

Stellungnahme des Ausschusses Rettungswesen
zu dem Gutachten 2018 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im
Gesundheitswesen:

Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung

hier: Empfehlungen zur bedarfsgerechten Ausgestaltung der Notfallversorgung

Der Ausschuss Rettungswesen begrüßt es, dass sich der Sachverständigenrat der Bundesregierung in seinem diesjährigen Gutachten intensiv mit der medizinischen Notfallversorgung der Bevölkerung befasst hat. Allen Akteuren auf diesem Gebiet ist bewusst, dass die medizinische Notfallversorgung sektorenübergreifend an die Grenzen der Leistungsfähigkeit aller beteiligter Partner geraten ist. Diese Situation verlangt nach einem effizienteren Ressourceneinsatz und nach neuen und alternativen Organisationsmodellen, um die Patienten besser als bisher an die individuell benötigten medizinischen Versorgungseinrichtungen vermitteln zu können.

Die nunmehr auch in dieser Empfehlung erfolgte Feststellung des notwendigen Änderungsbedarfes wird seitens des Ausschusses Rettungswesen begrüßt. Schon seit einigen Jahren wird diese Notwendigkeit durch den Ausschuss Rettungswesen dargestellt. Nach seiner Auffassung sind einige der hier beschriebenen Maßnahmen sehr gut geeignet, kurz- und mittelfristig die medizinische Notfallversorgung der Bevölkerung auch ohne Eingriffe in föderale Strukturen tiefgreifend zu optimieren und die knappen Ressourcen effizienter zu nutzen.

Im Einzelnen:

Die Einrichtung von Integrierten Leitstellen, in denen sowohl Notrufe unter der Notrufnummer 112 als auch Anrufe unter der Servicenummer 116117 eingehen, abgefragt und entsprechend bearbeitet werden, wird ausdrücklich unterstützt.

Der Ausschuss Rettungswesen ist allerdings der Auffassung, dass beide Rufnummern beibehalten werden müssen. Die 112 ist die europaweit eingeführte, allseits bekannte und propagierte **Notrufnummer**. Diese muss auch zukünftig echten nichtpolizeilichen Notfällen vorbehalten bleiben und darf nicht zu einer allgemeinen medizinischen Servicenummer verwässert werden. Über die Notrufnummer 112 werden darüber hinaus neben den medizinischen Notfällen auch alle nichtpolizeilichen Notlagen wie Brände, Unfälle und Naturereignisse gemeldet. Eine Parallelität beider Nummern, die über einen gemeinsamen Kanal gesteuert werden, erscheint ideal geeignet, um die zeitkritischen Notfälle herauszufiltern und folgend einen Anruf auf kurzem Weg in den geeigneten Versorgungssektor weiterzuleiten.

Die Akzeptanz und Nutzung der Servicenummer 116117 wird aber zukünftig ganz entscheidend davon abhängen, dass genauso wie bei der Notrufnummer 112 eine fachlich geeignete Rufannahme rund um die Uhr (24/7) gewährleistet ist und dass rund um die Uhr unterschiedliche medizinische Versorgungsleistungen bedarfsgerecht und gesichert weitervermittelt werden können – sei es im Rahmen einer telefonischen Beratung, einer Versorgung zu Hause oder in einer dafür vorgesehenen medizinischen Einrichtung. Der zurzeit bestehende Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung bezüglich eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes nur außerhalb der Sprechstundenzeiten greift zur Abdeckung der dargestellten Notwendigkeiten zu kurz. Hier bedarf es der Anpassung der bestehenden bundesgesetzlichen Regelungen.

Ebenso wie der Sachverständigenrat erkennt auch der Ausschuss Rettungswesen das große Potential telemedizinischer Verfahren. Eine telemedizinische Unterstützung kann nicht nur Einsatzkräften Handlungssicherheit vermitteln. Die Anwesenheit von Telenotärzten in Leitstellen kann auch entscheidend zu einem ressourcenschonenden Einsatz der Rettungsmittel beitragen.

Aus Sicht des Ausschusses Rettungswesen ist der vorgeschlagene Aufbau von ambulanten Notfallzentren an Krankenhäusern grundsätzlich sinnvoll und anzustreben. Ein einzurichtender Triagepunkt kann die korrekte Steuerung der ankommenden Patienten übernehmen. So kann sichergestellt werden, dass nur die Patienten in einer Notaufnahme versorgt werden müssen, für die diese Vorhaltung eigentlich auch vorgesehen ist. Die aufzubauenden Notfallzentren an den Kliniken müssen aber zukünftig ebenfalls rund um die Uhr (24/7) zur Verfügung stehen, um den ambulanten medizinischen Hilfeersuchen der Bevölkerung angemessen zu begegnen.

Der Ausschuss Rettungswesen hat sich schon immer dafür eingesetzt, die Befugnisse von Notfallsanitätern gesetzlich klar und eindeutig zu regeln. Dies muss durch die Formulierung einer eigenständigen Rechtsgrundlage, z.B. im Notfallsanitätergesetz, erfolgen. Der Ausschuss schließt sich daher hier den Empfehlungen des Sachverständigenrats uneingeschränkt an. Mit einer solchen Befugnisnorm einher geht die zwingend notwendige Anpassung des Heilpraktikergesetzes. Lebensrettende Maßnahmen, die der Notfallsanitäter bis zum Eintreffen des Notarztes eigenverantwortlich und rechtlich zwingend vornehmen muss, führen zwangsläufig zu einem Verstoß gegen den Tatbestand des Arztvorbehalts. Die bisherige Auflösung dieses Konflikts durch den rechtfertigenden Notstand ist für einen modernen Gesundheitsfachberuf, wie ihn der Notfallsanitäter darstellt, nicht hinnehmbar. Ebenso muss dem Notfallsanitäter eine rechtssichere Gabe von im Rettungsdienst standardmäßig zur Schmerztherapie verwendeten Betäubungsmitteln ermöglicht werden. Dazu ist eine Anpassung des Betäubungsmittelgesetzes erforderlich.

Neben diesen vom Ausschuss Rettungswesen ausdrücklich zu begrüßenden Punkten in der vorgelegten Empfehlung des Sachverständigenrates gibt es aber auch Vorschläge, die nicht mitgetragen werden können.

Der Empfehlungen des Sachverständigenrats zur Steuerfinanzierung der Vorhaltekosten des Rettungsdienstes kann der Ausschuss Rettungswesen nicht folgen. Beide Sparten des Rettungsdienstes, die Notfallrettung und der Krankentransport, erbringen medizinische Leistungen, die denen anderer Heilberufe ähnlich sind. Das legt nahe, am bestehenden Finanzierungsmodell festzuhalten.

Desweiteren ist aus Sicht des Ausschusses Rettungswesen festzuhalten, dass die kommunale und die länderübergreifende Zusammenarbeit im Rettungsdienst bereits jetzt geregelt ist und gut

funktioniert. Zwischen den meisten Ländern bestehen Verträge, die den länderübergreifenden Einsatz von Rettungsmitteln zu Lande und in der Luft ermöglichen. Der Rettungsdienst in Großstädten weist andere Besonderheiten auf, als der in ländlichen Gebieten. Gleiches gilt für den Rettungsdienst in den Bergen und in Küstenländern. Es ist gerade die Stärke eines föderalen Staates, regionale Besonderheiten in der Landesgesetzgebung berücksichtigen zu können, um in allen Ländern dasselbe Ziel zu erreichen. Die Forderung nach einem einheitlichen Bundesgesetz für den Rettungsdienst ist daher abzulehnen.

Grundsätzlich ist die Hilfsfrist als alleiniges Qualitätsmerkmal ungeeignet. Eine bundeseinheitliche Definition einer Hilfsfrist kann daher nicht zu einer Qualitätsverbesserung im Rettungsdienst beitragen. Bei der bestehenden Hilfsfrist handelt es sich für die jeweils vollziehende Behörde um eine Planungsgröße zur Bedarfsermittlung im Rettungsdienst. Medizinisch gesehen beschreibt sie das therapiefreie Intervall. Dieses ist aber nur in einem Bruchteil der Einsätze, in erster Linie bei den sog. Tracerdiagnosen, für den Patienten und dessen Outcome relevant. Allein die zeitliche Vorgabe für ersteintreffende Einsatzkräfte gibt also noch keinen Aufschluss über die medizinische Qualität der Notfallversorgung in der Gesamtheit der Einsätze. Auf das Patientenwohl bezogene Aussagen ließen sich nur durch eine differenzierende Betrachtung des Gesamtsystems von der präklinischen Versorgung bis zur definitiven Versorgung in der Klinik treffen, also durch ein indikationsbezogenes integriertes Versorgungsintervall.