

FVLST e.V. | Blomberger Weg 60 32657 Lemgo

Auskunft erteilt

Marc Gistrichovsky

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Platz der Republik 1

11011 Berlin

Per Mail

Telefon +49 (911) 64375-100
E-Mail vorsitzender@fvlst.de
Internet www.fvlst.de

Datum 04.09.20226

Öffentliche Anhörung "Reform der Notfallversorgung"

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit im Rahmen der öffentlichen Anhörung zur Reform der Notfallversorgung" Stellung zu nehmen:

1. Der Fachverband Leitstellen e.V. (FVLST) unterstützt ausdrücklich die Reformausrichtung

Der Fachverband Leitstellen unterstützt die bessere Vernetzung der Akut- und Notfallversorgung und insbesondere der Integrierten Leitstellen der 112 und der Akutleitstellen der 116117 sowie die Anerkennung von Teilen der medizinischen Notfallrettung sowie des Notfallmanagements als eigenständigen Leistungsbereich im SGB V.

2. Patientensteuerung beginnt beim Erstkontakt

Eine wirksame Notfallreform setzt bereits bei der ersten Kontaktaufnahme an. Integrierte Leitstellen der 112 und die Akutleitstellen der 116117 benötigen standardisierte, validierte, softwarebasierte und qualitätsgesicherte Notrufabfrageverfahren sowie entsprechend qualifiziertes Personal. Dabei unterstützen wir die Schaffung eines einheitlichen Berufsbilds für die Mitarbeitenden der Integrierten Leitstellen. Für die Entwicklung landesweit einheitlicher Algorithmen in der (Notruf-) abfrage in den Integrierten Leitstellen der 112 und den Akutleitstellen der 116117 setzt sich der FVLST zusammen mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) und renommierter medizinischer Forschungsinstitute im Projekt „Einheitliche Standardisierte Notrufabfrage“ ein, das durch den Innovationsfond des Gemeinsamen Bundesausschuss finanziert wird.

3. Abfragesysteme synchronisieren:

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Die gesetzlich vorgesehene Synchronisierung der standardisierten Abfragesysteme ist ausdrücklich zu begrüßen. Nicht die Verwendung derselben Software ist entscheidend, sondern standardisierte und gleiche medizinische Entscheidungslogiken bei den Integrierten Leitstellen der 112 sowie den Akutleitstellen der 116117. Dieses gewährleistet eine übereinstimmende Bewertung egal an welcher Stelle der Erstkontakt stattfindet, die unmittelbare gegenseitige Fallübernahme und ein kontinuierliches gemeinsames Qualitätsmanagement. Nun sind die Themen Validierung, Patientensicherheit, regelmäßige Qualitätssicherung, Aus- und Fortbildung sowie die Finanzierung der Systeme und der zusätzlich erforderlichen Prozesszeit in den Mittelpunkt zu stellen.

Um die fachlichen, wissenschaftlich validierten Grundlagen für gleiche Abfragealgorithmen der (Notruf-)abfragesysteme der 112 und der 116117 zu entwickeln, erarbeiten der Fachverband Leitstellen e.V. sowie das Zentralinstitut für die kassenärztliche Vereinigung (Zi) mit wissenschaftlicher Begleitung des Instituts für Notfallmedizin der Ludwig-Maximilian-Universität München und des Instituts für Rettungsdienst und Notfallmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein Leitlinien für zukünftige, gemeinsam nutzbare Abfragealgorithmen. Diese wissenschaftliche Arbeit wird im Projekt „Einheitliche Standardisierte Notrufabfrage -eSNA“, gefördert durch den Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses, umgesetzt. Hersteller von Abfragesystemen sollen dann diesen zukünftigen deutschen Leitlinienstandard für die Notrufabfrage in ihre Produkte implementieren.

4. §133 a SGB V: 112 und 116117 verbindlich und verpflichtend vernetzen:

Die Etablierung eines Gesundheitsleitsystems ist grundsätzlich richtig. Für eine bundesweit verlässliche Patientensteuerung ist eine flächendeckende Verpflichtung zur interoperablen Kooperation erforderlich. Auch der Regierungsentwurf sieht aktuell die Kooperationspflicht der KV erst auf Antrag eines Leistungserbringers des Notfallmanagements vor. Die Bundesregierung bezeichnet eine verpflichtende Einrichtung von Gesundheitsleitsystemen in ihrer Gegenäußerung grundsätzlich als begrüßenswert, verweist aber auch auf mögliche landesrechtliche Umsetzung. Ein bundesweit angestrebtes Gesundheitsleitsystem darf nicht vom individuellen Antrag einzelner Träger abhängen. Die organisatorische Ausgestaltung kann föderal erfolgen, die Verpflichtung zur interoperablen Kooperation von 112 und 116117 sollte jedoch flächendeckend gelten.

5. Kein Bedarf für eine physische neue „Gesundheitsleitstelle“:

Eine physische Verschmelzung von 112 und 116117 oder gar die Schaffung einer zusätzlichen gemeinsamen Leitstellenebene ist nicht erforderlich. Die Integrierten Leitstellen der 112 sind Bestandteil der öffentlichen Gefahrenabwehr und erfüllen über die medizinische Notfallrettung hinaus erhebliche Aufgaben für die Einsatzsteuerung der Feuerwehr sowie des Bevölkerungsschutzes. Die Weiterentwicklung der Integrierten Leitstellen der 112 zu einem Informationsbroker für die kommunale Gefahrenabwehr verbunden mit der Bereitstellung eines 360° Lagebilds rückt immer mehr in den Fokus des Aufgabenportfolios. Dieses muss insbesondere vor dem Hintergrund der wachsenden Herausforderungen in der Gesundheitssicherstellung und des Zivilschutzes gesehen werden.

Wir empfehlen daher eine Kostenbetrachtung in folgende Bereiche:

- (1) unmittelbar SGB-V-bezogene Notfallmanagementkosten
- (2) sachgerecht zu verteilende Mischkosten Integrierter Leitstellen und
- (3) originäre Gefahrenabwehrkosten. Vorhalte- und Investitionskosten für die medizinische Notfallrettung sollten im Normtext positiv abgesichert werden. Für Mischkosten braucht es transparente, praxistaugliche Zuordnungsregeln und Kostenverteilungsschlüssel.

6. Reale Versorgungsalternativen schaffen

Das Fachgremium nach § 133b soll Rahmenempfehlungen auch zur Einbeziehung besonderer, primär auf Versorgung vor Ort ausgerichteter Einsatzmittel sowie zur Vermeidung von Einsätzen durch komplementäre Dienste entwickeln. § 75 sieht einen jederzeit verfügbaren aufsuchenden KV-Dienst vor. Die Integrierten Leitstellen der 112 können den Rettungsdienst nur dann wirksam entlasten, wenn ambulante, aufsuchende, telemedizinische, pflegerische, palliative und psychosoziale Angebote tatsächlich disponierbar sind. Ein Steuerungsalgorithmus ersetzt keine reale Versorgungskapazität. Leitstellen können nur dann wirksam steuern, wenn tatsächlich disponierbare Alternativen zu Rettungswagen und Krankentransportwagen vorhanden sind. Eine bundesrechtliche Steuerungslogik ohne regionale Vorhaltung alternativer Ressourcen führt nicht automatisch zu einer Entlastung des Rettungsdienstes. Der 24/7 aufsuchende Dienst wird begrüßt.

Die vorgesehenen Erreichbarkeitswerte der 116117 von 75 % innerhalb von drei Minuten und 95 % innerhalb von zehn Minuten sind jedoch für eine wirksame Entlastung der 112 nicht ausreichend. Eine leistungsfähige 116117 ist Voraussetzung dafür, dass die 112 tatsächlich entlastet wird. Lange Wartezeiten erzeugen ein Ausweichverhalten zur 112 und unterlaufen die Steuerungslogik der Reform.

7. Krankentransporte bedarfsgerecht disponieren

Die Anerkennung standardisierter Abfrageergebnisse als Grundlage für die Initialisierung von Krankenfahrten und Krankentransporten ist ein Fortschritt. Die Regelung sollte nicht unnötig auf Transporte zu INZ verengt werden, wenn andere ambulante Zielstrukturen wie Arztpraxen medizinisch geeignet und wirtschaftlicher sind. Der Reformentwurf ermöglicht dem Gesundheitsleitsystem die Disposition von Krankenfahrten und Krankentransporten zu einem INZ. Diese zu begrüßende Logik darf allerdings nicht auf die INZ als Ziel beschränkt bleiben, wenn andere ambulante Zielstrukturen medizinisch geeignet, näher und wirtschaftlicher sind. Die Rolle von Akut-KTW/Notfall-KTW sollte in den Rahmenempfehlungen ausdrücklich adressiert werden. Die Entscheidung auf Grundlage einer standardisierten softwarebasierten Abfrage in den Leitstellen kann die ärztliche Verordnung ersetzen. Für andere ambulante Krankentransporte bestehen Genehmigungsvorbehalte fort.

8. Leitstellen an Planungsentscheidungen (§ 123a/§ 123b/123 c / §90 a) beteiligen

Vertreter der medizinischen Notfallrettung sind bei Standortentscheidungen nach § 123a/§ 123b anzuhören; § 90a nennt die medizinische Notfallrettung ausdrücklich. Die Rettungsdienstbedarfsplanung ist jedoch nicht ausdrücklich als Standortkriterium normiert. INZ-Standorte, Krankenhausstrukturen und Rettungsdienstbedarfsplanung beeinflussen sich unmittelbar. Die Einrichtung von INZ und standardisierter Ersteinschätzung wurde grundsätzlich begrüßt; zugleich bestehen Auswirkungen auf ländliche Räume, kleinere Krankenhäuser und die Rettungsmittelvorhaltung. Standortentscheidungen müssen mit Rettungsdienst- und Krankenhausplanung synchronisiert sein. Zentralisierung darf nicht zu längeren Fahrzeugbindungen, zusätzlichen Sekundärtransporten oder faktischen Versorgungslücken in der Fläche führen. Die medizinische Notfallrettung und die Integrierten Leitstellen der 112 müssen deshalb mit echten Mitwirkungsrechten in die relevanten Planungsprozesse eingebunden werden.

9. Finanzierung an realen Kosten ausrichten, § 27 / § 30 SGB V – Medizinische Notfallrettung als eigener Leistungsbereich

Die grundsätzliche Anerkennung der Notfallrettung und des Notfallmanagements als eigener Teil des Leistungsbereichs im SGB V ist zu begrüßen. Die Kosten für die Vorhaltung, die Digitalisierung der Leitstellenanteile müssen allerdings kostendeckend finanziert werden. Neue Aufgaben in Notfallmanagement, Digitalisierung, Qualitätsmanagement, Behandlungskapazitätsnachweis und Ersthelferalarmierung sind nicht kostenneutral. Die sachgerecht abgebildeten, für die medizinische Notfallversorgung anteiligen und notwendigen Personal-, Betriebs-, Vorhalte- und Investitionskosten müssen für die Integrierten Leitstellen der 112 auskömmlich finanziert sein. Die zu befürchtenden finanziellen Unterdeckungen durch die Regelungen des Beitragsstabilisierungsgesetzes (BstabG) sind dabei betriebsgefährdend.

10. Beitragssatzstabilität darf Versorgung nicht strukturell schwächen

§ 71 SGB V darf nicht dazu führen, dass unvermeidbare Kostenentwicklungen (z.B. durch Aufgabenmehrung, Tarifsteigerungen, allgemeine Kostensteigerung der Betriebs- und Beschaffungskosten) dauerhaft von der Refinanzierung abgekoppelt werden. Die gesetzliche Ausnahmemöglichkeit bei drohender Versorgungsgefährdung ist wichtig, ersetzt aber keine planbare und vorausschauende Finanzierung. Eine Ausnahme, die erst bei drohender Versorgungsgefährdung greift, ersetzt keine vorausschauende Finanzierung von Personal, Aus- und Fortbildung, 24/7-Vorhaltung, Technik, Cyberresilienz und Investitionen. Die Finanzierung muss reale, nachgewiesene Kostenentwicklungen abbilden können.

11. Digitalisierung nachhaltig finanzieren:

Die 225 Mio. Euro Bundesförderung sind ein wichtiger An Schub. Dauerhafte Betriebs-, Lizenz-, Wartungs-, Schulungs-, Cybersecurity- und Redundanzkosten müssen jedoch zusätzlich in der Regelfinanzierung abgebildet werden.

12. Operative Leitstellenvernetzung technologieoffen gestalten (§ 133c / § 133e – Telematikinfrastruktur und operative Leitstellenvernetzung):

Die Telematikinfrastruktur ist für medizinische Datenprozesse relevant. Für die hochkritische operative Vernetzung der Leitstellen braucht es daneben hochverfügbare, redundante, interoperable und herstellerunabhängige Schnittstellen. Funktionierende Bestandsstandards dürfen nicht ohne gleichwertigen Ersatz verdrängt werden.

13. §133g SGB V Koordinierende Leitstellen stärken:

Die Möglichkeit, bestehenden Integrierten Leitstellen landesweite Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zuzuweisen, wird begrüßt. Solche koordinierenden Funktionen müssen nicht zwingend eine neue Leitstelle erfordern, sondern bestehenden leistungsfähigen Integrierten Leitstellen der 112 zugewiesen werden können und in Resilienz- und Zivilschutzstrukturen anschlussfähig sein. Diese Aufgaben müssen dauerhaft finanziert und in Großschadens-, Katastrophen- und Zivilschutzstrukturen eingebettet werden. Wir weisen hierzu auf Regelungen im kommenden Gesundheitssicherstellungsgesetz sowie im geplanten Cluster-Hub-Konzept in der Zivil-Militärischen Zusammenarbeit.

14. Fachgremium mit Leitstellenexpertise besetzen

Die stimmberechtigte Einbindung von Fachverbänden ist ein deutlicher Fortschritt. Bei der Besetzung muss sichergestellt werden, dass die spezifische Expertise der Integrierten Leitstellen der 112 als entscheidender Teil des Notfallmanagements angemessen vertreten ist. Dazu haben die in der Prozesskette relevanten Fachverbände der rettungsdienstlichen Notfallversorgung (Fachverband Leitstellen e.V. für den Bereich der Integrierten Leitstellen der 112, der Deutsche Berufsverband Rettungsdienst e.V. für den nichtärztlichen Teil des Rettungsdienstes sowie die Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschland s e.V.) eine gemeinsame Bewerbung zur Besetzung der vorgesehenen drei Verbandsvertreter erstellt.

15. MANV, Großschadenslagen und Vorhaltung

§ 133g berücksichtigt ausdrücklich landesweite Koordinierungsaufgaben bei Großschadenslagen sowie Versorgungskapazitäten, Intensivtransporte, Luftrettung und spezielle Rettungsmittel. Die operative Koordinierungsfunktion ist anerkannt; ungeklärt bleibt die verlässliche Finanzierung zusätzlicher Vorhaltung von Personal, Rückfallebenen, Technik und Material, soweit diese nicht eindeutig dem individuellen Leistungsanspruch nach § 30 zugeordnet werden kann. Für koordinierende Leitstellen ist eine gesonderte Pauschale vorzusehen.

16. Ersthelfersysteme/AED Kataster (§133c, § 133h)

Die Integration der Ersthelferalarmierung als Bestandteil des Notfallmanagements sowie ein bundesweites AED-Kataster mit interoperablen Schnittstellen zu Leitstellen- und Ersthelferalarmierungssystemen ist ausdrücklich zu begrüßen. In der weiteren Umsetzung müssen Interoperabilität, Datensicherheit, Verfügbarkeit, Einsatznachsorge und die vollständige Refinanzierung der Leitstellenintegration gewährleistet sein.

17. Zugriff auf die elektronische Patientenakte ePa (§133c und §354)

Der Entwurf schafft technische Voraussetzungen für Fernzugriff in besonderen Behandlungskontexten und verpflichtet bestimmte zugriffsberechtigte Leistungserbringer, Daten der digitalen Notfalldokumentation in die ePA zu übermitteln. Für die zeitkritische Notrufannahme bei der 112 ist die ePA kein Primärinstrument und darf die standardisierte Abfrage nicht verzögern. Für nachgelagerte medizinische Leistungserbringer kann sie einen Mehrwert haben. Entscheidend sind klare Rollen- und Zugriffskonzepte sowie die Vermeidung zusätzlicher Prozesslast in der Notrufbearbeitung.

Mit freundlichen Grüßen

Marc Gistrichovsky, Dipl. Ing.
Vorsitzender