

FVLST e.V. | Paulinenallee 28 | 24960 Glücksburg

Bundesministerium für Gesundheit  
Berlin

ausschließlich per E-Mail:  
[notfallreform@bmg.bund.de](mailto:notfallreform@bmg.bund.de)

Auskunft erteilt Achim Hackstein  
Abteilung Fachverband Leitstellen e.V.  
Dienstgebäude Paulinenallee 28 | 24960 Glücksburg

Telefon +49 160 904 15 630  
E-Mail [info@fvlst.de](mailto:info@fvlst.de)  
Internet [www.fvlst.de](http://www.fvlst.de)

Datum 10.02.2020

## **Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Fachverband Leitstellen e.V. (FVLST) ist das anerkannte Netzwerk für den überregionalen Erfahrungsaustausch, die Entwicklung, Förderung und Bewertung von leitstellenorganisatorischen Konzepten. Als fachlich geprägter Verband verfolgen wir ausdrücklich keine gewerkschaftlichen oder anderweitigen tarifpolitischen Themen. Der Fachverband ist Kraft Satzung mit den Kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene partnerschaftlich verbunden. Im Zusammenwirken mit Hochschulen, Universitäten und kooperierenden Fachgesellschaften unterstützen wir wissenschaftliches Arbeiten in unseren Leitstellen.

Der Fachverband Leitstellen e. V. begrüßt die grundsätzliche Zielsetzung der Reform, Patientenströme besser zu lenken, da bisher der medizinisch in aller Regel unerfahrene Patient entscheidet, welchen Versorgungszweig er nutzt. Den 112-Leitstellen als erstes Glied in der Rettungskette ist in vielerlei Hinsicht eine besondere Bedeutung zuzumessen. In der Leitstelle beginnt über den Notruf 112 die Notfallversorgung, daher muss die kommunale Ressource 112-Leitstelle auch unter dem Aspekt der Verbesserung der ambulanten Versorgung weiterentwickelt und aktiv in laufende und zukünftig anstehende Veränderungsprozesse eingebunden werden. Aus Sicht des FVLST gibt vor es allem hinsichtlich der Aspekte „Einrichtung der GNL“, „Ersteinschätzungsverfahren“, „Datenaustausch“, „Softwarebeschaffung/ Vernetzung/ Finanzierung“, „Haftung der Leitstellendisponenten“ sowie „Verordnung von Krankentransportfahrten“ einen Änderungs- bzw. Kommentierungsbedarf. Auf die vorstehend genannten Punkte wird im Folgenden nacheinander und im Detail eingegangen.

### 1. Einrichtung der GNL

Die Forderung nach einer verbindlichen Einführung von GNL der kommunalen 112-Leitstellen und der 116117-Callcenter der kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 133 b Abs. 3 ist im Sinne einer mindestens digitalen Vernetzung zu begrüßen. Jedoch bedarf es der Klarstellung, was das BMG mit der Formulierung „Sofern ein Träger einer Rettungsleitstelle der Rufnummer 112 ein gemeinsames Notfallleitsystem bilden möchte, ...“ tatsächlich meint. Sind hier sowohl die digitale Vernetzung als auch Zusammenlegung an einem gemeinsamen Standort gemeint?

Oder ist gemeint, dass Träger der 112-Leitstellen das GNL auch bis hin zu einer gänzlich fehlenden digitalen Vernetzung abwählen können? Die Träger und die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten grundsätzlich zur Zusammenarbeit im GNL verpflichtet werden und es sollte ihnen offenstehen, diese GNL digital hochwertig zu verbinden, oder sogar technisch und organisatorisch unter der Führung der kommunalen 112-Leitstelle einzurichten. Auch benachbarte GNL müssen untereinander vernetzt werden.

Es sind Regelungen zu entwickeln die verhindern, dass hohe, nicht personell abgedeckte Anruflasten bei der 116117 (z.B. Grippewelle pp.) zu Überlastsituationen bei der 112 führen. Beide Bereiche sind technisch und personell getrennt voneinander zu bemessen. Darüber hinaus ist die Finanzierung der 112-Leitstellen sicher zu stellen, ohne Anforderungen an eine bestimmte Organisations- oder Trägerkonstellation zu formulieren.

## 2. Ersteinschätzungsverfahren

Der Gesetzgeber scheint offensichtlich das Ersteinschätzungssystem „SmED“ als einheitliches System zur Abfrage von Hilfesuchenden flächendeckend in allen Einrichtungen einsetzen zu wollen. Dem Gesetzgeber scheint nicht bekannt zu sein, dass SmED kein ausreichend evaluiertes Ersteinschätzungsverfahren für Notfallpatienten ist. Ein nicht unerheblicher Teil der 112-Leitstellen nutzt daher schon heute spezialisierte Programme zur Notrufabfrage (so genannte standardisierte Notrufabfragen - SNA), mit deren Hilfe sie in der Lage sind, Patienten differenziert und schnell abzufragen, um sie anschließend dem einen oder anderen System der Notfallversorgung zu zuweisen. Diese Programme dienen darüber hinaus auch zur Abfrage von Einsatzszenarien aus den Bereichen „technische Hilfeleistung“ und „Brandschutz“ bzw. deren Kombination mit der medizinischen Rettung.

Anstelle der Vorgabe der konkreten und bezogen auf die 112-Leitstellen ungeeigneten Softwarelösung „SmED“ sollten medizinische Standards für eine Zuweisung zu den verschiedenen Versorgungspfaden definiert werden. Erheblich auf die Ergebnisqualität wirkt auch ein hoher Standard für die Erreichbarkeit der 112-Leitstelle bzw. die 116117-Callcenter – hier besteht insbesondere im Bereich 116117 der Bedarf für eine verlässliche Zieldefinition. Eine Standard-Anrufannahmezeit (Zeitspanne zwischen dem ersten Klingeln und dem Abheben des Telefonhörers durch einen/ eine Calltaker/in) und die einheitliche Zuordnung der Abfrageergebnisse zu einem Versorgungspfad würden durch die zu definierenden Standards besser erreicht werden, als durch die bloße Vorgabe einer nicht für alle Einsatzzwecke der kommunalen 112-Leitstellen geeigneten Softwarelösung.

Die ersten 10 Fragen im Notruftdialog dienen in 112- Leitstellen immer der Abklärung einer vitalen Gefährdung und sonstiger Gefahren (z.B. durch Feuer oder das Bestehen einer Zwangs- bzw. Gefahrenlage für Personen). Diese Daten müssen ohne jeglichen Zeitverzug in den notfallmedizinischen und in der Gefahrenabwehr erfahrenen 112-Leitstellen auflaufen. Gleichfalls muss es den 112-Leitstellen vollständig in gewohnter Weise erhalten bleiben, die medizinische und technische Rettung sowie die Gefahrenabwehr im Zuge einer gemeinsamen Alarmierung zu veranlassen – die Integration des Brand-, Katastrophenschutz- und Rettungsdienstes unter einem Dach und damit eine Schwächung des Systems der Gefahrenabwehr darf in keiner Weise zur Disposition gestellt werden!

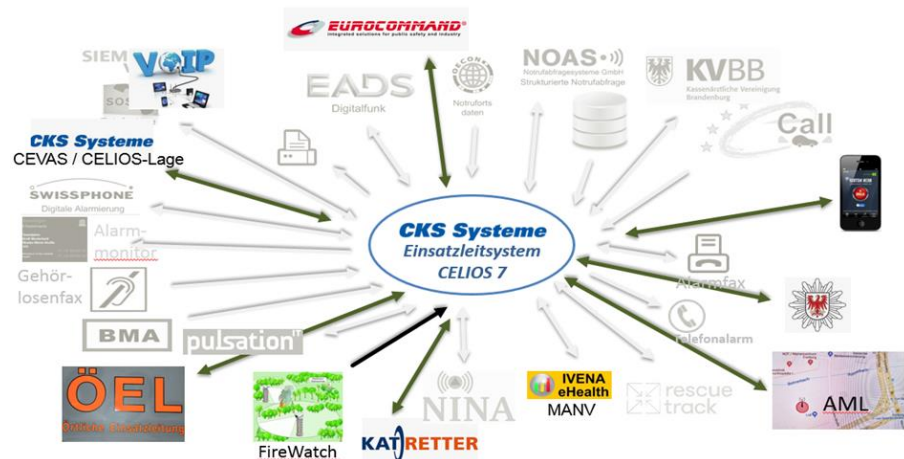
Der Ansatz, in den GNL auch (Not-)Ärzte für telemedizinische Einschätzung der Behandlungsnotwendigkeit der Patienten vorzuhalten, wird grundsätzlich begrüßt. Diese sind, über die Erfüllung ihrer telemedizinischen Aufgaben hinaus, ebenfalls geeignet, die Leitstellendisponenten in Grenzfällen bei der adäquaten Einordnung der Patienten in das Triage-System zu unterstützen und somit bei der Lenkung der Patientenströme bereits während des Erstanrufes und nicht erst beim Eintreffen in einer Notaufnahme oder Arztpraxis mitzuwirken. Dazu ist jedoch sicher zu stellen, dass eine fundierte notärztliche Qualifikation besteht!

### 3. Datenaustausch

Ebenso wie im Bereich der standardisierten Notrufabfragen (SNA) nutzen die 112-Leitstellen bereits Softwarelösungen im Sinne von Einsatzleitersystemen, welche bereits die Anforderungen an den Austausch von Daten und die unmittelbare Vernetzung von Leitstellen erfüllen. Es ist davon auszugehen, dass Soft- und Hardwarelösungen zur Bearbeitung und Lenkung von Einsätzen flächendeckend in den 112-Leitstellen in der Bundesrepublik eingesetzt werden. Auch hier sollte, um ein notwendiges Mindestmaß an Einheitlichkeit zu schaffen, koordiniert werden, welche Daten zwischen den Leitstellen des GNL und den weiteren an der Notfallversorgung Beteiligten auszutauschen sind. Eine Einheitssoftware, die nicht annähernd den notwendigen Leistungsumfang einer Softwarelösung für 112-Leitstellen realisiert, scheint hier jedenfalls nicht zielführend.

Zur Erleichterung des Datenaustauschs ist jedoch insbesondere die Nutzung einer einheitlichen Schnittstelle zur Telematik-Plattform vorzusehen. Hier ist auf den durch den Verein Professioneller Mobilfunk e.V. (PMeV) im Expertenforum „Universalschnittstelle“ derzeit zu entwickelnden Standard hinzuweisen, der aufgrund der großen Anzahl der an der Entwicklung beteiligten Firmen und Nutzer als allgemein akzeptiert anzusehen ist.

Ziel einer solchen einheitlichen Schnittstelle ist dann der medienbruchfreie und sofortige Datenaustausch aller relevanten Daten des Hilfeersuchens zwischen der 112-Leitstelle und den 116117-Callcentern in bidirektionaler Richtung. Etwaige „Ping-Pong – Effekte“ sind nur dann auszuschließen, wenn das Ergebnis des jeweiligen anrufannahmenden Abfragesystems (SmED oder SNA der 112-Leitstelle) als gesichert für die weitere Dispositionsaufgabe übernommen wird. Dabei ist es unerheblich, ob diese Zusammenarbeit mit der 116117 als dezentrale oder als baulich-integrative Kooperation unter einem Dach geleistet wird. Weiterhin kann diese Universalschnittstelle zur Vernetzung aller weiteren Teilnehmer des Systems „Notfallversorgung“ genutzt werden. Eine beispielhafte Darstellung aus dem Land Brandenburg macht deutlich, welche Vielzahl von Schnittstellen auch heute schon durch die 112-Leitstellen bedient werden müssen und können – die Schnittstelle von und zum 116117-Callcenter ist dabei nur eine unter einer Vielzahl von Anbindungen.



In Kenntnis dieses bereits vorhandenen hohen Vernetzungsgrades der Leitstellen „112“ ist anzuzweifeln, ob die Telematik-Infrastruktur die für die im Text genannten Zwecke „Übertragung der rettungsdienstlichen Kapazitäten und aufsuchendem Bereitschaftsdienst, integrierten Notfallzentren und Krankenhäusern“ die richtige und kostengünstigste Infrastruktur für die Gefahrenabwehr darstellt. Die Telematik-Infrastruktur dient der Vernetzung der Teilnehmer am Gesundheitswesen, allerdings insbesondere auch der sicheren Übertragung von Patientendaten und zukünftig eventuell Patientenakten. Die hier durch den Gesetzgeber angestrebte digitale Vernetzung der Teilnehmer an der Notfallversorgung hat hingegen ein anderes Ziel: Es sollen im Wesentlichen Informationen über die Verfügbarkeit der einzelnen aktiven Teilnehmer am Gesundheitswesen ausgetauscht werden. Dieser Informationsaustausch kann durch einfache BSI-konforme Vernetzung der Beteiligten sichergestellt werden. Auch hier wäre es zielführender, die zu verwendenden Schnittstellen und Datenstandards und nicht den konkreten Durchführungsweg vorzugeben. Der Austausch von Patientendaten zwischen Rettungsdienst, KV-Ärzten und Krankenhäusern sollte getrennt von den Festlegungen zum reinen Informationsaustausch, z.B. zur Flottensteuerung, betrachtet werden.

Diese geplante interaktive Nutzung für notwendige Dispositionsaufgaben ist allerdings auch auf diesen Aufgabenbereich zu beschränken und darf nicht zu Eingriffen in die Aufgaben der für die örtlichen Bedarfsplanungen des Rettungsdienstes, des Brandschutzes und des Katastrophenschutzes zuständigen Gefahrenabwehrbehörden führen bzw. die Einsatzfähigkeit für kommunale Schadenlagen gefährden. Die datenschutzrechtlichen Ermächtigungen des §133b (4) sind daher auf die Zwecke der Disposition in Akutfällen zu beschränken.

#### 4. Softwarebeschaffung/Vernetzung/Finanzierung

Es ist zu konkretisieren, mit welchen Anschaffungskosten für welche Software und insbesondere welchen Leistungsumfang das BMG im § 133 b Abs. 6 kalkuliert. Bei grob geschätzter Anzahl von 240 unterschiedlich dimensionierten und ausgestatteten 112-Leitstellen in Deutschland würden auf jede Leitstelle lediglich ca. 100 TEU entfallen. Völlig unerwähnt bleiben im Entwurf die Finanzierung der Folgekosten von Softwarebeschaffung und Vernetzung. Es ist jedenfalls eine auskömmliche und langfristige Finanzierung eines realistischen Leistungsumfanges sicher zu stellen.

Ebenso verhält es sich mit dem im § 133 b Abs. 4 geforderten Anschluss der Leitstellen an die Telematik-Infrastruktur. Ist in der Begründung zur Einführung berücksichtigt, dass die Patientendaten (z.B. durch Einlesen der Gesundheitskarte) erst einmal vor Ort durch den Rettungsdienst oder den kassenärztlichen Notdienst oder sonstige berechnigte Beteiligte erhoben werden müssen, bevor die Leitstellen Zugriff auf die elektronischen Patientenakten bekommen und diese dafür ausgestattet werden müssen? Oder ist hier die Nutzung der Telematik-Infrastruktur allein als technische Plattform zur Datenübertragung gemeint? Die ungenauen Formulierungen im Gesetzentwurf weisen darauf hin, dass bei der Erstellung des Gesetzentwurfes die Besonderheiten der Aufbau- und Ablauforganisation der 112-Leitstellen und des Rettungsdienstes sowie die aus dem Aufgabenkontext entstehenden praktischen Erfordernisse nicht in der gebotenen Sorgfalt berücksichtigt worden sind.

## 5. Haftung der Leitstellendisponenten

Es ist zu begrüßen, dass die Entscheidungen der GNL gemäß § 60 Abs. 2 des Gesetzentwurfs einer ärztlichen Verordnung gleichstehen, dass zukünftig die Abfrage aller Anrufer durch die GNL standardisiert (vgl. Ausführungen zur Eignung von SmED) vorgenommen wird und die Dispositionshoheit nach § 133b Abs.1 und 2 bei den GNL liegt. Im Ergebnis würde der Besuch eines Patienten nicht mehr abhängig von der individuellen (fachärztlichen) Ausbildung und der persönlichen Motivation der am System des Kassenärztlichen Notdienstes teilnehmenden Ärzte sein, sondern ausschließlich durch die GNL entschieden werden. Es ist jedoch zu klären, ob die Entscheidung der nach jeweiligem Landesrecht ausgebildeten Leitstellendisponenten tatsächlich wie eine ärztliche Verordnung behandelt werden kann. Insbesondere ist zu klären, wie die Leitstellendisponenten bzw. Leitstellenträger von eventuellen Haftungsansprüchen freigestellt werden.

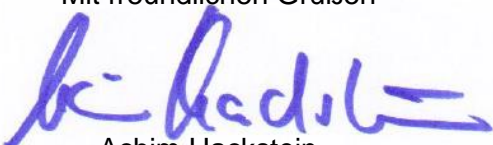
## 6. Verordnung von Krankentransportfahrten

Die vorgesehene Möglichkeit der Durchführung von Krankentransportfahrten ohne vorherige ärztliche Verordnung ist zu begrüßen. Zwecks besserer Abgrenzung zu Taxi- und Mietwagenfahrten muss zukünftig im § 60a Abs. 3 der Begriff „medizinisch-fachliche Betreuung“ durch den Gesetzgeber genauer definiert werden. Auch heute führt diese unzureichende Abgrenzung immer wieder zur Verschiebung von Krankenfahrten zwischen den Systemen. Beispielsweise sollten Infektionsfahrten und Fahrten mit Patienten, die einer speziellen Lagerung bedürfen, dem Bereich der medizinisch-fachlichen Betreuung zu zuordnen sein. Hingegen ist es fraglich, ob jeder z.B. altersbedingt nicht oder eingeschränkt gehfähige Patient außerhalb eines Not- oder Akutfalles durch sein Handicap auch gleich medizinisch-fachlich betreut werden muss. Einen weiteren speziellen Fall stellen schwergewichtige Patienten dar, die allein aufgrund ihrer Körperfülle und nicht aufgrund einer medizinischen Indikation mit den Kapazitäten des Rettungsdienstes transportiert werden. Wünschenswert wäre in diesem Zusammenhang eine generelle Regelung, nach der Krankenhausesentlassungen mit einem Einsatzmittel des Krankentransportes nach 22:00 Uhr und vor 06:00 Uhr nicht durchgeführt werden um sinnvolle Planungen und Vorhaltungen zu ermöglichen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es organisatorisch, personell und technisch sinnvoll möglich ist, die Lenkung der Patientenströme in den erforderlichen Versorgungszweig unter Beibehaltung der Aufgabentrennung von 112-Leitstelle und 116117-Callcenter neu zu strukturieren. Das System der kommunalen, nichtpolizeilichen Leitstellen deckt bereits heute den kompletten Strang der Notarzt- und Rettungsdiensteinsätze, der Einsätze im Brand- und Katastrophenschutz und überwiegend auch im Krankentransport ab. Dieses bewährte, sowie technisch und personell hoch verfügbare Netz gilt es lediglich um die zusätzlichen Schnittstellen zum kassenärztlichen Bereitschaftsdienst zur Abrundung der Reform zu ergänzen.

Der Fachverband Leitstellen e.V. steht gerne beratend zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Achim Hackstein  
(Vorsitzender)