

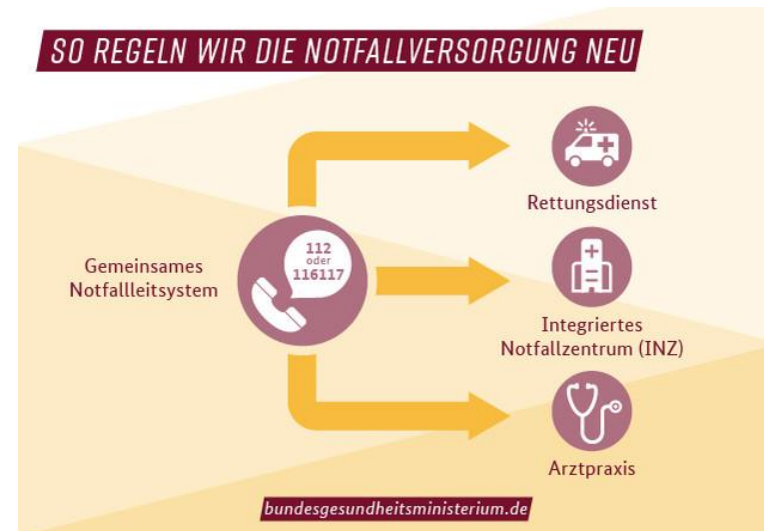
Herausforderungen bei der Gestaltung der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes

Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht

Herbstsymposium

24.11.2023, Berlin

Rechtsanwalt Jörg Müssig



- Eigener Leistungsanspruch für Versicherte auf medizinische Versorgung und ggf. Transport
- Versorgung stationär/ambulant/Rettung
- Leitstellen
- Finanzierung und Mitbestimmung

Gesundheit oder Gefahrenabwehr ?

- **„Gesundheit“** – ambulante, Stationäre Versorgung pp.
- Bundesgesetzgeber (Art. 74 Abs.1 Nr. 7 , 12, 19, 19a, 26 GG)

- **Rettungsdienst, Gefahrenabwehr**
- Landesgesetzgeber (Art. 30, 70 GG)

Gesundheit und Gefahrenabwehr!

§ 2 RettG NRW u.a.:

Notfallpatientinnen und **Notfallpatienten** sind Personen, die sich infolge **Verletzung, Krankheit** oder sonstiger Umstände entweder in **Lebensgefahr** befinden oder bei denen **schwere gesundheitliche Schäden** zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich **medizinische Hilfe** erhalten.

- Verbunden über die Regelung zu den (Transport- und Fahr-)Kosten
(§ § 60, 133 SGB V)

Der Rettungsdienst hat sich von einer reinen Erstversorgung und dem Verletztentransport in das nächstgelegene Krankenhaus zu einer **hoheitlichen Gesamtaufgabe von Gefahrenabwehr und zugleich Gesundheitsvorsorge** im Sinne einer präklinischen und qualitätsgesicherten Versorgung am Notfallort und während des Transports entwickelt.

(Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung, A. Allgemeiner Teil. I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen, Bearbeitungsstand: 08.01.2020)

Die **Versorgung von Patienten im Rettungsdienst** hat sich von einer reinen Transportleistung zum Zwecke der stationären Versorgung zu einer **präklinischen** oder auch reinen **ambulanten Patientenversorgung**, zum Teil auch ohne anschließendem Transport, **disponiert durch die Rettungsleitstellen** der Länder, gewandelt.

Ebenen der Zusammenarbeit

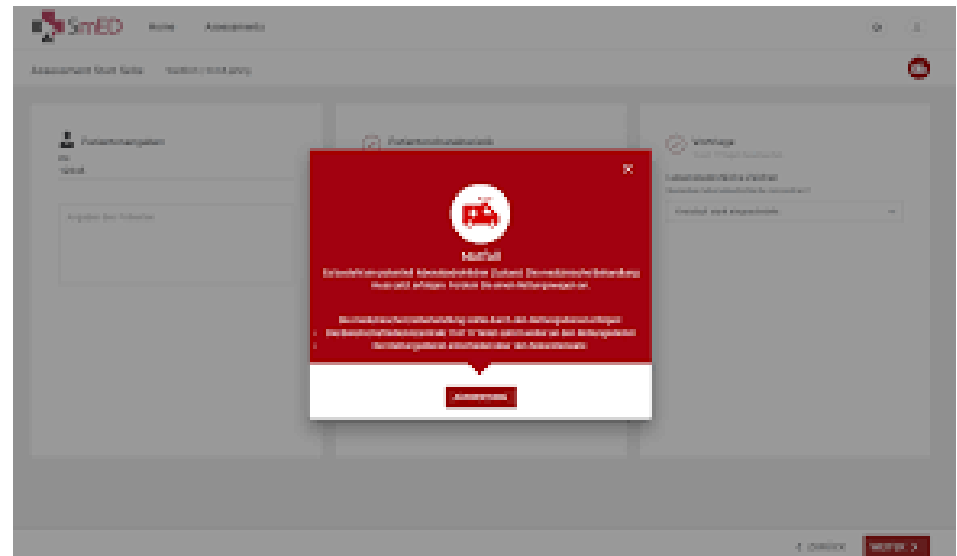
- Ambulante Versorgung - Kassenärztliche Vereinigungen
 - Terminservicestelle (TSS) - 116117
- Stationäre Versorgung – Krankenhäuser
 - Notfallambulanzen (NFA)
- Rettungsdienst – Kommunen
 - Leitstellen 112, Feuerwehr, Hilfsorganisationen

- GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom 16.07.2015, § 75 Abs. 1b) s. 8 SGB V

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren“

- Folge: U.a. Gespräche Zwischen KBV/ZI und DFV, gemeinsame Tagung, gegenseitiger Besuch von Leitstellen, Entwicklung einer technischen Schnittstelle

1. **Terminservicestelle vermittelt Akutfälle 24/7** (§ 75 Abs. 1a SGB V) an eine unmittelbare ärztliche Versorgung mit bundeseinheitl. Rufnummer 116 117
2. **KBV stellt Richtlinie für einheitliche Telefonnummer** auf (§ 75 Abs. 7 Nr. 4 SGB V)
3. Dabei ist sicherzustellen, dass die neue Servicenummer in das künftige System der einer verbesserten Notfallversorgung mit den im Koalitionsvertrag vorgesehen gemeinsamen Notfallleitstellen (Zusammenlegung von 112 und 116117) integrierbar ist.
4. **KBV stellt Richtlinie für ein bundeweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren** zur Vermittlung von Akutfällen auf (§ 75 Abs. 7 Nr. 4 SGB V). Regelungen sollen in das künftige System einer gemeinsamen Notfallversorgung integriert werden können.



Entwicklungen



owk & PARTNER
RECHTSANWÄLTE

© Stadtfeuerwehrverband
Düsseldorf

© ärztezeitung
(KV Hessen)

Leitstellen



 alamy st



Definition Schnittstelle 112 - 116117
Thema:
Erläuterung zur technischen Schnittstelle



STRUKTURIERTE NOTRUFABFRAGE

OBR Fabian Gluck

Einsetzabteilung / Rettungsleitstelle
Feuerwehr Hamburg

Hamburg

**BERLINER
FEUERWEHR**

be **min** Berlin

**Schnittstelle
112 ⇔ 116117**



**Kooperationstagung KBV
„Gemeinsam mehr für Patienten“**

KBV KASSENZENTRALE
BUNDESVEREINIGUNG

116117 – AKTUELLER SACHSTAND
4. KOOPERATIONSTAGUNG 116117 | 112
„GEMEINSAM MEHR FÜR PATIENTEN“
ONLINE – 20.9.2021

DR. BERNHARD GIBIS
DEZERNENT



Dr. med. Eckhard Starke
Kassenzentrale
Vereinigung Hessen
Stv. Vorstandsvorsitzender
Eckhard.Starke@kassen.de

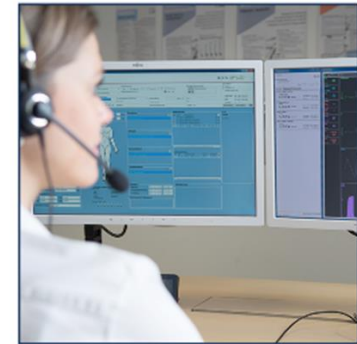
Dr. med. Wolfgang Lenz
Main-Kinzig-Kreis
Leiter des Amtes für Gesundheit und Gefahrenabwehr
Wolfgang.Lenz@mkk.de

Telemedizin Telenotarzt

TELEMEDIZINISCHER
RETTUNGSWAGEN
AN DER EINSATZSTELLE



TELENOTARZT-
ZENTRALE



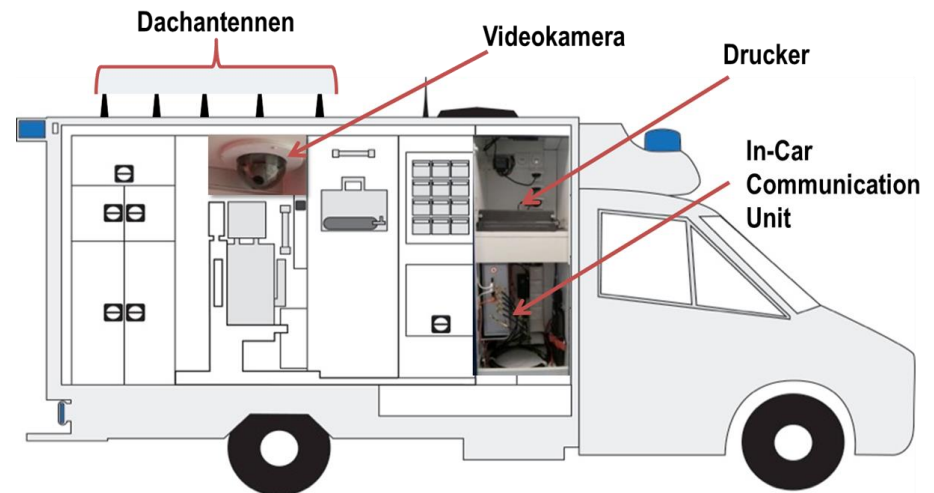
DAS SYSTEM TELENOTARZT

TELENOTARZT-EINSATZ

- Kontaktaufnahme durch Rettungsteam vor Ort
- Anamnese, Diagnose und Delegation der Therapie
- Voranmeldung in der Zielklinik

Vorteile:

- Direkte Verfügbarkeit notärztlicher Kompetenz im Einsatz
- Parallel, zeitversetzte Einsätze sind möglich
- Reduzierte Bindezeit des Telenotarztes:
 - Ø-Einsatzdauer: 18 Min (vs. 53 Min NEF)
 - Ø-Gesprächsdauer: 9,5 Min



© Dr. Marc Felzen, Feuerwehr Aachen, RWTH Aachen

- **Zusammenarbeit 112 – 116117 und KBV Schnittstelle** läuft in allen Bundesländern zumindest in Projekten zur Erprobung
 - warme Übergabe des Patienten mit separater Durchwahl
 - digitale Übergabe
 - upgrade/downgrade
- **SmeD** wird genutzt
(in unterschiedlicher Funktionalität, z.B. kann Leitstelle Fragen überspringen, Patient nicht)
 - bei allen Kassenärztlichen Vereinigungen / 116117
 - auf der Homepage für Patienten
 - als Patienten-App
 - in Krankenhäusern zur Erprobung
 - in 112 Leitstellen zur Erprobung
- **Telenotarzt** befindet sich in nahezu allen Bundesländern in der Erprobung oder Umsetzung

Kooperation von Rettungsleitstellen und KVen projektieren bereits weitere Elemente:

- **Digitale Schnittstelle** (UCRI), Connector pp.; Anbindung Leitstellen/Rettungsdienst an **Telematik-Infrastruktur**
- **Harmonisierung standardisierte/strukturierte Notrufabfrage (SNA) und SmeD**
- **Ersteinschätzung videobasiert**

- **Patientenvermittlung** an unmittelbar an (Haus)Arztpraxis, Pflegedienst, Kurzzeitpflege, Palliativbetreuung, psychiatrische Betreuung
- Austausch der erforderlichen **Daten** digital zwischen allen Beteiligten/Sektoren (ePA, eGK), auch um „Stammkunden“ zu erkennen
- **Rezepte** u . Bescheinigungen durch Notarzt (z.B. eRezept, ggf. Ermächtigung dafür)

Kooperation von Rettungsleitstellen und KVen projektieren bereits weitere Elemente:

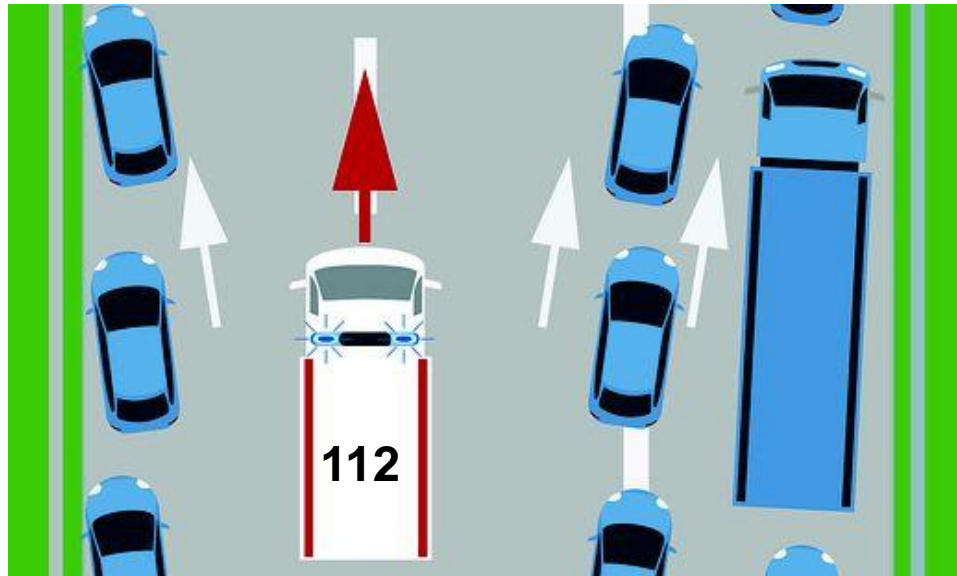
- **Telefonische Reanimation** ist Standard
- Unterstützung der Leitstelle und Notfallsanitäter durch **Tele(not)ärzte** (Gedanke des § 2 a NotSanG)
- **Hospitationen, Gemeinsame** (sektorübergreifende) **Aus- und Fortbildung**
- Technische Entwicklungen: Automatisiertes Anrufmanagement (Bods), Medical Helpdesk, Anlehnung an Logistik
- Betreuung des „vertrösteten“ Patienten

- **Retungsleitstellen** disponieren unter der Rufnummer **112** die Leistungen der medizinischen Notfallrettung sowie Krankentransporte zur notdienstlichen Versorgung
- **Kassenärztlichen Vereinigungen** disponieren unter der Rufnummer **116 117** die notdienstliche Versorgung
- **Zusammenarbeit** der Träger der **Retungsleitstellen** der Rufnummer **112** und der **Kassenärztlichen Vereinigungen** mit der Rufnummer **116 117**
- organisatorische und technische, insbesondere digitale Verbindung, die sich auf die **Kooperation in medizinischen Notsituationen** beschränkt und nicht die weiteren Aufgaben der beiden Rufnummern betrifft.

vgl. § 133b SGB V g.F. 08.01.2020 - Gemeinsames Notfallsystem (GNL)

- **112 und 116117 können** in einer Leitstelle auch räumlich **zusammengelegt werden**, müssen es aber nicht
- Die Rufnummer **112 bleibt für zeitkritische und/oder lebensbedrohliche Fälle** (EU-weit!)

Das Gesundheitswesen muss



© Kleine Zeitung

eine Rettungsgasse behalten!

Sektorale Heilkunde für nichtärztliche Gesundheitsberufe durchgängig regeln

Bsp. EVA (entlastende Versorgungsassistentin), ggf. auch Notfallsanitäter

Eine sektorale Heilpraktikererlaubnis, beschränkt auf ein Fachgebiet, ist mit Blick auf die Berufsfreiheit nach Artikel 12 GG möglich (BVerwG, Urt. v. 21.01.1993 – 3 C 34/90).

Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger

Regelung zur Heilkunde am Menschen:

§ 1 Abs. 1 KrPflG: „Wer eine der Berufsbezeichnungen

1. Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger oder
2. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

führen will, bedarf der Erlaubnis.

Personen mit einer Erlaubnis nach Satz 1, die über eine Ausbildung nach § 4 Abs. 7 verfügen, sind im Rahmen der ihnen in dieser Ausbildung vermittelten erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten berechtigt.“

Bislang:

- Modellprojekt zur Versorgung von Patienten unterhalb der Schwelle der Notfallversorgung insbesondere im ländlichen Bereich mit speziell weitergebildeter Notfallsanitäter

Sinnvoll:

- Qualifikation als MFA oder Pflegefachkraft mit zusätzlicher Qualifikation in Erste Hilfe und lebensrettende Sofortmaßnahmen
- Disposition über Rettungsleitstelle, Möglichkeiten zur „Nachalarmierung“ des Rettungsdienstes
- telemedizinische Unterstützung (Tele(not)arzt)
- Zugriff auf weitere Versorgungsmöglichkeiten wie Hausarzt oder kassenärztlichen Bereitschaftsdienst.
- Bezeichnung „Akutpfleger/-in“ / „Akutgesundheitsdienst“ o.ä.

- Ersteinschätzung in der Notaufnahme von Krankenhäusern: Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) in § 120 Abs. 3b SGB V:
- Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 30. Juni 2023 eine Richtlinie, die Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 an ein Krankenhaus wenden, beinhaltet.
- **Dabei ist auch das Nähere vorzugeben zur Weiterleitung an Notdienstpraxen gemäß § 75 Absatz 1b Satz 2 oder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Absatz 1.**
- Aktueller Entwurf durch BMG beanstandet

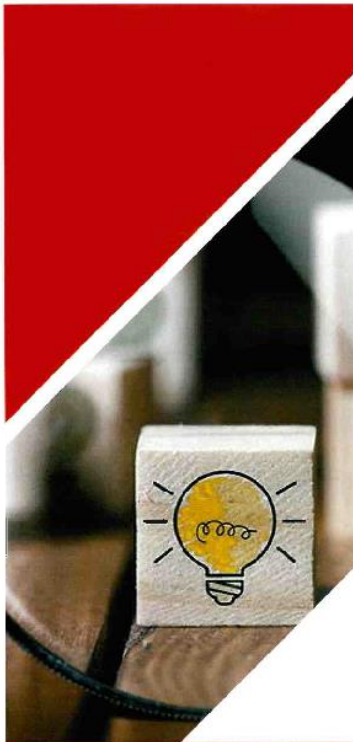


Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

pwk & PARTNER
RECHTSANWÄLTE

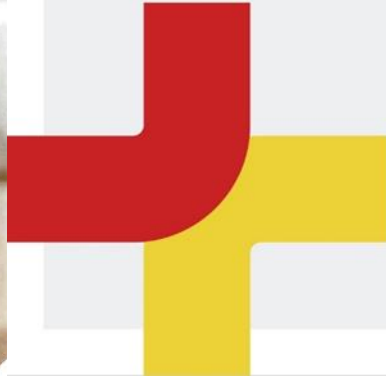
Björn Steiger Stiftung

Zukunft der Notfall-

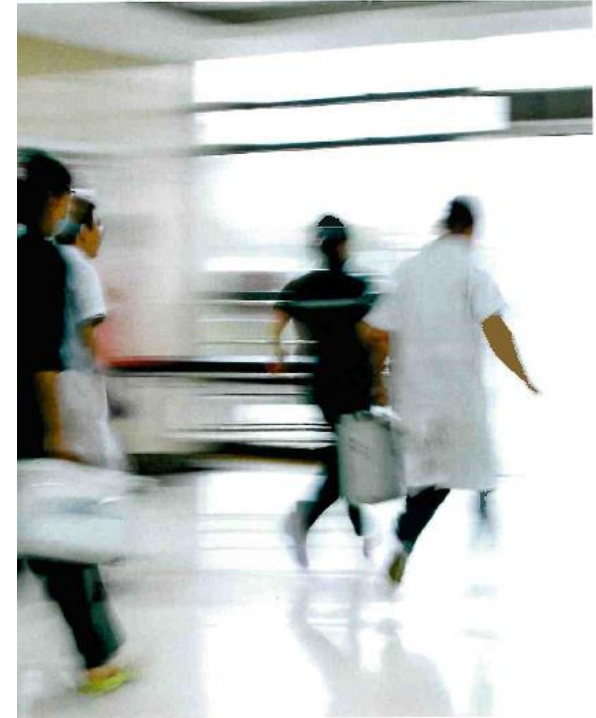


Neunte Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine moderne
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

**Reform der Notfall- und Akutversorgung:
Rettungsdienst und Finanzierung**



2021



Neuordnung der Notfallversorgung

Ergebnisse eines Panels von Expertinnen und
Experten zur Entwicklung einer umsetzbaren Reform

| BertelsmannStiftung

Finanzierungswege der „3. Säule“ – Änderungen erforderlich?

- Weg von Transportkosten zu Vergütung von Behandlungsfällen mit/ohne Transport
- Vorhalte- und Investitionskosten?
- Vereinbarungen und Entgelte, Gebühren
- Kosten für Großschadensereignisse, Katastrophen (MANV, Pandemien, Naturkatastrophen, Zivilschutz bei Art. 80a, 115a GG) einbeziehen

Mitbestimmung bei der „3. Säule“?

- Wer die Rechnung bezahlen soll, muss auch entsprechende Mitbestimmungsrechte haben
- Keine Mitbestimmung durch Träger (Länder, Kreise, kreisfreie Städte) oder Leistungserbringer (Feuerwehrverbände, Hilfsorganisationen) vorgesehen
- Fachkundiges Gremium mit beratender Funktion nicht ausreichend
- Bildung einer 3. Institution neben KBV und DKG („DRDG Deutsche Rettungsdienstgesellschaft“) und Beteiligung der Träger und der Leistungserbringer über den G-BA?

- Bund/Länderausschuss "Rettungswesen"
- Arbeitsgruppen INZ sowie Leitstellen und Versorgung beim BMG
- Ansatz „Rösler Kommission“ zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) 2010/2011 ?

Blickwinkel Patienten und Mitarbeiter

- Es bedarf eines zuverlässiges Systems, bei dem der Patient schnell einen Ansprechpartner hat und in die notwendige Versorgung gelangt
- Folge: Patientenzufriedenheit
- Folge: Entlastung und Zufriedenheit des Personals
- *Folge: Kostenreduzierung*

- Erforderlich ist eine **gemeinsame** Steuerung und Versorgung der Patienten.
- **Zusammenarbeit** ./ . sektorübergreifend?
- Wesentliche Punkte der bislang geplanten Reformen werden durch die Beteiligten in der ambulanten Versorgung und im Rettungsdienst bereits mit zunehmender Intensität praktisch umgesetzt.
- Sinnvoll ist eine Änderung der Vergütungssystematik „Transportkosten“ zu eigenständigen Leistungen im Behandlungsfall für die Versicherten des SGB V. Art, Inhalt, Umfang, Qualität und Kosten könnten weiterhin durch Verweis auf Landesrecht geregelt werden.
- „Best Practice“ kann Vorgabe für Gesetze sein. Experimentierklauseln sind sinnvoll.

- Was sagt  ?

....

- Des Weiteren ist geplant, die Notrufnummer 112 zu stärken und die Disposition der Rettungsdienste zu verbessern. Durch eine bessere Koordination und Verteilung der Ressourcen sollen die Einsatzzeiten verkürzt und die Versorgung der Patienten optimiert werden.
- **Es ist wichtig anzumerken, dass die Notfallreform in Deutschland noch in der Umsetzungsphase ist und es daher noch zu Veränderungen und Anpassungen kommen kann. Die genauen Auswirkungen und Erfolge der Reform werden sich erst in der Praxis zeigen.**

....

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.

Jörg Müssig

Rechtsanwalt

Fachanwalt für

Medizinrecht

PWK & Partner

Rechtsanwälte

Saarlandstr. 23

D- 44139 Dortmund

T +49 (0) 231 7 75 74 – 112

E joerg.muessig@pwk-partner.de

 [pwk-partner.de](https://www.pwk-partner.de)