



Spitzenverband



Reform des Rettungsdienstes

Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes

Stand: 2. November 2023

Impressum

Herausgeber:
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Verantwortlich:
Abteilung Krankenhäuser
Abteilung Ambulante Versorgung

Gestaltung:
BBGK Berliner Botschaft
Gesellschaft für Kommunikation mbH

Fotonachweis:
links: Christian Schwier – stock.adobe.com; rechts: momius – stock.adobe.com

Stand: 2. November 2023

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten.

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

Reform des Rettungsdienstes

Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes

Stand: 2. November 2023

Inhalt

Vorwort	6
1 Die Notwendigkeit einer Reform des Rettungsdienstes	7
2 Handlungsspielraum ohne Grundgesetzänderung	8
3 Gemeinsame Leitstellen der Rufnummern 116117 und 112	9
4 Überregionaler Zugriff der Leitstellen auf Rettungsmittel	10
5 Transparente Notfallkapazitäten der Krankenhäuser	11
6 Rettungsdienstleistungen ohne Transport ins Krankenhaus	12
7 Digitaler Datenaustausch zwischen den Leistungserbringern	13
8 Bundeseinheitliche Datenauswertung und Qualitätssicherung	14
9 Finanzierung	15

Vorwort

Im Zentrum der Vorschläge steht der Aufbau eines Rettungswesens, das zeitnah einen Transport in die richtige Versorgungsebene ermöglicht und unnötige Transporte in die Notfallaufnahmen der Krankenhäuser vermeidet.

Deutschland verfügt über ein umfassendes System der Notfallversorgung, das in fünf Säulen organisiert ist. Neben der ambulanten Versorgung in den Sprechzeiten der niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie dem ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) außerhalb der Sprechstundenzeiten sorgen das Rettungswesen, die Notaufnahmen der Krankenhäuser und die sta-

tionäre Notfallversorgung in den Krankenhäusern für eine umfassende Notfallversorgung. Alle Versorgungsbereiche unterliegen jeweils unterschiedlichen Gesetzmäßigkeiten und Ordnungsprinzipien hinsichtlich

ihrer Planung, Leistungserbringung und Finanzierung. Dies führt zu Abstimmungsproblemen zwischen den Versorgungsbereichen sowie zunehmend auch zu ineffizienten Strukturen.

Daher besteht seit längerem Reformbedarf in der Notfall- und Akutversorgung und insbesondere auch im Bereich des Rettungswesens. Ein entsprechender Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahr 2020 scheiterte jedoch maßgeblich an den politischen Widerständen der Länder und an der Diskussion über eine erforderliche Grundgesetzänderung, die für eine Reform des Rettungsdienstes in Betracht gezogen wurde.

Im Koalitionsvertrag 2021-2025 von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP wurde als Ziel formuliert, das Rettungswesen als integrierten Leistungsbereich in das SGB V aufzunehmen.

Im Rahmen dieses Reformprozesses hat die Regierungskommission am 07.09.2023 in ihrer neunten Stellungnahme insgesamt 15 Empfehlungen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung durch den Rettungsdienst vorgelegt. Neben der Verbesserung der Versorgungsqualität, der Transparenz und der Finanzierung steht die

Implementierung des Anspruchs auf rettungsdienstliche Leistungen als eigenes Leistungssegment im SGB V im Fokus der Empfehlungen. Die Stellungnahme der Regierungskommission basiert auf bereits vorliegenden Gutachten und Stellungnahmen, wie beispielsweise die des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege aus dem Jahr 2018 oder der Arbeit von Krafft et al. im Auftrag der Bertelsmann Stiftung und in Zusammenarbeit mit der Björn Steiger Stiftung aus dem Jahr 2022.

Der GKV-Spitzenverband hat im Rahmen des Reformprozesses ebenfalls die Reform des Rettungsdienstes als zentrales Thema platziert und unterstützt weitestgehend die vorliegenden Empfehlungen der Regierungskommission. Im Folgenden stellt der GKV-Spitzenverband wesentliche Aspekte für eine effektive Neuordnung des Rettungsdienstes als elementarer Bestandteil der Reform der Notfallversorgung vor. Die Ausführungen fokussieren sich auf die zentralen Empfehlungen der Regierungskommission, wobei Themenbereiche, die nicht zu den Kernbereichen der gesetzlichen Krankenversicherung zählen, ausgeklammert werden.

Ziel des Vorschlagspapiers ist es, einen Reformweg zu beschreiben, der keine Grundgesetzänderung voraussetzt. Im Zentrum der Vorschläge steht der Aufbau eines Rettungswesens, das zeitnah einen Transport in die richtige Versorgungsebene ermöglicht und unnötige Transporte in die Notfallaufnahmen der Krankenhäuser vermeidet. Es wird auf die verpflichtende Kooperation der Leitstellen des Rettungsdienstes und der KVen sowie erforderliche Handlungsoptionen dieser gemeinsamen Leitstellen eingegangen. Ebenso sind die Herstellung von transparenten Notfallkapazitäten sowie die digitale Vernetzung der Leistungserbringer untereinander von zentraler Bedeutung. Darüber hinaus wird die Qualitätssicherung und die Finanzierung des Rettungsdienstes thematisiert.

1 Die Notwendigkeit einer Reform des Rettungsdienstes

Der Rettungsdienst steht vor der Herausforderung steigender Fallzahlen. Vor dem Hintergrund der aktuell vorhandenen Strukturen der vertragsärztlichen Notfallversorgung und der derzeitigen Finanzierung der rettungsdienstlichen Leistungen als Fahrkosten zu einer Weiterbehandlung hat der Rettungsdienst nicht die Möglichkeit, Hilfesuchende in adäquater Weise dem vertragsärztlichen System zur medizinischen Abklärung und Weiterversorgung zuzuleiten. Auch medizinische Notfalleistungen des Rettungsdienstes direkt vor Ort und ohne anschließenden Transport in ein Krankenhaus können derzeit aufgrund einer mangelnden Rechtsgrundlage nicht in jedem Fall gegenüber der GKV abgerechnet werden. In der Folge kommt es zu überflüssigen Inanspruchnahmen von Rettungsmitteln und Notaufnahmen der Krankenhäuser sowie zu unnötig belastenden Situationen für die Patientinnen und Patienten.

Neben diesen strukturellen Versorgungsproblemen ist der Rettungsdienst durch uneinheitliche IT-Systeme und häufig fehlende Möglichkeiten eines interdisziplinären Datenaustausches zwischen Leitstellen, Rettungsdienst, Krankenhaus und vertragsärztlicher Versorgung gekennzeichnet. Die Organisation der Leitstellen und des Rettungsdienstes liegt im gesetzlichen Kompetenzbereich der einzelnen

Länder mit jeweils eigenen Regelungen, z. B. in den Landesrettungsdienstgesetzen. Dies führt zu uneinheitlichen Prozessen und Qualitätsstandards im Bundesgebiet und stellt keine einheitliche, qualitätsgesicherte Versorgung durch den Rettungsdienst sicher.

Bundeseinheitliche Standards und eine strukturierte Abstimmung zwischen den an der Notfallversorgung beteiligten Akteuren sind Grundvoraussetzung für eine Verbesserung der Patientenversorgung im Notfall.

Daher bedarf es neuer gesetzlicher Regelungen. Bundeseinheitliche Standards und eine strukturierte Abstimmung zwischen den an der Notfallversorgung beteiligten Akteuren sind Grundvoraussetzung für eine Verbesserung der Patientenversorgung im Notfall.

2 Handlungsspielraum ohne Grundgesetzänderung

Für die Umsetzung einer Reform des Rettungswesens bedarf es bundeseinheitlicher Regelungen für den Rettungsdienst, wie sie auch von der Regierungskommission befürwortet werden. Da der Rettungsdienst aber als Teil der Gefahrenabwehr und des Katastrophenschutzes in die gesetzgeberische Kompetenz der Länder fällt, scheiterten die Reformvorschläge aus der letzten Legislaturperiode an der Diskussion um die

Trotz der grundsätzlichen Regelungskompetenz der Länder für den Rettungsdienst gibt es dennoch Ansatzpunkte, um bundesweite Rahmenbedingungen für den Rettungsdienst im SGB V zu verankern - ohne Änderung des Grundgesetzes.

Notwendigkeit einer Änderung des Grundgesetzes dahingehend, eine gesetzgeberische Kompetenz des Bundes für den Rettungsdienst zu schaffen. Trotz der grundsätzlichen Regelungskompetenz der Länder für den Rettungsdienst gibt es dennoch Ansatzpunkte, um bundesweite Rahmenbedingungen für den Rettungsdienst im SGB V zu verankern - ohne Änderung des Grundgesetzes.

Als zentraler Kompetenztitel wird der Bundeskompetenztitel „Sozialversicherung“ (Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG) herangezogen. Er umfasst neben der Gewährung sozialversicherungsrechtlicher Leistungen insbesondere auch den Bereich der zugehörigen Qualitätssicherung. Daher eignet sich dieser Bundeskompetenztitel als Ansatzpunkt, um den Anspruch der Versicherten auf qualitativ hochwertige Leistungen des Rettungsdienstes durchzusetzen. Für Teilbereiche des Rettungswesens kann darüber hinaus der Bundeskompetenztitel „Recht der Wirtschaft“ (Artikel 74 Absatz 1 Nummer 11 GG) herangezogen werden. Darunter fällt auch die Regelung von entgeltlichen Transportleistungen, wie sie im Personenbeförderungsgesetz vorgesehen sind.

Es bleibt zu beachten, dass für den Bereich des Rettungswesens keine allumfassende Regelungskompetenz des Bundesgesetzgebers besteht. Vielmehr verbleibt die Regelungshoheit im Grundsatz bei den Ländern (Artikel 30 und 70 GG), z. B. hinsichtlich Fragen der Sicherstellung des Rettungsdienstes.

3 Gemeinsame Leitstellen der Rufnummern 116117 und 112

Eine zentrale Empfehlung der Regierungskommission liegt im Ausbau der Steuerungs- und Koordinierungsleistung der Leitstelle („Notfallmanagement“), wodurch die Entscheidungsbefugnisse der Leitstellen erweitert werden sollen. Für diese gezielte Steuerung in die richtige Versorgungsebene am Beginn der Versorgungskette ist eine verpflichtende Zusammenlegung der Leitstellen von Rettungsdienst und KVen unter Beibehaltung der bestehenden Rufnummern 112 und 116117 essenziell. Eine Zusammenlegung kann entweder erreicht werden, indem beide Rufnummern in einer Leitstelle zusammenlaufen, oder beide Rufnummern digital vernetzt sind und eine Kooperationsverpflichtung der Leitstellen des Rettungsdienstes und der KVen besteht.

Seit dem Jahr 2020 umfasst der Sicherstellungsauftrag der KVen nach § 75 SGB V auch die Einrichtung von Terminservicestellen unter der Rufnummer 116117. Die Kooperation mit den Leitstellen des Rettungsdienstes ist jedoch gesetzlich bislang nur eine Option.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bedarf es einer Regelung für eine verpflichtende Kooperation sowie Regelungen für eine einheitliche, qualitätsgesicherte und standardisierte Übergabe von Hilfesuchen in beide Richtungen. Im Leistungserbringerrecht lassen sich hierzu sozialversicherungsrechtliche Vorgaben schaffen. So könnte die Leistungsvergütung und -abrechnung daran gebunden werden, dass die Leitstellen entsprechende gesetzlich festgelegte Anforderungen erfüllen (z. B. Kooperationsverpflichtung der Leitstellen des Rettungsdienstes und der KVen). Ziel muss sein, dass eine unmittelbare Weiterleitung von Anrufern beider Rufnummern, unabhängig von der diensthabenden Person in der Leitstelle, des Wochentages oder der Uhrzeit, mit den im Rahmen der Ersteinschätzung erfassten Daten an den anderen

Bereich sichergestellt ist. Dies gilt insbesondere für die Weiterleitung von Anrufern der 112, sofern die Ersteinschätzung zu dem Ergebnis führt, dass die Hilfesuchenden für ihre Behandlung nicht die komplexen Strukturen einer Krankenhaus-Notaufnahme benötigen.

Zudem gilt es auch, die Leitstelle der KVen (Terminservicestellen) weiter zu stärken. Dabei ist darauf zu achten, dass es nicht zu Verlagerungseffekten hin zum Rettungsdienst und anschließender Versorgung im Integrierten Notfallzentrum (INZ) bzw. in den Notaufnahmen kommt, sondern auch andere Versorgungsangebote weiter ausgebaut werden, wie beispielsweise der fahrende ärztliche Bereitschaftsdienst oder telemedizinische Beratungen. Auch die Erweiterung der rechtlichen Kompetenzen von Notfallsanitäterinnen und -sanitätern wäre eine sinnvolle Ergänzung.

Ein elementarer Bestandteil der angestrebten Reform liegt in der weiteren Konzentration und Zentralisierung von Leitstellen, wie bereits von der Regierungskommission vorgeschlagen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist dieser Schritt überfällig, zumal die bestehende Zersplitterung auf aktuell ca. 240 Leitstellen auch vor der aktuellen Herausforderung des Fachkräftemangels steht. Durch eine stärkere Kooperation und Konzentration der Leitstellen könnte diesem Mangel begegnet werden. Ergänzend zu den sich verändernden Personalanforderungen an eine Leitstelle, die bei der Umsetzung der Reform berücksichtigt werden müssen, gilt es, die Strukturvorgaben bundeseinheitlich zu definieren.

Es bedarf einer verpflichtenden Kooperation zwischen 112 und 116117 sowie Regelungen für eine einheitliche, qualitätsgesicherte und standardisierte Übergabe von Hilfesuchen in beide Richtungen.

4 Überregionaler Zugriff der Leitstellen auf Rettungsmittel

Derzeit obliegt die Entscheidung über die in den Rettungsleitstellen verwendeten IT- und Einsatzleitsysteme den Kommunen, zum Teil wurden auch landeseinheitliche Regelungen getroffen. Die dezentrale Entscheidungsstruktur erlaubt jedoch keinen überregionalen Zugriff auf alle Rettungsmittel. In der Regel verschwinden die Rettungswagen vom Bildschirm, wenn die Kreis- oder Landesgrenze überfahren wird. Dies gefährdet

Es ist ein überregionaler Zugriff der Leitstellen auf alle Rettungsmittel notwendig, um unabhängig von Kreis- und Landesgrenzen schnelle Hilfe leisten zu können.

Menschenleben. Aus diesem Grund ist ein überregionaler Zugriff der Leitstellen auf alle Rettungsmittel notwendig, um unabhängig von Kreis- und Landesgrenzen schnelle

Hilfe leisten zu können. Dafür sind interoperable IT-Systeme, eine standardisierte Ersteinschätzung sowie ein einheitliches Vorgehen bei der Disposition von Rettungsmitteln erforderlich.

Neben der Entsendung von Rettungsmitteln und der Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung sollte die Leitstelle auch Zugriff auf andere an der Notfallversorgung beteiligte Leistungserbringer, wie den qualifizierten Krankentransportdienst, den telenotärztlichen Dienst, den Gemeindenotfallsanitäter, haben, sofern diese in der jeweiligen Region vorhanden sind. Zudem könnten für den nicht zeitkritischen Transport von nicht lebensbedrohlichen Notfällen niederschwellige Transportmittel, wie Notfalthaxis,

Notfallkranenwagen (NKTW) oder spezialisierte Rettungsmittel für sozialmedizinische und psychiatrische Notfälle, eingesetzt werden. Gleichwohl ist der Aufbau von Doppelstrukturen unbedingt zu vermeiden und stattdessen eine strukturierte Weiterleitung einzurichten. So sollte bei Bedarf der vor Ort eingesetzte Rettungsdienst bei Notfällen mit pflegerischer Indikation die behandelnde Hausärztin oder den behandelnden Hausarzt bzw. den beauftragten Pflegedienst informieren, um die weiteren Schritte planen zu können.

Um einen überregionalen Zugriff der Leitstellen auf alle Rettungsmittel zu erreichen, müssen die Leitstellensysteme untereinander über eine definierte Schnittstelle kommunizieren können. Die Schnittstellendefinition ist so auszugestalten, dass über jedes Leitstellensystem alle Rettungsmittel und Krankenhauskapazitäten sichtbar sind und Einsätze verschickt werden können. Eine verpflichtende Regelung zur Anwendung einer standardisierten Schnittstellendefinition für solche Kommunikationssysteme sollte in der Norm des Leistungserbringerrechts verortet werden. Eine Leitstellengebühr sollte nur dann abrechenbar sein, wenn das eingesetzte Leitstellensystem über die vorgegebene Schnittstelle mit allen anderen Leitstellen kommunizieren kann. Die Schnittstellendefinition ist in der Festlegung von Strukturanforderungen an eine Leitstelle konkret vorzugeben.

5 Transparente Notfallkapazitäten der Krankenhäuser

Für eine qualitätsgesicherte Patientenversorgung im Notfall ist es nicht ausreichend, wenn eine Patientin oder ein Patient vom Rettungsdienst in das nächstgelegene Krankenhaus gebracht wird. Vielmehr ist es ausschlaggebend, dass ein Krankenhaus angesteuert wird, das die Patientin oder den Patienten adäquat und möglichst abschließend versorgen kann. Die derzeit hohe Anzahl an frühzeitigen Verlegungen von Patientinnen und Patienten nach der Notfalleinweisung lässt vermuten, dass dies gegenwärtig nicht immer der Fall ist. Die angebotenen Versorgungsstrukturen der Krankenhäuser (z. B. freie Betten, Notfallstufen, Fachabteilungen) müssen folglich für den Rettungsdienst transparent sein, um Patientinnen und Patienten gezielt in ein geeignetes Krankenhaus zu leiten. Dazu sind qualitative Standards auch hinsichtlich der Ressourcen des Krankenhauses für ausgewählte, besonders relevante Krankheitsbilder vorzugeben. Diese Vorgaben dienen als Grundlage für Echtzeitsysteme, die den Leitstellen und Rettungswagen einen Überblick über die vorhandenen Ressourcen und die Aufnahmebereitschaft von Krankenhäusern geben.

Für die Transparenz über verfügbare Ressourcen, Versorgungsangebote und Versorgungsstrukturen ist eine bundeseinheitliche Vorschrift einzuführen, die die Krankenhäuser verpflichtet, digital und in Echtzeit über die aktuellen Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten zu informieren. Die Angaben der Krankenhäuser sollten im Leitstellensystem der Rettungsdienste hinterlegt und jederzeit einsehbar sein. Die vollständige Datenpflege sollte den Krankenhäusern obliegen. Auch die Regierungskommission schlägt vor, ein digitales Echtzeitregister zur Erfassung und Abfrage der verfügbaren Ressourcen und deren Auslastung (z. B. IVENA) durch einheitliche, automatisierte und kontinuierliche Datenerfassung aus Präklinik und Klinik sowie durch KI-gestützte Algorithmen zu unterstützen.

Ein geeigneter Regelungsort für die Definition der Anforderungen sowie des Leistungs- und Funktionsumfangs solcher Systeme wären die bestehenden Regelungen zur Qualitätssicherung im Krankenhaus (§ 136b SGB V).

Ein möglicher Regelungsort für die Verpflichtung zur Auswahl eines geeigneten Krankenhauses beim Transport der Patientin oder des Patienten durch den Rettungsdienst wäre ebenfalls das Leistungserbringerrecht. Übergeordnetes Ziel sollte sein, dass der Rettungsdienst nur solche Krankenhäuser ansteuert, die definierte und überprüfbare Struktur- und Qualitätsanforderungen erfüllen. Als Vergütungsvoraussetzung für Rettungsdienstleistungen sollte dann die verpflichtende Teilnahme des Rettungsdienstes an einem Qualitätssicherungsverfahren etabliert werden. Bei schweren Erkrankungen oder Verletzungen, insbesondere bei Vorliegen von Tracerdiagnosen, sollten grundsätzlich nur Krankenhäuser der erweiterten oder umfassenden Notfallstufe als sachgerechte Versorgungsebene gelten.

Für mehr Transparenz über verfügbare Notfallkapazitäten sollten Krankenhäuser verpflichtet werden, digital und in Echtzeit über die aktuellen Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten zu informieren.

6 Rettungsdienstleistungen ohne Transport ins Krankenhaus

Gegenwärtig ist der Rettungseinsatz gegenüber der Krankenkasse oft nur abrechenbar, wenn die Patientin oder der Patient zum Krankenhaus gebracht wird, mit der Folge einer Vielzahl von unnötigen Notfallaufnahmen. Wie auch durch die Regierungskommission empfohlen, bedarf es der gesetzlichen Klarstellung in den Regelungen zu den Fahrkosten nach § 60 SGB V, dass unter definierten Bedingungen die Rettungsdienstleistung auch mit der medizinischen Versorgung des Versicherten vor Ort durch das Personal des Rettungsdienstes abgeschlossen werden kann und damit auch ohne Transport ins Krankenhaus abrechenbar ist.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sollte den Auftrag erhalten, in einer eigenen Richtlinie hierzu differenzierte Regelungen zu treffen.

Es bedarf der gesetzlichen Klarstellung, dass die Rettungsdienstleistung auch mit der medizinischen Versorgung des Versicherten vor Ort durch das Personal des Rettungsdienstes abgeschlossen werden kann.

Dabei sollte der G-BA insbesondere alle versorgungssteuernden Regelungen definieren und festlegen, wer diese Notfalleistungen unter welchen Voraussetzungen erbringen darf. Die An-

forderungen des G-BA sollten als verbindliche Vergütungsvoraussetzungen gelten.

7 Digitaler Datenaustausch zwischen den Leistungserbringern

Es kann überlebenswichtig sein, bereits im Vorfeld der Aufnahme dem Krankenhaus die relevanten aktuellen Informationen über die Patientin oder den Patienten und den akuten Gesundheitszustand in Form einer digitalen Dokumentation zur Verfügung zu stellen. Diese Informationen sollten mindestens das Ergebnis der medizinischen Ersteinschätzung der Patientinnen und Patienten durch den Rettungsdienst vor Ort beinhalten. Darüber hinaus kann auch die Übermittlung von Vitalparametern in schweren Fällen sinnvoll sein. Ein solcher Datenaustausch ermöglicht es, noch während des Transportes der Patientin oder des Patienten vorbereitende Maßnahmen im Krankenhaus zu treffen.

Wie auch in den Empfehlungen der Regierungskommission vorgeschlagen, muss aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die gesamte Datenverarbeitung der Notfallversorgung elektronisch erfolgen. Diese Daten stellen die Grundlage für eine zeitnahe Kommunikation, eine Qualitätsmessung sowie eine qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Versorgung dar. Dafür ist eine standardisierte Schnittstellendefinition zweckmäßig, da sie eine bundesweite Übermittlung und Nutzung von Patientendaten durch das Krankenhaus und den örtlichen Rettungsdienst ermöglicht.

Neben den technischen Anforderungen sind auch Anforderungen an einen Minimaldatensatz für den digitalen Datenaustausch zwischen den Leistungserbringern zu treffen.

Dies ist die Voraussetzung für eine enge (digitale) Vernetzung des Rettungsdienstes mit den Gemeinsamen Leitstellen und den ambulanten und stationären Versorgungsbereichen (INZ, Notaufnahme, KV-Notdienstpraxis, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte u. a.). Ein geeigneter Regelungsort hierfür wäre ebenfalls das Leistungserbringerrecht.

Die gesamte Datenverarbeitung der Notfallversorgung muss elektronisch erfolgen.

8 Bundeseinheitliche Datenauswertung und Qualitätssicherung

Bislang fehlt es an einem bundeseinheitlichen Datenbestand für das Rettungswesen, der Transparenz über das bundesweite Leistungsgeschehen des Rettungsdienstes schafft und mit anderen Datensätzen des Gesundheitswesens verknüpft werden kann. Für andere Bereiche des Gesundheitswesens existiert eine solche bundesweite Datenzusammenführung und -auswertung bereits, so z. B. für stationäre Krankenhausfälle bei dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach § 21 KHEntgG. Im Rettungswesen bedarf es der Etablierung eines standardisierten Minimaldatensatzes über alle Rettungseinsätze im

Es bedarf eines standardisierten Minimaldatensatzes über alle Rettungseinsätze im Bundesgebiet sowie einer anschließenden Zusammenführung mit den Daten der aufnehmenden Versorgungseinrichtungen (Krankenhäuser, INZ, KV-Notdienstpraxis).

Bundesgebiet, auch solche mit nichtärztlichem Personal, sowie einer anschließenden Zusammenführung mit den Daten der aufnehmenden Versorgungseinrichtungen (Krankenhäuser, INZ,

KV-Notdienstpraxis). Ziel einer solchen leistungserbringerübergreifenden Datenzusammenführung und -auswertung ist die Optimierung von Rettungseinsätzen, die Verbesserung der Zuweisungsqualität in ein geeignetes Krankenhaus sowie damit insgesamt der Notfallversorgung.

Zur Verbesserung der Versorgungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Rettungswesens gilt es zudem, eine bundeseinheitliche Qualitätssicherung für den Rettungsdienst einzuführen. Dies benennt auch die Regierungskommission in ihren Empfehlungen. Hierfür müssen in einem ersten Schritt umfassende Qualitätsstandards für den Rettungsdienst entwickelt werden. Geeignete

Qualitätskriterien sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes z. B. Vorgaben zur Personalqualifikation, die Verpflichtung zur Kooperation und eine standardisierte Übergabe von Hilfesuchen zwischen den Leitstellen von Rettungsdienst und KV. Zusätzlich sollte ein bundesweites Regelwerk für Tracerdiagnosen (z. B. Schlaganfall, Reanimation, Herzinfarkt, Polytrauma, Schädel-Hirn-Trauma) festgelegt werden, welches den Rettungsdienst verpflichtet, gezielt die nächstgelegene Klinik mit geeigneter Ausstattung anzufahren. Damit kann die hohe Anzahl von Verlegungen am Folgetag der Notaufnahme reduziert werden.

Die Festlegung von bundeseinheitlichen Strukturqualitätsanforderungen an den Rettungsdienst, die Rettungsleitstellen und deren Kooperationen sollte dem G-BA übertragen werden. Dieser hat hierfür die notwendige Expertise und Erfahrung. Die Regelungen sollten mindestens eine bundeseinheitliche Datenerfassung zu Rettungseinsätzen mit Vorgabe einer konformen Datensatzbeschreibung umfassen sowie auch Festlegungen zu Qualitätsmessungen mit geeigneten Qualitätsindikatoren treffen, die als Grundlage für regelmäßige Analysen zur leitliniengerechten Behandlung der Patientinnen und Patienten sowie der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Rettungseinsätze dienen. Ein entsprechender gesetzlicher Auftrag könnte in §§ 136 ff. SGB V verortet werden. Es bedarf einer bundeseinheitlichen Meldestruktur und einer öffentlichen Datenannahmestelle, die diese Daten zusammenführt und zur Verfügung stellt (wie z. B. das DIVI-Intensivregister).

9 Finanzierung

Die Regierungskommission hat in ihrer neunten Stellungnahme ein umfassendes Finanzierungskonzept für den Rettungsdienst vorgelegt. Dieses sieht eine differenzierte Finanzierung von Betriebs-, Vorhalte- und Investitionskosten vor. Es wird eine Neustrukturierung der Finanzierung unter Beachtung der Verantwortung der Bundesländer und Kommunen für die Gefahrenabwehr sowie der Grundsätze der gesetzlichen Krankenversicherung empfohlen. Dies beinhaltet die Zuständigkeit von Ländern und Kommunen für die Investitionskosten, die auf bundeseinheitlicher Grundlage zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern auszuhandelnden Entgelte für die Vergütung von Leistungen der Leitstelle, medizinischen Leistungen des Rettungsdienstes und Fahrkosten für medizinische Notfälle sowie Maßnahmen der Qualitätssicherung.

Die Empfehlungen stehen im Einklang mit dem gesamten Reformvorhaben, sind grundsätzlich nachvollziehbar und sollten in einer umfassenden Notfallreform Berücksichtigung finden. Eine Neufassung des § 133 SGB V, wie von der Regierungskommission vorgeschlagen, ermöglicht eine gleichberechtigte Entgeltverhandlung zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern auf bundeseinheitlicher Grundlage mit entsprechend eingerichteter Schiedsstelle. Eine monistische Finanzierung des Rettungsdienstes und der Leitstellen ohne Mitspracherecht, wie von der Regierungskommission als alternative Finanzierungsmöglichkeit diskutiert, wird klar abgelehnt. Der gesetzliche Ausschluss von nichtmedizinischen Leistungen, wie z. B. der Feuerwehr, bei der Finanzierung ist sachgemäß und verhindert eine unzulässige Querfinanzierung durch die Krankenkassen.

Die Finanzierung der Vorhaltekosten für den Rettungsdienst ist grundsätzlich an bundeseinheitliche Mindestanforderungen an den Umfang und die Qualität der Leistungen der GKV für ihre Versicherten zu knüpfen. Dies fördert die Effizienz der Organisation, der Strukturen und des Ressourceneinsatzes in der gesamten Notfallversorgung. So sind beispielsweise einheitliche Festlegungen bezüglich der Digitalisierung, der Personalausstattung und einer sachgemäßen Größe von Leitstellen zu treffen.

Die Finanzierung der Vorhaltekosten für den Rettungsdienst ist grundsätzlich an bundeseinheitliche Mindestanforderungen an den Umfang und die Qualität der Leistungen der GKV für ihre Versicherten zu knüpfen.

Die Konzentration der Leitstellen ist mit einem Anreizsystem im Rahmen der Vorhaltefinanzierung zu verknüpfen, wie auch von der Regierungskommission vorgeschlagen. Bei der Umsetzung ist sicherzustellen, dass die Vorhaltefinanzierung bevölkerungsbezogen ausgestaltet und streng an die zu versorgende Bevölkerungsdichte einer Region gekoppelt wird. Die Anwendung von regionalen Anpassungsfaktoren zum Ausgleich regionaler Unterschiede ist denkbar.

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

www.gkv-spitzenverband.de