



Wortprotokoll der 126. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 6. November 2024, 13:30 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Saal 3 101) und
Zoom-Meeting.

Vorsitz: Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Seite 7

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

BT-Drucksache 20/13166

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Verteidigungsausschuss
Haushaltsausschuss

Gutachtlich:

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

b) Gesetzentwurf der Abgeordneten Martin Sichert,
Dr. Christina Baum, Jörg Schneider, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Entwurf eines Gesetzes zur Steigerung der Blutspendenbereitschaft in der Bevölkerung

BT-Drucksache 20/10373

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Rechtsausschuss

**Mitglieder des Ausschusses**

Fraktionen	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
SPD	Baehrens, Heike Baradari, Nezahat Engelhardt, Heike Heidenblut, Dirk Mende, Dirk-Ulrich Mieves, Matthias David Moll, Claudia Müller, Bettina Pantazis, Dr. Christos Rudolph, Tina Stamm-Fibich, Martina Wollmann, Dr. Herbert	Bahr, Ulrike Cademartori Dujisin, Isabel Katzmarek, Gabriele Koß, Simona Machalet, Dr. Tanja Mesarosch, Robin Peick, Jens Schmidt (Wetzlar), Dagmar Schwartz, Stefan Stadler, Svenja Troff-Schaffarzyk, Anja Westphal, Bernd
CDU/CSU	Borchardt, Simone Föhr, Alexander Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Janssen, Anne Kippels, Dr. Georg Monstadt, Dietrich Müller, Axel Pilsinger, Dr. Stephan Rüddel, Erwin Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Czaja, Mario Janssen, Anne Knoerig, Axel Lips, Patricia Müller, Sepp Stracke, Stephan Straubinger, Max Stumpp, Christina Timmermann-Fechter, Astrid Weiss, Dr. Maria-Lena
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Grau, Dr. Armin Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula Wagner, Johannes Weishaupt, Saskia	Aeffner, Stephanie Bsirske, Frank Ganserer, Tessa Heitmann, Linda Piechotta, Dr. Paula Rüffer, Corinna Walter-Rosenheimer, Beate
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Bartelt, Christian Lütke, Kristine Teutrine, Jens Ullmann, Dr. Andrew	Alt, Renata Funke-Kaiser, Maximilian Helling-Plahr, Katrin Kuhle, Konstantin Westig, Nicole
AfD	Baum, Dr. Christina Dietz, Thomas Sichert, Martin Ziegler, Kay-Uwe	Bachmann, Carolin Bollmann, Gereon Braun, Jürgen Schneider, Jörg
Die Linke	Gürpınar, Ates Vogler, Kathrin	Sitte, Dr. Petra
BSW	Hunko, Andrej	



Liste der Sachverständigen zur öffentlichen Anhörung Notfallversorgung

Mittwoch, 6. November 2024
Marie-Elisabeth-Lüders Haus, Sitzungssaal 3 101

Verbände/Institutionen¹

- ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
- ADAC-Luftrettung
- Aktion Psychisch Kranke (APK)
- AOK Bundesverband
- Berufsverband der Deutschen Hämostaseologen (BDDH) (keine Teilnahme)
- Björn Steiger Stiftung (BSS)
- BKK Dachverband
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND)
- Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen (DGIV)
- Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA)
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
- Deutscher Berufsverband Rettungsdienst (DBRD)
- Deutscher Feuerwehrverband (DFV)
- Deutscher Landkreistag (DLT)
- Deutscher Städte- und Gemeindebund (DStGB) (keine Teilnahme)

¹ Gesamtliste aller Fraktionen



- Deutscher Städtetag
- Deutsches Rotes Kreuz (DRK)
- DRF Stiftung Luftrettung
- Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen (IKK)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
- GKV-Spitzenverband
- Hausärztinnen- und Hausärzteverband
- Johanniter-Unfall-Hilfe
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Malteser Hilfsdienst
- Mobile Retter (keine Teilnahme)
- Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands (SpiFa)
- ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
- Verband der Ersatzkassen (vdek)
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi)

Namentlich benannte Sachverständige

- Prof. Dr. Jan-Thorsten Gräsner (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein)²
- Dr. Matthias Gruhl (Gesundheitsstaatsrat a. D.)³
- Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke)⁴
- Thorben Krumwiede (CSL Behring)⁴

² Auf Vorschlag der Fraktion der SPD zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

³ Auf Vorschlag der Fraktion der CDU/CSU zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

⁴ Auf Vorschlag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur öffentlichen Anhörung eingeladen.



- Prof. Dr. Andreas Pitz (Hochschule Mannheim)³
- Marvin Pötsch (Jurist)³
- Christoph Radbruch (Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV))³
- Prof. Dr. Matthias Schrappe (Universität Köln)⁵
- Prof. Dr. Anna Slagman (Charité – Universitätsmedizin Berlin)³
- Prof. Dr. Felix Walcher (Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg)⁶

⁵ Auf Vorschlag der Gruppe BSW zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

⁶ Auf Vorschlag der Fraktion der FDP zur öffentlichen Anhörung eingeladen.



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.

**Einziger Tagesordnungspunkt**

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung**BT-Drucksache 20/13166**

b) Gesetzentwurf der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Jörg Schneider, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Entwurf eines Gesetzes zur Steigerung der Blutspendenbereitschaft in der Bevölkerung**BT-Drucksache 20/10373**

Die **amtierende Vorsitzende**, Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Guten Tag, meine sehr geehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer auf der Tribüne und online, sehr geehrte Sachverständige, sehr geehrte Vertreter der Bundesregierung und des Bundesrates, liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir freuen uns sehr, Sie heute zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zum Thema Notfallversorgung begrüßen zu dürfen. Wir freuen uns, dass Sie alle hier in Präsenz sind. Herzlich willkommen! Zahlreiche Expertinnen und Experten sind auch noch online dabei. Auch dafür vielen Dank. Sie kennen das – die meisten von Ihnen, die schon häufiger da waren –, die anderen lernen das heute kennen. Das ist wie immer eine Mischung aus Präsenz Sitzung und Online-Meeting mit den Sachverständigen. Sie, die digital dabei sind, melden sich bitte alle mit Ihrem vollen Namen an, damit wir wissen, wer Sie auch ganz genau sind. Bitte schalten Sie die Mikrofone zunächst stumm. Bevor ich zum weiteren Verfahren komme, werde ich ganz kurz, sehr knapp, etwas zum Inhalt des Gesetzes sagen. Wir hören heute verschiedene Dinge an, nämlich den Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Reform der Notfallversorgung und einen dazugehörigen Änderungsantrag⁷ der Koalitionsfraktionen und einen Änderungsantrag⁸ der CDU/CSU und zusätzlich einen Gesetzentwurf der Fraktion der AfD zur Steigerung der Blutspendenbereitschaft in der Bevölkerung. Alle Sachverständigen haben sich mit dem anzuhörenden Gegenstand sehr ausführlich vertraut gemacht. Aber wir werden ja auch

im Plenarfernsehen übertragen und die Anhörung ist später auf der Homepage des Gesundheitsausschusses auch abrufbar, deshalb erkläre ich für die Menschen, die nicht so tief im Thema sind, ganz knapp, worum es heute geht. Wir beraten also einen Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung in Deutschland. Warum ist es notwendig, hier eine Reform durchzuführen? Menschen in einer akuten medizinischen Notlage müssen – das ist ja klar – jederzeit unmittelbar Hilfe und eine qualitativ hochwertige Versorgung erhalten. Nun verfügt Deutschland über ein sehr umfassend ausgebautes Akut- und Notfallversorgungssystem und über ein etabliertes Rettungswesen. Die drei Versorgungsbereiche – Vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und die Rettungsdienste – sind aber nicht so miteinander verknüpft, dass alle Personen, die in Not sind, auch allzeit die sinnvollen, notwendigen und gebotenen Hilfen erreichen. Das soll sich eben ändern. Es sollen daher gesetzliche Maßnahmen ergriffen werden, um die Vernetzung dieser Versorgungsbereiche, die Steuerung der Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene zu entwickeln und sicherzustellen und somit die passgenaue Notfallversorgung für alle Hilfesuchenden zu verbessern. Das gilt insbesondere auch für psychisch kranke Personen, die nämlich im aktuellen System häufig nicht die adäquaten Hilfesysteme überhaupt erreichen und finden. Zudem hat die AfD-Fraktion einen Antrag gestellt. Die AfD will mit ihrem Gesetzentwurf ändern, dass die Blut- und Blutbestandteile wie Blutzellen oder Blutplasma nicht in dem ausreichenden Maße vorhanden sind, wie wir das aktuell benötigen, weil die Spenderbereitschaft aus Sicht der AfD-Fraktion zu gering ist. Sie wollen das ändern, indem jeder Spender und jede Spenderin einen Mindestbeitrag von 75 Euro als Aufwandsentschädigung für die Spende erhalten sollen. Das sind die Vorlagen, die wir heute diskutieren, zusätzlich die Änderungsantragspakete, die Ihnen zugegangen sind. Wie gehen wir vor? Es stehen uns insgesamt 90 Minuten für diese Anhörung zur Verfügung. Die Zeitmessung beginnt, wenn die erste Frage gestellt wurde. Das Fragerecht geht zwischen den Fraktionen, immer eine nach der anderen kommt dran, und zwar nach ausschussinternen Vereinbarungen, wo die Fragezeit den Gruppen- und Fraktionsgrößen entspricht. Die Fragezeit wird auf verschiedene Zeitblöcke

⁷ Anlage 1 Ausschussdrucksache 20(14)231.1

⁸ Anlage 2 Ausschussdrucksache 20(14)231.2



verteilt. Wenn Sie sich also als Fragende und als Sachverständige so kurz wie möglich und so umfassend wie nötig einlassen, können relativ viele Fragen beantwortet werden. Das kommt allen zugute. Wir hatten früher einmal die Regel im Ausschuss, dass Sie, wenn Sie adressiert werden, jedes Mal wieder Ihren Namen und Ihren Verband nennen müssen. Das haben wir abgeschafft, weil ich Sie ohnehin jedes Mal mit Namen aufrufe und das Protokoll und die Zuhörenden sehr genau wissen, wer das ist. Diese Zeit können wir uns also künftig sparen. Was ich Ihnen aber nicht ersparen kann, ist, dass Sie beim ersten Aufruf mitteilen müssen, sollten Sie etwaige finanzielle Interessensverknüpfungen in Bezug auf den Beratungsgegenstand haben, dann müssen Sie diese offenlegen. Wenn Sie online befragt werden, werden Sie ab dem Moment, wo Sie anfangen zu sprechen und Ihr Mikro geöffnet haben, hier im Zentrum des Anhörungssaals ganz prominent auf einem Würfel mit Screens zu sehen sein und sind dann eben im Fernsehen und für uns hier im Saal sichtbar. Die Anhörung wird live im Parlamentsfernsehen heute übertragen und das Wortprotokoll wird anschließend auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Vielen Dank, dass Sie gekommen sind. Danke auch allen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Diese werden ebenfalls im Internet veröffentlicht. Auf der Besuchstribüne sind relativ viele Menschen. Darüber freuen wir uns sehr. Ich darf Sie aber darauf hinweisen, dass Sie weder Beifall spenden dürfen noch Missfallensäußerungen machen dürfen oder filmen. Sie können das Filmmaterial später aus der Parlamentsmediathek verwenden. Ansonsten aber freuen wir uns, dass Sie da sind und aufmerksam zuhören. Die Mobiltelefone bitte alle ausschalten. Wenn es klingelt, kostet das fünf Euro für einen guten Zweck. Jetzt geht es los mit der ersten Frage. Das erste Fragekontingent umfasst zehn Minuten und gehört der SPD und die erste Frage stellt die Kollegin Heike Baehrens. Bitte.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an Frau Elsner vom vdek. Ein wesentliches Ziel des Gesetzentwurfs ist eine bessere Vernetzung der beteiligten Akteure zur effizienteren und bedarfsgerechten Versorgung von Patientinnen und Patienten. Wie bewerten Sie das derzeitige System der Notfallversorgung in Deutschland? Rechnen Sie mittelfristig mit

Kostenentlastungen durch die Notfallreform und erwarten Sie eine Verbesserung der Patientensteuerung und damit eine bessere Versorgung der Versicherten?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Elsner, bitte.

Ulrike Elsner (Verband der Ersatzkassen (vdek)): Vielen Dank Frau Abgeordnete Baehrens für Ihre Frage. Das aktuelle System der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes weist massive Qualitätsdefizite aus und ist auch ineffizient, sodass es sehr wichtig ist, dass dieser Gesetzentwurf in dem Paket Notfallversorgung und Rettungsdienst zusammen verabschiedet wird. Wir erwarten uns dadurch einen Qualitätssprung in der Versorgung und wir erwarten uns dadurch auch, wenn wir Verbindlichkeiten tatsächlich organisieren und schaffen können, einen wirtschaftlichen Einsatz dann eben auch der Beitragsmittel. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Dr. Wollmann, Sie dürfen fortfahren.

Abg. **Dr. Herbert Wollmann** (SPD): Meine erste Frage richtet sich an die Johanniter-Unfall-Hilfe. Wie beurteilen Sie die Aufnahme des Rettungsdienstes als eigenständigen Leistungsbereich im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, also SGB V, mit Hinsicht auf Chancen und Risiken? Wie schätzen Sie die schon vorliegenden Eingaben, zum Beispiel des Landkreistages, in dieser Beziehung ein?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Grigorian, bitte schön.

Kevin Grigorian (Johanniter-Unfall-Hilfe): Vielen Dank. Die Johanniter-Unfall-Hilfe steht einer Aufnahme grundsätzlich positiv gegenüber, wobei wir bedenken müssen, dass die Regelungen zum Rettungsdienst – also Struktur, Organisation – bei den Ländern obliegen und hier vor allen Dingen der Qualitätsausschuss Notfallrettung, der hier angedacht ist, in puncto Besetzung, Themenfindung und aber auch Bindungswirkung dieser Empfehlungen noch deutlich nachgebessert werden



müsste, weil ansonsten die Regelungsfreiheit der Länder massiv eingeschränkt werden würde.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Und Herr Heidenblut, bitte sehr.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Vielen Dank. Meine Frage geht an die Bundespsychotherapeutenkammer. Ist aus Ihrer Sicht eine Präzisierung des Auftrags an den G-BA nötig, der die personelle Ausstattung der integrierten Notfallzentren (INZ) ausgestaltet, um die Struktur und das medizinisch-psychotherapeutische Versorgungsangebot für Menschen mit psychischen Erkrankungen sicherzustellen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Benecke, Sie haben das Wort.

Dr. Andrea Benecke (Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)): Vielen Dank für diese Frage. Ja, das halten wir für außerordentlich wichtig. In den Vorgaben sollte ergänzt werden, dass auch eine qualifizierte Einschätzung des akuten Versorgungsbedarfs von Menschen mit psychischen Krisen und Erkrankungen sowie der hierfür geeigneten Versorgungsebene einschließlich einer akuten Krisen- und Notfallversorgung in den INZ sichergestellt werden soll. Das könnte in § 123 Absatz 3 im SGB V dann geschehen. Eine entsprechende Ergänzung sollte auch zu den telemedizinischen oder telefonischen Konsilien als Unterstützung der INZ bei psychischen Krisen und Erkrankungen vorgenommen werden, weil, nicht immer kann jemand vor Ort sein, aber es sollte unbedingt ermöglicht werden, dass dann über Telekonsile jemand hinzugezogen werden kann.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön, Herr Dr. Mende.

Abg. **Dirk-Ulrich Mende** (SPD): Vielen Dank. Ich habe eine Frage an die Björn Steiger Stiftung. Und zwar Folgendes: Ein wichtiges Ziel des Gesetzes ist es, dass Patientinnen und Patienten möglichst schnell in die richtige, das heißt bedarfsgerechte Versorgung kommen. Ob das gelingt, hängt

maßgeblich davon ab, wie gut die Leitstellen funktionieren, die die Patientensteuerung übernehmen. Gerade vor dem Hintergrund der Stellungnahmen des Landkreistages ist meine eine Frage an Sie: Wie ist Ihre Einschätzung zur Qualität und Leistungsfähigkeit dieser Leitstellen in Deutschland? Was verändert das Gesetz in dieser Hinsicht? Gibt es aus Ihrer Sicht noch weitergehenden Änderungsbedarf?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Chwojka, bitte.

Christof Constantin Chwojka (Björn Steiger Stiftung (BSS)): Danke für den Aufruf und die Frage. Also die 239 deutschen Leitstellen arbeiten völlig unterschiedlich – nicht nach einheitlichen, schon gar nicht nach internationalen Standards. Es gibt einen dringenden Handlungsbedarf im Bereich der Alarmierung sogar, wo in weiten Bereichen Deutschland nicht das nächstliegende geeignete Rettungsmittel, sondern ein örtliches Zuständiges alarmiert wird. Es existiert in vielen Bereichen keine Telefonanleitung bei Reanimationen und Erstickungsnotfällen und auch die Alarmierung von First Respondern und Defibrillatoren existiert in weiten Bereichen nicht. Vor allem aber wurde die internationale Entwicklung bei der Veränderung der Leitstellen hin zu Gatekeepern verschlafen. Die Entwicklung der Leitstellen von der behördlichen Alarmierungsstelle hin zum modernen Service-Center und Gatekeepern wird durch das Gesetz endlich eingeleitet. Ziel muss es sein, dass der Patient kriegt, was er braucht, nicht, was er gerne hätte, und das beim Best Point of Service.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Frau Stamm-Fibich.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Vielen Dank. Meine Frage geht an den Hausärzterverband, an Herrn Dr. Beier. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Notdienstpraxen Versorgungsverträge mit öffentlichen Apotheken schließen können. Wie beurteilen Sie diese Regelung aus der Versorgungsperspektive und sehen Sie hier noch weiteren Regelungsbedarf, zum Beispiel im aufsuchenden Dienst?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Beier, bitte sehr.



Dr. Markus Beier (Hausärztinnen- und Hausärzterverband): Ja, aus unserer Sicht ist es so, dass es in dem, wo wir mobile Patienten vorliegen haben, in der Regel die Situation gut ist. Das wäre ein zusätzliches Angebot, was wir aber schon sehen, und das verstehen wir auch nicht ganz, warum der Gesetzgeber genau an der Stelle der Mobilien eingreift und nicht an der der bettlägerigen Patienten, dass wir im aufsuchenden Dienst ja eher zu Unzeiten ein Problem haben, mal an Schmerzmittel oder Antibiotika zu kommen. Wir wollen da kein Dispensierrecht. Aber es wäre sinnvoll, dass wir zum Beispiel eine Notfalltasche im Hausbesuchsdienst hätten, wo wir auch vor Ort Medikamente abgeben könnten.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Müller, bitte sehr.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich hätte eine Frage an Herrn Prof. Pitz. Der Bundesrat geht davon aus, dass der Bund keine Gesetzgebungskompetenz auf dem Gebiet des Rettungsdienstes hat. Wie beurteilen Sie diese Haltung und was folgt daraus in Bezug auf die Regelungen im Änderungsantrag 1 der Koalitionsfraktionen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Pitz, bitte sehr.

Prof. Dr. Andreas Pitz (Hochschule Mannheim): Die Auffassung des Bundesrats teile ich ausdrücklich nicht. Selbstverständlich kann der Bundesgesetzgeber über seinen Kompetenztitel der Sozialversicherung die Ansprüche der Sozialversicherten, in dem Fall der gesetzlich Krankenversicherten, regeln. Er kann auch die Finanzierung und die Ausgestaltung der Finanzierung regeln. Dass das einen Reflex hat auf den Leistungserbringer, das ist völlig normal. Da gibt es jetzt keine Unterschiede zu anderen Bereichen. Und eines darf man sicherlich auch nicht vergessen: Er hat natürlich auch eine Schutzpflicht gegenüber seinen Versicherten im Sozialversicherungssystem und der Bevölkerung ganz allgemein. Denn wir müssen feststellen, dass das Landesrecht im Bereich Rettungsdienst sehr heterogen ist. Wenn wir eine gleichwertige, bedarfsgerechte Versorgung aller Versicherten, aller Bürger sicherstellen wollen, dann geht das auch

nur über den Weg der Bundeskompetenz. Udo Di Fabio, ehemaliger Bundesverfassungsrichter, hat sich mit einem Gutachten sehr intensiv auseinandergesetzt und ist auch zu dem Ergebnis gekommen, dass der Bund sogar eine Garantenstellung in dem Bereich hat.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Frau Baehrens.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Dann würde ich da gerne noch mal anschließen, Herr Prof. Dr. Pitz. In Ihrer Stellungnahme führen Sie ja aus, dass der Bund sogar verpflichtet sein kann, Regelungen im Bereich des Rettungsdienstes zu treffen. Könnten Sie das noch mal erläutern, worauf sich das bezieht?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Pitz, dann fahren Sie fort.

Prof. Dr. Andreas Pitz (Hochschule Mannheim): Danke. Man muss es auf zwei Dimensionen sehen. Das eine ist, dass er natürlich als Bestandteil der Krankenbehandlung im SGB V diesen Anspruch regeln muss. Er kann es nicht immer als Nebenleistung laufen lassen. Ich habe dargestellt, dass wir gerade im Sozialrecht einen sehr engen Gesetzesvorbehalt haben. Das macht es schon notwendig. Daneben gibt es eben auch noch die grundrechtliche Pflicht aus Art. 2 Absatz 2 Grundgesetz, Schutz von Leben und Gesundheit, die dann eben anknüpft an diese sehr heterogene Situation, die wir derzeit in den Ländern feststellen, mit zunehmender Tendenz.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Jetzt geht das Fragerecht an die CDU/CSU. Herr Dr. Kippels hat das Wort. Bitte schön.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Unsere erste Frage richtet sich an Herrn Dr. Matthias Gruhl. Der Gesetzentwurf der Notfallreform sieht in § 75 Absatz 1b SGB V vor, dass die Kassenärztliche Vereinigung qualifiziertes nichtärztliches Personal auch in Kooperation mit den Rettungsdiensten einsetzen können. Die



Bertelsmann Stiftung hat kürzlich eine Expertise zur Neujustierung der Rettungsdienstberufe vorgelegt, die sich auch mit dieser Frage befasst. Welche fachlichen Voraussetzungen sind Ihrer Meinung nach notwendig, um diese Aufgabe zu erfüllen? Sind Fachkräfte im Rettungsdienst für eine solche Aufgabe ausgebildet?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Gruhl, Sie sind online dabei und haben das Wort.

Dr. Matthias Gruhl (Gesundheitsstaatsrat a. D.): Keine finanziellen Interessenkonflikte. Vielen Dank für die Frage. Ich glaube, das ist ein ganz wesentliches, neues und auch fortschrittliches Element, das im Gesetzgebungsverfahren jetzt eingebracht worden ist. Es ist die Verzahnungsmöglichkeit zwischen dem Kassenärztlichen Notdienst und dem Rettungsdienst, und zwar nicht nur im Sinne einer gemeinsamen Perspektive für bestimmte Leistungen, sondern auch im Hinblick auf die Realität. Bereits heute nimmt der Rettungsdienst 30 Prozent seiner Einsätze in der Ebene der Notfallgrundversorgung vor. Und eigentlich gibt es nur eine qualifizierte rettungsdienstliche Fachkraft, die überhaupt für solche schwierigen Aspekte der Medizin und der Versorgung infrage kommt. Das sind die Notfallsanitäter. Die sind perfekt ausgebildet für die Herstellung und Wiederherstellung und Bewahrung vitaler Funktionen. Sie sind, und das hat auch die Studie in der Bertelsmann Stiftung ergeben, nicht prädestiniert für die Notfallgrundversorgung. Sie können beispielsweise nicht unterscheiden, ob ein Schmerz im Rücken nun ein Hexenschuss ist oder eine Nierenbeckenentzündung. Oder Sie können Medikamente in der Blutdruckversorgung nicht auf ihre Nebenwirkungen einschätzen, die der Patient möglicherweise eingenommen hat. Das heißt, wir müssen, wenn wir diese Verzahnung – die sehr sinnvoll ist – wirklich qualitativ ausfüllen wollen, nachlegen bei der Ausbildung oder der Qualifikation der Notfallsanitäter. Das ist aber nicht einfach ein Add-on, was man durch ein bisschen Weiterbildung hinkriegen kann, sondern es ist ein eigenes medizinisches Fachgebiet. Und dafür ist es eigentlich der Vorschlag der Expertenkommission, eine ähnliche Konstruktion zu wählen wie beim Physiotherapeutengesetz. Es bleibt bei der fachschulischen Ausbildung von Notfallsanitätern, die in den bisherigen Rettungsdienstbereich reingehen.

Aber wir brauchen eine Zusatzqualifikation und eine andere Ausbildung, die breiter, die wissenschaftlich ausgerichtet ist, für Notfallsanitäter, die auch in der Grundversorgung zusätzlich tätig sind. Die Idee ist also, die Notfallsanitäter für dieses völlig andere, aber wichtige Themenfeld der Notfallgrundversorgung zusätzlich durch eine akademisierte Ausbildungsmöglichkeit mit jeweiligen Wechselmöglichkeiten in der Weiter- und Fortbildung vorzusehen und insofern diese wichtige Aufgabe stärker zu qualifizieren, als sie bisher bei den Notfallsanitätern in der Ausbildung drin ist. Das ist eines der Elemente.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Dr. Pilsinger.

Abg. **Stephan Dr. Pilsinger** (CDU/CSU): Frau Vorsitzende, vielen Dank für das erhaltene Wort. Ich habe eine Frage an die DRF Stiftung Luftrettung und den ADAC. Welchen Vorteil bietet die Luftrettung generell und was wäre für ihren weiteren Ausbau notwendig?

Die **amtierende Vorsitzende**: Dieselbe Frage an beide? Dann beginnen wir mit Herrn Bruder, bitte.

Frédéric Bruder (ADAC-Luftrettung): Vielen Dank für die Frage. ADAC-Luftrettung. Ich glaube, die Vorteile sind vielfältig. Die Luftrettung kann sowohl in Ballungsräumen mit ihrer medizinischen Kompetenz sehr hohe und komplexe medizinische Akutsituationen lösen, aber auch in ländlichen Gebieten, wo es weniger Krankenhausstrukturen, weniger Arztpraxen gibt, dort sicherlich auch in niedrigen Gegenden große Hilfe leisten. Dementsprechend begrüßen wir auch sehr, was hier als Änderungsanträge kommt. Das hat einen hohen Mehrwert für die Verbesserung des Rettungsdienstes allgemein.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Pracz, die gleiche Frage, bitte.

Dr. Krystian Pracz (DRF Stiftung Luftrettung): Ich habe da nichts zu ergänzen. Das entspricht unserer Sicht.



Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Dann Herr Monstadt.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Danke sehr, Frau Vorsitzende. Ich möchte meine Frage an Herrn Prof. Dr. Gräsner richten. Sollte in § 60 Absatz 2 für genehmigungsfreie Verlegungstransporte die zusätzliche Möglichkeit aufgenommen werden, dass in speziellen Zentren behandelte Patienten in kleinere Krankenhäuser verlegt werden können, sog. Abwärtstransporte? In der aktuellen Regelung gilt als Grund nur die zwingende medizinische Behandlung, sog. Aufwärtstransport. Damit werden immer wieder Abwärtsverlegungen nicht erstattet beziehungsweise abgelehnt.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Gräsner, bitte.

Prof. Dr. Jan-Thorsten Gräsner (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein): Vielen Dank für die Frage. Keine Interessenkonflikte. Ja, das ist ein tatsächliches Problem, was wir in Deutschland gesehen haben im Rahmen der damaligen Kleeblatt-Verlegung. Zu Beginn der Corona-Pandemie ging es genau darum, genehmigungsfreie Intensivkapazitäten zu schaffen, wir Patienten entsprechend entweder abwärts, das heißt von einem höheren Krankenhauslevel in ein geringeres oder seitengleich, also parallel verlegt haben. Das hat uns in der Anfangsphase richtig Probleme gemacht. Wir haben diese Möglichkeit mit den Kassen heftig diskutiert. Deswegen sollte als zusätzliche Möglichkeit für genehmigungsfreie Verlegungstransporte die Möglichkeit aufgenommen werden, dass in speziellen Zentren behandelte Patienten auch abwärts verlegt werden können. Das sichert in diesen Zentren dann die Neuaufnahme für andere Patienten, blockiert diese Betten nicht und ist dementsprechend zu begrüßen, dass dieser Passus mit ergänzt wird. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke und Herr Rüd-
del, bitte.

Abg. **Erwin Rüd-
del** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau
Vorsitzende. Ich habe eine Frage an Herrn Thorben
Krumwiede. In den letzten Jahren gefährdeten Lie-
ferengpässe, insbesondere auch bei

Immunglobulinen immer wieder die kontinuierliche Versorgung von Patienten mit Plasmapräparaten. Wie bewerten Sie in diesem Zusammenhang den vorliegenden Entwurf?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Krumwiede, bitte schön.

Thorben Krumwiede (CSL Behring): Vielen Dank für die Frage. Ganz kurz vorweg: Bei Plasma handelt es sich um ein Material, Rohstoff menschlichen Ursprungs, der bei der Behandlung von Patienten mit überwiegend seltenen Erkrankungen eingesetzt wird, der nicht chemisch hergestellt werden kann. Das heißt, für die Versorgung dieser Patienten ist man auf Plasmaspenden angewiesen. Die Plasmatherapien selbst sind hochkomplex und erfordern ca. sieben- bis zwölfmonatigen Produktionsvorlauf. Auch das ist hier besonders wichtig zu beachten. Wir sehen einen steigenden Bedarf an Blutplasmapräparaten und eine begrenzte Verfügbarkeit. In den letzten Jahren, speziell in der Corona-Zeit, gab es immer wieder Engpässe in der Produktion, aber auch Engpässe bei den Patientinnen und Patienten, die auf diese Medikation angewiesen sind. Wir haben in Deutschland etwa 1,5 Millionen Plasmaspenden pro Jahr. Die Anzahl reicht nicht aus. Etwa 3,5 Prozent der Erwachsenenbevölkerung spenden regelmäßig Blut. Die Plasmaspende-Bereitschaft ist noch deutlich geringer. Dabei sind ungefähr 30 Prozent der Bevölkerung spenderfähig. Hier ist unheimlich viel Luft nach oben, diese Menschen zur Plasma- bzw. Blutspende zu motivieren. Wir sehen die Abnahme der Spendenbereitschaft. Wir sehen den demografischen Wandel. Wir sehen die Nachfrage nach Plasmaspenden deutlich ansteigend. Die Erhöhung der Aufwandsentschädigungen kann hier keine alleinige Lösung sein. Ich leite an einem Beispiel. Es gibt Patienten, die leiden an dem sogenannten hereditären Angioödem, benötigen im Jahr rund 1 200 Plasmaspenden. Wenn Sie also hier den Rohstoffpreis um 50 Euro erhöhen würden, von momentan 25 auf 75 Euro, dann würden Sie die Therapiekost um 60 000 Euro im Jahr steigern. Zielführend wären hier die Aufmerksamkeit für Plasma in der Bevölkerung zu erhöhen, die Awareness zu steigern. Wenn es also hier gelingt, die Bereitschaft zu erhöhen, dann wäre man auf dem richtigen Weg. Dazu braucht es organisatorische und



Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel in der Herstellung selbst die Streichung der Datumsgrenze, Befreiung der Immunglobuline, die Anpassung des Herstellerabschlags, aber auch das Verbot der kostengetriebenen Out-Eating-Substitutionen für Blutplasma-Produkte. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Und Herr Föhr hat eine Frage, bitte schön.

Abg. **Alexander Föhr** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die DRF und an den ADAC. Welche Rolle kommt der Luftrettung nach der vom Bundestag beschlossenen Krankenhausreform zu, wenn die Notfallversorgung an Kliniken, gerade in ländlichen Regionen, vielleicht nicht mehr flächendeckend gewährleistet sein wird?

Die **amtierende Vorsitzende**: Beginnen wir jetzt mit Dr. Pracz.

Dr. Krystian Pracz (DRF Stiftung Luftrettung): Vielen Dank. Wenn es wirklich zu der Reduzierung von Häusern kommt und zu einer Zentralisierung in größeren Zentren, werden sich definitiv Transporte über längere Strecken, auch von medizinisch kritischen Personen, häufen oder erweitern. Und dafür braucht es dann tatsächlich schnelle Rettungsmittel, wie es die Luftrettung eben einmal leistet. Was das Thema in den ländlichen Gebieten betrifft, so muss man vielleicht noch einen Nebenaspekt hinzufügen, dass, wenn man das nicht mit der Luftrettung macht, sondern mit bodengebundenen Transporten, dann in den eh schon dünn besiedelten ärztlichen Gebieten eben auch die Ärzte für längere Zeit fehlen. Damit ist die Luftrettung elementarer Bestandteil dieser Zentralisierung. Ohne sie wird es ein bisschen schwieriger werden.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Bruder.

Frédéric Bruder (ADAC-Luftrettung): Dem kann ich mich nur anschließen mit der Ergänzung, dass insbesondere in den ländlichen Gebieten, wo schon insbesondere in der Dunkelheit nachts oder im Winter schon ab 16, 17 Uhr weniger Rettungsmittel zur Verfügung stehen, die Luftrettung eine Lösung

sein kann. Die Luftrettung kann heute schon 24/7 fliegen. Das Einzige, was bisher dagegenspricht, sind regulatorische Themen. Also technologisch geht das problemlos. Die meisten Verträge und Beauftragungen geben es nicht her, aber es ist heute schon absolut möglich.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Jetzt geht das Fragerecht an Bündnis 90/DIE GRÜNEN. Herr Dr. Dahmen, bitte.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde gerne Herrn Prof. Karagiannidis fragen wollen. Handelt sich bei diesem Notfallgesetz, was wir heute hier anhören, um ein wichtiges oder eher nachrangiges Gesetz? Kostet das Gesetz Geld oder spart es am Ende des Tages Geld?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Karagiannidis, bitte sehr.

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten-Herdecke): Ich halte das Gesetz für ausgesprochen wichtig. Wir hatten gerade mit der Barmer nochmal die Versicherten im Jahr 2019 geguckt und gesehen, dass wir, egal mit welchem Rettungsmittel eingewiesen wird ins Krankenhaus oder fußläufig, ein Drittel der Fälle leicht oder mittelschwer sind, die eigentlich nicht zwingend im Krankenhaus behandelt werden müssten. Das bedeutet, dass das Gesetz wirklich elementar ist und auch schnell kommen muss, dass wir insbesondere eine effektive Patientensteuerung in Deutschland hinbekommen. Über die integrierte Leitstelle, so wie es vorgesehen ist, ist ein wesentlicher Schlüssel, um personelle und wirtschaftliche Ressourcen im System zu sparen. Darüber hinaus muss man sagen, ich glaube, der größte Hebel – und der Sachverständigenrat hat das Ganze mit einem zweistelligen Milliardenbetrag beziffert – wird sicherlich darin bestehen, dass wir versuchen, möglichst viele Patienten fallabschließend vor dem Krankenhaus zu behandeln, ohne dass die hohen stationären Kosten entstehen. Dazu ist es zwingend notwendig, dass wir den Rettungsdienst im SGB V regeln müssen.



Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön, Dr. Dahmen, fahren Sie fort.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Ich würde den Sachverständigen gerne weiter fragen wollen. Welche Bestandteile, die bereits im Gesetz angelegt sind oder über Änderungsanträge heute vorliegen, sind für das Zustandekommen dieser Effizienzsteigerung entscheidend?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Karagiannidis, dann fahren auch Sie fort.

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten-Herdecke): Ich denke, wir haben ja ganz grundsätzlich, ich würde fast sagen, vier Säulen in der Notfallversorgung der Bevölkerung. Das sind Rettungsdienst, das sind die Notaufnahmen, das ist der KV-Dienst und natürlich auch die Hausärzte. Die sollten wir bei der Notfallversorgung nicht vergessen. Die machen unglaublich viel in Deutschland. Ich glaube, damit das System insgesamt funktioniert, brauchen vor allen Dingen die ersten drei Säulen eine wirklich hundertprozentige, verbindliche Regelung. Das bedeutet, ich muss auch immer da sein. Ich brauche einheitliche Qualitätsvorgaben zu den personellen Ausstattungen – die Regierungskommission hatte sich dazu geäußert und auch zu den technischen Ausstattungen. Wenn ich das zu 100 Prozent vorhalten muss, in allen Bereichen, damit es funktioniert, muss in meinen Augen natürlich auch auskömmlich finanziert sein.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön, Herr Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde gerne den Sachverständigen weiterfragen wollen. Hinsichtlich einer verlässlichen ambulanten Notfallversorgung sieht das Gesetz vier Bestandteile vor: Telemedizinische Beratung, zweitens aufsuchende Dienste, drittens Versorgung in integrierten Notfallzentren und viertens die Versorgung in Notfall- und Kooperationspraxen der Kassenärztlichen Vereinigung. Wie wichtig sind diese Elemente in Bezug auf eine wirtschaftlichere und qualitative Notfallversorgung und wo sind

Anpassungen im Gesetz erforderlich?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Karagiannidis, bitte sehr.

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten-Herdecke): Ich glaube, gerade noch mal im Hinblick darauf, dass wir diese effektive Patientensteuerung haben müssen und dass wir versuchen müssen, möglichst wenige Patienten stationär aufzunehmen oder wirklich nur die, die es dann auch wirklich brauchen, und nicht zu viele Fehlbelegungen mit leichten und mittelschweren Notfällen, ist natürlich diese Verfügbarkeit 24/7 von der strukturierten, qualitätsgesicherten Ersteinschätzung und dann auch kombiniert mit einer telemedizinischen und teleärztlichen Behandlung essentiell. Auch das muss in meinen Augen auskömmlich vergütet sein, damit es entsprechend privatwirtschaftlich oder von den Kommunen her angeboten wird. Aber das ist ein ganz wesentlicher Schlüssel, dass ich verhindere, dass Patienten ins Krankenhaus kommen und dass ich vorher schon zur Not nur mit Telefonberatung oder am besten auch telemedizinisch fallabschließend behandeln kann. Der zweite Punkt, wir hatten ja eben schon mal gehört, diese aufsuchenden Bereitschaftsdienste der KV. Ich glaube, da wäre es gut, wenn der Gesetzgeber das noch etwas klarer formulieren würde als im Moment. Ich glaube, es ist nicht notwendig, weil wir einen extrem gut ausgebauten Rettungsdienst in Deutschland haben, dass dieser aufsuchende Bereitschaftsdienst der KV unbedingt schnell beim Patienten sein muss. Das sind einfache Notfälle. Da geht es vielleicht auch mal darum, dass man sich 20, 30 Minuten Zeit nimmt, wenn ein Patient mit ihm redet. Ich glaube, das kann man auch in der Zeitfrist machen von zwei, drei, vier, fünf, sechs Stunden. Das muss man nicht unbedingt sofort machen. Ich glaube, wir würden gut daran tun, wenn wir das gesetzlich eindeutig regeln würden. Was unsere Leitstellen betrifft und dann die integrierten Notfallzentren, das ist eben auch schon mal angeklungen, das Ganze wirklich standardisiert machen. Es muss absolut bundeseinheitlich sein und qualitätsgesichert. Ich glaube, wir würden wirklich gut daran tun, wenn die Daten auch ähnlich wie die Krankenhäuser ihre 21-er Daten zur Verfügung stellen, auch der Rettungsdienst in Zukunft solche Daten zur Verfügung steht. Weil nur so kommen wir



qualitativ auch inhaltlich weiter. Das Gleiche gilt für die integrierten Notfallzentren. Da ist der gemeinsame Tresen geplant. Wir brauchen eine bundeseinheitliche Regelung mit Ersteinschätzungsverfahren, die qualitätsgesichert sind. Was mir vielleicht noch abschließend wichtig ist: Wir sollten eine einheitliche Bevölkerungskommunikation anstreben, dass man der Bevölkerung sagt: „Du kannst von dann bis dann in das integrierte Notfallzentrum gehen.“ Und ich glaube auch im Hinblick auf die Niedergelassenen, um die Ressourcen ein Stück weit zu sparen, könnte ich auch sehr gut damit leben, dass wir sagen, das ist unter der Woche bis 22 Uhr geöffnet oder vielleicht bis 0 Uhr und am Wochenende nur untertags.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön, Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Ich würde den Sachverständigen abschließend noch fragen: Sie haben ja jetzt auf einige Gutachten bereits in Ihren Antworten hingewiesen, dass insbesondere der Anteil kurzstationärer Aufenthalte in der Notfallversorgung zu hoch ist. Wenn da jetzt ein größerer Anteil ambulant in Notaufnahmen versorgt werden soll, welche andere Form der Finanzierung bräuchte es denn da?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Karagiannidis.

Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten-Herdecke): Ich glaube, wir haben mindestens drei Hebel, um das Ganze so zu verbessern, dass der Anreiz, dass wir möglichst viel stationär aufnehmen in Deutschland, geringer wird, so wie es international auch üblich ist. Wir haben im KHVVG geregelt, dass es eine Leistungsgruppe Notfallmedizin geben soll. Ich glaube, wir täten gut daran, wenn wir dieser Leistungsgruppe keine Fälle zuordnen – ich halte das für nicht möglich in unserem System – und stattdessen sagen, die Notaufnahmen bekommen ein hundertprozentiges Vorhaltbudget, gestuft nach den drei sehr guten Notfallstufen, die der G-BA definiert hat. Das Budget, das den Notaufnahmen zur Verfügung gestellt wird, sollte, glaube ich, aus dem stationären Budget vorher ausgegliedert werden. Dann haben wir, glaube

ich, eine gerechte Abbildung dessen, was in den Kliniken passiert. Der einzelne Fall ist gerade in den Krankenhäusern eher schlecht vergütet, muss man sagen. Was auch einen hohen Anreiz setzt, die Patienten stationär aufzunehmen. Deswegen würde ich dazu raten, dass wir zumindest alle Fälle vollstationär abrufen können. Und das Gleiche geht natürlich auch in den KV-Bereich. Wenn ich die Patienten gut behandeln will, dann brauche ich auch eine Anpassung des EBM's und eine auskömmliche Vergütung für die Patienten, damit sich so eine Praxis am Haus auch trägt.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Die 40 Sekunden in die zweite Runde? Gut, dann machen wir das so. Dann geht das Fragerecht jetzt an die FDP. Prof. Ullmann, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine erste Frage geht an den Spitzenverband der Fachärzte Deutschland, Herrn Dr. Weinhart. Wie bewerten Sie die geplante Neufassung des § 123 SGB V, welche die Leitung und Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle, sogenannte gemeinsame Tresen, an das Krankenhaus des INZ-Standortes überträgt? Welche Maßnahmen könnte die Ambulantisierung hier weiter vorantreiben?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Weinhart, bitte.

Dr. Helmut Weinhart (Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands (SpiFa)): Vielen Dank für die Frage. Keine Interessenskonflikte. Wir bewerten das sehr kritisch. Das widerspricht den wissenschaftlichen Empfehlungen zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung. Das hat ja auch der Sachverständigenrat Gesundheit bereits 2018 empfohlen, die Ersteinschätzung in den INZ in die Leitung und Verantwortung des ambulanten Systems, also vom Krankenhaus unabhängigen Ärzten und Ärztinnen zu legen, um bettenauslastungsorientierte Fehlsteuerung – genau das, was vorher auch angesprochen wurde –, zu vermeiden. Genau das empfehlen wir auch vom Spitzenverband. Aus unserer Sicht ist im Zuge dessen und unter der Prämisse, diese Ambulantisierung voranzutreiben, ebenfalls zu beachten, dass Notaufnahmen, welche



eben nicht Teil eines INZ sind, konsequenterweise nicht weiter betrieben werden sollten, um diesen Bypass-Effekt auch wirklich zu vermeiden. Sonst ist kein Einsparpotenzial vorhanden. Denn nur dann kann durch die Reduzierung unnötiger stationärer Aufnahmen zu erwartenden Höchstvolumen, dann ausreichend der Empfehlung des Sachverständigenrates Gesundheit zur Entbudgetierung der Akut- und Notfallversorgung zu folgen. Dies auch insbesondere unter Nutzung dieser kooperierenden Kooperationspraxen für das INZ, wenn die Patienten in der ambulanten Versorgung bleiben können, analog diesen Modellregionen in Rosenheim zum Beispiel.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Prof. Ullmann, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Vielen Dank. Meine nächste Frage geht an die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, kurz DIVI, an Frau Dr. Blaschke. Bitte schätzen Sie den aktuellen Bedarf an integrierten Notfallzentren bundesweit ein, die benötigt werden, um eine bedarfsgerechte Steuerung in die entsprechenden Versorgungsstrukturen zu gewährleisten.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Prof. Blaschke, bitte sehr.

Prof. Dr. Sabine Blaschke (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)): Vielen Dank für die Frage. Die DIVI begrüßt die Implementierung der integrierten Notfallzentren als wesentlichen Eckpfeiler in der Notfallreform zur Verbesserung der Versorgungsqualität in der Notfallversorgung. Für die Standortbestimmung sind aus unserer Sicht drei wesentliche Aspekte hoch relevant. Zum einen muss sichergestellt sein, dass eine flächendeckende Versorgung in Deutschland möglich ist. Das heißt, dass eine Erreichbarkeit für jeden Patienten innerhalb von 30 Minuten gegeben sein muss. Das bedeutet auch, dass die Planungsregionen länderübergreifend zu berücksichtigen sind. Das Zweite ist, dass die Mindestvoraussetzungen in der strukturellen und auch personellen Ausstattung der integrierten Notfallzentren vorhanden sein müssen. Das bedeutet, wir empfehlen,

dass die Standorte allokiert werden an den Standorten der Notfallstufen 2 und 3 sowie an der Notfallstufe 1 in ländlichen Regionen. Und zum Dritten sollte sich die Standortallokation orientieren an der Einwohnerzahl im Einzugsgebiet des jeweiligen INZ. Das heißt, es müssen Kapazitätsgrenzen definiert werden, um hier eine gute Notfallversorgung sicherstellen zu können.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Prof. Ullmann.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Direkt will ich eine Folgefrage stellen. Sind die aktuell geplanten Regelungen Ihren Augen ausreichend, um sicherzustellen, dass der Bedarf an INZs bundesweit gedeckt wird?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Prof. Blaschke, dann fahren Sie fort.

Prof. Dr. Sabine Blaschke (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)): Das sehen wir als gegeben an. Wir würden hier, wie gesagt, die Standortbestimmung an den drei Punkten orientieren.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dann fahren Sie fort, Herr Prof. Ullmann.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Noch eine weitere Frage. Erscheint es in Ihren Augen sinnvoll, den bestehenden Auftrag des G-BA „Allgemeine Anforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen“ vorzugeben, um die Vorgabe einheitliche Mindestanforderungen für die INZ zu ergänzen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Prof. Blaschke, bitte.

Prof. Dr. Sabine Blaschke (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)): Das halten wir für eine sehr sinnvolle, aber auch notwendige Maßnahme diese Mindestvorgaben zu definieren. Nur so kann es gelingen, eine



gute Patientensteuerung in der Notfallversorgung sicherzustellen. Das hat sich auch gezeigt in der Einführung der Notfallstufen im Jahr 2018 in den Krankenhausnotaufnahmen, dass die Vorgaben in struktureller, aber auch personeller Hinsicht sowie auch in Bezug auf die organisatorischen Prozesse hier sehr hilfreich gewesen sind, um die Qualität in der Notfallversorgung erheblich zu verbessern.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Ullmann, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Vielen Dank. Die nächste Frage geht an die ADAC-Luftrettung, an Herrn Bruder. Wie bewerten Sie aus Sicht der Leistungserbringer, und zwar hier Luftrettung, die Zusammensetzung des Qualitätsausschusses Notfallrettung und die damit verbundenen Pläne des BMG zur Schaffung einer digitalen und einheitlichen Notfalldokumentation?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Bruder, bitte sehr.

Frédéric Bruder (ADAC-Luftrettung): Vielen Dank für die Frage. Drei kurze Antworten dazu. Es ist eine sehr sinnvolle Maßnahme. Aus unserer Sicht ist es jedoch sehr zu kritisieren, dass die Luftrettung nicht gehört wird und nicht Teil dieses Ausschusses ist. Deswegen würden wir es sehr begrüßen, analog zum G-BA, wenn es da für alle Luftrettungsbetreiber vielleicht eine gemeinsame Stimme gäbe, die dort auch tatsächlich mitwirken kann. Und zum Thema Dokumentation. Wir sind der festen Überzeugung, dass es eine elementare Verbesserung sein kann, wenn es einen bundesweiten Standard gibt, einerseits in der Patientenversorgung, in der Qualitätssicherung aber möglicherweise auch um Kosten zu sparen, denn dann müssen wir nicht in 16 Bundesländern unterschiedliche Dokumentationssysteme haben, die auch nicht interoperabel sind. Da ist sicherlich sehr viel Potenzial qualitativ und wirtschaftlich rauszuholen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Die 20 Sekunden in die zweite Runde? Ja, dann machen wir das so. Jetzt geht das Fragerecht an die AfD. Und Herr Ziegler hat das Wort.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Vielen Dank. Meine erste Frage geht an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die Bundesärztekammer hat kürzlich geäußert, dass sie Fehlanreize für einen Transport ins Krankenhaus dringend beseitigt sehen möchte. Ich vermute, Sie sehen das ähnlich. Wenn ja, vermischen Sie diesbezüglich Ansätze im Gesetzentwurf beziehungsweise dem entsprechenden Änderungsantrag der Bundesregierung? Welchen Ansatz vermischen Sie oder was würden Sie gegebenenfalls vorschlagen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Gassen.

Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Vielen Dank für die Frage. Natürlich ist es sinnvoll, Fehlanreize für Transport ins Krankenhaus abzuschaffen. Entscheidend ist dafür – das ist von vielen Vorrednern schon gesagt worden –, dass wir es hinbekommen, Patienten direkt in die richtige Versorgungsebene zu leiten. Und dafür ist eine Ersteinschätzung unabdingbar. Und diese Ersteinschätzung muss dann auch eine gewisse Verbindlichkeit haben. Ich glaube, wir müssen unterscheiden zwischen dem medizinischen Notfall, der dann je nach Abstufung eine abgestufte Versorgung erfahren muss, oder dem gefühlten Notfall. Der ist unser Hauptproblem. Von daher kann ich eigentlich nur auf die vorher gemachten Aussagen verweisen. Wir brauchen eine verbindliche, bundesweite Ersteinschätzung, die dann auch verfügbar sein muss. Dafür brauchen wir Vorhaltefinanzierung. Das ist ganz entscheidend. Und dann müssen die Patientinnen und Patienten, je nachdem, wie dringlich der Versorgungsbedarf ist, entweder in kassenärztliche Praxen geleitet werden, in INZs, Notfallpraxen, oder wenn es außerhalb der Sprechstunde ist, im Bedarfsfall, und eine aufsuchende Behandlung nicht erfolgversprechend erscheint, dann kann der Transport ins Krankenhaus erfolgen. Aber auch nur dann. Und damit würden Ressourcen geschont, die wir ja auch nicht beliebig haben, und die Fehlanreize wahrscheinlich limitiert.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Ziegler, fahren Sie fort.



Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Dann geht meine nächste Frage an den GKV-Spitzenverband. Zur Notfallversorgung gehört neben Krankenhaus- und ärztlichem Bereitschaftsdienst natürlich auch der Rettungsdienst. Was halten Sie davon, den Rettungsdienst inklusive Transports als Leistungsbereich ins SGB V aufzunehmen? Könnten Sie Ihre Einschätzung bitte auch kurz begründen? Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Leber, bitte.

Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Wir begrüßen außerordentlich, dass der Rettungsdienst Teil dieses Gesetzes wird durch die Änderungsanträge, und dass es einen eigenen, neuen Leistungsanspruch gibt, nämlich die medizinische Notfallrettung. Deswegen können dann separate und bundeseinheitliche Regelungen hier geschaffen werden. Für die Bundeseinheitlichkeit ist ein zweites wichtig, nämlich der Qualitätsausschuss Notfallrettung. Er ist, glaube ich, ein brauchbarer Auftakt, auch wenn es langfristig natürlich ein differenzierteres Institutionengeflecht geben wird. Die Liste der unverbindlichen Empfehlungen dieses Ausschusses ist allerdings etwas üppig geraten. Wichtig sind diejenigen Dinge, die einheitlich geregelt werden, und dazu gehört die Übermittlung von Notfalldaten und die Übermittlung an die Qualitätssicherung. Dieses wird durch Rechtsverordnung abgesichert und zur Verbindlichkeit gemacht. Das ist, glaube ich, der entscheidende Ansatz, um hier eine Verbesserung zu erreichen. Das Manko ist, dass die Leistung der Leitstellen, die Leitstellensoftware nicht geregelt ist. Sie können in jedem Handy nachgucken, wo die Schiffe auf den Ozeanen fahren und wo die Flugzeuge sind. Aber im Rettungswesen verlieren sie die Rettungswagen, wenn sie die Kreisgrenze überschreiten. Das kann Leben kosten und sollte noch geändert werden. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Ziegler.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Dann geht meine nächste Frage an das Deutsche Rote Kreuz. Im Deutschen Ärzteblatt konnte man lesen, dass höchstens 15 Prozent der derzeitigen Notarzteinätze echte Notfälle seien. Das ist ein Zitat. Hilft

der Gesetzentwurf daran etwas zu ändern, das heißt die Zahl von unnötigen Einsätzen zu reduzieren? Sind Sie diesbezüglich zufrieden oder was fehlt Ihnen aus Ihrer Sicht gegebenenfalls dafür im Gesetzentwurf beziehungsweise im Änderungsantrag? Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Burfeindt, bitte.

René Burfeindt (Deutsches Rotes Kreuz (DRK)): Ja, vielen herzlichen Dank für die Frage. Wir hatten schon eine ganze Menge gehört über das Thema Steuerungsfunktion. Deswegen würde ich das nicht wiederholen wollen. Tatsächlich glauben wir, dass das Thema außerklinische Versorgungskompetenz eins ist, das noch weiter zu stärken ist. Da sprechen wir von präventiven Einsatzmodellen, beispielsweise dem Gemeindenotfallsanitäter und dem Vorbeugenden Rettungsdienst, wo tatsächlich auch Frequent Caller und User raussortiert werden können aus dieser Situation. Da schlagen wir vor, diesen Begriff „Vorbeugenden Rettungsdienst“ in § 30 Absatz 2 neu aufzunehmen. Und vielleicht noch ergänzend dazu sind natürlich alle Regelungen, die niedrigen Zugang zu Gesundheitskompetenz bilden, zum Beispiel Reanimationskurse für Schülerinnen und Schüler, Aspekte der Gesundheitsvorsorge im schulischen Bereich und auch Erste-Hilfe-Kurse immer hilfreich, um dort eine Selektierung vorzunehmen in diesem Zusammenhang. Ich möchte darauf hinweisen, dass es zwei Programme gibt, die bei diesem Thema Kompetenz, Erhalt und Förderung sehr, sehr stark betreiben.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Ich kriege das Signal von dem Abgeordneten, dass die Frage gut beantwortet ist. Vielen Dank dafür. Dann geht das Fragerecht an die Gruppe Die Linke, Ates Gürpinar.

Abg. **Ates Gürpinar** (Gruppe Die Linke): Vielen Dank für die Worterteilung. Meine erste Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Mit diesem und anderen Gesetzen wird offensichtlichen Missständen mit neuen Strukturen begegnet, wobei aber die alten, dysfunktionalen Strukturen oft – auch bei diesem Gesetz – nach unserer Einschätzung unangetastet bleiben. Das bedeutet teure Doppelstrukturen oder ein noch komplizierteres



Gesundheitssystem. Meine Frage: Teilen Sie diese Einschätzung und welche Vorschläge haben Sie in Bezug auf die Notfallreform?

Die **amtierende Vorsitzende**: Da antwortet jetzt Dr. Fürstenberg, wenn ich es richtig sehe. Ja, bitte.

Dr. Thorsten Fürstenberg (GKV-Spitzenverband): Das sehen Sie richtig. Vielen Dank. Wir denken, dass insbesondere die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags der KV als auch die flächendeckende Einführung von INZ gerade nicht Doppelstrukturen abbildet, sondern die Versorgung der Versicherten deutlich verbessert. Problematisch ist, und das kann man vielleicht mit der Begrifflichkeit Doppelstrukturen in Verbindung bringen, dass ja das Gesetzgebungsverfahren deutlich hinter dem zurückbleibt, was der G-BA bereits beschlossen hat. Versicherte, für die keine ärztliche Behandlung erforderlich ist, müssen hier in diesem Gesetzgebungsverfahren dann dennoch behandelt werden. Die könnten in die vertragsärztliche Versorgung in Folgetagen geschickt werden oder vielleicht auch ganz abgewiesen werden. Die gefühlten Notfälle hatten wir vorhin schon gehört. Wichtig ist aus unserer Sicht auch, dass es zentrale Anforderungen durch den G-BA zur Festlegung der Standortauswahl für INZ geben muss. Sonst haben wir auch die Problematik, dass es hier möglicherweise Doppelstrukturen gibt – zumal es Krankenhäuser geben wird, die kein INZ haben, die aber vielleicht dennoch Versicherte in akuten Behandlungssituationen behandeln wollen. Das muss aus unserer Sicht von der Richtung ausgeschlossen werden, damit kein Flickenteppich entsteht. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Gürpınar, bitte.

Abg. **Ates Gürpınar** (Gruppe Die Linke): Meine zweite Frage richtet sich an Prof. Dr. Anna Slagman. Wie hoch ist nach dem aktuellen Stand der Forschung der Anteil der Patientinnen, die an den Notaufnahmestandorten einerseits mit und andererseits ohne integrierte Notfallzentren weggesteuert werden können?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Prof. Slagmann.

Prof. Dr. Anna Slagman (Charité – Universitätsmedizin Berlin): Vielen Dank für diese Frage. Der Anteil der Notfallpatientinnen, die sich innerhalb von INZ-Strukturen steuern lassen, umfasst 15 bis 20 Prozent meiner Einschätzung nach, und zwar aller Fälle einer Notaufnahme. Die Steuerung in Kooperationspraxen bei Pilotprojekten bisher nur in zwei bis maximal drei Prozent aller Notaufnahmefälle möglich. Dieser Anteil könnte durch verbindliche Ausstattung der Erreichbarkeit von Kooperationspraxen aber gegebenenfalls erhöht werden. Die Voraussetzungen dafür, dass die Entsendung von PatientInnen in einem vertretbaren Ausmaß als sicher zu bewerten ist in diese Kooperationspraxen, sind folgende: Die Praxis sollte verbindlich und barrierefrei erreichbar sein, die Ausstattung sollte Möglichkeiten der Akutdiagnostik und Akutversorgung vorhalten sowie mit ÄrztInnen, entsprechender Fachkunde und entsprechender Empfehlungen der Regierungskommission besetzt sein. Nur dann kann eben auch ein relevanter Anteil der Notaufnahme-patientInnen dort abschließend versorgt werden. Die Anmeldung muss eben verbindlich erfolgen und lückenlose Nachverfolgung der PatientInnen gewährleistet sein. Eine unverbindliche Steuerung in das ambulante Versorgungssystem zu einem späteren Versorgungszeitpunkt zum gleichen Tag oder über 24 Stunden ist nicht zu empfehlen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Jetzt für die Gruppe BSW, Herr Hunko.

Abg. **Andrej Hunko** (Gruppe BSW): Vielen Dank. Meine Frage richtet sich an Prof. Matthias Schrappe. Welche Verbesserungen werden zu erreichen sein durch die Notfallreform oder gegebenenfalls welche Verschlechterungen? Welche Finanzierungsmöglichkeiten stehen zur Verfügung?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Schrappe, bitte.

Prof. Dr. Matthias Schrappe (Universität Köln): Ja, vielen Dank für die Frage. Keine Interessenskonflikte. Verbesserungen: Man muss leider bei diesem Gesetzesvorhaben in erster Linie darüber sprechen, dass die Gefahr besteht, dass wir im Zusammenhang mit der Krankenhausreform jetzt auch im stationären Sektor eine Unterversorgung erleiden in



der Bevölkerung. Zusätzlich zu der schon im ambulanten Bereich sichtbaren Unterversorgung – Stichwort Termine bei der vertragsärztlichen Behandlung. Im zweiten Punkt, es wird hier in dieser Anhörung – das ist wirklich bemerkenswert – sehr viel über Patientensteuerung gesprochen. Das erinnert mich an die Diskussion vor 20 Jahren zum Thema Qualität. Der Einzige, der stört in unserem System, ist der Patient. Wir müssen ihn wegsteuern, wie von manchen Sachverständigen hier auch wörtlich gesagt wird. Das ist eine Einstellung, die ist mir, als jemand, der als Arzt 20 Jahre lang Notaufnahme Dienst machen durfte, wirklich professionell gesehen extrem peinlich und fremd. Man kann von daher nur darum bitten, dass der Bundestag seine Weisheit walten lässt und dieses Gesetz abklärt. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Jetzt geht das Fragerecht an die SPD, Frau Baehrens.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Vielen Dank. Meine Frage geht an den Vertreter der Björn Steiger Stiftung. Sie können bei der Einbindung von Acute Community Nurses in die Notfallversorgung auf Erfahrungen z.B. in Niederösterreich zurückgreifen. Warum sollten Acute Community Nurses bei den aufsuchenden Diensten im Rahmen der Notfallversorgung tätig werden? Was lehren uns die Erfahrungen aus Österreich und welche zusätzlichen gesetzlichen Regelungen wären erforderlich, damit das auf Deutschland zu übertragen wäre?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Chwojka, bitte sehr.

Christof Constantin Chwojka (Björn Steiger Stiftung (BSS)): Ich freue mich, dass Sie mich auf meine frühere Tätigkeit ansprechen. In Zeiten, in denen es immer schwieriger wird, die Ressource Arzt oder Ärztin flächendeckend und zeitnah zum Einsatz zu bringen, gewährleistet der Einsatz von Acute Community Nurses, oder in verkürzter Form von Gemeindentfallsanitätern, wie es derzeit ein bisschen gibt, die Rolle des Troubleshooters, aber als qualitativ hochwertig ausgebildete Notfallsanitäterin – die Acute Community Nurses sind Kombinationen von Notfallsanitätern und ausgebildeten diplomierten Pflegepersonen – insbesondere in

Regionen, in denen niedergelassene Ärzte in Randzeiten nicht mehr oder nur mehr sehr eingeschränkt Hausbesuche durchführen können. Der Rettungsdienst ist in diesen Fällen kein Problemlöser, sondern eher ein Problemverlagerer. Das heißt, es wird das Problem ins Krankenhaus verlagert und das Ziel der Acute Community Nurses ist vor allem im Low-Level-Bereich die Probleme vor Ort, wie es so schön heißt, fallabschließend zu lösen. Die Kombination der Pflegeausbildung mit der Notfallsanitäterausbildung bietet hier wirklich die Möglichkeit, die Lücke in der Versorgung zwischen dem niedergelassenen Bereich und der mobilen Pflege hin zur klinischen Versorgung in vielen Fällen zu schließen.

Abg. **Dr. Herbert Wollmann** (SPD): Meine Frage richtet sich an Frau Prof. Slagmann und Herrn von Stillfried vom ZI. Sie haben sich beide viel mit Patientensicherheit von standardisierten Ersteinschätzungsverfahren beschäftigt. Können Ihrer Meinung nach Hilfesuchende, die selbstständig eine Notaufnahme in Anspruch nehmen, allein aufgrund derzeitiger Ersteinschätzungsinstrumente wie SmED-Kontakt+ auch ohne Arztkontakt sicher aus einer Notaufnahme in eine geeignete Versorgung verwiesen werden?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Prof. Slagmann, bitte.

Prof. Dr. Anna Slagman (Charité – Universitätsmedizin Berlin): Ja, vielen Dank für diese Frage. Die Frage ist immer: Wohin sollen diese PatientInnen verwiesen werden? Da ist es besonders wichtig, wie ich eben betont habe, dass diese Praxen, die eventuell PatientInnen aufnehmen oder die INZ-Notdienstpraxen, eine gewisse Mindestanforderung erfüllen, die in meiner Stellungnahme spezifiziert ist. Dann ist diese Weiterleitung auch sicher und effizient. Solange das nicht der Fall ist, diese PatientInnen in die allgemeine ambulante Versorgung zu steuern, ist nicht sicher und auch nicht effizient, weil das eben nur für zwei bis drei Prozent der Fälle möglich ist und dann die Ersteinschätzungssteuerung den Aufwand oder den Mehrwert überschreitet.



Dr. Dominik von Stillfried (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi)): Danke. Ich glaube, ich kann noch ergänzen, dass der entscheidende Aspekt ist, dass diese Weiterleitung an eine nach dem durch das Ersteinschätzungsverfahren beschriebenen Versorgungsbedarf geeignete Praxis idealerweise binnen 24 Stunden stattfinden sollte und auf der Grundlage einer verbindlichen terminlichen Anmeldung. Dann kann man nach derzeitiger Studienlage davon ausgehen, dass das sehr sicher ist und der Anteil der Patienten, der davon potenziell betroffen sein dürfte, ist nach der Studienlage etwa in der Größenordnung von bis zu 50 Prozent derjenigen, die sich selbstständig vorstellen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Jetzt geht das Fragerecht an Herrn Heidenblut.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Vielen Dank. Meine nächste Frage geht an die APK. Die integrierten Notfallzentren sollten auf psychiatrische und psychosoziale Krisenhilfen und psychiatrische Kliniken zurückgreifen können. Wie sollte diese Kooperation bzw. die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren aus Ihrer Sicht aussehen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Prof. Stengler, bitte.

Prof. Dr. Katarina Stengler (Aktion Psychisch Kranke (APK)): Vielen Dank für die Frage. Bei der epidemiologischen Lage der psychisch erkrankten Menschen und vor allem der besonderen Bedarfe, die psychisch erkrankte Menschen haben, die ja auf der einen Seite in psychiatrische Notfallsituationen kommen können, die sie selbst schlecht steuern können – Intoxikation, Delire, Erregungszustände, akute Suizidalität –, sind diese Menschen darauf angewiesen, dass sie in den integrierten Notfallzentren auch auf eine psychiatrische Basiskompetenz und im besten Fall auf eine fachärztliche Versorgung, fachärztlichen Standard zurückgreifen können. Dieser kann in der Präsenz an den Orten natürlich, wo eine psychiatrische Einheit, eine Abteilung, eine psychiatrische Klinik verfügbar ist, im Konsiliardienst beziehungsweise im direkten Zugang in diesen integrierten Notfallzentren gewährleistet werden. Es kann aber auch telemedizinisch

zugegriffen werden und entsprechend eine Einordnung, erstmal eine Erkennung der psychiatrisch spezifischen psychiatrischen Bedarfe und dann eben auch eine Zuordnung zu den Systemen, die im Übrigen dann auch außerhalb, außerklinisch sein können, nämlich in den Krisendiensten, die es ja an vielen Stellen in Deutschland gibt, die aber nicht flächendeckend und schon gar nicht gut finanziert vorhanden sind.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Frau Stamm-Fibich hat die nächste Frage.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Danke, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an Herrn Prof. Gräsner. Alle beteiligten Leistungserbringer sollen gesetzlich zur digitalen Notfalldokumentation verpflichtet werden. Wie bewerten Sie diese Regelung und was sind Ihre ergänzenden Vorschläge?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Gräsner, bitte.

Prof. Dr. Jan-Thorsten Gräsner (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein): Vielen Dank für die Frage. Die einheitliche Dokumentation digital ist absolut notwendig, um Doppelverplanung, Doppelerfassung zu vermeiden. Und diese Daten sollten dann eben auch aufbereitet den verschiedenen Anbietern, Nutzern auch zur Verfügung gestellt werden. Das heißt sowohl die Krankenhäuser und Krankenkassen, die hier beschrieben sind, aber auch Rettungsdienste, KV-Nutzern. Das heißt, was wir brauchen für einen Datenfluss und für ein Qualitätsmanagement, ist ganz klar, dass wir retrograd auch Daten zurückbekommen. Bis jetzt sieht es so aus, dass die Daten aus der Erstversorgung in den Rettungsdienst, vom Rettungsdienst ins Krankenhaus, vom Krankenhaus dann zum Hausarzt gehen, aber zur Qualitätssicherung nicht zurückfließen. Das heißt, wir brauchen, um den Rettungsdienst zu bewerten und auch andere zu bewerten, unbedingt einen Datenfluss rückwärts. Wir haben das in Schleswig-Holstein bei uns im Landesrettungsgesetz geklärt. Wir haben einen Paragraphen dafür, der sagt, dass, wenn für Maßnahmen der „Datenhilfe“ und der Behandlungseinrichtungen Qualitätsanforderungen notwendig sind, dann ist das Krankenhaus verpflichtet, diese Daten an den



Rettungsdienst weiterzugeben. Eine solche retrograde Dateneingabe oder Datenfluss sollte sichergestellt werden, damit eben solche Daten zur Bewertung auch genutzt werden können.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Kommen wir zu Frau Baehrens.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich auch an den Prof. Gräsner. Der Änderungsantrag zum Rettungsdienst sieht unter anderem vor, dass ein Qualitätsausschuss Notfallrettung eingerichtet wird, der Empfehlungen abgibt zu Qualitätsparametern, Datenübermittlung und Spezifikationen für eine digitale Notfalldokumentation. Wie bewerten Sie die Einrichtung dieses Ausschusses und was wären gegebenenfalls Ihre Vorschläge?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Gräsner, dann fahren Sie fort.

Prof. Dr. Jan-Thorsten Gräsner (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein): Vielen Dank. Die Einsetzung eines Qualitätsausschusses ist absolut zu begrüßen. Sie bedarf jedoch der Präzisierung und Anpassung, um zu gewährleisten, dass dem gesetzgeberischen Willen auch wirklich nachgekommen werden kann. Im Satz 4 steht, es können Sachverständigen zugezogen werden, also „können“. Dieser Ausschuss soll um fachkundige medizinische Expertise ergänzt werden. Wissenschaftliche Fachgesellschaften, die Notfallmedizin als Schwerpunkt integriert haben, sind hierbei notwendigerweise einzubinden. Um das zu gewährleisten, sollte entweder die Besetzung des Qualitätsausschusses direkt um diese Person ergänzt werden bzw. zwingend die Beratung durch diese Person eingebunden werden. Das ist nicht der Fall. Es geht darum, aus einem Kann ein Soll zu machen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Dr. Wollmann.

Abg. **Dr. Herbert Wollmann** (SPD): Meine Frage geht an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf oder Regierungsentwurf, dass die in dem

Gesetz vorgesehene notdienstliche Akutversorgung über den ursprünglichen Gedanken des KV-Bereitschaftsdienstes hinausgeht. Können Sie uns das bitte näher erläutern. Was wären Ihre Lösungsvorschläge?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Gassen, bitte.

Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Vielen Dank für die Frage. Sie haben es eigentlich auf den Punkt gebracht. Diese neue Terminologie der Notdienstlichen Akutversorgung ist ja eine Kreation, die als Schärfung des Sicherstellungsauftrags verklausuliert wurde, aber am Ende eine deutliche Erweiterung und auch fast eine Auffaserung bedeutet, weil der ärztliche Bereitschaftsdienst eigentlich für die sprechstundenfreie Zeit gedacht ist. Man muss von der Akutversorgung diese Notfallakutversorgung ein bisschen differenzieren, denn die haus- und fachärztlichen Praxen bedienen in sechsstelliger Millionenhöhe jedes Jahr Akutfälle, nämlich Menschen, die ohne Termine in die Praxen gehen. Das, was in der Notfallambulanz und der jetzigen Bereitschaftsdienstversorgung anfällt, sind wenige Millionen Fälle aufs Jahr gerechnet. Das ist auch der Grund, warum sich diese Strukturen alle wirtschaftlich nicht rechnen. Ich komme zurück auf den Punkt der Ersteinschätzung. Wir müssen eigentlich definieren, was ist wirklich ein akut medizinisch behandelbarer und behandlungspflichtiger Notfall oder Akutfall, dem es nicht zuzumuten ist, in eine Praxis zu gehen oder bis zum nächsten Tag zu warten. Wenn diese Ersteinschätzung das definiert, dann könnte eine Öffnung auch der Notaufnahmen in diesem Fall sinnvoll sein. Alles andere riecht eher nach einem dritten Sektor. Das heißt, wir signalisieren der Bevölkerung: „Wenn es euch in den Praxen zu lange dauert, dann sucht ihr einfach im Rahmen einer notärztlichen Akutversorgung eine wie auch immer geöffnete Stelle auf, ob das nun eine INZ, eine Krankenhausambulanz oder was auch immer ist.“ Das ist, glaube ich, das falsche Signal, insbesondere in Zeiten von endlichen Ressourcen. Deshalb kann ich nur noch einmal dafür plädieren, wir sollten uns darauf verständigen, welche Behandlungsnotwendigkeiten in welcher Ebene zu welchem Zeitpunkt erforderlich sind – das bundesweit verbindlich, qualitätsgesichert. Da bin ich ganz bei Herrn Karagiannidis. Dann haben wir



Möglichkeiten, das entweder in hausärztliche Praxen zu spielen während der Sprechstundenzeiten oder während vorhandener Öffnungszeiten, wenn es akut nötig ist. Ist das nicht der Fall oder in besonderen abstimmungsnotwendigen strukturschwachen Bereichen kann das auch eine Krankenhausambulanz sein. Aber das muss koordiniert sein. Wir sollten uns davor hüten, zu signalisieren: „Wenn die bisher bestehenden Versorgungselemente nicht reichen, dann gibt es jetzt ein wunderbares neues Instrument.“ Denn seien wir mal ehrlich, wir haben dafür weder die personellen noch wirtschaftlichen Ressourcen. Deshalb ist es nicht damit getan, das ins Gesetz zu schreiben. Es wird so nicht passieren können.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Damit geht das Fragerecht wieder an die Union. Kollege Sorge, bitte.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Ja, vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die KVen sollen ja nach dem Gesetzentwurf der Bundesregierung verpflichtet werden, auch außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten in den Praxen einen Rund-um-die-Uhr-Fahrdienst bereitzustellen. Ist das aus Ihrer Sicht für die Notfallversorgung notwendig und werden die KVen dies personell und wirtschaftlich überhaupt stemmen können? Wenn nicht: Welche Alternativvorschläge haben Sie?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Gassen, bitte.

Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Vielen Dank für die Frage. Sie haben das Problem eigentlich in der Frage schon angedeutet. Wir müssen natürlich sehen, und das schließt an die vergangene Frage an, dass wir einfach nicht die Menschen haben, jedes Behandlungsbedürfnis überall sofort zu bedienen. Insbesondere 24/7 aufsuchende Bereitschaft ist natürlich vielleicht in einer abstrakten Welt schön und sinnvoll, ist aber schlicht nicht leistbar. Von daher muss man einfach doch hier schauen, ob es nicht sinnvoller ist, regionale Öffnungsklauseln zu vereinbaren, die Abstimmung ermöglichen, in welcher Form das durch telemedizinische Instrumente begleitet werden kann. Aber es, glaube ich, führt in

die falsche Richtung, wenn wir hier überall Doppelstrukturen etablieren, die personell kaum zu besetzen sind, losgelöst davon, dass es wirtschaftlich kaum darstellbar ist. Denn nochmal, ich habe es vorhin schon gesagt: Die gesamte Notfallversorgung ist, wenn man Spitz auf Knopf rechnet, am Ende des Tages nicht deckungsfähig. Selbst gut frequentierte Notfallambulanzen sind über die Notfallpatienten nicht finanzierbar. Von daher, glaube ich, ist das der falsche Weg, dass wir hier einfach rund um die Uhr Fahrdienste bereitstellen, für die wir auch keine Leute haben.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Dr. Pilsinger.

Abg. **Stephan Dr. Pilsinger** (CDU/CSU): Vielen Dank. Ich habe eine Frage an Marvin Pötsch. Es ist beabsichtigt, im parlamentarischen Verfahren die rettungsdienstliche Versorgung als Leistungselement in das SGB V zu überführen und damit für abrechnungsfähig zu erklären. Welche Auswirkungen hätte eine solche Regelung für die zukünftige Rettungsdienstfinanzierung?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Pötsch.

Marvin Pötsch (Jurist): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Abgeordnete, Herr Abgeordneter Dr. Pilsinger, vielen Dank für Ihre Frage. Ich habe keine finanziellen Interessenkonflikte. Ein gut ausgestatteter Rettungsdienst mit fachlich qualifiziertem Personal ist eine der wichtigen Einrichtungen, die der Staat seinen Bürgern garantieren muss. Darin sind sich, glaube ich, die Parteien so weit einig. Das Problem liegt darin, dass die Krankenversicherungen nach derzeit geltendem Recht nicht zur Erstattung der Kosten für den Einsatz eines Rettungswagens verpflichtet sind, wenn dieser gerufen wurde, ein Transport des Versicherten dann aber nicht erfolgt. Das ergibt sich aus dem insoweit abschließenden Wortlaut des § 60 SGB V und der dazu ergangenen gefestigten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zuletzt in den Jahren 2007 und 2008. Dennoch, der Wert dieser Freieinsätze beläuft sich bundesweit nach den aktuellen Statistiken auf weit mehr als 2 Milliarden Euro. Das Problem liegt darin, dass die Krankenkassen derzeit auch entgegen etwaiger Verpflichtung aus



§ 12 SGB V in einzelnen Bundesländern dazu übergegangen sind, genau diese Kosten zu übernehmen, indem eben die Gesamtkosten des Systems Rettungsdienst und auch allein rein ambulanten Versorgung vor Ort durch die abrechenbaren Fahrten dividiert werden. Das kann man in Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt sehr gut beobachten. In diesen Bundesländern hat die Rettungsdienstfinanzierung, diese angedachte Änderung, keine Auswirkung. In anderen Bundesländern wird diese Regelung aber dringend benötigt. Davon betroffen ist Brandenburg, beispielsweise NRW, denn in diesen Bundesländern sind die Krankenkassen dazu übergegangen, die ihnen evident zustehenden Rechte auch einzufordern. Hier können die Bundesländer selbst nicht tätig werden, sondern sind auf ein Tätigwerden des Bundesgesetzgebers angewiesen, der insoweit seine Gesetzgebungskompetenz, Artikel 74 Absatz 1 Nr. 12 GG, konkurrierende Gesetzgebungsbefugnis, in irgendeiner Form nutzen müssen. Die Segmentierung zielt eigentlich darauf ab, alles gegenüber den Krankenkassen abrechnen zu können. Für die Krankenversicherung dürfte sich daraus unter sonst gleichen Bedingungen eine Mehrbelastung von rund 500 Millionen Euro jährlich ergeben.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Monstadt macht weiter.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Danke sehr, Frau Vorsitzende. Die nächste Frage möchte ich an den Christoph Radbruch richten. Bayern hat 2021 ein landesweites Notfallregister im Bayerischen Rettungsdienstgesetz gesetzlich eingeführt. Hält der DEKV es für sinnvoll, ein bundesweites Register für die Notfallversorgung zu etablieren bzw. die Daten bundesweit zusammenzuführen? Falls ja: Was wären die Vorteile?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Radbruch, Sie haben das Wort.

Christoph Radbruch (Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV)): Vielen Dank für die Frage. Ja, wir halten es für sinnvoll, weil es in der Notfallversorgung eine komplexe Verflechtung von Kommunen, Ländern und Bund gibt. Alle Ebenen haben eine gemeinsame Verantwortung. Ein

bundeseinheitliches Notfallregister wäre sinnvoll, um die gesamte Rettungskette einheitlich zu erfassen und auch auszuwerten. Die Datenbasis sollte pseudonymisierte Informationen aus den verschiedenen Systemen zusammenführen, zum Beispiel die Akut- und Leitstellen, integrierten Notfallzentren, Notaufnahmen und Krankenhäuser. Das würde dann helfen, die wesentlichen Daten zu sammeln und damit die Grundlage für fundierte Verbesserungen der Versorgungsqualität zu haben. Dieses Register würde eben Einblick in den gesamten Prozess der Notfallversorgung ermöglichen und durch die standardisierte Sammlung der Daten könnte dann auch die Auswertung erfolgen, wodurch dann auch bisher unbekannt Zusammenhänge entdeckt und aufgedeckt werden könnten. Der Vorteil wäre vor allen Dingen auch die lückenlose Dokumentation von Patientenverläufen bei der Weiterbehandlung oder Transport in anderen Kliniken. Das wäre wichtig, um nicht nur punktuelle Verbesserungen zu erreichen, sondern durchgängig Verbesserungen der Notfallversorgung. Aus unserer Sicht könnte so ein bundesweites, bundeseinheitliches Register wichtige Fragen der Versorgungsqualität beantworten und wäre wichtig für die Fortführung der Qualitätsverbesserung.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Müller.

Abg. **Axel Müller** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich habe eine Frage an die Vertreterinnen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin. Wie viel Prozent der Wartenden in der Notaufnahme sind in etwa keine echten Notfälle und wie ließen sich diese unabhängig von diesem Gesetzentwurf denn am besten steuern? Möglicherweise ist auch das, was das Integrierte Notfallzentrum angeht, wiederum nur eine, sozusagen Sammelanlage, bei der dann wieder alle wiederum verteilt werden müssen. Vielleicht kann man im Vorfeld schon etwas einziehen, dass das gar nicht notwendig macht. Ich habe Zahlen gelesen in einer anderen Stellungnahme, die da lauten: Von dreieinhalb Millionen Notfallambulanzsuchenden sind die Hälfte gar keine wirklichen Notfälle und es wäre ein Einsparpotenzial von über vier Milliarden Euro denkbar.



Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Prof. Blaschke, bitte.

Prof. Dr. Sabine Blaschke (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)): Vielen Dank für die Frage. Ich verweise hier auf die Stellungnahme von Frau Prof. Slagmann. Wir gehen aktuell davon aus, dass etwa 15 bis 20 Prozent der Notfallpatienten in den Notaufnahmen bundesweit weitergeleitet werden könnten. In Notdienstpraxen, nicht in Kooperationspraxen, sondern in Notdienstpraxen. Deshalb begrüßen wir insbesondere die Implementierung dieser integrierten Notfallzentren, in denen diese enge Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich auch gegeben wäre, sodass durch diese gezielte Steuerung in den ambulanten Bereich diese 15 bis 20 Prozent der Patienten auch eine erhebliche Entlastung bringen würden für die Krankenhausnotaufnahmen, sodass hier sehr differenziert gesteuert werden könnte über die zentrale Ersteinschätzung.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Rüdell.

Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Vielen Dank. Ich habe eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Herrn Dr. Gaß. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass auch integrierte Notfallzentren über den Strukturfonds 2 gefördert werden können. Eine Erhöhung der Gesamtfördersumme ist nicht vorgesehen. Aus diesen Mitteln sollen auch die strukturellen und technischen Anschaffungen der Krankenhäuser zur Einrichtung der integrierten Notfallzentren einmalig und final finanziert werden. Wie bewertet die Deutsche Krankenhausgesellschaft die vorgesehene Finanzierungsregelung?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Gaß, bitte.

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Vielen Dank für die Frage. Keine finanziellen Interessen. Es ist unstrittig, dass diese integrierten Notfallzentren investiv gefördert werden müssen. Das sieht ja, wie Sie in der Frage schon betont haben, der Gesetzentwurf dem Grunde nach auch vor. Der Vorschlag, dies über den Strukturfonds 2 zu bewerkstelligen, ist aus unserer Sicht nicht durchgängig möglich, weil wir in einigen Ländern

schon eine Überbuchung dieses Strukturfonds haben. Wenn hier keine Mittel aufgestockt werden, sind dem Grunde nach, keine Anträge mit Erfolgsaussichten mehr möglich. Darüber hinaus haben wir in weiteren Ländern auch weitere Anträge, die bisher die originären Fördertatbestände betreffen, in der Pipeline, wenn man so sagen will. Auch hier dürfte es schwer möglich sein, mit Fördermitteln noch zum Zug zu kommen. Insofern kann es zwei Möglichkeiten geben: Entweder es geht in die originäre Investitionsförderung der Länder beim Thema Krankenhausfinanzierung über und man müsste die Länder dann damit beauftragen, was wahrscheinlich nicht so ganz einfach möglich ist über ein Bundesgesetz. Zum Zweiten wäre es denkbar, über den Transformationsfonds eine entsprechende Aufstockung zu ermöglichen und dann zu fördern.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön, Herr Dr. Gaß. Damit geht das Fragerecht jetzt wieder an die Grünen. Herr Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Zur letzten Ausführung kann ich sagen, das ist im Transformationsfonds und KHVVG vorgesehen. Wenn sich alle Beteiligten dafür einsetzen, dass es zum Rettungsdienst in Kraft tritt, dann ist genau das gewährleistet. Ich würde aber gerne Prof. Pitz fragen wollen. Die Leistungserbringer im Rettungsdienst haben in ihren schriftlichen Stellungnahmen und teilweise auch mündlichen Einlassungen die Sorge geäußert, dass, wenn die Regelungen so, wie sie in den Änderungsanträgen vorgesehen sind zum Rettungsdienst, in Kraft treten würden, nicht kostendeckende Festbeträge festgelegt werden könnten. Welche Anpassungen sollten in den vorliegenden Änderungsanträgen gegebenenfalls erfolgen, um dieser Sorge entgegenzutreten?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Pitz, bitte.

Prof. Dr. Andreas Pitz (Hochschule Mannheim): Vielleicht muss man vorneweg sagen: Festbeträge fallen nicht vom Himmel. Festbeträge werden zum Teil nach einem komplexen Modus festgesetzt. Sie sind aber immer so festzulegen, dass sie ausreichend zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Das heißt also, vom Grund auf könnte ein Festbetrag



jetzt nicht so einfach darauf ausgerichtet sein, eine fehlende Kostendeckung quasi herbeizuführen. Von daher kann man der Sorge, glaube ich, schon so ein bisschen etwas wegnehmen, wenn man sich intensiv mit Festbeträgen befasst. Dann ist hier eben noch mal eine besondere Situation. Wenn man dem Rechnung tragen will, kann man natürlich im Absatz 5 des § 133, wo der GKV-Spitzenverband diese Richtlinie erlassen soll, eine entsprechende Ergänzung aufnehmen, dass diese Richtlinien das zu berücksichtigen haben. Ich sage aber gleich dazu, ich hätte wenig Verständnis dafür, wenn das in dem Fall greifen soll, dass nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Leistungen erbracht werden. Also da würde ich von abraten. Das würde ich nicht verstehen, wenn man an der Stelle hergeht und eine Regelung ausnimmt.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Ich würde weiter die Björn Steiger Stiftung fragen wollen. Prof. Pitz hatte vorhin schon auf das Gutachten des ehemaligen Verfassungsrichters Prof. Di Fabio hingewiesen, das Sie als Stiftung in Auftrag gegeben haben. Wie schauen Sie auf die vorliegenden Notfallreformen, einschließlich der Änderungsanträge zum Rettungsdienst und wie würden Sie darauf schauen, wenn diese Rettungsdienst- und Notfallversorgung nicht kommen würde?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Chwojka, bitte.

Christof Constantin Chwojka (Björn Steiger Stiftung (BSS)): Wir teilen natürlich die Einschätzung von Prof. Pitz und vor allem von dem von uns in Auftrag gegebenen Gutachten von Prof. Dr. Di Fabio und wir beabsichtigen – und das möchte ich ganz deutlich sagen –, dass, sollten die entsprechenden Regelungen nicht getroffen werden, wir nicht nur gegen das Land Baden-Württemberg aufgrund seines nicht verfassungskonformen Landesrettungsdienstgesetzes, sondern auch gegen den Bund wegen der fehlenden Sicherstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse in der Notfallversorgung und dem nicht hinreichenden Schutz von Leib, Leben und

Gesundheit gemäß Artikel 2 und 3 des Grundgesetzes eine Verfassungsklage einbringen werden.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Ich würde im Weiteren jetzt die Johanniter-Unfall-Hilfe fragen wollen. Es gab vorhin schon eine Frage der Kolleginnen und Kollegen zu den Änderungsanträgen, die heute vorliegen zum Rettungsdienst und ich habe Ihre Ausführungen, in denen Sie einerseits auf Nachbesserungsbedarf in Ihrer schriftlichen Stellungnahme verwiesen haben – das war gut hingewiesen –, aber grundsätzlich finden Sie denn richtig, dass diese Änderungen zum Rettungsdienst zum Teil des Gesetzes werden und in Kraft treten sollten?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Grigorian.

Kevin Grigorian (Johanniter-Unfall-Hilfe): Vielen Dank und auch vielen Dank für die Möglichkeit, das nochmal zu betonen. Die Regelungen des Notfallgesetzes und des damit verbundenen auch ersten Änderungsantrags werden von uns begrüßt. Hier haben wir die Möglichkeit, grundsätzlich den Rettungsdienst perspektivisch sicherzustellen. Vor allen Dingen mit der Einführung der Versorgungsmöglichkeit vor Ort wird ein Mehrwert geschaffen, es wird die Versorgungsrealität abgebildet. Die Nachbesserungsbedarfe, auf die habe ich schon hingewiesen. Ich würde mir jetzt die Ausführungen dazu sparen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Herr Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, ich würde weiter die Malteser fragen wollen zu eben diesen genannten Änderungsanträgen. Inwieweit halten Sie die für sachgerecht, zwingend notwendig und werden die von Ihnen unterstützt?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Schäfers, im digitalen Raum.



Michael Schäfers (Malteser Hilfsdienst): Guten Tag, vielen Dank für die Frage. Auch wir Malteser begrüßen das Vorhaben der Bundesregierung zur Reform der Notfallversorgung. Das Gesetz enthält sehr unterstützenswerte Ansätze und die Berücksichtigung des Änderungsantrags. Wie Herr Grigorian gesagt hat, ist aus unserer Sicht unerlässlich, da ansonsten das Gesamtvorhaben dieser Reform scheitern wird, weil wir in einer arbeitsteiligen Gesamtstruktur arbeiten.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende, vielen Dank für die Antwort. Gleiche Frage würde ich auch gerne der Bundesarbeitsgemeinschaft der Notärzte Deutschland stellen wollen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Das ist Herr Dr. Reifferscheid, bitte.

Dr. Florian Reifferscheid (Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND)): Ja, vielen Dank für die Frage. Ich habe keine finanziellen Interessenkonflikte. Ja, die vorgelegten Änderungsanträge sind im Grundsatz sachgerecht und zwingend und der Reformbedarf ist unbedingt gegeben. Deswegen unterstützen wir das Vorhaben und insbesondere die Idee der Einrichtung eines Qualitätsausschusses Notfallrettung. Auf dessen Besetzung wurde schon hingewiesen, der Sachverstand muss unbedingt mit eingebunden werden und auch dessen Stellung gegenüber dem G-BA sicherlich präzisiert werden. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Ich würde weiter die DRF Luftrettung fragen wollen. Wir hatten jetzt verschiedene Fragen schon zum Thema Luftrettung. Mal vorausgesetzt im parlamentarischen Verfahren würde die Luftrettung auch noch zum Gegenstand dieses Änderungsantrags 1, der sich um den Rettungsdienst dreht. Halten Sie grundsätzlich diese

Regelung für sachgerecht, notwendig und unterstützenswert?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Pracz.

Dr. Krystian Pracz (DRF Stiftung Luftrettung): Ja, also die Antwort ist eindeutig ja – sachgerecht und zwingend. Alles, was wir noch an ergänzenden Elementen haben, haben wir unserer Stellungnahme beigefügt.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Die gleiche Frage würde ich Herrn Bruder von der ADAC-Luftrettung stellen wollen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Bruder, bitte.

Frédéric Bruder (ADAC-Luftrettung): Ja, dem kann ich mich nur anschließen. Das ist notwendig, das ist zwingend notwendig und überfällig. Wir unterstützen es. Mit den anderen Themen, die wir adressiert haben, verweisen wir auf unsere schriftliche Stellungnahme.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Ich würde diese Frage auch noch dem Deutschen Berufsverband Rettungsdienst stellen wollen. Sind diese Änderungsanträge zum Rettungsdienst sachgerecht, zwingend notwendig und unterstützenswert?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Grusnick, bitte.

Hans-Martin Grusnick (Deutscher Berufsverband Rettungsdienst (DBRD)): Vielen Dank für die Frage. Eine Veränderung der Situation im Rettungsdienst ist zwingend erforderlich. Viele Ansätze des vorgelegten Änderungsantrags sind nachvollziehbar und sinnvoll. Wichtig ist die Einbindung der Länder,



Kommunen, Träger und Durchführer und die Steigerung und Sicherung der eigenverantwortlichen Notfallsanitäterkompetenzen aus unserer Sicht. Und ansonsten verweisen wir auch auf unsere schriftliche Stellungnahme dazu.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Wir haben jetzt von den maßgeblichen Berufsverbänden, von den Hilfsorganisationen der Luftrettung gehört, dass all diese Änderungen zum Rettungsdienst notwendig sind. Ich würde deshalb die Frage auch noch gerne der Notfallmedizinischen Fachgesellschaft DGINA stellen wollen. Braucht es diese Aufnahme des Rettungsdienstes in der Notfallreform?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Pin. Sie sind online dabei. Bitte.

Martin Pin (Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA)): Vielen Dank für die Frage. Auch die DGINA unterstützt die Änderungsanträge, so wie sie vorliegen. Wir halten sie auch für zwingend notwendig und auch sachgerecht. Ansonsten verweisen wir auch auf unsere ausführlichen Stellungnahmen und insbesondere darauf noch mal auf die Einrichtung und Etablierung eines Notfallregisters.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Dann geht das Fragerecht jetzt an die FDP. Herr Prof. Ullmann, Sie haben das Wort.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine erste Frage geht an Herrn Prof. Dr. Felix Walcher. Wie bewerten Sie den vom BMG geplanten Qualitätsausschuss Notfallrettung – es geht um § 133b f. SGB V – und welche Zusammensetzung würde in Ihren Augen eine möglichst zielgenaue Qualitätsverbesserung bewirken und konkret: Welche Akteure sollten dezidiert noch Berücksichtigung finden?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Walcher,

bitte.

Prof. Dr. Felix Walcher (Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg): Sehr geehrte Vorsitzende, vielen Dank für die Frage. Wir haben in der Regierungskommission bereits schon gesehen, wie klug es ist, intelligente Menschen interprofessionell, interdisziplinär zusammenzusetzen und Dinge zu generieren. Diesen Qualitätsausschuss Notfallrettung kann ich nur wärmstens empfehlen. Das ist auch ein kluger Ansatz. Hier halte ich es für sinnvoll, dass wir die Patient Journey entsprechend auch abbilden. Das beginnt bei der Leitstelle, bei der gemeinsamen Leitstelle, um auch hier die Sinnhaftigkeit zu generieren. Dann geht es weiter zu dem Rettungsdienst. Hier würde ich empfehlen, einen ärztlichen Kollegen reinzunehmen, aber auch dann die Gesundheitsfachberufe, insbesondere auch den Notfallsanitäter – wir haben schon bereits darüber gesprochen –, also andere Dinge, die den Rettungsdienst und die Notfallversorgung entlasten. Schließlich sollte man das INZ adressieren, hier die KVen integrieren, aber auch die Notfallmediziner in den Krankenhäusern. Und dann haben wir gelernt aus der Versorgungsforschung, aus der Praxis, dass es sinnvoll ist, wenn wir eine IT-Architektur generieren, dass wir einen entsprechenden Experten diesbezüglich reinnehmen, der dann etwas aufbauen kann. Wir haben von der digitalen Notfalldokumentation bereits gesprochen. Schließlich halte ich, auch das haben wir gelernt aus der Praxis, dass es sinnvoll ist, einen Übersetzer zwischen IT, zwischen Kostenträger, einen Übersetzer, einen Mediziner reinzunehmen, der Wissenschaft generiert hat und da sehr aktiv ist, um die verschiedenen Ansichten miteinander zu verbinden. Nur wenn wir auf Augenhöhe miteinander sprechen, dann kann wirklich etwas Sinnvolles da rauskommen. Und schließlich ist es sicherlich sinnvoll, einen Patientenvertreter hineinzunehmen. Denn was ich ja sehr klug an dem gesamten Gesetzentwurf halte, ist, dass die Ex-ante-Sicht, das heißt die Sicht des Patienten, ist hier in den Fokus gestellt und das ist wirklich ein großes Kino und ich befürworte deswegen diese Position explizit nochmal. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Ullmann, bitte.



Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Ich will gerne eine Anschlussfrage stellen, weil Sie gerade über IT gesprochen haben. Welche Bedeutung hat die Digitalisierung in der Notfallversorgung und was sind die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Digitalisierung und welche Gesetze sollten wir gegebenenfalls anpassen und vielleicht angehen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Walcher, dann fahren Sie vor.

Prof. Dr. Felix Walcher (Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg): Dankeschön nochmal für die Frage. Das Problem ist, dass wir in Deutschland fast keine Grundlage haben, wie eigentlich die Patientenströme sind. Wir wissen nicht, wie viele Patienten tatsächlich in den Notaufnahmen behandelt werden und mit unserem wissenschaftlichen Projekt haben wir das diesbezüglich in 50 Notaufnahmen nachweisen können. Wir haben die Vorstellungsgründe, wir haben die Entlass-Diagnosen, wir haben die Anzahl von ambulanten stationären Patienten. Jetzt gilt es insgesamt etwas Sinnvolles zu generieren dergestalt, dass die digitale Dokumentation bei der Leitstelle beginnt, es geht weiter über die Rettungsdienste, es geht dann in die KVen, es geht dann in die Notaufnahmen und schließlich – so ist diese Vision und das wäre wirklich eine prospektiv sehr sinnvolle Sache, die wir gemeinsam angehen sollen –, dann gehen die Daten oder die Datendokumentation geht dann interoperabel weiter bis letztendlich zur Therapie des stationär aufgenommenen Patienten bis zur Intensivmedizin, aber auch die Entlassung. Die § 21-Daten sollten hier integriert werden und so kann man ein Gesamtkonzept stricken und jeder Protagonist, der hier beteiligt ist, muss letztendlich auf Anfrage die Möglichkeit haben hier Daten zu generieren, um insgesamt die Qualitätssicherung zu befeuern.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Ullmann, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Vielen Dank. Ich würde gerne die nächste Frage an die Bundespsychotherapeutenkammer stellen. Welche Mehrwerte können telemedizinische Beratung beziehungsweise telefonische Konzile durch Fachärzte der Psychiatrie und Psychotherapie bei der

Versorgung von psychischen Notfällen bieten?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Benecke, bitte.

Dr. Andrea Benecke (Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)): Vielen Dank für die Frage. Wir halten die integrierten Notfallzentren für eine geeignete Struktur, um auch als zentrale Anlaufstelle für Menschen in psychischen Erkrankungen zu fungieren. Das ist das eine, und dort sollte dann die Versorgung psychischer Notfälle erfolgen, zumindest eine Ersteinschätzung erst mal erfolgen und da braucht es dann die fachliche Expertise von Psychotherapeutinnen und Psychiaterinnen, die auch niedergelassen vielleicht tätig sind, aber auch mit den regionalen Krisendiensten. Betonung liegt hier auf „regional“, die gibt es nicht überall, aber wenn sie da sind, sollten sie eingebunden werden und dafür braucht es dann insbesondere Telekonsile, damit man dann diese Expertise auch wirklich einbeziehen kann. Nicht immer kann jemand vor Ort sein, aber darüber kann man es sicherlich gut realisieren.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Ziegler für die AfD hat jetzt das Wort.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Vielen Dank. Meine Frage geht ans Deutsche Rote Kreuz und es geht nochmal zum Thema verlässliche Blutversorgung. Halten Sie die aktuelle demografische Entwicklung für relevant bei der Einschätzung des künftigen Blutspende-Bedarfs? Also um konkret zu sein: Wie schätzen Sie das vielleicht ein für die nächsten Jahre oder für die nächsten 10 Jahre? Wie wird sich das Verhältnis Blutspende-Bedarf zu Blutspende-Bereitschaft entwickeln? Sehen Sie das als Problem, um die verlässliche Blutversorgung sicherstellen zu können?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Burfeindt, bitte.

René Burfeindt (Deutsches Rotes Kreuz (DRK)): Vielen Dank für die Frage. Das ist schwierig zu



beantworten mit Blick in die Zukunft. Was ich sagen kann, ist, dass das Paul-Ehrlich-Institut festgestellt hat, dass spätestens seit Ende der Pandemie kein Mangel an Blutprodukten herrscht. Tatsächlich sehen wir nicht, dass sich das absehbar verändert.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Ziegler.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Gut, Sie sagen jetzt, es gibt keinen Mangel an Blutprodukten. Es gibt auch keinen Mangel an Blutplasma oder ist das jetzt voneinander zu trennen aus Ihrer Sicht?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Burfeindt, bitte.

René Burfeindt (Deutsches Rotes Kreuz (DRK)): Ich glaube, dafür bin ich nicht der Experte, um das hier zu beantworten.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Ziegler.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Dann würde ich die Deutsche Krankenhausgesellschaft fragen wollen, ob es keinen Mangel an Blutprodukten gibt oder an Blutplasma. Ich hatte das hier heute eben herausgehört. Also wenn Sie das jetzt vielleicht beantworten könnten, das wäre für uns wichtig.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Gaß, bitte.

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Ich kann die Frage nur insoweit beantworten, dass uns nicht bekannt ist aus den Krankenhäusern, dass hier Engpässe gemeldet wurden.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Ziegler.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Okay, dann würde ich das jetzt beenden. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön, dann geht das Fragerecht jetzt wieder an die Union und

ich gebe das Wort an Frau Zeulner.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Vielen Dank, liebe Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Wie bewerten Sie den Änderungsantrag der Unionsfraktion zu den Poolärzten im Vergleich zu dem jetzt gefundenen Kompromiss mit der Deutschen Rentenversicherung? Da geht es um die Befreiung von der Sozialversicherungspflicht.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Gassen, bitte.

Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Frau Zeulner, vielen Dank für die Frage. Ja, der Änderungsantrag der Unionsfraktion spiegelt eigentlich im Wesentlichen die Forderung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wider. Wir haben mit dem BMG und dem BMAS diesbezüglich viele Gespräche geführt und Sie haben die Probleme schon angesprochen. Wir wissen nicht wirklich, wie der Kompromiss mit der Deutschen Rentenversicherung sich nachher, am Ende sogar vielleicht beim Bundessozialgericht, darstellen wird. Von daher wäre uns die Regelung in § 23c SGB IV natürlich viel lieber gewesen, die es analog ja auch gibt. Trotzdem ist das, was wir jetzt erreicht haben, besser als nichts. Man muss vielleicht der Fairness halber sagen, dass die Änderung im SGB IV auch vom BMG die favorisierte Lösung war. Das war aber schlicht und ergreifend mit dem BMAS nicht zu machen. Insofern ist es nur die zweitbeste Lösung.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Frau Borchardt.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an den Deutschen Evangelischen Krankenhausverband. Halten Sie ein integriertes Notfallzentrum pro 250 000 Einwohner pro Planungsregion für ausreichend, um eine wohnortnahe Notfallversorgung zu gewährleisten? Wenn nein: Warum nicht und welche Obergrenzen würden Sie aus welchen Gründen setzen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Radbruch, bitte.



Christoph Radbruch (Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV)): Grundsätzlich sind integrierte Notfallzentren aus unserer Sicht eine gute Lösung, um die Notfallpatienten zur richtigen Versorgung zu führen und die richtige Versorgung zur Verfügung zu stellen. Der aktuelle Entwurf sieht vor, dass die Zentren von Leistungsausschüssen eingerichtet werden. Dabei gibt es das konkrete Kriterium 30 Minuten Fahrzeit und das eher allgemeine Kriterium, dass der Bevölkerungsbezug eine Rolle spielen soll. Ich halte es für wichtig, dass auch bei dem Bevölkerungsbezug eine konkrete Größe ins Gesetz geschrieben wird, eine konkrete Obergrenze festgelegt wird, damit man bundesweit einheitliche Kriterien hat. Nur so lässt sich aus meiner Sicht gewährleisten, dass sowohl die wohnortnahe Erreichbarkeit sichergestellt ist als auch die Vermeidung von Überlastung in eher städtischen Regionen. Die medizinische Fachgesellschaft DGINA geht davon aus, dass ein Drittel der Bevölkerung jährlich die Notaufnahme aufsucht und daher sollte meiner Ansicht nach das Einzugsgebiet von maximal 100 000 Einwohnern geplant werden. Ein größeres Einzugsgebiet hätte aus meiner Sicht das Risiko der Überlastung der Einrichtung, was dann dazu führen würde, dass die gewünschte Steuerungsfunktion nicht mehr zur Verfügung steht und nicht mehr greift, weil die Patienten dann nämlich, wenn sie Überlastung spüren würden, wieder die Notaufnahmen des normalen Krankenhauses einfach aufsuchen würden. Deswegen befürworten wir eine Kombination aus Erreichbarkeit von 30 Minuten und 100 000 Einwohnern.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Jetzt haben wir noch 40 Sekunden. Wünscht noch jemand von der Union das Wort? Dann geht das Fragerecht jetzt an die SPD und Herr Heidenblut, bitte.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Ja, vielen Dank. Meine Frage geht nochmal an den Hausärzteverband. Der Gesetzgeber plant mit einem 24/7 telefonischen und videounterstützten Versorgungsangebot sowie einem durchgängigen aufsuchenden Dienst neben dem Bereitschaftsdienst die Akutversorgung flächendeckend zu stärken. Wie ist Ihre Einschätzung dazu?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Beier, bitte.

Dr. Markus Beier (Hausärztinnen- und Hausärzteverband): Vielen Dank. Kein Interessenskonflikt. Die Notfallversorgung aufrechtzuerhalten – Kollege Gassen hatte schon darauf hingewiesen – bedarf auch der dafür nötigen Ressourcen. Hier wurde immer das Wort Doppelbelastung benannt oder Doppelstruktur. Wir reden aber aus Sicht der kassenärztlichen Ebene von einer Vierfachbelastung, wenn das so kommt, weil ja zwei zusätzliche Versorgungsbereiche dazukommen. Es fehlen 5 000 Hausärztinnen und Hausärzte. Wie sollen wir aus einer Doppelversorgung, die wir jetzt leisten, eine Vierfachversorgung machen? Ich möchte auch noch dem Thema, dass Steuerung diskreditiert wurde, ein bisschen widersprechen. Versorgungsgerechtigkeit braucht Steuerung. Ich glaube, es geht uns um Versorgungsgerechtigkeit. Und Versorgungsgerechtigkeit braucht Ressourcen, dass Ressourcen dahin kommen. Das kann nötig sein, dass in regionalen Eröffnungen es nötig ist, auch zusätzliche Dienste über die Kassenärztliche Vereinigung darzustellen, aber das kann kein generell flächendeckendes 24/7 sein.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Frau Stamm-Fibich.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Sie kritisieren in Ihrer Stellungnahme, dass entgegen dem europäischen Trend, den Zugang in Krankenhausnotaufnahmen durch vorgelagerte Instanzen, wie zum Beispiel die Hotline-First-Strategie, zu begrenzen, der Gesetzentwurf eine Öffnung zur weiteren Frequentierung von Notaufnahmen vorsieht. Können Sie uns das bitte näher erläutern. Was sind Ihre Vorschläge?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Gassen, bitte.

Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Herzlichen Dank für die Frage. Es geht eigentlich darum, dass wir vermeiden sollten, in Zeiten endlicher Ressourcen, vermeintliche Zusatzangebote zu schaffen, die den Kundenwunsch – um das mal flapsig zu formulieren – abbilden. Ein medizinisches Angebot muss doch medizinischen Kriterien folgen und eine Steuerung muss



medizinischen Kriterien folgen und nicht gefühlten. Das ist schwierig genug. Dafür müssen wir Angebote schaffen, damit die Menschen sich auch abgeholt fühlen. Die müssen dann auch funktionieren, keine Frage. Da brauchen wir sicherlich auch eine Vorhaltefinanzierung. Aber ich glaube tatsächlich, wenn wir es schaffen, ein Angebot kombiniert auf 116 117 und der 112, wo Menschen tatsächlich bedarfsgerecht in die Ebene gesteuert werden, die notwendig ist, dann können wir das bewältigen, gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen im Krankenhaus, auch in der Niederlassung. Was aber keine Hilfe ist, wenn sozusagen ein dritter Bereich entsteht, wo Menschen, ohne sich irgendwelchen Steuerungsmechanismen zu unterwerfen, beliebig dann diese Struktur aufsuchen – für die wir ja auch ein Personalproblem haben offen gestanden, denn die Krankenhauskollegen ... ist ja auch nicht so, dass die sich über Langeweile beklagen. Also von daher plädiere ich an dem Punkt – gerade, was das Thema Notfall, gefühlte und effektivmedizinische ... für eine wirklich medizinische Betrachtung, eine Steuerung, ein solides Angebot, aber dann auch eine Verbindlichkeit eines solchen Angebots.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Frau Baehrens.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Vielen Dank. Meine Frage geht an die Mobilien Retter e.V. Die Initiative Mobile Retter soll durch ehrenamtliches Engagement eine Ergänzung...

Die **amtierende Vorsitzende**: Heike, die haben sich abgemeldet.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Die haben sich abgemeldet. Dann nehmen wir eine andere Frage. Das ist die Frage an den AOK Bundesverband. Sie kritisieren, dass eine Weiterleitung von Hilfesuchenden zum vertragsärztlichen Bereich laut Gesetzentwurf nur an die Kooperationspraxen der integrierten Notfallzentren möglich sein soll. Können Sie diese Kritik bitte begründen? Was sind Ihre Vorschläge?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Reimann, Sie sind online dabei und haben jetzt das Wort.

Dr. Carola Reimann (AOK Bundesverband): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Wir begrüßen die Einrichtungen der INZ. Was fehlt, ist jedoch die Möglichkeit, die Patienten an vertragsärztliche Praxen weiterzuleiten und nicht nur an die Kooperationspraxen. Zielführender wäre es, wenn im Rahmen der Ersteinschätzung es auch möglich wäre, Termine für Hilfesuchende über die Terminservicestellen in die vertragsärztliche Versorgung zu buchen. Da wäre ein großes Potenzial an Terminoptionen ermöglicht und das System insgesamt auch stärker entlastet. Ich will eine Zahl nennen: 2023 blieben über 1,5 Millionen Termine bei den Terminservicestellen ungenutzt. Das wären über 56 Prozent der angebotenen Termine. Da sind erhebliche Ressourcen und die bitten wir zu nutzen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Heidenblut, bitte.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Vielen Dank. Ich hätte eine Frage an die ABDA. Es gibt bereits eine etablierte Arzneimittelversorgung durch Apotheken in Notfällen. Sehen Sie durch den Gesetzentwurf die Gefahr von Parallelstrukturen zu den nacht- und notdiensthabenden Apotheken?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Overwiening, bitte.

Gabriele Regina Overwiening (ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände): Vielen Dank für die Frage. Ich habe keine finanziellen Interessen. Die ambulante Notfallversorgung funktioniert heute im Zusammenspiel von den Notfallpraxen und den notdiensthabenden Apotheken sehr gut. Täglich sind also 1 200 Apotheken am Netz, rund um die Uhr dezentral, und versorgen die Menschen mit den Arzneimitteln, die sie brauchen. Es gibt auch bei den Patientenbeauftragten aus Land, Bund keinerlei Beschwerden, dass an irgendeiner Stelle die Arzneimittelversorgung nicht wirklich reibungslos funktioniert. Dennoch ist es ein berechtigtes Anliegen, dass man die Versorgung noch weiter verbessert, insbesondere vielleicht noch Effizienzen versucht zu heben, es effektiver zu machen oder wie wir es heute schon oft gehört haben, dass man noch etwas schneller und besser gesteuert versorgen kann.



Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Overwiening,
Sie müssen gleich zum Schluss kommen.

Gabriele Regina Overwiening (ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände): Da wir insbesondere auf die Arzt-Apotheker-Kommunikation angewiesen sind, um die Patienten gut zu versorgen, sehen wir hier eine Möglichkeit, wenn wir die intensivieren, zum Beispiel über Digitalisierung, da haben wir tolle Dinge über die TI, dass wir das verbessern können. Aber eine neue Struktur zu schaffen, eben eine solche Parallelstruktur, da sehen wir überhaupt keinen Nutzen, sondern das gefährdet eher die bestehenden Versorgungsstrukturen, die wir heute haben und auch das Zusammenspiel zwischen Arzt und Apotheker.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön, Frau Overwiening. Das war die letzte Antwort für diese Runde im Rahmen dieser Anhörung. Wir danken Ihnen sehr. Ich danke den Abgeordneten für die präzisen Fragen und Ihnen allen für Ihre sehr erkenntnisreichen und konzentrierten Antworten. Das hilft uns für die weiteren Beratungen sehr. Jetzt schließe ich die Anhörung und wünsche Ihnen einen guten Weg, wo auch immer Sie jetzt weiterhin gehen. Tschüss.

Schluss der Sitzung: 15:09 Uhr

gez.
Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB
Amtierende Vorsitzende