

Bundesministerium für Gesundheit

Per Mail:

poststelle@bmg.bund.de

Telefon +49 5231 62-1236  
E-Mail [info@fvlst.de](mailto:info@fvlst.de)  
Internet [www.fvlst.de](http://www.fvlst.de)

Datum 17.06.2024

## Referentenentwurf Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (Notfallgesetz NotfallG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchten wir als Fachverband Leitstellen e.V. zum Referentenentwurf Stellung nehmen.

Zunächst möchten wir anmerken, dass wir den Referentenentwurf für den Bereich der Zusammenarbeit und Vernetzung der beiden Versorgungssegmente Rettungsdienst und Akutversorgung durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) sehr begrüßen. Der Referentenentwurf stellt jetzt tatsächlich eine ernsthafte Diskussionsgrundlage dar.

Das Bundesgesundheitsministerium zieht sich (nunmehr) auf seine Gesetzgebungskompetenz zurück und regelt die Säule der Akutversorgung neu. Damit werden die Akutvermittlung und der aufsuchende Bereitschaftsdienst durch die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages gestärkt und müssen zukünftig ausgebaut werden, so dass die Patientensteuerung besser gelingt und der Versorgungspfad nicht von der Wahl des Hilfesuchenden abhängt. Mit dem Referentenentwurf könnte aus unserer Sicht eine deutliche Verbesserung der ambulanten Akutversorgung in Deutschland gelingen.

### Hier unsere Anmerkungen im Einzelnen:

1. Der Titel/Name des Gesetzes ist aus unserer Sicht unzutreffend. Reformiert wird nicht die Notfallversorgung, diese ist in den einschlägigen Rettungsdienstgesetzen der Länder geregelt. Aus unserer Sicht wird hier eher die Akutversorgung, also die Versorgung der Bevölkerung im Zuständigkeitsbereich der KV. Dieses sollte bereits im Namen des Gesetzes deutlich hervorgehoben werden.
2. Da in allen Bundesländern Integrierte Leitstellen für Feuerwehr und Rettungsdienst betrieben werden, die unter der europaweit einheitlichen Notrufnummer 112 zu erreichen sind, sollte grundsätzlich der Begriff „Rettungsleitstelle“ in „Integrierte Leitstelle“ umbenannt und durchgängig im Gesetzentwurf verwendet werden.

3. Im § 75 Abs. 1b wird der Sicherstellungsauftrag weiter konkretisiert. Wir gehen davon aus, dass nach § 75 Absatz 1b klargestellt wird, dass der Sicherstellungsauftrag der notärztlichen Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes Aufgabe der Länder bleibt. 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 ein durchgehend 24h organisierbarer Hausbesuchsdienst möglich. 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.

Unser Vorschlag: Unter einer sofortigen Behandlung aus medizinischen Gründen im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung sind Erkrankungen im häuslichen Umfeld gemeint, die in den Ersteinschätzungssystemen keine Hinweise auf Vitalstörungen oder zeitkritische Tracerdiagnosen enthalten. Die Dringlichkeit des Hausbesuchs sollte ab Anruf bei der Akutleitstelle einen Zeitkorridor von mindestens 4h (Beispiel) enthalten. Alles, was aus medizinischen Gründen schneller aufgesucht, abgeklärt und behandelt werden muss, ist dem Rettungsdienst zuzuordnen. Um das zu gewährleisten, müsste zusätzlich eine Bedarfsplanung und Qualitätssicherung eingezogen werden.

4. Begrüßt werden die Qualitätsparameter in § 75 Absatz 1c, wonach die Erreichbarkeit der Akutleitstelle mit auswertbaren Kennzahlen definiert ist. Allerdings sind diese auf einem niedrigen Niveau angesiedelt. Der Medianwert der Wartezeit der Anrufer an der 116117 sollte < 60 Sekunden sein und das 90. Perzentil <180 Sekunden betragen. Eine längere Wartezeit am Telefon, würde wieder zur Verwendung der 112 führen, da hier kürzere Zeitwerte bei der Notrufannahme gelten. Die Kennzahlen müssen im Rahmen des Qualitätsmanagements mess- und auswertbar sein.

Leider fehlen derartige Qualitätsparameter für den inhaltlichen Sicherstellungsauftrag. Das heißt, es fehlen Qualitätskennzahlen für die Sicherstellung der notdienstlichen Akutversorgung bei den Integrierten Notfallzentren, dem telefonischen und videogestützten ärztlichen Versorgungsangebot sowie dem aufsuchenden Dienst (z.B. Warte- und Eintreffzeiten). Es wird angeregt, analog zur Verpflichtung der Rettungsdienststräger (die für die Versorgung einen Rettungsdienstbedarfsplan für ihren Rettungsdienstbereich zu erstellen haben) die Kassenärztlichen Vereinigungen zu verpflichten, einen Bedarfsplan zu erstellen, der bestimmte Qualitätsparameter im Sinne eines Versorgungsgrades nachprüfbar erfüllt.

Der Gesetzesentwurf sollte zudem um die Möglichkeit der einheitlichen Festlegung von Mindeststandards an medizinischer Ausrüstung für Ärztinnen und Ärzte dringend ergänzt werden. Es ist inakzeptabel, dass aktuell die Ausstattung der medizinischen Fachkräfte bei Einsätzen stark variieren kann - von einem einfachen Rezeptblock und einem Stethoskop bis hin zu einem vollausgestatteten Notfallrucksack. Diese Diskrepanz in der Ausrüstung führt zu ungleichen Behandlungsmöglichkeiten vor Ort und möglicherweise sogar zu vermeidbaren Patiententransporten durch den Rettungsdienst.

Es ist entscheidend, dass Ärztinnen und Ärzte über die notwendige Ausrüstung verfügen, um adäquat auf Notfälle reagieren zu können und eine angemessene Erstversorgung durchführen zu können. Durch die Festlegung von Mindeststandards wird sichergestellt, dass alle medizinischen Fachkräfte über die erforderlichen Mittel verfügen, um ihre Aufgaben professionell und effektiv zu erfüllen. Mit der Aufnahme der o. g. Möglichkeit eine Festlegung kann ein wichtiger Schritt unternommen werden, um die Qualität der medizinischen Versorgung bei Einsätzen zu verbessern und die Patientensicherheit zu gewährleisten. Es sollte selbstverständlich sein, dass Ärztinnen und Ärzte die notwendige Ausrüstung erhalten, um in Notfällen angemessen handeln zu können.

5. Zudem müssen die Akutleitstellen der KV ein Weisungs- und Dispositionsrecht gegenüber den an der notdienstlichen Akutversorgung Beteiligten haben. Wenn nach den standardisierten (Notruf-)abfrage als Ergebnis herauskommt, dass ein aufsuchender Dienst erforderlich ist, kann dieses nicht von den dienstleistenden Ärztinnen und Ärzten im Nachgang abgelehnt werden, so dass der Fall dann wieder, wie aktuell leider oftmals vorkommend, doch wieder an den Rettungsdienst als „letztes Auffangnetz“ im System abgegeben wird.
6. Bislang wurde der Rettungsdienst überproportional für Low-Code-Fälle in Anspruch genommen, da ein weiter Graubereich zwischen rettungsdienstlicher/notärztlicher Notfallversorgung und kassenärztlicher Akutversorgung bestand und eben Leistungen zur Akutversorgung nur sehr reduziert und vollkommen intransparent zur Verfügung standen. Jetzt ist nach dem Willen des Entwurfsgebers eine vertragsärztliche Erstversorgung für 24/7 vorgesehen. Es bedarf aber gleichzeitig einer klaren Abgrenzung der beiden Säulen. Notfallrettung und Heilen sind vollkommen verschiedene Dinge, die zurecht vollkommen andere Rechtsgrundlagen und nicht zuletzt unterschiedliche Zuständigkeiten im Föderalismus haben. Zu den Aufgaben des Rettungsdienstes zählen insbesondere Einsätze mit Vitalbedrohung und zeitkritische Erkrankungszustände. Die genaue Abgrenzung hilft, Doppelstrukturen zu vermeiden.
7. Die Dienste der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen zwingend disponibel werden, und zwar vor allem für die Akutleitstellen. Wenn der Kassenärztlichen Vereinigung ermöglicht wird, den aufsuchenden Dienst durch die Einbindung von qualifiziertem, nichtärztlichem Personal oder durch Kooperation mit dem Rettungsdienst zu erbringen, sollte auch über das Portfolio an Ressourcen, mit denen die Integrierte Leitstelle (112) arbeiten kann, nachgedacht werden. So können nach den rettungsdienstlichen Landesgesetzen in der Regel das Notarzteinsatzfahrzeug, der Rettungstransportwagen, ein Rettungstransporthubschrauber und in manchen Bundesländern ein Notfallkrankswagen ohne vorherige ärztliche Verordnung alarmiert werden und Ziel der Rettungsmittel ist immer eine geeignete Klinik. Hier sollte klargestellt werden, dass zur bedarfsgerechten Patientensteuerung der Kanon der Hilfsmöglichkeiten erweitert wird, wenn die Kostenträgerschaft diesbezüglich geklärt wird. Im Sinne einer effektiven Patientensteuerung könnten dann z. B. auch Arztpraxen angefahren werden. Dieses ist den meisten Bundesländern bisher nicht möglich.

Dass die Einbindung des Rettungsdienstes auf Seiten der Träger des Rettungsdienstes sozusagen als freiwilliges Element ausgestaltet wird, ist nicht zu beanstanden. So können zum Beispiel Gemeindenotfallsanitäter Bestand haben bzw. ausgeweitet werden, müssen es aber nicht. Ähnlich verhält es sich mit den Notfallkrankswagen. Das trägt zur Flexibilisierung und Vermeidung von Doppelstrukturen bei und unterstützt regionale Besonderheiten.

8. Laut Begründung (S. 23, 5. Absatz) soll die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages es den Ländern ermöglichen, diese Versorgung im Rahmen der Rechtsaufsicht stärker einzufordern. Die Formulierung „stärker einfordern“ ist keine belastbare Aussage. Eine konkrete Rechtsgrundlage ist leider nicht ersichtlich. Stattdessen verpflichtet § 75 Absatz 1 e die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Evaluationsberichte an das Bundesgesundheitsministerium zu liefern. Hier muss zur Ausübung der Rechtsaufsicht eine gesetzliche Grundlage klar formuliert werden, damit diese auch entsprechend gegenüber der KV handlungsfähig ist.
9. Begrüßt wird die Regelung in § 123 Absatz 2 Satz 5, da sie den Ansatz der besseren Steuerung der Patienten unterstützt. In den Niederlanden ist der vorherige Anruf zur Einschätzung des Versorgungsbedarfes und zur Terminabstimmung z.B. verpflichtend. Auch darüber könnte nachgedacht werden.
10. § 133a wird ausdrücklich begrüßt.

Die Möglichkeit, auf Antrag des Trägers der Integrierten Leitstelle (112) in einer Kooperation medienbruchfrei digital vernetzt mit den Akutleitstellen zu arbeiten und die verbindliche Übergabe der Hilfeersuchen in den richtigen Versorgungsweg einzusteuern, ist seit Beginn der Diskussion die zentrale Forderung des Fachverbandes Leitstellen e.V. Mit der Regelung in § 133 a Absatz 1 Satz 2 wird auch die Möglichkeit einer engeren Zusammenarbeit bis hin zu einer gemeinsamen Trägerschaft eingeräumt. So kann je nach regionalen Gegebenheiten die optimale Organisationsstruktur gewählt werden. Satz 4 stellt klar, dass die weiteren Aufgaben der Integrierten Leitstelle (112) des Brand- und Katastrophenschutzes sowie der technischen Hilfeleistung unberührt bleiben. Der Verzicht auf die Aufgabenreduzierung hinzu einer alleinigen Gesundheitsleitstelle und die Beibehaltung der bewährten Integrierten Leitstellen, die neben der bedarfsgerechten Zuweisung in ein Versorgungssystem auch für die Einsätze im Bereich Feuerwehr und Katastrophenschutz zuständig bleiben, begrüßen wir ausdrücklich.

Die gemeinsame Annahme und Bearbeitung von Notrufen aus dem Bereich Rettungsdienst und Feuerwehr ermöglicht eine effizientere und bedarfsgerechtere Einsatzplanung. Durch die enge Zusammenarbeit können sowohl der Rettungsdienst als auch die Feuerwehr schnell und koordiniert reagieren und im Bedarfsfall gemeinsam zum Einsatz kommen. Dies führt zu einer optimierten Ressourcennutzung und einer schnelleren Hilfeleistung für die Betroffenen. Dass die Integrierten Leitstellen auch entsprechend benannt werden, um ihre wichtige Funktion und Aufgabe zu verdeutlichen, ist somit zielführend.

Dass die Integrierten Leitstelle (112) standardisierte Ersteinschätzungs- und Abfrageprotokolle nutzen sollen, sollte mittlerweile zum Standard gehören und wird ausdrücklich unterstützt. Allerdings sehen wir hier noch in einigen Integrierten Leitstellen der 112 durchaus einen Nachholbedarf. Die Synchronisierung der Abfragesysteme in den Integrierten Leitstellen der 112 mit den denen der 116117 Akuteitstellen ist dabei wesentlich. Es darf für die Hilfesuchenden keinen Unterschied bei der Abfragequalität geben. Dazu erarbeiten zurzeit der Fachverband Leitstellen e.V. und das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Vereinigung in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe zusammen mit dem Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst, der Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren (AGBF), verschiedenen Landes KVen mit der Unterstützung des Deutschen Städtetags, des Deutschen Landkreistags eine Fachempfehlung, die bundesweit zur Anwendung kommen könnte. Der Ausschuss Rettungswesen der Länder sowie das BMG werden regelmäßig informiert.

11. Einzig die Anbindung der Telematikinfrastruktur in die verschiedenen Einsatzleitsysteme bzw. Notrufabfragesysteme wirft die Frage auf, ob dies tatsächlich erforderlich ist. Auch wenn die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine technische und inhaltliche Schnittstelle zur Fallübergabe bereitzustellen hat, muss die Kompatibilität auf Seiten der Integrierten Leitstelle (112) auch eingerichtet werden. Der bisherige Datenaustausch erfolgt gut via standardisierter, so genannter UCRI-Schnittstelle. Es sollte klar geregelt werden, wer die Kosten der Einbindung der Telematikinfrastruktur in den kommunalen Leitstellen tragen würde. Für die Integrierten Leitstelle (112) bringt sie keinen fachlichen Mehrwert, dieser ist eher für den Rettungsdienst zu erwarten. Zumindest die Förderfähigkeit aus Mitteln des Strukturfonds wird begrüßt. Die gegenseitige verbindliche Anerkennung der Abfrageergebnisse ist zu bejahen.
12. Begrüßt wird grundsätzlich auch die Einrichtung eines Qualitätsmanagements für die ständige Evaluation der Abstimmung der Abfragesysteme. Mit einem Qualitätsmanagementsystem ist auch die Einführung eines Critical Incident Reporting Systems (CIRS) anzustreben, um kritische Fälle einer durchgeführten digitalen Fallübergabe schnell zu erkennen und im Gesamtsystem mit Hinweisen zur zukünftigen Fehlervermeidung an die beteiligten Systempartner weiterzugeben.

13. Die Rechtsgrundlage für den Datenaustausch, die -aufbewahrung in § 133a Abs. 3 Satz 5 sorgt für Klarstellung. Begrüßt wird die inhaltliche Rückkopplung mit den Daten des jeweiligen Leistungserbringers, z.B. dem Hausbesuchsdienst, zur Evaluation der Qualität der Abfrageergebnisse.

14. S. 30 unter 6. wird noch der alte Begriff der Gesundheitsleitstelle verwendet. Es muss gem. § 133a Absatz 1 Gesundheitsleitsystem heißen.

Für Rückfragen, insbesondere bei einer benötigten Expertise zum Leitstellenthemen, stehen wir Ihnen jederzeit über unsere Geschäftsstelle zur Verfügung!

Mit freundlichen Grüßen



Marc Gistrichovsky  
Vorsitzender