



Stellungnahme
des
Marburger Bund Bundesverbandes
zur

**Neunten Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung**

***Reform der Notfall- und Akutversorgung:
Rettungsdienst und Finanzierung***
(veröffentlicht am 7. September 2023)

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin
Telefon 030 746846-0
Telefax 030 746846-16
bundesverband@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Berlin, 24.10.2023

Der Marburger Bund begrüßt, dass die Regierungskommission nun auch Empfehlungen für eine Reform des Rettungsdienstes als Teil der Reform der Notfallversorgung vorgelegt hat. Die Probleme der Notfallversorgung können nur gelöst werden, wenn der Rettungsdienst als Teil der Notfalkette bei Veränderungen im ambulanten oder /und stationären Bereich immer mitbedacht wird.

Bereits im Mai 2017 hatte der Marburger Bund Eckpunkte für eine Strukturreform der medizinischen Notfallversorgung vorgelegt, die auf eine Entlastung der Krankenhausnotaufnahmen durch eine bessere Steuerung der Patientenversorgung zielt. Hierfür bedarf es aus unserer Sicht einer guten Verknüpfung der Sektoren und einer integrativen ärztlichen Tätigkeit über Kreis- und Landesgrenzen hinweg.

Zwingend notwendig ist es, die Überlegungen zur Reform des Rettungsdienstes mit den generellen Reformen zur Verbesserung der Notfallversorgung und der Krankenhausreform zu synchronisieren. Bei den (nicht neuen) Empfehlungen zur strukturellen Neuordnung des Rettungsdienstes im SGB V sehen wir allerdings die Gefahr, dass angesichts der damit verbundenen ordnungs- und finanzierungsrechtlichen Diskurse eine Gesamtreform wegen der unterschiedlichen Zuständigkeiten von den Bundesländern und dem Bund schwer umzusetzen ist.

Zu einigen Empfehlungen nehmen wir wie folgt Stellung:

Empfehlung 4 - Vernetzung der Strukturen

Die Einbeziehung und die Vorhaltung ausreichender rettungsdienstlicher Ressourcen ist ein wesentlicher Faktor für das Gelingen einer integrativen Notfallversorgung. Die Vernetzung zwischen den Rufnummern 112 und 116117 mit einer klaren Regelung zu Übergabepunkten und Schnittstellen ist einer der zentralen Bausteine, um im Patienteninteresse die geeignete Versorgungsform schnellstmöglich zu identifizieren. Erforderlich ist eine unmittelbare, wechselseitige Übergabe des Anrufs einschließlich aller erhobenen Daten.

Der Einsatz telemedizinischer ärztlicher Unterstützung im Rettungsdienst bietet eine gute Ergänzung und einen sinnvollen Ressourceneinsatz bis zum ggf. notwendigen Eintreffen der Notärztin/des Notarztes vor Ort. Telemedizin sehen wir als einen sinnvollen Baustein der Rettungskette, der auch helfen kann, die Disposition zu optimieren.

Weiter ist zu berücksichtigen, dass bei einer zunehmenden Zentralisierung der Krankenhausversorgung für viele Patientinnen und Patienten längere Anfahrtswege aus insbesondere ländlichen Regionen entstehen, die zu einem erheblichen Zusatzbedarf an Krankentransportkapazitäten führen.

Empfehlung 5 – Patientensteuerung und Notfalldatensatz

Wir begrüßen den Vorschlag eines Echtzeit-Registers zur Erfassung und Abfrage der verfügbaren Ressourcen.

Um freie, medizinische Notfallkapazitäten mit Hinterlegung der jeweiligen Fachspezifika rasch abfragen zu können, sollte in allen Bundesländern ein „einheitliches System“ zum interdisziplinären Versorgungsnachweis eingeführt werden, das auch länderübergreifend und im grenznahen Bereich eingesetzt werden kann. Dieses System muss den gesamten Prozess der Rettungskette berücksichtigen, so dass angefangen beim Versorgungsnachweis über die Aufnahme der Notfallmeldung, der Allokation des richtigen Rettungsmittels und Verbringung zum geeigneten Leistungserbringer die Daten interoperabel digital verfügbar sind. Dies ermöglicht nicht nur einen raschen Informationsaustausch für das verlegende und aufnehmende Krankenhaus, sondern auch eine gute Steuerungsmöglichkeit für den Rettungsdienst bezüglich der Zuweisung von akut erkrankten Patientinnen und Patienten in den klinischen Teil der Notaufnahme. So können Sekundärverlegungen weitgehend vermieden werden.

In ein solches System sollten auch Vertragsarztpraxen integriert werden, die in der Lage und bereit sind, während der Praxiszeiten Notfalltermine anzubieten und somit vom Rettungsdienst direkt angefahren werden können. Aus Gründen der Patientensicherheit sollte eine Evaluation des Verfahrens erfolgen.

Die Einrichtung eines Notfallversorgungsregisters, welches die Versorgung im Rettungsdienst, dem KV-Notdienst und der ambulanten und stationären Versorgung in den Notaufnahmen der Krankenhäuser abbildet, ist zur Systemsteuerung dringend erforderlich. Die Definition eines sektorenübergreifenden Notfalldatensatzes analog §21 KHEntgG wäre dazu hilfreich.

Empfehlung 7 – Zentralisierung

Die Strukturen der rettungsdienstlichen Organisation sind in den Bundesländern zum Teil sehr unterschiedlich. Richtig ist aber auch, dass es je nach Bundesland ganz unterschiedliche Bevölkerungsdichten, Ballungsraumverteilungen, stationäre Strukturen und maximal- bzw. hochschulmedizinische Versorgungsangebote gibt. Gerade in einem Flächenland wechseln sich Städte und größere Gemeinden mit nur sehr dünn besiedelten Regionen ab. Dies hat nicht nur Einfluss auf die stationäre Versorgungsdichte, sondern zunehmend auch auf die vertragsärztliche Versorgung und den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst.

Mehr einheitliche Strukturen sind grundsätzlich zu begrüßen. Sie dürfen aber nicht zu einer starren Anwendung führen. Alle Kompetenzen auf den Bund zu übertragen halten wir nicht für sinnvoll, weil dies funktionierende Strukturen und regionale Erfordernisse unzureichend berücksichtigen würde. Es muss zwingend vermieden werden, dass bewährte Strukturen aus rein finanziellen Gründen abgeschafft werden.

Wichtig ist aus unserer Sicht, dass die Standorte der jeweiligen Rettungsleitstellen mit einer ausreichenden Anzahl qualifizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern besetzt werden, denen die regionalen Strukturen bekannt sind.

Empfehlung 9 – Maßnahmen zur Verbesserung der personellen Qualifikation

Die Förderung der Qualität im Rettungsdienst durch Weiterqualifikation des nicht ärztlichen Fachpersonals begrüßen wir. Kritisch und nicht zielführend sehen wir in dem Zusammenhang allerdings die vorgeschlagenen, deutlich ausgeweiteten Befugnisse von Notfallsanitäterinnen und -sanitätern und der Schaffung weiterer Qualifikationsstufen wie Paramedic und Advanced Care Paramedic zum Ersatz von Notärztinnen und Notärzten.

Notärztinnen und Notärzte sollen nach den Vorschlägen der Regierungskommission nur noch im Bedarfsfall in kritischen Situationen, die vom nichtärztlichen Personal vor Ort nicht mehr bewältigt werden können, per Rettungshubschrauber oder telemedizinisch unterstützend sekundär hinzugezogen werden.

Neben den noch immer bestehenden Lücken in den deutschen Kommunikationsnetzen, die eine telemedizinische Einbindung von Notärztinnen und Notärzten erschweren, löst der Vorschlag auch den Personalmangel nicht. Im Rettungsdienst besteht ein Personalmangel nicht nur im ärztlichen Bereich, sondern auch in erheblichem Umfang bei Notfallsanitäterinnen und -sanitätern. Der Personalmangel war Grund dafür, dass in einzelnen Bundesländern bspw. auf dem Notarzteinsatzfahrzeug das Qualifikationsniveau auf einen Rettungssanitäter statt eines Notfallsanitäters herabgesetzt wurde.

Die Belastung der Notfallressourcen erfolgt zudem besonders im sogenannten Low-Code-Bereich und weniger im Bereich der komplexen, vitalbedrohlichen Notfälle. Beispielsweise führen saisonale Faktoren mit gehäuftem Vorkommen banaler Infekte dazu, dass die Einsatzkräfte zu Patientinnen und Patienten ausrücken, die diese Rettungsmittel nicht benötigen. Dies gilt es durch eine bessere telefonische Ersteinschätzung im Bereich der Disposition zu vermeiden.

Durch die Qualifizierungsvorschläge würde sich der Personalmangel potentiell verstärken. Schon der Zeithorizont eines erst neu aufzubauenden Studienganges und seiner ersten Absolventen lösen die akuten personellen Probleme nicht.

Hinzu kommt, dass eine rein telenotärztliche Unterstützung den Notarzteinsatz oft nicht ersetzen kann. Vielmehr würde dadurch deren Qualifizierung und geforderte Spezialisierung erschwert, da die prähospitalen Notfallversorgung nicht vollumfänglich im Krankenhaus oder im ambulanten Bereich erlernt oder aufgefrischt werden kann. Der Erhalt eines flächendeckenden Netzes einer bodengebundenen notärztlichen Versorgung, der an Ländergrenzen nicht Halt macht, ist nicht nur daher, sondern insbesondere zum Erhalt der Versorgungsqualität für die Bevölkerung aus unserer Sicht zwingend erforderlich.

Zielführender wäre zunächst die Umsetzung des Notfallsanitätergesetzes, das heute bereits eine eigenverantwortliche notfallmedizinische Versorgung wie auch weitergehende Maßnahmen in Delegation ohne Notarzteinbindung am Notfallort ermöglicht. Aufgrund der zum 01.01.2014 erfolgten Gesetzesänderung wird der Rettungsassistent abgelöst durch einen hauptamtlichen Notfallsanitäter, der ab 2024 in jedem Rettungswagen sein muss.

Dieser benötigt eine dreijährige Ausbildung und hat erweiterte Kompetenzen, wozu auch Aufgaben gehören, die bisher Ärzten vorbehalten waren, wie zum Beispiel das Legen von Infusionen. Weitere Tätigkeiten können jederzeit, auch im Rahmen einer Generaldelegation durch den ärztlichen Leiter, ausgeübt werden. Damit könnten die Notärztinnen und Notärzte entlastet und den Patientinnen und Patienten schneller geholfen werden. Eine flächendeckende Umsetzung ist bislang nicht erfolgt.

Gleichwohl können Aufstiegsmöglichkeiten für besonders qualifizierte Notfallsanitäterinnen und -Notfallsanitäter diskutiert werden.

Durch bundesweit einheitliche Definition der Kompetenzen von Notfallsanitätern im Sinne des Pyramidenprozesses, könnte jetzt bereits das Berufsbild attraktiver gestaltet und eine Entlastung des Rettungsdienstes erreicht werden.

Dies und die Schärfung des Einsatzprofils durch Reduktion von medizinisch nicht notwendigen Einsätzen kann ein Weg sein, um dauerhaft qualifiziertes Personal im Beruf zu halten.

Um Notärzten den Rücken für lebensrettende Einsätze freizuhalten und Kosten im Rettungswesen zu senken, sollten auch ausgeweitete Versorgungsangebote erprobt werden, wie z.B. Pilotprojekte mit sogenannten Gemeindenotfallsanitätern, bei denen Notfallsanitäter mit einer Zusatzausbildung von der Rettungsleitstelle zu Patientinnen und Patienten geschickt werden, wenn nach dem Notruf mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, dass zwar medizinische Hilfe notwendig ist, aber keine Lebensgefahr vorliegt.

Aus den Ergebnissen bisheriger Modellprojekte ist ableitbar, dass bei einer flächendeckenden Umsetzung der Modellstrukturen, nicht nur die Versorgung verbessert wird, sondern auch die Berufszufriedenheit der Notfallsanitäter und Notfallmediziner und zudem Ressourcen gespart werden.

Gerne bringen wir unsere Expertise in einen Prozess zur Weiterqualifikation nicht-ärztlichen Fachpersonals in der Notfallmedizin im Sinne einer qualifizierten Delegation ein.

Empfehlung 10 – Ausbau Luftrettung

Die Luftrettung ist ein wichtiger Baustein bei der Versorgung von Notfallpatienten. Sie kann aber den Notarzteinsatz schon deshalb nicht ersetzen, weil eine 100-prozentige Verfügbarkeit zu allen Zeiten nicht gewährleistet werden kann. So müsste zum Beispiel die Nachtflugtauglichkeit dieses Rettungsmittels gewährleistet werden, da die Notfallrettung in Deutschland nachts per Hubschrauber weiterhin nur eingeschränkt möglich.

Empfehlungen 11 und 12: Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz:

Grundsätzlich müssen Patientinnen und Patienten mit ihren Sorgen ernst genommen werden. Gleichwohl können präventive Ansätze und eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung helfen, den Rettungsdienst zu entlasten und Leerfahrten zu vermeiden.