

Dezember 2023

## Bewertung der Vorschläge der Regierungskommission:

### »Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung«

Am 23.09.2023 hat die Kommission ihre 9. Stellungnahme und Empfehlung vorgelegt. Sie beschäftigt sich mit dem Rettungsdienst und seiner Finanzierung. Sie ist inhaltlich eng mit der 4. Stellungnahme »*Reform der Notfall- und Akutversorgung Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen*« verbunden. Unsere Kritikpunkte an der 4. Stellungnahme<sup>1</sup> werden durch diese Bewertung ergänzt.

Die Feststellungen zur »*Ausgangs- und Problemlage*« treffen weitgehend zu: unterschiedliche Landes-Rettungsdienstgesetze, Vielzahl von Trägern, Rettungsdienstbereichen, Leitstellen und Organisationsformen, Durchführung durch Kommunen, gemeinnützige Hilfsorganisationen, privat-wirtschaftliche Unternehmen, Schwierigkeiten bei der übergreifenden Bedarfsplanung und bei der technischen Ausstattung/Digitalisierung und der Qualifikation des eingesetzten Personals, Unterschiede bei der Weiterbildung und Fortbildung der Notärzte und der notwendigen Qualifikation, unterschiedliche Vergütungsmodelle für die laufenden Kosten und unklare Investitionskostenfinanzierung, kein eigenständiges Leistungssegment im SGB 5, keine strukturierte Einbeziehung der Bevölkerung (z. B.: Reanimationstraining).

#### **Die Kommission gibt 15 Empfehlungen (z. T. noch unterteilt) ab. Im Einzelnen:**

1. Aufnahme als »*eigenständiges Leistungssegment*« in das SGB 5 mit folgenden Leistungen
  - »*Leistung der Leitstelle (Notfallmanagement)*«
  - »*Notfallversorgung als Versorgung vor Ort, insbesondere durch Notfallsanitäterinnen und -sanitäter und – wenn erforderlich – auch Notärztinnen und Notärzte*«
  - »*Notfalltransport als Transportleistung, die getrennt von der Versorgung zu betrachten ist*« (nicht nur ins Krankenhaus)
  - »*pflegerische Notfallversorgung, notfallmäßige Palliativversorgung und psychiatrisch- psychosoziale Krisenintervention*«

---

1 Siehe: Krankenhaus statt Fabrik: Bewertung der Vorschläge der Regierungskommission »Reform der Notfall- und Akutversorgung«



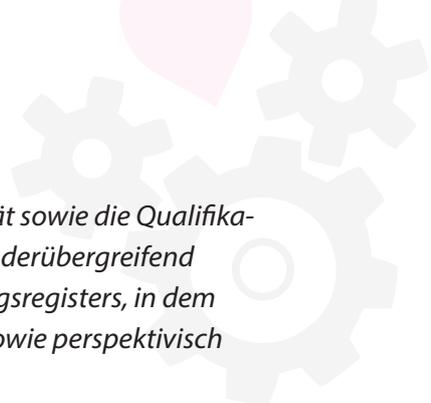
**Bewertung:** Die Aufnahme ins SGB 5 und die Ausweisung der einzelnen Leistungen ist sinnvoll, weil sie verbesserte Leistungsansprüche für die Menschen beinhaltet. Bei der gesetzlichen Normierung muss aber sichergestellt werden, dass die Verantwortlichkeit für den Rettungsdienst weiter bei den Ländern verbleibt und gesetzliche Änderungen nur mit Zustimmung des Bundesrats möglich sind. Angelegt ist hier bereits der Versuch, Notärzt\*innen tendenziell abzuschaffen und durch Rettungssanitäter\*innen zu ersetzen, den wir ablehnen (s. Punkt 9). Die Kommission beklagt hier die Fehlanreize, die vom Zwang ausgehen, ein Krankenhaus (auch wenn es nicht nötig ist) anfahren zu müssen, um abrechnen zu können. Diese Fehlanreize (und auch weitere) gibt es. Allerdings wären auch sie am besten zu beheben, wenn auf eine kostendeckende Finanzierung umgestellt würde (siehe unsere Bewertung zu Punkt 15).

2. Ein *»gesetzlich geregeltes Vertragsmodell zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern«*

**Bewertung:** Die Planung und Sicherstellung der Notfallrettung ist Ländersache. Die Finanzierung muss dual erfolgen. Es bedarf keines Vertragsmodells mit den Kassen. Was als gesetzliche Leistung festgelegt ist und von Leistungserbringern durchgeführt wird, die im Plan zugelassen sind, muss von den Kassen vergütet werden. Jede Art von Vertragsmodell schränkt die Planungshoheit und Sicherstellungsverpflichtung der Länder ein. Das Vertragsmodell wird auch deswegen von der Kommission vorgeschlagen, weil damit – wie in den anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung – Mechanismen der finanziellen Steuerung (durch die Kassen) eingeführt werden sollen. (s. u.)

3. Einführung von *»Struktur- und Prozessqualitätsparametern«*: *»Vorgaben für Mindestpersonalausstattung«, »Qualifikation und Weiterqualifizierungsmaßnahmen im Sinne von festen Aus-, Fort- und Weiterbildungen von Rettungsdienst- und Leitstellenpersonal«, »Art und Anzahl sowie standardisierte Ausstattung von Rettungsmitteln, die Implementierung einheitlicher medizinischer und damit auch bundeseinheitlich vergleichbarer Vorgaben sowie die Teilnahme an Registern oder den Einsatz von Spezialrettungsmitteln wie Intensivtransportwagen«. »Für die Implementierung von Maßnahmen, die die Qualität durch Struktur- und Prozessmaßnahmen sichern, schlägt die Kommission vorübergehende Pauschalen oder Zusatzentgelte vor.«*

**Bewertung:** Die Einführung solcher Parameter (verbunden mit ihrer Einhaltung) ist grundsätzlich richtig. Wie bei anderen Vorschlägen der Kommission ist verstärkt darauf zu achten, dass hier nicht so hohe Hürden aufgebaut werden, dass die Notfallrettung nicht mehr flächendeckend möglich ist und dass die gesammelten Daten nicht zum plumpen Kosten-Benchmarking und -Dumping missbraucht werden. Pauschalen und Zusatzentgelte braucht es nicht, wenn die notwendigen Kosten im Rahmen der Kostendeckung 2.0 vollständig refinanziert werden.

- 
4. »Die Anforderungen an Struktur-, Prozess- und soweit möglich Ergebnisqualität sowie die Qualifikation des eingesetzten Personals in Leitstellen und der Notfallrettung sollten länderübergreifend vereinheitlicht werden. Anzustreben ist die Etablierung eines Notfallversorgungsregisters, in dem ein Kerndatensatz ... von KV-Notdienst, Rettungsdienst und Notaufnahmen sowie perspektivisch Integrierten Notfallzentren zusammengeführt werden«

»Der Rettungsdienst muss technisch einheitlich digital und umfassend mit den anderen Säulen der Notfallversorgung sowie der elektronischen Patientenakte vernetzt werden, einschließlich telemedizinischer Verknüpfung rund um die Uhr.«

**Bewertung:** Eine Vereinheitlichung der Struktur- und Prozessqualität und der Qualifikation sowie ein Register sind sinnvoll, genau wie eine digitale Vernetzung. Abzulehnen ist die Einbeziehung der Ergebnisqualität. Sie kann nicht verursachungsgerecht ermittelt werden und führt nur zum Versuch, Ergebnisse zu schönen, und widerspricht damit einer internen Qualitätssicherung.

5. »... digitales Echtzeit-Register zur Erfassung und Abfrage der verfügbaren Ressourcen und deren Auslastung«, Verknüpfung mit dem DIMI-Intensivregister, prospektive Bedarfsermittlung mit KI-Unterstützung

**Bewertung:** sinnvoll

6. »Regionale Gremien der Gesundheitspolitik, Kostenträger und Leistungserbringer sind in die einheitliche Bedarfsplanung unter Leitung der Länder einzubeziehen.«

**Bewertung:** Diese Festlegung geht zwar in die richtige Richtung, ist aber unzureichend. Wie schon in unserer Bewertung zur 3. Stellungnahme gefordert, muss die gesamte Krankenhausplanung (incl. der Notfallversorgung) in den Versorgungsregionen erfolgen und demokratisch strukturiert sein, d. h. unter Einbeziehung aller Beteiligten (incl. Beschäftigte) und der Menschen vor Ort erfolgen.

7. Konzentration und Zentralisierung der Leitstellen, »als Orientierung eine Leitstelle pro ca. 1 Mio. Einwohner« (ggf. Ausnahmen in dünner besiedelten Gegenden)

**Bewertung:** Solche Kennzahlen (1 Mio. Einwohner) sind abzulehnen. Die Entscheidung über die Zahl und die Lage der Leitstellen muss die Versorgungsregion (in Absprache mit den Nachbarregionen) in Abhängigkeit von den konkreten Bedingungen vor Ort treffen. Die von der Kommission tendenziell vorgeschlagenen 80 Leitstellen sind definitiv zu wenig und würden zu einer deutlichen Verschlechterung der Notfallversorgung führen. Bei einer derartigen Reduzierung von Leitstellen und Notfallzentren wäre die leitliniengerechte Behandlung von Schlaganfällen und Herzinfarkten mit den darin vorgegebenen Zeitlimits bis zum Beginn der Behandlung nicht mehr gewährleistet. Die Reduzierung der Zahl der Leitstellen auf ein Drittel korrespondiert mit der Beschränkung der Integrierten Notfallzentren auf etwa 420 Krankenhäuser der Notfallstufen 2 und 3, wie sie in der 4. Stellungnahme der Kommission vorgeschlagen wurde. Damit würden ca. 800 INZ der Basisversorgung geschlossen, und Herzkatheterlabore, Stroke Units und Traumazentren die dort ggf. vorhanden sind würden dann leer stehen und nach Auffassung der Kommission sollen sie das ja auch.

8. Planung landkreisübergreifend, Zugriff auf die Rettungsmittel auch der benachbarten Leitstellen

**Bewertung:** sinnvoll, siehe oben



9. Es »sollten die Befugnisse von Notfallsanitäterinnen und -sanitätern ausgeweitet werden (bei entsprechender Qualifizierung).« »Entsprechend sollten perspektivisch speziell qualifizierte Notärztinnen und Notärzte nach einheitlichem Standard präklinisch nur in besonders komplexen Fällen und überwiegend per Rettungs-(Transport-)Hubschrauber/Luftrettung oder telemedizinisch unterstützend eingesetzt werden.«

**Bewertung:** Die Erweiterung der Befugnisse von Notfallsanitäter\*innen ist sinnvoll. Sie müssen auch handlungsfähig sein, solange noch kein Notarzt zur Stelle ist. Dazu ist eine deutliche Verbesserung ihrer Qualifikation nötig. Indiskutabel ist der Vorschlag, Notärzt\*innen nur noch in »besonders komplexen Fällen« einzusetzen. Das Notarztsystem in Deutschland ist besser ausgebaut als in vielen anderen Ländern. Der Vorschlag kommt einer weitgehenden Abschaffung dieses Systems gleich. Auch für die Fort- und Weiterbildung der Ärzt\*innen hätte dies gravierende Folgen. Notärzt\*innen qualifizieren sich für ihre Tätigkeit hauptsächlich in ihrem klinischen Alltag, weniger in den Notarzdiensten. Außerdem liegt hier ein sonderbarer Widerspruch vor: Die Kommission kritisiert einerseits, dass auch Nicht-Fachärzt\*innen die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin erwerben können, möchte die Leistungen dieser Nicht-Fachärzt\*innen dann aber nicht Fachärzt\*innen, sondern Notfallsanitäter\*innen übertragen. Eine Verlagerung der Verantwortung auf Notfallsanitäter\*innen würde voraussetzen, dass alle im Notarzdienst denkbaren Tätigkeiten vom Arztvorbehalt befreit werden. Das ist strikt abzulehnen.

10. »Ausbau des Luftrettungsdienstes« um auch in ländlichen Regionen die Versorgung zu gewährleisten.

**Bewertung:** Der Ausbau der Luftrettung ist in jedem Fall notwendig, um die Rettungszeiten bei schweren Fällen zu verkürzen. Von der Kommission selbst wird diese Empfehlung im Zusammenhang mit ihren Vorschlägen zur Schließung kleiner Krankenhäuser gesehen (S. 13 Stellungnahme). Dies ist nicht richtig. Kleinere Krankenhäuser in ländlichen Gegenden haben andere Aufgaben im Rahmen der Notfallversorgung als die Behandlung schwerst erkrankter/verletzter Patient\*innen. Sie sind durch den Ausbau der Luftrettung nicht zu ersetzen. Es kommt hinzu, dass bestimmte in Notfallsituationen erforderlich werdende Behandlungsmaßnahmen und vor allem Reanimationen im Hubschrauber nicht möglich sind und daher nicht für alle Fälle des Notfalltransports die Luftrettung eine Alternative zum NAW oder RTW darstellt. Auch der Vorschlag, die Luftrettung auszubauen, hat insofern einen Beigeschmack, als er ebenfalls mit der Verringerung der Zahl der INZ korrespondiert und die fehlenden INZ kompensieren soll. Das ist der falsche Weg.

11. »Die allgemeine Gesundheitskompetenz (health literacy) muss gesteigert werden; das gilt insbesondere auch für die Kompetenz zur Eigenbehandlung von akuten Gesundheitsbeschwerden bis zur Erreichbarkeit eines Arztes.«

- 
12. »strukturierte Einbeziehung der Bevölkerung in die Notfallversorgung« (verpflichtende Erste Hilfe Ausbildung, Ersthelfer Apps, öffentlich zugängliche Defibrillatoren, Förderung Ehrenamt)
13. »Vulnerable Gruppen sollten gesondert über die individuelle Notfallvorsorge (advanced care planning) aufgeklärt und hierzu ermutigt werden.«

**Bewertung 11-13:** Die Empfehlungen sind sinnvoll. Es wäre aber besser, wenn die Kommission diese Vorschläge nicht im Zusammenhang mit einer umfassender Schließungs- und Abbaudiskussion unterbreiten würde. So bleibt ein fahler Beigeschmack.

14. »Für sog. »frequent-user« der Notfallversorgungsstrukturen muss ein Case-Management zur Prüfung einer adäquaten Versorgung der Hilfesuchenden eingerichtet werden, um Fehlnutzungen zu verringern.«

**Bewertung:** Die Forderung nach einer adäquaten Versorgung ist sinnvoll. Die Bezeichnung als »Fehlnutzung« ist zweifelhaft (Stigmatisierung).

15. »Finanzierung des Rettungsdienstes inkl. der Leitstellen: Die Betriebs- und Vorhaltekosten des Rettungsdienstes sind von den Krankenkassen zu tragen.«

- Kassen und Leistungserbringer werden verpflichtet, »bundeseinheitliche« Entgelte zu verhandeln (mit Konfliktlösungsstrategie)
- »Basis- (= Vorhalte-)« und »variabler (= Leistungs-)Anteil«, Vorhalteanteil über »nicht leistungsgebundene Pauschalen«
- »Ausgleich regionaler Kostenunterschiede« durch »regional-spezifische Anpassungsfaktoren«
- Finanzierung der Investitionskosten durch die Länder und Kommunen
- Ausschluss der Finanzierung von nichtmedizinischen Leistungen (z. B. Brandschutz) durch die Kassen
- »Als mittel- oder langfristiges Ziel könnte einerseits eine monistische Finanzierung des Rettungsdienstes (inkl. der Leitstellen) durch die Krankenkassen – einschließlich Investitionen und Vorhaltung – Vorteile bedeuten.« ... »Andererseits sind die Leitstellen in vielen Regionen Deutschlands nicht nur für medizinische Notfälle zuständig, sondern für einen weiten Bereich<sup>2</sup> der Gefahrenabwehr, zum Beispiel durch Polizei oder Feuerwehr (Brandbekämpfung). Dies ist ein Argument für die Beibehaltung der Investitionsfinanzierung durch Länder und Kommunen, die für die Gefahrenabwehr zuständig sind.«

**Bewertung:** Die Aufteilung der Vergütung in einen festen Vorhalteanteil und einen leistungsabhängigen Anteil erfolgt in Anlehnung an die Vorschläge der Kommission für die Reform der Vergütung der stationären Versorgung. Wie der feste Vorhalteanteil ermittelt werden soll, wird nicht ausgeführt. Zu vermuten ist, dass auch hier wieder eine indirekte Leistungsabhängigkeit eingebaut wird. Diese Finanzierungsempfehlung ist mit denselben Mängeln behaftet, wie die zur »Überwindung der DRGs«. Die von der Kommission selbst kritisierte Fehlentwicklung (unnötige Transporte ins Krankenhaus, S. 6 Stellungnahme) wird dadurch aber nicht abgeschafft. Der Versuch der Mengenausweitung (auch in Richtung besser bezahlte Leistungen) wird weiterhin anhalten, oder sogar noch zunehmen, weil die finanzielle Ausgangsbasis schmaler wird, aber dieser Teil der Vergütung der Einzige ist, der noch beeinflusst werden kann. Regional-spezifische Anpassungsfaktoren sind eine weiteres unnötiges Konfliktfeld und eine bürokratische Hürde. Entsprechend unserer Vorschläge zur



Krankenhausfinanzierung insgesamt schlagen wir auch hier die vollständige Finanzierung aller notwendigen Kosten (Selbstkostendeckung) mit Prüfrechten der Kassen vor. Gibt es strukturelle Vorgaben und Personalanhaltszahlen, dürften die Konfliktfelder gering sein.

Die von der Kommission angedachte monistische Finanzierung ist – wie für den gesamten Krankenhausbereich – abzulehnen. Sie widerspricht der staatlichen Aufgabe der Sicherstellung der Strukturen und Bedingungen der Gesundheitsversorgung und würde einen weiteren Schritt in Richtung Ökonomisierung der Daseinsvorsorge bedeuten (Bildung eines »Gesamtpreises« incl. Investitionskosten für die Ware Gesundheit)

**Was fehlt:** Erstaunlich (oder auch nicht) ist, dass die Kommission keinerlei Veränderungen bei der heterogenen Struktur der Rettungsdienste empfiehlt (15 % kommunal, 80 % gemeinnützige Hilfsorganisationen, 5 % privatwirtschaftliche Unternehmen). Die privaten Unternehmen sind ein großes Ärgernis, auch wenn ihr Anteil an den Leistungen gering ist. Sie zwingen bei europaweiten Ausschreibungen mit ihren Dumpingangeboten die gemeinnützigen Organisationen, sich deren Niveau anzunähern, was erheblich zu den schlechten Arbeitsbedingungen im Rettungsdienst beiträgt. Eine Tarifbindung aller Anbieter auf TVöD-Niveau wäre hier das Mindeste. Das Problem der privaten Anbieter würde sich nach einer Reform der Vergütung, wie wir sie vorschlagen, rasch erledigen, weil es nichts mehr zu verdienen gäbe. Die gemeinnützigen Hilfsorganisationen könnten integriert werden oder/und sich nach einer Übergangszeit auf Krankentransporte konzentrieren. Die eigentliche Notfallrettung gehört in öffentliche Hand (Gebietskörperschaften, Versorgungsregionen. Eine Verortung im Rahmen der Gefahrenabwehr bei der Feuerwehr, wie sie noch immer vielerorts praktiziert wird, wäre die sinnvollste Variante.

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik

V.i.S.d.P. Dr. Nadja Rakowitz

Mobil: 0172 – 185 8023

**KRANKEN** HAUS  
STATT **FABRIK**  
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert