



18. Dezember 2018

## Eckpunkte zur Reform der Notfallversorgung

### I. Ausgangslage

Deutschland verfügt über umfassend ausgebaute Systeme der Notfallversorgung in ambulanten und stationären Einrichtungen sowie über ein ebenfalls gut etabliertes Rettungswesen. In allen Bereichen gelten jedoch sektorale unterschiedliche Ordnungsprinzipien und Vergütungsregelungen, die Schnittstellenprobleme und Fehlversorgung verursachen.

Aktuell ist die Versorgungslage durch eine wachsende Inanspruchnahme stationärer Notfallambulanzen und eine sinkende Inanspruchnahme des durch die Kassenärztlichen Vereinigungen organisierten Notdienstes gekennzeichnet. Die stationären Notfalleinrichtungen und der Rettungsdienst beklagen zudem eine steigende Überlastung. Dabei ist davon auszugehen, dass ein nicht unerheblicher Teil der Patienten ebenso in einer normalen Arztpraxis behandelt werden könnte. Die Versorgungslage und die Organisationsformen des Bereitschaftsdienstes sind in den KV-Regionen unterschiedlich.

Künftige Reformmaßnahmen sollten daher die Kooperation und Integration unter Berücksichtigung der regionalen Situation sukzessive ausbauen und stärken. Soweit notwendig, sollen die strukturellen Rahmenbedingungen Patientenwege berücksichtigen und das Patientenwohl in den Mittelpunkt stellen. Grundlegendes Reformziel muss es sein, eine bedarfsgerechte Notfallversorgung sicherzustellen, die vom Patienten angenommen wird. Gleichzeitig sollen der Rettungsdienst und die stationären Notfalleinrichtungen entlastet und Doppelstrukturen abgebaut werden. Um dies zu erreichen, sind folgende Maßnahmen erforderlich.



Seite 2 von 4

## II. Maßnahmen

### 1. **Gemeinsame Notfalleitstellen**

Zur Verbesserung der Patientensteuerung werden gemeinsame Notfalleitstellen gebildet, die über die Rufnummern 112 und 116 117 erreichbar sind. Beide Rufnummern laufen damit nicht mehr in unterschiedlichen, sondern in gemeinsamen Leitstellen zusammen. In diesen Notfalleitstellen werden Patienten auf der Grundlage einer qualifizierten Ersteinschätzung (Triage) in die richtige Versorgungsebene vermittelt. Dies kann sein der Rettungsdienst, ein integriertes Notfallzentrum oder - während der Sprechstundenzeiten - eine vertragsärztliche Praxis. Damit der Bund die erforderlichen Regelungen zur Organisation der Rettungsleitstellen treffen kann, erfolgt eine Grundgesetzänderung, mit der dem Bund die entsprechende Gesetzgebungskompetenz eingeräumt wird.

### 2. **Integrierte Notfallzentren**

- KVen und Krankenhäuser erhalten den Auftrag, künftig **integrierte Notfallzentren (INZ)** in vom Land im Rahmen der Krankenhausplanung bestimmten Krankenhäusern (Notfallversorgungsplanung) einzurichten und zu betreiben. Hierbei haben Sie die Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß Beschluss vom 19. April 2018 über das Notfallstufensystem in Krankenhäusern zu berücksichtigen. Die INZ sind erste Anlaufstelle für alle gehfähigen Notfallpatienten sowie Patienten, die dem INZ von der Notfalleitstelle zugewiesen wurden und können auch direkt vom Rettungsdienst angesteuert werden. Bestehende Bereitschaftsdienst- und Portalpraxen werden sukzessive vollständig in das INZ überführt.
- In den INZ werden eine **zentrale Anlaufstelle** („Ein-Tresen-Prinzip“), der ärztliche Bereitschaftsdienst der KV und die zentrale Notaufnahme des Krankenhauses integriert.



Seite 3 von 3 4

- Durch die zentrale Anlaufstelle im INZ erfolgt entweder die Überprüfung der 1. Triage der Notfallleitstelle, oder eine erstmalige Triagierung mit **Zuweisung des Patienten in die richtige Versorgungsebene**. In der Anlaufstelle ist daher zu entscheiden, ob der Patient im Rahmen einer Erstversorgung behandelt werden kann, er einer sofortigen weitergehenden Untersuchung im Krankenhaus bedarf, eine unmittelbare stationäre Behandlung im Krankenhaus erforderlich ist, oder ob der Patient - ggf. nach einer Stabilisierung der gesundheitlichen Situation - an eine Vertragsarztpraxis verwiesen werden kann.
- Nach der Triagierung durch die zentrale Anlaufstelle erfolgt dann abhängig vom Behandlungsbedarf entweder eine weitergehende Untersuchung oder Behandlung im Krankenhaus, ggf. mit stationärer Aufnahme oder der Verweis an eine Vertragsarztpraxis.
- **Steuerung des Patientenzutritts in stationäre Notfalleinrichtungen** durch geeignete Instrumente. Soweit möglich sollen Patienten motiviert werden, im Notfall nur solche Krankenhäuser aufzusuchen, an denen INZ eingerichtet sind, da nicht an allen Krankenhäusern INZ eingerichtet werden können und sollen.
- Zur **Vergütung der künftigen Notfallversorgung in den INZ** schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und die Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Landeskrankenhausesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge. Die Vergütung der Leistungen der INZ ist orts- und betreiberunabhängig zu gestalten und setzt sich aus einer Grundpauschale und einer Vergütung pro Fall zusammen. Die Leistungen werden dem INZ unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Vergütung der INZ erfolgt extrabudgetär. Die Refinanzierung erfolgt durch Bereinigungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Klinikbudgets.

### 3. Rettungsdienst

- Angesichts der gewachsenen Bedeutung des Rettungsdienstes für die präklinische Versorgung wird der Rettungsdienst als eigenständiger medizinischer Leistungsbereich im SGB V geregelt.
- Die Verknüpfung der Kostenübernahme für einen Rettungsdiensteinsatz mit einem Transport ins Krankenhaus entfällt, um nicht notwendige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden.
- Die von den Krankenkassen zu tragende Verantwortung für die Finanzierung der Rettungsdienstleistungen wird eindeutig von der Verantwortung der Länder für die Investitions- und Vorhaltekosten der Rettungsdienstinfrastruktur abgegrenzt.
- Die Krankenkassen erhalten auf Länderebene erweiterte Mitwirkungs- und Verhandlungsmöglichkeiten bei wesentlichen Fragen der Ausgestaltung des Rettungsdienstes (Planung, Festsetzung der Höhe von Benutzungsgebühren usw.).
- Damit der Bund alle insoweit erforderlichen Regelungen treffen kann, erfolgt eine Grundgesetzänderung, mit der dem Bund die entsprechende Gesetzgebungskompetenz eingeräumt wird.

**Stellungnahme des Arbeitskreises V**  
**„Feuerwehrangelegenheiten, Rettungsdienst, Katastrophenschutz und zivile Verteidigung“ der Ständigen Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder**

**zu dem Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, hier: Empfehlungen zur bedarfsgerechten Ausgestaltung der Notfallversorgung**

07. November 2018

Der Arbeitskreis V „Feuerwehrangelegenheiten, Rettungsdienst, Katastrophenschutz und zivile Verteidigung“ der Ständigen Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder (AK V) 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 beteiligten 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 AK V begrüßt. Einige der hier beschriebenen Maßnahmen sind 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 AK V 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. Die Strukturen des Brand- und Katastrophenschutzes bauen auf den gesetzlichen Strukturen der kommunalen Selbstverwaltung, den räumlichen Zuständigkeiten der unteren Katastrophenschutzbehörden sowie der föderalen Gesetzgebungskompetenz der Länder auf. Eine stärkere horizontale Integration der Rettungsdienstbezirke kann nur unter Berücksichtigung dieser Zuständigkeiten in den einzelnen Bundesländern erfolgen. Eine Parallelität beider Nummern, die über einen gemeinsamen Kanal gesteuert werden, erscheint aber 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 Sprechstunden-Zeiten greift zur Abdeckung der dargestellten Notwendigkeiten zu kurz. Hier bedarf es der Anpassung der bestehenden bundesgesetzlichen Regelungen.

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

Aus Sicht des AK V 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 zukünftig ebenfalls rund um die Uhr (24/7) zur Verfügung stehen, um den ambulanten medizinischen Hilfeersuchen der Bevölkerung angemessen zu begegnen.

Der AK V 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 AK V 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 AK V 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 AK V 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 AK V festzuhalten, dass die kommunale und die länderübergreifende Zusammenarbeit im Rettungsdienst bereits jetzt geregelt sind und gut funktionieren. Zwischen den meisten Ländern bestehen Verträge, die den länderübergreifenden Einsatz von Rettungsmitteln zu Lande und in der Luft ermöglichen. Der Rettungsdienst in Groß-

städten 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 tatsächlich 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 sogenannten Tracerdiagnosen, für den Patienten und dessen Outcome relevant. Allein die Planungsgröße der zeitlichen Vorgabe für erst-eintreffende 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.

Sammlung  
der zur Veröffentlichung freigegebenen Beschlüsse  
der 209. Sitzung der Ständigen Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder  
vom 28. bis 30.11.18 in Magdeburg

---

**TOP 51:            Positionspapier des Ausschusses Rettungswesen zum Gutachten des Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen**

**Beschluss:**

1. Die IMK nimmt das Positionspapier des AK V zu den Empfehlungen zur sektorenübergreifenden Ausgestaltung der Notfallversorgung im "Gutachten 2018 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung" (*freigegeben*) zur Kenntnis.
2. Sie begrüßt, dass sich der Sachverständigenrat in seinem diesjährigen Gutachten intensiv mit der medizinischen Notfallversorgung der Bevölkerung befasst und nunmehr auch diverse Änderungsnotwendigkeiten festgestellt hat.
3. Die IMK begrüßt den Vorschlag Integrierte Leitstellen einzurichten, in denen sowohl Notrufe unter der Notrufnummer 112 als auch Anrufe unter der Servicenummer 116117 eingehen, abgefragt und entsprechend bearbeitet werden. Allerdings ist die IMK 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. Die Strukturen des Brand- und Katastrophenschutzes bauen auf den gesetzlichen Strukturen der kommunalen Selbstverwaltung, den räumlichen Zuständigkeiten der unteren Katastrophenschutzbehörden sowie der föderalen Gesetzgebungskompetenz der Länder auf. Eine stärkere horizontale Integration der Rettungsdienstbezirke kann nur unter Berücksichtigung dieser Zuständigkeiten in den einzelnen Bundesländern erfolgen. Eine Parallelität beider Nummern, die über einen gemeinsamen Kanal gesteuert werden, erscheint aber ideal geeignet, um die zeitkritischen Notfälle herauszufiltern und folgend einen Anruf auf kurzem Weg in den geeigneten Versorgungssektor weiterzuleiten.

Sammlung  
der zur Veröffentlichung freigegebenen Beschlüsse  
der 209. Sitzung der Ständigen Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder  
vom 28. bis 30.11.18 in Magdeburg

---

noch TOP 51

4. Die IMK macht insbesondere deutlich, dass die Akzeptanz und Nutzung der Service-  
nummer 116117 zukünftig ganz entscheidend davon abhängen wird, dass für diese  
genauso wie für die Notrufnummer 112 eine fachlich geeignete Rufannahme und  
Weiterbearbeitung rund um die Uhr (24/7) gewährleistet ist.
  
5. Sie bittet ihren Vorsitzenden, den Vorsitzenden der GMK über diesen Beschluss zu  
informieren.