

Stellungnahme des Bundesverbandes der Ärztlichen Leitungen Rettungs- dienst Deutschland e.V.

Zur Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung (Neunte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission)

vom 23.10.2023



Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

In der vorgelegten Stellungnahme der Regierungskommission (RK) sehen wir sinnvolle Ansätze, insbesondere in Bezug auf die Qualitätssicherung sowie die Stärkung der allgemeinen Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Aus unserer Sicht sind bereits viele Elemente aus unseren Bundesländern in der vorgelegten Stellungnahme wieder zu finden.

Zu den einzelnen Empfehlungen:

Empfehlung 1 der RK:

Aufnahme des Rettungsdienstes als eigenständiges Leistungssegment ins SGB V

Die Integration des Rettungsdienstes in das SGB V mit der dann folgenden Einflussnahme durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) würde den Rettungsdienst in seiner Gesamtheit nicht verbessern. Es ist allgemein anerkannt, dass wir einen Bürokratieabbau benötigen. Hier würde eine gegenteilige Struktur aufgebaut. Zudem würden die hoheitlichen Aspekte der Gesundheits- und Daseinsvorsorge sowie der Gefahrenabwehr völlig außer Acht bleiben. Standards von Rettungsmitteln könnten auf Kosten der Vereinheitlichung abgesenkt werden.

Die medizinischen Leistungen des Rettungsdienstes hängen unmittelbar von lokalen Voraussetzungen wie Gebietsstruktur, Krankenhauslandschaft und Qualifikation des

DER VORSTAND DES BUNDESVERBANDES:

VORSITZENDER: PROF. DR. DR. ALEX LECHLEUTHNER; STELLV. VORSITZENDER: DR. BERNHARD KRAKOWKA;
2. STELLV. VORSITZENDER TORSTEN REINHOLD; BUNDESGESCHÄFTSFÜHRER: PROF. DR. REINHOLD MERBS;
SCHATZMEISTER: PROF. DR. ANDREAS BOHN; BEISITZER: DR. ANDRE GNIRKE

WWW.AELRD.DE

eingesetzten Personals ab. Eine zentralistische Regulierung der medizinischen Leistungen des Rettungsdienstes würde diese Voraussetzungen übergehen. Ein starres Gerüst für den Rettungsdienst ist nicht alltagstauglich und führt vor allem an den Schnitt-/Nahtstellen zu den anderen Sektoren zu erneuten Brüchen. Dies wird schon daran deutlich, dass sich der Rettungsdienst regelhaft an den Kliniken der jeweils eigenen Region orientiert, was eine Einheitlichkeit auf Bundesebene ausschließt. Zudem sind für die medizinische Versorgung über die Leitlinien der Fachgesellschaften sowie den Pyramidenprozess (bundes-) einheitliche Rahmenbedingungen bereits vorhanden. Ein weiteres zentralistisches Konstrukt ist hierfür nicht erforderlich, da auch dieses nur auf den genannten Empfehlungen aufsetzen könnte. Es ist nicht zu erwarten, dass die Expertise des G-BA in speziell rettungsdienstlichen Fragestellungen darüber hinaus systemische Verbesserungen der medizinischen Versorgung bewirken könnte. Im Gegenteil wäre aus unserer Sicht zu erwarten, dass in vielen hochentwickelten Rettungsdienstbereichen patientengefährdende Rückschritte in der medizinischen Versorgung resultieren würden. Anlass für die Befürchtung ist die Zusammensetzung des G-BA, in der sich aufgrund seiner Aufgabenstellung keinerlei Vertreter mit rettungsdienstlicher oder notfallmedizinischer Expertise wiederfinden. Es ist nach unserer Überzeugung ein gefährlicher Irrtum, zu glauben, man könne Strukturen aus dem stationären oder ambulanten medizinischen Versorgungssektor auf die rettungsdienstliche Versorgung mehr oder minder direkt übertragen.

Empfehlung 2 der RK:

Finanzierung

Die gegenwärtige, überwiegend monistische Finanzierung des Rettungsdienstes ist stabil und sichert die Funktionalität des Rettungsdienstes. Das duale Finanzierungssystem der Krankenhäuser kann angesichts der derzeitigen, dramatischen Situation, in der sich die meisten Krankenhäuser befinden, als gescheitert betrachtet werden. Eine Änderung der Finanzierung des Rettungsdienstes hin zu einem krankenhaushähnlichen, dualen Finanzierungsmodell muss deshalb abgelehnt werden. Vielmehr müssen alle Bereiche der Notfallversorgung eine stabile Finanzierungsbasis be- bzw. erhalten.

Bei entsprechender Sachkenntnis der Regierungskommission, der unklar ist, „in welchem Umfang Länder und Kommunen die Investitionskosten für den Rettungsdienst übernehmen oder inwieweit sie diese Kosten in die von den Krankenkassen zu tragenden Entgelte bzw. Gebühren einfließen lassen“, wäre bekannt gewesen, dass die Investitionskosten für Leitstellen sowie ein Teil der Personalkosten in vielen Ländern bereits (anteilig) getragen werden.

Unabhängig von der Finanzierungsart darf die Bedarfsplanung und die damit verbundene Entscheidung über Wachenstandorte und Ressourcenvorhaltung nicht unter „Finanzierungsvorbehalt“ gestellt werden.

Zusammenfassend würde eine Änderung des bisherigen Finanzierungskonzeptes die bisher stabile rettungsdienstliche Notfallversorgung gefährden.

DER VORSTAND DES BUNDESVERBANDES:

VORSITZENDER: PROF. DR. DR. ALEX LECHLEUTHNER; STELLV. VORSITZENDER: DR. BERNHARD KRAKOWKA;
2. STELLV. VORSITZENDER TORSTEN REINHOLD; BUNDESGESCHÄFTSFÜHRER: PROF. DR. REINHOLD MERBS;
SCHATZMEISTER: PROF. DR. ANDREAS BOHN; BEISITZER: DR. ANDRE GNIRKE

WWW.AELRD.DE

Empfehlung 3 der RK:

Qualitätssicherung

Wir unterstützen den weiteren Auf- und Ausbau von Qualitätssicherungssystemen, fordern allerdings, dass v.a. die Ergebnisqualität mit zu betrachten ist. Entscheidend für diese Betrachtung muss sein, in welchem Zustand der Patient nach einer (akuten) Erkrankung / Verletzung das Gesundheitssystem verlässt. Dazu müssen die entsprechenden rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Die Datenanalyse zur Qualitätssicherung der rettungsdienstlichen Leistungserbringung sollte ähnlich wie in Baden-Württemberg (SQR-BW) zunächst landesweit erfolgen. Die bundesweite Vergleichbarkeit kann dann über den bereits im Länderausschuss Rettungswesen angestoßenen „Qualify-Prozess“ abgebildet werden.

Regelungen zur Struktur- und Prozessqualität im Sinne von Vorgaben für Qualifikation, Weiterbildung, Ausstattung, medizinische Prozeduren und Spezialrettungsmitteln werden vor allem in Bundesländern, die die Funktion der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst eingerichtet haben, bereits seit langem an die lokalen Gegebenheiten angepasst. Zudem geben die Rettungsdienstgesetze der Länder klare Richtlinien vor. Es ist nicht ersichtlich, aufgrund welcher Parameter hier Änderungsbedarf postuliert wird.

Empfehlung 4 der RK:

Notfall-Kerndatensatz, Datenregister

Wir begrüßen die Schaffung von Voraussetzungen, Notfalldaten zusammenzuführen und in einer elektronischen Patientenakte abzulegen.

Die Erhebung rettungsdienstlicher Daten ist anhand des MIND-Datensatzes in der jeweils aktuellen Version, den nahezu jedes rettungsdienstliche Protokoll enthält, bereits vereinheitlicht. Eine Eingabe von Daten in private Register (DIVI, AKTIN) ist aus unserer Sicht abzulehnen. Die Dateninterpretation sollte immer durch die Rettungsdienstverantwortlichen bis hin zur obersten Landesbehörde erfolgen, da nur diese über die Sachkenntnisse verfügen, die als Voraussetzung für eine korrekte Auswertung und vor allem Interpretation rettungsdienstlicher Daten unerlässlich sind.

Wir begrüßen eine digitale, intersektorale Verknüpfung.

Empfehlung 5 der RK:

Digitales Echtzeitregister

Die Nutzung solcher Register ist in vielen Bundesländern und Gebietskörperschaften schon seit vielen Jahren etabliert (s. auch Punkt 7). Eine grundsätzliche Einführung solcher Systeme unterstützen wir. Eine Verknüpfung mit dem DIVI-Register oder anderen privaten Registern lehnen wir aus den o.g. Gründen ab.

DER VORSTAND DES BUNDESVERBANDES:

VORSITZENDER: PROF. DR. DR. ALEX LECHLEUTHNER; STELLV. VORSITZENDER: DR. BERNHARD KRAKOWKA;
2. STELLV. VORSITZENDER TORSTEN REINHOLD; BUNDESGESCHÄFTSFÜHRER: PROF. DR. REINHOLD MERBS;
SCHATZMEISTER: PROF. DR. ANDREAS BOHN; BEISITZER: DR. ANDRE GNIRKE

WWW.AELRD.DE

Empfehlung 6 der RK:

Einbeziehung der Länder

Eine Einbeziehung der Länder in alle Belange des Rettungsdienstes ist aus unserer Sicht selbstverständlich.

Empfehlung 7 der RK:

Zentralisierung der Leitstellen

Besonders im Leitstellenbereich sind in unseren Bundesländern viele Aspekte der Reform bereits realisiert worden. So finden wir hier bereits flächendeckend Leitstellen, die weitgehend miteinander vernetzt bzw. redundant oder gekoppelt sind (Hessen, M-V, Brandenburg, NRW...). In zahlreichen Fällen finden georeferenzierte Dispositionen sowie Zuweisungen statt und die Anrufer werden strukturiert/standardisiert abgefragt (Hessen, M-V, Brandenburg, ...) und ggf. medizinisch beraten. Hier sei nur als ein Beispiel die Telefonreanimation erwähnt. Mit Übernahme der Notfallnummer 116 117 in Rettungsleitstellen (M-V, Brandenburg, ...) bzw. der Vernetzung mit der Telefonzentrale der Kassenärztlichen Vereinigung (Hessen – SaN-Projekt, NRW, Brandenburg, ...) finden die Umsetzungen statt, die dazu führen, dass alle medizinischen Hilfersuchen in einer gemeinsamen Struktur auflaufen. Die Nutzung von weiteren digitalen Systemen zur Vernetzung (z.B. IVENA) ist bereits in einigen Ländern etabliert (Hessen, M-V, Brandenburg, ...). Somit ist die Transformation der zentralen Leitstelle hin zu einer medizinischen sektorenübergreifenden Servicezentrale bereits eingeleitet worden, ohne die notwendige Zusammenarbeit mit der Feuerwehr und dem Katastrophenschutz aufzugeben. Hierbei haben sich die vorhandenen Strukturen außerordentlich bewährt, stellen sie doch regelhaft sowohl unter wirtschaftlichen als auch medizinischen Kriterien eine sinnvolle Größe dar. Ein vermeintlicher Standard, Leitstellenbereiche generell auf mindestens eine Million Einwohner auszuweiten, wird neue Probleme schaffen.

Diese Empfehlung ist deshalb strikt abzulehnen. Vielmehr müssen den Leitstellenbereichen eher Infrastrukturdaten (Gefahrenpotenzial durch Verkehrswege, Industrie, Pendler, Tourismus, Krankenhäuser...) zugrunde gelegt werden. Die bisherigen Zusammenlegungen von Leitstellenbereichen haben sich auch negativ auf die Wirtschaftlichkeit ausgewirkt. Hier sei auf die Ergebnisse der Leitstellenfusionen in den Bundesländern Sachsen-Anhalt und Thüringen hingewiesen. Sehr anschaulich hierzu ist die Anhörung im Ausschuss für Soziales im Sachsen-Anhaltinischen Landtag am 27.10.2010. Damals wurde festgestellt, dass es zu keiner Kosteneinsparung gekommen ist. Zuletzt wurde aus Thüringen von einer Kostenexplosion im Zuge von Leitstellenzusammenlegungen berichtet. Ursprünglich wurden 50 Millionen Euro veranschlagt, mittlerweile rechnet man mit einem weiteren Finanzbedarf von 71 Millionen Euro (s. DÄB 5. Juni 2023). Auch ein Gutachten des hessischen Rechnungshofes aus 2005 stützt diese Beobachtungen.

DER VORSTAND DES BUNDESVERBANDES:

VORSITZENDER: PROF. DR. DR. ALEX LECHLEUTHNER; STELLV. VORSITZENDER: DR. BERNHARD KRAKOWKA;
2. STELLV. VORSITZENDER TORSTEN REINHOLD; BUNDESGESCHÄFTSFÜHRER: PROF. DR. REINHOLD MERBS;
SCHATZMEISTER: PROF. DR. ANDREAS BOHN; BEISITZER: DR. ANDRE GNIRKE

Die großen Leitstellenbereiche (Darmstadt, Wiesbaden, Kassel, Frankfurt) waren damals zwischen 21 bis 31% teurer als die „kleineren“ Leitstellen (Gießen, Fulda, Offenbach). Ein wesentlicher Faktor ist hierbei der höhere Personalbedarf in großen Leitstelleneinheiten.

Zusammenfassend haben sich die vorhandenen Strukturen, die sowohl unter wirtschaftlichen als auch medizinischen Kriterien in der Regel eine sinnvolle Größe darstellen, bewährt. Großleitstellen scheinen eher teurer ohne einen entsprechenden größeren Nutzen zu sein, zumindest wurde ein solcher bisher nicht nachgewiesen.

Unabhängig davon sind die Voraussetzungen für die künftigen, in der Stellungnahme der Regierungskommission beschriebenen Aufgaben der Leitstellen (Rettungsdienstleistungen und Servicezentralen der Kassenärztlichen Vereinigungen sei es gemeinsam oder vernetzt) noch nicht vorhanden. Hierfür müssen die komplementären Strukturen (Gemeindekrankenpfleger, Gemeindenotfallsanitäter, psychosoziale Dienste, Palliativteams etc.) erst aufgebaut und finanziert sowie die Servicestellen (Telefon 116 117) der Kassenärztlichen Vereinigungen um einen „Dringlichen Hausbesuchsdienst“ als 24/7-System ergänzt werden. Den Aufbau eines solchen Dienstes befürworten wir ausdrücklich. Erst damit wird eine Leitstelle in die Lage versetzt, patientengerecht zu disponieren. Leitstellen neu auszurichten, ohne diese Anlaufstellen zu haben, erscheint wenig sinnvoll und wenig wirtschaftlich. Sieht man die Leitstellen als Servicedienstleister für die Bürgerinnen und Bürger, müssen sie vor Ort verankert und für die Anrufer rasch erreichbar sein. Warteschleifen, wie sie bei großen Kommunikationsdienstleistern üblich sind, dürfen nicht entstehen.

Empfehlung 8 der RK:

Überregionale Bedarfsplanung

Wir begrüßen bereichsübergreifende Planungsvorgaben und Systeme zur Echtzeitdarstellung der Rettungsmittel.

Eine Bedarfsplanung durch die Bundesländer führt hingegen zu langen Verfahren, in denen Besonderheiten nicht mehr wie in regionalen Bedarfsplanungen abgebildet werden können. In solchen landesweiten Bedarfsplanungen zeigt sich, dass die Einhaltung der Hilfsfrist kaum gewährleistet werden kann.

Empfehlung 9 der RK:

Erweiterte Kompetenzen für Notfallsanitäter mit Substitution der notärztlichen Leistung

Wir halten es für notwendig, dass gut ausgebildete Notfallsanitäter die dafür erforderlichen Befugnisse erhalten. Dazu braucht es zunächst eine konsequente Umsetzung der Möglichkeiten, die das Notfallsanitätergesetz (siehe §2a NotSanG) bereits bietet. Dazu ist - soweit noch nicht vorhanden - die Einführung einer Ärztlichen Leitung Rettungsdienst erforderlich, die mit ausreichend dimensionierten Vollzeitäquivalenten, definierten Tätigkeiten und Befugnissen ausgestattet ist, um die umfänglichen Aufgaben bewältigen zu können.

DER VORSTAND DES BUNDESVERBANDES:

VORSITZENDER: PROF. DR. DR. ALEX LECHLEUTHNER; STELLV. VORSITZENDER: DR. BERNHARD KRAKOWKA;
2. STELLV. VORSITZENDER TORSTEN REINHOLD; BUNDESGESCHÄFTSFÜHRER: PROF. DR. REINHOLD MERBS;
SCHATZMEISTER: PROF. DR. ANDREAS BOHN; BEISITZER: DR. ANDRE GNIRKE

WWW.AELRD.DE

Damit werden auch die Voraussetzungen geschaffen, dass künftig ein größerer Anteil der Notfalleinsätze selbständig von gut ausgebildeten und zertifizierten Notfallsanitätern abgearbeitet werden können.

In der Fläche setzt dies eine bessere und stetig weiterzuentwickelnde Ausbildung der Notfallsanitäter (und auch Rettungssanitäter) voraus, als dies zumindest teilweise heute der Fall ist. Hierbei müssen sich sowohl komplexe, akute Notfälle wiederfinden, als auch die Einschätzung und Versorgung von Patienten, die auf den ersten Blick weniger kritisch erscheinen. Um diese höhere Qualität der Ausbildung sicherzustellen, bedarf es künftig auch einheitlicher Qualitätsstandards für Rettungsdienstschulen und klinische Ausbildungsstätten.

Die Rolle des Notarztes kann dann künftig auf die Versorgung hoch-komplexer und hoch-kritischer Notfallpatienten im Team mit dem rettungsdienstlichen Fachpersonal ausgerichtet werden. Es ist vollkommen richtig, dass hierzu künftig die notwendige Eingangsqualifikation (wie auch die Pflicht zur kontinuierlichen Fortbildung) für außerklinische Notfallmediziner deutlich höher angesetzt werden muss, als dies bislang der Fall ist. Hierzu müssen Konzepte entwickelt werden, die dies ermöglichen. Beispielsweise sind die Weiterbildungsordnungen entsprechend weiter zu entwickeln. Dies wird allerdings, zumindest außerhalb großstädtischer Versorgungsbereiche, nicht mit einem Wegfall von Notarztstandorten einhergehen können. Die Patienten, die auch künftig neben hochqualifizierten Notfallsanitätern die besondere Expertise von Notärzten benötigen, brauchen diese rasch und zuverlässig. Die Luftrettung wird nach der hier vertretenen Auffassung alleine nicht ausreichend sein. (s. Empfehlung 10).

Eine neue Rolle für zusätzlich akademisierte Rettungsfachkräfte zur Substitution des Notarztes, wie es die Regierungskommission sieht, ist im regulären Einsatzdienst nicht sinnvoll. Die Schaffung einer neuen Hierarchie zwischen Notfallsanitätern (mit und ohne Studium) nur um den Notarzt zu ersetzen, wird die Versorgung der Bevölkerung, insbesondere bei besonders schweren Notfällen und zur Abklärung komplexer Fälle, nicht verbessern.

Zwar wird ausdrücklich die Möglichkeit für erfahrene und besonders geeignete Notfallsanitäter unterstützt, sich per Bachelor- bzw. Masterstudiengang berufsspezifisch weiterzuentwickeln. Die Tätigkeitsfelder dieser akademisierten Kolleginnen und Kollegen werden aber künftig mehr in der Aus- und Fortbildung, dem Qualitätsmanagement, in Führungsaufgaben und in ähnlichen Bereichen liegen. Es ist deshalb anzustreben, dass diese besonders qualifizierten Kolleginnen und Kollegen möglichst weiterhin einen wesentlichen Teil ihrer Tätigkeit (z.B. 25%) im Einsatzdienst absolvieren, um eine weitere Verschärfung des Fachkräftemangels zu vermeiden, aber auch um den Kontakt dorthin nicht abreißen zu lassen.

Zudem sehen wir in der Unterstützung der ärztlichen und der organisatorischen Leitung eines Rettungsdienstbereiches mögliche Aufgaben für akademisiertes Rettungsfachpersonal.

Inwieweit künftig nicht-ärztliches Rettungsfachpersonal auch komplex erkrankte Patienten ambulant und sicher versorgen können, ist kritisch zu hinterfragen. Die Möglichkeiten im Rettungsdienst z.B. das Symptom Brustschmerz fallabschließend zu klären, sind nicht vorhanden (hierfür sind Biomarker, mehrfach EKG und eine klinische Beobachtung von mehreren Stunden erforderlich). Dieses Thema der ambulanten Versorgung gilt es wenigstens stetig zu beobachten und ggf. neue Verfahren auch in den

DER VORSTAND DES BUNDESVERBANDES:

VORSITZENDER: PROF. DR. DR. ALEX LECHLEUTHNER; STELLV. VORSITZENDER: DR. BERNHARD KRAKOWKA;
2. STELLV. VORSITZENDER TORSTEN REINHOLD; BUNDESGESCHÄFTSFÜHRER: PROF. DR. REINHOLD MERBS;
SCHATZMEISTER: PROF. DR. ANDREAS BOHN; BEISITZER: DR. ANDRE GNIRKE

WWW.AELRD.DE

Rettungsdienst zu integrieren. Die Einschätzung chronischer und schwer kranker Menschen mit vielfältiger Medikation (sog. komplexe Patienten) bedarf ärztlicher Ausbildung und Erfahrung insbesondere in der Patientenbehandlung und –einschätzung im klinischen Setting. Diese Expertise ist weder innerhalb der heutigen noch in einer zukünftigen akademisierten Notfallsanitäterausbildung erwerbbar.

Empfehlung 10 der RK:

Ausbau der Luftrettung

Der Ausbau der Luftrettung muss sich an klar definierten Schutzziele orientieren. Die Notärzte der Luftrettung verfügen über die gleiche Ausbildung und das gleiche Equipment wie der bodengebundene Notarzt. Eine Sicherstellung der notärztlichen Versorgung 24/7 kann derzeit noch nicht ausschließlich luftgebunden gewährleistet werden. Zudem ist dieses System im verdichteten Siedlungsbereich langsamer und umständlicher als die bodengebundene notärztliche Versorgung.

Unabhängig davon zeigt auch die „PrimAIR-Studie“ (Projekt PrimAIR - Start -projekt-primair.de - ISBN: 978-3-86460-257-3) zahlreiche Probleme auf: im Rahmen der Studie sollten die Hubschrauber als Notarztzubringer fungieren.

Für einen stärkeren Ausbau der Luftrettung muss die entsprechende „Landeinfrastruktur“ an den Kliniken noch weiter aufgebaut werden.

Nicht zuletzt sind auch Umweltaspekte mit nächtlicher Lärmbelastung für Mensch und Tier zu erwähnen.

Empfehlung 11 der RK:

Ausbau der Gesundheitskompetenz

Ausdrücklich wird die Stärkung der allgemeinen Gesundheitskompetenz der Bevölkerung befürwortet, auch wenn sich diese zunächst vornehmlich auf die Situationen der Herz-Lungen-Wiederbelebung beziehen soll, die nur einen geringen Anteil der rettungsdienstlichen Einsätze ausmachen.

Empfehlung 12 der RK:

Förderung der Gesundheitskompetenz

Die Förderung der Gesundheitsbildung z.B. durch Implementierung eines entsprechenden Schulfachs wird ebenso begrüßt, wie die Verbreitung von Ersthelfer-Systemen. Ob dies durch Apps oder andere Systeme (z.B. Helfer vor Ort, Voraushelfer) realisiert wird, muss auch unter Berücksichtigung bereits etablierter und bewährter Strukturen bewertet und organisiert werden. Bei Nutzung von App-gestützten Systemen ist zu fordern, dass sich diese untereinander „verständigen“ können.

DER VORSTAND DES BUNDESVERBANDES:

VORSITZENDER: PROF. DR. DR. ALEX LECHLEUTHNER; STELLV. VORSITZENDER: DR. BERNHARD KRAKOWKA;
2. STELLV. VORSITZENDER TORSTEN REINHOLD; BUNDESGESCHÄFTSFÜHRER: PROF. DR. REINHOLD MERBS;
SCHATZMEISTER: PROF. DR. ANDREAS BOHN; BEISITZER: DR. ANDRE GNIRKE

WWW.AELRD.DE

Die flächendeckende Public Access Defibrillation (PAD) halten wir mindestens für diskussionswürdig. Etwa 80% der Akutereignisse, die einen Einsatz eines AED durch Laien indizieren würden, treten im häuslichen Umfeld auf, in dem kein öffentlicher AED verfügbar ist. Hier muss ganz deutlich eine Kosten-Nutzen-Abwägung erfolgen. Frühere Untersuchungen haben gezeigt, dass allein die Verfügbarkeit eines AED noch keine Verbesserung der Überlebenschancen nach sich zieht, sondern dass die Schulung der potentiellen Anwender (z.B. in Firmen, Banken, Kaufhäusern etc.) in den Basismaßnahmen der Herz-Lungen-Wiederbelebung von entscheidender Bedeutung ist. App-gestützte Systeme können auch einen Beitrag leisten, AED schnell an den Notallort zu bringen.

Empfehlung 13 der RK:

Vulnerable Gruppen

Dagegen ist nichts einzuwenden.

Empfehlung 14 der RK:

„Frequent User“

Eine Konzeptentwicklung zum Umgang mit „Frequent Usern“ wird unterstützt.

Empfehlung 15 der RK:

Finanzierung

Zu Fragen der Finanzierung wurde unter Punkt 2 ausführlich Stellung genommen.

Zusammenfassung

Viele Elemente der Regierungskommission wurden bereits im Gutachten des Sachverständigenrates von 2018 genannt und in die Referentenentwürfe des BMG aufgenommen. Eine Entkopplung der rettungsdienstlichen Entwicklung von den anderen Beteiligten der Notfallversorgung (z.B. der Krankenhausreform) wird abgelehnt. Die herausragende Position der Länder mit den dazugehörigen kommunalen Strukturen muss an dieser Stelle betont werden. Sie sorgt für Wettbewerb und Innovationskraft. Diese in den bisherigen Rettungsdienstgesetzen vorgegebenen Strukturen sind stabil und gewährleisten ebenso wie die bisherige Finanzierung die Funktionalität des Rettungsdienstes.

Änderungen im Bereich der anderen Sektoren (Krankenhaus, ambulante ärztliche Versorgung) haben unmittelbare Auswirkungen auf den Rettungsdienst und seine Schutzziele (Hilfsfristen!). So führt z.B. die Schließung von Krankenhäusern zu längeren Fahr- und Bindungszeiten der Einsatzmittel. Reduzierte Anlaufstellen führen im Ergebnis zu einer dortigen Überbelastung, die ÜbernahmeprozEDUREN erfordern mehr Zeit. Im Ergebnis muss die rettungsdienstliche Vorhaltung ausgeweitet werden. Dies erscheint bei bereits heute bestehendem Fachkräftemangel und weiterer Abwanderung in andere Berufsfelder, u.a. aufgrund der nach wie vor körperlich belastenden Tätigkeit, kaum noch möglich zu sein.

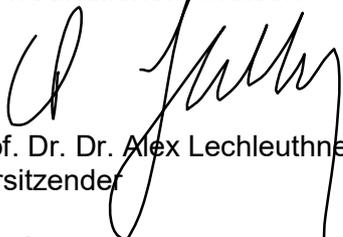
Auch Themen wie Aus-, Fort- und Weiterbildung sollten nicht ausgeklammert werden. Eine Reduktion von Krankenhäusern führt zu einer Verknappung von Ausbildungsplätzen für ärztliches und nicht-ärztliches Personal. Auswirkungen auf die bestehenden Personalbestände bleiben bei einer isolierten Betrachtung ebenfalls unberücksichtigt. Es ist zu befürchten, dass wohnortferne Arbeitsplätze weiter zum Verlassen des Gesundheitssektors beitragen.

Zusammenfassend müssen wesentliche Aspekte des Reformvorschlages in Frage gestellt bzw. abgelehnt werden. Im Kern würde eine 1:1 Umsetzung der Empfehlungen die Leistungskraft des Rettungsdienstes schwächen (z.B. durch die Finanzierung) und letztlich auch zu einer Gefährdung unserer Patienten führen.

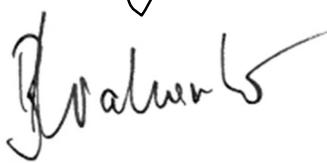
Wir hätten uns gewünscht, dass zu dem Thema „rettungsdienstliche Notfallversorgung“ Fachleute aus eben diesem Bereich gehört werden. In der Regierungskommission findet sich allerdings kein Experte, der in seiner Hauptaufgabe für rettungsdienstliche Fragestellungen verantwortlich ist.

Gerne sind wir bereit, uns in den anstehenden Beratungen mit unseren Erfahrungen und unserem Sachverstand einzubringen.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Dr. Alex Lechleuthner
Vorsitzender



Dr. Bernhard Krakowka
Stellvertretender Vorsitzender



Prof. Dr. Reinhold Merbs
Bundesgeschäftsführer

DER VORSTAND DES BUNDESVERBANDES:

VORSITZENDER: PROF. DR. DR. ALEX LECHLEUTHNER; STELLV. VORSITZENDER: DR. BERNHARD KRAKOWKA;
2. STELLV. VORSITZENDER TORSTEN REINHOLD; BUNDESGESCHÄFTSFÜHRER: PROF. DR. REINHOLD MERBS;
SCHATZMEISTER: PROF. DR. ANDREAS BOHN; BEISITZER: DR. ANDRE GNIRKE

WWW.AELRD.DE