

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

Zum Referentenentwurf eines Geset- zes zur Reform der Notfallversorgung (Notfallgesetz – NotfallG) vom 03.06.2024



vom 21.06.2024

Der BV ÄLRD begrüßt den Referentenentwurf eines NotfallG als Schritt hin zur Verbesserung der Akut- und Notfallversorgung in Deutschland.

Im Hinblick auf das formulierte Ziel, Patienten in die richtige Versorgungsebene zu lenken, begrüßt der BV ÄLRD insbesondere den Vorschlag für eine durchgehende aufsuchende und telemedizinische notdienstliche Akutversorgung seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Option, dass dabei Kooperationen mit dem Rettungsdienst möglich werden.

Die Vorschläge zur Bildung von Gesundheitsleitsystemen als Kooperationen zwischen Rettungsleitstellen und Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sind ebenfalls grundsätzlich begrüßenswert.

Im Einzelnen nimmt der BV ÄLRD zu den Paragraphen des Referentenentwurfes zum NotfallG wie folgt Stellung.

Zu § 73b Absatz 4 Satz 7

Der „Notdienst“ als Rumpfvorsorgung in der sprechstundenfreien Zeit wird zur „notdienstlichen Akutversorgung nach § 75 Abs. 1b“ weiterentwickelt, was einen wichtigen Fortschritt darstellt. Bislang beinhaltete der „Notdienst“ die Vorhaltung einiger Ärztinnen und Ärzte außerhalb der Sprechstundenzeiten mit geringeren Versorgungsmöglichkeiten. Mit der hier vorgegebenen Pflicht zur „notdienstlichen Akutversorgung“ wird er zu einem neuen Versorgungselement ausgeweitet.

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

Zu § 75

Im § 75 Abs. 1b wird der Sicherstellungsauftrag weiter konkretisiert. Er beinhaltet jetzt die vertragsärztliche Erstversorgung für 24h täglich für die Fälle, bei denen eine *sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen* erforderlich ist, die aber auf „kurzfristige erforderliche Maßnahmen (notdienstliche Akutversorgung)“ beschränkt bleiben. Damit wird erfreulicherweise ein durchgehender Hausbesuchsdienst verpflichtend eingeführt.

Unklar bleibt, wo die notärztliche Versorgung des Rettungsdienstes, die auch aufgrund einer sofortigen Behandlung aus medizinischen Gründen ausgelöst wird, endet und die notdienstliche Akutversorgung der KV, die mit der gleichen Begründung der „sofortigen Behandlung aus medizinischen Gründen“ eingerichtet ist, beginnt. Die hier genannten „kurzfristigen erforderlichen Maßnahmen (notdienstliche Akutversorgung)“ sind noch zu unkonkret.

Vorschlag: Unter einer sofortigen Behandlung aus medizinischen Gründen im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung sind Erkrankungen im häuslichen Umfeld gemeint, die zwar in den Ersteinschätzungssystemen keine Hinweise auf Vitalstörungen oder zeitkritische Tracerdiagnosen enthalten, aber trotzdem einer dringlichen Abklärung und ggf. Behandlung bedürfen. Diese Dringlichkeit des Hausbesuchs sollte ab Anruf bei der Akutleitstelle einen Zeitkorridor von mindestens 4h enthalten. Alles, was aus medizinischen Gründen schneller aufgesucht, abgeklärt und behandelt werden muss, ist dem Rettungsdienst zuzuordnen. Je kürzer die Frist für einen Hausbesuch in der notdienstlichen Akutversorgung gesetzt wird, umso dichter muss das vorgehaltene Ärzte- bzw. Fachkräftenetz geknüpft werden und umso eher wird eine Doppelstruktur zum Rettungsdienst aufgebaut.

Dazu muss zusätzlich

- eine Bedarfsplanung mit entsprechenden Zeitstempeln auch für den Hausbesuchsdienst eingezogen werden.
- Eine Qualitätssicherung geschaffen werden, die es (wie in anderen Ländern bereits üblich) den Behandlern auf Basis einer gemeinsamen Datenbank, die Nachverfolgung der Hilfeersuchen und Behandlungen ermöglicht.

Zu § 123

Die notdienstliche Akutversorgung soll zukünftig nicht mehr in eigenständigen Notdienstpraxen sichergestellt werden, sondern in Integrierten Notfallzentren (Erwachsene § 123, Kinder und Jugendliche, § 123b) (Abs. 1b Nr. 1) erfolgen. Damit ist die ambulante Versorgung an das Vorhandensein eines Krankenhauses gebunden, was bedeutet, dass sobald es kein Krankenhaus (mehr) gibt, dort auch keine ambulante

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

Notdienstversorgung der KV mehr vorhanden ist. Das ist eine Lücke, die sich nicht mit den PKW-Erreichbarkeiten von 30 min (siehe dazu § 123a Abs. 1 (die zweite) Nr.1), vereinbaren lässt.

Aufgrund der in der Fläche begrenzten Anzahl von INZ (nicht jedes Krankenhaus wird ein INZ erhalten!) bleibt ebenfalls offen, was mit den Notaufnahmen von Krankenhäusern in der Fläche ohne INZ passiert, wenn Hilfesuchende diese aufsuchen.

Der aufsuchende 24h-Hausbesuchs-Dienst der KV (Abs. 1b Nr.3), kann auch durch nichtärztliches Personal sichergestellt werden, wenn es unter ärztlicher Verantwortung arbeitet, wozu auch eine Kooperation mit dem Rettungsdienst möglich ist (§ 75 Abs. 1b). Das ist ein wichtiges Element der Flexibilisierung.

Die KVen können Krankenhäuser, die keine INZ aufweisen und auch nicht in die vertragsärztliche Versorgung eingebunden sind, sowie Nicht-Vertragsärzte durch Kooperation in den Notdienst einbinden. Auch das ist ein wichtiges Element der Flexibilisierung. Diese Ärzte und Krankenhäuser können dort, wo die notärztliche Versorgung im Rettungsdienst nach Landesrecht auf die KVen übertragen ist (§ 75), auch (wie schon bislang) in den Rettungsdienst eingebunden werden.

Im § 75 sind die Absätze 1c und 1d neu und verpflichten die KVen zur Vorhaltung von Akutleitstellen, die 24 Stunden täglich erreichbar sein müssen. Dabei müssen Anrufe spätestens innerhalb von drei Minuten in 75 Prozent und 95 Prozent spätestens innerhalb von zehn Minuten unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer entgegengenommen werden. Zusätzlich müssen die Akutleitstellen über digitale Angebote erreichbar sein.

Diese Akutleitstelle ist verpflichtet, entlang eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens (gemeint ist hier SmED) nach Absatz 7 Satz 1 Nummer 6 in eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der gebotenen medizinischen Versorgungsebene zu vermitteln.

Das Ersteinschätzungsverfahren muss hier nur standardisiert sein und braucht demnach keine weiteren Qualitätsanforderungen zu erfüllen, wie beispielsweise die Ersteinschätzungsverfahren der Notaufnahmen gemäß §3 GBA-Ersteinschätzungsrichtlinie und weiter unten die Ersteinschätzungsverfahren in den INZ gemäß § 123.

In Absatz 1c wird die Akutleitstelle der KV zur Kooperation verpflichtet, soweit die Rettungsleitstelle eine solche Kooperation gemäß § 133a Abs. 1 Satz 1 beantragt.

In Absatz 1d wird die KV zur Aufbewahrung der personenbezogenen Daten der anrufenden Personen für 10 Jahre verpflichtet. Richtigerweise müsste das auch für die An-

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

rufe gelten, da sie eine medizinische Behandlungsdokumentation darstellen. Bei Beschwerden kann die KV damit zur Aufklärung beitragen. Das Gleiche müsste im Übrigen auch für die Aufzeichnungen der Notrufe in den Rettungsleitstellen gelten.

Die Einbeziehung der nach landesrechtlichen Vorgaben zuständigen Rettungsdienstträger in das § 90a-Gremium wird ausdrücklich begrüßt. Dabei sollten insbesondere die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst als Vertreter der öffentlichen Rettungsdienstträger einbezogen werden.

Zu § 105 Abs. 1b

§ 105 Abs. 1b ermöglicht eine Finanzierung der Akutleitstelle und wird deshalb begrüßt.

Zu § 123 Abs. 3

In § 123 Abs. 3 Satz 1 sind die Ersteinschätzungsinstrumente der INZ vom GBA zu strukturieren. Hier würde sich eine Harmonisierung der Vorgaben / der Qualitätssicherung mit den Ersteinschätzungsinstrumenten der Notaufnahmen (GBA-Ersteinschätzungsrichtlinie), der Akutleitstellen (§ 75 Abs. 1 c und 1d) und der dort zu nutzenden Ersteinschätzungsinstrumente (Akutleitstelle) anbieten. Da die Ersteinschätzung grundsätzlich gefahrengeneigt ist, sollte eine engmaschige Qualitätssicherung verpflichtend eingeführt werden.

Neben den Medizinischen Fachgesellschaften wird vorgeschlagen, auch den BV ÄLRD als Fachgesellschaft einzubeziehen, da im Prinzip die gleichen Patienten gestaffelt oder nebeneinander im KV-Dienst, in den Krankenhäusern und im Rettungsdienst versorgt werden und die dafür genutzten Instrumente und Wechselwirkungen, sowie die Übergabemechanismen abzustimmen sind.

Zu 123a

Bei der Einrichtung von INZ an den Krankenhäusern ist auch zu berücksichtigen, dass die Erreichbarkeit eines INZ innerhalb von 30min noch kein hinreichendes Kriterium ist, wenn nicht gleichzeitig dort auch die Versorgungs-Kapazitäten geplant und besetzt werden. Eine zu geringe Dimensionierung kann trotz guter Erreichbarkeit bei hohem Aufkommen zu erheblichen Wartezeiten führen (Overcrowding, Exitblock).

Die Verknüpfung der Integrierten Notfallzentren als gemeinsame Standorte für Notdienstpraxen der KV und der Krankenhäuser bedeutet, dass in Regionen, in denen keine Krankenhäuser (mehr) existieren, auch keine KV-Notdienstpraxen mehr vorhanden sein werden. Auch die Bestimmungen eines Krankenhausstandortes gemäß § 90 Abs. 4a mit den Sätzen 3 und 5, kann hier nicht ohne weiteres ausreichend (z.B. wegen

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

fehlender Auskömmlichkeit) sein. Hier sollte es möglich sein, „krankenhausunabhängige Notfallversorgungszentren“ (Name nur beispielhaft) einzuführen. Damit soll es möglich werden, dass Personen innerhalb von z.B. 30min eine standardisierte akute Notfall- bzw. Erstversorgung erreichen können, damit dort ersteingeschätzt, zeitnah erstversorgt und dann in weitere Versorgungsebenen geleitet werden kann.

Dieses Versorgungselement muss schon wegen der demographischen Entwicklung geschaffen werden, weil haus- und kinderärztliche Arztpraxen in absehbarer Zeit nicht mehr flächendeckend überall zur Verfügung stehen werden. Mehr als 30 % der Inhaber von haus- und kinderärztlichen Praxen sind derzeit 60 Jahre oder älter.

Art und Umfang der Versorgung in diesen „krankenhausunabhängigen Notfallversorgungszentren“ für die „weißen Flecken“ (kein Krankenhaus, keine haus- und kinderärztliche ambulante Versorgung) muss noch festgelegt werden. Sie sollten sich in die in die Architektur der flächendeckenden Notfallversorgung, bestehend aus Krankenhäusern der gestuften Notfallversorgung, INZ, haus- und kinderärztlichen Arztpraxen, eigenen Notfallversorgungszentren sowie Hausbesuchsdiensten und dem Rettungsdienst einfügen lassen. Vorstellbar wäre im Übrigen auch, dass diese Notfallversorgungszentren zumindest temporär von medizinischen Gesundheitsberufen besetzt werden, die teleärztliche oder telenotärztliche Unterstützung haben. Die Verzahnung muss dabei sektorenübergreifend organisierbar sein, so dass es möglich wird, dass der regional stärkere Akteur diese Last auch schultern kann.

Zu § 123a Abs. 2

Es wird vorgeschlagen, in die Organisationsgremien auch die lokalen ÄLRD des Rettungsdienstträgers miteinzubeziehen, da auch hier die gleichen Patienten behandelt werden.

Zu § 133a Gesundheitsleitsystem

Die hier gemachten Vorgaben sind richtig und gut. Zusätzlich wird angemerkt, dass es derzeit nur standardisierte Systeme der Ersteinschätzung und Notrufabfrage gibt, die vorrangig zur symptombezogenen Erkennung schwerwiegender Behandlungsdringlichkeit untersucht wurden. Die – ebenso wichtige – Abgrenzung nicht dringlicher Hilfersuchen in medizinischer und rechtlicher Hinsicht ist bislang kaum wissenschaftlich beleuchtet worden, da die erforderlichen Nachuntersuchungsmöglichkeiten der Patienten vor vielfältigen rechtlichen Hürden stehen und zusätzlich häufig an der Frage scheitern, wer die Auswertung der (auch digitalen) Akten durchführen kann. Gerade den „nicht-dringlichen“ Hilfersuchen muss ein besonderes Augenmerk geschenkt werden, weil es diese sind, denen die Überlastung der Notfallversorgungssystem zu gerechnet werden.

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

Weiter ist zu berücksichtigen, dass das Anruferklientel bei den TSS 116 117 (zukünftig Akutleitstellen) überwiegend aus einer häuslichen Umgebung anruft, der Anruf meist unter einer gezielten Vorstellung erfolgt und die Anrufer in der Regel strukturiert befragbar sind (die Prävalenz nicht-dringlicher Hilfeersuchen ist dabei hoch). In Rettungsleitstellen rufen hingegen viele verschiedene Hilfesuchende an. Darunter sind neben den Hilfesuchenden selbst auch die Passanten auf Straßen oder Bahnhöfen sowie Melder, die nur Distanzkontakt zum Patienten haben. Daneben gibt es Anrufer, die häufig zu einer strukturierten Kommunikation aufgrund vielfältiger Ursachen nur eingeschränkt (z.B. Sprachbarriere, Aufregung) fähig sind. Hier ist die Prävalenz dringlicher Hilfeersuchen grundsätzlich höher. Hinzu kommt, dass in den Rettungsleitstellen auch Ereignisse gemeldet werden, die keinen Rückschluss auf den dezidierten Gesundheitszustand des oder der Patienten ermöglichen und deshalb mit vordefinierten Einsatzmittelketten bedient werden (müssen). Hochwertige Untersuchungen, die den Anforderungen z.B. der Ersteinschätzungsrichtlinie des GBA im dortigen § 3 erfüllen, liegen von den in Deutschland genutzten, standardisierten Notrufabfragesystemen in Rettungsleitstellen unter Einschluss von mengenmäßig ausgewerteten Kodifizierungen nicht dringlicher Hilfeersuchen, nicht vor oder sind nicht bekannt. Hier müssten zunächst die rechtlichen Voraussetzungen für die Datenerhebung und -nutzung so geschaffen werden, dass eine Validierung speziell hinsichtlich der Abgrenzung vor allem der nicht-dringlichen Hilfeersuchen ermöglicht wird.

Der Absatz 3 (gemeinsames QM für Abfragesysteme und Zuordnung der Hilfeersuchen in Versorgungsebenen) ist grundsätzlich zu begrüßen, bedarf aber einer über die Ausführungen in der Begründung (Besonderer Teil, zu Nummer 13 (§ 133a), S. 46 ff.) hinausgehenden und exakteren Festlegung der Zuständigkeiten für dieses QM, das von den Kooperationspartnern nach § 133a Absatz 1 Satz 1 paritätisch zu besetzen ist.

Zu 75 Abs. 1e

Auch hier bieten sich gemeinsame Auswertungen zwischen KV, Rettungsdienst, INZ und Notaufnahmen an, da es sich hier wieder um die gleichen Patienten handelt.

Zu weiteren Regelungen u.a. beim Krankenhausfinanzierungsgesetz und zu den Apotheken

Die Änderungen sind begrüßenswert, wenn sich die damit beabsichtigten Verbesserungen realisieren lassen.

Erforderliche Flexibilisierung des Fachkräfteeinsatzes

In diesem Referentenentwurf wird die Notfallversorgung für die Bevölkerung stärker standardisiert und systematisiert, was zu begrüßen ist. Damit einher geht aber auch

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

ein weiterer, sicherzustellender Personal- und damit Fachkräfteeinsatz. Schon jetzt fehlen (nicht nur) im Gesundheitswesen Fachkräfte. Ein zu geringer Bestand an Fachkräften kann nur mit einer erhöhten Flexibilisierung ihres Einsatzes optimiert werden. Gerade die sicherzustellenden, ganztägigen Versorgungselemente wie Notaufnahmen, Intensivstationen, Notarzt- und Rettungsmittel, Hausbesuchsdienst, etc. sind auf Einsatzmöglichkeiten von Fachkräften (für sofort und im Stundenbereich) angewiesen. Das gilt insbesondere für den ländlichen Raum. Es gibt zwar Fachkräfte, die bereit sind, dort auch Schichten zu übernehmen, die aber keine langwierigen Einstellungsverfahren mitmachen und auch nicht umziehen wollen. Es gibt bereits zahlreiche Vorschläge für sowohl sozialversicherungspflichtige als auch honorargestützte Einsatzmöglichkeiten, sie sollten aber auch genutzt werden. Das NotfallG bietet hier die Möglichkeit, nicht nur die Strukturen der Notfallversorgung zu schaffen, sondern auch die dafür erforderliche Personalorganisation zu optimieren.

Vorschläge zum § 60 SGB V

Es sollte ermöglicht werden, dass Patienten von Rettungsfahrten refinanzierungsunschädlich in Arztpraxen gebracht werden können. Des Weiteren müsste es möglich werden, die Abverlegung von Patienten aus Krankenhäusern zur Wiederherstellung der (in der Regel knappen) Fachkapazitäten auch ohne Vorabgenehmigung der Krankenkassen durchzuführen.

Vorschläge zur Einbeziehung weiterer Dienste

Derzeit ist es der Leitstelle nur möglich, auf die Ressourcen des Rettungsdienstes (Rettungsmittel und Krankentransport) zuzugreifen. Bereits beim Hausbesuchsdienst der KV ist dieser nicht direkt steuerbar, sondern erfolgt durch die TSS 116 117. Weitere Dienste wie aufsuchende Pflege- und Versorgungsdienste werden derzeit nicht rund um die Uhr vorgehalten und wenn sie es wären, bestünde keine Zugriffsmöglichkeit der Leitstelle, bzw. des Rettungsdienstes vor Ort, auch wenn dadurch ein Transport vermieden werden könnte. Hier würde ein zeitnah verfügbares „Case Management“ helfen.

Standardisierte Ausrüstung und Einsatzwert der KV Versorgungselemente

Die bisherigen (z.B. Hausbesuchsdienst) und neuen Elemente (z.B. INZ) sollten eine standardisierte Ausrüstung und personell einen standardisierten Einsatzwert und eine bedarfsgerechte Vorhaltung haben, damit sie mit dem Rettungsdienst verzahnt werden können. Ohne Standardisierung käme es ansonsten zu örtlich unterschiedlichen Leistungsfähigkeiten, die dann bei Lücken wieder durch den Rettungsdienst ausgeglichen werden müssten. Die Zeitfenster für die Anrufannahme in der Akutleitstelle sind hier wegweisend.

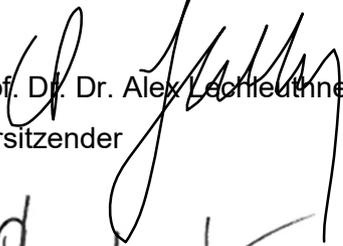
DER VORSTAND DES BUNDESVERBANDES:

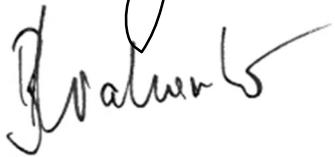
VORSITZENDER: PROF. DR. DR. ALEX LECHLEUTHNER; STELLV. VORSITZENDER: DR. BERNHARD KRAKOWKA;
2. STELLV. VORSITZENDER TORSTEN REINHOLD; BUNDESGESCHÄFTSFÜHRER: PROF. DR. REINHOLD MERBS;
SCHATZMEISTER: PROF. DR. ANDREAS BOHN; BEISITZER: DR. ANDRE GNIRKE

WWW.AELRD.DE

Friedberg / Köln, den 21.06.2024

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