



Positionierung der Bundesärztekammer

zur Neunten Stellungnahme der
Regierungskommission für eine moderne und
bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung

Autor: AG Akut- und Notfallmedizin

Stand: 17.10.2023

Kernaussagen

- Die Regierungskommission hat sich umfassend mit dem schwierigen Thema der Integration des Rettungsdienstes in das SGB V und damit in ein Gesamtkonzept der Akut- und Notfallversorgung befasst und dafür eine Reihe zielführender, teilweise eher mittel- und langfristig wirksamer Empfehlungen erarbeitet.
- Für sehr sinnvoll hält die Bundesärztekammer die Empfehlungen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und zur strukturierten Einbeziehung der Bevölkerung in die Akut- und Notfallversorgung. Diese Empfehlungen entsprechen Forderungen zahlreicher Ärztetagsbeschlüsse und Positionierungen der Bundesärztekammer.
- Der breite Einsatz telemedizinischer Angebote und die Überführung eines Tele-Notarztsystems in die Regelversorgung entsprechen ebenfalls den Forderungen der Ärzteschaft und werden an vielen Stellen auch bereits gelebt. Gleiches gilt für die Empfehlungen zu zahlreichen system- und sektorübergreifenden Digitalisierungsmaßnahmen, ohne die eine integrierte Notfallversorgung nicht gelingen kann.
- Vollkommen inakzeptabel sind aus Sicht der Bundesärztekammer die Empfehlungen zur Substitution des Notarztsystems durch akademisierte Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter und die damit in Zusammenhang stehende umfassende fachgebundene Heilkundebefugnis für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sowie auch die Beschränkung des Einsatzes von Notärztinnen und Notärzten auf das Telenotarztsystem und die Luft- bzw. hochkomplexe Bodenrettung. Für Patientinnen und Patienten würde ein solcher Schritt einen Verlust an Versorgungsqualität und letztlich eine Leistungskürzung bedeuten und für Ärztinnen und Ärzte eine Beschneidung ihrer Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten sowie ihrer Berufsausübungsmöglichkeiten. Durch ausschließliche telemedizinische Tätigkeit können auch erfahrene Notärzte ihre praktischen Erfahrungen nicht dauerhaft erhalten. Demotivation und Kompetenzverlust wären die Konsequenz.
- Die Bundesärztekammer setzt sich seit vielen Jahren im Rahmen der – auch aufgrund der föderalen Zuständigkeiten begrenzten – Möglichkeiten für bundeseinheitliche Standards in der präklinischen Versorgung ein, so durch den Notarztindikationskatalog als Handreichung für Disponenten in

Notdienstzentralen und Rettungsleitstellen (NAIK). Derzeit wird der NAIK durch eine Arbeitsgruppe des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer unter Berücksichtigung aktueller medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse aktualisiert. Damit verfolgt die Bundesärztekammer im Interesse der Versorgungsqualität das Ziel, sowohl unter Bezug auf den Patientenzustand als auch notfallbezogen evidenzbasiert Klarheit bezüglich der ärztlichen Kompetenzen in der prästationären Notfallversorgung zu schaffen.

- Das langjährige und fachlich anerkannte Engagement der Ärzteschaft ist auch für die Erarbeitung entsprechender ärztlicher Qualifikations-Standards maßgeblich, so die Empfehlungen zur Qualifikation des Leitenden Notarztes (LNA) und des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst (ÄLRD). Zudem arbeitet die Bundesärztekammer an einem Curriculum „Telenotarzt“ für eine entsprechende Qualifikation.
- Die Bundesärztekammer sieht die großen Chancen einer kompetenzbasierten interprofessionellen Zusammenarbeit sowohl für Versorgungsabläufe, als auch im Sinne einer Attraktivitätssteigerung für alle Gesundheitsberufe. Es bedarf jedoch klarer Regelungen und Standards zu Qualifikationsanforderungen, Qualitätssicherung, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, die zu einem Gesamtkonzept zusammengeführt werden müssen. Oberste Priorität muss die Sicherheit der Patientinnen und Patienten haben.
- Die Bundesärztekammer muss auch vor diesem Hintergrund in die Entwicklung der Struktur- und Prozessparameter für den Rettungsdienst eingebunden sein, sei es beim G-BA oder einem anderen dafür vorzusehenden Gremium.
- Desgleichen müssen die Landesärztekammern stimmberechtigtes Mitglied der jeweiligen regionalen Gremien werden, die für die Bedarfsplanung und Ausgestaltung der Notfallversorgung vor Ort zuständig sein sollen.

Bewertung der Empfehlungen der Regierungskommission

Im Februar dieses Jahres hat die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung eine Stellungnahme und Empfehlung zur „Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland: Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen“ veröffentlicht. In ihrer Positionierung zu dieser Stellungnahme hat die Bundesärztekammer ausdrücklich bedauert, dass der Rettungsdienst als dritte und bislang am wenigsten integrierte Säule der Akut- und Notfallversorgung nicht in die Stellungnahme eingebunden wurde, insbesondere vor dem Hintergrund zunehmender Be- und auch Überlastungen des Rettungsdienstes.

Es ist daher erfreulich, dass jetzt die nunmehr Neunte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission „Reform der Notfallversorgung – Rettungsdienst und Finanzierung“ vorliegt. Die Notfallreform kann nur in einem **Gesamtansatz unter Einbeziehung des Rettungsdienstes** nachhaltig gelingen und es bleibt zu hoffen, dass die in dem Papier zahlreich enthaltenen zielführenden Empfehlungen zügig in ein Gesetzgebungsverfahren eingebracht und umgesetzt werden.

Erfreulich ist auch, dass sich viele Vorschläge und Forderungen der Ärzteschaft darin wiederfinden. Dazu gehören insbesondere die **Stärkung der allgemeinen Gesundheitskompetenz und die strukturierte Einbindung der Bevölkerung in die Notfallversorgung**. Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 in Essen hat „Gesundheitsbildung: Vom Wissen zum Handeln“ als Schwerpunktthema beraten und in diesem Zuge unter anderem gefordert, Gesundheitsbildung als Bestandteil der Primärprävention in den Schulunterricht aufzunehmen. Darüber hinaus wird die Kultusministerkonferenz zur Entwicklung einer länderübergreifend abgestimmten Strategie, mit der die Förderung von Gesundheitskompetenz im Alltag von Erziehungs- und Bildungseinrichtungen nachhaltig verankert werden kann, aufgefordert. Des Weiteren wurde die Forderung nach einer verpflichtenden Einführung von mindestens zwei Schulstunden jährlich in Wiederbelebung, beginnend ab Jahrgangsstufe 7 und fortgesetzt bis zum Ende der Schulzeit, beschlossen.¹ Die Einbindung von Laien in die Notfallversorgung wird von den Ärztekammern bereits befördert. So haben beispielsweise die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe kürzlich gemeinsam mit dem Deutschen Rat für Wiederbelebung ein Curriculum „Laienreanimation“ entwickelt.²

Der **Ausbau telemedizinischer Angebote und** in diesem Rahmen auch **des Tele-Notarztsystems** wird von der Bundesärztekammer deutlich befürwortet. Der 124. DÄT 2021 hatte u.a. bereits eine konsequente Überführung des Telenotarztes in die Regelversorgung gefordert, dabei aber darauf aufmerksam gemacht, dass die Qualität der Versorgung oberste Priorität haben muss. Notwendige Notarzteinsätze vor Ort dürften nicht mit Verweis auf telemedizinische Verfahren unterbleiben. Der Beschluss verweist auch darauf, dass die Bundesärztekammer sich mit der Erarbeitung des neuen Notarztindikationskatalogs aktiv in

¹ https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerztetag/127.DAET/2023-05-31_Beschlussprotokoll.pdf (Seiten 280 ff.)

² <https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/nrw-rettet-leben-aerztekammern-und-deutscher-rat-fuer-wiederbelebung-werben-fuer-laienreanimation>

die Diskussion einbringt und mit ärztlichem Sachverstand entsprechende Vorgaben erarbeitet, die bundesweit beachtet werden sollen³.

Die Ärztekammern Nordrhein (ÄkNo) und Westfalen-Lippe (ÄKWL) haben im August 2020 ein Qualifikationscurriculum Telenotarzt verabschiedet⁴, in der Landesärztekammer Hessen erfolgte dies im Oktober 2023. Auch die Bundesärztekammer erarbeitet derzeit ein Curriculum „Telenotarzt“, um eine einheitliche Ausbildung zu gewährleisten.

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss hat Ende 2020 für das Projekt Telenotarzt Bayern, bei der die Notfallversorgung im Rettungsdienst einer ländlichen Region telemedizinisch unterstützt wird, eine Überführung in die Regelversorgung empfohlen. Im Ergebnisbericht des Projektes heißt es dazu: „Die Behandlung unter Anleitung des Telenotarztes stellt dabei nicht die Alternative zu einer Behandlung durch einen anwesenden Arzt, sondern die Alternative zu einer ausschließlichen Behandlung durch das nichtärztliche Fachpersonal ohne ärztliche Expertise dar. Zusätzlich können Notärzte vor Ort fachlich unterstützt werden.“⁵ Auch im Zuge der angestrebten flächendeckenden Einführung des Telenotarztes in Nordrhein-Westfalen zeigt sich, dass das Telenotarztsystem als Ergänzung zum regulären Notarztsystem zu sehen ist. Ziel ist es, die Effizienz, aber auch Versorgungsqualität und Patientensicherheit in der Notfallrettung zu verbessern.⁶

Sehr kritisch blickt die Bundesärztekammer auf die Idee einer **Substitution des derzeitigen Notarztsystems durch akademisierte Notfallsanitäter** und die **Konzentration des Einsatzes von Notärzten auf die Luftrettung sowie hochkomplexe Notfallsituationen**. Hier bleiben viele Fragen offen.

So bleibt unklar, wie die vorgesehenen Notärztinnen und Notärzte und auch die Telenotärztinnen und Telenotärzte das notwendige Erfahrungswissen erlangen und bewahren sollen, wenn sie für Routine-Einsätze nicht mehr vorgesehen sind. Simulationstrainings und die Erfahrung aus der Klinik können Einsätze in ungewöhnlichen Settings und unter schwierigen örtlichen Begebenheiten nicht ersetzen. Ohne eine vor Ort erlangte Lern- und Erfahrungskurve und ohne entsprechende Methodenkompetenz und ständiges Praktizieren dieser Methoden können Spezial- und Telenotärzte die erforderlichen Erfahrungen nicht erlangen.

Die Empfehlungen hierzu werfen außerdem die grundsätzliche Frage auf, wie wir unsere Patientinnen und Patienten zukünftig versorgen wollen. Auch wenn die Regierungskommission beklagt, dass die **Zusatzbezeichnung Notfallmedizin** die einzige ZWB ist, die keine Facharztqualifikation erfordert, ist doch zu konstatieren, dass es sich hierbei um fertig ausgebildete Ärztinnen und Ärzte handelt, die sechs Jahre Medizin studiert haben und die zusätzlich eine mindestens zweijährige stationäre Weiterbildungszeit in einem

3

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerztetag/124.DAET/pdf/Beschlussprotokoll_124_Daet_2021_Stand-06.05.2021_mit_numerischen_Lesezeichen.pdf (Seite 71)

⁴ <https://www.aerzteblatt.de/archiv/223173/Telenotarztqualifikation-Einheitliche-Ausbildung-sinnvoll>

⁵ https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/47/2020-12-18_Telenotarzt-Bayern_Ergebnisbericht.pdf

⁶ <https://www.aekno.de/aerzte/rheinisches-aerzteblatt/ausgabe/artikel/2022/mai-2022/telenotarzt-am-start>

patientenversorgenden Fachgebiet, davon sechs Monate in der Intensivmedizin, der Anästhesiologie oder in einer interdisziplinären zentralen Notfallaufnahme, eine (gemäß (Muster-)Weiterbildungsordnung) 80-stündige Kurs-Weiterbildung in allgemeiner und spezieller Notfallbehandlung sowie 50 Notarzteinsätze abgeleistet haben. Ziel der Etablierung der ZWB „Notfallmedizin“ war es, eine frühzeitige Qualifizierung von Ärztinnen und Ärzten für den Umgang mit Notfallsituationen und die Sicherstellung der präklinischen Notfallversorgung zu gewährleisten. Dies befähigt Ärztinnen und Ärzte über erste lebensrettende Maßnahmen hinaus dazu, jenseits von Routinen und Algorithmen individuelle, für den einzelnen Patienten und die einzelne Patientin geeignete Entscheidungen treffen und entsprechende Maßnahmen ergreifen zu können.

Dem gegenüber steht die Idee der Regierungskommission, **Notfallsanitäter und Notfallsanitäterinnen in Bachelor- sowie ggf. zusätzlich Masterstudiengängen** auszubilden und sie gleichwertig zu Notärztinnen und Notärzten einzusetzen. Diesen Studiengang gibt es bisher nicht. Fraglich ist auch, ob eine relevante Anzahl an Notfallsanitätern eine derart lange Ausbildung anstreben würde. Bereits jetzt besteht ein relevanter Mangel an Rettungsassistenten und Notfallsanitätern. Die „Standzeit“ im Beruf ist kurz. In einer Onlinebefragung der Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaft im Rettungsdienst unter 1.567 Auszubildenden zum Notfallsanitäter aus dem Jahr 2020 gaben knapp 20 % der Auszubildenden an, unmittelbar nach der Ausbildung nicht mehr im originären Rettungsdienst arbeiten zu wollen. Knapp die Hälfte der Befragten geht nicht davon aus, länger als zehn Jahre im Beruf zu bleiben.⁷

Ungeachtet dessen, dass auch eine solche akademisierte Notfallsanitäterausbildung keine vergleichbare Qualifikation zu umfänglich aus- und weitergebildeten Ärztinnen und Ärzten darstellt, müsste die Übertragung umfassender fachgebundener Heilkundebefugnisse in der Konsequenz zur Folge haben, dass die entsprechend qualifizierten Fachkräfte auch die vollumfängliche Verantwortung und Haftung für Notfalleinsätze übernehmen. Letztendlich geht die Substitution des hochqualifizierten Notarztwesens auf Kosten der Patientensicherheit.

Mit der Novelle des Notfallsanitätergesetzes aus dem Jahre 2020 liegen Regelungen zur Heilkundebefugnis bereits vor. Dies war auch nach Ansicht der Bundesärztekammer notwendig, um Notfallsanitätern Rechtssicherheit für ihr Handeln in der besonderen Situationen eines Notfalls zu bieten. Im Notfallsanitätergesetz ist in § 2a die „Eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter“ so geregelt, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder bis zum Beginn einer weiteren ärztlichen, auch teleärztlichen, Versorgung heilkundliche Maßnahmen, einschließlich heilkundlicher Maßnahmen invasiver oder medikamentöser Art, dann eigenverantwortlich durchführen dürfen, wenn sie diese Maßnahmen in ihrer Ausbildung erlernt haben und beherrschen und die Maßnahmen jeweils erforderlich sind, um Lebensgefahr oder wesentliche Folgeschäden von der Patientin oder dem Patienten

⁷ <https://d-nb.info/1222198037/34> (BERUFSTREUE VON ANGEHENDEN NOTFALLSANITÄTER*INNEN Eine Befragung von Auszubildenden über ihren Berufsverbleib Eine Studie der Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaft im Rettungsdienst)

abzuwenden. Gemäß § 4 (Ausbildungsziele) Abs. 1 soll die Ausbildung Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter insbesondere dazu befähigen, eigenständig medizinische Maßnahmen der Erstversorgung bei Patientinnen und Patienten im Notfalleinsatz durchzuführen und dabei in der Ausbildung erlernte und beherrschte, auch invasive oder medikamentöse Maßnahmen anzuwenden, um einer Verschlechterung der Situation der Patientinnen und Patienten bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder dem Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung vorzubeugen, wenn ein lebensgefährlicher Zustand vorliegt oder wesentliche Folgeschäden zu erwarten sind. Im Rahmen der „Mitwirkung“ sollen gemäß § 4 Abs. 2 heilkundliche Maßnahmen, die vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst oder entsprechend verantwortlichen Ärztinnen oder Ärzten bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen standardmäßig vorgegeben, überprüft und verantwortet werden, eigenständig durchgeführt werden. Dies wird von der Bundesärztekammer befürwortet. Die ärztliche Gesamtschau auf den Patienten, basierend auf einem umfangreichen medizinischen Wissen, ist in der Notfallversorgung ebenso wichtig, wie die manuellen und technischen Fähigkeiten.

Die Bundesärztekammer unterstützt das Konzept eines kompetenzbasierten Teammodells, in dem unterschiedliche Berufsgruppen gemeinsam eine bedarfsgerechte und effiziente Versorgung leisten. Es ist klar, dass wir den zukünftigen Herausforderungen einer Gesellschaft des langen Lebens nur gemeinsam begegnen können und eine neue Rollenverteilung und -ausgestaltung unter den Akteuren notwendig ist. Dazu gehört auch eine den Aufgaben entsprechende Weiterqualifizierung der Gesundheitsfachberufe, die bis hin zu einer akademischen Ausbildung reichen kann. Gleichwohl müssen Umstrukturierungen im Gesundheitssystem und Übertragungen von Verantwortlichkeiten sowie Aufgaben der Medizin an andere Gesundheitsfachberufe im Hinblick auf die Patientensicherheit abgesichert sein.

Daher hat die Bundesärztekammer im Jahr 2021 Werkstattgespräche mit verschiedenen Berufsgruppen durchgeführt und auf Basis dieser Gespräche ein Papier „**Positionen der Bundesärztekammer zu einer interdisziplinären und teamorientierten Patientenversorgung**“ erarbeitet, das entscheidende Sichtweisen aus unterschiedlichen Perspektiven darlegt.⁸

Es gehört zu den Grundprinzipien der gesundheitlichen Versorgung in allen Sektoren, dass Ärzte Leistungen an weitere Gesundheitsfachberufe delegieren und gemeinsam die Betreuung des Patienten übernehmen. Wiederkehrende Aufgaben mit geringem Gefährdungspotenzial und gleichzeitiger hoher Routineentwicklung können von weiteren Gesundheitsfachberufen übernommen werden. Je komplexer die Aufgaben sich gestalten, desto mehr Fachwissen muss vorhanden sein, durch Fortbildung aktualisiert und entsprechend nachgewiesen werden können.

Entsprechend ist es aus Sicht der Bundesärztekammer sinnvoll, Notfallsanitätern – wie von der Regierungskommission auch vorgeschlagen – im Rahmen einer **Delegation durch den**

⁸ [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/Politik/Positionen d. BAEK zu einer interdisziplinären u. teamorientierten Patientenversorgung.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/Politik/Positionen_d_BAEK_zu_einer_interdisziplinären_u_teamorientierten_Patientenversorgung.pdf)

Ärztlichen Leiter Rettungsdienst erweiterte Kompetenzen zu übertragen. Niemals jedoch sollte der Wunsch nach Einsparungen Leitmotiv einer neuen Rollenverteilung sein. Eine Substitution des Notarztsystems ist weder notwendig, noch wird sie den Ansprüchen an das hohe Versorgungsniveau in Deutschland gerecht.

Auch der Verweis auf den drohenden **Fachkräftemangel** verfängt in diesem Zusammenhang nicht, da dieser Ärztinnen und Ärzte sowie Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter gleichermaßen betrifft. Eine wirkliche Entlastung kann in der Notfallversorgung vor allem durch eine verbindliche Patientensteuerung in Integrierten Leitstellen gelingen.

Die Bundesärztekammer setzt sich seit vielen Jahren im Rahmen der – auch aufgrund der föderalen Zuständigkeiten begrenzten – Möglichkeiten für **bundeseinheitliche Standards in der präklinischen Versorgung** ein, so durch den Notarztindikationskatalog (NAIK), als Handreichung für Disponenten in Notdienstzentralen und Rettungsleitstellen (NAIK). Derzeit wird der NAIK durch eine Arbeitsgruppe des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer unter Berücksichtigung aktueller medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse aktualisiert. Damit verfolgt die Bundesärztekammer im Interesse der Versorgungsqualität das Ziel, sowohl unter Bezug auf den Patientenzustand als auch notfallbezogen evidenzbasiert Klarheit bezüglich der ärztlichen Kompetenzen in der prästationären Notfallversorgung zu schaffen. Das langjährige und fachlich anerkannte Engagement der Ärzteschaft ist auch für die Erarbeitung entsprechender ärztlicher Qualifikations-Standards maßgeblich, so die Empfehlungen zur Qualifikation des Leitenden Notarztes (LNA) und des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst (ÄLRD). Derzeit wird ein einheitliches Curriculum für die Ausbildung von Telenotärztinnen und Telenotärzten erarbeitet. Dieses langjährige und fachlich anerkannte Engagement sollte bei einer Neuregelung berücksichtigt werden. Die **Ärzteschaft sieht sich in der Verantwortung**, zukünftige interprofessionelle Versorgungskonzepte und die dafür notwendigen klaren Regelungen und Standards zu Qualifikationsanforderungen, Qualitätssicherung, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten im Rettungsdienst im Sinne der Patientensicherheit mitzugestalten.

Vor dem Hintergrund von Patientensicherheit und Versorgungsqualität hält die Bundesärztekammer die Bestrebungen der Regierungskommission, **einheitliche Qualitätsparameter** zu definieren, zu erheben und auf deren Grundlage eine einheitliche Qualitätssicherung im Rettungsdienst einzuführen, für sinnvoll. Allerdings muss dringend dafür Sorge getragen werden, dass im Sinne der Datensparsamkeit ausschließlich Daten abgefragt werden, auf deren Grundlage eine Verbesserung vorhandener Defizite erzielt werden kann. Zudem muss durch entsprechende bundeseinheitliche Digitalisierungsmaßnahmen sichergestellt sein, dass die Daten automatisiert und einheitlich abgerufen werden können.

Die Weiterentwicklung des Rettungsdienstes von der „Unfallrettung“ als mehr oder weniger reine Transportleistung zu einem professionalisierten Versorgungssystem mit hohen Qualifikationsstandards ist aus Sicht der Bundesärztekammer unabdingbar. Fehlanreize für einen Transport in ein Krankenhaus müssen dringend beseitigt und Möglichkeiten geschaffen werden, Patienten abschließend vor Ort zu versorgen oder unter Zuhilfenahme des auch von der Regierungskommission vorgeschlagenen Echtzeit-Registers in die geeignete

Versorgungsebene zu befördern. Hier müssen neben den Notdienstpraxen dringend auch die regulären Vertragsarztpraxen eingebunden werden. In diesem Rahmen wird es auch entscheidend sein, das von der Regierungskommission bereits in der ersten Stellungnahme zur Notfallreform in Aussicht gestellte **Dispensierrecht für Ärztinnen und Ärzte in der Notfallversorgung** umzusetzen.

Von der Regierungskommission wird im Zuge der Weiterentwicklung die Überführung des Rettungsdienstes als eigenständiger Leistungsbereich ins SGB V vorgeschlagen. Dies ist ein möglicher Weg, um die Berücksichtigung von Versorgungsleistungen unabhängig von der „Transportleistung“ zu erreichen. Allerdings ist bei einer Überführung ins SGB V das Risiko einer „Budgetierung“ von Leistungen des Rettungsdienstes zu bedenken. Dies muss verlässlich ausgeschlossen werden. Ein weiterer in diesem Zusammenhang relevanter Gesichtspunkt ist die **Zuständigkeit des G-BA für die Qualitätssicherung** im Wirkungskreis des SGB V. Der G-BA wäre mithin dafür zuständig, die Struktur- und Prozessparameter wie Mindestpersonalausstattung, Qualifikationen, Weiterqualifizierung, Anzahl, Art und Ausstattung der Rettungsmittel und bundeseinheitliche medizinische Vorgaben zu identifizieren und zu definieren. In seiner heutigen Zusammensetzung fehlen dem G-BA hierfür jedoch die notwendigen Kompetenzen. Unabhängig davon, ob hier eine G-BA-interne Lösung angestrebt oder die Aufgaben an ein externes Gremium übertragen werden, muss die Bundesärztekammer hierbei im Rahmen der oben angeführten Arbeiten zu ihren Empfehlungen zu bundeseinheitlichen Standards in der präklinischen Notfallversorgung als aktives Mitglied eingebunden werden.

Die Regierungskommission greift in ihrer Stellungnahme erneut die Idee **regionaler Gremien** auf, die in der 4. Stellungnahme eingeführt wurden, um insbesondere Konflikte zwischen den Akteuren der Notfallversorgung, zum Beispiel bezüglich der Leitung von in Kooperation betriebenen Strukturen der Notfallversorgung zu klären. Die Bundesärztekammer hatte in ihrer Positionierung dazu vorgeschlagen, dass diese Gremien auch die Standorte und Öffnungszeiten der INZ nach regionalen Bedarfen festlegen sollten und dass in den Gremien auch die Ärztekammern als landesgesetzlich legitimierte berufliche Vertretungen der Ärztinnen und Ärzte aus allen Versorgungsbereichen beteiligt werden sollten. Dies muss für die Bedarfsplanung der Notfallversorgung inklusive Rettungsdienst entsprechend gelten.

Sehr positiv vermerkt die Bundesärztekammer den Verweis auf die im Rahmen von Zentralisierung und Ambulantisierung zunehmende Notwendigkeit an **Krankentransporten und Verlegungen**, die den Rettungsdienst und das Rettungsdienstpersonal einschließlich Notärztinnen und Notärzte im Rahmen von Zentralisierung und Ambulantisierung zunehmend in Anspruch nehmen werden. Dies muss bei der Bedarfsplanung dringend mitgedacht werden.

Kritisch sieht die Bundesärztekammer die vorgeschlagene starke **Konzentration auf ein luftgebundenes Rettungssystem**. Auch wenn es in der Zukunft Spielräume bei der Ausgestaltung geben mag, wird es doch immer Limitierungen in Bezug auf Kosten, Nachtflugverbote, (beleuchtete) Hubschrauberlandeplätze und letztendlich auch Wetterereignisse geben. Die Luftrettung wird aus Sicht der Bundesärztekammer auch zukünftig eher eine ergänzende Rolle spielen.

Positionierung der Bundesärztekammer zur Neunten Stellungnahme der Regierungskommission: Rettungsdienst und Finanzierung

Die Regierungskommission hat eine Reihe **komplementärer Strukturen**, Versorgungspfade und präventiver Maßnahmen vorgeschlagen, die die Zustimmung der Bundesärztekammer finden, sofern hierfür eine sinnvolle Einbindung in bestehende Regelwerke und eine umfassende Finanzierung gewährleistet werden kann.

Zur zukünftigen Ausgestaltung der Finanzierung wird hier ein grober Weg aufgezeigt, der in diesem ersten Aufschlag eine richtige Richtung geht. Eine monistische Finanzierung, hier als Alternative vorgeschlagen, wird von der Bundesärztekammer abgelehnt. Gleichwohl muss dafür Sorge getragen werden, dass die Länder ihrem Auftrag der Investitionskostenfinanzierung vollumfänglich nachkommen und hier nicht die gleichen Probleme entstehen, wie wir sie aus der Krankenhausinvestitionskostenfinanzierung kennen.

Fazit:

Die Regierungskommission hat eine innovative Vision der zukünftigen Notfallversorgung erarbeitet. Die Bundesärztekammer befürwortet einen Großteil der vorgeschlagenen Maßnahmen. Es bleibt zu hoffen, dass die Umsetzung dieser positiven Aspekte ausreichende Unterstützung erfährt.

Inakzeptabel ist aus Sicht der Ärzteschaft die Substitution des hochqualifizierten Notarzteswesens. Letztendlich geht die Substitution des hochqualifizierten Notarzteswesens auf Kosten der Patientensicherheit.