



1 Reform der Notfallversorgung

2 Stellungnahme des Deutschen Feuerwehrverbandes

3
4
5 *In Anlehnung an das Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsver-*
6 *sorgung“ des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklungen im Ge-*
7 *sundheitswesen aus 2018 wurde zunächst am 12. Juli 2019 vom Bundesgesund-*
8 *heitsministerium ein Diskussionsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallver-*
9 *sorgung vorgelegt. Dieser wurde sodann in der zweiten Jahreshälfte 2019 umfas-*
10 *send unter allen Beteiligten des Systems der Notfallversorgung auf Bundes- und*
11 *Landesebene erörtert. Die Stellungnahmen und Gespräche zum Diskussionsentwurf*
12 *mündeten in dem aktuellen Referentenentwurf des Gesetzes zur Reform der Not-*
13 *fallversorgung vom 8. Januar 2020, dessen Inhalte und Ziele somit auch Gegen-*
14 *stand der Stellungnahme des DFV sind.*

15 *Die Stellungnahme orientiert sich an den wesentlichen Elementen der geplanten*
16 *Strukturen, die aus Sicht der deutschen Feuerwehren dargestellt und bewertet wer-*
17 *den. Konkrete Änderungs- und Ergänzungsvorschläge sind durch **Fettung** hervor-*
18 *gehoben.*

20 **1. Ziele des Gesetzes**

21 Begrüßenswert ist, dass mit dem Gesetz und dem darin angelegten System einer
22 integrierten Notfallversorgung insbesondere der Rettungsdienst entlastet werden
23 soll. Zutreffend wird erkannt, dass dieser bereits heute eine Rolle bei der Erstein-
24 schätzung und Erstversorgung von Notfällen und dem Transport zur Weiterversor-
25 gung zukommt. Der Gesetzesentwurf berücksichtigt in diesem Zusammenhang ei-
26 nerseits, dass sich der Rettungsdienst von einer reinen Erstversorgung und dem
27 Verletzentransport in das nächstgelegene Krankenhaus zu einer hoheitlichen Ge-
28 samtaufgabe von Gefahrenabwehr und Gesundheitsvorsorge im Sinne einer präkli-
29 nischen und qualitätsgesicherten Versorgung am Notfallort und während des Trans-
30 ports entwickelt hat. Dies ist aktuell in den Regelungen des SGB V so noch nicht
31 abgebildet. Zum anderen wird in diesem Zusammenhang zugleich erkannt, dass
32 aufgrund der geänderten Inanspruchnahme der Notfallstrukturen Veränderungen
33 herbeigeführt werden müssen, die zur Entlastung des Rettungsdienstes beitragen.
34 Dabei ist der klarstellende Hinweis in der Begründung zum Referentenentwurf von

35 maßgeblicher Bedeutung, dass durch die Neuregelungen im Bereich der medizini-
36 schen Notfallrettung bewährte Strukturen des Rettungsdienstes nicht beeinträchtigt
37 werden.

38

39 **2. Rettungsdienst als eigener Sektor der gesetzlichen Krankenversicherung**

40 Durch die Ergänzung der medizinischen Notfallrettung bei dem Katalog der Leis-
41 tungsarten der gesetzlichen Krankenversicherung und des gesetzlich angelegten
42 Anspruches auf Leistungen der medizinischen Notfallrettung für Versicherte in der
43 neuen Fassung des § 60 Abs. 1 SGB V werden diese Leistungen der medizinischen
44 Notfallrettung zwar zur „dritten Säule“ in der gesetzlichen Krankenversicherung ne-
45 ben der ambulanten und stationären Versorgung. Flankiert wird dies durch weiter-
46 gehende gesetzliche Vorgaben bei den integrierten Notfallzentren (INZ) nach § 123
47 Abs. 4 SGB V n. F. außerhalb der morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung sowie in
48 § 133 Abs. 2 SGB V n. F. für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung, die
49 nunmehr die medizinische Versorgung am Notfallort, den notwendigen Transport
50 und auch die medizinische Versorgung während des Transportes erfassen sollen.

51 Gemäß § 133 b Abs. 5 SGB V n. F. werden gleichermaßen auch die Leistungen im
52 Rahmen des gemeinsamen Notfalleitsystems vergütet. Aus der Systematik der Vor-
53 schriften ergibt sich, dass Leistungen der bisherigen Rettungsleitstellen nicht mehr
54 vergütet werden, wenn nicht mit der örtlichen Kassenärztlichen Vereinigung ein ge-
55 meinsames Notfalleitsystem i. S. d. § 133 b SGB V n. F. vereinbart wurde. Unter
56 Berücksichtigung der Übergangsregelungen nach Inkrafttreten des Gesetzes und
57 zur Umsetzung der vorhergehenden Vorgaben durch den Gemeinsamen Bundes-
58 ausschuss (G-BA) verbleiben nach Inkrafttreten des Gesetzes etwa zwei Jahre, um
59 die im Gesetz insoweit angelegten Schritte zu gehen.

60 Mit diesen Entwicklungen einher geht eine neue Ausrichtung des Sicherstellungs-
61 auftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante Notfallversorgung,
62 die erkennbar darauf ausgerichtet ist, den Rettungsdienst einschließlich der notärzt-
63 lichen Versorgung zu entlasten.

64 Aus Sicht des DFV ist die angedachte 24/7-Sicherstellung der notdienstlichen Ver-
65 sorgung als Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen auch in denjenigen Fäl-
66 len, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist,
67 ohne dass die Schwelle zur Notfallrettung erreicht wäre, dabei ein bedeutendes Ele-
68 ment. Die 24/7-Versorgung durch integrierte Notfallzentren (INZ) sowie durch einen

69 telemedizinischen und einen aufsuchenden Bereitschaftsdienst dürfte zu einer spür-
70 baren Entlastung des Rettungsdienstes beitragen. Dies umso mehr, als der Bereit-
71 schaftsdienst nach der Begründung zum aktuellen Gesetzesentwurf zukunftsorien-
72 tiert auch auf die Belange von Pflegebedürftigen eingehen und entsprechende Ver-
73 sorgungslücken schließen soll.

74 Konsequenterweise werden insoweit die Aufgaben weiterentwickelt, die bereits im Frühjahr
75 2019 unter anderem mit der Regelung zur Vermittlung von „Akutfällen“ durch die
76 Terminservicestelle unter der Rufnummer 116117 im Rahmen des Terminservice-
77 und Versorgungsgesetzes (TSVG) angelegt wurden. Auch wenn die Regelungen zur
78 Vermittlung von Akutfällen nach dem TSVG erst seit dem 01.01.2020 „scharf ge-
79 schaltet“ sind, gibt es bereits Signale aus mehreren Bundesländern, dass die stär-
80 kere Ausprägung der Aufgabenverantwortung in der ambulanten vertragsärztlichen
81 Versorgung durch das TSVG und die weitere Etablierung der Rufnummer 116117
82 zur Verlagerung von Teilen des Patientenaufkommens weg vom Rettungsdienst in
83 die zutreffende ambulante Versorgung führt.

84 Mit den weiteren geplanten Maßnahmen im Rahmen des Notfallgesetzes besteht
85 die Chance, dass die Entlastung des Rettungsdienstes weiter ausgebaut wird.

86

87 **3. Integrierte Notfallzentren (INZ)**

88 Die Regelungen zu den INZ in § 123 SGB V n. F. sind Bestandteil der Sicherstellung
89 der ambulanten Notfallversorgung 24/7 im Rahmen des insoweit geänderten Sicher-
90 stellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen.

91 Da im Rahmen des Gesetzesentwurfes die Kassenärztliche Vereinigung den Sicher-
92 stellungsauftrag für die notdienstliche Versorgung erhält, wird ihr im Rahmen der
93 gemeinsamen Trägerschaft von Krankenhaus und regionaler Kassenärztlichen Ver-
94 einigungen die fachliche Leitung der INZ übertragen. Dies ist eine Vorgabe, die zur
95 Lockerung der Sektorgrenzen beitragen kann, wenn sich die Beteiligten darauf ein-
96 lassen. Für die Träger und Leistungserbringer im Rettungsdienst bedeutet diese
97 Vorgabe, dass für Schnittstellenprobleme zu den INZ die Kassenärztlichen Vereini-
98 gungen ebenso wie beim gemeinsamen Notfalleitsystem (siehe unter sub. 4.) pri-
99 märer Ansprechpartner sind.

100

101 **4. Gemeinsames Notfalleitsystem (GNL)**

102 Seit dem Gutachten des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen aus 2018 hat
103 sich für die Schnittstelle zwischen Rettungsleitstelle (112) und Terminservicestelle
104 (116117) bereits die Bezeichnung weiterentwickelt. Der Sachverständigenrat ver-
105 wendet in seinem Gutachten noch die Bezeichnung „Integrierte Leitstelle (ILS)“. Dies
106 kollidierte im Leitstellenbereich mit der bereits seit Langem verwendeten Definition
107 der Integrierten Leitstelle, deren Hauptmerkmal die Entgegennahme des Notrufes
108 unter der Telefonnummer 112 für den Brandschutz und den Rettungsdienst in einem
109 Betriebsraum als klassische Organisation von Leitstellen darstellt.

110 Im Diskussionspapier vom 12. Juli 2019 war sodann die Rede von „gemeinsamen
111 Notfalleitstellen (GNL)“. Bereits hier war eine Zusammenarbeit und Vernetzung zwi-
112 schen bestehenden Leitstellenstrukturen im Bereich des Rettungsdienstes unter der
113 Telefonnummer 112 und der Terminservicestelle unter der Telefonnummer 116117
114 angelegt mit einer nach Möglichkeit organisatorisch und technisch, insbesondere di-
115 gitalen, aber nicht zwingend räumlichen Verbindung.

116 Im aktuellen Referentenentwurf vom 8. Januar 2020 wird dies weitergehend abge-
117 ändert zu einem „Gemeinsamen Notfalleitsystem (GNL)“.

118 Die Regelungen im Referentenentwurf ermöglichen dabei grundsätzlich zunächst
119 einmal das Nebeneinander der Rettungsleitstelle mit der Rufnummer 112 und der
120 Erreichbarkeit der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung unter der Rufnummer
121 116117. Die Rettungsleitstellen disponieren weiterhin die nunmehr definierten Lei-
122 stungen der medizinischen Notfallrettung und auch Krankentransporte zur notdienst-
123 lichen Versorgung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen disponieren unter der Ruf-
124 nummer 116117 den sonstigen Notdienst.

125 Das eigentliche GNL besteht sodann in einer verbindlichen Zusammenarbeit zwi-
126 schen Träger der Rettungsleitstelle und der örtlichen Kassenärztlichen Vereinigung.

127 Da der Bundesgesetzgeber insoweit den landesrechtlichen Träger einer Rettungs-
128 leitstelle nicht zur Etablierung eines GNL verpflichten kann, wird hier lediglich ein
129 Optionsrecht eingeräumt. Damit ist es grundsätzlich denkbar, dass Rettungsleitstelle
130 und 116117-Servicestelle weiterhin nebeneinander bestehen. Eine weitere Vernet-
131 zung auch zum Austausch von Patientendaten in digitaler Form wäre dabei bereits
132 möglich. Diese isolierte Rettungsleitstelle wäre aber nach Ablauf der Übergangsfrist
133 nicht mehr von den Krankenkassen zu finanzieren. Sobald der Träger einer Ret-

134 tungsleitstelle mit seiner zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ein GNL einrich-
135 ten möchte, ist nach der vorgesehenen Regelung die Kassenärztliche Vereinigung
136 wiederum zur Mitwirkung und auch Mitfinanzierung verpflichtet. Letzteres bezieht
137 sich insbesondere auf die Etablierung einer Schnittstelle zur Übergabe von Patien-
138 tenanrufen und Patientendaten. Für den jeweiligen Träger der Rettungsleitstelle be-
139 deutet dies umgekehrt, dass er sich in diesem Fall bereit erklärt, mit der zuständigen
140 Kassenärztlichen Vereinigung ein qualifiziertes, standardisiertes und softwarege-
141 stütztes Ersteinschätzungsverfahren von medizinischen Hilfeersuchen und die zur
142 jeweiligen Endpunkt des Ersteinschätzungsverfahrens zu disponierende Versor-
143 gung zu vereinbaren.

144 In diesem Zusammenhang ist grundsätzlich die Etablierung eines GNL als Schnitt-
145 stelle zwischen Rettungsleitstelle (112) und Terminservicestelle (116117) ein we-
146 sentlicher Schritt zur qualitätsgesicherten Einschätzung von Patientenanliegen ein-
147 schließlich Vermittlung in das benötigte Versorgungsangebot im ambulanten, statio-
148 nären oder notfallmedizinischen Bereich.

149 Dabei ist die derzeit angedachte Formulierung in § 133 b Abs. 3 S. 5 SGB V n. F. zu
150 weitreichend formuliert bzw. unter Umständen missverständlich. Die Formulierung,
151 dass beide Seiten ein qualifiziertes, standardisiertes und softwaregestütztes Erstein-
152 schätzungsverfahren vereinbaren, kann so verstanden werden, dass das gesamte
153 GNL mit dem System und der Software „SmED“ betrieben werden soll, welches die
154 Kassenärztlichen Vereinigungen nach Maßgabe des TSVG bereits bundesweit ver-
155 pflichtet für die Terminservicestelle eingeführt haben.

156 Nach derzeitigem Stand sind die Algorithmen bei SmED nicht ohne weiteres vollum-
157 fänglich übertragbar auf die Tätigkeit in den Rettungsleitstellen. Auch wenn es bei
158 Anrufen unter der Rufnummer 116117 um Akutfälle und Notfälle gehen kann, be-
159 steht regelhaft ein ausreichendes Zeitfenster, um Art und Schwere der Erkrankung
160 und die zutreffende Versorgungsebene zu ermitteln. Ziel des Telefonates mit der
161 116117 ist daher regelhaft, das Beschwerdebild möglichst detailliert und zutreffend
162 abzufragen, um den bestmöglichen Weg der weiteren Versorgung zu definieren.

163 Bei Anrufen in der Rettungsleitstelle unter der Rufnummer 112 ist eine sofortige, in
164 der Regel ärztliche Behandlung erforderlich, da Gefahren für Leib und Leben des
165 Patienten bestehen oder heftige Schmerzen ansonsten unzumutbar lange andauern
166 würden. Gegenstand des Telefonates unter der Rufnummer 112 ist daher, schnellst-

167 möglich die Gefahren und bestehenden Risiken bei ungehindertem Fortlauf des Zu-
168 standes zu ermitteln und das zeitlich und qualitativ am besten geeignete Rettungs-
169 mittel zu entsenden.

170 Die Abfrage- und Ersteinschätzungsverfahren unterliegen in diesen Bereichen daher
171 regelhaft unterschiedliche Anforderungen. Qualifizierte, standardisierte und soft-
172 waregestützter Ersteinschätzungsverfahren müssen diesem Umstand Rechnung
173 tragen und unter beiden Rufnummern den jeweiligen Anforderungen gerecht wer-
174 den.

175 Auch wenn bei einer weiteren Systemanpassung von SmED ein Einsatz in den Leit-
176 stellen der Träger des Rettungsdienstes denkbar ist, sollte in einer aktuellen gesetz-
177 lichen Regelung klargestellt werden, dass Grundlage der vertraglichen Vereinba-
178 rung zwischen Träger des Rettungsdienstes und Kassenärztlicher Vereinigung inso-
179 weit ein gemeinsames Verständnis von Ersteinschätzung und Versorgung des Pati-
180 enten sein kann und ein gemeinsames System und in diesem Zusammenhang im
181 Falle der entsprechenden Eignung eine Option zur Einführung eines gemeinsamen
182 Systems besteht. Ein gemeinsames System im Zusammenhang mit einer entspre-
183 chenden Softwarelösung sollte in den GNL erst dann zum Einsatz kommen, wenn
184 eine entsprechende positive, wissenschaftlich-fachliche Bewertung hierzu vorliegt.

185
186 **Es wird daher angeregt, die Regelung des § 133 b Abs. 3 S. 5 SGB V n. F. wie**
187 **folgt zu formulieren:**

188
189 ***„Hierzu vereinbaren die Träger der Rettungsleitstellen***
190 ***unter der Rufnummer 112 mit der jeweils zuständigen***
191 ***Kassenärztlichen Vereinigung ein gemeinsames Ver-***
192 ***ständnis für eine qualifizierte, standardisierte und soft-***
193 ***waregestützte Ersteinschätzung von medizinischen***
194 ***Hilfeersuchen und die zum jeweiligen Endpunkt der***
195 ***Ersteinschätzung zu disponierende Versorgung; dazu***
196 ***kann die Einführung eines für beide Seiten geeigneten,***
197 ***einheitlichen, systemischen und validierten Erstein-***
198 ***schätzungsverfahrens festgelegt werden.“***

199

200 Sinnvoll ist es in diesem Zusammenhang, dass der Gesetzesentwurf den grundsätz-
201 lichen digitalen Datenaustausch zwischen den beiden Kooperationspartnern des
202 GNL vorsieht. Dies ermöglicht es in beide Richtungen für den Fall, dass das Anlie-
203 gen eines Patienten als mehr oder weniger bedrohlicher und zeitkritisch einzustufen
204 ist, nicht nur der Anrufer, sondern die bis dahin erhobenen persönlichen und Anam-
205 nesesdaten des Hilfesuchenden weitergegeben werden können.

206
207 **Die Gesetzesbegründung sollte zur vorgeschlagenen Änderung des § 133 b Abs.**
208 **3 S. 5 2. Hs. SGB V n. F. daher sinngemäß um folgende Hinweise ergänzt wer-**
209 **den:**

210
211 ***„Hierfür ist es notwendig, dass eine Kompatibilität und***
212 ***Vernetzung der unterschiedlichen Einsatzleit- und Not-***
213 ***rufabfragesysteme mit SmED über festgelegte Schnitt-***
214 ***schnellen-Kooperationen im Rahmen der zu treffenden***
215 ***Vereinbarungen mit dem Ziel eines medienbruchfreien***
216 ***sofortigen Datenaustausches aller relevanten Daten***
217 ***des Hilfersuchens bidirektional zwischen der 112 und***
218 ***der 116117 festgelegt werden. In diesem Zusammen-***
219 ***hang muss zwischen den Beteiligten auch eine Festle-***
220 ***gung dazu erfolgen, dass das Ergebnis des jeweils***
221 ***erstannehmenden Abfragesystems als gesichert für***
222 ***die weitere Dispositionsaufgabe übernommen wird um***
223 ***ein Hin- und Herschieben von Hilfersuchen zu vermei-***
224 ***den.“***

225
226 Maßgeblich ist, dass die geplanten Regelungen den unterschiedlichen Gegebenhei-
227 ten im Bundesgebiet Rechnung tragen und keine verpflichtende technische oder
228 räumliche Zusammenlegung der Rufnummern vorsehen, diese aber dort, wo sie von
229 den Beteiligten erwünscht ist und sinnvoll umgesetzt werden kann, ermöglicht. Ob
230 und inwieweit letztendlich auch eine räumliche und/oder personelle Zusammenle-
231 gung der Rufnummern 112 und 116117 zwischen dem Träger des Rettungsdienstes
232 und der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt, ist vom Gesetzgeber nicht
233 vorgegeben und den Beteiligten überlassen. Dass diese Form der über die bloße

234 Zusammenarbeit hinausgehende Zusammenlegung beider Seiten nicht verpflichtend
235 aufgelegt wird, sondern mit dem Gesetz die Möglichkeit geschaffen werden soll,
236 unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten eine vollumfängliche Zusammenführung
237 zu etablieren, wie sie bereits in einigen Bundesländern zum Teil im Rahmen von Pilotprojekten
238 aber auch von festen Strukturen besteht, trägt richtigerweise dem Umstand Rechnung,
239 dass die Intensität der Verbindung zwischen dem Träger der Rettungsleitstellen und der
240 jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung nur unter Berücksichtigung der regionalen
241 Gegebenheiten und bestehenden Versorgungsstrukturen beurteilt werden und erfolgen kann.

243 Ein wesentliches Kernelement der GNL werden die vertraglichen Vereinbarungen
244 zwischen Trägern der Rettungsleitstellen und den Kassenärztlichen Vereinigungen
245 sein, welche von den Feuerwehren maßgeblich begleitet werden. In diesen ist neben
246 dem gemeinsamen Verständnis und Einzelheiten für eine Ersteinschätzung, Erstversorgung
247 und die zutreffende Versorgungsebene einschließlich telemedizinischer Lösungen und
248 aufsuchender Medizin in Form von ärztlichen oder gegebenenfalls auch nicht
249 ärztlichen Personal eine eindeutige Zuordnung von Aufgaben und Verantwortung
250 auch im haftungsrechtlichen Sinne vorzunehmen.

251 Im Zuge der Etablierung der GNL ist bei der Absteckung des gesetzlichen Rahmens
252 und auch im Zusammenhang mit den zugehörigen regionalen Vereinbarungen von
253 Bedeutung, dass nicht nur das System Rettungsdienst und Rettungsleitstellen wie
254 vom Gesetzesentwurf vorgesehen als solches erhalten und entlastet wird, sondern
255 dass auch bereits bestehende Synergien aus dem gemeinsamen System der Gefahrenabwehr
256 und der Gesundheitsversorgung der Rettungsleitstellen in den Bereichen Brandschutz,
257 Hilfeleistung, Rettungsdienst und Katastrophenschutz nicht beeinträchtigt werden.

259
260 **In der Gesetzesbegründung ist daher eine Klarstellung dahingehend wünschenswert,
261 dass insbesondere im Bereich von Großschadenslagen und Katastrophen, verbunden mit
262 einem Massenanfall von Verletzten (MANV), ein nicht trennbares Zusammenwirken von
263 Gesundheitsversorgung und Gefahrenabwehr aus einer Hand besteht. Heute bereits bestehende
264 Schnittmengen werden zukünftig dabei vom GNL als einheitliche Aufgabe umschlossen.**

266

267 Im Rahmen der rechtlichen und auch vertraglichen Umsetzung vor Ort ist daher mit
268 Blick auf die Funktion der Rufnummer 112 sicherzustellen, dass die sonstigen Auf-
269 gaben der Terminservicestelle unter der Rufnummer 116117 außerhalb der Notfall-
270 versorgung die Tätigkeit der GNL im geplanten Zusammenwirken von Trägern im
271 Rettungsdienst und Kassenärztlicher Vereinigung nicht beeinträchtigen.

272
273 Der beabsichtigten länderübergreifenden digitalen Vernetzung und die damit ver-
274 bundene Kooperation aller an der Notfallversorgung Beteiligten unter Nutzung der
275 Telematik-Infrastruktur wird grundsätzlich begrüßt.

276
277 **Die Nutzung einer digitalen Dokumentation von Versorgungskapazitäten in**
278 **den INZ und Kliniken wird fachlich begrüßt, die hierfür erforderliche Ermäch-**
279 **tigungsgrundlage zur Datenübermittlung sollte allerdings in einem eigenen**
280 **Paragraphen geregelt werden. Eine zwingende pauschale digitale Übermitt-**
281 **lung aller Daten kann dabei seitens des Bundes nicht vorgegeben werden.**

282
283 **5. Bundeseinheitliche Vorgaben**

284 Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)
285 Richtlinien über die medizinische Notfallrettung einerseits und zu integrierten Not-
286 fallzentren andererseits beschließt. Dies geht deutlich über die bislang im Gesetz
287 angelegte Richtlinienkompetenz für die Verordnung von Krankentransporten gemäß
288 der Krankentransportrichtlinie hinaus. Dabei ist grundsätzlich die Festlegung
289 von bundeseinheitlichen Standards zu begrüßen. Dies darf aber sicherlich nicht zur
290 Absenkung der Standards bereits heute diesbezüglich gut aufgestellten Bundeslän-
291 dern führen.

292 Unabhängig davon, ob der G-BA dafür tatsächlich das richtige Gremium ist, ist es
293 als problematisch anzusehen, dass die tatsächlich Beteiligten an der rettungsdienst-
294 lichen Versorgung an der Beschlussfassung des G-BA faktisch nicht mitwirken kön-
295 nen. Die Bundesländer erhalten nur ein Antrags- und Mitberatungsrecht, wie es auch
296 für Patentenvertreter vorgesehen ist. Tatsächliche Einflussmöglichkeiten durch Be-
297 teiligung im Verfahren oder Einräumung eines Veto-Rechtes bestehen nicht. Eine
298 Beteiligung der Träger im Rettungsdienst ist augenscheinlich nicht beabsichtigt. Für
299 die Leistungserbringer ist über die Berufsverbände der Hilfsorganisationen und der

300 betroffenen Fachgesellschaften lediglich die Gelegenheit zur Stellungnahme ange-
301 dacht.

302 Der G-BA ist bislang berufen, im Wesentlichen Regelungen im Bereich der beste-
303 henden beiden Sektoren der stationären und ambulanten Versorgung der gesetzlich
304 versicherten Patienten zu erlassen. Er setzt sich zusammen aus einem unpartei-
305 ischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie fünf Vertretern
306 der gesetzlichen Krankenkassen und fünf Vertretern der Leistungserbringer benannt
307 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundes-
308 vereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Die neue Richtlinienkom-
309 petenz soll sich zum einen auf die INZ beziehen, was noch schlüssig erscheint, da
310 im G-BA die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhaus-
311 gesellschaft beteiligt sind. Zugleich sollen jedoch in den Richtlinien Regelungen zu
312 strukturellen und qualitativen Anforderungen an die medizinische Notfallrettung und
313 die gemeinsamen Notfalleitsysteme getroffen werden. Abgesehen vom Mitbera-
314 tungs- und Antragsrecht der Länder finden die in der Regel kommunalen Träger und
315 die in dem zukünftigen gemeinsamen Notfalleitsystem sowie die „auf der Straße“
316 tätigen Feuerwehren keinerlei Berücksichtigung.

317
318 **Ebenso wie im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung müssen**
319 **bei Hinzufügung eines dritten Sektors in der Gesundheitsversorgung auch**
320 **dessen Träger und Leistungserbringer im Sinne der Gleichberechtigung mit**
321 **den beiden anderen Sektoren durch Mitbestimmungsrechte mitwirken können.**
322 **Dies kann durch eine entsprechende Regelung zur Erweiterung des G-BA in**
323 **§ 91 SGB V für die Angelegenheiten des dritten Sektors um die Träger der Ret-**
324 **tungsleitstellen bzw. des Rettungsdienstes, gegebenenfalls über eine entspre-**
325 **chende eigene Bundesvereinigung, erreicht werden.**

326
327 In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass sich in dem Gesetzesentwurf mit
328 einem Umfang von nahezu 50 Seiten trotz des Umstandes, dass im gesamten Bun-
329 desgebiet die Rettungsleitstellen derzeit weit überwiegend mit Feuerwehrangehöri-
330 gen besetzt sind und zudem die Feuerwehren mit ihren Notfallsanitätern/Rettungs-
331 assistenten einer der größten Leistungserbringer für den Bürger sind, sich der Begriff
332 „Feuerwehr“ im gesamten Dokument nicht ein einziges Mal wiederfindet. Wenn und
333 soweit die im Gesetz angelegte Stellungnahmemöglichkeit von Hilfsorganisationen

334 und Fachverbänden die entsprechenden Strukturen der Feuerwehren miteinschlie-
335 ßen sollen, so sollte dies sowohl im Gesetz als auch in der Gesetzesbegründung
336 ausdrücklich klargestellt werden.

337
338 **Hierzu kann die neue Regelung in § 92 Abs. 7g) S. 2 SGB V n. F. wie folgt**
339 **gefasst werden:**

340

341 *„Den Verbänden der Feuerwehren und Hilfsorganisati-*
342 *onen, die im Rettungsdienst mitwirken, und den be-*
343 *troffenen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stel-*
344 *lungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die*
345 *Entscheidung einzubeziehen.“*

346

347 **Zudem erscheint es sinnvoll, eine Öffnungsklausel für die Länder vorzusehen,**
348 **wie sie sich beispielsweise bei der Krankenhausplanung in § 6 Abs. 1a) S. 2**
349 **Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vorgesehen ist und sich z.B. auch im**
350 **Beschluss des G-BA vom 19. April 2018 über die Erstfassung der Regelungen**
351 **zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß**
352 **§ 136c Absatz 4 SGB V wiederfindet, wonach die Krankenhausplanungsbehör-**
353 **den der Länder über die Anforderungen des G-BA hinaus Kliniken als Spezial-**
354 **versorger ausweisen können, die an der Notfallversorgung teilnehmen und**
355 **keine Abschlüsse leisten müssen.**

356

357 **6. Krankentransport**

358 Im Sinne der mit dem Gesetz beabsichtigten Kostendämpfung ist es ausdrücklich zu
359 begrüßen, dass das GNL neben der Veranlassung von Fahrten der Rettungsmittel
360 einschließlich Notarzt auch Krankentransporte und Krankenfahrten als kostengüns-
361 tige Alternative entsprechend der Versorgungssituation des Patienten veranlassen
362 können. Auch hier ist zu berücksichtigen, dass nach dem Wortlaut des Gesetzes die
363 Veranlassung nur durch die GNL vorgesehen ist und damit durch die Rettungsleit-
364 stellen erst nach einem Zusammenschluss im Sinne des § 133 b SGB V n. F. erfol-
365 gen kann.

366

367 **7. Finanzierung**

368 Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass sowohl für die Leistungen der medizinischen
369 Notfallversorgung als auch für die Finanzierung des GNL über die Vergütung der
370 Leistungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen mit
371 den zuständigen Landesbehörden bzw. den landesrechtlich zuständigen Trägern
372 des Rettungsdienstes sowie den beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen
373 Verträge zu schließen sind. Dies bedeutet eine Abkehr von der bisherigen Gebüh-
374 renfinanzierung und Satzungshoheit zu differenzierten Finanzierungsverhandlungen
375 mit den Kostenträger. Nicht ohne weiteres plausibel ist in diesem Zusammenhang,
376 dass die Kostenträger im Gesundheitswesen die Investitions- und Vorhaltekosten
377 für den Regelrettungsdienst nicht tragen, sowie an den Kosten für die Finanzierung
378 der Vorbereitung auf Großschadenslagen und den Katastrophenschutz nicht zumin-
379 dest anteilig beteiligt sein sollen. Letzteren Falls besteht ebenfalls regelmäßig eine
380 Schnittmenge zwischen Gefahrenabwehr und Gesundheitsversorgung der Bevölke-
381 rung, beispielsweise bei einem Massenanfall von Verletzten im Zusammenhang mit
382 einem Zugunglück oder einer Großveranstaltung.

383
384 **Die Übernahme der Investitions- und Vorhalte kosten muss daher weiterhin**
385 **gesichert sein, für den Bereich der medizinischen Versorgung bei Großscha-**
386 **denslagen und Katastrophen zumindest anteilig, da die gesundheitliche Ver-**
387 **sorgung der Bevölkerung dabei im Verhältnis zur landesrechtlichen Gefahren-**
388 **abwehr einen erheblichen Stellenwert einnehmen kann, so dass neben den**
389 **Kosten der eigentlichen medizinischen Versorgung der Gesundheitsbereich**
390 **auch an den Kosten für grundlegende strukturelle Maßnahmen im Sinne der**
391 **Gesamtaufgabe von Gefahrenabwehr und Gesundheitsvorsorge bei Groß-**
392 **schadenslagen und Katastrophen adäquat beteiligt sein sollte.**

393
394 Des Weiteren muss auch im Rahmen der geänderten Finanzierungsstrukturen eine
395 langfristige und auskömmliche Finanzierung der im Zusammenhang mit den Struk-
396 turen nach dem Gesetz neu einzuführenden Technik mit entsprechenden Software-
397 lösungen und den damit verbundenen Betriebs- und Unterhaltungskosten gewähr-
398 leitet sein.

399 Sichergestellt werden muss auch, dass Kosten für die Entsendung von Rettungsmit-
400 teln auch dann getragen werden, wenn diese vorsorglich beispielsweise im Bereich

401 des Brandschutzes mit alarmiert werden, da bei einem Gebäudebrand Personen
402 vermisst werden, letztendlich aber vor Ort keine zu versorgenden Patienten ange-
403 troffen werden. Bereitstellungen zur Eigensicherung können weiterhin ausgenom-
404 men bleiben.

405

406 **8. Zusammenfassung**

407 Der Gesetzesentwurf enthält aus Sicht der deutschen Feuerwehren grundsätzlich
408 einen guten Ansatz für eine notwendige Reform zur Versorgung der Patienten im
409 Zusammenspiel zwischen Gefahrenabwehr und Gesundheitsvorsorge. Ob und in-
410 wie weit es zu Mehr- oder Minderaufwänden im Bereich der Notfallrettung kommt, ist
411 auf Grundlage des vorliegenden Entwurfes noch nicht abschätzbar, da die Vergü-
412 tungssystematik in Anlehnung an bereits bestehende Vergütungssysteme im Be-
413 reich der stationären und ambulanten vertragsärztlichen Versorgung umgestellt wird.
414 Eine Entlastung des funktionierenden Systems des Rettungsdienstes ist insbeson-
415 dere durch die höhere Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen im Be-
416 reich der Terminservicestellen sowie des Sicherstellungsauftrages auch in der Not-
417 fallversorgung im Entwurf angelegt. Ein wesentliches Element dabei wird auch die
418 Möglichkeit der telemedizinischen und telenotärztlichen Versorgung sein.

419 Umgekehrt kann die engere Zielausrichtung zur Zusammenarbeit und zur Patienten-
420 versorgung in den INZ zur Erhöhung der Leistungserbringung im Rettungsdienst,
421 insbesondere bei den Fahrzeiten und damit auch der Vorhaltung führen. Die Maß-
422 nahmen zur Entlastung des Rettungsdienstes haben insoweit auch gewissermaßen
423 vorbeugenden Charakter, da auch im Bereich der geriatrischen Fälle mit einem an-
424 steigenden Versorgungsbedarf für alle Beteiligten zu rechnen ist. Durch den Wegfall
425 von Akutfällen und Notfällen, die über alternative Transportmittel und die ambulante
426 vertragsärztliche Versorgung abgedeckt werden können, ist eine Entlastung und da-
427 mit auch ein reduzierter Aufwand auf Seiten der Feuerwehren in den Rettungsleit-
428 stellen unter der Rufnummer 112 und bei der tatsächlichen Patientenversorgung zu
429 erwarten.

430 Die fachliche Beteiligung der Feuerwehren an der politischen Diskussion und struk-
431 turellen Fragestellungen ist ein wichtiger Baustein auch für zukünftige weitere Ent-
432 wicklungen. Bereits begonnene konstruktive Gespräche und Abstimmung des DFV
433 mit dem BMG sollten im Sinne eines gemeinsamen Verständnisses von Strukturen

DFV - Position



434 und Qualität der Gesundheitsversorgung und der Gefahrenabwehr nicht nur im Rah-
435 men von Verbändeanhörungen zu Gesetzgebungsverfahren fortgeführt und intensi-
436 viert werden.

437

438 Deutscher Feuerwehrverband

439 Berlin, 6. Februar 2020