

**Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht**  
**Herbstsymposium**  
**Reform des Not- und Rettungsdienstes, 24.11.2023, Berlin**

**Thesenpapier**

**Herausforderungen bei der Gestaltung der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes**

**Jörg Müssig**, Fachanwalt für Medizinrecht, pwk & Partner Rechtsanwälte, Dortmund

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.

Die **Versorgung von Patienten im Rettungsdienst** erfüllt tatbestandlich **zugleich** die bundesrechtlich geregelte **Gesundheitsversorgung** sowie die landesrechtlich geregelte **Gefahrenabwehr**.

Die Fehlsteuerung bei den Patientenwegen betrifft in erster Linie den ambulanten Bereich mit Auswirkungen im Rettungsdienst und in den Notaufnahmen der Krankenhäuser.

Eine zuverlässige **Steuerung** der Patienten **erfordert** eine **Zusammenarbeit** zwischen **Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenhäusern und Rettungsdienst**. Dabei ist der tatsächliche Wille zu einem kollegialen Zusammenwirken mindestens genauso entscheidend wie der formale Abbau von Sektorengrenzen.

Bereits **2015** hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom 16.07.2015 in § 75 Abs. 1b) S. 8 SGB V: „**Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren.**“ die erste wesentliche Weiche für eine Zusammenarbeit von vertragsärztlicher Versorgung und Rettungsdienst gestellt. Weitere Entwicklungen folgten mit den Vorgaben für eine

Telefonnummern-Richtlinie sowie einer Ersteinschätzung-Richtlinie mit dem Terminservicestellen- und Versorgungsgesetz (TSVG) in 2019.

Unabhängig von einer bundeseinheitlichen Notfallreform etabliert sich inzwischen eine **digitale Fallweitergabe** mit der von der **KBV** entwickelten technischen **Schnittstelle zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen** und den **Retungsleitstellen** in allen Bundesländern. SmeD wird flächendeckend als erst **Einschätzungsverfahren** im ambulanten Bereich genutzt. Die Unterstützung durch **Tele(not)ärzte** befindet sich in allen Bundesländern in der Erprobung oder Umsetzung.

Kooperationen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Rettungsleitstellen beinhalten bereits die Entwicklungen **weitere Synergien**, beispielsweise durch die unmittelbare **Patientenvermittlung an Arztpraxen, Pflegedienst, Palliativbetreuung o.ä.** sowie die Möglichkeit zur Ausstellung von **Rezepten und Bescheinigungen** und **gemeinsame Aus- und Fortbildungen** mit dem Ziel der Qualitätssicherung und des „Team Building“.

Es ist bereits **seit** der Diskussion eines Gesetzesentwurfes zur Neuordnung der Notfallversorgung **2019/2020 Konsens** zwischen den Beteiligten, dass eine **Zusammenarbeit zwischen den Rettungsleitstellen unter der Rufnummer 112 und den Kassenärztlichen Vereinigungen unter der Rufnummer 116117**, insbesondere eine organisatorische und technische Kooperation in medizinischen Notsituationen, in einem Mindestmaß **erfolgen muss**, eine **Zusammenlegung jedoch nicht verpflichtend** sein darf und erfolgen kann, wenn beide Beteiligten dies wollen.

Die EU-weite Rufnummer **112 bleibt für zeitkritische und/oder lebensbedrohliche Fälle** erhalten, sie gilt EU-weit.

Eine weitere **Entlastung** der Ressourcen **im Rettungsdienst** kann **über** eine durchgängige Regelung **sektoraler Heilkundebefugnisse** erfolgen. Diskussionen um eine im Medizinrecht nicht vorgesehene „Vorabdelegation“ würden sich im Zusammenspiel mit der Möglichkeit der telemedizinischen Unterstützung von nichtärztlichem Personal erübrigen.

Das bereits diskutierte Tätigkeitsspektrum von „**Gemeindenotfallsanitätern**“ kann den **Rettungsdienst und** auch die sonstige **ambulante Patientenversorgung** sinnvoll **entlasten**. Allerdings ist die Bezeichnung als solches **problematisch**, da der Begriff „Notfallsanitäter“ identisch mit der zugehörigen **Berufsbezeichnung** nach dreijähriger Ausbildung ist und impliziert, dass für die Tätigkeit diese Ausbildung vorhanden sein muss. Bisherige Projekte hierzu zeigen allerdings, dass die weit

überwiegenden **Tätigkeiten im pflegerischen Bereich** stattfinden. Die Bezeichnung z.B. als „**Akutfleger**“ wäre daher zielführender.

Eine **Umstellung von** der bisherigen Erstattung der Kosten im Rettungsdienst über **Transportkosten zu einem Leistungsanspruch für die Versicherten im Behandlungsfall** einschließlich gegebenenfalls erforderlicher Transportfahrt bildet die **tatsächlichen Gegebenheiten der Patientenversorgung** im Rettungsdienst besser ab.

Fragen der **Finanzierungsverantwortung**, insbesondere von Investitionskosten, und der damit **korrelierenden Mitbestimmung** auch auf Bundesebene sind seit den ersten Bestrebungen zur Reform der Notfallversorgung die größten **Problemfelder**. Eine gesetzliche Regelung erscheint nur dann möglich, wenn der aktuelle status quo diesbezüglich nicht wesentlich tangiert wird oder bereits im Vorfeld eine Einigung zwischen Bund, Ländern und gesetzlichen Krankenkassen zu mittel- bis langfristigen Fragen der Finanzierung und Mitbestimmung gefunden werden kann.