Maßnahmen bei der Patientenversorgung ist eine umfangreiche klinische Erfahrung erforderlich, welche auch durch eine Akademisierung der Ausbildung für Notfallsanitäter:innen nicht kompensiert werden könnte. Ärztliche Leitungen im Rettungsdienst sind bereits bundesweit etabliert.
- Der Bedarf für eine deutlich verlängerte Qualifikationsdauer von Rettungssanitäter:innen wird nicht gesehen: in der Notfallrettung wird durch diese eine Assistenz-Funktion für Notfallsanitäter:innen ausgeübt, es müssen keine eigenverantwortlichen Maßnahmen durchgeführt werden. Eine Verlängerung der Ausbildungsdauer hätte eine erhebliche Schwächung der Gefahrenabwehr zur Folge, durch eine weitere Verstärkung des Fachkräftemangels und die Gefährdung der Funktionsfähigkeit des Katastrophenschutzes (im Ehrenamt nicht leistbar).

Erläuterungen:

Die Notfallrettung als Teil des Rettungsdienstes in Deutschland funktioniert mit hoher Verlässlichkeit, Qualität und Geschwindigkeit sowie mit selbstverständlicher Verzahnung der weiteren Sektoren der Gefahrenabwehr, insbesondere der technischen Rettung (Brandbekämpfung, Technische Hilfe, Katastrophenschutz). Notfallpatienten wird nach hohen medizinischen und technischen Standards innerhalb von Minuten geholfen. Unter anderem die im Gutachten beschriebenen Schwierigkeiten in der ambulanten Versorgung mit Haus- und Facharzt-Leistungen führen seit Jahrzehnten zu hohen Fallzahlsteigerungen bei den Notfalleinsätzen.

Die Notfallrettung benötigt für eine weiterhin so hohe eigene Leistungsfähigkeit eine deutliche Leistungssteigerung des ambulanten ärztlichen Bereitschaftsdienstes, wie sie das Sozialgesetzbuch und die Heilberufegesetze der Länder längst fordern und unter die Aufsicht der Gesundheitsministerien stellen. Konkret muss die 11 6 11 7 für die Bürger:innen verlässlich erreichbar sein, dort müssen ausreichende und Spitzenlast-Ressourcen zur zeitnahen Disposition von ambulanter Hilfeleistung verfügbar sein und ambulante Zentren, zum Beispiel naheliegend an Krankenhäusern (Ambulanzen), müssen für die Bürger:innen rund um die Uhr zugänglich sein.

Es ist richtig, dass jeder Mensch den Notfall für sich selbst definiert. Dies hängt von vielen individuellen Randbedingungen und Umständen ab. Es ist nicht richtig, dass der Staat und das Gesundheitssystem daraus ableiten, dass diese individuelle Definition damit für das System übernommen wird. Auch in Zukunft muss ein lebensbedrohlicher Notfall in jeder Beziehung vom Staat und vom Gesundheitssystem besonderen Schutz und besondere Aufmerksamkeit erhalten. Daher ist der Staat in der Pflicht, sein System zur Notfallrettung vor Schwächung durch ein Übermaß an Fehl-Nutzungen durch niedrigpriorisierte Hilfeersuchen zu schützen. Die Notfallrettung kann nicht Verfügbarkeitsdefizite des ambulanten Sektors im Gesundheitssystem auffangen, der 15-fach mehr Finanzressourcen im Gesundheitssystem bewirtschaftet. Dabei führt eine Erhöhung der Verfügbarkeit ärztlich ambulanter Versorgung zu mehr Wirkung als große Aufklärungskampagnen für die Bevölkerung, weil erst dann Bürger:innen das Bereitschaftssystem akzeptieren werden.

Dann bleibt immer ein Anteil von Einsätzen der Notfallrettung, die insbesondere bei retrospektiver Betrachtung keine solchen sind. Das ist unschädlich, hilfreich für andere Strukturen und vielmehr Ausdruck der Leistungsfähigkeit, Akzeptanz und ausreichenden Dimensionierung des Systems. Der Anteil solcher Einsätze ist aber zu stark gestiegen und muss begrenzt werden. Dazu benötigen die Integrierten Leitstellen

der 112 mehr niederschwellig zu disponierende Einsatzmittel (z. B. Notfall-KTW). Dies ist aber Aufgabe der Landesgesetzgeber in Zusammenarbeit mit den Kostenträgern und in den meisten Ländern bereits initiiert.

Der Begriff der Integrierten Leitstelle wurde über viele Jahrzehnte so geprägt und ist deutschlandweit etabliert. In diesen Integrierten Leitstellen der Gefahrenabwehr werden alle Notfälle bei Bränden, Unfällen und medizinischen Notfällen nach sehr hohen Ansprüchen an Verfügbarkeit, Qualität und Geschwindigkeit bearbeitet. Unmittelbar an oder in diesen Leitstellen befinden sich Strukturen, um Einsätze mit einem hohen Koordinierungsbedarf bis hin zu Katastrophenlagen zu bewältigen. Zusätzlich sind die Leitstellen Säulen des Krisenmanagements der Kreise, kreisfreien Städte und Länder und Knoten des vernetzten Warn- und Informationssystems für Bürger:innen in Not.

Eine Beaufschlagung dieser lebenswichtigen Notfallstrukturen durch niedrigpriorisierte Hilfeersuchen ist mit erheblichen Risiken verbunden. Die Integrierten Leitstellen der Gefahrenabwehr für Rettungsdienst, Brandschutz, Technische Hilfe und Katastrophenschutz handeln unter gesetzlich normierten Zeitdruck, um die Bürger:innen fachdienst-übergreifend zu schützen, und können daher nicht durch aufwändige Selektionsverfahren von Anrufen, Beratungen oder Lotsenfunktionen im Gesundheitswesen im hochfrequentierten „Front-Office“ der 112-Notrufe behindert werden. Hier irrt das Gutachten bereits organisationswissenschaftlich.

Was im Gutachten als „Integrierte Leitstelle“ beschrieben wird, sind gute Strukturen für die KV-Servicestellen der 116117 des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Der Name der Integrierten Leitstelle ist für die bestehenden der 112 geschützt und sollte beibehalten werden. Für die Telefon- und Koordinationszentralen der 116117 können andere Begriffe gefunden werden.

Die Zusammenarbeit von bestehenden Integrierten Leitstellen der Gefahrenabwehr mit dem europaweiten Notruf 112 und den KV-Servicestellen der Sonderrufs 116117 ist zu verbessern, für die Integrierten Leitstellen muss die Notfallrettung immer Priorität haben und darf nicht durch neue Aufgaben behindert werden. In den letzten drei Jahrzehnten wurden deutschlandweit ehemals getrennte Leitstellen für Feuerwehr, Rettungsdienst und Katastrophenschutz mit Ausnahme der polizeilichen Szenarien für alle lebensbedrohlichen Notfälle zusammengelegt. Dafür wurden je nach Bundesland erhebliche organisatorische, bauliche, technische und personelle Aufwendungen geleistet. Heute haben wir deutschlandweit eine europaweit einheitliche Notrufnummer, die in Integrierten Leitstellen abgefragt wird.