

Antrag

der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg Schneider, Dr. Christina Baum, Kay-Uwe Ziegler, Thomas Dietz, Carolin Bachmann, Jürgen Braun, Frank Rinck, Martin Reichardt, Gereon Bollmann und der Fraktion der AfD

Medizinische Notfallversorgung schnell, qualitativ hochwertig und bezahlbar gestalten

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Im Falle eines medizinischen Notfalls stehen den Menschen verschiedene Anlaufstellen zur Verfügung.

So zum einen die Praxen niedergelassener Ärzte und mit diesen systematisch verbunden der jeweilige Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), auf den bei tageszeit- und wochentagsbedingt geschlossenen Praxen regelmäßig verwiesen wird. Dieser Bereitschaftsdienst wird teils an festen Standorten (Notdienstpraxen)¹ überwiegend aber als fahrender Bereitschaftsdienst organisiert. Dieser Bereitschaftsdienst ist Teil der ambulanten medizinischen Versorgung. Die bundesweit einheitliche Rufnummer hierfür ist 116117.^{2,3}

Parallel stehen zweitens die Rettungsstellen der Krankenhäuser – somit das System der stationären Versorgung – als Anlaufstellen zur Verfügung.

Dritter Ansprechpartner ist der nach den jeweiligen Landesgesetzen organisierte Rettungsdienst, der keinem der beiden Systeme zuzuordnen ist und als Teil des Katastrophenschutzes verstanden wird. Dieser wird aber fast ausschließlich für medizinische Notfälle in Anspruch genommen. Er ist bundesweit unter der Rufnummer 112 erreichbar.

Die Finanzierung und Vergütung sind in den drei Systemen unterschiedlich. Während im ambulanten Bereich die üblichen Abrechnungsmodalitäten zwischen Ärzten, Kassenärztlichen Vereinigungen und gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) bzw. Patienten im Bereich der privaten Krankenversicherung (PKV) zur Anwendung kommen, gibt es für ambulante Leistungen in den Krankenhäusern in der stationären Versorgung zwar analoge Gebührenordnungen. Manche Leistungen, die dort vor dem Hintergrund und Inanspruchnahme von Krankenhauseinrichtungen durchgeführt werden – wie zum Beispiel Beobachtung eines Patienten über einige Stunden – können ambulant nicht abgerechnet werden.⁴ Im dritten System, dem der Notfallrettung, werden die

¹ <https://www.kvberlin.de/fuer-patienten/aerztlicher-bereitschaftsdienst-116117>

² <https://www.116117.de/de/index.php>

³ https://www.kbv.de/html/aerztlicher_bereitschaftsdienst.php

⁴ Ausschussdrucksache 19(14)343(6.1), S. 5

Gebühren auf Basis der für die Vorhaltung entstehenden Kosten meist auf kommunaler Ebene festgelegt, wobei sie anschließend von den gesetzlichen Krankenversicherungen zu erstatten sind, die auf deren Höhe nur einen geringen und teils gar keinen Einfluss haben.⁵

Dieses aktuelle System funktioniert nicht – weder bezüglich der schnellen Erreichbarkeit der medizinischen Hilfe noch bezüglich der Wirtschaftlichkeit und Finanzierung. Die aktuelle Situation ist gekennzeichnet durch lange Zeiten in den Warteschleifen der Telefonzentralen der Ärztlichen Bereitschaftsdienste^{6,7,8}, anschließende Wartezeiten bis zum Eintreffen des Bereitschaftsarztes, stundenlange Wartezeiten in den Warteräumen der Krankenhausrettungsstellen^{9,10} und regional durch Überlastung des Rettungsdienstes mit Nichteinhalten der Hilfsfristen.^{11,12}

Weil z. B. ambulante Maßnahmen des Rettungsdienstes ohne Transport nicht vergütet werden können, resultieren daraus unnötige Patientenvorstellungen in den Rettungsteilen der Krankenhäuser. Auch weil nicht alle erforderlichen Maßnahmen im Krankenhaus ambulant abgerechnet werden können,¹³ resultieren daraus unnötige stationäre Aufnahmen im Krankenhaus.

Das gesamte System der medizinischen Notfallversorgung muss deshalb organisatorisch und in Hinsicht auf die Finanzierung von Grund auf reformiert werden. Nur so kann die schnelle Erreichbarkeit des Arztes im Notfall endlich sichergestellt und die Finanzierbarkeit langfristig gewährleistet werden.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, sicherzustellen, dass

1. bundesweit gemeinsame Rettungsleitstellen als alleinige telefonische Ansprechstellen für die Hilfesuchenden im medizinischen Notfall unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 112 geschaffen werden, die das Nebeneinander von KV- und Rettungsleitstellen beenden. Dort soll zukünftig auch unter Nutzung im nichtmedizinischen Alltag schon etablierter Techniken wie Videoanruf etc. eine ärztliche Erstschtzung und eine Zuordnung des Falles in eine der drei Kategorien Bereitschaftsdienst der KV (mit Zuordnung entweder zu einem Standort der KV, z. B. Notdienstpraxis oder zum fahrenden Bereitschaftsdienst der KV) bzw. zum Krankenhaus oder zum Rettungsdienst erfolgen. Der Hilfesuchende bekommt sofort das Zuordnungsergebnis sowie die Mitteilung darüber, was nun geschieht oder was zu geschehen hat („Es kommt der Bereitschaftsarzt/Rettungswagen/Notarzt des Rettungsdienstes!“, „Gehen Sie jetzt in die Notfallpraxis in der So-wiesostraße, Sie werden dort erwartet!“, „Begeben Sie sich in das XY-Krankenhaus, Sie werden dort erwartet!!“ o. Ä.); der Hilfesuchende muss keinen weiteren Anruf, keine weitere Anmeldung o. Ä. tätigen;

⁵ <https://www.vdek.com/LVen/HAM/fokus/Rettungsdienst/RettungsdienstKosten.html#:~:text=Der%20Rettungsdienst%20ist%20im%20neuen,von%20534%20auf%20616%20Euro>

⁶ <https://www.berliner-zeitung.de/mensch-metropole/berlin-notruf-der-feuerwehr-das-ewige-warten-bis-der-krankenwagen-kommt-li.230753>

⁷ <https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/stuttgart/aerger-mit-notrufnummer-116117-100.html>

⁸ <https://www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/notruf-nummer-101.html>

⁹ <https://www.berliner-zeitung.de/mensch-metropole/vivantes-rettungsstellen-pflegekraefte-beklagen-gefaehrliche-zustaende-li.255920>

¹⁰ <https://www.augsburger-allgemeine.de/landsberg/landsberg-ehemann-einer-patientin-prangert-klinikum-landsberg-an-id62065376.html>

¹¹ <https://www.berliner-zeitung.de/news/rettungsdienst-ueberlastung-berliner-feuerwehr-rueckt-nicht-mehr-zu-jedem-notfall-aus-li.250288>

¹² <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/gesundheits-stuttgart-starke-zunahme-der-rettungseinsaetze-in-baden-wuerttemberg-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-220520-99-369533>

¹³ Siehe Fußnote 4

2. an allen betreffenden Krankenhäusern die bisherige Rettungsstelle durch eine Portalpraxis ergänzt wird, die sowohl für Patienten, die sich auf Aufforderung der neuen gemeinsamen Leitstelle als auch für Patienten, die sich ohne vorherigen telefonischen Notruf direkt zum Krankenhaus begeben, dort der einzige Ansprechpartner ist. Hier sollen Vertragsärzte tätig werden;
3. um hierbei Schnittstellenprobleme und unnötige stationäre Aufnahmen, die aus reinen Abrechnungsgründen erfolgen, zu vermeiden sowie um medizinisch unnötige Transporte ins Krankenhaus zu minimieren, ein gemeinsames Abrechnungssystem für ambulante Leistungen in Notfällen für niedergelassene Ärzte, den KV-Bereitschaftsdienst, die Krankenhäuser und Portalpraxen und den Rettungsdienst eingeführt und mit diesem gewährleistet wird, dass auch die ambulante Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen im Hintergrund – zum Beispiel bei längerer Beobachtung des Patienten – ohne formale stationäre Aufnahme möglich wird und dass ambulante medizinische Leistungen durch den Rettungsdienst unabhängig vom Transport vergütet werden können;
4. die Leistungen des Rettungsdienstes insgesamt – das heißt inklusive Transport – als Leistungsbereich ins SGB V aufgenommen werden.

Berlin, den 17. August 2022

Dr. Alice Weidel, Tino Chrupalla und Fraktion

Begründung

Der ursprüngliche Ansatz, Patienten auch im Notfall möglichst ambulant in Praxen zu betreuen, Krankenhäuser nur in den Situationen einzubinden, in denen in der Regel auch eine stationäre Behandlung erforderlich wird und für diese Fälle Rettungswagen einzusetzen, die bei der Versorgung vor Ort und für die Sicherstellung der Transportfähigkeit durch Notärzte des Rettungsdienstes unterstützt werden, ist in der täglichen Routine immer weniger zu sehen. Das liegt daran, dass die Patienten sozusagen mit den Füßen abstimmen.¹⁴ Die Fallzahlen in den Rettungsstellen¹⁵ und in der Notfallrettung¹⁶ nehmen immer weiter zu. Das führt dazu, dass nun auch diese überlastet werden und die Einhaltung von Hilfsfristen nicht garantiert werden kann.¹⁷

Das System der medizinischen Notfallversorgung muss deshalb reformiert werden, damit wieder gilt: ambulant vor stationär. Dabei sind die starren Sektorengrenzen aber dahingehend zu überwinden, dass die Krankenhäuser dort wo möglich und erforderlich zum Wohle einer schnellen und qualitativ hochwertigen Versorgung im Notfall genauso wie die niedergelassenen Ärzte und die KV-Bereitschaftsdienste in die ambulante Versorgung eingebunden werden. Gleiches gilt für die Versorgung der Patienten vor Ort durch den Rettungsdienst und die Notärzte. Auch sie sollen, wenn sie dann im Ausnahmefall die Behandlung übernehmen, ein Teil der ambulanten Versorgung sein, ohne aus Abrechnungsgründen einen anschließenden Transport zum oder Aufnahme ins Krankenhaus erforderlich zu machen.

Es soll deshalb ein gemeinsames Abrechnungs- und Vergütungssystem für diese ambulanten Leistungen einheitlich geschaffen werden.

Es bietet sich an, hierbei zeitgleich die Finanzierung des Rettungsdienstes und seine Abrechnung zu ändern. Das bisherige System der Gebührenfestsetzung anhand für die Vorhaltung entstandener Kosten lässt den Kostenträgern – anders als sonst im ambulanten und stationären Bereich – keine Möglichkeit, wesentlich auf die Gebühren Einfluss zu nehmen¹⁸ und führt außerdem dazu, dass regional sehr unterschiedliche Kosten entstehen. So kostete ein Rettungseinsatz in Berlin im Jahr 2022 299,11 Euro¹⁹ in Hamburg im Jahr 2021 616 Euro.²⁰

Gerechtfertigt wird das jetzige System damit, dass der Rettungsdienst als „öffentliche Aufgabe im Rahmen der Daseinsvorsorge und der Gefahrenabwehr“ im Zusammenhang mit dem Katastrophenschutz und nicht des Gesundheitswesens gesehen wird.²¹ In der Praxis arbeitet der Rettungsdienst aber fast ausschließlich im Rahmen individueller Behandlungen und bekommt diese auch individuell von den Kostenträgern, das heißt GKV und PKV erstattet. Wenn der Rettungsdienst im Wesentlichen ein Teil der medizinischen Versorgung ist, sollte er auch als solcher organisiert und finanziert werden.

Auch Krankenhäuser werden schließlich Teil der Katastrophenvorsorge sein, auch hier werden die Behandlungskosten aber von den Krankenkassen getragen.

Anders als Landkreise, Städte und Länder, die die Kosten – wie vom Bundesrechnungshof schon kritisiert wurde²² – intransparent schlicht auf die Leistungsträger umlegen, könnten bei entsprechend geänderter Finanzierung Einsparpotenziale ohne Qualitätsverlust zum Beispiel durch Ausschreibung einzelner Leistungen realisiert werden.

¹⁴ <https://docplayer.org/113291317-Patientenwege-in-der-notfallversorgung.html>

¹⁵ <https://www.aerzteblatt.de/archiv/193509/Patienten-in-Notfallambulanzen>

¹⁶ <https://www.feuerwehrmagazin.de/nachrichten/news/kollegen-im-rettungsdienst-gehen-auf-dem-zahnfleisch-116492>

¹⁷ siehe die Fußnoten 11 und 12

¹⁸ <https://www.rettungsdienst.de/news/rettungsdienst-zu-teuer-bundesrechnungshof-beklagt-abrechnungsverhalten-56378>

¹⁹ <https://www.vdek.com/LVen/BERBRA/Vertragspartner/Rettungsdienst/Berlin.html>

²⁰ siehe Fußnote 5

²¹ <https://www.salzlandkreis.de/verwaltung/fachdienste-plattform/33-brand-katastrophenschutz-und-rettungsdienst/katastrophenschutz-und-rettungsdienst/>

²² Siehe Fußnote 18

