

# Finanzierung des Rettungsdienstes

Aktuelle Reformvorhaben aus Sicht einer Ärztlichen Leitung  
Rettungsdienst *in Schlaglichtern*

Jörg Blau

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst MTK



# Inhalt

- Ausgangssituation
- Ziele der rettungsdienstlichen Versorgung
- Was passiert gerade
- Reformvorhaben anhand von ausgewählten Beispielen
  - Krankentransporte (N-KTW – KTW-Indikationskatalog)
  - Gemeindenotfallsanitäter
  - Fachkräftemangel
  - Finanzierung
- Ausgewählte Reformansätze
- Zusammenfassung

## Ausgangssituation

- Einsatzzunahme im minderdringlichen Bereich
- Fachkräftemangel
- Fehlen von ambulanten (Auffang-)Strukturen
- Überlastung der Krankenhäuser
- Reduktion der Klinikstandorte
- uvm.

Überlastung des Personals

Gereizte Stimmung

Verlassen des Systems

Patientenversorgung wird beeinträchtigt

# Ziele der rettungsdienstlichen Versorgung

- Eckpunktepapier
- Zuweisungserlass
- Rettungsdienstgesetz
- ...

## § 1

### Aufgabe des Rettungsdienstes

Der Rettungsdienst ist eine öffentliche Aufgabe der Gefahrenabwehr und der Gesundheitsvorsorge und integraler Bestandteil eines umfassenden Bevölkerungsschutzes in allen Situationen, in denen die Gesundheit von Menschen gefährdet ist. Er hat die bedarfsgerechte, wirtschaftliche und dem aktuellen Stand der Medizin und Technik entsprechende Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung und des Krankentransports sicherzustellen.

Prähospitalzeit von 60  
Minuten  
(ab Anruf in der Leitstelle)

Nächst gelegenes, geeignetes Krankenhaus im Status „grün“  
30 Minuten Fahrtzeit

#### Konzepte – Stellungnahmen – Leitlinien

Notfall Rettungsmed 2016 - 19:387-395  
DOI 10.1007/s10049-016-0187-0  
Online publiziert: 7. Juli 2016  
© Der/die Autor(en) 2016. Dieser Artikel ist eine Open-Access-Publikation.



M. Fischer<sup>1,2</sup> · E. Kehrberger<sup>3,4</sup> · H. Marung<sup>1,5</sup> · H. Moecke<sup>6</sup> · S. Prückner<sup>4</sup> · H. Trentzsch<sup>6</sup> · B. Urban<sup>6</sup> · **Fachexperten der Eckpunktepapier-Konsensus-Gruppe**

<sup>1</sup>Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte e. V. (agswn), Filderstadt, Deutschland

<sup>2</sup>Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Klinik am Eichert, Göttingen, Deutschland

<sup>3</sup>Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Kreiskliniken Esslingen – Paracelsus-Krankenhaus, Ruit, Deutschland

<sup>4</sup>Institut für Rettungs- und Notfallmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel, Deutschland

<sup>5</sup>Institut für Notfallmedizin (IN), Asklepios Kliniken Harburg, Hamburg, Deutschland

<sup>6</sup>Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM), Klinikum der Universität München, Ludwig-Maximilians-Universität, München, Deutschland

**Eckpunktepapier 2016 zur  
notfallmedizinischen Versorgung  
der Bevölkerung in der  
Prähospitalphase und in der  
Klinik**

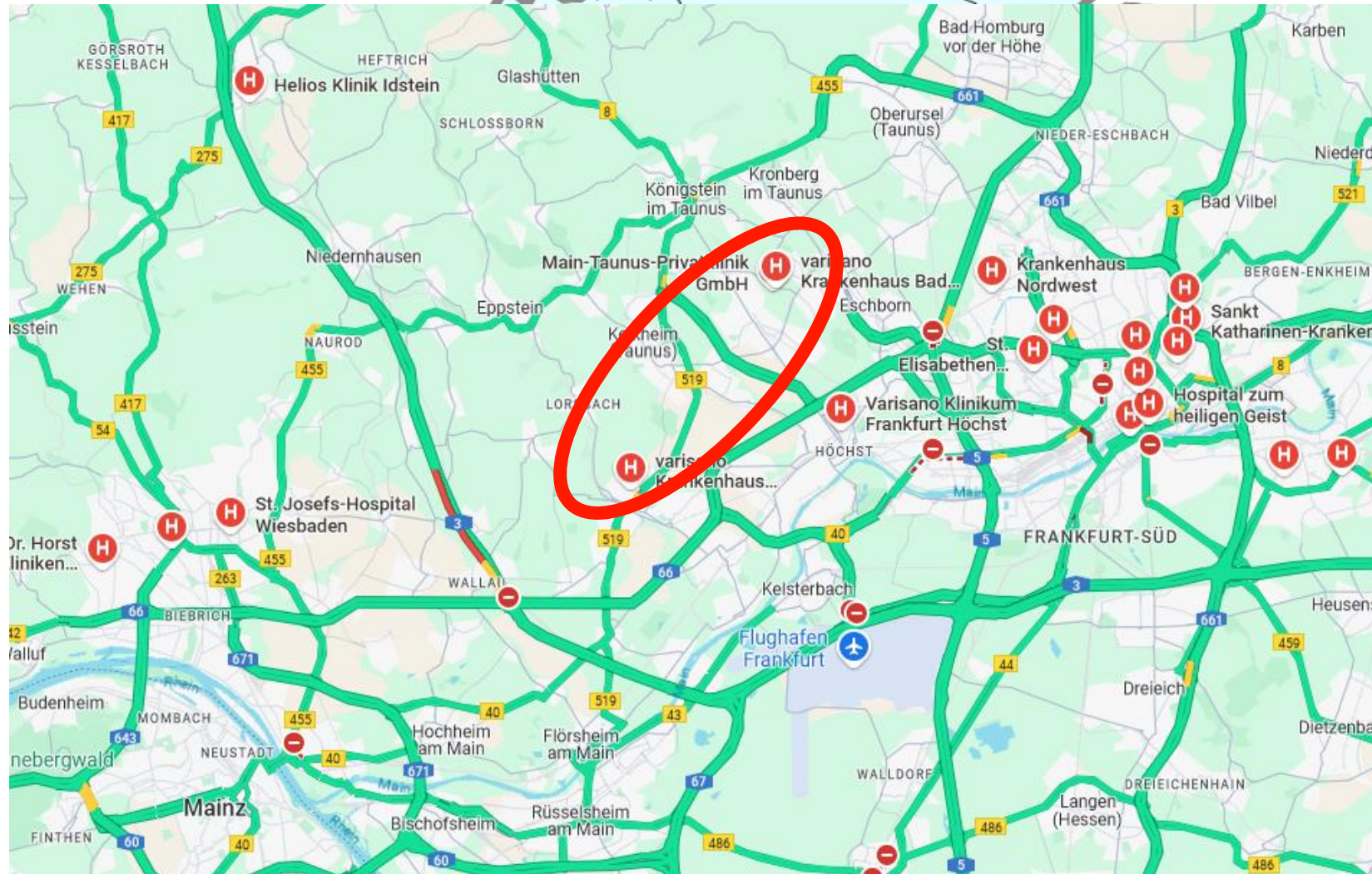
# Patientensicherheit durch leitliniengerechte Versorgung

## Was passiert gerade?

- Wegfallen von Versorgungsstrukturen
- „Schutzziele“ werden nicht mehr in auskömmlichen Umfang erreicht  
*längere Einsatzzeiten, Abmeldung/“Downgrade“ von Rettungsmitteln*
- Lokale Lösungsansätze
- Anpassungen von Personalqualifikationen
- uvm.

## Beispiel Schlaganfallversorgung

# Geographie

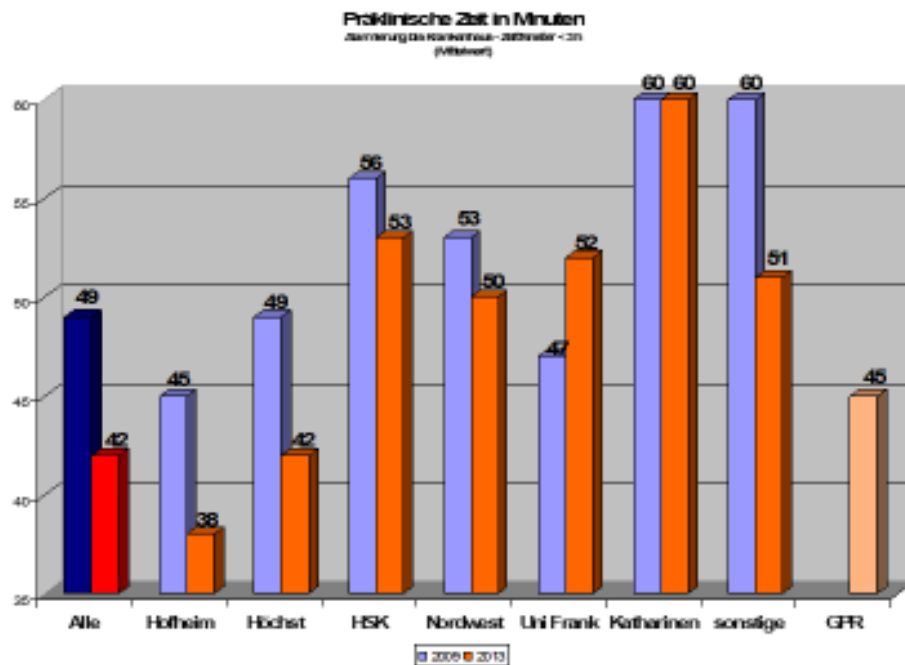


KatharinenKH 23 km

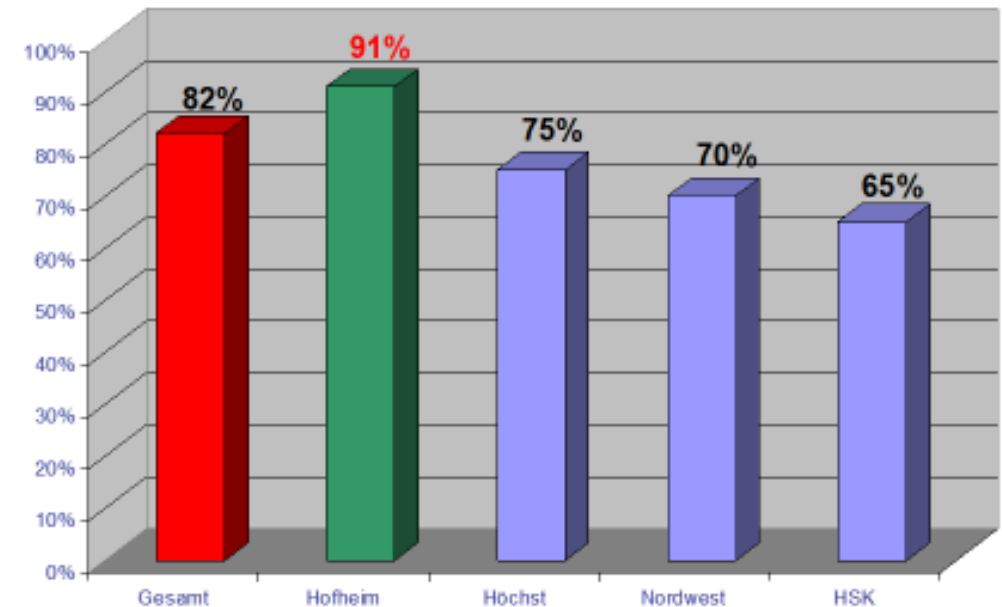
HSK 23 km

# Wissen aus der Geschichte

## Zeitliche Entwicklung



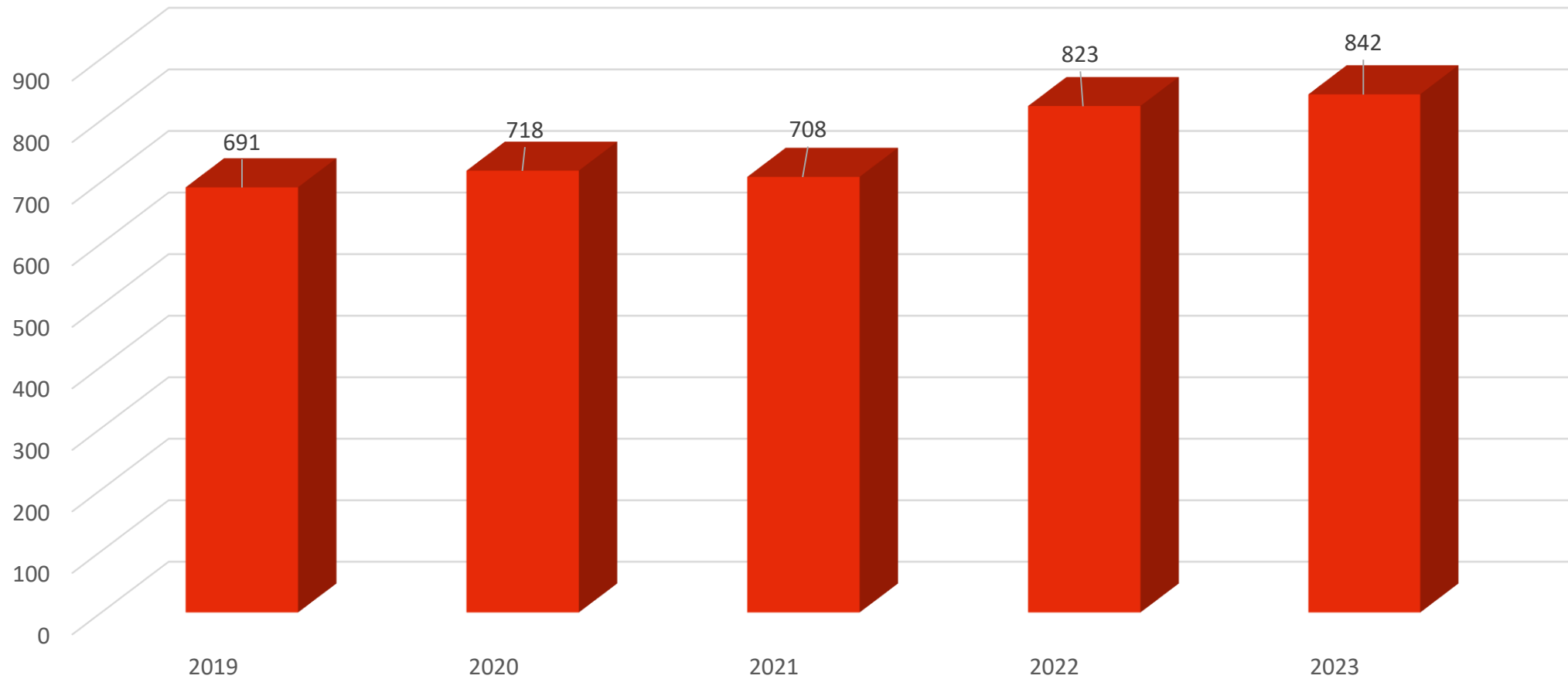
## Präklinische Kontaktzeit bis 1 Stunde



Zielerreichungsgrad: prozentualer Anteil der Patienten, die innerhalb einer Stunde im KH sind

# Anzahl Schlaganfälle im Rettungsdienstbereich MTK

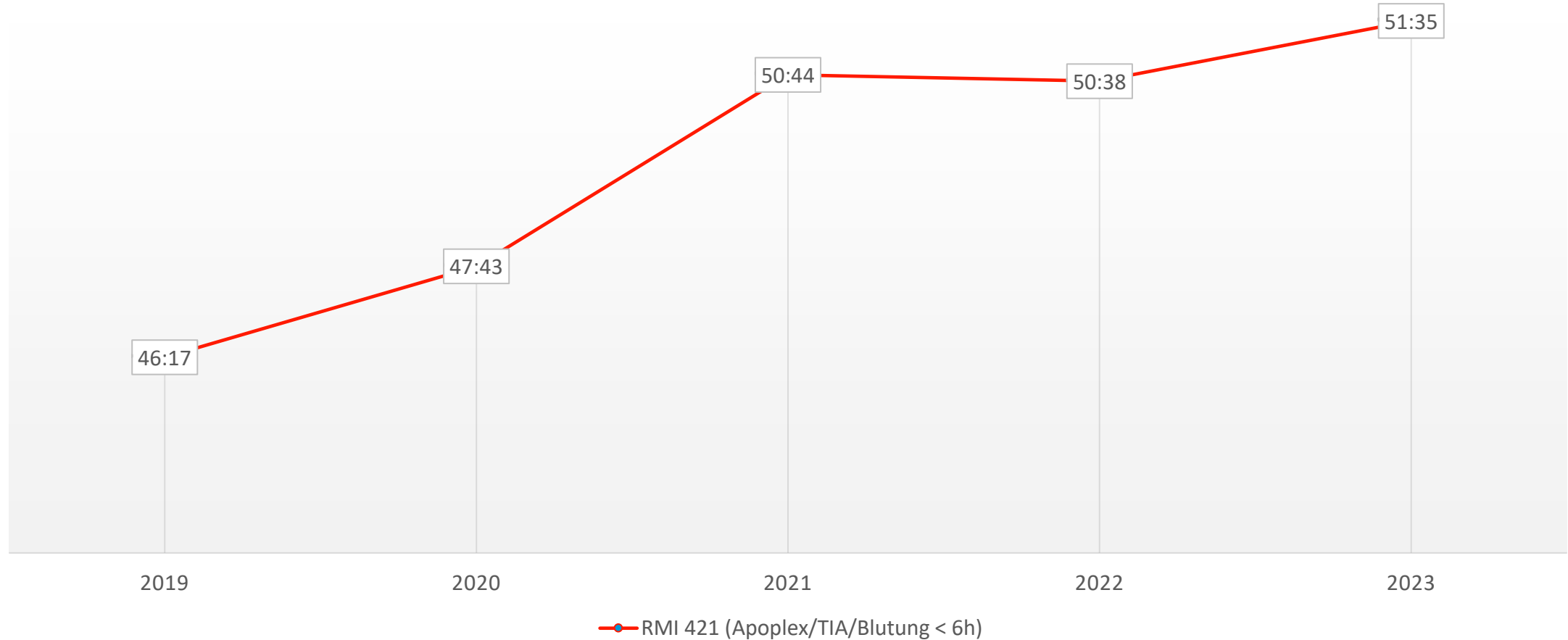
Anzahl Einsätze mit RMI 421 (Apoplex/TIA/Blutung < 6h)



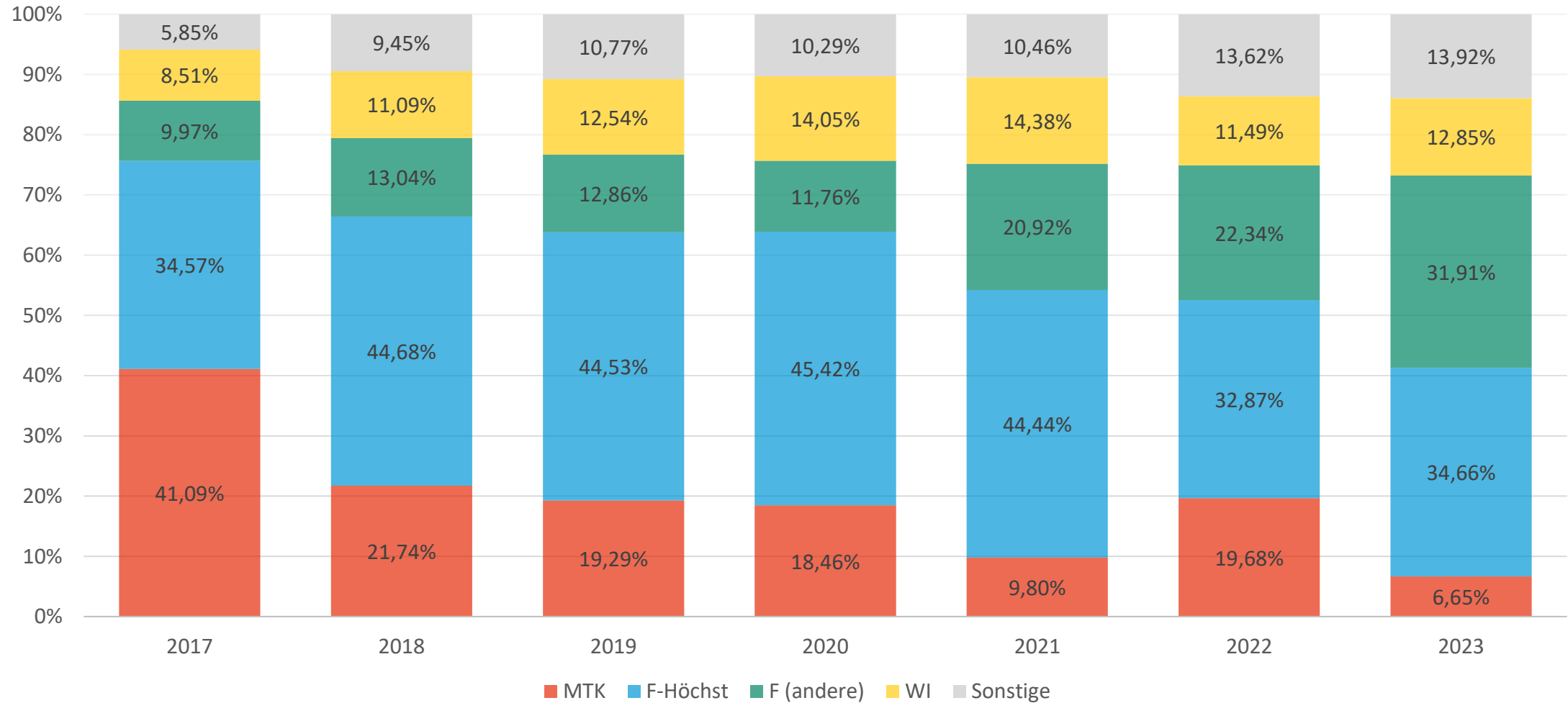


# Entwicklung der Prähospitalzeit bei Schlaganfällen

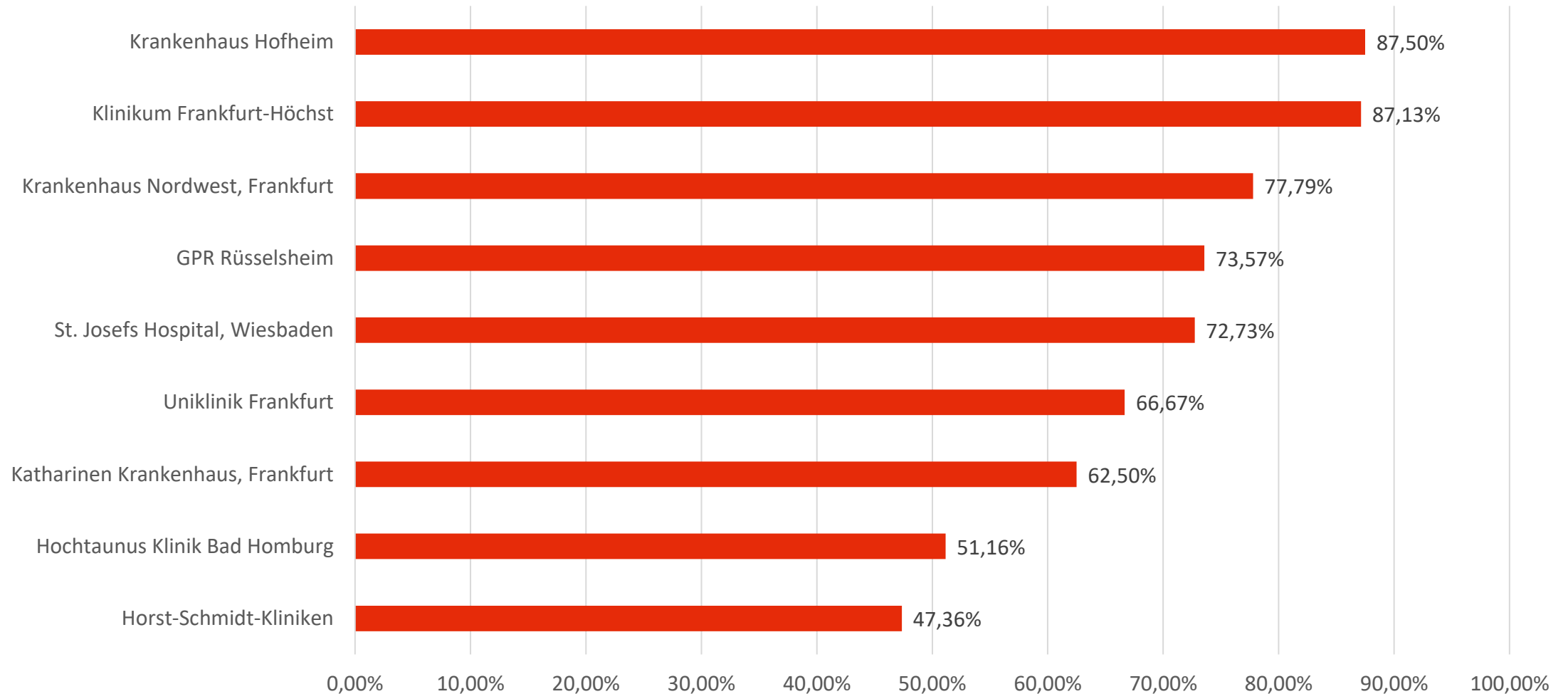
Prähospitalzeit:  
Alarm – Status 8



# Entwicklung Transportziele Schlaganfall

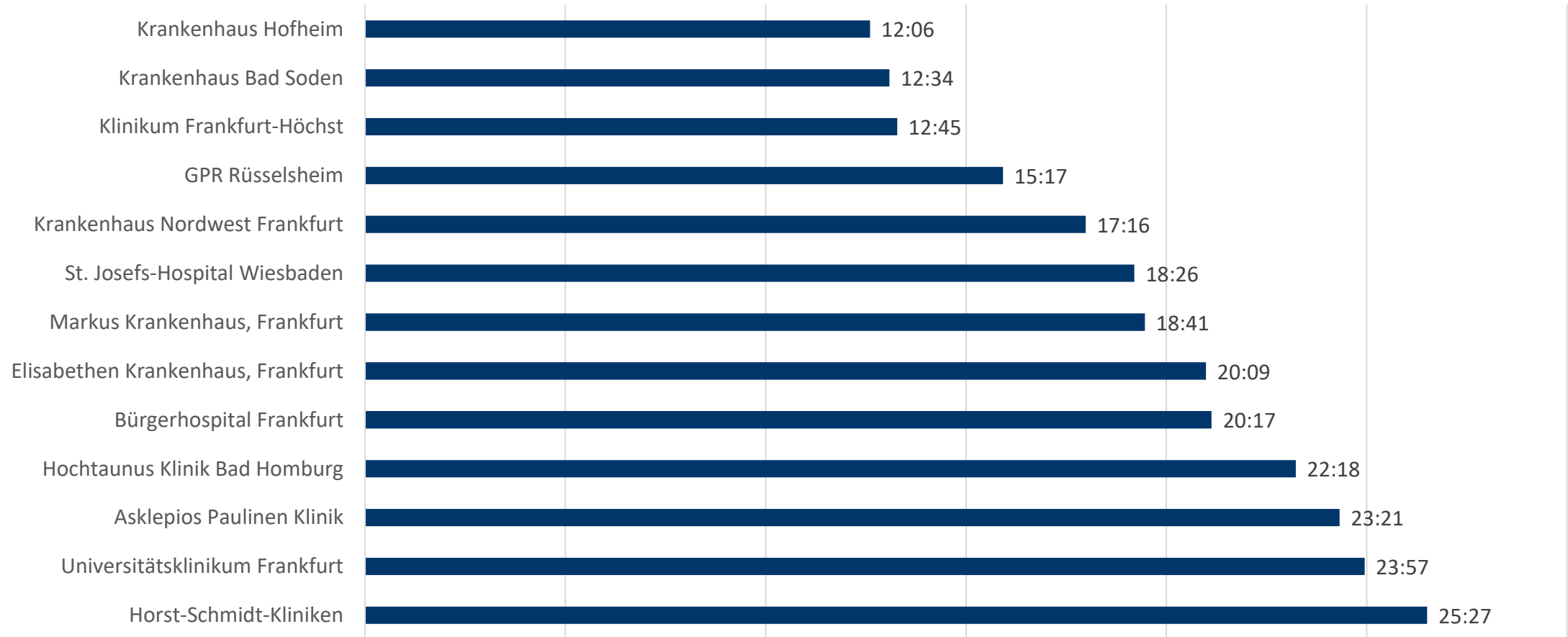


## Erreichung Prähospitalzeit <60 min bei Schlaganfall Patienten (2023)



# Transportzeiten aus dem MTK in Krankenhäuser

Transportzeit SK I Patienten - internistisch (Jahre 2019 – 2023)



# Krankentransporte

Es galt die Mehrzweckfahrzeugstrategie

Absehend von der Notarztindikation war der „einzige“ Dispositionsfehler die Freigabe von „blauem Blinklicht“. Vor Ort kam somit immer die gleiche Fachkompetenz an

# KTW-Indikationskatalog



**KTWI**  
Krankentransportindikationskatalog MTK

**Projektdaten**

Projektname:  
Krankentransportindikationskatalog im MTK

Laufzeit  
Ab 12.11.2018 (unbefristet)

Dispositionsentscheidung  
Die Erstellung des Kataloges erfolgte anhand der Auswertung von Einsätzen aus dem R0-Segment. Die RMI wurden durch den ÄLRD als „KTW-geeignet“ eingeschätzt.



Projekt Krankentransportindikationskatalog (KTWI)

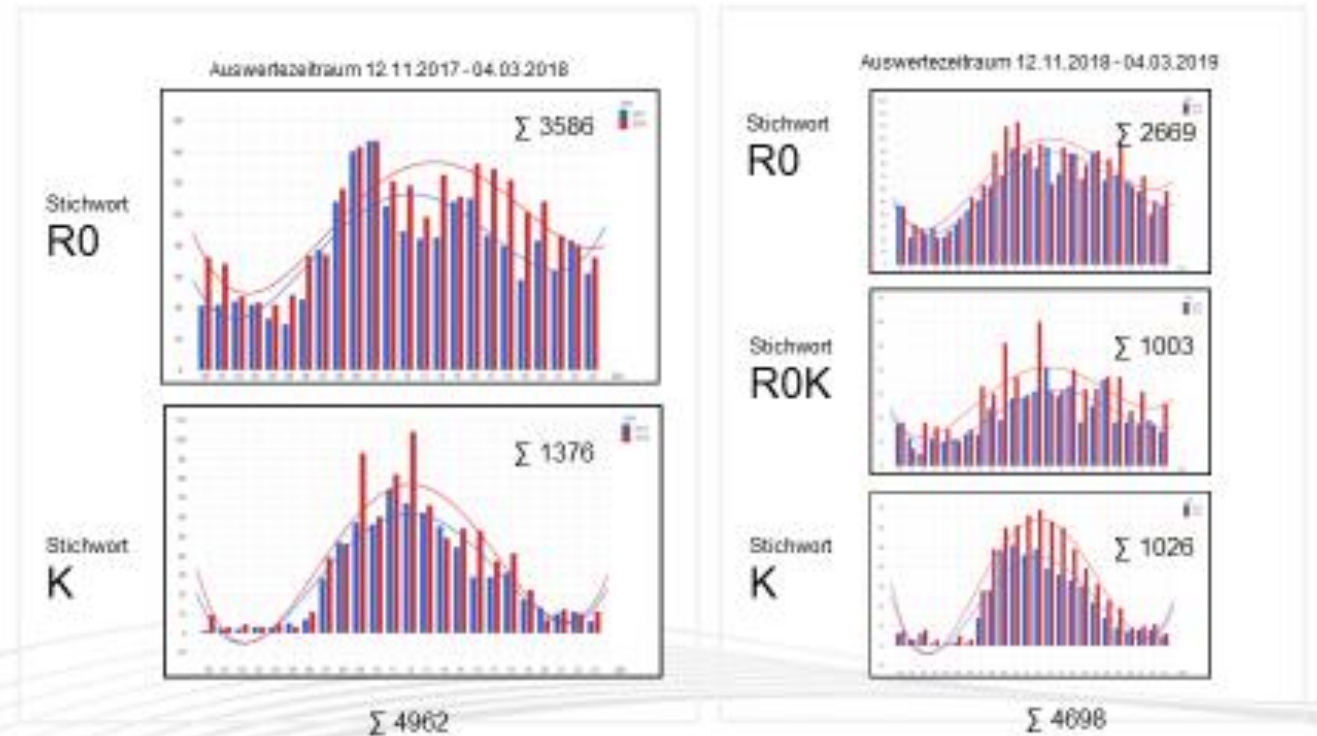
Amt für Brandschutz und Rettungswesen

**KTWI**  
Krankentransportindikationskatalog MTK

**Ergebnisse I**



Eine Differenzierung gemäß Indikationskatalog konnte durch die LST herausgearbeitet werden



Projekt Krankentransportindikationskatalog (KTWI)

Amt für Brandschutz und Rettungswesen

Version 3.0 / 02.09.2019

Seite 14

# KTW-Indikationskatalog

Einsatzzahlen	2019	2020	2021	Gesamtergebnis
K	3929	4136	4925	12990
R.0 K	3609	3738	3344	10691
R.0	8713	8641	10310	27664
R.1	7765	8538	9166	25469
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>24016</b>	<b>25053</b>	<b>27745</b>	<b>76814</b>

Notarztquote	2019	2020	2021	Gesamtergebnis
K gesamt	0,94%	0,77%	0,93%	0,89%
R.0 K	3,66%	3,99%	3,20%	3,63%
R.0	4,14%	4,24%	5,05%	4,51%
R.1	11,75%	11,37%	12,79%	11,99%
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>6,00%</b>	<b>6,06%</b>	<b>6,65%</b>	<b>6,26%</b>

## KTW-Indikationskatalog (KTW alleine)

Wer wurde nachgefordert	Anzahl
RTW und NEF	27
NEF (alleine)	6
RTW	5
Gesamt	38

**Ergebnis:**

- man muss hinschauen
- Es bleibt ein Restrisiko!

Jahr	KTW bei R0K	Notarzt	Quote
2019	9	6	66,0%
2020	258	16	6,2%
2021	440	11	2,5%
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>707</b>	<b>33</b>	

Gründe	2019	2020	2021
Analgesie	3	5	4
Hypertonie	1	3	4
AKS	1	1	
Bewusstsein	1	2	
Tachykardie		1	
Mitfahrtverweigerung		2	
Dispoänderung		1	1
Krampfanfall			1
Hypoxämie			1
Paralleleinsatz		1	
<b>Gesamt</b>	<b>6</b>	<b>16</b>	<b>11</b>



# Gemeindenotfallsanitäter

Tab. 2 Mögliche Aufgaben der G-NFS (Status quo und in der Zukunft)		
Aufgaben, die ...		Bereich
... in einzelnen G-NFS-Bereichen bereits etabliert sind	Allgemeine Unterstützung an Einsatzstellen	(A, B)
	Pflege zu Hause oder im Altersheim: Infusionstherapie o. Ä. (in Abstimmung mit Hausarzt oder ÄBD), auch für Krankheitsausbrüche/Public-Health-Ereignisse (z. B. Norovirusausbruch)	(C)
	Zuführung von mechanischer Reanimationshilfe	(C, D)
	Parallele Alarmierung zur Unterstützung bei einer Reanimation (→ dies könnte laut den G-NFS noch öfter passieren)	(A, B, C, D)
	Tragehilfe	(C)
... sich die G-NFS zukünftig vorstellen können	Besondere Unterstützung an Einsatzstellen z. B. für Notfall-KTW „zum Beispiel Unterstützung eines Notfall-KTW, Durchführung einer moderaten Analgesie, um dann noch mal Ressourcen wie zum Beispiel ein NEF oder einen Rettungswagen einzusparen“ (A)	(A, B, D)
	Festes Bindeglied zu ÄBD	(B)
	Betreuung des Patienten bei Psych-KG <sup>a</sup> bis zum Transportbeginn	(C)
	Transport von Blutkonserven o. Ä.	(A, D)
	Team-Leader in gewissen Situationen (schweres Trauma, Reanimation)	(C)
	Führungshilfe bei einem Massenansturm von Verletzten	(B, C, D)
	Supervisor-Funktion im Rahmen des Qualitätsmanagements	(A)
	Entlassungsmanagement für Krankenhäuser	(B, D)
Weitere Versorgungsmöglichkeiten optimieren im Bereich psychosoziale Unterstützung und Kurzzeitpflegeorganisation (auch beispielsweise im Rahmen von Pflegenetzwerken)	(D)	
<sup>a</sup> Vorübergehender Freiheitsentzug nach Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten		

Tätigkeiten z.T. berufsfremd, daher drei monatige Zusatzqualifikation

# Gemeindenotfallsanitäter

- Bei 61,1% der versorgten Patienten im Jahr 2019 war **keine** unmittelbare (medizinisch dringliche) Krankenhausversorgung erforderlich!  
**aber in knapp 39% schon!**

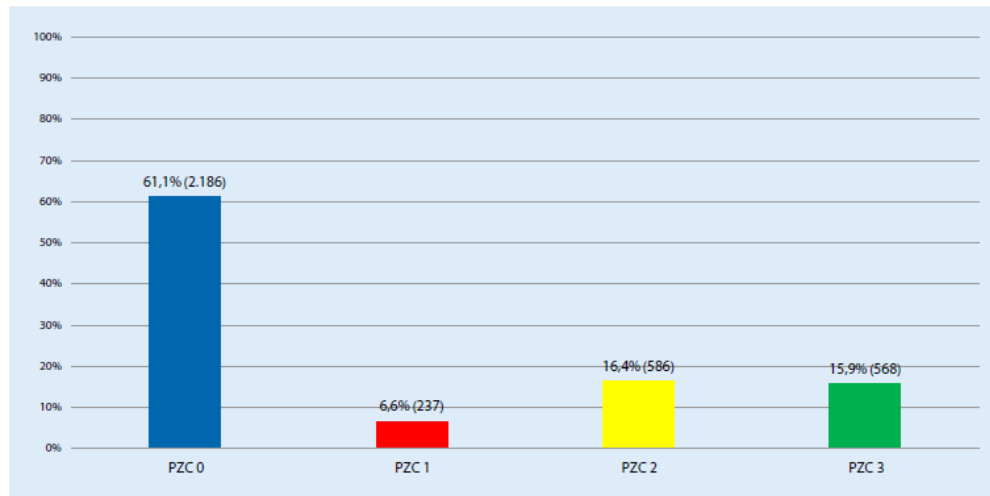


Abb. 1 ▲ Dringlichkeit der Versorgung. PZC Patientenzuweisungscode, PZC 0 keine Dringlichkeit, PZC 1 sofortige Intervention im Krankenhaus, PZC 2 stationäre Aufnahme wahrscheinlich, aber kein unmittelbarer Handlungsbedarf, PZC 3 vermutlich ambulante Behandlung ausreichend oder Ausschlussdiagnostik

## Ergebnis:

- man muss hinschauen
- Es bleibt ein Restrisiko!

## Notfall+ Rettungsmedizin

### Originalien

Notfall Rettungsmed  
<https://doi.org/10.1007/s10049-022-01079-9>  
 Angenommen: 18. August 2022

© Der/die Autor(en) 2022



## Zwei Jahre Pilotphase Gemeinde-notfallsanitäter in der Region Oldenburg (Niedersachsen)

Eine retrospektive Querschnittsstudie zu den Erfahrungen der Mitarbeitenden

Anja Sommer<sup>1,2,3</sup> · Cassandra Rehbock<sup>1,2</sup> · Insa Seeger<sup>4</sup> · Andrea Klausen<sup>4</sup> · Ulf Günther<sup>4,5</sup> · Hanna Schröder<sup>1,3</sup> · Maresa Neuerer<sup>2</sup> · Stefan K. Beckers<sup>1,3</sup> · Thomas Krafft<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Aachener Institut für Rettungsmedizin und zivile Sicherheit, Uniklinik RWTH Aachen & Stadt Aachen, Aachen, Deutschland; <sup>2</sup> Department of Health, Ethics and Society, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Faculty of Health Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Maastricht, Niederlande; <sup>3</sup> Klinik für Anästhesiologie, Medizinische Fakultät RWTH Aachen, Uniklinik RWTH Aachen, Aachen, Deutschland; <sup>4</sup> Oldenburger Forschungsnetzwerk Notfall- und Intensivmedizin, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg, Deutschland; <sup>5</sup> Ärztliche Leitung Intensivmedizin, Klinikum Oldenburg, Oldenburg, Deutschland

Notfall Rettungsmed 2021 · 24:194–202  
<https://doi.org/10.1007/s10049-020-00715-6>

Online publiziert: 27. Mai 2020  
 © Der/die Autor(en) 2020

1

Finanzierung durch den Rettungsdienst muss in Frage gestellt werden

# Fachkräftemangel

Postuliert wird ein Notarztmangel – faktisch angekommen ist der Mangel an Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern

(Daten: Januar - Juli 2024)

Leistungserbringer	Ausfallstunden	Sollstunden	Prozentualer Anteil an Vorhaltestunden
A	271:00:52	7665:00:00	3,54%
B	2057:52:46	25550:00:00	8,05%
C	44:55:45	5110:00:00	0,88%
D	64:03:18	5113:00:00	1,25%

# Fachkräftemangel

- Überlastung (im Dienst wenig Pausen, Dienstende unsicher)
- Wenig Respekt gegenüber dem Berufsbild
- Keine Perspektive (Aufstiegschancen?,...)
- Erlebtes passt nicht zum erwarteten Beruf
- uvm.
  - Regelungen zum Dienstende/“Pausen“
  - Frühzeitige Weiterqualifizierung (PAL, Hygiene,...)
  - Angenehme Rahmenbedingungen
  - ...

## Fachkräftemangel

**4.** Das Expertenpanel stellt fest, dass durch die Einführung des Notfallsanitättergesetzes vor rund zehn Jahren für dieses Berufsbild eine qualitative Verbesserung erreicht werden konnte, die kontinuierlich rechtlich erweitert wurde. Dementsprechend ist es gerechtfertigt, Notfallsanitäterinnen und -sanitätern eine höhere eigenständige Verantwortung zu übertragen und den breiten Einsatz notärztlicher Kompetenz am Einsatzort grundsätzlich auf die Fälle der Kategorien 5 und 6 zu beschränken. Solche erweiterten Berufsperspektiven können dazu beitragen, Notfallsanitäterinnen und -sanitäter längerfristig im Beruf zu halten.

**6.** Die heutige Notfallsanitäter-Ausbildung berücksichtigt die zunehmende Zahl an Fällen der Kategorie 1 nicht in ausreichendem Maße. Die fachlichen Anforderungen an die dort benötigten differenzialdiagnostischen Fähigkeiten und Therapiebedarfe unterscheiden sich von den bisher vermittelten Grundlagen für Fälle der Kategorien 2, 3 und 4. Daher schlägt das Panel vor, alternativ zur fachschulischen Ausbildung, die sich auf die Fälle der Kategorien 2 bis 4 sowie auf die Unterstützung von Notärztinnen und Notärzten bei Einsätzen der Kategorien 5 und 6 konzentriert, zusätzlich eine akademisierte Ausbildung zur Notfallsanitäterin B.Sc. bzw. zum Notfallsanitäter B.Sc. einzuführen, die fachlich umfassend für das gesamte Notfallspektrum qualifiziert. Damit sind Notfallsanitäterinnen B.Sc. und Notfallsanitäter B.Sc. insbesondere auch in den Fällen der Kategorie 1 und in Bezug auf die Einschätzung des Behandlungsbedarfs sowie auf die anschließende Steuerung der Patientinnen und Patienten eigenständig handlungsfähig. Durch die Akademisierung können sich insbesondere an der Schnittstelle der rettungsdienstlichen Notfallversorgung und des kassenärztlichen Notdienstes gemeinsame Einsatzformen mit gegenseitiger Akzeptanz und nachhaltiger Wirksamkeit bzw. Verlässlichkeit und Effizienz entwickeln.

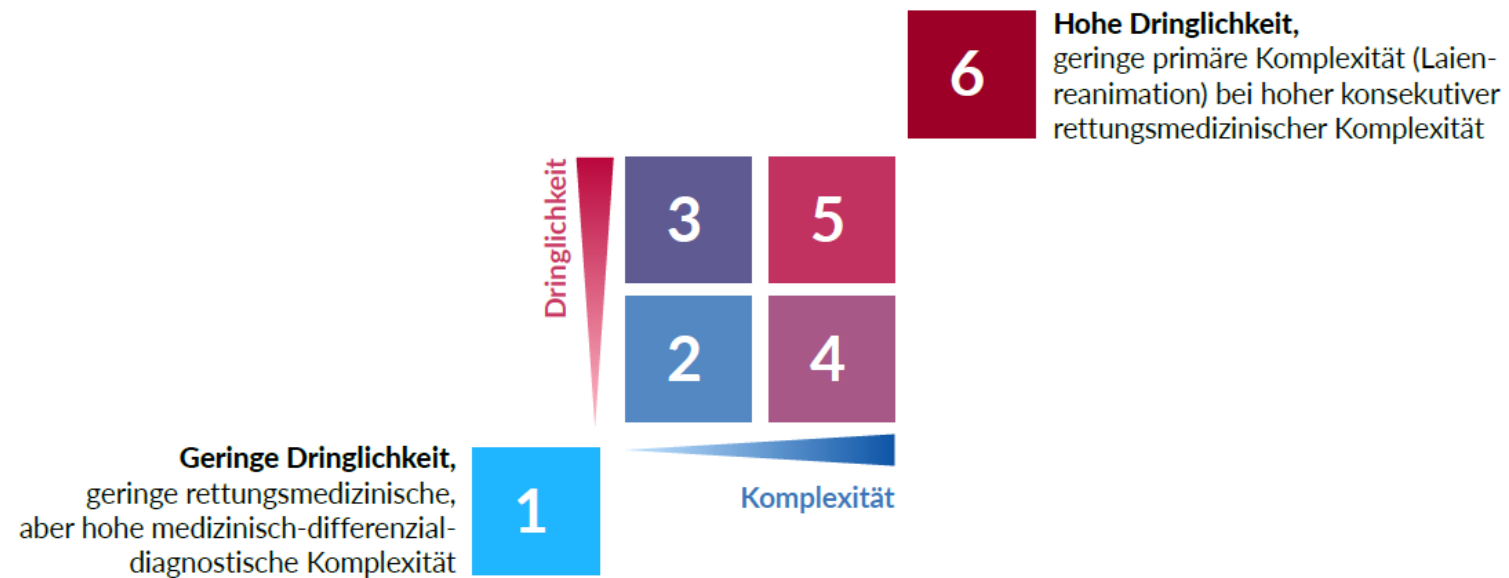


### Neujustierung der Kompetenzen und der Zusammenarbeit der rettungsdienstlichen Berufe

Ergebnisse eines Panels  
von Expertinnen und Experten

# Fachkräftemangel

ABBILDUNG 3: Kategorisierung des Fallspektrums in der Notfallversorgung in Anlehnung an das Medical Priority Dispatch Protocol (MPDS)



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Whitaker, I., Olola, C., Toxopeus, C., Scott, G., Clawson, J., Schultz, B., Robinson, D., Calabro, C., Gardett, I., und Patterson, B. (2016): Emergency Medical Dispatchers' Ability to Determine Obvious or Expected Death Outcomes Using a Medical Priority Dispatch Protocol. In: Emergency Medicine Journal 33(9):e4.2-e4. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2016-206139.14> (abgerufen am 02.07.2024)

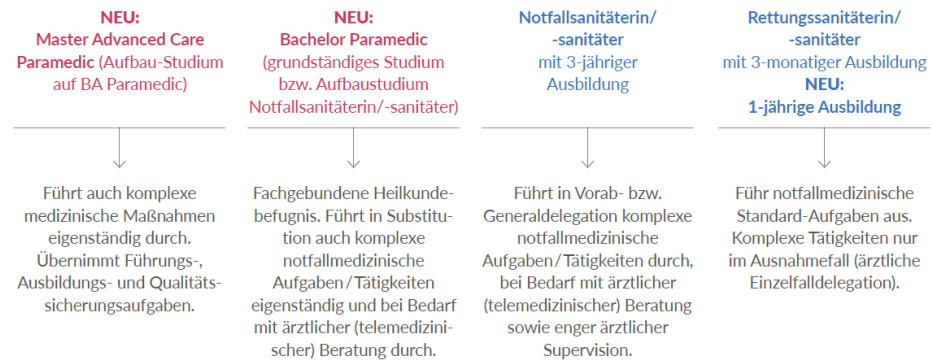
| BertelsmannStiftung

# Fachkräftemangel

## Antwort 1: Akademisierung

## Antwort 2: Meisterqualifikation

ABBILDUNG 1: Modell der Regierungskommission für verschiedene Ausbildungs- und Qualifikationsstufen und damit verbundene Kompetenzen im nichtärztlichen Rettungsdienst



Quelle: Eigene Darstellung

| BertelsmannStiftung



**Pilotprojekt**

**ICCNotSan**  
(Intensiv Critical Care Notfallsanitäter)

Rettungsdienstbereich  
Main-Taunus-Kreis

Amr für Brandschutz und Rettungswesen (Arnt 38.31) Projekt: ICCNotSan Main-Taunus-Kreis (Version 1.1) Seite 1

## Fachkräftemangel

- Mehr klinische Erfahrung für das Einsatzpersonal – Schwachstelle ist das Einschätzen der minderdringlichen Notfälle oder komplexer Krankheitsbilder
- Abwägung „Lernen im Beruf“ vs. „Studiengang“ vs. „kombiniertes Vorgehen“



# Finanzierung

Aktuell Transportfinanzierung bei Budgetierung

Umstellung u.a. mit Finanzierung der ambulanten Behandlung

(Sach)gerecht ist sicher jede medizinische Leistung zu vergüten.

**These:**

Aus ÄLRD Sicht ist eine Umstellung ein gefährlicher Fehlanreiz, der die Patientensicherheit negativ beeinflusst

# Finanzierung

Aktuell Zeitraum Jan bis Okt 2024

Ambulante Behandlung ohne R2	Anzahl von EinsatzNr
Bereitstellung Polizei	1
Exitus	1
Fehlalarm/Fehleingabe	1
Hilfeleistung/Erstversorgung (nur MZF/ KTW)	1218
Kein Patient	1
Rettungsmittel nicht verfügbar	1
Tragehilfe	70
Transportverweigerung	765
Transportverzicht	590
Übergabe an Rettungsmittel	46
Umdisponiert durch LS	1
Weiter an ÄBD/HA	88
Zuweisungen	11897
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>14680</b>

2661 ambulante Behandlungen (18%)

↳ 83% der relevanten Zwischenfälle

## Einzelne Reformansätze im Entwurf des SGB V

Im Allgemeinen sind die Regelungen des §30 in den Landesrettungsdienstgesetzen abgebildet oder werden gerade aufgenommen (TNA, smartphonbasierte ErsthelferApp, HIND,...)

**§ 30** (6) *Versicherte leisten zu jeder Leistung der medizinischen Notfallrettung nach Absatz 2 eine Zuzahlung in Höhe des sich nach § 61 ergebenden Betrages (Anm.: 10% max 10,-€). Die Krankenkasse zieht die Zuzahlung vom Versicherten ein oder übernimmt die Kosten unter Abzug des sich nach § 61 ergebenden Betrages. Erfolgt unmittelbar nach der notfallmedizinischen Versorgung vor Ort auch ein Notfalltransport, gelten diese als eine einzige zuzahlungspflichtige Leistung.“*

## „Praxisgebühr 2025“

Spannungsfeld: Missbrauch des RD vs. Gesundheit in Abhängigkeit vom sozialen Status

## Einzelne Reformansätze im Entwurf des SGB V

### § 60 Fahrtkosten (schon immer Bundesregelung)

Einsatzentscheidung der Gesundheitsleitstelle = Transportverordnung (nur INZ?!)

- „Abwärtsverlegungen“:
- zwingender medizinischer Grund
  - Entlassmanagement („Rehakliniken“)
  - nach vorheriger Genehmigung

# Einzelne Reformansätze im Entwurf des SGB V

## § 133b

### Qualitätsausschuss Notfallrettung

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit richtet einen Qualitätsausschuss Notfallrettung ein. Der Qualitätsausschuss Notfallrettung hat die Aufgabe, Empfehlungen nach § 133c zu erlassen. Diese sind ständig zu überprüfen, erforderlichenfalls fortzuschreiben und zu ändern. Der Qualitätsausschuss berät das Bundesministerium für Gesundheit in allen Fragen der medizinischen Notfallrettung.

8 Vertreter

- 4 x Länder

- 4 x Kostenträger

# Einzelne Reformansätze im Entwurf des SGB V

- **Qualifikation** des Personals, der Ausstattung, Besetzung und ärztlichen Leitung der Leitstellen einschließlich des Einsatzes eines Telenotarztes zur Unterstützung und Sicherstellung einer fachgerechten Patientenversorgung,
- der automatisierten und standardisierten **Ortung** von Notrufenden,
- der Nutzung von **qualitätsgesicherten, standardisierten softwaregestützten Abfragesystemen**,
- Maßnahmen zur **Förderung der Laienreanimation** und der Ersten Hilfe durch Laien in anderen zeitkritischen lebensbedrohlichen Situationen sowie der Einbindung registrierter Ersthelfer über mobile Alarmierungs-Applikationen und öffentlich zugänglicher Automati-sierter Externer Defibrillatoren,
- nach medizinischer Indikation und disponiertem Einsatzmittel **differenzierter Hilfsfristen** sowie Maßnahmen zur Optimierung des jeweiligen Zielerreichungsgrades,



Realisierung? Hilfsfristen gelten für lebensbedrohliche Notfälle (R1/R2). Was kommt bei der Ersteinschätzung am Telefon heraus?


 HESSISCHER STÄDTETAG  
 Rundschreiben 0339-2024

*Auch angesichts des bestehenden bzw. zu erwartenden **Fachkräftemangels** bei Notrufannahmern (sogenannten „Call Takers“) in den Leitstellen, die eine **verkürzte dennoch spezialisierte Ausbildung für die Leitstellenarbeit haben, ist eine standardisierte Notrufabfrage der richtige Weg.***

Mangelverwaltung

- Einheitliche Abfrage und Dispositionsqualität
  - Rasche Reaktion auf Veränderungsbedarfe (Bsp. Corona)
- Alle „schwerfälligen“ Systeme sind abzulehnen

# Einzelne Reformansätze im Entwurf des SGB V

Dispo "bewusstlose Person"	Anzahl von RMI Text
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>791</b>
322 Synkope / Kollaps	158
000 Kein Patient vorhanden	76
110 primäre Todesfeststellung (k. Rea)	60
421 Apoplex/TIA/Blutung < 6 h	44
361 Alkohol	38
320 Sonstige internistische Notfälle	33
412 Erstmaliger Krampfanfall	27
329 Exsikkose	24
411 Krampfanfall bei bekanntem Krampfleiden	22
121 Rea ohne ROSC	21
414 Unklare Bewusstlosigkeit STROKE UNIT	20
222 SHT geschlossen	18
315 Bronchitis / Pneumonie	17
410 Sonstige neurologische Notfälle	17
324 Hypotonie	16
393 Hypoglykämie	14
374 Septischer Schock	13
214 Gesichts-/Kopfverletzung	9
130 Rea erfolgreich	7
330 Sonstige kardiologische Notfälle	6

gung,

optimierung des jeweiligen Zielerreichungsgrades,

fsfristen gelten für lebensbedrohliche  
 Was kommt bei der Ersteinschätzung  
 us?

lität  
 fe  
 en

## Einzelne Reformansätze im Entwurf des SGB V

Georeferenzierte Disposition

Vernetzte Leitstellen

Digitaler Versorgungsnachweis

Einbindung weiterer/aller ambulanter Versorgungsformen



## Einzelne Reformansätze im Entwurf des SGB V

Die notfallmedizinische Versorgung und den Notfalltransport

1. der Qualifikation des Personals, der Ausstattung und der Besetzung der Einsatzmittel einschließlich des Einsatzes von Spezialkräften und Ärzten zur Unterstützung oder Sicherstellung einer fachgerechten Patientenversorgung,
2. nach medizinischer Indikation und Einsatzmittel **differenzierter Hilfsfristen**, soweit medizinisch geboten auch zu Prävention und Maßnahmen zur Optimierung des jeweiligen Zielerreichungsgrades,
3. **der medizinischen Versorgung vor Ort und während des Transports**,
4. der Aufgaben der Ärztlichen Leitung des Rettungsdienstes,
5. der Entscheidung bezüglich der Art und Weise einer Weiterverlegung ins Krankenhaus, in der ambulanten Versorgung und anderen komplementären Systemen,
6. der Qualitätssicherung für die medizinische Notfallrettung.

**Medizinische Leitlinien  
Abstimmung mit den lokalen Versorgern**

## Einzelne Reformansätze im Entwurf des SGB V

### Digitalisierung

Sektorenverknüpfung und Transparenz

Es fehlt die aufbauende Struktur  
(Leistungserbringer – Träger – Land – Bund)

## Zusammenfassung

- Viele Ziele des Reformvorhabens sind sinnvoll. In Hessen weitgehend vorhanden.
- Eine Reform der Finanzierung ist nicht erforderlich und führt zu Fehlanreizen
- Die Bundesgesetzgebung sollte sich auf ihre Aufgaben begrenzen. Die lokalen Vernetzungen mit den jeweiligen Bedarfen gehen völlig verloren. Wir haben u.a. keine einheitliche Klinikstruktur.
- Die Verbindung mit der Gefahrenabwehr muss erhalten bleiben.
- Vor Ort muss eine rasche Handlungsfähigkeit erhalten bleiben
- Nicht benötigt wird ein „kleiner G-BA“ (Qualitätsausschuss)
  - Bürokratie
  - Schwerfälligkeit und fehlende Flexibilität
  - Verlust der Innovationskraft
- Dringend benötigt: alternative ambulante Versorgungsangebote

# Schlussworte

Größe ist nicht mit guter Qualität und/oder Kosteneffizienz gleich zu setzen

Wir werden uns nicht mehr alles leisten können – aber wir sollten für ein hohes Sicherheitsniveau sorgen. Wie groß die Maschen sein dürfen, muss die Politik entscheiden. Das sollte dem Bürger auch gesagt werden.

## Patientensicherheit

